



Master 2- Mention Santé publique

Parcours : pilotage des politiques et actions en santé publique

Promotion : 2021-2022

**Les soignants en milieu pénitentiaire :
l'attractivité par la recherche de sens**

PHILIPPINE COZ

R e m e r c i e m e n t s

A **Éric Le Grand**, professeur associé en promotion de la santé à l'EHESP, pour avoir dirigé ce mémoire.
Je vous remercie pour votre accompagnement bienveillant
ainsi que votre aide tant pour ce travail que pour ma recherche de stage.

A **Arnaud Campeon**, professeur en sociologie et responsable du master PPASP à l'EHESP, pour votre suivi constant et attentif. Je vous remercie de m'avoir accepté pour cette année d'enseignement du master PPASP, qui aura été déterminante et conditionnera sans doute la suite de mes projets.
Je vous suis reconnaissant de la chance que vous m'avez ainsi offerte.

A **Pierre Lombrail**, professeur en santé publique pour avoir accepté de participer à ce jury.
Je vous remercie pour l'honneur que vous me faites par votre présence

*A ma maman, l'aidante informelle de mes troubles dys depuis 25 ans
sans laquelle rien n'aurait jamais été possible.*

*A mon fiancé pour sa relecture avisée, mais aussi pour le bonheur
que sa présence bavarde apporte à chacune de mes journées*

Liste des sigles utilisés

AIS : auteurs d'infractions sexuelles

APSEP : association professionnels de santé exerçant en prison

ASPMP : association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire

ARH : agence régionale d'hospitalisation

ARS : agence régionale de santé

CEDH : cours européenne des droits de l'homme

CHU : centre hospitalo universitaire

CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CPTS : communautés professionnelles territoriales de santé

CPU : commissions pluridisciplinaires uniques

DAP : direction administration pénitentiaire

DCSR : détenus de droit commun suspectés de radicalisation

DGOS : direction générale de l'offre de soin

DGS : direction générale de la santé

DPS : détenus particulièrement surveillés

DU : diplôme universitaire

GRAPP : groupe régional d'analyse des pratiques professionnelles

HPST : hôpital patient santé territoire

IGAS : inspection générale des affaires sociales

IGSJ : inspection générale des services judiciaires

IP2 : insertion et probation 2

MERRI : missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation.

MIGAC : mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

MISP : médecin inspecteur de santé publique

OIP : observatoire international des prisons

ONDAM : objectif national de dépenses d'assurance maladie

PNS : projet national de santé

PRAPS : programme régionale d'accès à la prévention et aux soins

PRS : programme régionale de santé

PTS : programme territorial de santé

QER : quartier d'évaluation de la radicalisation

QPR : quartier de prise en charge de la radicalisation

SAS : structure d'accompagnement à la sortie

SMPR : service médico-psychologiques régionaux

SROS : schéma régional d'organisation des soins

SSR : soin de suite et de réadaptation

TIS : terrorisme islamiste

UCSA : unité consultation soin ambulatoire

UHSA : unité hospitalisation spécialement aménagée

UHSI : unité hospitalière sécurisée inter-régionale

URUD : unité de réhabilitation pour usagers de drogues

USMP : unité sanitaire en milieu pénitentiaire

S O M M A I R E

Introduction	1
Méthodologie	8
Partie 1 : La disqualification d'un exercice méconnu	10
Chapitre 1 : Une activité conditionnée par son contexte	11
A - La réforme de 1994 transforme les conditions d'accès au soin	11
1.La mobilisation des médecins accompagnée par un portage politique	11
2.Le rattachement des USMP à l'hôpital insuffisamment préparé.....	14
B- L'univers est marqué par la violence	16
1.Les conditions de travail sont peu étudiées	17
2.Le sentiment d'insécurité a évolué.....	18
Chapitre 2 : Un exercice hospitalier éloigné des codes de valorisation	21
A- Les pratiques historiques sont dénoncées	21
1.Les internes s'opposent à « l'ancien monde ».....	21
2.L'activité demeure marquée par cet héritage	23
B- L'exercice actuel est dévalorisé	25
1.La difficulté technique n'est pas reconnue.....	26
2. La recherche reste absente.....	27
Chapitre 3 : Une représentation dégradée des praticiens	31
A- Les soignants sont dénigrés	31
1.Les profils sont dévalorisés	31
2.Les capacités sont contestées.....	34
B- L'activité s'avère atypique	35
1.La perception des compétences est déformée.....	35
2.La posture professionnelle doit s'adapter	38
Partie 2 : La désaffection du politique	42
Chapitre 1 : Localement, un sentiment d'incompréhension	43
A- L'environnement carcéral n'intéresse pas	43
1.La prison est méconnue.....	43
2.La population est inaudible	46
B- Les unités sanitaire sont délaissées	48
1.Des services accessoires	48
2.Des organisations complexes	49
Chapitre 2: Régionalement, un soutien de l'attractivité par les ARS	55
A- L'ARS dispose d'une capacité d'action	55
1.Une agence multi-compétente	55

2. Une mobilisation partenariale	58
B- Les marges de manœuvre sont restreintes	62
1. La variabilité des organisations.....	62
2. La dépendance aux arbitrages	65
Chapitre 3 : Nationalement, un pilotage attendu.....	68
A- La politique ministérielle trouve ses limites	69
1. Les acteurs locaux ont de nombreuses attentes	69
2. Les difficultés structurelles entravent le changement.....	73
B- Les autres acteurs se positionnent	76
1. L'APSEP, une association structurante	76
2. La DAP, une administration dé-diabolisée.....	79
Partie 3 : La revalorisation par le sens	82
Chapitre 1 : Une culture professionnelle à repenser	83
A-La co-construction par la formation	83
1. La formation initiale présente les opportunités	83
2. La formation continue construit une culture commune	86
B- La mise en valeur par les échanges	88
1. Une plateforme d'interactions	88
2. Un groupe de rencontre	90
Chapitre 2 : Une activité à repositionner	93
A- La communication.....	93
1. Une valorisation interne	94
2. Une identification externe.....	96
B- La planification	98
1. Des réseaux de soins à repenser par l'interpénétration ville/hôpital.....	98
2. Une pratique ambulatoire à rattacher à la médecine de ville	100
Chapitre 3 : Une place à trouver	103
A- Le sens de la peine	103
1. L'évolution du rôle de la prison	104
2. Le sens du soin en détention	105
B- La santé globale.....	107
1. La prévention/promotion en santé	107
2. Les structures d'accompagnement à la sortie	108
Conclusion	113
Bibliographie.....	116
Annexes	I

Introduction

Le 21 septembre 1971 deux détenus de la maison centrale de Clairvaux, Claude Buffet et Roger Bontems, déclarent des douleurs abdominales. A peine entrés dans l'infirmierie, les prisonniers repoussent leurs gardiens, sortent des armes blanches et prennent en otage une infirmière et un surveillant. Tout au long de la journée des pourparlers s'installent entre les condamnés et les autorités. Ils réclament leur liberté et dénoncent les conditions de vie en prison, incriminant notamment les rapports avec les surveillants. Entre les murs lointains de la détention, ils rapportent des comportements violents et impunis, des passages à tabac collectifs. Ne parvenant pas à trouver un terrain d'entente, à trois heures du matin, un assaut de l'infirmierie est finalement ordonné. A leur arrivée sur place, les forces de l'ordre découvrent les corps des deux otages au sol, les gorges tranchées, dans une mare de sang ([Farges 2013](#)).

Ce fait divers datant de plus de cinquante ans, continue d'illustrer l'ensemble des peurs et des fantasmes liés à l'exercice des soignants en milieu pénitentiaire. Il interroge les conditions françaises d'incarcération ainsi que les objectifs de réinsertion assignés à ces établissements. Buffet et Bontems seront parmi les derniers condamnés à mort, guillotins dans la cour de la prison de la santé à Paris ([France Inter 2016](#)). Robert Badinter, avocat de Roger Bontems, assistera à cette exécution qu'il relatera en détail, au soutien de son combat pour l'abolition de la peine de mort ([Badinter 2014](#)). Cette affaire, fortement médiatisée, politiquement commentée, est très suivie par les Français. Le Garde des Sceaux assiste aux funérailles nationales en hommage aux deux victimes. L'histoire de l'infirmière Nicole Comte, âgée de 35 ans et mère de deux enfants, est relatée dans de nombreux articles ainsi que lors du procès. A la découverte de son corps, son beau-frère indiquera aux médias «*Voilà c'est tout ce qu'elle a gagné*»([France Inter 2016](#)). Sous-entendu : c'est tout ce qu'elle a gagné à soigner ces gens-là, à travailler dans cet endroit-là. Le procès se déroule à Troyes et détaille pendant des heures les circonstances et modalités du meurtre de cette soignante. Des haut-parleurs ont été installés sur l'esplanade du tribunal, permettant à une foule de plusieurs milliers de personnes, de suivre le procès et la plaidoirie de Robert Badinter ([Lévy et Buffet 1975](#)).

Cet événement désigne l'infirmierie comme un espace de menace au cœur de la détention, un environnement où les mesures sécuritaires réduites sont propices au passage à l'acte. Le lieu, qui offre un possible accès à de multiples objets de soins pouvant se transformer en armes, ne garantirait pas la sécurité des soignants et constituerait une faille au sein du système pénitentiaire. Ce fait divers dont

l'écho médiatique a démultiplié la portée, transmet à la population française une image dangereuse des lieux de soins en prison.

Il aura pour conséquence le déclenchement d'un débat sur les conditions de vie en détention. Le docteur en sciences politiques Eric Farges, explique le mécanisme de double dénonciation que cet acte entraîne. Certains soulignent que les détenus ont profité des faiblesses et facilités d'un système pénitentiaire perçu comme faisant preuve de trop de mansuétude et de générosité. D'autres interpellent sur l'inefficacité de la détention qui ne permet nullement la réinsertion, mais, au contraire, pousse les individus à l'agressivité au sein d'un univers marqué par l'ultra violence (Farges 2013). La presse expose la précarité des conditions de vie au sein des établissements pénitentiaires et les agressions parfois commises à l'encontre des détenus (Farges 2013) (France Inter 2016).

L'histoire pénitentiaire, judiciaire mais également médicale de la détention française sont marquées par cette affaire. Le choc de la violence des faits et son retentissement médiatique relayé lors du procès durant de longs mois, puis le verdict des deux condamnations à mort participe à la postérité de cette attaque. Le symbole des sanctions capitales, parmi les dernières prononcées en France, contribue à la force de son impact. Ainsi depuis cinq décennies «la prise d'otage de Clairvaux» fait régulièrement l'objet de reportages, émissions, interviews et séries d'été, transmettant la mémoire des faits (Le Monde 2007). Elle entretient une des représentations majeures prêtées à l'exercice médical en milieu pénitentiaire, expliquant pour partie le manque d'attractivité de ces postes : cette activité est présumée dangereuse. Pour ce mémoire, 226 médecins ont répondu à une enquête sur leurs perceptions de l'exercice en prison. 64% déclarent la crainte de l'univers carcéral comme obstacle à leur pratique au sein de ces unités.

Bien que cette réputation sous-tende toute analyse de l'exercice des soignants en milieu pénitentiaire, le présent travail cherche à étudier la diversité des éléments permettant d'expliquer son absence d'attractivité non exclusivement réductible à ses contraintes sécuritaires. Depuis 1994 l'activité de soin en milieu pénitentiaire ne dépend plus de l'administration pénitentiaire mais du service public hospitalier. Cette réforme majeure a permis l'indépendance du corps médical et l'amélioration des conditions de prise en charge sanitaire. Cette mission reste cependant contrainte par l'environnement évolutif dans lequel elle s'inscrit et dont la compréhension est nécessaire pour appréhender les problématiques soulevées par les professionnels de santé. Plus que par la peur de leur lieu de travail, les soignants sont impactés dans leur exercice tant par l'accroissement continu de la population carcérale que par la multiplication des tâches confiées. Le manque d'attractivité des postes en prison sera ici étudié dans le cadre du contexte pénitentiaire français en 2022 et de l'analyse des injonctions contradictoires faites aux soignants, dès lors confrontés à de multiples dilemmes.

Leur travail en milieu pénitentiaire prend place dans un contexte d'augmentation continue de la population carcérale. Au 1er janvier 2022, 69 448 personnes étaient écrouées, représentant une augmentation de 10,8% par rapport à l'année précédente (Ministère de la justice 2022). Selon les statistiques fournies par le logiciel Genesis utilisé par l'administration pénitentiaire, cinq établissements en France présentent une densité de population supérieure ou égale à 200%, et la densité carcérale moyenne pour les maisons d'arrêt est de 134% (Ministère de la justice 2022). La surpopulation, dont la progression est particulièrement marquée depuis les années 2000, affecte toute forme d'exercice au sein de cet univers (Fassin 2015). Celle-ci peut s'expliquer par un double phénomène : l'augmentation du nombre d'incarcérations, combinée à l'allongement de la durée de séjour (Fassin 2015). A ceci s'ajoutent les choix progressivement opérés depuis les années 70 de sanctionner plus durement certains types d'infraction (stupéfiants, violences sexuelles) (Combessie 2010). La situation carcérale actuelle illustre les choix de politiques pénales effectués au fil des décennies.

L'accroissement de cette population correspond aux modifications progressives de la législation française favorisant le recours aux peines de privation de liberté et le durcissement des sanctions. La loi du 10 août 2007 renforce la lutte contre la récidive en instaurant les peines planchers fixant des peines minimales en cas de récidive¹. En 2011, l'affaire du meurtre de la jeune Laetitia par un récidiviste en liberté conditionnelle attire l'attention médiatique et publique sur les parcours d'exécution des peines et contribue à leur durcissement (Milburn ; Jamet 2014)(Jablonka 2016). Enfin, en 2015 le contexte sécuritaire post-attentat participe également à l'augmentation de la population pénale (Ragazzi 2017)(Ministère de la justice 2020). Il est constaté depuis cette période un recours de plus en plus important à la détention provisoire, avec en 2019 une croissance de plus de 3% des prévenus incarcérés (Ministère de la justice 2020). L'ensemble de ces phénomènes expliquent l'augmentation continue de cette population qui reste pourtant majoritairement condamnée pour des vols et des trafics de stupéfiants (46%) et exécute des peines inférieures à un an pour 41% d'entre elle (Ministère de la justice 2020).

La surpopulation carcérale contribue aux conditions indignes de détention en France dénoncées par la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH 2020). Afin d'y remédier, la loi du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice² prévoit la construction de 15 000 nouvelles places de prison d'ici 2027. Elle instaure la création de nouveaux types d'établissements et des

¹ Loi n° 2007-1198 du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs

² Loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice

évolutions des régimes de détention. En octobre 2018 Nicole Belloubet, Garde des sceaux, évoque dans le journal *Le Parisien* son souhait de travailler « à l'élaboration d'une gamme d'établissements pénitentiaires aussi complète que possible. Et ce afin que les lieux de détention soient adaptés à la personnalité du condamné, à la nature de la peine, à la capacité de réinsertion, au stade où en est la personne dans son parcours de peine » (Le Parisien 2018). Cette loi s'inscrit dans un contexte d'une évolution du cadre pénitentiaire et d'une réévaluation des condamnations visant à limiter au maximum les incarcérations pour des durées inférieures à six mois en généralisant le recours au bracelet électronique. Elle fixe également comme objectif de rendre effective toute peine supérieure à un an et réaffirme les missions de réinsertion de la prison énoncées dans la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009³.

Au cœur de cette réinsertion, le soin prend toute sa place. Selon le rapporteur général du Haut conseil de santé publique le « véritable enjeu est de considérer la période de détention comme un moment propice pour élaborer une réelle démarche de santé publique » (Farges 2006). Mais la construction de ces nouvelles prisons pose la question des effectifs médicaux, alors que les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) peinent déjà à recruter des soignants. Le rapport de l'IGAS et l'IGJ de novembre 2015 souligne que « 22 % des postes de spécialistes budgétés ne sont pas pourvus », que « 50 % des USMP ne bénéficient de la présence d'un médecin psychiatre qu'au maximum 2 jours par semaine et seules 12 unités sanitaires indiquent couvrir à 100 % leurs postes de kinésithérapeutes. Enfin, pour les dentistes, 21 USMP ont fonctionné avec moins de 50 % de leurs postes budgétés, et la mission a pu constater l'absence totale de dentistes pendant plusieurs mois dans des USMP visitées. » (IGAS; IGSI 2015).

Pourtant, les besoins de soins de cette population sont importants. Très souvent éloignée des parcours de prise en charge classique avant son incarcération, elle présente des caractéristiques la différenciant de la population générale et nécessitant un accompagnement spécifique. Les données épidémiologiques à ce sujet sont peu nombreuses et anciennes. L'étude la plus récente de 2003 établit que « 78 % des entrants étaient fumeurs, 31 % avaient une consommation excessive d'alcool, 30 % une utilisation prolongée et régulière de cannabis au cours des 12 derniers mois, 7,7 % de cocaïne ou crack et 7,5 % bénéficiaient à l'entrée en détention d'un traitement de substitution opiacé » (Michel; Morel 2019). De plus, l'enquête Prevacar montre que les prévalences du VIH (2 %) et du virus de l'hépatite C (VHC) (4,8 %) sont cinq à six fois plus élevées qu'en population générale (Ministère des solidarités et

³ Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire

de la santé 2010). Ce public vulnérable, aux facteurs de risques psychosociaux importants présente un rapport au soin singulier et des parcours de prise en charge fluctuants. Selon certains auteurs, la prison serait alors un lieu et un moment propice aux soins, l'occasion de «se mettre au vert» et de se requinquer (Hagège 2017)(Chantraine 2004).

Mais cette vision n'est pas partagée par l'ensemble des acteurs. La prise en compte de la santé comme facteur déterminant de la réinsertion est aujourd'hui portée par le Haut conseil de la santé publique, bien qu'il souligne la difficulté à instaurer un environnement favorable à la santé pour une population déjà marquée par les inégalités sociales de santé (Salomon; Michon 2018). Les conditions de vie en détention et l'ambiance générale de la prison sont soulignés par de nombreux auteurs comme facteurs limitants du soin mais surtout de la santé (Bessin; Lechien 2002)(Rostaing 2021)(Lecu 2013). Dans le cadre d'une approche de santé globale telle que définie par la charte d'Ottawa en 1986 la santé est perçue «*comme une ressource de la vie quotidienne non comme le but de la vie; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques*» «*la promotion de la santé ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé; son ambition est le bien-être complet de l'individu*» (OMS 1986). Des lors, comment imaginer que la prison, univers de privation, de contrainte, de stress et de rupture familiale puisse être un environnement regroupant des conditions favorables à son développement? Tout au contraire, l'incarcération semble marquer physiquement les détenus dès leur arrivée. Le choc carcéral entraîne des manifestations que le Docteur Lécu, exerçant au sein de la maison d'arrêt de Fleury Mérogis, liste parmi ses principaux motifs de consultations : des insomnies, des crises de larmes, une diminution de l'acuité visuelle, des manifestations dermatologiques à répétition, des troubles digestifs (Lecu 2013). Inciter les individus à adopter un comportement protecteur dans un univers nocif semble en effet contradictoire. Les acteurs de santé éprouvent des difficultés face à l'ambiguïté d'une institution répressive permettant néanmoins aux détenus de bénéficier d'une meilleure prise en charge sanitaire que celle dont ils disposeraient en liberté (Bessin; Lechien 2002). Leur rôle et place semblent donc ardu à définir et se confrontent à de nombreuses ambivalences.

Pourtant, les fonctions attribuées aux professionnels de santé se multiplient, leurs tâches s'additionnent et s'inscrivent dans de nouvelles perspectives. Face à la catégorisation des détenus, à la distinction des régimes de détention mais aussi au vieillissement de la population, les soignants doivent s'adapter aux mutations du système pénitentiaire et à l'évolution de sa population. De plus, le renforcement de missions telles que la prévention/promotion de la santé s'ajoute aux tâches déjà nombreuses qui pèsent sur ces professionnels.

Dans le cadre d'un accroissement de la logique sécuritaire, une multiplication des classifications des prisonniers est constatée. Aux détenus particulièrement surveillés (DPS) (1967) s'ajoutent depuis 2004 les auteurs d'infractions sexuelles (AIS) et les détenus radicalisés, incarcérés pour des faits de terrorisme islamiste (TIS) ou les détenus de droit commun suspectés de radicalisation (DCSR) (Rostaing 2021). Ces distinctions s'effectuent sur la base de diagnostics psychiatriques et psychologiques demandés aux soignants et conditionnent des régimes variables de détention. Elles peuvent imposer un recours obligatoire aux soins dans le cadre d'injonction de soin (IS). Créée en 1998 pour les délits à caractères sexuels puis étendue en 2005 pour les actes de barbarie et 2007 pour les actes commis sur un conjoint ou un mineur sous l'autorité de l'auteur, elle est prononcée lors de la peine et impose au détenu de suivre un parcours de soin. Dans ce cadre seront désignés un médecin coordinateur et un médecin traitant qui délivreront des attestations destinées au juge d'application des peines (Baron-Laforet 2009). Ainsi, la relation de soin s'inscrit dans un cadre contraint et redéfinit l'exercice médical.

De plus, ce processus de différenciation définit les modalités d'incarcération. Les détenus radicalisés sont depuis 2016 placés en quartier d'évaluation de la radicalisation (QER) à leur arrivée, puis en quartier de prise en charge de la radicalisation (QPR) en fonction du niveau d'engagement idéologique estimé. En 2020 le contrôleur général des lieux de privation de liberté soulignait les dérives de ces systèmes de détention proches de l'isolement complet, au sein desquels les consultations somatiques se font portes ouvertes et les entretiens avec les psychologues accompagnés par deux agents pénitentiaires (Contrôleur général des lieux de privation de liberté 2020). Il est ainsi demandé aux soignants de participer puis d'accompagner cette catégorisation relevant d'une évolution du contexte sécuritaire pénitentiaire. Loin de leurs missions de soin initiales il leur est ici demandé d'assurer un rôle d'expert puis de suivi de la mise en œuvre d'une sanction judiciaire.

Ensuite, le vieillissement de la population pénale impose aux professionnels exerçant en milieu pénitentiaire de nouvelles missions. Conséquence mécanique de l'augmentation de la durée des peines et de l'allongement des délais de prescription notamment en matière d'infractions sexuelles, le vieillissement des détenus interroge les limites du dispositif sanitaire. Depuis trente-cinq ans, le nombre de prisonniers âgés de plus de cinquante ans a été multiplié par six. Ils représentaient au 1^{er} octobre 2018 11,8 % de la population détenue et ceux de 60 ans et plus, 3,9 % (Touraut 2019). De nombreuses difficultés à prendre en charge cette population, à l'état de santé souvent dégradé à la suite à des parcours de vie marqués par la précarité, sont soulignées. L'absence d'accès aux équipements médicaux nécessaires (auxiliaires de vie, matelas anti-escarres, lit médicalisé et le cas échéant fauteuil roulant) rend difficile la prise en charge de la dépendance. L'établissement pénitentiaire de Bedenac en Charente Maritime construit en 2013 accueille « une unité de soutien et d'autonomie » dont les conditions indignes de détention des personnes âgées ont été dénoncées par

la contrôleur générale des lieux de privation de liberté en avril 2021. Il a été constaté une « *atteinte à la dignité et un non-respect du droit à la santé et à la sécurité* » « *constituant un traitement inhumain ou dégradant au sens de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme* ». Parmi les vingt détenus de ce quartier nombre d'entre eux souffrant d'incontinence urinaire ont été retrouvés dans des lits souillés d'urine ou de matière fécale. Plusieurs personnes souffrant de démence sénile ne bénéficient pas de prise en charge, l'une d'entre elles a été observée par le contrôleur général en train de décortiquer et manger son réveil en plastique tout en buvant l'eau des toilettes. Le rapport souligne le manque manifeste de soignants au sein de cette unité ne bénéficiant pas quotidiennement de la présence d'un médecin et présentant des effectifs infirmiers insuffisants (Contrôleur général des lieux de privation de liberté 2021). La prise en charge des personnes âgées en milieu pénitentiaire impose aux soignants de nouvelles missions auxquelles, tant le sous-effectif que le manque de moyens, ne leur permettent pas de répondre.

Enfin, dans le cadre d'une approche globale de la santé, l'axe 2 de la feuille de route santé des personnes placées sous-main de justice 2019-2022 correspond au développement de la promotion de la santé tout au long de leur parcours (Ministère des solidarités et de la santé ; Ministère de la justice 2019). Sept actions visent à favoriser la création d'environnements favorables à la santé, le renforcement d'actions communautaires et l'acquisition d'aptitudes individuelles. Des missions supplémentaires d'élaboration de programme de prévention/promotion de la santé sont alors confiées aux soignants en compléments de leurs tâches initiales.

Ainsi, la question de la démographie médicale en milieu pénitentiaire constitue un défi majeur pour les deux administrations. Face à l'augmentation de la population carcérale, à l'annonce d'ouverture de nouveaux établissements et à la multiplication des missions attribuées au corps médical en prison, la présence de soignant constitue un pilier indispensable au déploiement de l'actuel projet pénitentiaire français. La dégradation de l'offre de soin carcérale altère l'égalité d'accès, objectif principal de la réforme de 1994. L'éviter constitue un enjeu de santé publique fort.

Afin de répondre à la problématique démographique il est nécessaire de s'interroger sur ses causes. Comment mieux comprendre les multiples aspects du manque d'attractivité de cet exercice ? Bien que ce déclin soit sans doute multifactoriel et qu'il comprenne probablement des aspects financières, géographiques et sécuritaires, il a ici été choisi de l'aborder sous le prisme du sens que les soignants donnent à leur activité. L'hypothèse principale de cette étude corrèle l'impact de la perte progressive de sens de ces fonctions à la réticence de plus en plus marquée des professionnels de santé à exercer en prison. Plus que la peur du danger et de l'agression, la disqualification de cet exercice, la faiblesse du portage politique national des actions sanitaires destinées aux personnes détenues, et le déficit de

valorisation de ces carrières sont soulignés. L'hypothèse secondaire est la possibilité d'une revalorisation de cet exercice grâce à sa remise en perspective et son repositionnement au sein de l'univers carcéral. L'ensemble des mécanismes qui empêchent les soignants de trouver un sens à leur travail est analysé en ce qu'ils constituent des freins à l'attractivité de cet exercice qui ne peut être détachée de son environnement. Leur compréhension permet ensuite de proposer différentes pistes pour répondre à cette problématique.

Méthodologie

Ce travail s'appuie sur la réalisation de 15 entretiens, d'une durée moyenne de 71 minutes, effectués auprès d'acteurs de différentes institutions. Ces derniers ont été menés auprès de médecins (2), de directeurs hospitaliers en charge des soins en milieu pénitentiaires (2) de membres des agences régionales de santé (4), d'anciens membres de la direction générale de la santé (DGS) (2) mais aussi de représentants d'associations professionnels (2) (APSEP: Association des professionnels de santé travaillant en milieu pénitentiaire et ASPMP: Association des secteurs de psychiatrie travaillant en milieu pénitentiaire) et groupe militant (OIP: observatoire internationale des prisons et GMP: groupe multi professionnel en prison)(1). La médecin de l'administration pénitentiaire (1) ainsi que la représentante d'un groupe de formation privé (1) ont également pu être interrogées (**Annexe 1**). Ces rencontres ont été enregistrées puis retranscrites manuellement (temps de retranscription : 56 heures) puis analysées à l'aide d'un tableau thématique (**Annexe 2**).

Cette étude repose également sur l'observation participante effectuée durant quatre mois de stage (mars/juillet 2022) auprès de la référente santé/justice au ministère des solidarités et de la santé au sein de la direction générale de la santé (DGS). Lors de cette période des réunions officielles mais aussi des conversations informelles regroupant une pluralité d'acteurs tant institutionnels (ARS, administration pénitentiaire, mildeca) que associatifs (APSEP, ASPMP, Aides) ou membres de fédération (fédération addiction, FNES) ont permis le développement d'une réflexion multifocale. Cette approche a pu être complétée par de nombreuses interactions internes au sein de la sous-direction de la DGS mais aussi de la direction générale de l'offre de soin (DGOS) multipliant ainsi les regards croisés et les analyses partagées.

Dans un souci de diversification des méthodes d'enquête, une analyse quantitative via la réalisation d'un questionnaire visant à évaluer la perception des médecins au sujet de l'activité médicale en prison

a été réalisée. Sur la base de cinq questions, cherchant à comprendre les réticences de ces professionnels à l'exercice en milieu pénitentiaire, il a été transmis selon deux modalités : l'utilisation d'une liste d'adresses électroniques de médecins et un partage sur les réseaux sociaux. 226 réponses ont ainsi été obtenues (**Annexe 3**)

Ces résultats ont pu être mis en perspective avec ceux de travaux précédents. En effet au cours de l'année 2020/2021 18 entretiens auprès de directeurs d'établissement pénitentiaire, de conseillers d'insertion et probation, de médecins coordinateurs ainsi que de chirurgiens-dentistes avaient été conduit à l'occasion de visites de 5 établissements pénitentiaires (maisons d'arrêts et établissements pour peines) répartis sur le territoire français (**Annexe 4**). Ces rencontres ont permis une première approche du terrain d'étude ainsi qu'une initiation aux enjeux et problématiques de ce milieu. D'autre part, une connaissance approfondie des conditions d'exercice des professionnels de santé en milieu pénitentiaire a été initiée par la participation au diplôme universitaire de « *santé publique en milieu pénitentiaire* » de l'université de Paris. Cette immersion au cœur d'un groupe de soignants en formation relatant les enjeux et problématiques de leur exercice quotidien a continué d'implémenter l'analyse initiée. Ainsi, l'ensemble des échanges individuels ou collectifs, formels et informels ayant pu être réalisés au cours de cette année ont permis une identification de la multiplicité des problématiques soulevées par les acteurs de terrain.

Les sujets traités au sein de ce travail de recherche résultent de l'ensemble des entretiens et observations de terrain effectués depuis juillet 2020.

Partie 1 : La disqualification d'un exercice méconnu

La première partie de cette étude porte sur la perception des unités sanitaires en milieu pénitentiaire au sein d'un système hospitalo-centré conditionnant la culture médicale. Ces éléments seront analysés en tant qu'organisations représentant des systèmes sociaux influencés par des règles culturelles ainsi que par des cadres normatifs et légaux (Bergeron et Castel 2018). Elles définissent des instances de régulation, des systèmes d'incitation et d'accréditation établissant des modèles culturels avec une dynamique d'homogénéisation des pratiques. Richard Scott explique que « *les formes organisationnelles et les décisions des acteurs sont avant tout déterminées par un environnement dit «institutionnel» et définies comme «le royaume symbolique qui cadre l'action, constitue les acteurs et donne du sens à leurs activités»»* (Scott 1993). Ainsi, l'étude du mode d'exercice des soignants en prison révèle les dissonances d'une activité méconnue, incomprise, marquée par son passé mais surtout éloignée des codes de valorisation du système hospitalier auquel elle est rattachée. Bien loin de répondre aux canons de la médecine contemporaine, cette pratique évolue en marge d'un système qui ne la reconnaît pas et dévalorise l'activité des praticiens qui y exercent. Elle peine à correspondre aux valeurs, modèles et idées dominants la construction de la culture médicale.

Chapitre 1 : Une activité conditionnée par son contexte

Avant la loi du 18 janvier 1994 les soignants étaient vacataires ou employés de l'administration pénitentiaire. L'absence de liberté et d'autonomie propre à ce statut fut progressivement questionnée par les soignants qui y percevaient une entrave à l'indépendance de leur exercice.

« Une espèce de jeu, de très grande connivence forcée puisque tous ces gens de soins sont embauchés par l'administration pénitentiaire, virés quasiment du jour au lendemain s'ils déplaisent et sans aucune évaluation de ce qu'ils font ou très peu. »

(Médecin en milieu pénitentiaire)

Désormais, deux hiérarchies distinctes et séparées opèrent dans les établissements carcéraux : l'administration pénitentiaire pour la gestion de la détention et l'administration hospitalière pour les soins et la santé des détenus à travers les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP). Cette réforme issue de remises en cause successives de l'ancienne structuration hiérarchique ainsi que des conditions de détention, encadre depuis trente ans l'activité de soins et le rôle des soignants au sein d'un univers de privation de liberté marqué par la violence.

A - La réforme de 1994 transforme les conditions d'accès au soin

La réforme de 1994 est l'aboutissement d'une lutte initiée depuis la Libération par de multiples acteurs. Les psychiatres constituent le premier groupe professionnel à porter un discours d'émancipation qui sera relayé politiquement par différentes personnalités et institutions. Cette forte mobilisation s'étend ensuite aux autres catégories de soignants, permet la concrétisation de ce projet et continue de marquer l'imaginaire des professionnels exerçant en milieu pénitentiaire. Néanmoins, elle semble trouver ses limites dans le difficile investissement de cette mission de soin par les hôpitaux de rattachement.

1. La mobilisation des médecins accompagnée par un portage politique

Tout au long du XIX^{ème} siècle l'objectif de la peine de privation de liberté est repensé, passant d'une logique d'enfermement et d'exclusion permettant la mise à l'écart, à une volonté de disciplinarisation des corps et des esprits (Foucault 1975). A la Libération, le choc des camps de concentration amorce une reconsidération progressive des systèmes pénal et carcéral français ainsi qu'une évolution du rôle et de la place du soin et des médecins au sein de ce dispositif.

En 1945 le directeur de l'administration pénitentiaire Paul Amor imagine la peine de privation de liberté comme l'occasion d'un amendement et d'un reclassement social des condamnés (Milly 2001). L'institutionnalisation de ce rôle nouveau de la prison permet d'imaginer des jeux d'acteurs différents

parmi les intervenants en détention. Les initiatives de réformes sont alors individuelles, éparses et souvent éphémères mais constituent les prémices d'un futur mouvement de transformation. Portées par des personnalités politiques d'envergure défendant des visions parfois opposées ainsi que par des acteurs de terrain, elles marquent durablement l'exercice médical en milieu pénitentiaire.

Un portage politique fort par des leaders d'opinion

Les prémices d'un changement de paradigme médical en milieu pénitentiaire sont portés par des figures tutélaires fortes. Des personnalités visibles, influentes, parfois clivantes incarnent ce combat et contribuent à l'union des professionnels de santé autour d'une volonté de séparation vis-à-vis de l'administration pénitentiaire.

En 1972, Georges Fully, médecin inspecteur général de l'administration pénitentiaire est le premier à exprimer, dans la motion qu'il remet au garde des sceaux, l'importance de l'indépendance professionnelle et le choix délibéré des médecins exerçant en prison d'assister leurs malades dans le respect de la déontologie médicale traditionnelle: « *Compte tenu des données actuelles des sciences médicales [...] le médecin pénitentiaire, outre son rôle de soins et de prévention, se voit confronté à une exigence morale d'assistance à des problèmes humains et sociaux spécifiques aux détenus. Le médecin est aussi impliqué dans l'activité pénitentiaire. Il demande que son rôle nouveau soit reconnu et encouragé* ». Constatant l'écart croissant entre les médecins en milieu ouvert constituant un groupe professionnel de plus en plus libre et le statut de dépendance des médecins pénitentiaires, il souligne les dérives déontologiques et compromissions ayant lieu dans ces établissements (Milly 2001). Également coordinateur des médecins de prison, il interpelle au sujet des manques criants de moyens alloués à cette mission de soin. En 1973, il meurt suite à l'explosion d'un colis piégé devant son domicile, l'instigateur de cet attentat ne sera jamais identifié.

C'est une autre figure majeure de l'histoire pénitentiaire qui lui succède, Solange Troisier devient en 1973 la première inspectrice générale des prisons. Médecin militaire engagée dans la résistance, cette femme de conviction défend l'autonomie des soignants en milieu pénitentiaire. Elle initie en 1979 le serment d'Athènes les engageant « à procurer les meilleurs soins de santé à ceux qui sont incarcérés, quelle qu'en soit la raison » (Troisier 1985). La même année, le conseil de l'ordre des médecins par la publication de son article 8 dans le code déontologie médical consacre l'idée qu'un « *médecin sollicité ou requis pour examiner une personne privée de liberté ou pour lui donner des soins ne peut favoriser ou cautionner une atteinte à l'intégrité physique ou mentale de cette personne ou à sa dignité* ».

Pourtant, selon Eric Farges, bien que ces deux personnalités œuvrent de concert à un travail de légitimation de la médecine pénitentiaire en tant que spécialité, ce sont bien deux visions distinctes

du rôle des soignants en prison qui s'affrontent: « *Tandis qu'il s'agissait pour Georges Fully d'assurer l'autonomie des soignants à l'égard de la tutelle pénitentiaire, cette spécialisation visait pour Solange Troisier à réaffirmer le caractère spécifiquement pénitentiaire de cette médecine et éviter ainsi son rattachement au ministère de la Santé* » (Farges 2013). Des personnalités qui seraient aujourd'hui qualifiées de leaders d'opinions se positionnent politiquement en faveur d'une réforme de l'organisation des soins en milieu pénitentiaire soutenue par le conseil de l'ordre des médecins.

Les acteurs de terrains revendiquent un statut spécifique et sont mobilisés dans des établissements emblématiques.

En parallèle de ces évolutions politiques des médecins multiplient les dénonciations des conditions de soin en milieu pénitentiaire. Depuis 1984, la mission de contrôle sanitaire en milieu carcéral est transférée de l'Inspection générale de l'administration pénitentiaire à l'Inspection générale des affaires sociales. De nombreuses difficultés sont alors soulignées. La prison des Baumettes à Marseille est fermée pour insalubrité (Milly 2001). L'hôpital de Fresnes transformé en 1985 en établissement d'hospitalisation publique nationale de Fresnes, place son personnel médical sous l'autorité du ministère de la Santé (Farges 2013). Les Baumettes et Fresnes deviennent des établissements emblématiques de la lutte des soignants, l'un pour les conditions de vie indignes qu'il impose, l'autre pour les promesses de soin et d'excellence qu'il dessine.

Bruno Milly souligne également le rôle de l'irruption de l'épidémie de VIH dans le monde carcéral à partir du milieu des années quatre-vingt, agissant comme révélateur des contradictions de la prison ainsi que des carences de la médecine pénitentiaire. Selon une formule du président de l'association AIDES lors de la cinquième conférence internationale sur le sida en 1989, le VIH joue un rôle de « réformateur social ». Des études effectuées au cours de l'année 1986 démontrent la prévalence particulièrement élevée de VIH chez les consommateurs de drogues incarcérés, le docteur Kergoyan souligne que sur 500 entrants au centre pénitentiaire de Fresnes, 147 utilisaient des stupéfiants (29,4%) dont 46% avaient une sérologie positive. Une étude sérologique à la maison d'arrêt de Bois d'Arcy révèle, en mars 1986, 41 tests positifs sur 73 toxicomanes testés (56%) (Provost 1987). Confronté à l'impossibilité de faire face aux conséquences sanitaires de cette épidémie en pleine expansion, la nécessité d'une réforme se profile.

Au surplus, certains professionnels de terrain se mobilisent dans une lutte qui devient totémique pour l'ensemble d'une génération : la défense de la déontologie et du secret médical vis-à-vis de l'administration pénitentiaire. Ces jeunes professionnels veulent incarner un positionnement différent, singulièrement opposé à cette administration. Leur mobilisation au milieu des années 80,

institue les prémices d'une posture professionnelle propre à ce lieu d'exercice. Ils décrivent une lutte acharnée pour l'obtention du pouvoir au sein de ce milieu dont ils se définissent comme acteurs extérieurs et cherchent à y imposer leur place grâce à leur diplôme. Ils remettent en cause la brutalité du monde pénitentiaire et souhaitent porter une vision différente qu'ils légitiment par leur statut.

« Ça ne va plus se passer dans le domaine de la force physique mais ça va se passer dans l'espace des savoirs de classe, de ceux qui ont fait des études. De ceux qui sont d'un autre milieu, de ceux qui ne sont pas en uniforme, qui n'ont pas besoin d'un uniforme, qui n'ont pas besoin de gueuler, et ça va représenter une prise de pouvoir essentielle sur toute l'administration, sur tout le dispositif, sur la manière de punir, sur la manière même de soigner. »

(Ancien médecin militant)⁴

Ainsi, la mobilisation autour de personnalités politiques d'envergure et la construction d'une histoire commune de lutte tendent à imposer l'image d'un ensemble professionnel homogène mobilisé autour d'un intérêt commun : la déontologie médicale. Pourtant, Bruno Milly a démontré la diversité des actions et des représentations des professionnels au sein de cet ensemble d'acteurs qui expriment des conceptions différentes du soin et du rôle des professionnels en prison mais aussi des modalités plurielles de mise en œuvre.

2. Le rattachement des USMP à l'hôpital insuffisamment préparé

La réforme de 1994 pose le principe du transfert de la prise en charge sanitaire des personnes détenues au ministère de la Santé et confie cette mission au service public hospitalier. Elle institue le nécessaire accès à une qualité de soin équivalente à celle de la population générale, l'affiliation obligatoire des personnes détenus dès leur incarcération au régime général de l'assurance maladie ainsi que la mise en place au sein de chaque établissement d'une unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) rattachée à un établissement de santé de référence (Ministère de la justice ; Ministère des solidarités et de la santé 2019)

Un investissement massif qui ne suffit pas à combler l'absence d'attractivité de ce milieu

Les moyens alloués afin d'assurer cette transition sont importants et permettent de mobiliser les acteurs sur cette pratique souvent délaissée, « *les gens se sont engagés parce qu'il y a eu des moyens* » (Ancien référent-santé justice à la DGS). De 1997 à 2013 il est constaté un doublement des effectifs de soignants (de 1.345 ETP en 1997 à plus de 2.600 en 2013) permettant de pallier les manques précédemment constatés (IGAS; IGSJ 2015). Pourtant, malgré la nette croissance des budgets

⁴ Ce médecin fait partie du groupe multi professionnel prison (GMP) rassemblant des militants du monde carcéral

alloués à la conduite de cette réforme passant de 52 millions d'euros en 1993 à 77,3 millions d'euros en 1994 puis à 134,5 millions d'euros en 2002 (Guérin 2003) il semble que le rattachement de ces services, aux structures hospitalières n'ait pas fait l'objet d'un investissement de ces missions par les soignants hospitaliers. En effet, une des principales difficultés de ces services semble être le manque de professionnels candidats pour y exercer (IGAS; IGSJ 2015).

Les missions des unités sanitaires ne correspondent pas aux codes de la culture hospitalière définis en 1958

En 1958 par trois ordonnances fondatrices, Robert Debré annonce la naissance de l'hôpital moderne en France. Assurant la transition entre les anciennes fonctions d'hospices chargés de l'assistance des plus déshérités et celles de structures hospitalières accueillant les personnes souffrant de maladies, elles posent les jalons d'un système hospitalo-centré. Cette réforme définit les trois fonctions principales des hôpitaux : le soin, la recherche et la formation et permet une forte augmentation de la qualité de prise en charge (Marin 2020).

La mission de soin des personnes placées sous-main de justice vient alors en contradiction avec les nouvelles activités hospitalières d'excellence et les modalités de valorisation des carrières médicales, en rappelant les anciennes actions sociales d'accueil des indigents au sein des hospices. Pourtant, selon Geneviève Guérin, celle-ci semble aussi s'inscrire dans une vision régaliennne de la santé considérant l'Etat responsable et garant de la santé publique des populations. Le service public hospitalier apparait dès lors comme le meilleur moyen d'exercer cette responsabilité en toute indépendance auprès d'une population placée sous la surveillance d'un autre service public, pénitentiaire celui-là (Guérin 2003). Le rattachement des unités sanitaires en milieu pénitentiaire au service public hospitalier répond donc à deux logiques contradictoires. Et bien qu'une analyse organisationnelle des institutions puisse justifier ce choix, une étude des cultures professionnelles et des codes de valorisation qui sera détaillé par la suite permet de prédire les difficultés que rencontreront ces services à intégrer le système hospitalier.

Une activité nouvelle et éloignée du périmètre de l'hôpital

Bien qu'évoquée depuis plusieurs années, la réforme de 1994 est finalement conduite à la hâte. Cette activité composée de soins ambulatoires auprès d'un public précaire au sein d'un environnement méconnu et fantasmé est rapidement imposée aux établissements hospitaliers qui l'acceptent sans pouvoir prendre le temps de la comprendre. Face aux désaccords entre la DGS et la DAP, Jean-Paul Jean, alors conseiller technique du garde des Sceaux et Didier Tabuteau, directeur de cabinet du ministre de la santé tranchent et décident de placer les unités sanitaires en milieu

pénitentiaire sous la tutelle du ministère de la santé. Bien que les difficultés à prendre en charge une population aux besoins divers et importants souvent préalablement éloignée des cursus de soins classiques soient soulignées, Bruno Milly décrit un acquiescement passif des acteurs. Ces derniers ne manifestent pas d'opposition à cette réforme mais ne paraissent pas pour autant se sentir concernés par ces changements en marge de l'activité hospitalière classique. Au mieux, certains d'entre eux y verront la possibilité d'accéder à des postes de chef de services inaccessibles au sein de leur établissement principal ou une occasion d'éloigner d'autres professionnels jugés indésirables.

Malgré la mobilisation importante d'acteurs de terrains relayée par un portage politique décisif, cette réforme est conduite à la hâte sans anticiper quelle sera la place de ces nouvelles unités au sein des structures hospitalières. Ces lieux d'exercices méconnus intéressent peu les soignants hospitaliers qui, comme le reste de la population, les perçoivent comme des lieux dangereux fréquentés par des individus peu recommandables.

B- L'univers est marqué par la violence

Qu'elle soit réelle ou fantasmée, l'univers carcéral est marqué par la violence, suscitant la peur des professionnels comme de l'ensemble de la population. Elle se nourrit des nombreuses représentations littéraires et cinématographiques mais aussi de la médiatisation des faits divers d'agression. Lieu de brassage de populations jugées dangereuses, cet environnement serait l'occasion de confrontation avec des publics imaginés comme incontrôlables et imprévisibles : toxicomanes, malades psychiatriques, pervers sexuels. Lors de l'enquête réalisée auprès de médecins 64% évoquent leur crainte de l'univers carcéral et 40% d'entre eux la peur des patients détenus comme obstacle à leur pratique en prison.

« Il y a pleins de préjugés sur l'exercice en milieu carcéral, sur le danger, les violences, l'agressivité ce genre de choses »

(Réfèrent santé/justice ARS)

La perception de cette violence et des potentielles situations de danger est très peu exprimée par les praticiens rencontrés qui préfèrent souligner de nombreux autres aspects de leur exercice. Même si les agressions de soignants au sein des unités sanitaires soient rares, elles n'en demeurent pas moins existantes. Il est notable de constater qu'elles ne sont ni quantifiées, et encore moins étudiées. Même s'il semble clair que cette peur influe le choix des professionnels dans leur décision de ne pas exercer en milieu pénitentiaire, son impact sur les soignants en détention n'est que très peu analysé. Pourtant, l'augmentation du sentiment d'insécurité reste soulignée par les professionnels, qui incriminent l'évolution structurelle de la violence en détention.

1. Les conditions de travail sont peu étudiées

L'environnement pénitentiaire est réputé pour sa pénibilité ainsi que pour les difficultés qu'il représente en tant que lieu d'exercice professionnel. Il comporte de nombreux risques psychosociaux liés à l'univers carcéral et aux modalités relationnelles contraintes qu'il impose (Moulin et Sevin 2012). Pourtant, l'impact de ce cadre sécuritaire spécifique, sur les soignants y exerçant n'est que très peu questionné. Bien que l'administration pénitentiaire évalue chaque année les incidents entre détenus et surveillants (plus de 4134 agressions de surveillants par un détenus recensées par l'administration pénitentiaire en 2018) (Observatoire International des prisons 2020) aucun rapport similaire n'est réalisé au sujet des soignants. Il résulte des entretiens effectués dans le cadre de ce travail comme des précédentes études, que malgré un univers carcéral violent et pourvoyeur de stress, il ne constitue pas une barrière pour les soignants qui font le choix d'y exercer.

Un contexte violent

La violence est évaluée par de nombreux professionnels exerçant en milieu carcéral comme normale et inhérente à leur activité (Perron et al. 2015). Telle que Margaux Guillotte le définit dans son travail de thèse, elle peut prendre différente forme : « *violence physique (automutilations, scarifications, agression, tentative de suicide, suicide), psychologique (harcèlement, brimades, insultes, menaces), sexuelle (exhibition, agression, viol), violence entre détenus, contre les surveillants ou contre soi-même* » (Guillotte 2018). Une analyse des situations de violence et de tensions générées par le système carcéral a été effectuée en 2005 par Antoinette Chauvenet (Antoinette, Corinne, et Françoise 2008). Elle souligne que « *la prison rend nerveux, irritable, angoissé, agressif et stressé* ». Plus que dans d'autres environnements, les altercations y sont courantes et contribuent à l'ambiance pesante de ces lieux de privations de liberté. La situation de dépendance vis-à-vis des surveillants, d'infantilisation et de perte complète d'autonomie est soulignée comme élément de frustration et de colère pour les détenus, favorisant le développement d'attitudes d'oppositions (Ling, Cleverley, et Perivolaris 2015). Il ressort des entretiens réalisés que, conscients de la violence du contexte, les soignants ne semblent pas s'en effrayer. Ils l'intègrent comme l'un des paramètres de l'environnement dans lequel s'inscrit leur activité sans qu'il soit évoqué comme élément limitant, dégradant leurs conditions de travail. Paradoxalement, les contraintes liées à la sécurité sont plus souvent évoquées que la violence en elle-même.

Un milieu stressant

De nombreuses études montrent que la prison entraîne un possible cumul de facteurs négatifs pour les professionnels, en raison de la nature stressante et anxiogène de certaines relations avec les

personnes détenues. L'une d'elles, réalisée en Suisse auprès de soignants exerçant en milieu pénitentiaire souligne que 46% d'entre eux déclarent éprouver des tensions suite à un risque de violence et 37% suite à la mauvaise ambiance de la détention (Devaud et al. 2005). Pourtant, à l'inverse, une autre souligne leur faible niveau d'anxiété contrairement à l'hypothèse qui était initialement formulée par les auteurs (Boudoukha et al. 2009). Il peut être supposé que les personnes stressées par cet univers n'y soient pas restées et que celles choisissant d'y exercer ne le perçoivent pas sous cet aspect. Néanmoins le peu de recherche à ce sujet ne permet pas de trancher sur ces résultats.

Ni l'univers carcéral comme lieu d'exercice, ni les sentiments d'anxiété et de stress liés à la violence qu'il peut produire chez les acteurs ne sont étudiés. Ils perçoivent la dureté de la détention et disent se méfier de certains patients, à qui ils évitent par exemple de tourner le dos. Bruno Milly note la rareté des agressions de soignants en prison et rattache l'élaboration de cette attitude de défiance à la construction d'une mémoire professionnelle collective établie autour de quelques incidents spectaculaires dont l'histoire est relayée entre les générations, tant par les soignants que par les surveillants.

« Ça souffre d'une espèce de préjugé, de truc qui se transmet comme ça de génération en génération dont on n'arrive pas à se défaire, c'est une espèce de trauma trans-générationnel. »

(Réfèrent santé/justice ARS)

2. Le sentiment d'insécurité a évolué

Repérés depuis toujours, le contrôleur général des lieux de privation de liberté souligne dans son rapport en 2016 l'augmentation des phénomènes violents au sein des prisons françaises. (Contrôleur général des lieux de privation de liberté 2017). Face à ces agressions les soignants dénoncent leurs conditions de travail. Elles sont marquées d'une part par la surpopulation carcérale et d'autre part par l'évolution des caractéristiques des détenus, de plus en plus atteints par des pathologies psychiatriques.

La dégradation des conditions d'exercice lié à la surpopulation

L'augmentation des situations de violence peut s'expliquer par la dégradation de la qualité de la vie pénitentiaire. Cette évolution influe sur les conditions d'exercice des soignants, tant par l'augmentation du sentiment d'insécurité que par la croissance du nombre de patients à prendre en charge que les soignants disent ne pouvoir assumer. La surpopulation carcérale au sein des établissements français est un mal chronique identifié de longue date. Elle est variable et dépend des caractéristiques des établissements. Les maisons d'arrêt accueillant les prévenus et les condamnés à

des peines inférieures à deux ans sont particulièrement touchées par ce phénomène avec un taux moyen d'occupation de 120% au 1er janvier 2021. Cette situation empêche toute possibilité d'encellulement individuel, pourtant défini comme la norme par la loi en 1875 et réaffirmé en 2009, et contraint plus de 700 personnes à dormir chaque soir sur des matelas à même le sol (Observatoire International des prisons 2022). Au sein de ces établissements marqués par une population jeune, les conditions de détention sont strictes et imposent aux détenus de passer vingt-deux heures sur vingt-quatre dans leur cellule. Ainsi, l'augmentation du nombre d'occupants de ces espaces s'avère avoir un impact majeur sur leur qualité de vie (promiscuité, manque d'hygiène, faible mobilité possible de mouvement au sein de la cellule). Le rapport de la commission d'enquête parlementaire effectué en 2000 souligne les conséquences de la dégradation des conditions de vie liée à la surpopulation carcérale sur l'augmentation des violences contre soi et contre les autres (Senat 2000). De plus, l'association des professionnels de santé en milieu pénitentiaire (APSEP) avertit de l'impact de cette situation sur l'augmentation des prises en charges d'urgences à la suite de conflits violents ainsi que sur les décompensations psychiatriques (APSEP 2020).

L'augmentation des troubles psychiatriques en prison

Les passages à l'acte d'agression semblent pour la plupart réalisés par des détenus atteints de troubles psychiatriques. Les professionnelles de santé se plaignent de l'augmentation de la présence de ces patients au sein des établissements pénitentiaires. En 2006 le comité consultatif national d'éthique dénonce un « *déplacement de l'hôpital psychiatrique vers la prison* ». Dans son article Thomas Fovet rappelle que le nombre de détenus atteints de troubles psychiatriques constitue un ensemble hétérogène et que la proportion de ceux-ci n'a cessé d'augmenter en France sur les dix dernières années (Fovet et al. 2015). Ainsi, selon l'étude réalisée en France en 2006 par Bruno Falissard portant sur 800 hommes incarcérés au sein de 20 établissements pénitentiaires, 8 détenus sur 10 souffrent d'au moins un trouble psychiatrique et 36% présentent un trouble psychiatrique de gravité « marquée » à « sévère ». 17% sont atteints de troubles psychotiques dont 11% de schizophrénie, 29% de troubles de l'humeur dont 17.9% d'épisode dépressif caractérisé (Duburcq et al. 2004)(Guillotte 2018). La prévalence importante de ces pathologies au sein d'un environnement inadapté à la prise en charge de ces patients entraîne de nombreuses problématiques, notamment sécuritaires. L'association entre la présence de trouble mental et le passage à l'acte hétéro-agressif est l'objet de nombreuses discussions au sein de la communauté médicale. Il semble que la présence de cofacteurs tels que la maladie psychiatrique, l'addiction, les troubles de la personnalité ou les conditions de vie dégradées, accentue la fréquence de ces situations de crise. L'univers carcéral joue alors un rôle catalyseur favorable à une explosion de violence.

Ainsi, le sentiment d'insécurité et de stress des soignants au sein de cet environnement est très peu étudié même si ces derniers remarquent l'augmentation des situations de violences qu'ils rattachent aux évolutions négatives des lieux de détention. La surpopulation carcérale et l'augmentation du nombre de patients atteints de pathologies psychiatriques constituent selon eux les raisons majeures de dégradation de leur exercice aboutissant à une multiplication des événements violents.

Chapitre 2 : Un exercice hospitalier éloigné des codes de valorisation

La réforme de l'hôpital conduite par Robert Debré en 1958 lui attribue trois missions : le soin, la recherche et la formation. Le rattachement des unités sanitaires en milieu pénitentiaire aux hôpitaux en 1994 a été à l'origine de progrès indéniables de prise en charge (Guérin 2003). Il semble cependant que ces services peinent à remplir l'ensemble des missions hospitalières. L'univers carcéral reste marqué par des conditions de vie régulièrement dénoncées comme incompatibles avec une activité de soin qui interrogent la place des soignants au sein de ces structures. Que ce soit par fantasme, indifférence ou contestation, ce milieu reste méconnu et intéresse peu les professionnels de santé qui ne perçoivent pas l'intérêt de travailler au sein de cet environnement à l'ambiance et aux conditions de travail très éloignées de leurs structures hospitalières classiques. De plus, les activités de recherche et de formations paraissent limitées voir absentes de ces services. Ainsi, ceux-ci peinent à trouver leur place au sein d'un système hospitalier dont ils ne remplissent que peu de critères.

A- Les pratiques historiques sont dénoncées

Malgré la forte mobilisation des jeunes professionnels au cours des années 80, certaines pratiques semblent persister et l'image des soignants en milieu pénitentiaire en a été durablement entachée. Les résultats de l'enquête conduite auprès de médecins soulignent que 75% d'entre eux ont une perception négative de la qualité de la prise en charge en prison.

1. Les internes s'opposent à « l'ancien monde »

La réforme de 1994 est portée par de nombreux acteurs parmi lesquels les internes, qui y occupent une place singulière. Passant de la dénonciation de leurs conditions d'exercice durant les années 60 à la remise en cause de l'idée même d'une « médecine pénitentiaire » dans les années 80, ils s'imposent comme un groupe visible au sein de l'espace public défendant la nécessité d'un rattachement des soignants en milieu carcéral au ministère de la santé (Farges 2013). A l'aune des mobilisations de 1968, la politisation de la prison et des conditions de détention portée par des associations militantes place la question de la médecine pénitentiaire au cœur du débat public. La forte médiatisation des dérives médicales ayant lieu, au sein de ces espaces soustraits à tout regard extérieur, souligne la nécessité d'une réforme. Certains usages tels que la contention et la sur prescription de psychotropes afin « d'apaiser la détention » sont particulièrement dénoncés. En 1993 le rapport du haut conseil de la santé publique souligne « *l'inadaptation du système sanitaire actuel* » ainsi que l'absence de savoir-faire et de légitimité de l'administration pénitentiaire qui assure alors l'ensemble de la prise en charge sanitaire. C'est une médecine au rabais conduite par des professionnels discernés comme peu autonomes voir incompetents qui est alors décriée (Milly 2001).

Jugés comme complices d'un système de détention aux modalités perçues comme injustes et anachroniques deux groupes de soignants se mobilisent particulièrement : les psychiatres et les internes. Une partie de ces derniers s'emparent de l'espace public et médiatique pour dénoncer leurs conditions d'exercice (Farges 2013)

La contestation de la légitimité des anciens médecins

Forts de leur statut et de leurs compétences attestées par l'obtention de leurs diplômes universitaires, ces jeunes soignants remettent en cause les pratiques qu'ils découvrent mais également les praticiens exerçant en prison de longue date qu'ils rencontrent.

« On était des gens qui avions de vraies formations alors que les médecins, même le médecin chef, étaient des gens qui ne savaient pas lire un électro et qui faisaient des bêtises de temps en temps à rattraper quoi. Donc c'était vraiment une période de transition sur l'exigence de qualité tout simplement »

(Ancien médecin militant)

Confrontés à ces praticiens qu'ils estiment « *ne pas avoir le niveau* », ils revendiquent de faire « *avancer la médecine* ». Face à des usages qu'ils jugent inacceptables tel que le recours aux fioles pénitentiaires (afin d'éviter les suicides les médicaments sont administrés de façon dilués dans une fiole sans possibilité de contrôle des règles pharmacologiques), le non-respect du refus de soin (par exemple lors des grèves de la faim) et les violations flagrantes du secret médical (détenus exerçant des missions au sein des unités sanitaires, accessibilité des dossiers médicaux) ces nouvelles recrues s'affranchissent de leur devoir de réserve et s'expriment publiquement face à l'administration pénitentiaire.

Des médecins de santé publique jugés inutiles

La remise en cause d'une partie du corps médical exerçant en milieu pénitentiaire s'accompagne d'une dénonciation du rôle des médecins de santé publique. Cette spécialité vise à l'acquisition d'une vision globale et populationnelle de la santé afin de permettre à ces professionnels de jouer le rôle d'interface entre les soignants et leurs administrations publiques. Néanmoins cette fonction est souvent interrogée et l'activité de ces praticiens dévalorisée. Les jeunes internes, militants engagés, soignants de terrain, revendiquent leur rôle politique face à des médecins de santé publique qu'ils jugent inutiles, en raison de leur double incapacité.

« On les considère un peu comme des ratés de la médecine, de la santé, ils ont peur du sang, ils ne font pas de clinique. On les appelait les médecins papiers, ni énarques ni vrais docteurs, un peu entre les deux. »

(Ancien médecin militant)

Le positionnement difficile de ces médecins perçus comme éloignés du terrain et impuissants les discrédite. Les soignants militants estiment avoir mené cette lutte sans eux et avoir été les seuls, dans le cadre d'une relation directe avec les plus hauts responsables politiques à porter ce renouvellement des pratiques. Ce mouvement de remise en question de la place de l'ensemble des acteurs traditionnels s'inscrit au cœur d'une critique grandissante depuis les années soixante des étudiants en médecine vis-à-vis de leur aînés dont ils dépendraient de moins en moins pour l'acquisition du savoir grâce à la multiplication des supports de connaissance écrite (Bergeron et Castel 2018).

Ainsi, cette nouvelle génération attribue les dérives et l'inertie de l'ancien monde à l'incompétence professionnelle des soignants de terrains mais également aux représentants administratifs de ce corps. C'est l'ensemble des acteurs de l'univers médical qui est alors remis en cause.

2.L'activité demeure marquée par cet héritage

Malgré l'évolution des pratiques médicales, les conditions difficiles de détention continuent d'entacher la représentation des soignants en prison. En effet, les condamnations régulières de la France par la Cour européenne des droits de l'homme, en raison de mauvaises conditions de détention (CEDH 2020) ainsi que les réclamations de différentes associations soulignent que ces situations n'appartiennent pas toutes au passé. L'actualité des taux d'occupation, combinée à des situations d'hygiène déplorable, rappellent aux soignants les difficultés éthiques et déontologiques rencontrées de longue date.

Une dénonciation constante des soins en milieu pénitentiaire.

Les modalités d'exercice des soignants et la qualité des soins prodigués n'ont cessé d'être remis en question. En janvier 2000 le livre de Véronique Vasseur médecin cheffe à la prison de La Santé (Paris) interpelle le grand public sur les situations de vie des détenus. Le succès d'édition retentissant de cet ouvrage rend visible les conditions sanitaires inacceptables au sein des établissements pénitentiaires français six ans après la réforme (Véronique 2000). En juin 2000, un rapport de la commission d'enquête du Sénat (Senat 2000) dresse des constats similaires et liste les manques de prise en charge relatifs aux soins dentaires, aux maladies transmissibles, aux addictions ainsi qu'à la santé mentale. De plus, en 2006 le comité consultatif national d'éthique présidé par Didier Sicard, ancien chef de service de l'hôpital Cochin auquel est rattaché la prison de La Santé, explicite « *le retentissement de l'incarcération sur la santé physique et mentale des détenus* ». Le rapport de ce comité est la conséquence d'une saisine de l'observatoire international des prisons (OIP) au sujet des problèmes éthiques liés au secret médical et aux conditions de consultation des détenus, entravés en présence du personnel d'escorte. Il conclut que « *la prison demeure, dans de nombreux domaines, un*

lieu de non-respect de l'accès aux soins, de la protection de la santé et de la dignité de la personne détenue, et notamment de la personne malade, handicapée ou en fin de vie » (CCNE 2006).

Ainsi, tout au long des années 2000, la question de l'impact de la prison sur la santé des détenus se pose avec acuité et se renforce dans la cadre du développement des approches de santé globale. La nature inadaptée de la détention et sa remise en cause récurrente questionnent la place des soignants en prison et continuent de renforcer les perceptions négatives de cet exercice.

Un soupçon permanent de collusion avec l'administration pénitentiaire

Même si la réforme de 1994 symbolise le combat des soignants pour leur autonomisation vis-à-vis de l'administration pénitentiaire, leur statut ainsi que leur positionnement en détention reste parfois difficile.

« La représentation c'est que nous on est à la botte, à la solde en fait de la pénitentiaire. On va leur injecter des trucs, des produits dont ils ne veulent pas, ils ont peur »

(Médecin en milieu pénitentiaire)

De nombreuses craintes et représentations au sujet du corps médical et de ses pratiques persistent. Dans leurs discours les médecins cherchent à se distinguer de l'administration pénitentiaire pour revendiquer et afficher leur appartenance au corps médical. Ils réaffirment au fil des entretiens leur statut d'hospitaliers. Pourtant, force est de constater que les doutes et les craintes des détenus persistent. Bruno Milly analyse les productions ostentatoires adoptées par les différents professionnels comme rites d'interaction afin de notifier aux détenus leur indépendance et leur absence de connivence avec l'administration pénitentiaire. Ces soignants se refusent par exemple à tutoyer les surveillants, ou à rire ensemble. Ils insistent sur la nécessité du colloque singulier et sur l'absolu du secret médical. Tout dans leur attitude vis-à-vis des détenus, qu'ils s'attachent à nommer patients et à appeler par leur nom, est fait pour rappeler l'indépendance dont ils jouissent (Milly 2001).

Pourtant, il semble que dans cet univers clos, régi par la surveillance et la sécurité, le soupçon de collusion entache toute relation. Au sein d'établissements où l'intimité et l'autonomie n'existent pas, la détention d'information constitue un enjeu fort des relations de pouvoir entre chaque partie. Ainsi, la confiance des détenus est difficile à gagner. En permanence infantilisés et assujettis aux contraintes de l'administration pénitentiaire imposant un respect strict de tout règlement, certains ont du mal à identifier les soignants dans leur rôle et leur autonomie. Les soins deviennent alors un enjeu d'intimité dans un espace de privation où le soupçon et la défiance traversent l'ensemble des relations (Bessin et Lechien 2002).

Les soignants restent perçus par certains détenus comme des auxiliaires de l'administration pénitentiaire ayant pour objectif de pacifier la population pénale en leur « *injectant des trucs, des produits dont ils ne veulent pas* ». Complices des surveillants, ils auraient comme principale mission de distribuer des calmants afin de prévenir tout désordre carcéral.

Enfin, la prison se caractérise par la construction d'une culture propre, marquée par sa « sur-virilité » et par le refus de toute aide institutionnelle sur laquelle pèse la rhétorique du soupçon (Bessin et Lechien 2002). Celle-ci s'est illustrée dans le refus de nombreux détenus du vaccin contre le COVID 19. Remettant en cause l'intérêt et l'efficacité de cet acte, ils vont jusqu'à soupçonner le contenu des produits injectés. Face à cette opposition frontale et souvent antérieure à la détention, les soignants des unités sanitaires des maisons d'arrêt, au sein desquelles la durée moyenne d'incarcération est de cinq mois, soulignent leur frustration. Conscients du temps nécessaire afin d'établir une relation thérapeutique pérenne ils se trouvent en incapacité de forger des liens, d'échanger avec leurs patients et sont souvent limités par des situations d'incompréhension mutuelle. Ils sont aussi contraints dans leur possibilité de déconstruire le discours complotiste qui leur est souvent opposé.

« 5 mois comment vous voulez, on n'a pas le temps de les voir suffisamment pour faire cette relation thérapeutique qu'il pourrait y avoir avec son médecin, son soignant etc... Donc des fois pour certains il faut plusieurs mois, voire même des fois plusieurs années pour finir par pouvoir faire certaines choses »
(Médecin en milieu pénitentiaire)

La mobilisation des années 80 des soignants en milieu pénitentiaire au sujet de la réforme de leurs conditions d'exercice a porté ses fruits. Les conditions de prise en charge sanitaires des détenus se sont en effet améliorées. Cependant, cet exercice reste marqué par la dénonciation de l'incarcération et par la remise en cause de l'indépendance des soignants qui accèdent à la disqualification de cette activité.

B- L'exercice actuel est dévalorisé

Les anciennes pratiques jugées les plus inacceptables ont été éliminées : la contention et les fioles médicamenteuses. Les soignants exerçant en milieu pénitentiaire détiennent aujourd'hui un statut hospitalier. Pourtant, éloignée des standards contemporains de valorisation, l'activité médicale en prison reste dévalorisée et reléguée au rang de « sous-médecine ». 40% des médecins ayant répondu à l'enquête diffusée estiment que ce manque de valorisation est un obstacle à la pratique en prison.

1. La difficulté technique n'est pas reconnue

L'activité de soin en milieu pénitentiaire est perçue comme ne présentant aucune difficulté technique, elle impliquerait alors un faible niveau de compétence ne répondant pas aux canons de valorisation de la profession médicale. 40% des médecins ayant participé à l'enquête soulignent le manque d'intérêt de cette activité et 17% appuient le peu d'intérêt de la pratique médicale.

La valorisation technique de la profession médicale

Le métier de médecin et ce qui le constitue en tant que profession a été l'objet de nombreuses études au cours du XX^{ème} siècle, soulignant l'importance de la valorisation des compétences techniques dans la construction de cet ensemble social. Dans les années cinquante, Talcott Parsons, est le premier à développer dans une approche fonctionnaliste le cadre théorique de cette distinction. Le sociologue américain étudie l'avènement de ce groupe professionnel parallèlement à l'émergence des sociétés industrielles (Parsons 1951). Celui-ci se distingue par un « *haut niveau de formation abstraite et spécialisée, une activité orientée vers le service à la population et surtout un haut niveau d'autonomie par rapport aux autres secteurs de la société* ». Ce monopole du savoir et de la pratique confère au médecin une place singulière au cœur de l'espace social.

Dans le cadre d'une approche interactionniste voulant s'éloigner des constructions parsoniennes jugées trop proches des représentations du métier portées par le corps médical, en 1970 Eliot Freidson cherche à développer un cadre d'analyse élargi. Son travail repose sur l'étude des différentes pratiques médicales ainsi que sur les critères d'autonomie de cet office. Selon lui, la construction du corps médical sous forme de profession repose sur sa capacité à évaluer et à contrôler elle-même l'aspect technique de son travail (Freidson 1984). Bien plus que son autonomie socio-économique c'est son autonomie technique dont ses membres sont les seuls détenteurs qui singularise ce corps professionnel.

De plus, la capacité à maîtriser et à exceller dans le contrôle des nouvelles technologies détermine selon Charles Perrow les rapports de pouvoir à l'intérieur de l'hôpital (Perrow 1961). De nombreuses distinctions et catégorisation au sein du corps médical s'opèrent autour de la compétence technologique. Selon lui, l'arrivée à la fin du XIX^{ème} siècle des examens cliniques à rayon X, des techniques d'asepsie ainsi que de la bactériologie modifient la structure de l'hôpital ainsi que ses objectifs. La maîtrise de ces nouveaux traitements et équipements devient une ressource clef pour les hôpitaux, et les médecins les maîtrisant occupent désormais une place prépondérante (Bergeron et Castel 2018). L'actualité de cette étude est soulignée chaque année par la publication des classements hospitaliers internationaux valorisant leur capacité à produire des soins de haute qualité.

L'ensemble de ces éléments de valorisation des compétences techniques étudiés depuis le milieu du XXème siècle continuent à trouver aujourd'hui leur expression au sein du corps médical. Celle-ci s'illustre par les choix réalisés lors du concours de l'internat, les spécialités, disciplines réputées pour leur technicité et leur excellence séduisant les étudiants les mieux classés. De nombreuses études soulignent la complexité des relations entre médecins spécialistes ou non, et la domination d'une élite médicale détenant le savoir technique (Friedberg 1997) (Zetka Jr 2001). Ces représentations sont également largement diffusées dans l'imaginaire collectif à travers l'ensemble des séries télévisées magnifiant les personnages de chirurgiens d'excellence, aux prouesses techniques inégalées, sauveurs de vie au quotidien.

Ces supports de construction d'une image unique de la profession médicale perpétuent la disqualification des autres pratiques vouées à l'invisibilité. Bien loin des standards de valorisation technique, les unités sanitaires en milieu pénitentiaire restent le plus souvent réduites à une activité de médecine générale.

« Alors sur l'activité je dirais méconnaissance, alors effectivement que peut-être ça peut être assimilé à une activité moins attractive, moins technique de médecine générale »
(Sous-directeur hospitalier en charge des soins en prison)

Celle-ci est exercée dans des locaux parfois peu adaptés et régulièrement dotés d'anciens équipements hospitaliers *« quand c'est plus bon pour le CHU hop on le met à la prison »* (Médecin coordinateur).

Ainsi, cet exercice évolue et se construit en marge des représentations dominantes de la profession médicale qui souhaitent le cantonner à une activité annexe de « bobologie», pouvant être qualifiée pour son intérêt social mais nullement professionnel.

2. La recherche reste absente

La transformation de l'hôpital menée en 1958 définit les rapports entre les universités de médecine et les centres hospitaliers régionaux. Elle marque un tournant dans l'organisation de la formation des médecins (Marin 2020). A cette occasion est défini le statut de praticien hospitalo-universitaire exerçant à temps plein en milieu hospitalier et percevant une double rémunération : universitaire et hospitalière. Les postes de chef de services sont alors soumis à la nécessaire acquisition de cette double compétence exigeant l'investissement au sein d'une carrière d'enseignant-chercheur. Selon Michel Arliaud : l'élite médicale est désormais hospitalière (Arliaud et Robelet 2000).

« Il y a une survalorisation des étudiants de l'exercice en CHU en gros si on n'est pas prof de médecine on a raté sa vie. »

(Médecin de l'administration pénitentiaire)

Rattachées à l'hôpital public, les unités sanitaires constituent des services atypiques n'exerçant aucune activité de recherche et ne recrutant pas selon les modalités de ce statut hospitalo-universitaire. Elles répondent à des codes d'exercice et de recrutement singuliers qui les laissent marginalisées.

La valorisation de l'activité de recherche pour les hôpitaux

La majorité des classements hospitaliers mondiaux reposent sur l'évaluation de la qualité de prise en charge fondée sur la capacité à mener des soins de haute technicité ainsi que sur l'activité de recherche. De plus, les plus grands classements universitaires s'appuient sur cette aptitude, mesurée par l'influence de ces travaux et des revenus qui en découlent. Comme le développe Ronan Sanquer, l'activité de recherche concentre plusieurs enjeux. Premièrement un enjeu clinique d'innovations thérapeutiques dans le cadre d'une amélioration de la qualité des soins et du progrès médical. Deuxièmement un enjeu identitaire, dans le cadre de la communauté scientifique française et mondiale. Avec plus de 600 essais cliniques en cours, près d'un millier de protocoles de recherche et plus de 18 000 publications par an, les CHU sont les premiers acteurs institutionnels de la recherche clinique en France. Celle-ci participe à la construction d'une culture hospitalo-universitaire commune mais représentent également un élément fort de la concurrence inter-établissement. La visibilité et la légitimité ainsi acquises représentent un investissement en termes d'attractivité et de capacité d'innovation future ([Sanquer 2008](#)).

Troisièmement un enjeu économique croissant, car l'évolution des modalités de financement avec la mise en œuvre progressive de la tarification à l'activité à partir de 2004 a entraîné l'évolution des modes de rémunération de l'activité de recherche. Celle-ci est en partie financée par des MERRI (Mission d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'Innovation) divisées entre une dotation socle et une part variable liée à l'activité de recherche et d'innovation de l'établissement. Cette dernière est calculée à partir d'un système de points générés grâce aux publications scientifiques des équipes de recherche hospitalières. En fonction de la qualité de la revue scientifique, mesurée par son "impact factor", et par le rang de chaque auteur, un nombre de points SIGAPS (SIGAPS : Système d'Interrogation, de gestion et d'Analyses des Publications Scientifiques) est attribué. Chaque point permet à l'établissement de bénéficier de 648 euros par an pendant quatre ans. Par exemple un article au sein d'une revue de catégorie B dont les premier et derniers auteur sont issus du CHU permettent à cette structure d'obtenir 15 000 euros par an, soit 60 000 euros sur quatre ans. Ainsi, les services ou acteurs à l'origine de ces financements deviennent de plus en plus recherchés et valorisés par les établissements de santé ([Madiot 2016](#)).

Dans un contexte d'internationalisation de la recherche mais également de la concurrence au sein du domaine médical, cette discipline constitue l'un des éléments clefs permettant aux établissements de se distinguer. Elle tend à prendre une part croissante dans les activités hospitalières à travers une valorisation importante au bénéfice des carrières de ces praticiens.

La valorisation de l'activité de recherche au sein de la carrière médicale

En analysant les multiples paramètres instaurant un « *ordre négocié* » au sein de l'hôpital, Anselm Strauss cherche à définir les modalités de construction de l'ordre social de cet univers particulier (Strauss 1992). Évolutif, cet « ordre négocié » fait l'objet de contrats, et d'arrangements entre acteurs. Les changements et adaptations de discours, viennent au service des différents positionnements dans un jeu social complexe.

Au cœur de cet ordre social se différencie un segment professionnel singulier au sein de l'hôpital : les PU-PH (professeur des université praticien hospitalier). Eliot Freidson effectue une distinction entre ce qu'il dénomme les « médecins de rang » et l'élite médicale chargée de l'élaboration des règles et de leur contrôle. Le statut apporté par le titre de professeur, acquis par la publication de nombreux articles scientifiques réalisés lors de programmes de recherche reconnus, confère une légitimité. C'est la possibilité de se distinguer au sein de l'univers hospitalier par la reconnaissance d'une forme d'excellence professionnelle. Ces élites respectées mobilisent autour d'elles une équipe de recherche investie dans la réalisation de publications, l'accumulation de points SIGAPS et l'obtention de financements supplémentaires. Ainsi ces professionnels permettent aux services et laboratoires qu'ils dirigent d'avoir accès à des rémunérations complémentaires. Ils sont ainsi à l'origine de nouveaux projets et favorisent le rayonnement de l'hôpital.

« L'organisation de la médecine c'est maintenant quand on n'est pas PU-PH, quand on n'est pas dans un CHU, quand on n'est pas dans un grand service de renom international on n'est pas un bon. »

(Médecin de l'administration pénitentiaire)

L'absence de dynamique de recherche en milieu pénitentiaire

L'activité de recherche scientifique est quasiment inexistante au sein des établissements pénitentiaires. Alors que de nombreux sujets d'études pourraient être envisagés auprès de ce public aux caractéristiques épidémiologiques très peu étudiées, il semble que plusieurs freins s'opposent à son émergence. Précédemment évoquée sous l'angle de ses avantages cliniques, identitaires ou économiques, la recherche est également l'occasion pour des professionnels d'exercer une activité stimulante intellectuellement et favorable à de nouvelles perspectives.

« Il faut une émulation intellectuelle à un moment en dehors du côté alimentaire, quel est mon intérêt? Vous avez envie de diversité, vous avez envie de choses très larges, [...] de ne pas être juste une forme de prestataire. »

(Réfèrent santé/justice ARS)

Les propos de cet auteur soulignent de nombreux aspects liés à la conduite d'un travail de recherche. Celle-ci permet une « *émulation intellectuelle* » mais aussi l'intégration dans une équipe et dans sa dynamique. C'est une synergie d'acteurs en lien avec différents intervenants qui permet la mise en œuvre de ces pratiques.

D'une part, le milieu carcéral pâtit de l'absence d'interne. Ces étudiants sont dans l'obligation de réaliser une thèse d'exercice afin d'obtenir le diplôme universitaire de médecine. Leur passage, en quête de sujet potentiel, représente pour les services l'occasion de leur faire découvrir des projets d'étude ainsi que des actions de recherche. Ils stimulent ainsi les équipes qui bénéficient de ces renforts dans l'initiation ou la conduite de leurs travaux. La constitution de partenariats concourt à l'élaboration de dynamiques positives dans le cadre d'un environnement favorable. Ainsi, l'action combinée du faible nombre d'internes et du peu de sujets de thèse s'y rapportant ne permet pas la mobilisation autour d'une activité de recherche au sein de ces unités.

D'autre part, il n'existe pas de sociétés savantes des médecins exerçant en milieu pénitentiaire. La majorité des spécialités disposent de leur propre collège universitaire ou de leur société savante. Ces organismes ont pour rôle d'évaluer les pratiques professionnelles d'une discipline ainsi que d'en effectuer l'état des lieux des savoirs. Dans de nombreux domaines, elles ont permis l'amélioration des pratiques dans le cadre d'une réflexion et d'une remise en cause entre pairs. Elles organisent également des congrès, des concours, des prix de thèse et animent des revues professionnelles. Ce terreau permet une émulation régulière et une reconnaissance des travaux effectués. Ainsi, ces sociétés contribuent fondamentalement au dynamisme de l'activité de recherche ainsi qu'à l'émergence de figures médicales fortes.

Le défaut de société savante de médecine en milieu pénitentiaire, couplée à l'absence de spécialité reconnue de cet exercice privent les unités sanitaires d'internes, force motrice mettant en valeur l'activité des praticiens. Il s'agit donc de nouveau d'un fonctionnement atypique de ces services, divergent de celui des autres unités hospitalières et ne répondant à aucun de leurs codes.

Chapitre 3 : Une représentation dégradée des praticiens

Après l'étude des éléments de disqualification du milieu d'exercice, il est proposé une analyse des modalités de dévalorisation des soignants exerçant en milieu pénitentiaire et de leur pratique. Leur image se construit sur la base de l'accumulation d'a priori au sujet de l'univers carcéral, de craintes, de mépris de la population pénale et enfin du dénigrement d'une activité non libérale dans le cadre d'une pratique équivalente à la médecine de ville. Le monde extérieur perçoit alors ces praticiens comme éloignés et reclus. De plus, il ignore tant la spécificité de leur pratique que de leur posture professionnelle.

« Un manque de reconnaissance du travail qui est effectué en milieu pénitentiaire par le public de façon générale, par la société d'une façon générale »

(Médecin en milieu pénitentiaire)

A- Les soignants sont dénigrés

« C'est zéro on est transparents, on n'existe pas, ils ne savent même pas qu'on existe les trois quarts du temps quand par hasard ils se rendent compte qu'on existe, ils se demandent bien qu'est-ce qu'on peut faire là-bas ? Voir ils ne font rien du tout, c'est pas impossible non plus ... »

(Médecin en milieu pénitentiaire)

Les soignants exerçant en milieu pénitentiaire se disent invisibles voire inutiles dans le regard de leurs confrères. Éloignés des structures hospitalières classiques, leur activité mal mise en valeur reste incomprise. Ces professionnels ayant peu de contact avec les autres membres du corps hospitalier pâtissent des représentations négatives liées à leur statut, diplôme, mode d'exercice ainsi que de la remise en question de leur capacité ou volonté de travail. Les caractéristiques de cette activité singulière et atypique souffrent de nombreux préjugés en inadéquation avec l'exercice réel de ces professionnels.

1. Les profils sont dévalorisés

A ce jour, il n'existe pas d'analyse statistique portant sur les caractéristiques des soignants en milieu pénitentiaire. Néanmoins au fil des entretiens réalisés une répartition des profils exerçant en prison se dessine. Il s'agit majoritairement de médecins femmes et de médecins d'origine étrangère.

La féminisation d'une pratique

L'arrivée importante des femmes au sein de l'univers carcéral est constatée depuis les années quatre-vingt, elles représentent aujourd'hui 40% des directeurs d'établissements, 25% des officiers et en 2019, 52% de la promotion d'élèves surveillants ([Rostaing 2021](#)). Cette émergence au sein d'un monde mono sexué marqué par une forte culture viriliste centrée autour de la force physique a permis

une évolution des mœurs et des pratiques. Elles remettent en cause une identité professionnelle fondée sur des valeurs masculines et portent un autre regard sur les modes de régulations nécessaires. Ce phénomène de féminisation semble encore davantage marqué au sein des unités sanitaires. Les femmes y sont historiquement présentes par la figure des infirmières, premières femmes à pénétrer les prisons pour hommes. Et elles sont aujourd'hui massivement représentées au sein de ces lieux d'exercices, les services sont même parfois exclusivement composés de femmes.

Les explications données par les professionnels sur ce phénomène sont diverses. Certains s'appuient sur le stéréotype d'une séparation genrée des appétences professionnelles. Les hommes se porteraient vers les sciences, la technique et la technologique alors que les femmes cultiveraient leur sens du contact humain et du soutien social.

« On est dans les mêmes représentations, [...] les filles vont plutôt aller vers le social etc... et on est sur des populations beaucoup plus sociales ici. [...] c'est qu'on dit que les filles c'est moins scientifique elles vont plutôt vers ce qui est le lien, la prise en charge des autres et ça ne m'étonne pas que dans le milieu pénitentiaire ça se fasse comme ça. »

(Médecin en milieu pénitentiaire)

Ce regard au sujet d'une répartition genrée des tâches et des appétences entre une médecine technique centrée sur la difficulté de l'acte et une approche sociale établie sur le lien humain se conjugue aux représentations de l'excellence médicale, souvent masculine, précédemment évoquée. L'activité à haute valeur ajoutée, dont la pratique est détenue par un faible nombre de professionnels de l'élite médicale, serait perçue comme réservée aux hommes. Celle consistant à effectuer des actes de « bobologie » auprès d'une population précaire typiquement adoptée par les femmes. Certains vont même jusqu'à les affubler du vocable de « soignangnante ». Il semble donc qu'au travers des biais de représentations portées sur cette activité professionnelle ce soit la répartition genrée des activités et spécialités médicales qui soit révélée.

Par ailleurs, le confort des horaires de travail est régulièrement évoqué. 39% des médecins ayant répondu à l'enquête affirment qu'ils pourraient envisager d'exercer en prison pour la maîtrise du rythme de travail. L'absence de gardes, de travail de nuit et la proposition d'emplois du temps fixes pourraient apparaître comme particulièrement attractifs pour les femmes. Ces dernières, qui seraient contraintes à aller chercher leurs enfants à dix-sept heures à l'école en raison de l'inégalité persistante dans la répartition des tâches domestiques et familiales, apprécieraient le bénéfice que ces modalités d'exercice leur offrent. Les avantages de ce calendrier représenteraient alors un argument suffisant d'attractivité qui expliquerait la présence majoritaire de femmes en milieu pénitentiaire. De nouveau c'est une image dégradée de ces praticiennes, aux horaires de travail réduits et contraints qui est

présentée, bien loin du modèle régulièrement masculin du médecin hyperactif capable d'assurer dans l'urgence une charge de travail très importante.

Le regard porté sur les soignantes en détention est donc empreint de représentations sexistes et dénigrantes faisant de ces professionnels des médecins peu compétentes exerçant une activité à la frontière du maternage. Attirées par un planning qui leur permettrait d'assurer leurs obligations familiales elles seraient séduites par le confort d'organisation que procure cet exercice indépendamment de son intérêt.

La présence de médecins étrangers

De même, aucune statistique n'existe sur la présence de médecins étrangers. Il est pourtant constaté et relaté par les soignants qu'une part importante de praticiens d'origines étrangères exerce au sein de ces services. A titre d'exemple, selon les acteurs rencontrés, ils constitueraient 50% des effectifs au sein de l'unité sanitaire de Fleury-Mérogis.

A nouveau, la prison se trouve catalyseur d'un phénomène préexistant au sein de l'hôpital et dont l'actualité du Covid 19 a rappelé l'importance. Face à la pénurie de soignant et au manque d'envie de ces derniers d'exercer au sein des structures hospitalières, depuis les années 2000 le recours aux médecins titulaires d'un diplôme non européen s'est accentué. Afin de pourvoir les postes vacants d'internes, ces derniers principalement originaires du Maghreb et d'Afrique sub-saharienne sont recrutés en tant que FFI (faisant fonction d'interne) assistants ou attachés associés. Ces statuts précaires et moins rémunérateurs peuvent parfois se prolonger durant plusieurs années, contribuant aux fonctionnements de nombreux services peinant à recruter (à titre d'exemple l'hôpital de Soisson fonctionne avec 43% de ses praticiens)([Le Monde 2022](#)). Le phénomène s'accroît chaque année avec en 2022 l'ouverture de plus de 2000 postes. Systématiquement proposés au sein de déserts médicaux dans des services sous tensions à l'attractivité limitée, leur répartition est souvent décriée.

Les conditions de travail et la reconnaissance des compétences de ces praticiens sont souvent dénoncées. Délégitimés, remis en cause dans leur savoirs et techniques, ces professionnels souvent expérimentés ne bénéficient pas du même statut que leurs confrères titulaires d'un diplôme français. Bien qu'il ne soit pas possible d'obtenir une liste exhaustive de leur nombre leur présence massive au sein des établissements pénitentiaires est un secret de polichinelle.

Certains des acteurs rencontrés (aucun d'entre eux ne faisant partie de ce groupe) ont souligné que malgré la reconnaissance sans détours de leurs compétences médicales ces soignants s'inscrivent parfois dans des logiques professionnelles différentes. Contraints à l'exercice en milieu pénitentiaire et présents sur leur poste durant des périodes restreintes (un ou deux ans) une partie d'entre eux ne

souhaite pas s'investir davantage dans cette activité. Ils viennent à reculons, « tirer leur temps » et comptent les mois avant de pouvoir revenir à l'exercice qu'ils souhaitent. Ces éléments d'analyse sont mis en avant par certains professionnels exerçant au sein des unités sanitaires.

« Il y a la moitié c'est des gens qui viennent là parce qu'il n'y a pas de postes ailleurs et la moitié qui y est vraiment par choix. Donc on n'est pas dans le même objectif, je pense que pour venir ici il faut vraiment avoir envie de venir, si on vient à reculons c'est pas la peine. »

(Médecin en milieu pénitentiaire)

Ainsi, une scission interne se dessine entre les soignants présents en milieu pénitentiaire par choix, parfois par conviction et d'autres, contraints à un exercice qui leur est imposé durant une période définie afin d'assurer des postes dont personne ne veut.

Les soignants exerçant au sein des établissements pénitentiaires français souffrent d'une absence de reconnaissance de leur pratique, mais c'est également une dévalorisation de leur personne et de leur identité qui en résulte. C'est ce qu'ils représentent et les caractéristiques qui leur sont attribuées qui jouent alors un rôle de repoussoir.

2. Les capacités sont contestées

Le corps médical français s'est constitué de longue date autour de la défense d'un modèle de médecine libérale fort. Tout au long du 19^{ème} siècle au fil d'une démarche d'unification de la pratique médicale et de la formation ce groupe définit ses propres codes d'exercice.

Le 30 novembre 1927, la charte du congrès des syndicats réunifiés établit le modèle de la médecine libérale reposant sur la garantie de l'autonomie des médecins vis-à-vis des caisses de l'assurance maladie (Palier 2021). Elle érige comme fondamentaux plusieurs principes : la liberté de choix du médecin par le patient, le respect absolu du secret médical, le droit à des honoraires pour tout malade soigné, le paiement direct et enfin le droit au dépassement. Elle confirme la liberté thérapeutique et de prescription. Ardemment défendue par les médecins, cette charte sera préservée lors de la création de la sécurité sociale en 1945 (Bergeron et Castel 2018).

Ainsi, tout au long du 20^{ème} siècle les médecins libéraux ont défendu leur autonomie et leur indépendance, fièrement érigées comme modèles professionnels. Dans le cadre d'un renforcement des réseaux de soins primaires communs à l'ensemble des pays européens, le modèle normatif hiérarchisé français s'organise autour d'eux (Bourgueil, Ramond-Roquin, et Schweyer 2021). Il s'appuie sur une régulation étatique, renforçant la place centrale de cet exercice au sein du système de santé. Si ses modalités évoluent (cabinet de groupe, maison médicale, part croissante de médecin salariés) il reste l'idéal type d'exercice. Face à l'excellence technologique et médicale du système

hospitalier, il valorise la liberté devant toute forme d'autorité hiérarchique, la capacité d'entreprendre ainsi que la prise de risque.

Les soignants exerçant en milieu pénitentiaire se positionnent alors à la lisière des deux cultures. Ne répondant ni aux codes de valorisation de la médecine hospitalière ni à ceux de l'exercice libéral ils se retrouvent pris en étau entre deux logiques professionnelles auxquelles ils ne correspondent pas. Leurs confrères imaginent des soignants incapables d'obtenir les prérequis nécessaires à l'excellence hospitalière mais n'étant pas davantage en capacité à exercer une pratique libérale. Ainsi le milieu pénitentiaire constituant un entre-deux mal défini, offrirait à ces professionnels une « porte de sortie ».

La médecine en milieu pénitentiaire est souvent exercée par des praticiens dont le profil même est remis en cause. C'est la motivation et la capacité de travail de ces professionnels qui sont interrogés. Leur exercice au sein de structures mal identifiées fait planer le doute parmi leurs confrères, qui vont jusqu'à évoquer une possible absence d'activité. Ces services aux modes de rémunérations différents et aux financements spécifiques présentent plus de difficultés à valoriser leurs actions.

« Alors après quand on a des échanges réguliers avec les gens de l'hôpital ça s'arrange mais la première réaction c'est mais qu'est-ce que c'est, mais qu'est-ce qu'ils font là-bas? »

(Médecin en milieu pénitentiaire)

B- L'activité s'avère atypique

L'exercice en milieu pénitentiaire est soumis à de nombreuses représentations de la part des acteurs extérieurs au corps médical. Le concept de représentation désignant ici « *une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourante à la construction d'une réalité commune à un ensemble social* » (Jodelet et Moscovici 1989). L'activité répond aux fantasmes d'un univers inconnu et intimidant, dont chaque citoyen nourrit une image singulière. La perception collective des soignants en prison est médiée par les représentations cinématographiques de médecins effrayants réalisant des opérations inconnues au cœur de geôles sordides, ou de savants fous peu enclins aux respects des droits humains. C'est alors tout un dispositif culturel définissant les rôles attendus et les normes auxquelles doivent se soumettre ces praticiens qui biaise le regard, bien loin de la réalité quotidienne.

1. La perception des compétences est déformée

Les représentations et perceptions de l'exercice des soignants en milieu pénitentiaire se distinguent par la dualité de leurs éléments de construction. En effet, elles reposent tant sur la

méconnaissance, par les soignants, de ce milieu que sur les bribes d'informations qu'ils peuvent en recevoir. L'ensemble des acteurs de terrain rencontrés soulignent leurs difficultés à communiquer autour de leur exercice.

« C'est un autre monde... et ceux qui y sont un petit peu entrés ils ne la ramènent pas mais comment dire... ils savent que les limites du normal et de la bienséance c'est pas seulement ce qui se passe dans les bureaux. Ce n'est pas un jugement, c'est qu'ils en savent plus que les autres et quand on en sait trop et bien ça ne se communique pas, ça ne se communique pas bien »

(Ancien médecin militant)

Une perception déformée de la réalité de cet exercice, co-construite par les médecins exerçant en milieu pénitentiaire.

De nombreux soignants interrogés évoquent leur peine à raconter leurs pratiques tant le système carcéral est peu connu. Ses rites de fonctionnement apparaissent en effet obscurs pour l'ensemble de la communauté médicale, comme pour le reste de la population. Leur évolution au sein d'un système violent dont ils connaissent les dysfonctionnements et les défaillances semble pour eux difficile à décrire. Face à cet embarras à échanger au sujet de leur quotidien, ils choisissent souvent de n'évoquer que l'exceptionnel. C'est alors le florilège des anecdotes et les faits divers qui sont exposés : les rares histoires d'agression de soignants, les altercations avec les surveillants et les oppositions avec l'administration. Ces éléments tangibles accréditent l'image du soignant humaniste en lutte contre les dérives de l'administration pénitentiaire. Ils simplifient la communication et permettent à ces professionnels d'éprouver une forme de valorisation, rarement spontanément accordée à leur pratique.

« Quand vous racontez la prison tout le monde vous écoute bouche bée parce que vous êtes comme le messager d'un monde de fantasme, d'une espèce de courage pas possible. »

(Ancien médecin militant)

L'étude de ce que Erving Goffman appelle "les coulisses", espaces réservés aux collègues permettant de relâcher la tension issue des relations avec le public prend ici une forme singulière (Goffman et Kihm 1973). En effet, ces propos sont tenus par un médecin relatant son exercice à d'autres confrères qui n'exercent pas en milieu carcéral. L'environnement de cette conversation est alors mal défini, il ne s'agit ni d'un échange dans l'espace public avec un tiers extérieur, ni d'une conversation entre soignants partageant le même lieu de travail. Pourtant, il est probable que les objectifs secondaires de cet entretien soient bien les mêmes que ceux des conversations de « coulisses », l'introduction d'une distance avec la réalité. Cet élément déterminant de la culture médicale ayant pour rôle d'assurer aux soignants un sas de décompression induit ici la construction de représentations chez des interlocuteurs

extérieurs. En partageant avec leurs confrères les moments les plus spectaculaires de leur exercice, ils viennent souvent renforcer les fantasmes sécuritaires autour de la prison, sans les renseigner véritablement sur leur activité quotidienne.

C'est donc par la transmission et la mise en scène de ces faits divers et événements exceptionnels, renvoyant pour la plupart à des événements violents, que les soignants exerçant en milieu pénitentiaire participent à la co-construction d'imaginaires ne correspondant pas à la réalité de leur mission.

Une image déformée des professionnels de santé exerçant en milieu pénitentiaire.

De plus, les représentations sociales des soignants exerçant en milieu pénitentiaire reposent sur de nombreux préjugés. Le premier d'entre eux, fréquemment évoqué au cours des entretiens, est celui de soignants militants. Ces professionnels sont perçus comme particulièrement engagés au sujet de l'accès aux soins en milieu pénitentiaire mais aussi pour certains sur la réforme du système carcéral dans son ensemble. Par exemple, pour les médecins interrogés au cours de cette enquête, 66% des soignants exerçant en milieu pénitentiaire le font par engagement idéologique. Au surplus, la directrice d'un établissement hospitalier affirme que « *tous les professionnels en prison sont adhérents à l'APSEP* ». L'association des professionnels de santé exerçant en prison (APSEP) occupe une place particulière au sein de l'univers des soins en milieu carcéral, qui sera davantage étudiée dans la deuxième partie de cette étude. Elle est réputée rassembler des professionnels militants investis dans la défense des soignants et de l'accès aux soins pour les détenus. Pourtant, bien qu'actrice incontournable de cet environnement, le nombre de professionnels adhérents reste faible. L'imaginaire d'une profession engagée et structurée derrière la défense militante d'objectifs politiques ne correspond nullement à la réalité des praticiens rencontrés. Ayant souvent initié leur carrière en milieu pénitentiaire de façon fortuite par le biais de rencontres ou d'informations au sujet de la vacance d'un de ces postes, après avoir exercé plusieurs années au sein de l'hôpital, les soignants en milieu pénitentiaire sont finalement très peu nombreux à afficher un engagement idéologique.

Le second préjugé porte sur la nécessité d'une expérience professionnelle importante. Il est notamment véhiculé par les sous directeurs hospitaliers en charge des unités sanitaires lors de leur démarche de recrutement. Il serait recommandé d'avoir des praticiens âgés, jugés plus à même de gérer de potentielles situations de crise ou de conflit. Le profil adapté serait donc un médecin, homme, capable de faire face à un public réputé difficile. En opposition avec la réalité objectivée de terrain d'hyper-féminisation, la vision classique du soignant idéal reste inchangée et continue de nourrir les représentations sociales de cet exercice.

« Voilà quand à un moment donné il manquait de l'effectif médical et qu'il fallait du remplacement on n'a pas pu mettre n'importe quel médecin là-bas. Voilà d'abord il a fallu, voilà c'est très très spécifique. »

(Sous-directeur hospitalier en charge des soins en prison)

Ainsi la définition d'idéal-type de soignant exerçant en milieu pénitentiaire véhicule une image faussée de ces professionnels dont la diversité des profils ne peut être réduite à une catégorie homogène et unique. Ces impressions diffusées au sein de l'univers culturel médical jouent le rôle de repoussoirs pour de nombreux professionnels qui ne se retrouvent pas dans les modèles proposés voir imposés.

2. La posture professionnelle doit s'adapter

Éludée par les images précédemment évoquées, la singularité de cet exercice professionnel atypique est très peu étudiée. Celui-ci se distingue pourtant par le public auquel il s'adresse mais aussi par l'environnement contraignant dans lequel il s'inscrit. Loin des aprioris et des préjugés normatifs, c'est une posture professionnelle singulière et méconnue que tentent de définir les soignants rencontrés.

Un public qui bouscule les représentations professionnelles des soignants

La patientèle des médecins exerçant en détention se distingue par son approche de la santé et son intériorisation différente de ses normes (Bessin et Lechien 2002). Au cœur d'une société définie par son « gouvernement des corps », cette posture à l'encontre des recommandations collectives de santé interroge la fonction même des médecins (Farges 2006). Souvent éloignée des cursus de soins classiques, la population entrant en détention présente des caractéristiques sanitaires dégradées par rapport à la population générale. Un entrant sur dix est orienté vers une consultation psychiatrique, 80% de la population fume quotidiennement, 31% déclarent une consommation excessive d'alcool, 10% reçoivent un traitement de substitution aux opiacés, une personne sur cent est positive au VIH (IGAS; IGSJ 2015). Cette population jeune et masculine majoritairement issue des classes populaires importe en prison « une culture somatique spécifique » (Boltanski 1971). Comme le décrivent Marc Bessin et Marie-Hélène Lechien, elle semble adhérer à un système de valeur privilégiant l'endurance physique plutôt que la santé comme « capital » à préserver (Bessin et Lechien 2002). Ce positionnement remet en cause les fondements de la relation soignant/soigné tels que définis par Talcott Parson en 1940. Dans l'analyse de ce dernier, les malades sont décrits en situation de déviances les empêchant de répondre aux attentes du monde social. En qualité d'acteur passifs et ignorants ils doivent se plier à l'autorité du médecin, détenteur du savoir et assurant un rôle de contrôle social. Au sein de la détention c'est un tout autre rapport de force entre médecin et patient qui s'impose.

Les soignants exerçant en prison expriment à de nombreuses reprises leur lassitude face à un public souvent réticent aux soins. Les refus sont quotidiens, les déprogrammations et les annulations monnaie courante. La problématique du recommencement est soulignée à de nombreuses reprises. Obligés de faire et défaire, d'avancer à petit pas puis de reculer dans leur démarche thérapeutique, les professionnels évoquent les difficultés qu'ils rencontrent à accepter ce qu'ils perçoivent comme un éternel recommencement. L'exigence d'une telle patience professionnelle s'avère propre à l'exercice en milieu pénitentiaire et correspond à très peu d'autres pratiques médicales, sauf peut-être à celle de l'addictologie.

« Tout le monde n'est pas capable non plus de faire face.... nous on est habitué aussi à faire du travail de Pénélope c'est à dire à faire des choses et puis à défaire et puis à refaire et puis à défaire et ça c'est compliqué pour eux de l'entendre. Après je suis dans d'autres spécialités où c'est le cas, en addicto c'est pareil donc moi j'ai l'habitude, voilà c'est un vrai travail de patience mais au CHU ou il faut toujours avoir du résultat..., on est aussi dans un autre processus »

(Médecin en milieu pénitentiaire)

Mal préparés à accepter cette posture thérapeutique singulière, différente de celle transmise lors de leur formation, les soignants peinent à trouver une forme de valorisation de leur exercice. Ils se disent épuisés par cette situation, impuissants au sein d'un environnement hostile.

Un lieu impropre aux soins

La détention comme lieu de soin est remise en question sur la base de deux arguments. Premièrement les conditions pratiques de l'exercice de la médecine sont bousculées (secret médical, colloque singulier, matériel à disposition...). Deuxièmement, la possibilité d'une santé globale où l'environnement joue un rôle prépondérant est contestée (OMS 1986).

L'exercice au sein des unités sanitaires en milieu pénitentiaire interroge avec acuité les professionnels sur le respect de leur code de déontologie. Le colloque singulier, défini par Georges Duhamel en 1934 dans le cadre de la défense de la médecine libérale, est inscrit en 1947 par Louis Portes, président du conseil national de l'ordre des médecins, au sein du code de déontologie médical. Exprimé par ce dernier comme la « rencontre d'une confiance et d'une conscience » il constitue un des fondements de la pratique médicale moderne (Hardy 2013). Or, celui-ci semble difficile à faire respecter au sein de la détention, notamment en raison de la présence des surveillants lors des consultations médicales. Cette pratique interdite perdure tant en raison de l'insistance de certains surveillants, qu'en réponse aux demandes formulées par quelques soignants. Ainsi les professionnels contestent l'instauration de relations tripartites (patient/soignant/pénitentiaire) tant lors de la consultation que de la prise en charge venant remettre en cause l'indispensable dualité de la relation.

L'environnement carcéral et ses effets sur la santé des populations sont soulignés comme néfastes et impropres à la mise en place d'une démarche de soin par de très nombreux acteurs. L'impact de ce milieu nocif pour la santé ayant des conséquences physiques sur les individus est noté par le Comité consultatif national d'éthique mais également par de nombreux professionnels. Dans les années 90 le docteur Daniel Gonin segmente la première année d'incarcération en quatre périodes, selon les conséquences physiques que la détention produit chez l'individu (Gonin 1991). Traduites par les effets dermatologiques, visuels, auditifs, neurologiques et psychologiques induits par ce lieu de vie, elles ponctuent l'année d'arrivée d'un détenu en cellule. Après avoir dressé un constat similaire, la docteure Anne Lécu souligne l'impossibilité de considérer la prison comme un lieu de soin potentiel (Lécu 2013)

Le rapporteur du haut comité de santé publique cherche en 1994 à préciser le sens de la réforme. Il affirme « *que le véritable enjeu est de considérer la période de détention comme un moment propice pour élaborer une réelle démarche de santé publique auprès d'une population souvent peu soucieuse de sa santé, peu motivée, voire réticente* ». Il semble pourtant que cet objectif soit aujourd'hui difficile à mettre en œuvre (Nicolas, Dessaint, et Nicolas 1997). Les contradictions éprouvés par les acteurs de santé dans leur pratique quotidienne sont nombreuses et s'illustrent dans « *les ambiguïtés d'une institution répressive permettant aux détenus de bénéficier d'une meilleure prise en charge sanitaire que celle dont ils disposeraient en liberté* » (Bessin et Lechien 2002). Pourtant celle-ci s'effectue au sein d'un environnement néfaste pour la santé dans son acception globale (OMS 1986).

Conclusion :

Le manque d'attractivité des postes de soignants en milieu pénitentiaire peut donc tout d'abord s'expliquer par les processus de disqualification que subit cet exercice. Marqué par une histoire et des pratiques dénoncées dans les années 80, cette activité peine à rompre avec les images de maltraitance qui lui sont accolées. La remise en cause régulière des conditions de vie en détention ne permettant pas de redorer l'image de ce lieu effrayant et méconnu. Ensuite, le rattachement en 1994 de ces unités aux hôpitaux publics s'est réalisé dans la précipitation et sans analyse des pratiques de ces unités, bien loin des codes de valorisation hospitaliers. Ces services sont dorénavant liés à des structures dont l'exercice se distingue singulièrement du leur et souffrent de ne répondre à aucun de ses modes de légitimation et de reconnaissance. Enfin, le travail même de ces soignants semble incompris dans sa singularité et dans les questions professionnelles qu'il pose. C'est donc une image dégradée qui est attribuée à cette fonction, les représentations professionnelles du corps médical empêchant sa valorisation.

Partie 2 : La désaffection du politique

Inscrite au cœur des représentations culturelles et politiques des démocraties représentatives occidentales, la notion de «*décideur rationnel*» hante notre conception de la décision politique (Hassenteufel 2021). Selon Max Weber cette idée repose sur quatre postulats principaux. La présence d'un décideur unique et identifiable, au but clair faisant des choix en parfaite connaissance, détenant l'ensemble de l'information et avec pour seule finalité de trouver une solution optimale.

La réalité du processus décisionnel observée ne correspond pas à cette définition. La mise en place des politiques publiques en milieu pénitentiaire se heurte en effet à de nombreux obstacles. Le premier résulte des représentations cognitives différentes entre acteurs de terrain des USMP et professionnels de la conduite de l'action publique des structures locales, régionales et nationales de santé. Le second est la conséquence d'un manque de connaissance de l'univers carcéral replié sur lui-même, entraînant des difficultés de communication des acteurs de terrain se sentant délaissés et incompris par leurs autorités de tutelle. Le troisième est la dilution de l'information parvenant aux décideurs en raison des rapports entre les instances régionales et locales, complexifiées par la présence d'administrations distinctes à chacun de ces niveaux.

C'est ainsi plutôt que l'on observe une «*anarchie organisée*» qui repose sur l'ambiguïté et l'incertitude des préférences. La faible maîtrise des procédures techniques par les acteurs rend difficile l'évaluation des différentes options envisagées et leur participation fluctuante, ne leur permet pas de maîtriser l'ensemble du processus qui régit la conduite de l'action publique (Cohen, March, et Olsen 1972) (Hassenteufel 2021). Le corps médical est connu pour son ancrage géographique. Ainsi les professionnels de terrain, eux-mêmes insérés dans leur système de croyances et de représentations voient se succéder les décideurs auxquels ils peinent à transmettre les spécificités de leur exercice. Leur isolement au cœur d'un univers carcéral méconnu, éloigné de leur structure hospitalière de rattachement concourt au manque de continuité et d'intérêt porté à cette activité de soin. Enfin, la limitation des moyens humains consacrée à la conduite de cette politique restreint les possibilités de mise en œuvre. Lassés par le désintérêt, les soignants se découragent et perdent peu à peu le sens qu'ils donnaient à leur exercice.

« Au bout d'un moment vous...soit effectivement vous avez une énergie débordante et je dirais vous œuvrez, mais vous vous épuisez. Soit vous faites votre boulot et voilà ... soit vous partez »
(Médecin en milieu pénitentiaire)

Chapitre 1 : Localement, un sentiment d'incompréhension

Au sein des unités sanitaires en milieu pénitentiaire les acteurs de terrain expriment un sentiment de solitude et d'abandon de la part de l'établissement hospitalier auquel ils sont rattachés. Ils ne trouvent auprès de celui-ci ni suivi ni soutien, double conséquence de leur éloignement géographique et de la difficile appropriation de leur univers. La difficulté que les soignants éprouvent à partager leur quotidien limite l'assimilation de leur exercice par l'administration hospitalière. L'information parvenant à cette dernière est lacunaire et ne lui permet pas d'effectuer des choix en parfaite connaissance des éléments à disposition. Ces décideurs lointains, dont l'identité même n'est pas aisée à retrouver au sein des organigrammes, semblent plus surveiller à distance cette activité qu'établir de véritable projet d'établissement. Non conforme à la définition du « décideur rationnel », l'administration hospitalière peine à tenir son rôle.

A- L'environnement carcéral n'intéresse pas

Éloignée des regards, recluse derrière des murs impénétrables, la prison évolue en marge de la société. Cette institution « *applique aux reclus un traitement collectif conforme à un système d'organisation qui prend en charge tous leurs besoins* ». Erving Goffman la qualifie alors « d'institution totale » (Goffman 1968). La frontière qui sépare l'intérieur de l'extérieur participe à la méconnaissance de cet univers contenant une population inaudible.

1. La prison est méconnue

La méconnaissance est exprimée dans chaque entretien. Le manque d'information au sujet de ce lieu si particulier rend l'exercice invisible.

« Il y a un gros volet d'acculturation des professionnels de santé au monde pénitentiaire, parce que c'est rempli de préjugés, de choses qui ne sont pas vraies quand on y met les pieds, c'est vraiment une méconnaissance de la part des professionnels »

(Réfèrent ARS santé/justice)

Un espace géographique soustrait au regard extérieur

L'environnement carcéral se caractérise par son opacité et par les difficultés, préalablement évoquées, des acteurs à en dévoiler le fonctionnement. Les détenus eux même, lors des parloirs, peinent à décrire leur quotidien à leurs proches et cherchent à conserver une image d'eux-mêmes convenable et présentable, évitant les échanges sur leurs conditions de détention. Les témoignages de ces moments de vie sont rares et généralement empreints de pudeur et de honte (Rostaing 2021).

Peu d'acteurs entrent en prison, les avocats, les administratifs et les élus s'introduisent rarement dans ces lieux de privation. Dans le cadre d'une logique sécuritaire cloisonnée, les victimes ne pénètrent jamais cet environnement soustrait au regard de la société (Rostaing 2021). Depuis toujours l'un des objectifs de l'enfermement est l'exclusion et la mise au ban de la communauté. Cette distanciation présente une traduction physique, comme le souligne Olivier Milhaud, la prison est une peine géographique qui punit par l'espace « *elle tient des populations détenues à distance de leurs proches et les confine dans des lieux clos* ». Il s'agit d'un dispositif de séparation et de mise à l'écart recherchant la rupture avec le dehors. L'auteur décrit la relégation de ces établissements en périphérie des agglomérations, afin de masquer «les stigmates carcéraux» dont souffrent les communes qui les accueillent (Milhaud 2009). La méconnaissance de cet univers est le résultat des logiques pénales et pénitentiaires de rupture et d'éloignement.

Cette séparation hermétique est à nuancer en raison de la présence en détention d'acteurs tels que les enseignants et les associations qui participent d'un décroisement et d'une détotalisation. Même si de plus en plus de groupes extérieurs témoignent du quotidien en détention, ils n'en perçoivent souvent que des fragments, souvent utilisés à des fins militantes voire de dénonciation. L'irruption des réseaux sociaux, notamment des vidéos tik tok, permet de dévoiler l'intérieur de ces structures. Elle participe d'une mise en scène de la vie de « caïd », passant, à titre d'exemple, par l'exhibition de l'introduction de drogue en cellules. Ces nouveaux modes de communication permettent le déploiement d'une communication parallèle à celle de l'administration pénitentiaire que l'on pourrait même qualifier de concurrente. Ils offrent depuis quelques années une émancipation et une possibilité de rupture vis à vis d'un système cherchant à maîtriser l'ensemble de ses acteurs. La théâtralisation de ces scènes de vie par les détenus participe du lien dedans/dehors, car elle permet une meilleure connaissance de leur expérience carcérale. Cependant il serait naïf de penser qu'elle serait exclusive d'une manipulation par les détenus qui souhaitent ainsi mieux maîtriser l'image qu'ils renvoient de leur réalité. Ils se vivent alors comme des acteurs inscrits dans des nouvelles relations de pouvoir, à la fois vis à vis de l'administration et de « ceux qui sont restés dehors ».

La création en 2007 de l'institution du contrôleur général des lieux de privation de liberté a permis l'entrée d'une autorité de contrôle chargée de vérifier l'accès des détenus à leurs droits fondamentaux. Depuis son premier rapport en 2008 elle n'a de cesse de révéler les aspects les plus méconnus de la détention. La médiatisation des conclusions de ces enquêtes concourt à une prise de conscience collective de cet univers, ne suffisent néanmoins pas à en faire totalement comprendre la réalité au monde extérieur. La prison est indéniablement un lieu de plus en plus observé, bien que le regard porté sur ces établissements reste partiel et tributaire de l'image que les acteurs souhaitent en donner.

Une méconnaissance des caractéristiques sanitaires des détenus.

Les hauts murs sertis de barbelés couverts de déchets imposent le secret sur l'espace qu'ils abritent, et dissimulent la population qu'ils accueillent. Bien que ses caractéristiques socio-économiques soient connues, les données sanitaires autour de ce groupe manquent. Comme évoqué au cours de l'introduction, cette population présente une situation de santé dégradée, avec une prévalence plus importante de certaines pathologies à l'image du VIH, des hépatites, de la tuberculose ou des maladies psychiatriques. Elle se démarque également par une importante consommation de drogue. Pourtant très peu de données épidémiologiques existent et aucune surveillance de la santé en milieu carcéral n'est effectuée (Develay, Verdot, et Grémy 2015). Les seuls travaux disponibles sont des études transversales nationales ponctuelles. Elles ont été effectuées auprès d'un sous-groupe spécifique, les «entrants en détention» (Mouquet 2005) ou bien d'une thématique particulière comme le handicap (Désevelles 2005), la santé mentale (Falissard et al. 2006) ou les maladies infectieuses (Semaille et al. 2013) (Develay ; Verdot ; et Grémy 2015). L'enquête Prévacar visant à évaluer la proportion de détenus atteints par le VIH, portée par la Direction Générale de la Santé en 2010 fait office d'«*évidence base*» et est citée dans l'ensemble des rapports et documents relatifs à ce sujet. Elle date de plus de dix ans.

Ce manque d'information rend difficile l'identification de problématiques de santé ainsi que la mobilisation des acteurs. La carence de données ne permet pas de comparer l'état de santé de cette population par rapport à la population générale, ou entre eux les établissements français, européens et internationaux. L'absence de chiffres probants empêche les professionnels de déterminer la nature des besoins de soins et de solliciter la mise en œuvre d'une politique de santé. Les soignants constatent au quotidien des problèmes qu'ils ne peuvent apprécier ou quantifier. N'étant pas en capacité de transformer ces observations empiriques en enjeux de santé publique, ils se résignent souvent au simple exercice de leur activité quotidienne de soin. Ce manque d'enquêtes et de savoirs participe à la construction de l'idée d'une médecine en milieu pénitentiaire pauvre intellectuellement comme techniquement.

« On a des médecins généralistes qui sont au turbin aujourd'hui, dans l'activité, dans la prise en charge, ils n'ont pas de temps pour mener des recherches. Mais on a mis en place des petits programmes de recherche action parce qu'il faut une émulation intellectuelle »

(Réfèrent ARS Santé/Justice)

La faible connaissance de l'univers carcéral mais aussi des caractéristiques épidémiologiques de sa population participe au désintérêt des soignants pour cette activité et explique une part de son manque d'attractivité. La communication auprès des décideurs, qui peinent à appréhender une situation non quantifiée, limite la mobilisation de ces acteurs ainsi que la rationalité de leur décision.

2. La population est inaudible

Calfeutrée derrière les murs d'imposants bâtiments, la population carcérale représente une faible part de la population et peine à faire entendre sa voix.

« Ils sont peu nombreux mais c'est aussi des patients qu'on entend peu [...] ce n'est pas des patients qui vont engager des suites judiciaires auprès de l'hôpital s'il y a quoi que ce soit qui ne va pas »
(Réfèrent ARS santé/justice)

Un faible nombre de patients

Les unités sanitaires en milieu pénitentiaire sont rattachées aux structures hospitalières les plus proches et représentent une très faible proportion des patients pris en charge dans ces établissements. A titre d'exemple la maison d'arrêt de Troyes accueille 124 détenus alors que le centre hospitalier affiche 61 979 passages aux urgences, 253 579 consultations externes et 322 996 journées d'hospitalisation par an. De plus, l'ensemble de la population pénale ne nécessite pas une prise en charge médicale et beaucoup des détenus ne se rendront au sein de ces unités que lors des consultations arrivant et sortant. Ce public est donc marginal pour les hôpitaux qui souvent les oublient. Cette goutte d'eau noyée dans l'ensemble des différentes catégories de patients accueillis disparaît dans la masse du public pris en charge au sein des hôpitaux.

Une voix qui peine à se faire entendre : la voix des pauvres

Ces patients rencontrent des difficultés à se manifester. Issus de publics précaires peu familiers des fonctionnements protocolaires et des parcours hospitaliers, ils renoncent souvent à toute manifestation ou contestation administrative. Leur manque de maîtrise des rouages d'un système qui leur est étranger limite leurs possibilités de recours. Victime de la pauvreté, le public détenu est souvent au cœur d'un processus de disqualification sociale ([Paugam 2015](#)). Selon l'administration pénitentiaire au 1er janvier 2019, près de 40% des détenus étaient sans activité professionnelle avant leur incarcération et 34% ne disposaient pas d'un hébergement stable. Au cours de leur détention, 20% sont dépourvus de ressources et bénéficient de l'aide versée par l'administration pénitentiaire (personnes ayant moins de cinquante euros sur son compte interne à la prison pendant plus de deux mois) ([Ministère de la justice 2020a](#)). Une enquête coréalisée par Emmaüs et le Secours catholique en octobre 2021 confirme la surreprésentation des pauvres en détention avec une forte disparité entre les taux d'emploi de cette population avant incarcération (moins de 50%) et celle de la population générale (66%) ([Emmaüs France ; Secours Catholique 2021](#)). Enfin, le taux élevé d'illettrisme (12%) illustre la précarité de cette population.

Dans le processus de disqualification sociale qu'il décrit, Serge Paugam souligne « *le caractère multidimensionnel, dynamique et évolutif de la pauvreté sur le statut social des pauvres* ». Dans une première étape de stigmatisation « *la pauvreté est combattue et jugée intolérable par la collectivité dans son ensemble, son statut social ne peut être que dévalorisé* ». En réponse au stigmate dont ils sont affublés une part d'entre eux va choisir de résister au discrédit et à la désapprobation sociale en « *tendant de préserver ou de restaurer leur légitimité culturelle et par là-même leur inclusion sociale* » en re-définissant les codes de leur propre contre-culture (Paugam 2015). Ainsi, que ce soit par honte de leur statut ou par revendication de leur marginalité, les détenus opposent peu de recours, autres que des manifestations verbales violentes, au système dans lequel ils évoluent.

Contrairement à ce groupe minoritaire, d'autres catégories de patients se structurent au sein de l'hôpital. Depuis leur création en 2002 le nombre et l'importance des associations de patients est croissant. Le groupe France asso santé en regroupe plus de 85 portant la voix de la représentation et de la défense des usagers du système de santé. Chacune d'entre elle cherche à imposer et défendre les thématiques qu'elle porte: Ligue contre le cancer, France Alzheimer, Association française de lutte contre l'endométriose. Ces usagers se décrivent comme les « artisans d'une santé publique globale » et participent à l'élaboration des politiques nationales, régionales et locales en matière de santé. Ils sont des interlocuteurs privilégiés, devenus quasi incontournables pour les hôpitaux (Bréchat et al. 2010).

Au tumulte et au bruit de la détention s'oppose le silence de la population pénale au sein des structures hospitalières. Numériquement restreinte et inaudible, elle ne s'insère pas dans la redéfinition des rapports hospitaliers entre les professionnels et les usagers. Contrairement au processus en cours de construction au bénéfice d'autres patients, les détenus restent un public sans représentation. L'administration hospitalière suffisamment occupée par les sollicitations des autres patients se satisfait de leur absence de revendication qui lui permet d'oublier leur existence.

La prison reste en 2022 un univers dissimulé aux regards extérieurs. Son cloisonnement participe à la méconnaissance de cet environnement par les soignants ainsi que par leurs autorités de tutelle. Ce manque d'information et de visibilité concourt à l'absence d'identification des enjeux de soin au sein de ces établissements et réduit l'attrait des soignants pour ces lieux d'exercice. Il rend donc difficile la conduite d'une action publique par un décideur rationnel qui ne parvient pas à obtenir l'ensemble des informations relatives à cet exercice, l'empêchant d'effectuer un choix en parfaite connaissance de cause.

B- Les unités sanitaire sont délaissées

La première partie de cette étude s'est attachée à démontrer l'isolement culturel des professionnels exerçant en prison dont l'activité ne répond pas aux standards de la pratique hospitalière. C'est à présent l'isolement organisationnel et institutionnel de ces services qui sera étudié à travers leurs difficultés à faire valoir leur place au sein d'un hôpital public en crise. S'y ajoute la technicité d'un sujet méconnu faisant intervenir de nombreux interlocuteurs, peu familiers des professionnels hospitaliers rendant l'appropriation de cette thématique complexe.

1.Des services accessoires

L'objet de ce mémoire est d'établir un lien entre le manque d'attractivité des postes de soignants en milieu pénitentiaire et leur perte de sens. Ce mécanisme est déjà à l'œuvre depuis plus d'une dizaine d'années au sein des services publics hospitaliers. Dans un hôpital en crise, sous injonction permanente de restructuration, les unités sanitaires constituent rarement une priorité de ces établissements déjà en prise avec de nombreuses autres problématiques.

Un système en perte de sens

La crise du Covid 19 a joué un rôle catalyseur, rendant public le mal-être des soignants dans des structures dont ils ne cessent de dénoncer les dérives (Mouzon ;Delépine ; et Vigneron 2022). Le sociologue Nicolas Belorgey explique déjà durant les années 2010 les mécanismes à l'œuvre dans la transformation de cet exercice. Afin de mieux maîtriser les dépenses de ces structures, les pouvoirs publics ont recours à des outils décrits comme innovants dans le cadre du «*new public management*», ces indicateurs de performance ayant pour but de responsabiliser des professionnels du soin jugés trop dispendieux (Belorgey 2016). En parallèle de leur application, la loi hôpital patient santé territoire (HPST) de 2009 évince le corps médical de toute responsabilité au sein de ces structures, dorénavant dirigées par des directeurs administratifs formés à des objectifs gestionnaires (Michot et al. 2019). Les soignants sont alors nombreux à s'opposer à ces réformes marquant pour eux la fin d'un système de protection sociale à la française. A l'inverse leurs promoteurs dénoncent un immobilisme et un corporatisme de professionnels qui défendraient un système archaïque incapable de survivre aux mutations de son temps sans une «*modernisation*» profonde (Belorgey 2016). Ces divergences d'analyse cristallisent des relations frontales et parfois brutales entre les professionnels du soin et leurs administrations. Les soignants se mobilisent contre une vision managériale perçue comme dominée par les contraintes budgétaires et exclusive de tout objectif médical. En 2019 les recommandations de l'académie nationale de médecine soulignent la perte de sens de l'activité hospitalière à l'origine d'une

démobilisation des professionnels de santé (Michot et al. 2019). La multiplication des grèves et des manifestations apporte de la visibilité à cet antagonisme.

Les unités sanitaires en milieu pénitentiaire : un bateau au milieu de la tempête

Les unités sanitaires dont la culture diverge singulièrement de celle des autres professionnels hospitaliers, restent malgré tout rattachées à cette institution traversée depuis plusieurs années par des crises multiples. Il semble même que ce soit finalement le partage de ces difficultés qui établit une similitude entre ces services et l'ensemble de l'hôpital. Pour la première fois au cours de cette analyse une homogénéité des problématiques rencontrées peut-être soulignée. Le manque croissant de vocation pour l'exercice hospitalier, hors activité hospitalo-universitaire, affecte directement ces structures. L'hôpital peine déjà à assurer des postes au sein de services phares de son activité et finance très largement le recours à l'intérim afin de combler les manques de soignants. Le recrutement au sein des unités sanitaires n'est alors pas le sujet prioritaire mais constitue une charge annexe venant s'ajouter en plus des autres difficultés.

« Donc mobiliser des gens en plus j'ai envie de dire parce que pour eux c'est quand même vu comme quelque chose d'assez particulier l'exercice en milieu pénitentiaire hein... alors qu'ils ne sont déjà pas assez nombreux dans leur spécialité et que du coup ils sont déjà pas assez nombreux dans leur consultation c'est compliqué de leur demander de faire aussi des interventions en prison »

(Sous-directeur hospitalier en charge du milieu pénitentiaire)

Les directeurs hospitaliers le reconnaissent à demi-mot, tant que ces services, à l'activité ambulatoire, aux conséquences vitales a priori limitées ne sont pas en situation de crise ou d'urgence exceptionnelle elles intéressent peu. La gestion quotidienne des brancards dans les couloirs d'urgence, l'impossible désengorgement des services de réanimation faute de lits, la difficulté à assurer la prise en charge post chirurgicale de patients âgés face au nombre restreint de places en soins suite réadaptation (SSR) ou encore l'impasse des parcours pour les patients de psychiatrie, occupent déjà largement les administrations hospitalières. En comparaison avec les nombreuses autres contraintes et urgences de ces établissements, les unités en prison ne font pas le poids.

A cette priorisation des tâches s'ajoute une difficile appropriation de ces thématiques techniques et atypiques par rapport au reste de l'activité hospitalière.

2.Des organisations complexes

La prise en charge des personnes placées sous-main de justice se singularise par sa technicité et par l'obligation d'interactions entre structures aux fonctionnements et cultures professionnelles différentes. Les attentes de compétences tant en termes de structuration du parcours de soins que de

compréhension des relations institutionnelles seront étudiées suivant deux niveaux, celui des directions administratives hospitalières puis celui des médecins coordinateurs des USMP. A chacune de ces échelles la difficulté des responsabilités, particulières à cet exercice, explique une part du renoncement des professionnels à s'emparer de ce sujet au sein des établissements hospitaliers.

Des agents face à des problématiques qui les dépassent

Parmi les sous directeurs en charge des unités sanitaires en milieu pénitentiaire rencontrés, aucun d'entre eux ne travaillait uniquement sur cette thématique. Souvent rattachée au pôle de médecine médico-légale ou à celui des urgences, la médecine en milieu pénitentiaire ne représente pas un axe spécifique de la politique des établissements de santé et ne peut bénéficier d'une personne chargée à temps plein de son suivi. La première problématique évoquée par ces professionnels est celle de leurs difficultés de recrutement, à l'origine de leur inquiétude pour les mois futurs. S'en suit presque immédiatement, parfois exprimé avec pudeur devant mes nombreuses questions, leur manque de maîtrise de ces sujets auxquels ils indiquent vouloir consacrer plus de temps.

« Moi mon grand regret quand même pour que ça soit clair pour vous c'est de ne pas pouvoir travailler davantage sur ces unités, sur cet exercice-là. J'ai l'impression de survoler et de pas aller dans les profondeurs vous voyez. »

(Sous-directeur hospitalier en charge du milieu pénitentiaire)

La santé des personnes en milieu pénitentiaire est souvent décrite par ces interlocuteurs comme un sujet passionnant. Ils regrettent de ne pas pouvoir s'en saisir comme ils le souhaiteraient, comme de ne pas pouvoir s'inscrire dans un projet d'établissement autour de cette thématique. Ils soulignent leurs difficultés à maîtriser l'ensemble du fonctionnement de cet environnement singulier auquel il ne consacre qu'une faible part de leur temps de travail déjà morcelé. Les contraintes des établissements pénitentiaire nécessitant une acculturation importante, le manque de jours consacrés à cette question, renforcé par l'arrivée du Covid 19, empêchent la compréhension globale de ce système. Souvent mis devant le fait accompli, ils ne parviennent pas à s'opposer à des décisions dont ils ne détiennent pas tous les paramètres. Cette limitation de connaissance et de perspectives globales contraint leur possibilité d'action et les rend souvent impuissants.

« L'administration pénitentiaire pour une raison d'effectif qui m'échappe un peu parce que c'est vraiment leur domaine, ont réduit la possibilité de réaliser des extractions ce qui du coup nous pénalise pour l'accès aux soins des détenus... »

(Sous-directeur hospitalier en charge du milieu pénitentiaire)

Face à des acronymes régulièrement modifiés, passant d'unité de consultation de soin ambulatoire (UCSA) à unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) souvent désignées sous le terme d'unité sanitaire (US), les directeurs hospitaliers reconnaissent leur absence de maîtrise de cette sémantique.

Il n'est pour eux pas aisé de trouver leur marque entre service médico-psychologique régionaux (SMPR), unité hospitalière sécurisée inter-régionale (UHSI) et unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA). Peu nombreuses et réparties sur l'ensemble du territoire ces deux dernières souffrent d'un manque de connaissance de leur existence et à *fortiori* de leur mission.

S'ajoute la difficile compréhension des relations institutionnelles entre établissements hospitalier et pénitentiaire, services judiciaires et préfectoraux, à la tonalité variable suivant les régions. La question des extractions médicales est pour ces professionnels un sujet épineux. Ces déplacements entre la prison et l'hôpital sont décidés par les médecins pour raison médicale mais doivent être assurés par des membres du ministère de la justice. Ces mouvements protocolisés et sécurisés mobilisent plusieurs surveillants à l'extérieur durant parfois de nombreuses heures. Face au manque de personnel, certains directeurs pénitentiaires se montrent parfois réticents à organiser ce type de transferts. Pour le moment aucune instruction nationale établie conjointement entre l'administration pénitentiaire et le ministère des solidarités et de la santé ne définit clairement le cadre de ces missions, qui exigent pourtant une collaboration entre les deux administrations. Ainsi sur le terrain leur mise en œuvre incombe aux acteurs locaux. En fonction des périodes de l'année, des professionnels en poste, ou des événements de la détention, leur réalisation s'avère plus ou moins aisée. En cas de litige, les sous-directeurs hospitaliers se trouvent en confrontation directe avec les directeurs d'établissements pénitentiaires, les services de la préfecture et parfois ceux de la direction interrégionale des services pénitentiaires. Le niveau de responsabilité hiérarchique de ces interlocuteurs dépasse grandement le leur.

« C'est la peur de se retrouver dans une situation, c'est vraiment ça qui est pénible. Une situation qu'on ne maîtrise pas, où on va devoir avoir des interlocuteurs quand même d'un certain niveau, où il va falloir se débattre parce que on défend l'hôpital, parce que nous encore une fois on est pris en otage et il faut vraiment, faut quand même monter très haut pour se faire entendre vous voyez »

(Sous-directeur hospitalier en charge du milieu pénitentiaire)

Plusieurs décrivent leur solitude au sein de ces interactions dans lesquelles ils se sentent parfois dépourvus. Ainsi la technicité de ce sujet et le manque de temps alloué aux professionnels pour s'en emparer participent à son ostracisations au sein de l'hôpital. Pourquoi passer du temps à comprendre un système de soins inscrit au sein d'un univers extérieur complexe, faisant intervenir des interlocuteurs puissants, aux référentiels culturels éloignés, pour des unités rarement évoquées dans les projets des hôpitaux ?

Éloignés, les médecins coordinateurs doivent assumer de nombreuses responsabilités.

Face à la technicité de cette thématique et à sa difficile appropriation par l'administration hospitalière, les médecins coordinateurs isolés dans leurs unités souvent éloignées, doivent assumer une charge de travail importante. Un chef de service hospitalier doit s'astreindre à l'organisation de son service à partir du projet médical qu'il élabore. Son rôle est d'animer les équipes, d'assurer la coordination des soins dans le service et à l'extérieur mais aussi de définir les objectifs et les priorités. Au sein des unités hospitalières en milieu pénitentiaire, les médecins coordinateurs, au niveau statutaire, ne sont pas des chefs de service et sont rattachés à un autre service. Néanmoins, leur isolement et la méconnaissance de leur activité tant par leurs pairs que par l'administration les contraint à assumer de nombreuses responsabilités. Ils se chargent du recrutement, souvent à partir de leur réseau personnel, des demandes de matériel, réitérées avant d'aboutir ainsi que de l'évaluation de l'activité des unités. En plus de ces compétences classiquement dédiées à un chef de service, ils se doivent également d'assurer la gestion de leur budget. Ces unités sont financées par une dotation à partir d'une Missions d'Intérêt général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC) ainsi que, de façon modulable entre les régions, par le fond d'intervention régional (FIR). Ces sommes pourtant fléchées sont souvent diluées dans le budget global. Face aux difficultés rencontrées par les hôpitaux afin d'obtenir des bilans financiers équilibrés, l'argent alloué à certains services (permanence d'accès aux soins (PASS), USMP...) est connu pour permettre le rétablissement des comptes. Ainsi au lieu d'être intégralement attribués aux services dédiés, de nombreux interlocuteurs dénoncent leur transfert au sein des frais de structures des établissements.

« C'est très compliqué de suivre les financements quand tout est donné en masse. C'est identifié, c'est bien identifié au moment de l'attribution. Au moment des comptes des hôpitaux, je ne suis pas sûre, avec les déficits qu'on connaît sur les hôpitaux publics que ce ne soit pas noyé dans la masse [...]c'est arrivé sur pleins d'autre services, je pense aux PASS, c'est hyper classique voilà ...c'est du quotidien. »
(Réfèrent ARS santé/justice)

Alors que les murs des unités sanitaires sont alloués par la pénitentiaire, les professionnels des USMP dénoncent l'application d'indice de frais structure, établis afin d'assurer le vieillissement des bâtiments, parfois plus importants que pour d'autres services. La dotation aux amortissements correspond à la constatation de l'utilisation et donc de la réduction de la valeur des immobilisations qui se déprécie avec le temps et l'usage. Elle apparaît systématiquement dans les charges d'un compte de résultat (Le Roux 2021). Les membres de ces unités y voient une manipulation comptable amputant une part de leurs budgets afin d'équilibrer les bilans financiers des hôpitaux en difficultés.

Ces manquements viennent renforcer le positionnement difficile de ces unités au sein des structures hospitalières. Les médecins coordinateurs se doivent de développer des compétences comptables, afin

de comprendre ces mécanismes financiers dans l'objectif d'interpeller utilement les responsables. Selon certains acteurs ce double exercice paraît difficilement conciliable avec une activité de soins.

« Il faut être un chef de pôle averti, aguerrri, avoir fait le deuil d'être médecin pour n'être que chef de pôle pour pouvoir être au même niveau que les directeurs financiers et essayer de récupérer ce qui est effectivement donné en MIG »

(Médecin en milieu pénitentiaire)

Ce dilemme, également décrit dans les services hospitaliers classiques, semble ici se poser avec une acuité particulière. Les médecins coordinateurs sont en interactions directes avec les directeurs des établissements pénitentiaires et mènent, pour certain, un véritable plaidoyer en faveur d'une qualité de soins. Ils doivent coordonner les extractions, les permanences pour raison médicale, les parcours de soin avec l'extérieur et sont au surplus parfois sollicités sur des thématiques plus spécifiques à la détention, la gestion des grèves de la faim, le repérage du suicide.

Ces rôles et missions, fondés sur des connaissances techniques et humaines particulières, sont demandés à ces médecins sans aucune formation préalable ni temps dédié dans leur planning de travail. Alors que les autres bénéficient de la proximité directe des services comptables et des ressources humaines de l'hôpital, ces unités, seules et loin de tout, assument des compétences qui ne devraient pas relever de leur responsabilité.

« Il n'y a pas forcément une transposition de ce qu'il peut y avoir en terme administratif et gestionnaire au sein de l'hôpital vous voyez, pour la gestion de votre budget, de votre enveloppe RH, tout ça vous voyez c'est un peu isolé... »

(Réfèrent ARS santé/justice)

Pourtant aux dires de plusieurs directeurs, qui le remarquent pour le regretter, si ces unités ne se mobilisent pas par elles même, elles risquent de rester en marge. Leur isolement les invisibilise, et l'oubli les menace.

« [les services de gestion] sont centralisés au niveau des principaux bâtiments du CHU et toutes les autres unités comme les unités sanitaires, mais aussi d'autres qui sont un peu excentrées ont tendance à être parfois un peu oubliées dans les différents plans d'équipement, les plans de travaux, les financements, etc. »

(Sous-directeur hospitalier en charge du milieu pénitentiaire)

La technicité de ces sujets difficiles à maîtriser positionne souvent les acteurs tant médicaux qu'administratifs en porte à faux vis-à-vis de leurs interlocuteurs à haut niveau de responsabilité. Leur faible maîtrise des procédures techniques rend difficile l'évaluation des différentes options envisagées. S'y ajoute leur participation fluctuante limitant leur possibilité de maîtriser l'ensemble du processus et donc la conduite de l'action publique (Cohen, March, et Olsen 1972). Cette situation « d'anarchie organisée » est décrite par les professionnelles, principalement par les médecins, comme sources de

fatigue, de stress mais aussi de lassitude. Éloignée de leurs objectifs de soin, l'addition de nouvelles activités parasite leur emploi du temps. L'absence de moment de coordination dédié les oblige à empiéter sur leurs consultations, et à dépasser leur horaire de travail théorique. Ces contraintes techniques concourent d'un désengagement et d'une perte de sens de leur activité. De plus, elles renforcent le sentiment d'incompréhension par les autorités de tutelle locales de ces acteurs.

Chapitre 2: Régionalement, un soutien de l'attractivité par les ARS

Selon Françoise Jabot l'échelon régional s'est progressivement affirmé comme le niveau pertinent pour le pilotage de la politique de santé (Jabot et Demeulemeester 2005). Il assure des missions de transmission, de conception, d'animation et de pilotage mais aussi de support. Les agences régionales de santé (ARS) créées en 2009 par la loi hôpital patient santé territoire (HPST) assurent la régulation du système de soins. Au sein de territoire à l'offre de santé parfois éparses et inégales, elles incarnent la figure du décideur unique et identifiable affichant des choix et des objectifs clairs. Leur positionnement régional leur permet de détenir de nombreuses informations sur leur ressort et d'effectuer ainsi des choix éclairés dans l'objectif de trouver une solution optimale. Elles ont l'autonomie pour mener, conjointement avec leurs partenaires locaux, régionaux et nationaux des politiques de santé efficaces auxquelles elles peuvent donner une valence carcérale singulière. Mais ces opérateurs se trouvent cependant en difficulté au-delà d'un certain degré de mise en œuvre, pour lesquelles ils sont soumis à des arbitrages nationaux.

A- L'ARS dispose d'une capacité d'action

La création des agences régionales de santé a pour objectif la décentralisation et la territorialisation de l'offre de soins afin de répondre davantage aux besoins spécifiques de chaque territoire (Rolland et Pierru 2013). Elles initient une nouvelle forme d'intervention de l'Etat en santé passant par la contractualisation, alors pensée comme un nouvel outil de coordination (Duchesne 2018). Cet échelon sera ici envisagé comme majeur et participant à l'établissement de la politique de santé à destination des personnes placées sous-main de justice, grâce à la multitude de ses compétences mais aussi par ses liens avec l'administration pénitentiaire.

1. Une agence multi-compétente

Les agences régionales de santé concentrent de nombreuses compétences mais aussi, et surtout, des connaissances concernant leur territoire. Même si les positionnements et l'implication varient en fonction des régions, elles constituent le plus souvent des interlocuteurs clés, assurant le dénouement de nombreuses situations.

« On a toujours été vraiment extrêmement soutenus par l'ARS. Enfin vraiment c'est un partenaire, heureusement qu'il existe, ils sont géniaux. Parfois on n'est pas forcément d'accord, on réagit mais on a toujours été soutenus et surtout dans un positionnement de soutien vis-à-vis de l'administration pénitentiaire. »

(Médecin en milieu pénitentiaire)

A l'opposé de l'invisibilisation et de l'absence d'intérêt de leurs hôpitaux de rattachement, les acteurs soulignent le soutien de ces instances tant dans leur rapport avec l'administration hospitalière qu'avec

l'administration pénitentiaire. Elles veillent à la structuration de l'offre de soins et participent à son organisation et à son financement. De manière plus informelle, elles assurent une mission d'échange et de lien.

L'acteur de la structuration de l'offre de soin

Les agences régionales de santé se doivent de décliner la stratégie nationale de santé (SNS) au sein de leurs programmes régionaux de santé (PRS). Depuis la loi pénitentiaire de 2009 elles se trouvent dans l'obligation d'insérer un volet santé des détenus au sein de leur schéma régional d'organisation de l'offre de soin (SROS) (IGAS; IGSJ 2015). Chacune dispose d'un référent santé des détenus. Comme il le sera souligné dans la deuxième partie de ce chapitre, l'investissement sur ces postes s'avère variable d'une région à l'autre, mais il peut permettre des choix régionaux importants à partir de différents leviers.

Tout d'abord, les activités sanitaires et d'équipement lourd listées par le Code de la santé publique font l'objet d'une procédure d'autorisation préalable, délivrée par le directeur général de l'Agence régionale de santé (Ministère des solidarités et de la santé 2018). Celles-ci sont attribuées lorsque le projet d'établissement répond aux besoins de santé de la population identifiés par le PRS. Selon les membres des ARS rencontrés, « *l'accès aux soins pour les personnes les plus éloignées est un critère majeur* » « *comme c'est une priorité du projet régional, elle doit être intégrée dans l'ensemble des dispositifs mis en place* ». Il est ainsi possible pour ces structures d'infléchir les projets d'établissements en les incitant à assurer la prise en charge des personnes placées sous-main de justice. Bien que cet élément soit mis en avant par plusieurs interlocuteurs, il est néanmoins important de souligner que ces mêmes personnes évoquent souvent à un autre moment de l'entretien la place limitée qu'occupe cette thématique au sein des PRS.

« Après au point de vue politiques régionales bon on a eu le PRS, le SRS où voilà il y a quelques actions, enfin quelques objectifs sur le milieu pénitentiaire. Enfin il n'y en a pas énormément quoi ... ».

(Réfèrent ARS santé/justice)

Cette attitude semble peut-être davantage illustrer une volonté d'action des acteurs, qu'ils choisissent de mettre en avant lors de notre rencontre, qu'une véritable modalité d'action contraignante pour les hôpitaux. Il apparaît que ces modèles de contractualisation soient investis par les ARS même si leur impact est à nuancer.

De plus, les ARS assurent une part importante du financement des unités sanitaires selon deux modalités directes. Tout d'abord, elles se chargent du transfert des fonds alloués par la MIG aux établissements hospitaliers. Ensuite elles disposent d'un fond d'intervention régional (FIR) leur

permettant de financer différentes actions et expérimentations qui seront inscrites au sein des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM). Les ARS bénéficient d'une marge de manœuvre, bien que restreinte, pour mettre en place des projets régionaux spécifiques. A ces financements directs s'ajoutent une aide indirecte par la contractualisation des relations avec certaines associations intervenant en milieu pénitentiaire et par le soutien d'actions de prévention/promotion de la santé.

Mais en réalité, leur rôle de suivi et de contrôle de l'attribution des financements est le plus souvent souligné par les acteurs. Conscientes des difficultés des unités sanitaires à percevoir *in fine* les sommes qui leur sont attribuées, certaines ARS assurent un suivi très rapproché de ces crédits. En évitant l'appauvrissement progressif de l'enveloppe qui leur est dédiée, les ARS peuvent jouer un rôle majeur en faveur des USMP. Bien que non formellement défini dans leurs missions, c'est peut-être ce rôle de protection que les professionnels perçoivent avec le plus de reconnaissance. Les soignants expliquent la perte de sens de leur exercice par leur épuisement progressif dans la mise en place de projets qui n'aboutissent pas, dans la recherche de financement qui disparaissent ou dans l'absence d'informations directes.

« On avait eu l'accord de l'ARS mais le CHU n'est jamais allé chercher les sous, donc on a jamais pu le monter donc il y a pleins de projets aussi qu'on a monté mais ça a été des coups d'épée dans l'eau. C'est aussi usant ... » [...] « Alors ça aussi c'est très usant mais si on n'a pas des contacts et des gens qui nous informe on a rien quoi »

(Médecin en milieu pénitentiaire).

La présence à leurs côtés d'une instance aux compétences plus larges que les leurs, jouant un rôle de défense de leurs intérêts, soulage les professionnels dans leurs interactions avec les établissements hospitaliers. Les ARS se positionnent ainsi comme arbitres, mais aussi garantes du respect des règles d'attribution des financements. L'impact de ces actions n'est pas réellement quantifiable, mais elles participent du soutien et de l'accompagnement des professionnels, de la reconnaissance de l'intérêt et du sens de leur exercice.

« Nous on les accompagne systématiquement donc ça aide aussi les professionnels, quand ils se savent soutenus alors pas forcément par leur structure hospitalière mais par l'ARS, on les sensibilise aux actions dans le cadre des comités de coordination donc on sent qu'on est derrière eux. Je pense que c'est hyper important pour eux du fait du délaissement »

(Réfèrent ARS santé/justice)

Un témoin de l'activité des USMP

Au regard des trois niveaux de tutelle, locale, régionale et nationale, cet échelon intermédiaire semble être l'instance la plus informée des réalités du terrain. Bien que cette affirmation soit à

nuancer, comme le rappellent les praticiens, elles sont majoritairement reconnues aptes à faire écho aux difficultés rencontrées par ces acteurs. Même s'il est vrai que les ARS sont dans leur majorité des acteurs éloignés du terrain, elles n'en perçoivent pas moins les difficultés des professionnels. Accentués depuis le Covid 19, des contacts directs existent entre les médecins coordinateurs des unités sanitaires et les agences. Elles interviennent en cas de litiges ou de difficultés tant avec les hôpitaux de rattachement qu'avec l'administration pénitentiaire. Plusieurs professionnels témoignent de l'importance de la confiance et du soutien de cette institution pour pouvoir mener à bien leurs projets.

« Mais moi j'ai pu faire ça parce que j'étais sûr que j'allais être soutenu, si on avait saisi l'ARS que l'ARS avait dit oui, mais bon, vous savez c'est compliqué ... »

(Médecin en milieu pénitentiaire)

Plusieurs acteurs soulignent aussi le rôle des groupes de travail thématiques pouvant être initiés dans certaines régions. Ces moments d'échanges permettent aux professionnels d'identifier les personnes référentes et de transmettre une partie des informations qu'ils estiment nécessaires à la prise de décision. Ce cercle *ad hoc* permet l'établissement d'un lien et le repérage d'un contact incarné par un individu, qui rompt l'isolement des praticiens. Il assure également la transmission de consignes permettant à ceux-ci de fidéliser leur activité.

« Je suis, entre guillemets, la boîte aux lettres entre le ministère et les professionnels de santé, donc je communique quasi quotidiennement avec les unités sanitaires pour leur donner toutes les consignes »

(Référént ARS santé/justice)

Ainsi les ARS sont fortes de leurs prérogatives, notamment financière mais aussi de leur identification comme échelon de relative proximité.

2. Une mobilisation partenariale

La politique régionale de santé est marquée par le partenariat entre les agences régionales de santé et les directions interrégionales des services pénitentiaire (DISP). Issues de deux administrations différentes, les relations entre ces structures varient selon les territoires et les responsables en poste. Leurs organisations hiérarchiques dont découlent leurs modalités d'action divergent en de nombreux points. Leur travail en commun permet de montrer l'exemple et d'afficher la possibilité de cette collaboration.

Une organisation hiérarchique différente et des relations peu codifiées

Les ARS fonctionnent comme des structures à l'autonomie affichée et nouent des partenariats avec des établissements publics dans le cadre de relations contractuelles (Raimondeau ; Marin 2020).

A l'inverse les DISP sont des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire ayant autorité sur les établissements et les services d'insertion et de probation de leur ressort. Selon le guide méthodologique, le « *directeur interrégional est l'interlocuteur unique de l'administration centrale dans l'interrégion. Il est chargé de mettre en œuvre la politique nationale définie par la Direction de l'administration pénitentiaire et de l'adapter aux spécificités de son interrégion. Il assure les relations externes de la direction interrégionale, notamment avec les préfets pour les questions touchant à la sécurité des établissements pénitentiaires et à leur situation territoriale, et avec les procureurs généraux pour les questions relatives à l'exécution des décisions judiciaires* » (Ministère de la justice ; Ministère des solidarités et de la santé 2019). Bien que présents sur les mêmes territoires et tenus de travailler en lien étroit autour de thématiques communes, ces services disposent d'une autorité hiérarchique et d'une culture de l'ordre différente. L'acculturation entre professionnels issus d'univers distincts est un des enjeux de la conduite de la politique de santé à destination des personnes placées sous-main de justice. (Ministère des solidarités et de la santé ; Ministère de la justice 2019)

« Dans le milieu médical il n'y a pas de ligne directrice, c'est-à-dire qu'on ne dit pas à l'ensemble des professionnels, le positionnement du service c'est celui-ci. (...) Je pense que le choc il est là. Il est dans le fait que chaque professionnel de santé est indépendant. En tout cas, les médecins sont très indépendants dans leur positionnement alors que nous finalement on ne l'est pas vraiment. Nous en tous les cas on met en place une politique de service qui fait que le positionnement individuel de chacun prend moins de place. »

(Conseiller d'insertion et probation)

Afin de promouvoir échanges et rencontres, une instruction de la direction générale de l'offre de soin adressée aux directeurs généraux des ARS acte en 2010 la création des commissions santé/justice destinée à réunir les ARS et les DISP. Selon le guide méthodologique elles sont chargées d'examiner : « *toute question d'ordre général se rapportant à la protection sociale et à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale, tout sujet se rapportant aux prises en charge sanitaires en amont et en aval de l'incarcération en lien avec les procédures judiciaires, toute question d'ordre général se rapportant à la protection et à l'amélioration de la santé des mineurs sous protection judiciaire* » (Ministère de la justice ; Ministère des solidarités et de la santé 2019). Malgré ces consignes, il semble selon le dernier rapport de l'IGAS-IGSJ en 2015 que ces commissions aient été mises en place seulement dans les deux tiers des régions et que leur rythme de réunion soit variable (IGAS; IGSJ 2015). De plus, leur existence et la réaffirmation de la nécessité de ces rencontres ne sont pas mentionnées dans la feuille de route « *santé des personnes placées sous-main de justice 2019-2022* ». De fait, il semble donc que les interactions entre ces deux institutions soient initiées au bon vouloir des acteurs locaux, sans véritable standardisation ou homogénéité des pratiques et des sujets de travail.

Le comité de coordination, au niveau de l'hôpital, est en réalité le seul lieu de rencontre des partenaires. Il s'agit d'un organe de concertation, présidé par le directeur général de l'ARS, l'établissement de santé concerné et l'établissement pénitentiaire. Ce comité est réuni au moins une fois par an afin de présenter le bilan d'activité des unités sanitaires. Il suscite l'occasion d'un moment d'échange entre l'ensemble des partenaires locaux et régionaux. Les acteurs interrogés affirment l'importance de ce temps institutionnalisé de partage d'expérience au sujet de la politique menée, au regard des réalités de terrain. Il présente également une opportunité de plaidoyers des unités sanitaires afin de porter à la connaissance de tous leurs réussites et leurs difficultés. Les ARS et les DISP présentent de grandes disparités d'organisation et l'absence de codification de leurs interactions laisse les acteurs régionaux libres de la teneur qu'ils souhaitent donner à leurs échanges.

Des relations qui donnent l'exemple et permettent d'envisager un partenariat renforcé

Les référents des ARS évoquent, lorsque la situation régionale le permet, la nécessité d'afficher une entente constructive avec les DISP.

« On a toujours très bien travaillé avec la direction interrégionale des services pénitentiaires donc on co-anime les comités de coordination. On essaye aussi de montrer que la collaboration entre la pénitentiaire et la santé est possible donc c'est aussi une façon pour nous de faire passer le message comme quoi voilà on peut travailler ensemble... »

(Réfèrent ARS santé/justice)

Plusieurs interlocuteurs évoquent même leur souhait d'une collaboration renforcée entre ARS et DISP, pour rassembler leur force et ainsi décupler leur visibilité et leur capacité d'action. Cette possibilité est notamment évoquée dans la conduite d'actions jointes de prévention/promotion en santé. La nécessité d'un travail partenarial plus fort afin de pouvoir mener à bien ce type de travaux est régulièrement instillée.

« Au niveau de chaque région une politique conjointe pénitentiaire et santé de façon à ce que l'on mette ensemble nos forces, financières je parle. De façon à ce que nous ayons dans nos administrations respectives un affichage plus important et que nous soyons une force plus importante, vous voyez... »

(Réfèrent ARS santé/justice)

Les référents soulignent parfois la redondance des missions, ou la mise en place d'actions similaires en parallèle et de façon non coordonnée. Ils regrettent la perte des moyens qui, mises en commun permettraient d'initier des projets de plus grande envergure. Certains appellent de leurs vœux un état des lieux des activités menées qui assurerait une vision panoramique de la situation régionale permettant alors d'initier une réflexion commune. Ils sont conscients de la lourdeur d'un tel travail.

« C'est un travail de longue haleine, il faut faire d'une part l'état des lieux de tout, des actions qui sont faites et par la pénitencière et par la santé pour voir s'il n'y a pas des actions qui se recoupent, qui seraient redondantes. Et puis après il faut faire peut-être un programme régional avec des priorités qui sont partagées par les deux administrations. »

(Réfèrent ARS santé/justice)

Il semble que la crise sanitaire du Covid 19 ait fortement participé au renforcement des relations. De nombreux acteurs notent la multiplication des contacts et des échanges à cette occasion. Des interlocuteurs entretenant des relations parfois distantes se sont retrouvés, en situation exceptionnelle d'interactions quotidiennes. Certes certaines situations locales de frictions ont pu être évoquées mais les acteurs insistent plutôt sur la fluidification des rapports depuis 2020.

Il faut pourtant souligner que la réalité de ces interactions dans un cadre institutionnel est à mettre en perspective avec la possibilité effective de développement d'un travail partenarial entre acteurs de terrain. La difficulté des rencontres entre santé et pénitencière constitue un des enjeux forts de la mise en œuvre de cette politique. La défense du secret médical et de leur posture professionnelle positionnent parfois les soignants au cœur de confrontation, notamment avec les surveillants (Guérin 2003). Plusieurs représentants des ARS expliquent ces situations de tensions par l'absence de connaissance des codes culturels de l'autre. Les médecins vivent comme une agression les demandes parfois insistantes des surveillants qui de leur côté ne comprennent pas le retranchement derrière un secret qu'ils jugent contre-productif et dangereux pour leur activité. La méconnaissance des contraintes et limites de chacun tend les relations entre les interlocuteurs. En fonction des personnalités, elles peuvent se cristalliser et entraîner des situations de rupture. Les référents rencontrés se positionnent tous comme médiateurs dans ces relations dont ils peuvent observer la diversité selon les établissements. Bien que soutenant les professionnels de santé lors de situation de conflit, les ARS les incitent souvent au développement d'un travail commun avec la pénitencière dans le cadre d'une démarche d'acculturation.

La capacité d'action des ARS s'illustre par la multitude de leurs missions. Elles identifient les buts, affirment des choix clairs et définissent des objectifs évaluables. Ainsi elles peuvent se positionner comme « *décideur rationnel* », adossées à de nombreuses informations et à leur connaissance de la diversité des réalités de terrain. Au-delà de leurs possibilités techniques de mise en œuvre de l'action publique, c'est davantage leur position en surplomb qui va les légitimer auprès des acteurs, dans un rôle de protection ou d'exemple. Cette posture participe à la ré-assurance de professionnels délaissés par leurs institutions hospitalières. Elles valorisent et défendent une activité qui dès lors retrouve un sens. C'est donc par ses actions informelles qu'elles s'affirment comme

incontournable dans la revalorisation de l'activité des soignants en milieu pénitentiaire, facteur clef de l'attractivité.

B- Les marges de manœuvre sont restreintes

Bien que l'importance des missions des ARS ait été soulignée, il est néanmoins essentiel d'en aborder les limites. Si ces agences sont en capacité de mettre en œuvre ou d'initier certaines actions, elles restent dépendantes des moyens humains et financiers mis à leur disposition ainsi que des arbitrages nationaux qui se font parfois attendre.

1. La variabilité des organisations

La volonté de décentralisation et de territorialisation des politiques de santé à l'origine du développement des ARS leur permet d'afficher leur autonomie (Raimondeau et Marin 2020). Elles disposent de liberté dans la structuration de leurs équipes et dans les priorités qu'elles souhaitent donner à leur action.

Les référents santé/justice : une fiche de poste variable

Il existe 13 agences régionales de santé sur le territoire métropolitain et cinq outre-mer. Au sein de chacune d'entre elles un référent santé/justice doit assurer le pilotage de cette thématique. Le rapport de l'IGAS-IGSJ de 2015 documente le profil des personnes en charge de ce poste et renseigne leur temps de travail et les services auxquels ils sont rattachés. « *Ce sont des médecins inspecteurs de santé publique (MISP) pour les deux-tiers, ou des cadres de direction. Ils exercent en moyenne cette fonction sur 33 % de leur temps de travail. Ils sont en général rattachés à la direction de l'offre de soins, de l'offre hospitalière, ou encore de la santé publique, plus rarement au directeur général de l'ARS*» (IGAS; IGSJ 2015). Seule une personne, sur l'ensemble du territoire français a été identifiée comme à temps plein sur ce sujet, au sein de l'ARS Grand-Est. Le manque de structuration commune et le rattachement aux pôles exerçant d'autres activités rend difficilement lisible la conduite de ces actions souvent réparties entre différents services. Un fonctionnement en silos est observé entre équipes chargées de la prise en charge des addictions, celles conduisant les actions de prévention/promotion en santé ou bien encore celles responsables de la santé mentale. Cette dilution et fragmentation de la thématique dont la responsabilité est éclatée entre différents services participent à l'atténuation de son portage politique.

L'absence d'organigramme unique complexifie l'identification des acteurs tant par les personnes extérieures qu'à l'intérieur même des ARS. L'absence de stabilité des équipes accentue la difficulté à identifier les bons interlocuteurs. Chacun exerçant à temps partiel sur un des pans de ce sujet, il s'avère

malaisé de repérer le correspondant adéquat. Au sein de ces structures la communication est parfois difficile entre les services financiers et ceux en charge de la conduite des projets. Ils soulignent l'importance pour eux de se manifester à temps afin d'obtenir les financements auxquels ils peuvent prétendre.

« Personne ne pense à dire à bah tiens le FIR il y a tant pour ça. Mais bon nous maintenant qu'on commence à avoir une petite expérience on sait que chaque année il faut qu'on aille voir nos collègues du FIR pour leur dire bah alors c'est combien le FIR cette année, enfin c'est sûr que ça pose des problèmes de gestion de l'enveloppe »

(Référent ARS santé/justice)

Ainsi, le rapport de IGAS-IGSJ décrit *«l'animation de cette politique comme étant «personne-dépendant» et sujette à l'investissement personnel des directeurs généraux des ARS»* (IGAS; IGSJ 2015). En fonction de ces volontés individuelles le sujet peut apparaître sous la forme de quelques lignes au sein du programme régional de santé, ou prendre toute sa place comme thématique. Au regard de cette analyse, il est à noter que les interlocuteurs rencontrés dans le cadre de ce mémoire sont des personnalités investies, identifiées grâce à leur participation à des groupes de travail nationaux. Il est donc possible que cet échantillon ne soit pas représentatif de l'investissement global des acteurs à ce sujet. Néanmoins des médecins interrogés et travaillant dans d'autres territoires que ceux des référents ARS rencontrés apportent un témoignage souvent cohérent avec ce que ces acteurs avaient pu évoquer.

Une adaptation difficile à des situations sanitaires régionales disparates

L'objectif premier de la territorialisation des politiques de santé est de permettre leur adaptation aux réalités variables de leurs régions et de rapprocher la décision publique de son point d'application (Raimondeau et Marin 2020). Comme pour les autres missions de santé, les caractéristiques de la population pénale et les enjeux qui s'y rapportent évoluent selon les territoires étudiés. L'Île-de-France, avec une très forte densité de maisons d'arrêt est marquée par une importante surpopulation carcérale, constituée d'hommes jeunes. En 2019, le journaliste Hugo Clément dénonce les conditions d'incarcération en Guyane au sein d'un établissement pénitentiaire signalé pour son insalubrité et son insécurité. Le phénomène des mules, jeunes femmes pauvres chargées par les trafiquants du transport de drogue vers la métropole aboutit à une importante incarcération de ce public. En conséquence, les naissances en prison se multiplient de manière statistiquement inhabituelle en comparaison avec le reste du territoire français. Après leur accouchement, les femmes peuvent garder leur enfant auprès d'elles jusqu'à leurs dix-huit mois, dans des quartiers spécifiques, les nurseries. Au sein du centre pénitentiaire de Guyane, leur nombre est tel que les mères et leurs enfants restent en quartier de détention classique. Des bébés vivent leurs

premiers mois de vie à l'intérieur de cellules surpeuplées colonisées par la moisissure (Konbini 2019). A des milliers de kilomètres, l'aile G du centre pénitentiaire de Bedenac en Charente-Maritime accueille des détenus vieillissant à mobilité réduite. Les conditions de détention de cette unité ont déjà fait l'objet de deux rapports du contrôleur général des lieux de privation de liberté dénonçant les conditions de vie indignes de personnes démentes dormant dans leurs excréments (Controleur général des lieux de privation de liberté 2021).

La réalité de la population pénale et de ses besoins en soins sont donc changeantes suivant les territoires et leurs établissements. Ces problématiques sont identifiées, mais non quantifiées ou étudiées à défaut de programme de recherche en milieu pénitentiaire. Il semble que les réponses sanitaires des agences régionales de santé restent limitées. Quelques actions régionales spécifiques, telle que la mise en place d'une communauté thérapeutique au sein d'une unité de réhabilitation pour usagers de drogues (URUD), sont mises en place. Mais elles restent anecdotiques et dans le cas présent correspondent au soutien à *posteriori* par l'ARS d'un programme initialement porté par l'administration pénitentiaire. Il ne semble pas aujourd'hui que de réelles politiques régionales adaptées aux spécificités territoriales soient menées dans le cadre de la santé des détenus.

A ces différences entre établissements et population carcérale, s'ajoutent des caractéristiques induites par l'attractivité du territoire et sa démographie médicale. Certaines grandes unités proches des centres urbains peinent à recruter, mais les petites structures situées en zone rurale sont en plus grande difficulté encore. Comme dans le cas de leurs relations avec les établissements hospitaliers, les unités sanitaires sont confrontées aux problématiques structurelles des territoires dans lesquels elles s'inscrivent. Il semble de nouveau que les politiques régionales peinent à s'adapter et présentent peu de spécificités au regard de réalités qu'elles ne peuvent que constater.

Ainsi les politiques régionales de santé à destination des personnes placées sous-main de justice remplissent peu leur rôle d'adaptation aux caractéristiques locales. Leur spécificité, résultant davantage de l'organigramme de leur structure que des politiques qu'elles conduisent. Ce manque d'adaptation aux territoires ou aux établissements participe à la frustration des professionnels qui constatent sur le terrain de nombreux dysfonctionnements mais ne trouvent pas de relais à leurs plaintes. Ainsi, après quatre ans de dénonciation de la situation sanitaire dans cet établissement, en 2021 la médecin coordinatrice de l'unité sanitaire de Bédenac jette l'éponge et laisse depuis son poste vacant (France 3 Nouvelle Aquitaine 2021).

2. La dépendance aux arbitrages

La limite de l'action de ces agences résulte également dans leur dépendance vis à vis des arbitrages nationaux, particulièrement soulignée dans le cadre la politique de santé des personnes placées sous-main de justice. Bien que leur autonomie soit affichée, la politique régionale de santé est tenue de s'insérer dans la stratégie nationale et soumise à une série de contraintes hiérarchiques. Le rapport rédigé en 2021 par la commission des affaires sociales de l'assemblée nationale dresse un constat en demi-teinte de l'action de ces agences après plus de dix ans de fonctionnement. «*Le choix de leur périmètre de compétences particulièrement ambitieux, puisqu'il s'agissait de créer un acteur régional unique capable de porter une politique de santé globale et transversale, pose aujourd'hui la question de leur capacité à assurer l'ensemble de leurs missions de façon satisfaisante*» (Assemblée nationale; Commission des affaires sociales 2021).

De nombreuses questions en attentes

Dans plusieurs entretiens effectués, les membres des ARS soulignent que malgré leur volonté d'actions, ils se trouvent en difficulté face aux professionnels qui attendent des réponses de leur part. Limités dans leur autonomie décisionnelle, ils indiquent compter sur des instructions ministérielles qui se font attendre. La liste suivante n'est sans doute pas exhaustive mais elle illustre les points de blocage les plus souvent évoqués.

Le plan prison présenté en 2018 par la Garde des Sceaux Nicole Belloubet prévoit la mise en place de structures d'accompagnement à la sortie (SAS). Elles visent à favoriser l'autonomie et la responsabilisation des personnes détenues grâce à une prise en charge renforcée. Le premier dispositif de ce type ouvre à titre expérimental en 2018 à la prison des Baumettes à Marseille. Au cœur de ce projet de prise en charge globale les unités sanitaires dans le cadre d'une perception de la santé comme facteur déterminant de la réinsertion sont considérées comme devant avoir un rôle majeur. Pourtant, alors que l'administration pénitentiaire prévoit l'ouverture d'une vingtaine d'unités d'ici 2024, aucune instruction du ministère des solidarités et de la santé n'a été publiée pour définir la place des soignants au sein de ces structures (Direction de l'administration pénitentiaire 2020). Face au vide, des initiatives locales s'instaurent. Malgré l'absence de directives claires, les professionnels soulignent l'importance du positionnement des ARS qui prennent le temps de les écouter tout en étant dans l'incapacité de leur transmettre des instructions nationales validées.

« Ils [le ministère de la santé] nous ont toujours pas pondu quelque chose. Par contre non, au niveau de l'agence régionale de santé on a eu par rapport au projet que nous montions, on a eu des portes ouvertes, on a eu de l'intérêt, on a eu des financements qui étaient à la hauteur de ce qu'on voulait, donc non je dirais pas qu'on n'a pas eu l'écoute. »

(Médecin en milieu pénitentiaire)

Le plan pénitentiaire prévoit également la rénovation et l'ouverture de plusieurs établissements (Ministère de la justice 2018). Pourtant aucun document relatif au dimensionnement des unités sanitaires ou à la constitution des équipes n'est établi. Alors que cette mission d'organisation de l'offre de soins au sein du territoire incombe aux ARS, elles se trouvent de nouveau dans l'incapacité de faire face aux demandes qui leur sont adressées.

« Les maquettes de personnel sans modélisation nationale puisqu'il n'existe toujours pas, à notre grand regret de modélisation sur le personnel, c'est à dire que pour tant de détenus il faut tant d'infirmière, ça n'existe pas. On est allé au ministère d'ailleurs il y a quelques années avec un de mes collègues directeur adjoint pour demander ça parce que c'est compliqué de prévoir en fait les personnels quand on n'a pas de maquette comme ça. »

(Sous-directeur hospitalier en charge du milieu pénitentiaire)

De même, la question de la circulation des détenus au sein des unités hospitalières inter-régionales est en attente d'un arbitrage ministériel.

« On attend toujours une circulaire, ça fait cinq ans qu'on attend, voir plus même, la circulaire de déambulation dans les UHSI. Donc c'est des choses qui sont bloquées au niveau national, donc il y a des choses qui peuvent ...enfin que nous on identifie comme des freins ou comme des points de rupture dans le parcours de soin d'un patient mais qui ne dépendent pas forcément de nous, qui sont vraiment de l'échelon national. »

(Réfèrent ARS santé/justice)

Enfin, le recours aux escortes lorsqu'il est nécessaire de procéder à l'extraction des détenus vers l'hôpital, préalablement évoquée, représente un autre sujet de tension interministériel récurrent, en attente d'un nouvel arbitrage réclamé.

Le retard dans ces prises de positions entrave les capacités d'actions des agences régionales de santé. Il participe au renforcement du sentiment d'impuissance et à l'impression des professionnels de santé d'être inaudibles. En attente de réponses depuis de nombreux mois sur des sujets qui complexifient leurs activités au quotidien, c'est de nouveau un sentiment de lassitude et de dérision de leur action qu'ils évoquent.

Une instabilité des référents nationaux qui ralentit l'action.

La multiplication des sujets en suspens est expliquée de diverses façons selon les interlocuteurs. Certains dénoncent le manque de volonté politique de la part du ministère de la santé

quand d'autres pointent la fréquence du renouvellement des référents nationaux affectant la prise de décision stratégique. Dans les deux cas, les acteurs de terrains se sentent seuls face à des problématiques qu'ils sont dans l'incapacité de résoudre.

« Pour des tas de raisons il y avait un sentiment sur le terrain à la fois des praticiens et des ARS que le ministère de la santé avait disparu. »

(Ancien référent santé justice DGS)

Préalablement identifié comme un frein à la décision (Hassenteufel 2021) le changement régulier des référents nationaux en charge de cette politique est souligné par les personnalités interrogées.

« Donc il y a un gros travail de sensibilisation du ministère et c'est des vieilles biques comme moi qui peuvent avec l'historique faire remonter les problématiques qui durent et qui durent quand les gens au national changent et changent et changent. Donc voyez c'est très compliqué, c'est un travail de longue haleine »

(Réfèrent ARS santé/justice)

De nouveau dans ces propos c'est un sentiment de répétition et de lassitude face à la réitération permanente qui est soulignée. Cette mobilité participe d'une dilution de l'information qui complexifie l'action. Alors que les acteurs de terrain ressentent au quotidien les difficultés de cette absence de positionnement, ils se doivent de reformuler en permanence leur demande auprès de leur autorité de tutelle dont les représentants changent régulièrement.

L'échelon régional présente des possibilités de conduite de l'action publique grâce à la connaissance du terrain et au développement de lien avec l'ensemble des acteurs locaux. Les ARS sont en position d'apporter leur soutien, leurs compétences et leurs financements aux unités sanitaires souvent délaissées par les structures hospitalières auxquelles elles sont rattachées. Correspondant aux critères du « Décideur rationnel », elles disposent d'une maîtrise des procédures techniques et d'une centralisation de l'ensemble des informations régionales leurs permettant d'évaluer les différentes options et d'effectuer des choix éclairés. Néanmoins, leurs actions restent limitées tant par la diversité des organigrammes et le niveau d'investissement qu'ils permettent, que par leur dépendance vis à vis d'arbitrage nationaux parfois attendus depuis des années.

Chapitre 3 : Nationalement, un pilotage attendu

Dans son ouvrage consacré à la sociologie politique de l'action publique, Patrick Hassenteufel propose une analyse croisée des travaux portant sur les problèmes publics, relevant de la sociologie et ceux étudiant la question de la « mise à l'agenda » issus des sciences politiques (Hassenteufel 2021). Il développe cette notion pouvant être définie comme « le processus de transformation d'enjeux publics en priorité de l'action gouvernementale ». Il s'attache à codifier le processus de transformation des faits sociaux en enjeux débattus publiquement devenant ainsi des objets de préoccupation des autorités publiques. Cet auteur complète son propos sur l'action « des acteurs extérieurs à l'Etat dont la mobilisation et le travail politique permettent cette construction des problèmes publics ».

La politique sanitaire des personnes placées sous-main de justice (PPSMJ) répond au même processus de construction mais présente un positionnement spécifique au sein de l'espace public. Elle est destinée à des personnes mises au ban de la société, jugées dangereuses et doit s'adapter aux différentes doctrines pénitentiaires évoluant avec l'opinion publique. Celles-ci passant d'un objectif de traitement grâce à une prison rédemptrice, à celui de défense sociale ou de promotion de l'équité à travers la notion du « juste dû » (Combessie 2010). L'intérêt pour ces institutions et leur public est souvent initié uniquement à l'occasion de faits divers. La question du soin n'est alors abordée que pour réduire le danger représenté par des personnes jugées déviantes dans le cadre d'injonction pénale.

« À l'échelle nationale c'est la même chose, les prisons elle sont là, elles existent ... alors il se passe un fait divers et il faut mettre tout le monde en prison et là on s'intéresse au fait qu'il y ait des prisons, mais savoir après ce qui se passe derrière les murs ça ça intéresse beaucoup moins. Et qu'on dépense, qu'on mette des moyens là-dedans c'est pas vendeur. »

(Représentant de l'APSEP)

Peu porteur, ce sujet peine à trouver sa place au sein des nombreuses missions du ministère des solidarités et de la santé. L'absence de portage politique doublée par la structure du poste de référent national limitent l'action publique. Sur le terrain les professionnels constituent une force mobilisée travaillant à « la construction de problème publique pouvant être considérée comme le préalable à la mise à l'agenda » (Hassenteufel 2021). Mais leur voix ne porte pas. Rassemblés dans deux grandes associations, l'association des professionnels de santé en milieu pénitentiaire (APSEP) et l'association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire (ASPMP), les soignants souhaitent participer à la co-construction de cette politique. Ils regrettent le peu de connaissance sur leur exercice par les décideurs nationaux, limitant, selon eux, la rationalité de la conduite de cette politique publique.

A- La politique ministérielle trouve ses limites

L'étude de l'action ministérielle sera ici conduite au regard de trois documents programmatiques. Premièrement le guide méthodologique relatif à la prise en charge des personnes placées sous-main de justice rédigé en 1994, présenté sous forme de fiches synthétiques, ayant pour vocation de répondre aux questionnements des professionnels. Il fournit des orientations à propos des règles spécifiques liées à l'environnement du monde carcéral et définit les modalités de prise en charge de cette population (Ministère des solidarités et de la santé 2022). Pour les professionnels il est considéré comme une « bible ». Plusieurs, parmi ceux rencontrés, disposaient d'un exemplaire régulièrement mis à jour, imprimé et relié dans leur bureau. Deuxièmement, le premier plan stratégique 2010/2014 politique de santé pour les PPSMJ, évalué en 2015 par une mission conjointe de l'inspection générale des affaires sociales et de l'inspection des services judiciaires (Ministère des solidarités et de la santé; Ministère de la justice 2017). Troisièmement, une feuille de route santé des personnes placées sous-main de justice 2019-2022, élaborée à partir des conclusions des recommandations de l'évaluation. Jugée comme ambitieuse par de nombreux acteurs, un bilan actualisé en fonction des conséquences de la crise sanitaire, est prévu dans les prochains mois.

1. Les acteurs locaux ont de nombreuses attentes

Confrontés aux manques de réponses, parfois depuis plusieurs années, les soignants se sentent délaissés par leur ministère de rattachement dont ils comprennent mal le silence. Les personnalités interrogées manifestent leur désir d'arbitrages nationaux et leur souhait d'être davantage intégrés dans l'élaboration de cette politique.

Une attente d'arbitrage

Une partie des sujets en attente d'une prise de position nationale ont été listés au sein du chapitre 2. L'absence de réponse de la part du ministère des solidarités et de la santé au sujet des escortes, des mouvements au sein des unités hospitalières sécurisés inter-régionale (UHSI), de la construction d'un projet médical commun pour les structures d'accompagnement à la sortie (SAS) ainsi que le manque de maquette relative aux équipes et aux locaux d'une unité sanitaire ont été soulignés. S'y ajoutent plusieurs sujets nationaux.

Tout d'abord l'inadéquation des fonds alloués par la mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), également désignée sous l'acronyme de MIG, à la réalité des besoins est soulignée par la majorité des acteurs rencontrés. Pour plusieurs d'entre eux la réflexion sur l'attractivité des postes en milieu pénitentiaire ne peut s'effectuer qu'en parallèle d'une modification de ce mode de financement.

« Il y a deux sujets qu'on ne peut pas travailler de façon dissociée [...] qui sont les financements des unités, donc les MIG et l'attractivité. Et on ne peut pas les dissocier parce que donner de l'argent [...] à un établissement pour ouvrir des postes, mais si on ne peut pas, si on a personne à mettre dessus ça ne sert à rien et inversement. Si on n'a pas d'argent pour faire fonctionner une unité c'est pas la peine d'espérer faire rentrer quelqu'un dedans. Donc vraiment ces deux sujets sont très très imbriqués »

(Représentant de l'APSEP)

La réévaluation de la MIG est un sujet délicat évoqué depuis de nombreuses années. Les professionnels remettent en question l'existence d'un barème unique établi selon le nombre de places théoriques de manière identique pour l'ensemble des établissements. Or ceux-ci dénoncent des diversités d'exercice importantes entre maisons d'arrêts et établissements pour peine. Les premières accueillent des prévenus ou des condamnés à des peines inférieures à deux ans et connaissent à la fois une surpopulation pouvant atteindre les 200% et un turn-over important de détenus. Ce rythme impose une multiplication des consultations arrivants et l'initiation de nombreuses prises en charge. A l'inverse, les établissements pour peine ont une activité plus régulière conduite auprès de patients incarcérés pour de longues peines. Les conditions de détention y sont meilleures et le nombre de places théoriques davantage en lien avec le nombre réel de prisonniers. Au 1er janvier 2020 la densité carcérale moyenne au sein des maisons centrales était de 73% (Ministère de la justice 2020b). Les unités reçoivent des financements identiques permettant à certaines de fonctionner correctement mais à d'autres de ne s'y retrouver que difficilement.

De plus, plusieurs de leurs activités ne sont pas prises en compte. A la mission de recherche préalablement évoquée s'ajoutent les actions de prévention/promotion en santé. Au cœur d'un système hospitalier marqué par le soin, les unités sanitaires soulignent leur incapacité à prioriser la prévention, pourtant partie intégrante de leurs prérogatives, sans moyens humains et matériels supplémentaires. L'inadéquation de ce financement au regard de la surpopulation et de la multiplication des missions est dénoncée par les soignants

En outre, les professionnels s'étonnent de l'absence de positionnement de leur autorité de tutelle dans l'élaboration de projets de santé en milieu pénitentiaire. A titre d'exemple, la prise en charge des addictions est une problématique majeure de la population pénale parfaitement repérée. Pourtant le traitement actuellement proposé au sein des USMP se limite souvent à la prescription médicamenteuse de substitutifs. Une importante prévalence des troubles psychiatriques est aussi

notée. Dans ce contexte de consommation chez une population fragilisée, les bonnes pratiques de la prise en charge reposent sur une approche médico-psycho-sociale, souvent préconisée par les communautés thérapeutiques (Denis et al. 2011) (Couteron; Morel 2021). Grâce à des fonds de la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca) l'administration pénitentiaire décide de mettre en place la première communauté thérapeutique en prison (Fédération addiction 2020). Cette unité de réhabilitation pour usagers de drogue (URUD) est instaurée à Neuvic en 2017. Le ministère des solidarités et de la santé ne viendra en soutien de ce programme que plusieurs mois plus tard. Les acteurs soulignent leur agacement quant à ce positionnement régulièrement *à postériori* de leur propre ministère.

« C'est l'administration pénitentiaire en première comme souvent malheureusement pour nous au ministère de la santé »

(Médecin en milieu pénitentiaire)

Ces attentes non prises en compte participent à la désespérance des professionnels. Une part d'entre eux se sent incomprise et s'interroge sur l'intérêt que leur porte leur ministère alors qu'ils observent l'administration pénitentiaire active dans la prise en charge d'une santé globale. Cette constatation est décrite pour « *malheureuse mais vraie* » « *bien triste* » ou encore « *vache mais c'est la réalité* » par des professionnels qui une fois de plus se sentent victimes d'invisibilisation.

Une envie de participation collaborative

Comme évoqué au cours de l'introduction de cette seconde partie, la détention d'information constitue un préalable essentiel à la prise de décision. Confrontés à la méconnaissance voire au désintérêt que suscite leur exercice, les soignants en milieu pénitentiaire ont fait leur deuil de l'image du « *décideur rationnel* ». Mais afin d'abonder dans le sens de ce qu'ils considèrent être une meilleure rationalité de l'action publique, plus proche de leur réalité, ils souhaitent participer à la co-construction de cette politique de santé.

Selon les interlocuteurs rencontrés, cette politique s'élabore de plus en plus sans eux. Bien qu'il soit difficile de distinguer ce qui relève d'une sur valorisation du passé, exprimée par le « *c'était mieux avant* » de la véritable mutation des modalités de conduites de l'action publique, il n'en reste pas moins que les professionnels se disent insatisfaits par ce processus décisionnel. Alors qu'ils décrivent l'élaboration du premier document programmatique, le guide méthodologique, comme une démarche partenariale entre professionnels de terrain, administration pénitentiaire et ministère des solidarités et de la santé, ils perçoivent aujourd'hui les contraintes d'une approche descendante les limitant à entériner des projets préétablis.

« En fait, le premier guide méthodo il a vraiment été écrit avec des gens de l'APSEP et puis les versions d'après beaucoup moins mais quand même [...] Les propositions qui ont été faites récemment, on nous a demandé notre avis sur des trucs qui étaient déjà écrits honnêtement. Et voilà, et sans qu'on ... je pense qu'on a beaucoup moins, on prend beaucoup moins en compte notre avis »

(Médecin en milieu pénitentiaire)

Bien que leur rôle social, adossé à leur savoir et à la construction d'une posture professionnelle singulière, ait toujours positionné les soignants comme acteurs de la prise de décision en santé, les professionnels exerçant en milieu carcéral adoptent une attitude singulière (Bergeron et Castel 2018). Davantage que pour d'autres, la politique sanitaire en prison semble marquée par l'asymétrie d'information entre ceux qui la font et ceux qui l'appliquent.

« Nous c'est un truc qui nous choque à mort. C'est à dire que les gens qui effectivement décident n'ont jamais mis un orteil dans une prison et ne savent pas ce que c'est » « particulièrement le milieu de la prison c'est un milieu dans lequel personne par définition ne rentre [...] l'hôpital c'est pareil il y a des fois des décideurs qui mettent en place des politiques et qui connaissent très mal l'hôpital, mais tout le monde dans sa vie a déjà mis un pied dans un hôpital [...] En prison, la plupart des gens ne parlent que de trucs qu'ils ne connaissent pas. On ne sait pas quels sont les profils des gens qu'on y croise, on ne sait pas comment c'est organisé, on ne sait rien. »

(Médecin en milieu pénitentiaire)

Cet écart, consécutif à l'impénétrabilité du lieu d'exercice de ces professionnels, les oblige à assumer des missions dépassant leurs prérogatives initiales. Déjà envisagé vis-à-vis du rôle élargi des chefs de services, ce phénomène peut également être décliné au regard de leur positionnement national. En réponse à la méconnaissance de leur pratique, ils cherchent à définir, hiérarchiser et inscrire à l'agenda de l'action publique des thématiques. Ils ne veulent pas être cantonnés à un rôle consultatif d'expert extérieur mais revendiquent leur place dans un véritable processus de co-construction.

Les acteurs locaux ont des attentes vis-à-vis de leur autorité de tutelle nationale. Ils souhaitent des arbitrages au sujet de problématiques de terrain mais aussi un positionnement dans le cadre d'une démarche de santé globale en milieu pénitentiaire. L'absence de réponse de leur ministère génère chez les soignants une double frustration. Premièrement, dans « le vide laissé par la santé » ils observent une appropriation progressive par l'administration pénitentiaire. Deuxièmement, l'absence de reconnaissance de leur compétence et de leur légitimité qu'ils perçoivent dans leur faible intégration à l'élaboration d'une réflexion commune renforce leur isolement. Des professionnels adoptent une posture de distanciation, et regardent avec circonspection des consignes ministérielles qu'ils jugent au mieux inapplicables.

« On ne comprenait pas la logique là- dedans. Hum... parce que voilà des recommandations qui ne sont plus en reflet de la réalité. »

(Médecin en milieu pénitentiaire)

2. Les difficultés structurelles entravent le changement

Au cours de l'observation participante effectuée auprès de la référente nationale santé des personnes placées sous-main de justice durant quatre mois de stage, plusieurs problématiques structurelles ont pu être identifiées. Qu'elles soient liées au fonctionnement global du ministère des solidarités et de la santé ou à celui plus spécifique de ce poste de référent, elles limitent la conduite de cette politique. Cette analyse s'avère correspondre à celle préalablement réalisée par l'IGAS et l'IGSJ dans leur rapport d'évaluation en 2015 (IGAS; IGSJ 2015)

Un poste dont la capacité d'action est limitée par sa structuration

Le poste de référent national santé des personnes placées sous-main de justice est actuellement positionné à un niveau de chef de projet au sein de la sous-direction santé des populations et prévention des maladies chroniques (**Annexe 5**). Il dépend de la direction générale de la santé (DGS) est chargé de l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé (Raimondeau et Marin 2020). Le référent national est seul et ne dispose pas d'équipe à proprement parler à ses côtés. Pour mener à bien son action, il doit assurer une mission transversale de coordination de l'ensemble des bureaux de la sous-direction. Afin d'illustrer ce processus lors de la rédaction d'une instruction sur la réduction des risques et des dommages en milieu pénitentiaire, le référent est seul à porter ce projet mais doit faire intervenir le bureau en charge des infections par le VIH, IST, hépatites et tuberculose (SP2) ainsi que celui de prévention des addictions (SP3). La thématique est segmentée au sein d'un fonctionnement en silos et affichée comme s'intégrant à l'ensemble des sujets de cette sous-direction. Le positionnement de ce poste limite sa capacité d'action. Non inscrite dans leurs actions quotidiennes mais objet de sollicitations ponctuelles, la prise en charge des personnes placées sous-main de justice apparaît pour ces bureaux comme un poids supplémentaire venant alourdir leur fonctionnement. Chacun d'entre eux définit ses priorités et le sens qu'il souhaite donner à son action. La charge de travail répartie entre chacun des acteurs prend rarement en compte l'ajout de cette problématique singulière. De plus, les rapports hiérarchiques entre les bureaux et ce chef de projet particulier manquent de clarté. Les agents n'ont de compte à rendre qu'à leur chef de bureau respectif et certains se sentent peu contraints par les commandes qui leur sont adressées en provenance du référent santé des détenus. La lourdeur de la charge de travail dans le cadre d'un exercice solitaire en l'absence d'équipe dédiée limite la portée des projets.

De plus, comme pour l'ensemble des politiques de santé, il est nécessaire pour l'appréhender d'évaluer les rapports avec une autre administration centrale, la direction générale de l'offre de soin (DGOS). Son action vise à l'organisation des soins dans le cadre de la stratégie nationale de santé et a pour objectif de renforcer la performance, la qualité et la sécurité de l'offre de soins dans le respect de

l'ONDAM (Raimondeau et Marin 2020). Dans le cadre de la santé en milieu pénitentiaire, il existe deux postes de chargés de missions au sein du bureau prises en charge post aiguës, pathologies chroniques et santé mentale (R4). Eux-mêmes soumis à leur propre contrainte et à une structure hiérarchique différente au sein d'une autre direction, la question de leur sollicitation répond aux mêmes enjeux que pour les interlocuteurs précédents. Afin de clarifier les rôles de chacun, certains pans de la thématique santé des personnes placés sous-main de justice sont dévolus à la DGOS. Dans le cadre d'une approche globale et décloisonnée de l'offre de soins, dans ses composantes hospitalière et ambulatoire, la question de l'attractivité des postes en milieu pénitentiaire leur incombe, tout comme la réévaluation de la MIG. Une partie des enjeux, identifiés dans ce mémoire, comme primordiaux pour la conduite de cette politique ne sont donc pas à la main du référent santé/justice. La personne identifiée comme référente nationale et sollicitée par les acteurs ne dispose pas des prérogatives pour répondre à leurs attentes.

Ce poste aujourd'hui divisé et fragmenté a fait l'objet d'un positionnement évolutif dans l'organigramme ministériel. Selon le rapport d'évaluation IGAS/IGSJ cette direction de projet, instituée en 2007, dépendait jusqu'en 2013 de la DGOS. Les difficultés de ce changement d'administration centrale sont conjuguées à l'absence de lettre de mission formalisant les fonctions de la nouvelle directrice positionnée à la DGS. Ce document retrace mais n'explique pas les raisons de ce changement, opéré un an avant la fin du premier plan stratégique. Il souligne que « *le passage de la DGOS à la DGS ne s'est pas accompagné d'une plus-value repérable. L'expérience de ce premier plan montre la nécessité d'une direction de projet moins «personne-dépendante» et pose la question de son juste positionnement dans le ministère, eu égard au fait que son travail est inter directionnel*» (IGAS; IGSJ 2015).

La question de la place de ce poste au sein de l'administration centrale, et des leviers d'action dont dispose son occupant, se pose depuis de nombreuses années. Limité dans sa possibilité de définir des objectifs clairs, il ne peut endosser le costume de « décideur rationnel ». Bien qu'identifiée cette situation ne semble pas trouver de voie de résolution.

Un manque de volonté politique

Le positionnement de cette fonction génère des rapports internes complexes. Il impacte également les relations avec les interlocuteurs extérieurs, au premier rang desquels s'inscrit l'administration pénitentiaire.

Au regard de l'identification de cultures différentes, propres à chacune des administrations et de la nécessité d'une meilleure compréhension des missions de chacun « *un accord était intervenu au début*

des années 2000 sur des mises à disposition croisées de personnels : un directeur d'établissement de santé et un médecin inspecteur de santé publique (MISP) avaient été affectés à la DAP et, réciproquement, un directeur d'établissement pénitentiaire et un directeur de Service de probation et d'insertion (SPIP) à la DGOS et à la DGS. A leurs départs, intervenus entre 2008 et 2012, ils n'ont pas été remplacés ». Cette situation souligne l'affaiblissement progressive de l'intérêt politique porté à cette thématique. Pourtant la question du « choc des cultures », ou de la confrontation dans le cadre de relations de pouvoir, se pose toujours âprement. Il nécessiterait le rétablissement de ces postes destinés à créer du lien entre les administrations. Bien que la crise du Covid 19 ait souvent été l'occasion d'un rapprochement des acteurs locaux, il semble qu'il en ait été tout autrement au niveau national.

« Du très mauvais, à la DGS on avait des relations exécrables avec le sous-directeur de la DAP, ça s'est très mal passé la première vague. On nous a méprisés, on nous a traités avec le mépris, c'est à dire qu'ils étaient capables de sortir une doctrine en nous disant le matin oui oui on vous la fera lire avant de diffuser [...] et finalement ils l'envoient dans leur DISP sans nous l'avoir dit [...] il y a vraiment eu des choses, les gens se sont révélés sous leur plus mauvais jour ».

(Ancien référent santé justice DGS)

Lorsqu'il fustige ces rapports tendus avec l'administration pénitentiaire, cet interlocuteur souligne également la difficulté des contacts entre professionnels présents à des niveaux hiérarchiques différents au sein de leur ministère. Alors que le poste au ministère des solidarités et de la santé relève du niveau chef de projet, les professionnels de l'administration pénitentiaire sont des directeurs ou des sous-directeurs. Ils disposent au surplus d'une autorité directe sur leurs services régionaux et locaux leur permettant d'adopter un autre positionnement. Ainsi, au contraire les professionnels de l'administration pénitentiaire s'approchent des caractéristiques du « décideur rationnel ». Dans ce *verbatim* cet ancien référent santé/justice en ARS rassemble, d'un souffle, l'ensemble des complexités dues aux positionnement hiérarchique de ce poste.

« Un moment être tiraillés avec des collègues qui sont à la DGOS, et c'est eux qui ont la main sur le financement, mais c'est vous qui devez interagir avec eux, mais ils ne sont pas sous votre hiérarchie, et vous devez être en contact avec la pénitentiaire en étant dans une sous-direction alors que vous êtes en contact avec le cabinet... Voilà. »

(Référent ARS santé/justice)

Le poste référent santé des personnes placées sous-main de justice au ministère des solidarités et de la santé focalise de nombreuses demandes des acteurs tant locaux que régionaux, dans l'attente de décisions. Pourtant la structuration de ce poste semble restreindre son potentiel. Sans un portage politique réaffirmé ce référent ne pourra se redéfinir.

B- Les autres acteurs se positionnent

Au fil de son analyse et de ses ouvrages, le sociologue français Michel Crozier décrit les blocages engendrés par le «*phénomène bureaucratique*» au sein d'un système français particulièrement rigide, centralisateur et cloisonné (Crozier 1963). Mais loin de s'arrêter à ce constat initial, il s'attache à décrire les relations de pouvoir et les effets des stratégies que développent les acteurs au sein des organisations indépendamment des organigrammes officiels (Crozier et Friedberg 1977). Dans leur ouvrage *L'acteur et le système*, Michel Crozier et Erhard Friedberg expliquent «*la construction des règles (le construit social) à partir du jeu des acteurs empiriques, calculateurs et intéressés. Ces acteurs sont dotés de rationalité, même si elle est limitée ; ils sont autonomes et entrent en interaction dans un système qui contribue à structurer leurs jeux*» (Crozier et Friedberg 1977).

Ainsi, en réaction au vide laissé par le ministère de la santé, considéré comme «*particulièrement inefficace. Ils sont organisés de manière très pyramidale [...] ils ont une hiérarchie pas possible au-dessus de leur tête et on a l'impression qu'il ne faut pas faire de vague. Mais je pense que certaines personnes sont là depuis trop longtemps et ça sclérose en fait* » (Médecin de l'administration pénitentiaire), les professionnels se disent prêts à inventer de nouvelles règles et à s'associer à d'autres partenaires.

«*Nous on veut que les sujets avancent* » «*maintenant si la santé ne veut pas travailler certains sujets et que nous on pense que ces sujets sont importants que quelqu'un d'autre veut les avancer nous on y va. C'est vache hein ce que je dis.* »

(Médecin en milieu pénitentiaire)

Confrontés à une hiérarchie qui ne semble ni comprendre ni considérer leurs missions, les professionnels souhaitent maîtriser et exploiter les «*zones d'incertitudes* » afin de faire progresser leurs idées.

1. L'APSEP, une association structurante

Suite à la création des unités sanitaires en 1994, l'association des professionnels de santé en milieu pénitentiaire (APSEP) est fondée en 1997. Elle a pour objet social de favoriser leur formation, les échanges, d'informations et de réflexions des professionnels (APSEP 2017). Si l'on écoute ses membres, ils racontent que leur motivation était de rompre l'isolement et la solitude qu'ils ressentaient, reclus dans leur unité au cœur de la détention.

«*C'est quelques médecins d'unités qui se sont retrouvés et ce sont dit c'est trop bête d'être chacun dans notre coin, il faut qu'on se rassemble et il faut qu'on partage notre expérience et nous tous on sera plus forts. Comme la médecine en milieu pénitentiaire est en création on va dire il faut qu'on puisse*

apporter cette dynamique et qu'on dise quels sont nos problèmes du terrain et comment on peut faire évoluer les choses. »

(Médecin en milieu pénitentiaire)

Cette association offre avant tout un cadre pour le lien entre les professionnels eux aussi marqués par l'enfermement et l'éloignement.

L'APSEP se positionne comme référente et établit les normes

La spécificité de la pratique en milieu pénitentiaire repose en partie sur son lieu d'exercice. Il impose des contacts avec des interlocuteurs dont les médecins ne sont pas familiers au sein d'un environnement inhabituel. L'absence de formation préalable les conduit souvent à débiter leur exercice sans aucune connaissance de cet univers ainsi que des règles qui le définissent.

« Il y a toute une partie judiciaire qui ne fait pas partie de notre formation initiale. Par exemple savoir que non on ne peut pas être médecin expert et médecin traitant on ne l'apprend pas forcément. Donc il y a des règles particulières, que si un officier de police judiciaire nous demande quelque chose on peut refuser, ça on ne le sait pas trop non plus... qu'on ne donne pas des informations médicales comme ça... Que même avec l'AP il y a des positionnements à avoir, que les suspensions de peine pour raison médicale il y a certaines prérogatives. Enfin voilà il y a beaucoup de choses qui ne sont pas ...qui sont vraiment très spécifiques. »

(Médecin en milieu pénitentiaire)

Ce positionnement vis à -vis de l'administration pénitentiaire, des dispositions pénales ou du respect de la déontologie est décrit comme un apprentissage difficile par les professionnels. Pour remédier à cette méconnaissance, l'APSEP souhaite transmettre par le biais des congrès qu'elle organise mais aussi du diplôme universitaire qu'elle anime, des éléments de codification de cet exercice médical. Lors de ces échanges elle diffuse les instructions ministérielles auxquelles elle ajoute sa réflexion. Elle alimente ainsi l'adoption de positions communes dans des situations de flou réglementaire. Elle va même parfois jusqu'à exprimer son opposition à certaines directives nationales. Par exemple, alors que le ministère des solidarités et de la santé promeut la participation des soignants aux commissions pluridisciplinaires uniques (CPU) dans le cadre de l'élaboration d'un secret partagé, l'APSEP en lien avec le conseil national des médecins informe les soignants de leur possibilité de refuser ces réunions (APSEP 2019).

Les soignants sont souvent éloignés des canaux officiels de transmission ne perçoivent que difficilement les informations qui leur sont transmises. Bien plus qu'aux recommandations nationales ils se fient à l'avis de leurs confrères. Monopolistique, forte des acteurs de terrain qu'elle regroupe, cette association tend à définir les actions réelles conduites en milieu pénitentiaire. Dans ses congrès

elle met en valeur des initiatives locales ainsi portées à la connaissance de tous et permettant l'initiation de réflexions nationales.

Cet acteur, hégémonique, dans le soutien qu'il apporte à des professionnels qui se perçoivent comme abandonnés au quotidien exerce une influence majeure. Bien plus que des textes à la co-signature des deux ministères, c'est sa parole qui souvent délimite l'action des professionnels en milieu pénitentiaire.

La volonté d'un rôle central contrarié

L'APSEP ne se présente pas comme une société savante. Pourtant l'absence d'activité de recherche dans les unités sanitaires lui permet de mettre en avant son expertise issue de sa connaissance du terrain et du public pénitentiaire. L'étendue des sujets qu'elle aborde dans ses congrès pouvant aller du rôle de l'anesthésie intra-osseuse dans la prise en charge dentaire chez les patients consommateurs de drogue, à la spécificité de l'accompagnement médical des mineurs non accompagnés, démontre le champ de ses connaissances. A l'inverse d'un ministère cloisonné émiettant le sujet en micro-problématiques déconnectées, cette association dresse au contraire un panorama quasi exhaustif d'une action sanitaire globale à destination d'un public spécifique. Adossée à ce savoir unique capitalisé entre ses membres au fil des années, l'APSEP revendique sa place dans l'élaboration de la politique de santé en milieu pénitentiaire. Contrairement à d'autres politiques sanitaires dans lesquelles les médecins apportent uniquement une compétence technique, ils peuvent en l'espèce y ajouter leur connaissance fine d'un univers et d'une population que peu d'acteurs détiennent.

Face à leur mobilisation, certains de ces professionnels ont été inclus au sein de groupes de travail nationaux. Mais de nouveau, plusieurs décrivent leur déception face à ces instances dans lesquelles ils perçoivent les difficultés de la mobilisation politique et de la mise à l'agenda, ainsi que la distorsion entre décision et mise en œuvre.

« Ils voient toutes ces étapes où on les écoute où on fait mine de l'écouter, et puis on leur dit ça, on va faire une politique publique, on va faire une stratégie, une feuille de route et puis ils voient que dès qu'il s'agit de passer à la caisse il ne se passe plus rien. »

(Ancien référent santé justice DGS)

Les acteurs évoquent un dilemme insurmontable, quand après avoir plaidé de longues heures pour faire valoir leur place au sein du processus décisionnel, ils découvrent que celui-ci est en fait biaisé et que les contraintes budgétaires limitent les possibilités de réforme. Déçus par le ministère, les professionnels cherchent alors d'autres partenaires.

2. La DAP, une administration dé-diabolisée

Depuis 1994 la santé en milieu pénitentiaire relève du ministère des solidarités et de la santé. Cette réforme repose sur la remise en question de pratiques médicales jugées inacceptables et sur la dénonciation de l'absence d'indépendance et d'autonomie des médecins vis-à-vis de l'administration pénitentiaire (Milly 2001). Même s'il n'a pas été trouvé d'étude permettant de confirmer ces propos plusieurs acteurs ont décrit cette perte de compétence comme un choc pour l'administration pénitentiaire.

« Je pense que ça a été terrible pour l'administration pénitentiaire de perdre la question de la santé. Mais vraiment ça a été un vrai deuil de perdre ces questions-là. »

(Médecin en milieu pénitentiaire)

La prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice ne relève plus de cette administration mais son influence dans la mise en œuvre d'une politique de santé globale en milieu pénitentiaire reste incontestable. De plus, face à la problématique décrite comme urgente du manque de médecins en milieu pénitentiaire résultant de la faible attractivité de ces postes, cette institution se mobilise de plus en plus.

Une équipe dédiée

Le format limité de ce travail ne permettant pas d'aborder l'ensemble des éléments attenants à ce sujet, il ne sera ici effectué qu'une analyse nationale de l'évolution du positionnement de l'administration pénitentiaire. Mais il est à noter que celui-ci repose sur un mouvement plus général de redéfinition des rôles et de la place des surveillants pénitentiaires dans une institution elle-même en réflexion sur ses missions (Ministère de la justice 2017). Les fonctions de surveillants et le système dans lesquels ils s'inscrivent ont fait l'objet de nombreuses études (Benguigui ; Chauvenet ; et Orlic 1994) (Malochet 2009) et leurs rapports avec les professionnels de santé au sein des établissements ont également été dûment analysés (Milly 2001). Sans s'étendre sur ces travaux il apparaît nécessaire de relier les postures nationales de l'administration pénitentiaire vis-à-vis de la santé à l'aune de ces enquêtes sur le métier de surveillant.

Bien que cette mission ne lui revienne plus, l'administration pénitentiaire dispose d'un pôle santé au sein du département des politiques sociales et des partenariats (IP2) rattaché à la sous-direction de l'insertion et de la probation (**Annexe 6**). Cette équipe adopte un positionnement différent, peut-être plus distancié mais joue un rôle d'acteur à part entière dans la construction de cette politique de santé. En son sein un poste de conseiller médical pour la santé des personnes sous-main de justice est occupé par un médecin. Plusieurs personnes chargées de l'ensemble des missions de santé sont en mesure

de conduire des projets. Cette équipe, notamment le médecin, participe à de nombreux séminaires et colloques et intervient au sein du diplôme universitaire de santé publique en milieu pénitentiaire. Cette personnalité est dès lors visible et identifiée.

De l'accompagnement de projets au déploiement de perspectives nouvelles

L'administration pénitentiaire est souvent perçue par le monde de la santé comme un partenaire de l'action sanitaire, plus ou moins coopératif. Mais au fil des entretiens plusieurs constatent que de simple partenaire elle devient véritable moteur. Il a déjà été évoqué au cours de ce mémoire la création en 2017 de l'URUD comme exemple de mission relative à la santé menée par la pénitentiaire. A celui-ci peut s'ajouter le rôle proactif de cette administration dans la conduite d'actions relatives au repérage du suicide ainsi qu'au souhait d'instaurer un groupe de travail au sujet de la santé des femmes. Celle-ci se mobilise également face au manque de soignants en milieu pénitentiaire. Confrontés à ce constat qu'ils jugent alarmant « *c'est un sujet vraiment important et qui va devenir crucial durant les prochains mois* » les professionnels de l'administration pénitentiaire ont décidé de prendre des initiatives. Malgré l'analyse conjointe de l'imminente difficulté, l'administration pénitentiaire apparaît comme seule mobilisée. Accompagnée par l'APSEP elle rencontrera durant le mois de mai 2022 le président de la conférence des doyens des facultés de médecine afin de plaider pour l'ouverture de poste d'interne en milieu pénitentiaire.

« La DAP prend la place qui est laissé vide...la nature a horreur du vide »

(Médecin en milieu pénitentiaire)

Bien que les problématiques de santé ne lui incombent plus officiellement, il semble que cette institution assure empiriquement une part des responsabilités. Malgré la rupture juridique de 1994 son rôle en santé continue à se dessiner à travers ses missions de réinsertion ainsi que par sa fonction de garant de la sécurité au sein des établissements. Les rapports hiérarchiques stricts de cette structure imposent aux directeurs de rendre des comptes sur leur activité, et bien que cette question ne relève plus de leurs prérogatives, au quotidien se sont finalement ces acteurs qui pâtissent le plus du manque de médecin.

Conclusion :

La politique de santé des personnes placées sous-main de justice est portée à différents niveaux présentant chacun leur spécificité. Le rapport des unités sanitaires en milieu pénitentiaire avec leurs hôpitaux se distingue par le peu d'intérêt de ces structures pour des services souvent éloignés et méconnus. Au niveau régional il existe plusieurs leviers permettant d'assurer un portage plus important de cette thématique, néanmoins ce niveau décisionnel souffre d'un investissement personne-dépendant variant en fonction des territoires et de l'organigramme des agences régionales de santé. Enfin le pilotage ministériel apparaît limité tant par la structure du poste de référent national, que par le peu d'investissement sur ce sujet.

Il est important de souligner que les administratifs interrogés se disent tous intéressés voir passionnés par ce sujet mais regrettent le peu de temps qu'ils peuvent y consacrer. Il ressort de cette analyse une insatisfaction des professionnels des unités sanitaires. Ceux-ci se sentent dépossédés et observent avec frustration des prises de décisions effectuées à partir d'informations partielles par des agents qui méconnaissent, selon eux, leur terrain d'exercice professionnel. Le manque de soutien et de rationalité de leurs autorités de tutelle tel qu'ils le perçoivent, participe à la perte de sens de leur exercice. Ces personnalités décrites par tous comme initialement très investies s'épuisent puis se désengagent.

L'absence de décideur rationnel répondant aux quatre postulats définis par Max Weber limite la conduite de cette politique. Le portage de cette thématique est affaibli par le manque de décideur unique et identifiable, bien informé, au but clair et aux choix éclairés avec pour seule finalité de trouver une solution optimale. Les acteurs ne peuvent donc trouver le sens qu'ils cherchent à leur action.

Partie 3 : La revalorisation par le sens

Cette étude analyse le manque d'attractivité des postes de soignants en milieu pénitentiaire en raison de la perte de sens de cet exercice. La bibliographie relative au sens du travail est riche, et issue de plusieurs disciplines. Composée d'analyses économiques, politiques, sociologiques, psychologiques ou même parfois religieuses, elle s'attache à montrer que, dans leurs rapports au sens du travail, les acteurs s'inscrivent à la croisée de trois sphères entremêlées : individuelle, professionnelle et organisationnelle (Arnoux-Nicolas 2019). Bien que soumise à de nombreux déterminants, cette expérience du sens reste subjective et individuelle. Ainsi, la professeure de comportement organisationnel et psychologue Estelle Morin définit le sens au travail selon trois axes : « l'orientation du sujet dans son travail, ce qu'il cherche »; « la signification du travail, la valeur du travail aux yeux du sujet et la représentation qu'il en a »; « l'effet de cohérence entre le sujet et le travail qu'il accomplit ». Elle complète cette analyse par l'association de six caractéristiques au sens que les individus peuvent donner à leur travail: l'utilité, la rectitude morale, les occasions d'apprentissage et de développement, l'autonomie, la reconnaissance et la qualité des relations (Morin 2008).

Le rapport entre travail et sens est étudié depuis les origines de la sociologie par différents auteurs qui le replace au sein d'un environnement social singulier. «*Le travail a du sens dans la mesure où les systèmes sociaux et culturels donnent de la valeur à l'activité de ce travail*» (Arnoux-Nicolas 2019). Analysée depuis le tournant du XX^{ème} siècle, en se fondant sur la culture protestante pour Max Weber et la division sociale du travail pour Emile Durkheim, la question du sens revêt aujourd'hui une nouvelle tonalité. En concomitance de son évolution dans les sociétés post-industrielles notre rapport au travail s'est modifié. Dominique Méda et Patricia Vendramin soulignent les modifications de la valeur et de l'importance qu'on lui accorde selon les époques et les cultures. Il apparaît aujourd'hui comme un moyen de s'exprimer et de se réaliser. Elles proposent alors de « réinventer le travail » en réponse à une nouvelle injonction: la recherche de sens. (Méda et Vendramin 2013).

A partir de ces définitions du sens du travail, plusieurs propositions afin de revaloriser l'attractivité des postes en milieu pénitentiaire seront proposées. Afin de redonner du sens à cet exercice la culture professionnelle médicale est à repenser, cette activité est à repositionner et les soignants doivent trouver leur place au sein de système pénitentiaire.

Chapitre 1 : Une culture professionnelle à repenser

Selon les professionnels rencontrés l'exercice en milieu carcéral est marqué par la constance des équipes médicales. Les soignants sont peu nombreux à vouloir exercer en prison mais une fois familiarisés avec cet univers, ils souhaitent souvent y rester. Ils valorisent le sens qu'ils trouvent à leur activité à travers son utilité, les occasions d'apprentissage et de développement et enfin l'autonomie qu'elle permet. Plusieurs évoquent l'adhésion à leurs valeurs et la rectitude morale que cette fonction requiert.

« Pour moi ça prenait toute sa dimension de médecin. C'est à dire que ça correspondait très bien au serment d'Hippocrate je trouvais que s'occuper de tout le monde sans jugement quel que soit leur âge, leur sexe, leur origine raciale, voilà il n'y a pas de différence. Et en plus c'est une population qui en avait tellement besoin »

(Médecin en milieu pénitentiaire)

Bien que dénigrés par leurs pairs, les professionnels souhaitent partager leur activité méconnue afin de la repenser en perspective avec le sens de cet exercice conforme selon eux au cœur des missions de l'hôpital, du service public mais aussi des soignants.

A-La co-construction par la formation

Les acteurs notent le manque de connaissance par leurs pairs de cet exercice singulier et regrettent son invisibilisation lors de leur formation initiale. Selon Henri Bergeron et Patrick Castel *«l'interdépendance entre l'activité des individus et la légitimité collective est un enjeu clef des professions : le destin des individus est lié à celui de leur collectif professionnel et vice-versa »* (Bergeron et Castel 2018). L'absence de présentation de cette activité au sein des cursus médicaux impacte les représentations portées par le collectif. Les professionnels évoquent aussi le manque de formation continue qui leur permettrait pourtant de rompre avec l'isolement de leur activité elle aussi marquée par l'enfermement, de se retrouver et d'échanger sur leur pratique. Ces moments de rencontres et de partage tant lors de la formation initiale que continue participent à la co-construction d'une culture médicale commune. Ils permettent également une acculturation entre professionnels médicaux et pénitentiaires.

1.La formation initiale présente les opportunités

Différentes approches du rôle et de la place des facultés de médecine dans la construction d'une culture professionnelle commune s'opposent. La vision fonctionnaliste portée par Robert King Merton assure que le lieu d'apprentissage est aussi celui de la socialisation professionnelle, *« il façonne les étudiants, assure la transmission des savoirs, des savoir-faire, des valeurs et des normes qui*

constituent l'identité professionnelle » (Merton, Reader, et Kendall 1957). A l'inverse, une approche plus interactionniste considère la faculté comme une institution en soi et étudie comment les étudiants développent une sous-culture qui leur est propre, dans l'objectif de résister au contrôle professionnel de leurs aînés (Becker 1961). Bien que fondées sur des théories différentes, ces deux courants de pensée soulignent la spécificité des études médicales: les aspirants médecins sont formés par des médecins. La socialisation importante durant ces années permet la transmission forte de valeurs et de normes professionnelles dictant une culture commune.

Une sensibilisation massive des externes

Les études médicales débutent par l'externat réalisé entre la quatrième et la sixième année de médecine. Ces trois années sont composées de stages de trois mois au sein de différents services. La maquette classique permet aux étudiants d'être en stage le matin puis en cours l'après-midi. Cette période permet de découvrir les services et les spécialités, en même temps qu'elle donne l'occasion aux étudiants de se familiariser avec la diversité des pratiques médicales et des fonctionnements hospitaliers. Enfin, la préparation du concours de l'internat conditionne le choix de la future spécialité. Ces années charnières sont un moment clef de l'initiation de la culture médicale et de transmission de ses systèmes de normes et de valeurs.

Les professionnels soulignent l'intérêt, « *d'un passage des externes au sein de leur service* » et la nécessité « *d'ouvrir des lieux de stage* ». Ils voient comme un premier levier la possibilité pour ces futurs professionnels de venir découvrir ce lieu d'exercice. Conscients que tous les étudiants effectuant ce stage ne se découvriront pas une passion pour l'activité en milieu pénitentiaire, ils évoquent son utilité pour initier des jeunes praticiens aux enjeux et spécificités de cet univers. La fréquentation de ces terrains de stage par les externes leur offrirait l'occasion d'appréhender l'existence de ce public. Elle constitue également l'occasion d'envisager une pratique médicale moins orientée vers les savoirs techniques et davantage vers la prise en charge sociale adaptée aux particularités de cette population.

Le passage des internes, un enjeu fort de l'attractivité

Les études médicales sont marquées par un second temps conditionnant le choix de la spécialité et de la zone d'exercice: le concours de l'internat. A l'issue de celui-ci les étudiants effectuent un « *internat* » d'une durée de trois à six ans. Durant cette période, ils sont affectés dans des stages de six mois au sein de différents services en charge de leur spécialité. Contrairement à l'externat consistant principalement à observer le fonctionnement, les internes sont des praticiens en activité et membres à part entière des équipes de soins. Ils changent chaque semestre de service au sein d'une même région et développent à cette occasion une très bonne connaissance des structures et réseaux

mais également des professionnels exerçant sur ce territoire. L'ensemble de ces acquis seront ensuite utilisés par les médecins dans leur pratique, leur zone d'installation étant généralement proche de celle de leur formation (Picheral et Vigneron 1996).

« Parce que les médecins ont tendance à ... parce que la médecine ça ne s'exerce pas seul, on a souvent besoin d'un réseau et ce réseau on le constitue pendant ses études. Et les médecins donc ils restent près de l'endroit où ils ont été formés. » « Quand on a une formation qui dure 15 ans on s'est tissé un réseau et on ne déménage pas comme ça. »

(Médecin de l'administration pénitentiaire)

Ainsi de nombreux interlocuteurs considèrent le passage des internes comme un enjeu de l'attractivité des postes en milieu pénitentiaire. Celui-ci permettrait une meilleure connaissance et valorisation de cette activité, son insertion au sein du tissu médical local ainsi que la constitution de futurs viviers de recrutement. Face aux appréhensions et aux fantasmes véhiculés, l'accès à ce lieu lors d'un stage de six mois, encadré par des praticiens plus expérimentés, permet aux internes une immersion plus douce et mieux accompagnée qu'une prise de poste solitaire une fois diplômés. Ainsi les directeurs d'hôpitaux soulignent le caractère décisif de l'attribution de postes d'internes en milieu pénitentiaire.

« Même si parfois ils viennent avec un peu d'appréhension au regard du milieu ça peut arriver [...] Mais globalement ça se passe bien et souvent ce qui se passe c'est que les gens sont satisfaits de leur stage et c'est les futures personnes que l'on recrute sur cette unité. C'est vraiment la voie de recrutement sur cette unité, c'est les internes. »

(Sous-directeur hospitalier en charge du milieu pénitentiaire)

De plus, au cœur d'une culture médicale marquée par l'enseignement entre pairs au sein des centres hospitalo-universitaires, ces jeunes professionnels occupent une place singulière et leur présence est recherchée. Afin de pouvoir les accueillir, les services doivent faire des demandes *ad hoc* d'agrément auprès des ARS qui n'autorisent que certains d'entre eux à les recevoir. Comme évoqué dans la première partie de ce mémoire, ces étudiants participent au développement d'une activité de recherche mais permettent surtout une meilleure intégration au sein du réseau professionnel local. Le système hospitalo-universitaire promeut les lieux de formations et d'enseignement symboles de l'élite des services médicaux. Leur accueil permet une familiarisation à l'activité en milieu pénitentiaire mais aussi sa reconnaissance extérieure par l'ensemble du système de valorisation hospitalier. Pourtant même si ce levier semble pertinent selon de multiples professionnels, ils soulignent dans le même temps les difficultés pour les unités sanitaires à recevoir ces impétrants.

« On sait qu'attirer les étudiants en milieu pénitentiaire pour dé-diaboliser cet exercice-là serait intéressant mais comme on manque d'internes partout de toute façon et que les services se battent pour en avoir et qu'historiquement on a des unités sanitaires qui depuis plusieurs années en accueillent plus ou très peu... »

(Réfèrent ARS santé/justice)

L'accueil d'étudiants tout au long de leur cursus permettrait donc une meilleure connaissance de cet exercice ainsi que sa promotion au sein du système hospitalo-universitaire. L'ensemble des intervenants tant au niveau local que régional s'accordent sur leur nécessaire présence dans le cadre d'une redynamisation de cette pratique.

2. La formation continue construit une culture commune

A la suite de la formation initiale, les acteurs abordent également l'importance de la formation continue. Celle-ci ne permet pas seulement à des professionnels isolés et éloignés de se retrouver, mais elle contribue à l'élaboration d'une culture commune à même d'édicter les codes de cet exercice professionnel. Elle peut également favoriser les rencontres entre acteurs issus d'administration distinctes et initier le développement d'une culture partagée.

Le développement d'une culture médicale propre au milieu pénitentiaire

La formation continue médicale peut revêtir plusieurs aspects. Il est possible de l'investir par le biais de diplôme universitaire (DU) ou de formation privée courte. La première se concrétise grâce au diplôme universitaire de santé publique en milieu pénitentiaire organisé par l'université de Paris. Dans la présentation officielle de ses objectifs il est indiqué : *«il vise à décrire les particularités des soins en prison administrés dans le respect du secret médical et l'indépendance des soignants»* (Université Paris Cité 2022). Cette phrase introductive affiche d'emblée la difficulté des soignants à concevoir leur exercice dans un cadre spécifique. Plusieurs relatent leurs doutes et leurs interrogations quant à leur positionnement en milieu pénitentiaire. Parfois seuls dans de petites unités nombre d'entre eux se trouvent désarmés, sans réponse à leurs questionnements tant éthiques que moraux. Ce diplôme, principalement animé par des membres de l'APSEP, permet à des praticiens en recherche de validation collective de leur ligne de conduite individuelle de trouver des repères.

« Ce qui était intéressant c'est le côté éthique qui permet juste de conforter finalement ce qu'on sait et de se rassurer aussi d'un certain côté, c'est à dire bah ouais c'est bien mes analyses ne sont pas mal. C'est les analyses aussi des autres et je suis sur la bonne voie quoi. »

(Médecin en milieu pénitentiaire)

Ils relèvent le manque de connaissances juridiques et législatives au sein de leur formation initiale et ressentent la nécessité d'une réflexion partagée dans le cadre d'une transmission collective de règles déontologiques.

Le second vecteur de formation est celui de journées proposées par des organismes privés. Au dire des acteurs, celles-ci sont promues par les agences régionales de santé, par les hôpitaux ou bien organisées lors de projets d'équipe au sein des unités sanitaires. Les modules conçus s'appuient davantage sur

des approches pratiques: la gestion de l'urgence somatique comme psychiatrique ou du patient violent. Ils s'adaptent également aux évolutions de la population pénale et s'attachent à développer une approche spécifique à la population gériatrique et handicapée ou encore aux détenus radicalisés (TransSFaire 2021).

« Ils cherchent en fait à la fois un apport de connaissances nouvelles qui viennent renforcer leur positionnement professionnel et chercher des outils autour de la gestion des patients »

(Formatrice centre de formation privé)

Que ce soit dans le cadre de formation théorique ou pratique les soignants souhaitent trouver dans ces cursus, des réponses aux problématiques qu'ils rencontrent dans leur solitude quotidienne. Cette recherche exprimée de cadres et de normes est à mettre en parallèle avec l'analyse d'Éric Farge qui décrit l'affichage que les soignants souhaitent faire de leur autorité médicale au sein de la détention. Il montre leur attachement au port de la blouse blanche *« permettant de revendiquer leur qualité de soignants comme un élément de crédibilité supplémentaire »* (Farges 2006). Au sein d'un univers qui leur était initialement hostile et dans lequel les soignants se sont battus pour obtenir leur place, il semble qu'ils aient aujourd'hui besoin d'une définition collégiale de bonnes pratiques, entre pairs. Ces moments permettent aux professionnels de définir une culture commune valorisant le sens de leur exercice, ils favorisent la construction des trois vecteurs du sens au travail selon Estelle Morin : l'orientation du sujet dans son travail, la signification et l'effet de cohérence. Ainsi l'élaboration de repères partagés et de référentiels communs facilite l'identification pour les professionnels du sens de leur exercice.

La construction d'une culture partagée

Ces enseignements sont également l'occasion d'une acculturation entre acteurs issus d'administrations différentes. Le manque de connaissance des cultures et pratiques de chacun est régulièrement évoqué. L'amélioration de la coopération et de l'articulation des acteurs est affichée comme priorité n°25 de la feuille de route santé des personnes placées sous-main de justice 2019-2022. Le second objectif du diplôme de santé publique en milieu pénitentiaire est d'ailleurs de *« définir les nécessaires articulations entre les soignants et les nombreux partenaires intervenant en milieu carcéral »*. Ce rapprochement est imaginé par le biais d'une meilleure compréhension des rôles et missions de chacun mais aussi des frontières culturelles, des rites, des interactions et des valeurs de chaque profession.

Dans la définition de ces relations les professionnels de santé insistent sur le fait de *« savoir respecter le secret médical et l'indépendance des soignants dans les situations particulières »* (Université Paris Cité 2022). Les médecins rencontrés brandissent ces revendications comme prérequis à toute relation

avec les membres de la pénitencière. Bruno Milly comme Eric Farges étudient les positionnements respectifs ainsi que les attitudes que certains adoptent pour s'en démarquer et se distinguer devant les détenus. Le second auteur décrit même le choix d'une forme très médicale d'intervention permettant au soignant de légitimer leur présence par leur savoir technique (Milly 2001) (Farges 2006). Ils s'attachent à décrire une culture propre des médecins en milieu carcéral en partie définie par leur opposition à l'administration pénitencière.

Les interlocuteurs évoquent l'importance de journées de rencontres et d'échanges propices à la compréhension des enjeux des partenaires. Certains considèrent nécessaire l'élaboration d'un référentiel commun autour d'un socle culturel identique. A cette fin, la participation au diplôme universitaire de santé publique en milieu pénitencière est ouverte aux membres de l'administration pénitencière et certains acteurs évoquent des formations communes au sein des établissements.

Mais il est également à souligner que de nombreux professionnels tracent des lignes rouges dans l'élaboration de cette culture commune. La mise en place en 2009 du secret partagé, au soutien de l'échange de certaines informations entre les membres des unités sanitaires et quelques professionnels de l'administration pénitencière a fait l'objet d'une vive contestation de la part des acteurs de terrain qui y voyaient un dévoiement majeur de leur code déontologique (David 2015).

La formation continue est donc l'occasion de construire une culture commune entre pairs participant à la définition du sens de l'exercice. Elle est aussi le moment de rencontres entre professionnels issus d'administrations antagonistes. Elle favorise l'établissement d'un référentiel partagé qui reste cependant circonscrit par les barrières déontologiques revendiquées par le corps médical.

B- La mise en valeur par les échanges

Selon Estelle Morin le sens du travail est construit par les occasions d'apprentissage et de développement, mais aussi la reconnaissance de son activité. Différents projets sont destinés à mettre en valeur les actions conduites par les professionnels, deux seront présentés dans les paragraphes suivants. Leurs objectifs sont de faire connaître les activités parfois menées de façon isolée par certains praticiens et d'attribuer à ces derniers une attention particulière permettant de distinguer leur pratique mais aussi d'échanger sur leurs difficultés.

1. Une plateforme d'interactions

Ce premier exemple a été choisi pour son double objectif, valoriser l'action de professionnels de terrain et promouvoir l'approche organisationnelle d'une politique « *bottom up* ». En 2018, l'ARS

Ile de France a lancé un projet de plateforme collaborative entre professionnels exerçant en milieu pénitentiaire. Le but de cet espace numérique est alors de lever une partie des freins précédemment évoqués à l'attractivité des postes de soignants.

Le partage d'une émulation intellectuelle entre professionnels

D'abord cette plateforme s'attache à favoriser une activité de recherche en prison. Elle met en ligne des réalisations et suscite les échanges à leur sujet. Tel qu'explicité par son fondateur, l'objet de cette démarche s'adosse au désir d'émulation intellectuelle et d'amélioration des connaissances relatives à ce lieu d'exercice bien plus qu'à une logique de valorisation des compétences dans le cadre d'une carrière hospitalo-universitaire. Il cherche à s'émanciper des contraintes de l'activité de recherche médicale classique, extrêmement rigoureuse, en intitulant ces dispositifs « *programme action recherche* » et « *baromètre* ». La diversification sémantique permet de contourner la rigidité du système.

« On a juste voulu avoir une photographie et pas tomber dans le côté rigueur scientifique, on a voulu appeler ça baromètre »

(Fondateur de la plateforme)

Ses propos montrent l'importance d'une activité de recherche pour retrouver du sens dans le travail. Loin de la vision utilitaire à des fins de progression professionnelle il prône une pratique ne répondant pas au « *gold standard* » des revues scientifiques à fort « *impact factor* ». Pourtant, grâce à la recherche, les soignants approfondissent leurs connaissances de leur environnement quotidien et profitent d'une reconnaissance de leur exercice.

« On a mis en place des petits programmes de recherche action. Parce qu'il faut une émulation intellectuelle »

(Fondateur de la plateforme)

Une telle démarche vise à remédier au manque de société savante en médecine pénitentiaire limitant la sollicitation régulière des professionnels sur ce type d'activité. La diffusion et la valorisation sur ces plateformes de petits programmes opérationnels renforce la transmission d'information sur les activités menées par chacun. Les échanges collectifs assurent un partage intra-professionnel et une validation entre pairs.

Une approche collective des politiques publiques

Ensuite, le second objectif de ce dispositif est de promouvoir une approche organisationnelle différente dans la conduite de l'action publique. Son fondateur l'imagine dans le cadre d'une construction collective selon une approche qualifiée de « *bottom up* » ou ascendante, du terrain vers

le haut. Dans cette logique les innovations et les idées viendraient de la base et ne seraient qu'entérinées par le sommet. Elle s'appuie sur une conception collaborative et participative de la prise de décision et favorise le pouvoir d'agir des individus: «*l'empowerment*» (de Maillard et Kübler 2015). Cette plateforme s'est donnée comme but de favoriser la co-construction d'une politique publique à partir des actions de terrain présentées par les acteurs. Il semble pourtant que la démarche n'ait pas été pérennisée. Son créateur explique l'échec de la plateforme qui n'aura finalement fonctionné que quelques mois, par l'absence d'adhésion des décideurs publics à cette modalité organisationnelle.

« J'ai senti qu'il y avait la même non volonté d'un point de vue disons plus idéologique de la DGS, je vous explique pourquoi. Pour certains il y a l'idée... d'une verticalité dans les politiques publiques, et d'un côté descendant. On décide et ils appliquent. La ça venait renverser complètement la table avec cette idée on part du terrain et donc on dit clairement, il y a certain qui m'ont dit non par idéologie je suis contre ce système où ce n'est pas nous qui décidons. »

(Fondateur de la plateforme)

Cet éphémère projet semblait apporter aux soignants du sens dans leur exercice tant par l'activité intellectuelle de recherche qu'il favorisait, que par le rôle des acteurs qu'il repensait. Cette approche pourrait répondre aux difficultés d'une prise de décision rationnelle, étudiées dans la partie 2. Dans un contexte de forte mobilité des décideurs ayant une connaissance partielle et lacunaire des réalités de terrain, elle propose une modalité décisionnelle peut-être plus opérationnelle et assurerait la continuité de cette politique publique.

2. Un groupe de rencontre

Le second dispositif est le groupe régional d'analyse des pratiques professionnels (GRAPP). Ce groupe initialement ouvert à l'ensemble des soignants en milieu pénitentiaire puis finalement circonscrit aux seuls médecins coordinateurs d'unités sanitaires se réunit une fois par mois à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière à Paris. Il regroupe une dizaine de professionnels d'Ile de France, est animé par une psychologue et est financé par l'ARS. Dans une démarche de construction d'un groupe qualifié par son créateur de « pairs-aidant » et dans une logique d'intervision, il assure l'accompagnement de chacun par le collectif.

« On a inventé un truc, on s'est rendu compte que les professionnels, n'avaient pas d'espace, de lieu pour échanger sur ces problématiques et qu'il n'y avait pas cette idée d'intervision, vous savez d'analyse des pratiques et de transfert des compétences, donc on a voulu créer un groupe de pairs aidants vous savez. »

(Fondateur du groupe)

Un programme de pair-aidance

Durant la seconde partie de ce mémoire il a été souligné le périmètre inhabituel du rôle des médecins coordinateurs des unités sanitaires. Au surplus de leurs responsabilités médicales, ils doivent endosser un rôle de superviseur administratif et financier auquel ils ne sont pas préparés. Afin de leur offrir un espace d'échange sur les difficultés qu'ils rencontrent au quotidien, l'ARS Ile de France a choisi d'instaurer un groupe de rencontre entre pairs. « *L'approche par les pairs s'inscrit dans une dynamique d'intervention fondée sur la ressemblance entre l'individu portant le rôle d'intervention et celui portant le rôle de bénéficiaire. La ressemblance provient notamment d'expériences communes*» (Bellot et Baillergeau 2007). Cette dénomination est empruntée à la culture médicale issue des mobilisations de patient en santé mentale dans les années 70 aux Etats Unis. Elle prône l'autonomisation de la personne qui est la seule à pouvoir se rétablir (Pelletier 2021). Ce principe s'est ensuite développé dans l'accompagnement des usagers de drogues ou des personnes en situation de grande précarité ou de prostitution. Il a pour objectif de rompre avec l'aspect culpabilisateur des prises en charges classiques et de favoriser le partage d'expérience et la «pair émulation» (Durand 2020).

Le choix du terme « pair-aidant » peut susciter l'interrogation. Est-il le fait d'une volonté assumée d'emprunter au vocabulaire médical ? Est-ce la conséquence d'une capillarité involontaire ? Les soignants en milieu pénitentiaire se perçoivent comme un groupe minoritaire en marge de la culture dominante. A l'image d'autres formes de mobilisation, ces derniers expriment un besoin de se retrouver entre personnes qui se ressemblent et qui subissent une dévalorisation identique, afin de partager librement leurs expériences communes.

Le développement de l'intervision

Dans le cadre de ce groupe la notion de « pair-aidance» s'adosse à une démarche d'«intervision». Dispositif particulier de rencontre entre pairs professionnels, son objectif est l'élaboration de raisonnements conjoints autour de situations ou de relations vécues. Souhaitant se démarquer des termes de supervision et de contrôle, il s'agit d'une construction collective grâce à une mise en commun des réflexions dans le cadre d'une vigilance partagée (Guérin et Cachard 2018). L'«intervision» s'inscrit dans une démarche «d'analyse des pratiques» qui s'appuie sur l'importance déterminante de la relation patient/médecin dans le processus de guérison. Elle s'est particulièrement développée dans le cadre de métiers comportant une composante relationnelle prédominante, tels que les médecins, enseignants ou travailleurs sociaux. L'expérience y est considérée comme source de construction de savoir (Bailetto, Barthelemy, et Gadeau 2003). Elle promeut le développement de pratiques individuelles personnalisées en lien avec la réalité quotidienne, élaborées dans le cadre d'une réflexion commune.

Ce groupe, pour l'instant unique en France, répond au besoin de soutien et de validation de leur démarche exprimée par les professionnels. Il est néanmoins à souligner que celui-ci n'a pu être présenté qu'à partir des propos de son créateur, en l'absence de l'avis des professionnels qui en bénéficient.

De nombreux leviers permettent la recherche de sens de l'exercice en milieu pénitentiaire : une meilleure découverte tant en formation initiale que continue, ainsi que le développement de dispositifs et de soutien entre pairs. Ces expériences testent les fondements théoriques de transformation des modes d'organisation de l'action publique.

Chapitre 2 : Une activité à repositionner

Depuis 1994 les soignants exerçant en milieu pénitentiaire sont des praticiens hospitaliers appartenant à l'établissement le plus proche. Pour les professionnels rencontrés, ce rattachement aux structures hospitalières est symbole de fierté et gage de liberté. Ils estiment que leur affiliation à ces institutions au cœur du système de santé les légitime et les renforce dans leur rapport avec l'administration pénitentiaire. De plus, l'intégration de ces structures leur a permis de bénéficier de moyens logistiques et humains inédits.

«Notre appartenance à un service hospitalier à mon avis ça a été une avancée majeure pour nous, malgré tout ça nous donne des moyens hospitaliers, une équipe hospitalière, et avec toutes les réserves que j'ai dit toute à l'heure sur le fait que nos collègues hospitaliers ne nous considèrent pas, enfin pas toujours ça nous donne malgré tout quand même une assise quelque part en disant je fais partie de l'hôpital quand éventuellement on veut s'énerver bah je suis praticien hospitalier et je suis membre du même hôpital»

(Médecin en milieu pénitentiaire)

L'ambiguïté de leur positionnement au sein de ce système au sein duquel ils peinent à trouver leur place leur apporte néanmoins une aide et un soutien qu'ils estiment nécessaire. Face à ce constat deux solutions se dégagent. La mise en valeur de cet exercice au sein de l'hôpital public ou alors le renforcement du lien avec la médecine de ville.

A- La communication

Les techniques de communication comme modalités de transmission, d'élaboration et de transformation d'une pensée sociale sont analysées depuis de nombreuses années (Rouquette 2005). Leur rôle dans la création d'opinions relevant d'une réalité collective n'est plus à démontrer et leur omniprésence apparaît comme un marqueur des sociétés contemporaines (Wolton 1997). Dans le cadre d'un développement exacerbé de son usage au sein des hôpitaux, sa spécificité dans des logiques de recrutement au sein de ce secteur a déjà fait l'objet d'études (Medina 2010).

Lors de la première partie de ce travail, les vecteurs de disqualification de cet exercice médical en milieu pénitentiaire et ses difficultés à répondre aux codes traditionnels de la culture professionnelle hospitalière ont été expliqués. Il s'agit désormais d'analyser comment il peut être valorisé au sein de ces structures via des mécanismes de communication interne mais aussi externe.

« Au sein du pôle santé publique ça fait partie des unités effectivement, mais qui comme beaucoup des unités sur ce pôle-là sont méconnues à la fois du grand public mais aussi des professionnels de santé du CHU et donc l'enjeu c'est donc d'abord de les faire connaître et ensuite de les intégrer dans le système de l'offre de soins qui est proposé par les établissements et dans le territoire. »

(Sous-directeur hospitalier en charge du milieu pénitentiaire)

1. Une valorisation interne

A de nombreuses reprises les soignants rencontrés évoquent leurs difficultés à supporter l'absence de reconnaissance de leur exercice par leurs confrères.

« Et celle qui est la plus difficile, pour nous à accepter c'est le manque de reconnaissance de nos collègues hospitaliers, parce que voilà c'est les pairs et si les pairs ne nous reconnaissent pas c'est mal vécu. »

(Médecin en milieu pénitentiaire)

Face à ce constat, mais aussi dans l'objectif d'augmenter leur vivier de recrutement et les possibilités de remplacement durant les périodes de congé, certains sous-directeurs hospitaliers se mobilisent pour promouvoir cet exercice. La communication *« se conçoit comme un instrument d'adhésion interne aux valeurs de l'entreprise et à sa philosophie, comme un instrument de construction d'une solidarité »* (Décaudin ; Igalens ; Waller 2017). En partageant des informations au sujet de cet exercice, ils tentent d'attirer d'autres praticiens au sein des unités sanitaires mais cherchent aussi, notamment par le biais de la téléconsultation, à faire venir la prison aux praticiens.

Faire venir les soignants en prison

Les unités sanitaires souffrent tant de leur éloignement géographique qui, comme d'autres services hospitaliers hors les murs les satellise, que des aprioris qui la définissent. Un des enjeux majeurs de l'attractivité de cette pratique est donc l'amélioration de sa connaissance par les soignants, ou *a minima* son identification.

« Il y a un sujet de lien avec les autres services, effectivement se faire connaître au sein du CHU qui est quand même une grosse machine et comme tous les services excentrés effectivement ils ne sont pas en première visibilité. »

(Sous-directeur hospitalier en charge du milieu pénitentiaire)

Afin de mettre en avant ces terrains d'exercice plusieurs initiatives ont été cultivées. L'hôpital de Bordeaux développe par exemple des « journées immersives » destinées aux professionnels de santé des autres services. Dans le cadre d'une démarche globale d'amélioration des connaissances et de la culture de chacun, il est proposé aux professionnels d'effectuer une journée dans un autre service que le leur. Ainsi ces derniers peuvent choisir de se rendre au sein d'une unité sanitaire en milieu pénitentiaire.

« A chaque fois, pour les immersions qui ont été faites dans ces milieux-là, les professionnels ressortent ravis, c'est des choses quand même qui fonctionnent. »

(Sous-directeur hospitalier en charge du milieu pénitentiaire)

Ces moments sont l'occasion d'une dédramatisation de cet univers méconnu, de rencontres entre confrères d'un même établissement qui souvent ne se connaissent pas et d'échanges de bonnes pratiques. Ils présentent également l'opportunité d'une meilleure connaissance des contraintes de l'autre, source de fluidification des parcours de prise en charge. En effet, selon les acteurs rencontrés, beaucoup de leurs collègues hospitaliers par ignorance de leur activité et de leurs conditions d'exercice considèrent que les soins en prison n'ont que peu de valeur. Parmi les praticiens ayant répondu à l'enquête 75% ont une perception négative de la prise en charge de la santé en prison. Lorsqu'un patient détenu ou anciennement détenu se rend à l'hôpital ceux-ci souhaitent faire table rase du suivi ayant pu être effectué et réitèrent l'ensemble des analyses.

« Quelqu'un qui sort de détention, il faudra tout recommencer. Il arrive hospitalisé pour quoi que ce soit on va tout recommencer. En gros on considère qu'il a été pris en charge par des nuls. Et ça complique le parcours, le parcours de soins est compliqué pour les sortants de prison. »

(Médecin de l'administration pénitentiaire)

Ainsi, le déplacement des soignants au sein des unités sanitaires leur permet de rencontrer leurs collègues mais aussi de se rendre compte de leurs conditions d'exercice et du matériel à leur disposition. Ces interactions rassurent les intervenants tant sur l'univers que sur les modalités d'activité de ces services.

L'autre moyen de communication développé par plusieurs hôpitaux est la création d'une newsletter ou d'une gazette papier permettant la diffusion d'informations internes. Les sous-directeurs rencontrés évoquent l'intérêt d'articles brefs, de portraits ou de présentations d'actions menées en milieu pénitentiaire. Ces médias permettent d'améliorer la visibilité de l'exercice mais également de valoriser les actions conduites. Les administrations évoquent régulièrement ce canal de communication, permettant de mettre en lumière un exercice ignoré.

Faire venir la prison aux soignants

Il est également souligné l'intérêt croissant de la télémédecine au sein de ces unités. Elle est le support d'une amélioration de la prise en charge mais permet également une communication inédite, par un nouveau vecteur, assurant la familiarisation des professionnels à ce public. La récente crise sanitaire a favorisé le développement de pratiques jusqu'à présent marginales dans des proportions inimaginables avant le Covi-19 : 140 000 en 2019 à plus de 18 millions d'actes en 2020 (OIP 2022). Le recours à cette modalité d'interaction contribue à améliorer l'accessibilité, notamment des soins spécialisés, mais aussi à réduire les délais de prise en charge. La télé-expertise, en dermatologie par exemple, pallie en partie l'absence de spécialiste en milieu pénitentiaire grâce à la réalisation de diagnostic par les équipes hospitalières. Le développement de ces pratiques permet de restaurer

l'égalité de traitement et d'accès aux soins des détenus. La télé-consultation est réglementée et doit s'effectuer en présence d'un membre de l'unité sanitaire (médecin ou infirmier) chargé d'accompagner le patient et d'adapter les recommandations effectuées au milieu carcéral. Cette spécificité assure une amélioration de la qualité de suivi.

Face au manque croissant de soignants, il semble que ce type de dispositif ait attiré l'attention de l'administration pénitentiaire qui souhaite promouvoir son déploiement. Un chef de projet a ainsi été recruté pour favoriser sa généralisation d'ici 2024 (OIP 2022). Pourtant, bien que de nombreux avantages à ce mode de fonctionnement aient été soulignés, les professionnels restent méfiants et rappellent les besoins tant matériels (équipe numérique) qu'humains (temps infirmier pour accompagner les consultations) nécessaires à la mise en œuvre d'une telle politique. Ils y voient l'occasion pour l'administration pénitentiaire de diminuer le nombre d'extractions médicales, coûteuses et contraignantes et alertent sur la possible dégradation de la prise en charge. Si la télémédecine peut être l'occasion d'un recours à certaines pratiques et spécialités médicales pour le moment inexistantes en prison, elle ne doit pas faire oublier le manque inquiétant de médecins dans ces établissements auquel son développement ne suffira pas à pallier.

Il existe ainsi plusieurs solutions pour améliorer la visibilité interne de cette activité au sein des hôpitaux passant tant par l'accompagnement des soignants au cœur de la détention que par l'établissement de communication numérique simplifiant l'accès de ce public à de nombreux professionnels. Ces différentes modalités concourent à l'accroissement de la visibilité de cette pratique.

2. Une identification externe

L'activité médicale en milieu pénitentiaire souffre d'un manque de valorisation par le corps médical mais également par l'ensemble de la société. Leurs collègues hospitaliers comme les membres extérieurs du corps social peinent souvent à comprendre le sens de cette activité dont la légitimité est parfois contestée.

« C'est lié au lieu, enfin qu'est-ce qu'ils vont faire en prison ? Enfin ça ne va pas la tête ? Pourquoi est-ce qu'ils vont soigner...les collègues hospitaliers sont des citoyens comme les autres et il y en a quelques-uns parmi eux mais enfin pourquoi ils vont soigner ces gens-là, il y a déjà assez de travail sur l'hôpital, je ne vois pas pourquoi, qu'est-ce qu'ils vont faire là-bas »

(Médecin en milieu pénitentiaire)

Face à la multitude des tâches hospitalières, le temps et les moyens alloués aux détenus sont remis en question. Alors qu'une part de la population souhaite voir la prison comme un lieu de punition et de

privation, plusieurs modalités de communication peuvent participer à l'argumentation sur la nécessité des soins en détention (Combessie 2010).

Une communication externe contrôlée

Depuis les années 2000 la communication est devenue un des enjeux de la gestion hospitalière. Elle vise à mettre en avant leurs activités au sein d'un environnement de plus en plus concurrentiel et s'adresse tant aux soignants libéraux qu'au grand public (Buret et Bossavie 2015).

Une communication traditionnelle peut être réalisée par le biais de la presse grand public. Les professionnels rencontrés soulignent l'impact d'un article au sein d'un organe de presse reconnu et la mise en valeur des équipes et de leur activité qu'il permet. Encore faut-il rappeler que les éléments traditionnels de la communication médicale biaisent les choix des sujets en privilégiant ceux relatifs aux avancées technologiques mais plus rarement ceux consacrés à la prise en charge de publics défavorisés.

L'utilisation de nouveaux médias, notamment des réseaux sociaux, est désormais un important canal de communication. Elle transforme les supports notamment par la diffusion d'image et de vidéo, vecteur sensibles d'une nouvelle proximité avec le lieu carcéral. Par le visionnage de la réalité de l'activité médicale en prison, le grand public pourrait mieux comprendre et reconnaître comme utile la pratique des soignants. Ces outils officiels plus récents dans la communication hospitalière assurent la valorisation de la diversité des missions de la structure, au service de multiples publics.

Le relai par des acteurs extérieurs

Enfin d'autres acteurs participent à la communication autour de cette activité de soins. Certaines associations, à l'image de l'observatoire international des prisons (OIP), réalisent à un état des lieux régulier de la situation sanitaire en prison. Elles cherchent ensuite à interpeller et à mobiliser autour de cette question. Leur positionnement répété autour de cette thématique contribue à sa définition comme problématique de santé à part entière.

La création en 2007 de la fonction de contrôleur général des lieux de privation de liberté, au statut d'autorité administrative indépendante a démultiplié la communication vers les citoyens des problématiques sanitaires en milieu pénitentiaire. Souvent à l'origine de découvertes et de dénonciations de situations problématiques, il les a inscrites dans le débat public. Ses rapports renforcent la construction de l'action publique *via* la mise à l'agenda politique.

Le déploiement de techniques de communication variées lutte contre l'invisibilisation de cette activité. Il met en lumière les réalités de l'exercice médical en milieu pénitentiaire et de son inscription

dans les missions hospitalières. Grace à ces outils, la prise de conscience collective et le décloisonnement de la prison progressent. Au-delà des communications individuelles précédemment évoquées, des détenus par exemple, la digitalisation institutionnelle assure une sensibilisation plus importante de tous. Modernisée, elle accélère la mise à l'agenda politique par la diversification des groupes sociaux ciblés.

B- La planification

« La planification en santé est un outil global d'aide à la décision. C'est un instrument d'organisation et de gestion permettant aux autorités publiques de prendre des décisions sur une base plus rationnelle » (Raimondeau et al. 2020). La réforme de 1994 s'inscrit dans un système positionnant l'hôpital comme pivot de l'offre en santé et acteur incontournable de toute prise en charge. La planification en santé s'est depuis transformée et fait intervenir de nombreux autres acteurs. La prise en charge sanitaire en milieu pénitentiaire doit être repensée au regard des évolutions et des difficultés de positionnement que rencontre cette activité de médecine ambulatoire au sein de l'hôpital.

1. Des réseaux de soins à repenser par l'interpénétration ville/hôpital

Le processus de planification en santé a évolué depuis les années 1990 ainsi que le positionnement de l'hôpital au sein du système de santé. Le développement de nouveaux outils de planification, le renforcement de la gouvernance régionale et le déploiement des réseaux ville/hôpital, redéfinit le périmètre de certaines offres hospitalières.

Les évolutions de la démarche de planification

La démarche de planification s'est implantée en France dans les années 1960 via le développement de procédures de rationalisation des choix budgétaires (RCB). Face à l'évolution des dépenses et à la recherche de la soutenabilité du financement de notre système de santé, elle s'est renforcée dans les années 1970. La création en 1996 des agences régionales d'hospitalisation (ARH) a pour objectif de restructurer l'offre hospitalière et d'assurer une maîtrise des dépenses. Des outils de santé publique sont alors développés tels que des schémas régionaux d'organisation sanitaires (SROS), des programmes nationaux de santé (PNS) et des programmes régionaux et territoriaux (PRS, PTS). En 2004 la notion de territoire de santé est introduite, en 2009 la loi hôpital patients santé et territoires (HPST) renforce la gouvernance régionale en créant en 2010 des agences régionales de santé (ARS).

« Le processus de planification sanitaire dans les territoires régionaux est formalisé par un projet régional de santé (PRS) ». Celui-ci est constitué d'un cadre d'orientation stratégique (COS), d'un

schéma régional de santé (SRS) et d'un programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS). Il est mis en œuvre par le biais de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) signés entre les ARS et le ministère de la santé ainsi qu'entre les ARS et les établissements de santé. Ces agences deviennent pilote de la politique de santé repensée au niveau régional et assurent la régulation des territoires de santé selon une logique de contractualisation.

Le renforcement du réseau ville/hôpital

Ces modalités de planification accompagnent une évolution des objectifs sanitaires. Face à l'hégémonie hospitalière instaurée par la réforme de 1958 et dans une logique de maîtrise des dépenses de santé, de nouvelles volontés structurent l'action publique. La stratégie nationale de santé 2018-2022 repense « *une organisation territoriale en travaillant l'articulation entre l'hôpital, les secteurs ambulatoires et médico-social, en assurant une présence suffisante et en faisant évoluer les champs respectifs d'intervention des professionnels* ». Elle s'attache également à « *l'adaptation des modes de financements et de régulation, pour tenir compte des nouveaux modes d'organisation, et tout particulièrement du parcours de santé, mais aussi pour inciter les professionnels et les institutions à entrer dans les nouvelles logiques de fonctionnement* » (Raimondeau et Marin 2020).

Dans le cadre d'une déclinaison régionale puis territoriale de ces objectifs les communautés territoriales de santé (CPTS) sont créées en 2016. Elles sont constituées de divers professionnels souhaitant développer un exercice coordonné au sein de leur territoire et répondre à différentes problématiques de santé préalablement identifiées (ARS 2021). Afin d'accéder aux financements des ARS, ils doivent participer à l'élaboration d'un projet de santé. Par une logique partenariale de contractualisation les agences accordent leur soutien aux projets s'inscrivant dans les objectifs de leur programme régional de santé. Ces actrices de la planification disposent par leur financement d'un levier important d'orientation de la politique sanitaire tant régionale que locale, qu'elles cherchent à promouvoir en conformité avec les orientations de la stratégie nationale. La création des CPTS repose sur un cahier des charges imposant aux professionnels de contribuer à une meilleure coordination des parcours de soin, à une prise en charge de publique spécifique ainsi qu'au renforcement du lien ville/hôpital. Cette nouvelle structuration du système de santé renforçant la médecine de ville grâce au regroupement des professionnels et au soutien des ARS transforme le paysage de la prise en charge sanitaire et sociale.

2. Une pratique ambulatoire à rattacher à la médecine de ville

Face à ces évolutions tant des modalités de planification que des réseaux de soin, le rattachement hospitalier des soins en milieu pénitentiaire peut être questionné.

Une activité de médecine ambulatoire

L'activité médicale carcérale est en réalité une pratique de médecine générale ambulatoire. Elle correspond moins à l'activité hospitalière qu'aux modalités et codes de valorisation de la médecine de ville. Ce positionnement intermédiaire d'un exercice historiquement rattaché à l'hôpital en raison de la spécificité de son public et de son environnement le dessert à plusieurs égards. Une professionnelle rencontrée évoque le handicap de cette spécificité, par exemple dans l'attribution des postes d'internes.

« Les coordinateurs de médecine générale privilégient des postes en ville et ils ne veulent pas nous envoyer des internes de médecine générale parce qu'on est des hospitaliers. Donc dans ces cas-là on ne nous les envoie pas. Mais on fait de la médecine générale donc ça n'intéresse pas l'hôpital »

(Médecin en milieu pénitentiaire)

Cette place hybride d'une activité ne répondant pas aux systèmes de normes et de valeurs de l'hôpital et n'assurant pas aux professionnels qui l'exercent de trouver une reconnaissance de leur pratique au sein de ces structures mérite peut-être d'être repensée.

Un repositionnement de cette activité de soin

Peut-être est-il temps d'imaginer une évolution, 30 ans après la réforme rattachant cette activité à l'hôpital. Le manque d'attractivité récurrent des postes de soignants en milieu pénitentiaire, et le renouvellement de la structuration du système de santé poussent à inventer une nouvelle configuration. Le développement des communautés professionnelles de santé faciliterait un accroissement de la place de la médecine libérale dans la prise en charge de la santé en milieu pénitentiaire. Les ARS concourent à l'élaboration des projets de santé de ces structures ainsi qu'à leur financement. A l'occasion de leurs programmes régionaux de santé (PRS) mais aussi du programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) elles peuvent imposer par le conventionnement de ces communautés une prise en charge accentuée de certains publics. Un renouvellement des pratiques peut être envisagé à différents niveaux et selon des temporalités variables.

Une première étape de cette évolution, dans le cadre d'un système hybride d'association hôpital/CPTS, offrirait l'occasion de relations partenariales médiées par l'ARS. Le renforcement des liens ville/hôpital

serait le support de la réalisation de vacations, de garde, et d'urgences en milieu pénitentiaire. La prise en charge partagée de la santé en milieu pénitentiaire répondrait aux objectifs d'accompagnement et de coordination, fondements mêmes de la création de ces structures. Dans un second temps un dispositif plus ambitieux, après une période de développement et d'évaluation des CPTS, les positionnerait éventuellement comme acteur principal des soins en prison, au sein d'un réseau sanitaire libéré de l'hospitalo-centrisme.

L'objectif des CPTS est également de répondre à la demande des jeunes praticiens d'un souhait de transformation de leur activité. Ils ne souhaitent plus avoir une pratique solitaire, isolés dans un cabinet, mais valorisent davantage un exercice collégial dans des structures communes. Ces communautés se donnent comme objectifs de lutter contre la désertification médicale en proposant une activité de groupe et des plateaux techniques attractifs. Les professionnels rencontrés au cours de ces entretiens soulignent parfois leur lassitude et leur fatigue, l'impression d'être usés par le milieu. Plusieurs évoquent également la nécessité d'un suivi de leur patient à l'extérieur. Certains d'entre eux bénéficient d'un exercice partagé entre l'unité sanitaire et un autre service hospitalier (ex: médecin spécialisé en maladie infectieuse) à l'origine d'un lien continu avec le patient. Cet avantage, favorable à la reconnaissance des professionnels, bénéficie à l'ex détenant qui comprend mieux le positionnement du médecin qu'il a vu à l'intérieur quand il peut le revoir à l'extérieur.

« J'ai deux consultations, une vraiment d'infectieux et une post carcéral on va dire et les détenus aiment beaucoup retrouver les mêmes personnes. Ils ont pas à re raconter leur histoire, en général aucun n'est fier d'avoir fait de la prison. Ils apprécient beaucoup de me revoir et de voir que bah le médecin qu'ils avaient vu il existe, il a aussi sa blouse blanche à l'hôpital, avec son nom sur la porte »

(Médecin en milieu pénitentiaire)

Cette possibilité reste malheureusement anecdotique et la plupart évoquent leur difficulté face à des prises en charges ponctuelles restreignant leurs possibilités.

« Ils changent tout le temps il y en a qui sont là 5 jours, une semaine, je vais le voir mais à quoi ça sert derrière, qu'est-ce que je vais faire ? Parce qu'en une semaine vous n'avez rien le temps de faire etc.. »

(Médecin en milieu pénitentiaire)

Ainsi le développement d'une activité dans le cadre d'un conventionnement avec une CPTS permettrait à des professionnels d'une même équipe d'exercer à temps partiel en milieu pénitentiaire. Ce système limiterait le poids de ce lieu d'exercice et romprait l'isolement évoqué par de nombreux praticien, tout en renforçant le suivi des patients dans le cadre de parcours coordonnés. Enfin ce système rendrait plus accessible et moins effrayante cette activité alors exercée à temps partiel et dans le cadre d'un travail d'équipe.

« Moi je pense qu'en fait c'est important que les praticiens qui travaillent en prison gardent un lien extérieur pour justement rester en contact avec leur structure avec les confrères ect... et que justement ils ne se retrouvent pas pendant plusieurs années à faire la même chose parce que du coup ces praticiens vont pas beaucoup évoluer. »

(Médecin en milieu pénitentiaire)

Sans idéaliser une pratique de médecine de ville qui rencontre elle-même des difficultés, l'intégration plus importante du dispositif de médecine ambulatoire en cours de restructuration serait susceptible de renforcer l'attractivité des postes de soignants en milieu pénitentiaire. Alors intégrée au sein d'un projet de santé collectivement partagé, cette pratique retrouverait du sens.

De nombreux leviers de communication interne et externe sont en mesure d'assurer une plus grande valorisation de cet exercice, par la visibilité de cette pratique, l'information sur son intérêt et la nécessaire présence de soignants en milieu pénitentiaire. Ces éléments concourent à la reconnaissance de leur travail, vecteur majeur du sens de leur exercice (Morin 2008). De plus, le renouvellement de son positionnement au sein d'un réseau ville/hôpital en cours de restructuration renforcerait son attractivité. En proposant à des praticiens un exercice collégial à temps partiel dans le cadre d'un système de contractualisation entre les CPTS et les ARS, un renforcement de l'intérêt porté à cette pratique peut être envisagé. Selon Estelle Morin la qualité des relations est un des éléments du sens au travail. La notion d'équipe proposée par cette nouvelle organisation répond précisément à cette attente de rupture de l'isolement traditionnellement associé à cette activité (Morin 2008).

Chapitre 3 : Une place à trouver

« Ce qui m'a plu en arrivant ici c'est le champ des possibles »

(Médecin en milieu pénitentiaire)

Les professionnels rencontrés au cours de cette étude exercent tous en détention depuis de nombreuses années. Ils évoquent les difficultés de leur exercice, mais ils s'en disent satisfaits et n'expriment aucune volonté de départ. Bien qu'il ait été préalablement souligné que plusieurs profils de praticiens exercent cette activité de façon plus ou moins contrainte, il convient de questionner l'intérêt que ces professionnels trouvent à leur exercice. Plusieurs d'entre eux évoquent leur impact lors d'un moment de vie singulier des détenus, un moment selon certains, propice au changement et à l'initiation d'une prise en soin pour une population souvent éloignée des parcours de soins classiques.

« Moi je pense que les personnes qui sont ici se posent en fait et du coup on s'intéresse peut-être plus à leur santé »

(Médecin en milieu pénitentiaire)

Les professionnels de santé sont nombreux à exprimer leur conscience des spécificités de l'univers au sein duquel ils travaillent. Mais loin de le réduire à ses contraintes sécuritaires, ils cherchent à y prendre part et à y développer un projet de santé. Le positionnement médical en marge du parcours pénal peine à trouver sa place et rend difficile la recherche de sens de cet exercice. Pourtant de nombreux praticiens souhaitent prendre part dans l'utilité pour les détenus du temps passé en détention.

« Comme on se dit entre nous, le jugement il est fait, ils doivent faire leur peine. Donc maintenant ce n'est pas notre rôle, donc nous on est plutôt dans l'éducation à la santé et apprendre à prendre soin de soi et puis leur estime de soi. Je vous l'ai dit, et si quelqu'un sort avec une estime de soi supérieure à celle quand il est rentré. Pour moi c'est gagné, on a gagné quelque chose. »

(Médecin en milieu pénitentiaire)

A- Le sens de la peine

Les logiques judiciaires et pénales évoluent selon les époques, se modifiant avec les pensées au fil des siècles. Les objectifs et finalités attendues de la prison changent et transforment le rôle et la place dévolus à chaque acteur. Ceux-ci doivent alors repenser leur positionnement au sein de structures en constante transformation.

1. L'évolution du rôle de la prison

Les attentes vis-à-vis du système pénitentiaire ont peu à peu évolué et les demandes sociales qui lui sont adressées sont parfois contradictoires.

Retour historique

Michel Foucault débute son ouvrage, « Surveiller et punir » par le récit de l'écartèlement de Damien. Il développe les multiples étapes du supplice de cet homme, qui en 1757 tenta d'assassiner le roi Louis XV (Foucault 1975). La minutieuse description de cette scène initie son analyse de la prison moderne. En rupture avec les exécutions publiques et les supplices interminables orchestrant une mise en scène du pouvoir, il étudie l'émergence d'une nouvelle logique de condamnation, l'enfermement. Le sociologue Philippe Combessie retrace l'évolution des fonctions de la prison et son tournant au siècle des lumières. Dans le cadre des transformations politiques, économiques et sociales de cette période incarnées par la déclaration des droits de l'homme et du citoyen en 1789, l'arbitraire des peines et la cruauté des châtiments corporels deviennent inacceptables. Les humanistes du 18ème siècle imaginent alors la prison comme un lieu de pénitence et de rédemption. Le travail salvateur et réformateur doit permettre aux individus de progresser. Les finalités de ce lieu sont quasiment thérapeutiques et doivent conduire le détenu à s'améliorer. Rapidement cette vision se confronte tant aux réalités matérielles des moyens alloués au système carcéral qu'aux évolutions sociales. Le 19ème siècle et la révolution industrielle voient émerger les agglomérations mais aussi la constitution des « classes laborieuses » rapidement associées à des « classes dangereuses ». La prison vise alors à protéger la société et l'ordre moral en neutralisant les individus dangereux (Combessie 2010).

La justification de l'enfermement

Au regard de ces évolutions plusieurs auteurs ont analysé les modalités de justification de l'enfermement. En 1996, Claude Faugeron définit trois logiques d'enfermement (Faugeron, Chauvenet, et Combessie 1996). L'enfermement de neutralisation vise à tenir à l'écart les membres susceptibles de nuire à la société. L'abolition de la peine de mort en 1981 laisse la place à des peines de réclusion à perpétuité visant à exclure définitivement certains individus. L'enfermement de différenciation sociale a pour but de proposer aux reclus une formation ou une compétence propre à leur assurer une meilleure place dans la société. Enfin l'enfermement d'autorité ne cherche pas à faire cesser un trouble à l'ordre public mais veut affirmer une relation de pouvoir. Philippe Combessie développe un regard croisé entre ces logiques d'enfermement et les quatre modalités de justification des sanctions développées par Alvaro Pires en 2008 (Digneffe, Debuyst, et Pires 2008). Ce sociologue

en criminologie justifie l'intérêt des sanctions par une volonté d'expiation, de dissuasion, de neutralisation ou d'adaptation.

Ce bref rappel historique des évolutions des logiques pénitentiaires et des justifications de l'enfermement souligne la pluralité des missions dévolues à la prison. Selon Philippe Combessie la prison au sein d'une société démocratique ne peut se justifier que par le soin apporté à la réadaptation des condamnés. La privation de liberté ne se légitime que par sa capacité à rendre les individus meilleurs pour la société. Face à la diversité de ces attendus, le corps médical peine parfois à trouver sa place au sein d'un système sollicité à de multiples points de vue.

2. Le sens du soin en détention

La place du soin et des soignants en prison souffre d'un manque de définition de leur périmètre d'activité. Résultant des difficultés de leur positionnement historique et de leur rupture avec l'administration pénitentiaire en 1994 les professionnels de santé limitent avec prudence leur rôle au sein du système pénal.

Maintien de l'égalité

Lors des entretiens effectués il était systématiquement demandé « *quelle est pour vous la place des soignants en prison, à quoi servent-ils, pourquoi doivent-ils être présents en détention ?* ». Les interlocuteurs rencontrés ont souvent manifesté de la surprise face à cette interrogation. La réponse apportée, régulièrement sur un ton défensif, s'est avérée être systématiquement la même. Les soignants sont présents en détention afin d'assurer une égalité de traitement. Le public des détenus a le droit d'être pris en charge dans le cadre d'un égal accès aux soins et pour cela il est important que les soignants soient présents en détention.

« Prodiguer les mêmes soins à tout le monde quelles que soient les circonstances y compris les détenus. Il n'y a pas lieu d'avoir des prises en charge différentes quoi, c'est pas la double peine. »

(Réfèrent ARS santé/justice)

Cette vision est conforme au préalable de la réforme de 1994, qui dénonçait la différence de traitement au sein du milieu pénitentiaire stigmatisé par des pratiques d'un autre temps. L'acte fort de cette étape fut l'affiliation obligatoire des personnes détenues au régime général de l'assurance maladie autour d'une volonté d'égalité entre milieu fermé et ouvert.

Cette réponse, en cohérence avec les réformes de la médecine en milieu pénitentiaire, positionne les praticiens en marge de toute logique pénale. Ceux-ci ne participent à aucune des missions

préalablement évoquées de la prison. Indépendants de l'administration pénitentiaire, les soins ne sont pas pensés comme élément du parcours pénal.

Place des soins dans le parcours pénal

Face à cette situation, plusieurs soignants adoptent une attitude ambivalente. Malgré leur première réponse limitant leur exercice au strict respect de l'égalité de soin, plusieurs évoquent l'intérêt d'un accompagnement des détenus au cours du parcours pénal.

« Pour moi un parcours pénal quel que soit le nombre d'années que ce soit 3 ans, 10 ans, 15 ans s'il ne s'est pas enrichi sur plein de choses, sur l'éducation et la formation et tout ça, bah en fait on en ressort comme on est rentré, voire pire. Enfin je pense, je pense comme ça moi, et nous tout ce qu'on essaie de faire à notre niveau médical c'est, c'est dire aux gens prenez soin de vous quoi et on les éduque sur le diabète, on les éduque sur la nutrition ou les éduque sur le cantinage, on les éduque sur l'hygiène dentaire »

(Médecin en milieu pénitentiaire)

D'autres sont plus réservés, se gardant d'outrepasser les missions qui sont selon eux dévolues à un médecin somaticien.

« D'un coup ils font que ça se regarder et donc après je ne suis pas sûr que ce soit notre rôle de leur redonner confiance en eux Je pense que c'est plus aux psychiatres et aux psychologues ... »

(Médecin en milieu pénitentiaire)

L'ambivalence de ces positionnements et la crainte de certains d'afficher une implication trop importante dans une logique pénitentiaire est renforcée par les fréquentes injonctions faites à ces professionnels. Depuis plusieurs années, les demandes adressées aux soignants ont progressivement évolué. L'adoption en 1998 de l'injonction de soin pour les auteurs d'infraction sexuelle puis la loi du 25 février 2008 instituant la rétention de sûreté *« consacre la possibilité de maintenir des détenus, considérés comme dangereux, enfermés après la fin de la durée de leur peine »* (Senon et Jaafari 2008). Face à ces évolutions, les professionnels de santé souhaitent défendre leur code de déontologie, le respect du secret médical et leur autonomie vis-à-vis de l'administration pénitentiaire. Ils se méfient de la pente glissante qui pourrait les amener à accepter toujours plus. Redoutant l'instrumentation de leur pratique à des fins punitives ou de maintien de l'ordre, ils préfèrent rester en retrait des logiques de l'institution au sein de laquelle ils exercent.

Le rôle de la prison, les logiques de l'enfermement et la place des professionnels de santé conditionnent le sens qu'ils donnent à leur exercice. Certains réfutent tout lien avec la pénitentiaire et toute logique de parcours médical en lien avec le parcours pénal, limitant leur rôle au simple accès aux soins. D'autres imaginent des compétences élargies et souhaitent inscrire leur activité dans une approche de santé globale par lieux de vie et par déterminants de santé.

B- La santé globale

Depuis la loi du 22 juin 1987 la prison a pour mission de favoriser la réinsertion sociale et en 1999 cette mission a été dévolue aux services pénitentiaires d'insertion et probation. Les vecteurs annoncés par l'administration pénitentiaire sont le travail en détention, la formation professionnelle, l'enseignement ainsi que les activités culturelles et sportives. Contrairement à l'époque antérieure à la réforme de 1994, où les missions de santé relevaient de la probation, elles ne figurent plus comme une modalité concourant à la réinsertion.

Alors que la santé n'est pas présentée officiellement comme un paramètre de la réinsertion, de nombreux professionnels, tant médicaux qu'administratifs, s'attachent à promouvoir son importance. Ainsi la prévention/promotion en santé tend à se développer au sein des établissements pénitentiaires. Les structures d'accompagnement à la sortie (SAS) pourraient promouvoir une approche de la santé comme facteur favorable au retour à la vie civile.

1. La prévention/promotion en santé

Le développement de la prévention/promotion en santé en milieu pénitentiaire fait partie des objectifs des politiques publiques carcérales. Conformément aux nouveaux objectifs définis par la loi pénitentiaire de 2009⁵, le plan d'action stratégique 2010-2014 relatif à la politique de santé pour les personnes placées sous-main de justice définit l'amélioration de la prévention et de la promotion de la santé comme une priorité d'action (Chemlal ; Echard et Deutsch 2014). Enfin la feuille de route santé des personnes placées sous-main de justice 2019-2022 prévoit dans le cadre de son axe n°2 de développer la promotion de la santé des personnes placées sous-main de justice tout au long de leur parcours (Ministère des solidarités et de la santé ; Ministère de la justice 2019).

La santé et ses déterminants

Selon la définition établie par l'organisation mondiale de la santé (OMS) lors de sa création en 1948, la santé « est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». La notion de santé globale repose sur l'évaluation de quatre catégories de déterminants en santé : biologiques, comportementaux, environnementaux et ceux liés au système de santé. Pris isolément ou dans le cadre de leurs interactions, ils engendrent des inégalités sociales de santé. « Le terme d'exposome désigne l'ensemble des déterminants modifiables

⁵ LOI n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire

notamment par la mise en œuvre d'actions menées dans le cadre des politiques de santé, par opposition aux déterminants biologiques» (Raimondeau et al. 2020). La politique de prévention/promotion en santé initiée en milieu pénitentiaire repose sur cette définition de la santé. Elle considère que les actions sur certains déterminants permettront de réduire les inégalités sociales de santé.

La prévention/promotion en santé

Conformément à la charte d'Ottawa, la promotion en santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et des moyens pour l'améliorer (OMS 1986). Elle vise au développement des capacités personnelles d'action des individus et à la mise en place d'environnement favorable «à la concrétisation des désirs des personnes d'agir pour leur santé» (Raimondeau et al. 2020).

Le développement de cette approche se heurte à deux obstacles. Le premier est le caractère défavorable du contexte pénitentiaire en raison de la surpopulation et de la promiscuité. Le second est la volonté des soignants d'affirmer leur autorité face à l'administration pénitentiaire, souvent plus qu'à l'extérieur. Eric Farges étudie les actions de prévention/promotion menées par des membres des unités sanitaires en comparaison de celles conduites par des professionnels extérieurs, parfois médecins. Ils relèvent la transmission d'information parfois analysée comme brutale. «*Les personnels des UCSA qui perçoivent leur rôle de préventeur en continuité avec leur statut de soignant, semblent adopter une démarche relevant plus de l'éducation sanitaire que de la promotion de la santé, la connaissance prenant alors le pas sur le développement de ressources propres à l'individu» (Farges 2006).* Indépendamment des considérations relatives à la formation des professionnels de santé à cette approche globale, la nécessité d'une affirmation plus forte de leur statut et de leurs connaissances dans le cadre d'une opposition à l'administration pénitentiaire, peut expliquer les différences observées.

La prévention/promotion en santé s'inscrit donc dans une démarche globale d'acquisition de compétences en santé par les individus, favorisant leur réinsertion. La promotion de cette politique permet son développement mais se heurte à la question du lieu de vie des détenus et au positionnement de certains professionnels de santé.

2. Les structures d'accompagnement à la sortie

Les structures d'accompagnement à la sortie (SAS) font partie des nouveaux projets présentés dans le cadre du plan prison en 2018 par la Garde des sceaux de l'époque Nicole Belloubet. Leur objectif est de permettre une meilleure préparation de la sortie en évitant les sorties dites « sèches »,

à savoir sans projet immédiat pour le détenu à la sortie. Il s'agit d'assurer la transition entre la détention et la liberté, entre le milieu carcéral et la société. Ces structures offrent, grâce à un effectif réduit et des conditions de détention moins contraignantes, la possibilité pour les détenus de construire un projet de réinsertion. Le développement de ces unités promues par l'administration pénitentiaire fait l'objet de nombreuses contestations au sujet de ses modalités de mise en œuvre. Le projet sanitaire de ces lieux de détention n'est pour l'instant pas officiellement défini malgré les demandes des acteurs de terrains.

« Au départ le ministère de la santé était à la ramasse, c'est à dire que le projet est un projet pénitentiaire, derrière il n'y a pas de projet du ministère de la santé disant les SAS vont ouvrir et bien qu'est-ce qu'on va faire comme projet de soin ? qu'est-ce qu'on va faire comme projet de santé ? »
(Médecin en milieu pénitentiaire)

En l'absence d'indications, les sites pilotes ont développé leur propre projet de santé repensant la place des soignants ainsi que la relation soignant/patient.

La santé, vecteur du lien dedans/dehors

En tant que premier site pilote de SAS, le cas de la prison des Baumettes à Marseille s'avère particulièrement intéressant. Son ouverture en 2018 a permis l'initiation d'une réflexion pluri-partenaire sur l'orientation souhaitée. L'équipe médicale a alors « *essayé de travailler sur la ré-insertion et l'insertion sociale et sanitaire des détenus ou du moins l'absence de désinsertion qui est concomitante de la prison en travaillant sur du dedans/dehors* » (Médecin de la SAS). Face à cette contrainte, il est imaginé un parcours de soin en lien très fort avec l'extérieur. Le médecin coordinateur rencontré choisit d'illustrer cette démarche par son refus d'installer un fauteuil dentaire au sein de cette unité afin d'assurer des consultations dans des cabinets libéraux. Il organise alors des sorties médicales, au cours desquelles les détenus sont accompagnés par une infirmière et se rendent chez le praticien de leur choix. La santé et l'accès aux soins deviennent alors non seulement un vecteur de réinsertion par le biais d'un développement de l'autonomie et de compétences psychosociales mais également par le retour progressif au droit commun.

La démarche de cette équipe vise aussi à une inscription de la prise en charge de ces patients au sein d'un territoire pour deux raisons. Premièrement il faut considérer l'ancrage important des détenus à leur quartier, leur famille, leurs amis. La détention est alors synonyme de rupture et de désinsertion. A leur sortie les détenus retourneront pour la plupart proche de leur lieu d'habitation. La mise en place de parcours de soin au plus proche de chez eux permettrait de limiter leur isolement et de favoriser leur future insertion sanitaire. Les soignants cherchent à promouvoir cet attachement.

« Nos détenus s'inscrivent dans leur territoire, ils sont très attachés à leur quartier même si... à leur cité et donc il faut qu'on colle parce qu'ils en tirent bien évidemment une richesse et quelque chose de leurs compétences psycho-sociale »

(Médecin en milieu pénitentiaire)

Deuxièmement, les membres de l'équipe médicale de la SAS interrogent le rattachement de cette activité de soin ambulatoire au système hospitalier. Ils prônent un retour des détenus au droit commun pour un retour progressif à la réalité. Le lien avec les cabinets de ville favorise la construction d'un projet territorial de santé incluant cette population spécifique.

« Bien évidemment il faudrait qu'on s'insère dans un projet de santé globale de territoire de mission, moi je suis à fond sur le territoire, il faut qu'on s'inscrive dans le territoire »

(Médecin en milieu pénitentiaire)

Ainsi les SAS, par un renforcement de principe des liens dedans/dehors, laisse les détenus s'approprier leur santé et leur parcours de soin, mais aussi s'investir dans leur prise en charge par des soignants libéraux.

La santé, vecteur de l'autonomisation

Cette équipe envisage une vision extrêmement élargie du rôle des SAS et du projet médical qu'elles développent. Elle s'interroge constamment sur les modalités de son action en replaçant le détenu au cœur de sa démarche.

« On s'est posé la question, c'est peut-être notre désir à nous que nous on projetait sur eux. Ce n'est pas leur désir à eux, donc comment aller vers leur désir »

(Médecin en milieu pénitentiaire)

Dans le cadre de ces structures pénitentiaires spécifiques les soignants souhaitent développer une vision différente de la relation thérapeutique reposant sur les compétences des patients.

« On est en train de travailler sur justement quelles sont leurs compétences psychosociales, quelles sont leurs compétences en santé et comment on peut les aider à les fortifier ou à les mettre en œuvre. »

(Médecin en milieu pénitentiaire)

Mais il est à souligner que de nouveau, bien qu'inscrivant ce projet médical au sein d'une structure destinée à promouvoir la réinsertion, très vite dans l'entretien le responsable de cette équipe affirme son détachement vis-à-vis de cet objectif pénitentiaire. Il revendique de nouveau fermement sa distinction et son rejet de cette finalité ne relevant pas de ses compétences.

« Moi la récidive c'est pas mon problème, c'est pas mon souci, moi mon souci c'est que le patient soit bien dans sa peau. Voilà qu'il soit bien dans sa peau après ce qu'il fait de sa vie c'est pas mes oignons c'est ses oignons à lui quoi, c'est à dire que je ne vais pas dire à quelqu'un ce qu'il doit faire »
(Médecin en milieu pénitentiaire)

Bien que porteur d'une vision élargie de la santé, cet acteur ne souhaite pas l'ancrer dans la définition d'un objectif pénal.

Le rôle et les attentes vis à vis du système carcéral ont évolué. Les missions attribuées à cette institution sont repensées au cours des évolutions de nos sociétés. En parallèle, la place de la santé et sa définition se sont également transformés. Le développement d'une vision de santé globale n'étant plus réduite aux soins initie de nouvelles approches. Le système de santé est lui-même en recomposition, réduisant l'hospitalo-centrisme au profit de la médecine de ville. Grâce à ces trois transformations concomitantes, la place des soignants en prison peut être repensée. Un positionnement nouveau de ces professionnels au cœur du parcours pénal renforcerait la valorisation de leur exercice et de son sens.

Conclusion:

L'attractivité des postes de soignants en milieu pénitentiaire est ici appréhendée au travers du sens que les professionnels trouvent dans cet exercice. Plusieurs actions de revalorisation peuvent être imaginées à travers la reconnaissance de l'utilité de cet exercice mais également des occasions d'apprentissage et de développement qu'il offre, définis par Estelle Morin comme essentiel à la définition du sens au travail (Morin 2008). Tout d'abord, la mise en valeur de cette activité tant au cours de la formation initiale que de la formation continue améliore la visibilité de cette pratique. Ensuite, le renforcement de la communication parmi le corps médical hospitalier ainsi qu'à l'extérieur au sein de la société réduirait les peurs et les fantasmes. L'approche collégiale favoriserait l'entrée en détention de nouveaux acteurs du soin réunis dans des CPTS. Dans le cadre d'une évolution des acteurs traditionnels de la santé, du contexte sanitaire et des processus de planification, un renforcement du lien ville/hôpital pourrait favoriser cette pratique. Enfin, une réflexion commune autour du sens de la peine et de l'intérêt de la détention pourrait permettre au corps médical de repenser son attitude traditionnellement isolationniste au sein de l'univers carcéral. Une approche de santé globale par déterminants et milieux de vie donnerait l'occasion de positionner la santé au cœur de la réinsertion et d'imaginer un sens nouveau à la présence des soignants en milieu pénitentiaire.

Conclusion

Dans un contexte d'augmentation de la population carcérale, de projet d'accroissement du parc pénitentiaire et d'augmentation des missions confiées aux soignants, la diminution du nombre de professionnels exerçant en prison est un constat. Pour mieux comprendre cette problématique de santé publique ce travail étudie les origines de ce phénomène. L'hypothèse principale de cette étude corréle le manque d'attractivité des postes de soignant en milieu pénitentiaire à l'atténuation du sens que les professionnels perçoivent dans leur exercice. L'hypothèse secondaire conditionne la possibilité d'une revalorisation de cet exercice à sa remise en perspective et son repositionnement au sein de l'univers carcéral.

L'hypothèse principale de cette étude est validée par à l'analyse du processus de disqualification de cette activité souffrant d'une absence de reconnaissance entre pairs au sein d'un système hospitalo-centré. Il a ensuite été procédé à une évaluation des conséquences du désintérêt politique sur l'attractivité de ces postes. Le faible portage de la santé des personnes placées sous-main de justice impacte le sens que les professionnels accordent à leur exercice. C'est un sentiment de solitude et d'abandon auquel s'ajoute la constatation d'un manque de connaissance de leur pratique dans une prise de décision qu'ils jugent sous optimale, que soulignent les membres du corps médical. Enfin, afin d'investiguer l'hypothèse secondaire, une étude des démarches de revalorisation de cet exercice par le sens a été conduite. Sa promotion lors de la formation initiale, mais aussi continue, ainsi qu'une amélioration de la communication renforcerait l'attrait de ces postes. De plus, la modification du positionnement de cette activité dans le cadre d'une organisation sanitaire en mutation, d'une politique pénale en évolution et d'une santé en redéfinition, est un facteur de réinvestissement des professionnels.

Un des objets de cette étude a été de placer l'exercice médical au sein d'un environnement singulier. Le regard croisé des œuvres d'Erving Goffman et de Michel Foucault éclairent une part des ambiguïtés de cette institution. Décrite comme totale, elle est un lieu en dehors de la société obéissant à des règles qui lui sont propres (Goffman 1968), mais perçue comme un «archipel carcéral» c'est en fait un dispositif de surveillance et de punition qui saisit l'ensemble de la société (Foucault 1975). L'ambivalence de ce lieu séparé du monde extérieur, ayant pour but d'enfermer et d'éloigner mais dont l'activité est directement impactée par les évolutions du regard porté par la société sur son existence contraint fortement les soignants dans leur exercice. Ils sont affectés par la double contrainte d'une activité solitaire au sein d'un espace clos mais en proie aux injonctions du monde extérieur.

Au cœur d'un système pénal marqué par un fort recours à la peine de privation de liberté envisagée dans un objectif punitif, ces derniers sont en difficulté pour affirmer leur position ainsi que la place de la santé dans ces établissements. Didier Fassin souligne l'importance populaire donnée à cette sanction qui doit être vecteur de contrainte et de privation «le condamné a ce qu'il mérite : ainsi peut se résumer la philosophie morale de la condition carcérale» (Fassin 2015). La dénonciation fréquente de la prison « cinq étoiles » dont les cellules seraient équivalentes au confort d'un hôtel remet en question des investissements jugés dispendieux, à destination d'une population qui ne le mériterait pas. Ces revendications portées par une part de la société trouvent écho à l'intérieur de la prison. Lors de notre entretien, un directeur me tend un tract diffusé par les syndicats de surveillants au sein de son établissement affichant « *Tout pour les voyous, rien pour nous !* ». L'opposition de ce corps pénitentiaire s'illustre particulièrement dans son rapport aux soins dentaires que peuvent recevoir les détenus. Jugés comme onéreux ils seraient un luxe qu'eux même ne peuvent s'accorder à l'extérieur. Ils perçoivent comme injuste l'accès à ce type de traitement pour des prisonniers. Le maintien de l'ordre au sein de ces établissements doit alors répondre à des équilibres pragmatiques de paix social, reléguant parfois des avancées sanitaires perçues comme compromettant ces accords.

Selon l'anthropologue français, «*la prison est un rappel à l'ordre social plus encore qu'un rappel à l'ordre moral*» «*ces éléments participent de l'apprentissage par les détenus de leur place dans la société, y compris à travers l'inutilité et la disqualification*» (Fassin 2015). Ainsi les soignants évoquent leur peine à développer un projet de santé au sein d'un univers que beaucoup souhaitent brutal et sanctionnant. Eric Farges analyse la difficile mise en place de projet d'éducation à la santé par le manque de légitimité dont disposent les soignants au sein de cette institution (Farges 2013). Plusieurs auteurs soulignent néanmoins l'ouverture progressive et l'évolution du système carcéral. Les volontés de transformation de l'administration pénitentiaire, les avancées en termes d'accès aux droits, l'ouverture vers l'extérieur grâce à la diversité croissante des corps professionnels et l'amélioration progressive de la prise en charge sanitaire sont incontestables (Rostaing 2021) (Combessie 2010). Mais comme le rappelle Renaud Crespin «*La figure du changement en prison n'est pas celle du bouleversement soudain ou de la rupture radicale, mais plutôt celle d'un ajustement continu qui renforce en permanence sa fonction constitutive : le maintien de l'ordre social*» (Crespin 2006).

Enfin, afin d'obtenir un panoramique plus exhaustif de ce système, il manque deux partenaires fondamentaux. Cette étude gagnerait à être complétée par une immersion au sein du système carcéral français. L'administration pénitentiaire est positionnée dans cette analyse comme acteur complémentaire envisagé selon les propos des soignants ou de l'administration sanitaire. Bien qu'il ait été effectué en 2021 la rencontre de quatre directeurs d'établissement et de cinq directeurs de services d'insertion et probation puis en 2022 un entretien avec la médecin référente de cette

administration, la rencontre de DISP et d'agents nationaux permettrait d'étoffer cette réflexion. La place de la santé en prison à travers le regard de cette administration n'est que très peu étudiée. Il n'a par exemple pas pu être identifié à ce jour de littérature se rapportant aux mouvements internes à cette structure lors de l'instauration de la loi de 1994. La place du soin dans l'histoire pénitentiaire et l'évolution de l'importance que les acteurs ont pu lui donner au cours du temps n'a pour le moment pas fait l'objet d'étude approfondie.

Le second axe qui manque à cette étude est le positionnement des personnes détenues elles-mêmes vis-à-vis du corps médical. Bien qu'il existe différents travaux à ce sujet ceux-ci n'ont pu être inclus au sein de cette démarche fondée sur une analyse par les professionnels et leurs institutions. Dans le cadre d'une démarche globale et collective appréhendée sous le prisme d'une santé communautaire, le regard de la population carcérale pour comprendre les enjeux de soin et de relation thérapeutique au sein de ces structures est nécessaire. La mise en perspective des enquêtes précédemment réalisées à l'aune des résultats de ce travail apporterait un éclairage pluriel permettant de décentrer le regard porté sur cette problématique.

Le renforcement de l'attractivité des postes de soignants en milieu pénitentiaire constitue un enjeu fort de santé publique pour les prochaines années. Cette analyse permet d'identifier les ressorts d'un processus de dévalorisation et de perte de sens de cette activité de soin au sein d'un environnement singulier à destination d'un public spécifique. Plusieurs solutions sont avancées par les acteurs pour stopper et pallier ce manque de professionnels. Celles-ci s'inscrivent majoritairement dans un processus de renforcement des liens dedans/dehors, de détotalisation et d'ouverture de la prison vers son environnement extérieur. Le renforcement de l'attractivité des postes de soignants doit s'inscrire dans une perspective globale de réflexion sur le sens de l'enfermement ainsi que sur le rôle social et les missions attribuées aux prisons.

Bibliographie

- Antoinette, C., Corinne, R., Françoise, O., 2008. La violence carcérale en question. Paris Press. Univ. Fr.
- APSEP, 2020. Communiqué sur la surpopulation carcérale.
- APSEP, 2019. Communiqué sur le positionnement du CNOM sur le secret médical en prison.
- APSEP, 2017. L'association, qui sommes-nous ?
- Arliaud, M., Robelet, M., 2000. Réformes du système de santé et devenir du « corps médical ». Sociol. Trav. 42, 91–112.
- Arnoux-Nicolas, C., 2019. Donner un sens au travail: Pratiques et outils pour l'entreprise. Dunod.
- ARS, 2021. Les communautés professionnelles territoriales de santé.
- Assemblée nationale, Commission des affaires sociales, 2021. Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociales sur les agences régionales de santé.
- Badinter, R., 2014. L'exécution. Fayard.
- Baietto, M.-C., Barthelemy, A., Gadeau, L., 2003. Pour une clinique de la relation éducative: recherche sur les dispositifs d'analyse des pratiques professionnelles. Pour Une Clin. Relat. Éducative 1–240.
- Baron-Laforet, S., 2009. Guide des nouvelles obligations de soin. Inf. Psychiatre. 85, 753–757.
- Becker, H.S., 1961. Boys in white: Student culture in medical school. Transaction publishers.
- Bellot, C., Baillergeau, É., 2007. Les transformations de l'intervention sociale: entre innovation et gestion des nouvelles vulnérabilités? PUQ.
- Belorgey, N., 2016. L'hôpital sous pression: enquête sur le " nouveau management public". La Découverte.
- Benguigui, G., Chauvenet, A., Orlic, F., 1994. Le monde des surveillants de prison. PUF.
- Bergeron, H., Castel, P., 2018. Sociologie politique de la santé. PUF.
- Cresson, G., Druhle, M., Schweyer, F.-X., 2003. Coopération, conflits et concurrences dans le système de santé. Presse de l'EHESP. Chapitre 10, 165–176.

Bessin, M., Lechien, M.-H., 2002. Hommes détenus et femmes soignantes: l'intimité des soins en prison. *Ethnol. Fr.* 32, 69–80.

Boltanski, L., 1971. Les usages sociaux du corps, in: *Annales. Histoire, Sciences Sociales*. Cambridge University Press, 205–233.

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, Revue Psychiatrique*. Elsevier, 583–590.

Bourgueil, Y., Ramond-Roquin, A., Schweyer, F.-X., 2021. Les soins primaires en question (s). Hyg e  ditions.

Bréchat, P.-H., Gros, J., Haon, M., Jeunet, O., Magnin-Feysot, C., 2010. Représentants d'associations d'usagers et Loi « Hôpital, patients, santé et territoires »: enjeux et douze propositions. *Santé Publique* 22, 131–146.

Bucher, R., Strauss, A., 1961. Professions in process. *Am. J. Sociol.* 66, 325–334.

Buret, T., Bossavie, L., 2015. Métiers de communication et nouveaux médias à l'hôpital : vision, approche, perspectives (2015). *Rev. Hosp. Fr.*

Communauté consultatif nationale d' thique, 2006. La santé et la médecine en prison.

Cours européenne des droits de l'homme, 2020. J.M.B. et autres c. France.

Chantraine, G., 2004. Par-delà les murs: expériences et trajectoires en maison d'arrêt. Presses universitaires de France.

Chemlal, K., Echard, P., Deutsch, P., 2014. Promotion de la santé en milieu pénitentiaire: référentiel d'intervention. INPES  d.

Cohen, M.D., March, J.G., Olsen, J.P., 1972. A garbage can model of organizational choice. *Adm. Sci.* 1–25.

Combessie, P., 2010. Sociologie de la prison. La Découverte.

Contrôleur général des lieux de privation de liberté, 2021. Rapport de visite : 29 mars au 2 avril 2021 - 2 me visite Centre de détention de Bédenac (Charente-Maritime).

Contrôleur général des lieux de privation de liberté, 2020. Prise en charge pénitentiaire des personnes "radicalisées" et respect des droits fondamentaux.

Contrôleur général des lieux de privation de liberté, 2017. Rapport d'activité 2016.

Couteron, P.A ; Morel, J., 2021. Les approches médico-psycho-sociales des addictions associées à des troubles psychiatriques.

Crespin, R., 2006. Entre santé publique et maintien de l'ordre: le parcours des tests de dépistage du VIH dans les prisons françaises. *Lien Soc. Polit.* 137–147.

Crozier, M., 1963. Le phénomène bureaucratique: essai sur les tendances bureaucratiques des systèmes d'organisation modernes et sur leurs relations en France avec le système social et culturel. Editions du seuil.

Crozier, M., Friedberg, E., 1977. L'acteur et le système.

David, M., 2015. Le secret médical en prison et ailleurs. Un concept dépassé et ringard ou un désordre des esprits? *Information psychiatrique.* 91, 662–670.

De Maillard, J., Kübler, D., 2015. Analyser les politiques publiques. Presses universitaires de Grenoble.

Décaudin, J.-M., Igalens, J., Waller, S., 2017. La communication interne-4e éd.: Stratégies et techniques. Dunod.

Denis, C., Langlois, E., Fatséas, M., Auriacombe, M., 2011. Un modèle français de Communauté Thérapeutique? Les communautés thérapeutiques expérimentales: Consensus des professionnels. *Psychotropes* 17, 85–101.

Désesquelles, A., 2005. Le handicap en milieu carcéral en France. *Population* 60, 71–98.

Devaud, C., Wasem, L., Peer, L., Waeny, J., 2005. Conditions et environnement de travail des professionnels en prison: comparaison entre soignants et surveillants. Elsevier Masson. 66, 131–139.

Develay, A.-E., Verdot, C., Grémy, I., 2015. Surveillance de la santé des personnes détenues en France: faisabilité et recommandations. *Santé Publique* 27, 491–502.

Digneffe, F., Debuyst, C., Pires, A., 2008. Histoire des savoirs sur le crime et la peine. Crimen.

Direction de l'administration pénitentiaire, 2020. Structures d'accompagnement vers la sortie.

Duburcq, A., Coulomb, S., Bonte, J., Marchand, C., Fagnani, F., FALISSARD, P.B., 2004. Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral.

Duchesne, V., 2018. L'agence, le contrat, l'incitation. Les Agences régionales de santé fer-de-lance administratif de la politique de santé. *J. Gest. Econ. Medicales* 36, 159–180.

Durand, B., 2020. Les origines de la pair-aidance. *Pratique en santé mentale.* 66, 6–13.

Emmaüs France, Secours Catholique, 2021. Au dernier barreau de l'échelle sociale : la prison.

Falissard, B., Loze, J.-Y., Gasquet, I., Duburc, A., De Beaurepaire, C., Fagnani, F., Rouillon, F., 2006. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry* 6, 1–6.

Farges, 2006. La sanitarisation du social : les professionnels et l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire. *Lien social et politique*. 99–112.

Farges, E., 2013. Dynamique professionnelle et transformations de l'action publique. Thèse de doctorat, Lyon.

Farges, E., Fassin, D., Memmi, D., 2006. *Le gouvernement des corps*, Paris, Éditions de l'EHESS.

Fassin, D., 2015. *L'Ombre du monde. Une anthropologie de la condition carcérale: Une anthropologie de la condition carcérale*. Média Diffusion.

Faugeron, C., Chauvenet, A., Combessie, P., 1996. *Approches de la prison*. Presses de l'université de Montréal.

Fédération addiction, 2020. L'URUD du Centre de détention de Neuvic : une communauté thérapeutique en prison.

Foucault, M., 1975. *Surveiller et punir*. Paris. Gallimard.

Fovet, T., Thomas, P., Adins, C., Amad, A., 2015. France's forensic psychiatry provision: the long and winding road. *Lancet Psychiatry* 2.

France 3 Nouvelle Aquitaine, 2021. Charente-Maritime "des conditions indignes de détention" dans la prison de Bédenac.

France Inter, 2016. Buffet/Bontems. Les assassins de la prison de Clairvaux.

Freidson, E., 1984. *La profession médicale*. Paris. Payot.

Friedberg, E., 1997. La théorie des organisations et la question de l'anarchie organisée. In : Chevallier J. (Ed.). *Désordre(s)*, PUF.

Georget, M., 2013. La relation personnel soignant-personnel de surveillance : un révélateur du malaise identitaire des surveillants pénitentiaires.

Goffman, E., 1968. *Asiles*. Paris. Les éditions de minuit.

Goffman, E., Kihm, A., 1973. *La mise en scène de la vie quotidienne*. Paris. Les éditions de minuit.

Gonin, D., 1991. *La santé incarcérée: médecine et conditions de vie en détention*. L'Archipel.

Guérin, A., Cachard, C., 2018. Manuel poétique et pratique à l'usage des soignants et autres curieux. Presses universitaires de France.

Guérin, G., 2003. Le dispositif de prise en charge. Actualité et dossier en Santé Publique, 26.

Guillotte, M., 2018. La violence en milieu carcéral: étude des facteurs de risque de passage à l'acte dans une population d'hommes détenus en maison d'arrêt. Thèse d'exercice. Montpellier-Nîmes.

Hagège, M., 2017. L'hépatite C et la prison: une opportunité de soins? Santé Publique 29, 563–567.

Hardy, A.-C., 2013. Travailler à guérir. Sociologie de l'objet du travail médical. EHESP.

Hassenteufel, P., 2021. Sociologie de l'action publique, 3ème. ed. Armand Colin.

Haut conseil de la santé publique, 1993. Santé en milieu carcéral : rapport sur l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus.

Inspection générale des affaires sociales., Inspection générale des services judiciaires., 2015. Evaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous-main de justice.

Jablonka, I., 2016. Laëtitia ou la fin des hommes. Paris. Seuil.

Jabot, F., Demeulemeester, R., 2005. Les interactions entre les niveaux national, régional et infrarégional dans les programmes de santé publique. Santé Publique 17, 597–606.

Jodelet, D., Moscovici, S., 1989. Folies et représentations sociales. Paris. Presses universitaires de France.

Konbini, 2019. Hugo Clément s'est rendu dans l'une des pires prisons de France.

Le Monde, 2022. A Soissons, ces médecins à diplôme étranger qui font tenir l'hôpital. Le Monde.fr.

Le Monde, 2007. La prise d'otage de Clairvaux la guillotine pour Buffet et Bontemps.

Le Parisien, 2018. Nicole Belloubet : "Une peine prononcée doit être exécutée."

Le Roux, J.-M., 2021. Initiation aux mécanismes comptables et à l'analyse financière des établissements.

Lecu, A., 2013. La prison, un lieu de soin? Paris. Les belles lettres.

Lévy, T., 1975. L'Animal judiciaire: les écrits et la mort de Claude Buffet. Paris. Grasset.

Ling, S., Cleverley, K., Perivolaris, A., 2015. Understanding mental health service user experiences of restraint through debriefing: a qualitative analysis. *Can. J. Psychiatry* 60, 386–392.

Madiot, H., 2016. Points SIGAPS / SIGREC : ce que vous faites gagner à votre Hôpital. Collège nationale des cardiologues des hopitaux.

Malochet, G., 2009. Les surveillants de prison: marges du travail, travail sur les marges. *Idées Économiques Soc.* 42–49.

Marin, P., 2020. Chapitre 8. La lente maturation du système de santé en France: in: Manuel de santé publique. Presses de l'EHESP, pp. 231–256.

Méda, D., Vendramin, P., 2013. Réinventer le travail. Paris. Puf.

Medina, P., 2010. La Communication de recrutement dans le milieu hospitalier. *Revue scientifique francophone en communication organisationnelle.* 103–113.

Merton, R.K., Reader, G., Kendall, P.L., 1957. The student physician: Introductory studies in the sociology of medical education.

Michel, L., Morel, A., 2019. Chapitre 26. Prison et addictions, in: *Addictologie.* Dunod, 327–344.

Michot, F., Launois, B., Bertrand, D., Bringer, J., Degos, L., Olie, J.-P., Thuillez, C., 2019. Rapport 19-02. L'hôpital public en crise: origines et propositions. *Académie Nationale de Médecine* 203, 109–121.

Milburn, P., Jamet, L., 2014. Prévention de la récidive: les services de probation et d'insertion français dans la tourmente. *Action publique et compétences professionnelles. Champ Pénal.* 11.

Milhaud, O., 2009. Séparer et punir. Les prisons françaises: mise à distance et punition par l'espace. Université Michel de Montaigne-Bordeaux III.

Milly, B., 2001. Soigner en prison. Paris. Presses universitaires de France.

Ministère de la justice, 2022. Statistique des établissements des personnes écrouées en France.

Ministère de la justice, 2020a. Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques. No. n°50.

Ministère de la justice, 2020b. Série statistique des personnes placées sous-main de justice 1980-2020.

Ministère de la justice, 2018. Plan immobilier pénitentiaire 15 000 places.

Ministère de la justice, 2017. Surveillant, un métier en mouvement.

Ministère de la justice., Ministère des solidarités et de la santé., 2019. Guide méthodologique-prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice.

Ministère des solidarités et de la santé, 2022. Prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice.

Ministère des solidarités et de la santé, 2018. L'offre hospitalière : le rôle régulateur et financiers des agences.

Ministère des solidarités et de la santé, 2010. Enquête Prevacar volet offre de soins VIH hépatites et traitement de substitution en milieu carcéral.

Ministère des solidarités et de la santé., Ministère de la justice., 2019. Feuille de route santé des personnes placées sous-main de justice 2019-2022.

Ministère des solidarités et de la santé., Ministère de la justice, 2017. Stratégie santé des personnes placées sous-main de justice.

Morin, E., 2008. Sens du travail, santé mentale et engagement organisationnel. Santé psychologique études et recherches. IRSST.

Moulin, V., Sevin, A.-S., 2012. Souffrance au travail en milieu carcéral: les épreuves de l'exercice professionnel au parloir pénitentiaire. Le travail humain. 75, 147–178.

Mouquet, M.-C., 2005. La santé des personnes entrées en prison en 2003. Études Résultats.

Mouzon, D., Vigneron, C., Justin, E., 2022. Hôpital : enquête sur un naufrage qu'on aurait pu éviter. Alternatives Économiques.

Nicolas, G., Dessaint, L., Nicolas, C., 1997. La santé en prison: un enjeu de santé publique. Problèmes Économiques Paris 1–4.

Observatoire international des prisons, 2022. Surpopulation carcérale. oip.org.

Observatoire international des prisons, 2020. Violences carcérales. oip.org.

Observatoire international des prisons, 2022. Télémédecine en prison : un palliatif qui comporte des risques.

OMS, 1986, Charte d'ottawa.

Palier, B., 2021. La réforme des systèmes de santé. Que sais-je. Paris. PUF

Parsons, T., 1951. The social system. Routledge.

Paugam, S., 2015. La disqualification sociale: Essai sur la nouvelle pauvreté. Paris. Presses universitaires de France.

Pelletier, J.-F., 2021. *Se rétablir en santé mentale: Fondements et pratiques du rétablissement par la pair-aidance*. Elsevier Health Sciences.

Perron, A., Jacob, J.D., Beauvais, L., Corbeil, D., Bérubé, D., 2015. Identification et gestion de la violence en psychiatrie: perceptions du personnel infirmier et des patients en matière de sécurité et d'dangerosité. *Recherche soins infirmier*. 47–60.

Perrow, C., 1961. The analysis of goals in complex organizations. *American sociological reviewer*. 854–866.

Picheral, H., Vigneron, E., 1996. La mobilité des médecins en France: du lieu de formation au lieu d'exercice. *Espace population sociétés* 14, 45–54.

Provost, J.-M., 1987. *Sida, toxicomanie et milieu carcéral : enquête épidémiologique à la maison d'arrêt de Bordeaux-Gradignan*. Thèse de doctorat. Bordeaux 2.

Ragazzi, F., 2017. *L'évolution de la politique anti-terroriste en France depuis les attentats de 2015: anticipation et mise au pas du corps social*. Dossier CERI.

Raimondeau, J., Bréchat, P.-H., Huteau, G., Marin, P., Naty-Daoufin, P., 2020. *Manuel de santé publique*. Presses de l'EHESP.

Raimondeau, J., Marin, P., 2020. Chapitre 9. Administration de la santé: la France, in: *Manuel de Santé Publique*. Presses de l'EHESP, 257–283.

Rolland, C., Pierru, F., 2013. Les Agences Régionales de Santé deux ans après: une autonomie de façade. *Santé Publique* 25, 411–419.

Rostaing, C., 2021. *Une institution dégradante, la prison*. Paris. Gallimard.

Rouquette, M.-L., 2005. La « communication sociale »: entre pléonasmisme et subversion. *Hermes, La revue*. 33–38.

Salomon, J., Michon, C., 2018. Les politiques et mesures mises en œuvre. *Actualités et dossier en santé publique*. n°104.

Sanquer, R., 2008. *Recherche et innovation: quelle valorisation pour ces missions à l'hôpital ?*. Mémoire EHESP.

Scott, W.R., 1993. The organization of medical care services: toward an integrated theoretical model. *Med. Care Rev*. 50, 271–303.

Semaille, C., Le Strat, Y., Chiron, E., Chemlal, K., Valantin, M.A., Serre, P., Caté, L., Barbier, C., Jauffret-Roustide, M., 2013. Prevalence of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus among French prison inmates in 2010: a challenge for public health policy. *Eurosurveillance* 18, 20524.

Senat, 2000. Rapport de la commission d'enquête sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France.

Senon, J.-L., Jaafari, N., 2008. La loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté: ne faudrait-il pas clarifier et établir des priorités dans les rapports entre psychiatrie et justice? *Information psychiatrique*. 84, 511–518.

Strauss, A., 1992. *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris. L'Harmattan.

Touraut, C., 2019. *Vieillir en prison. Punition et compassion*. Champ social éditions.

TranSFaire, 2021. *Catalogue de formation milieu pénitentiaire*.

Troisier, S., 1985. *J'étais médecin des prisons: l'affaire des grâces médicales*. Paris. La table ronde.

Université Paris Cité, 2022. *DU Santé publique en milieu pénitentiaire*.

Véronique, V., 2000. *Médecin-chef à la prison de la Santé*. Paris. Recherche Midi.

Wolton, D., 1997. *Penser la communication*. Paris. Flammarion.

Zetka Jr, J.R., 2001. Occupational divisions of labor and their technology politics: The case of surgical scopes and gastrointestinal medicine. *Social forces* 79, 1495–15

Annexes

Annexe 1 : Liste des entretiens réalisés en 2022

Numéro entretien	Profession	Âge	Sexe	Durée de l'entretien (min)
1	Référent santé/justice ARS 1	40-50	F	92
2	Référent santé/justice ARS 2	40-50	F	104
3	Référent santé/justice ARS 3	50-60	F	62
4	Référent santé/justice ARS 4	50-60	H	63
5	Représentant du groupe multiprofessionnel prison (GMP)	60-70	H	80
6	Groupe de formation privé	30-40	F	61
7	Ancien responsable santé/justice à la DGS	60-70	F	60
8	Ancien responsable santé/justice à la DGS	60-70	H	82
9	Sous-directeur hospitalier en charge des soins en milieu pénitentiaire 1	30-40	H	53
10	Sous-directeur hospitalier en charge des soins en milieu pénitentiaire 2	50-60	H	57
11	Médecin coordinateur d'une USMP	30-40	F	68
12	Médecin USMP/SAS	40-50	H	63
13	Représentant association des psychiatres en milieu pénitentiaire (ASPMP)	50-60	F	51
14	Représentant association des professionnels de santé en milieu pénitentiaire (APSEP)	40-50	F	112
15	Médecin de l'administration pénitentiaire	40-50	F	53

Annexe 2 : Tableau d'analyse thématique

Tableau analyse des entretiens ☆ 📄 🌐

Fichier Édition Affichage Insertion Format Données Outils Extensions Aide Dernière modification il y a 7 jours

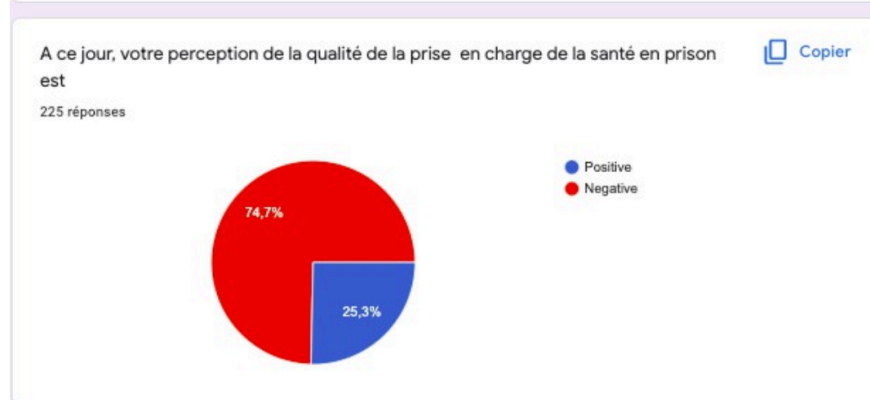
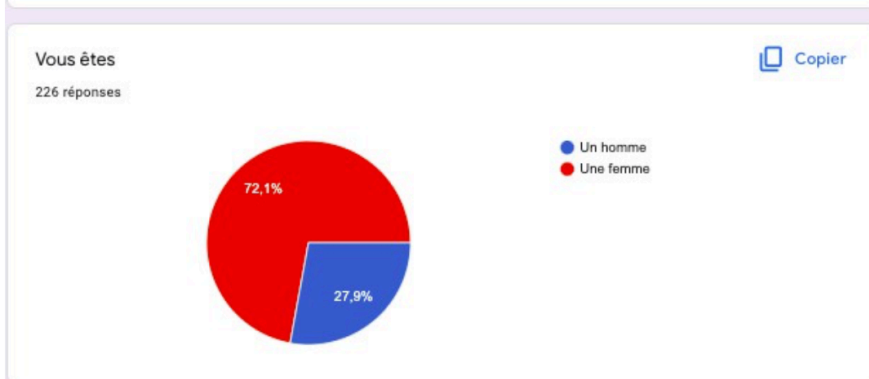
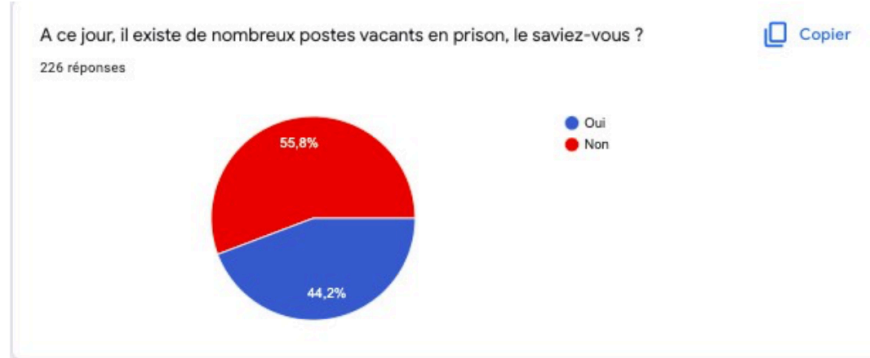
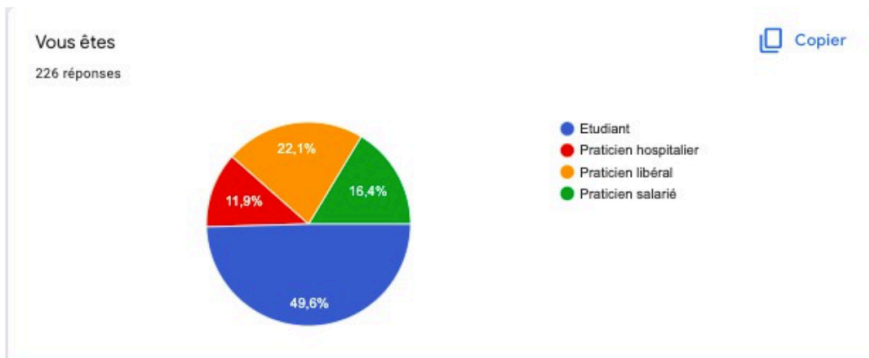
75% € % .0 .00 123 Par défaut ... 12 B I ✎ A 📄 📊 📈 📉 📏 📐 📑 📧 📧 📧 📧

A1:J2 fx ARS Normandie

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	
1	ARS Normandie										Verbatims										
2																					
3	Mobilité des professionnels	Beaucoup de changement sur les postes, des fois ca se passe bien, des fois ca se passe mal								"on sait très bien que les professionnels bougent beaucoup, à tous les niveaux d'ailleurs." "c'est que à un moment donné ça se passe mal mais peut-être que avant ça se passait mieux ou que si on a quelques conditions qui se mettent en place ca peut se passer mieux"											
4		Complexifie la mise en place de projets								"éternel recommencement de reprendre les choses au début au tout début quand on a une équipe qui est partante et bah on essaie de faire avancer les choses avec eux et dès que l'équipe change et bah on recommence à zéro quoi"											
5											"les lois sont là, les personnes aussi, des dynamismes sont là et puis après comment on articule tout ça .."										
6	Organisation	2 personnes : 1 santé accès aux soins, modalité de mise en place des structures de soin et 1 prévention/promotion de la santé ; 20% du temps de travail ; 11 unités sanitaires																			
7		Organisation variable en fonction des ARS								"Ce qui fait que le temps imparti au sein de l'ARS, il est d'abord extrêmement variable, et puis même quand il existe parfois il n'est pas important parce qu'on a beaucoup d'autres missions en parallèle."											
8		Organisation variable en fonction des DISP								"Après bah c'est pareil pour la DISP par exemple, heu effectivement le volet santé de la DISP on s'aperçoit qu'il y a quand même pas mal de changements. Des personnes qui sont en charge de cette de cette thématique et que en plus c'est pas la seule fonction qu'ils ont. Ils ont aussi énormément d'autres, d'autres fonctions ce qui fait que voilà il y a déjà un élément qui est variable en fonction à la fois des ARS et des DISP."											
9		Contact avec la DISP et avec directeurs d'établissement								"Alors l'interlocuteur de façon générale de l'ARS c'est la DISP, la direction inter-régionale. Après on a aussi des interactions directes avec les directeur d'établissement pénitentiaire. C'est à dire que quand le directeur d'établissement pénitentiaire il a un problème en lien avec la santé il va, il a aussi la possibilité d'appeler l'ARS. Il est citoyen comme tout le monde et peut aussi appeler l'ARS, donc c'est pas une obligation, en tout cas ça n'a pas été une obligation de passer par l'unité sanitaire pour contacter l'ARS."											
10										"moi j'avais les deux, les deux enfin que ce soit le directeur ou le médecin de l'unité sanitaire. Je parlais au deux de la même façon, il n'y avait pas de soucis"											
11	Temps nécessaire pour appropriation des thématiques								"essaye dans la mesure du possible de garder les compétences"												
12									"parce que ça nécessite quand même certaines connaissances et certaines compétences, on s'approvisionne pas médecin en charge de la santé du milieu pénitentiaire c'est pas, enfin ca se fait pas du jour au lendemain, il faut quand même une certaine expérience."												
13	Interlocuteur médecin								bien on a besoin d'avoir un médecin pour parler justement avec les unités sanitaires avec un certain nombre d'acteurs												
14	Personne désignée sur son poste car préalablement formation des équipes à l'ETP, connaissance de l'équipe																				
15	Place des soignants en prison	Accès aux soins								"prodiguer les mêmes soins à tout le monde quelles que soient les circonstances y compris les détenus. Il n'y a pas lieu de, d'avoir des prises en charge différentes quoi, c'est pas la double peine quoi."											
16										"répondre aux droits des détenus d'être pris en charge à proximité avec les dernières données, enfin les mêmes modalités que en dehors quoi."											
17											"qu'ils ont cette sensibilité justement de vouloir à tout prix faire en sorte que le soin des détenus soit à la même enseigne que n'importe quelle autre personne quoi."										
18	Délaissement de ces problématiques	Place des soins en prison n'est pas contestée mais ne fait pas partie des priorités des hôpitaux								"Est ce que ça fait partie des priorités des hôpitaux ? Heu.....voilà.....la question est posée.... mais c'est pas, c'est pas la question d'intégration, je pense qu'ils ont bien compris"											
19										"après dans les priorités d'un établissement il y a énormément de choses, donc après il faut...comment on positionne la santé des détenus dans l'ensemble des priorités de l'hôpital."											
20											"déjà un déficit énorme en termes de professionnels de santé sur l'ensemble de la région."										
21	Région déjà sous dotée										"beaucoup de difficultés à trouver des professionnels de santé"										

+ ☰ ARS Normandie ▾ ARS Grand ▾ Médecin Bordeaux ▾ ARS Nouvelle Aquitaine ▾ Hopital Bordeaux ▾ DGS 1 ▾ DGS 2 ▾ ARS Ile de France ▾ Antoine La: ◀ ▶

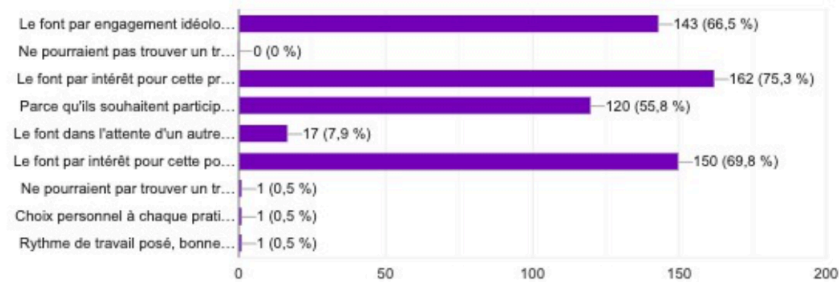
Annexe 3 : Résultats de l'enquête portant sur la perception de l'exercice médical en prison



Pour vous, les soignants travaillant en prison (plusieurs choix possibles)

215 réponses

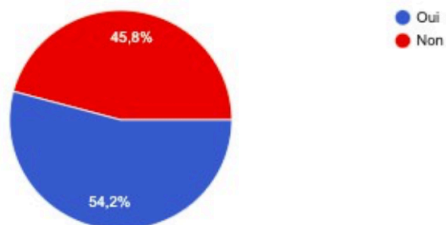
[Copier](#)



Pourriez vous envisager d'exercer en prison

227 réponses

[Copier](#)

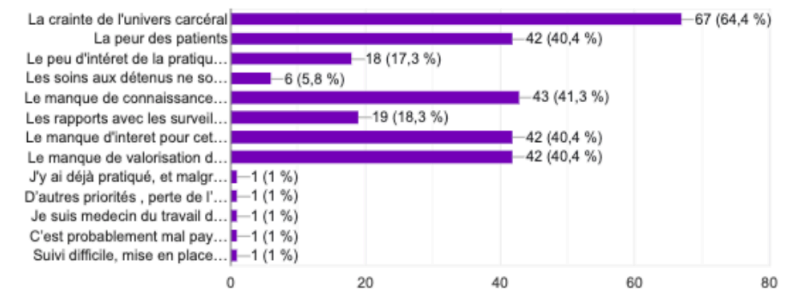


Vous avez répondu ne pas pouvoir envisager d'exercer en prison

Quels seraient pour vous les obstacles à la pratique en prison ? (plusieurs réponses possibles)

[Copier](#)

104 réponses

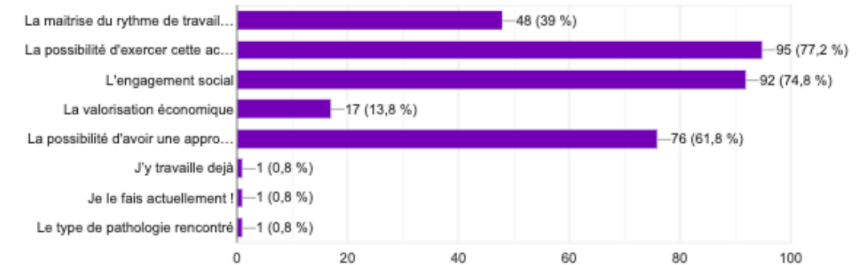


Vous avez répondu pouvoir travailler en prison

Vous pourriez envisager d'exercer en prison pour :

[Copier](#)

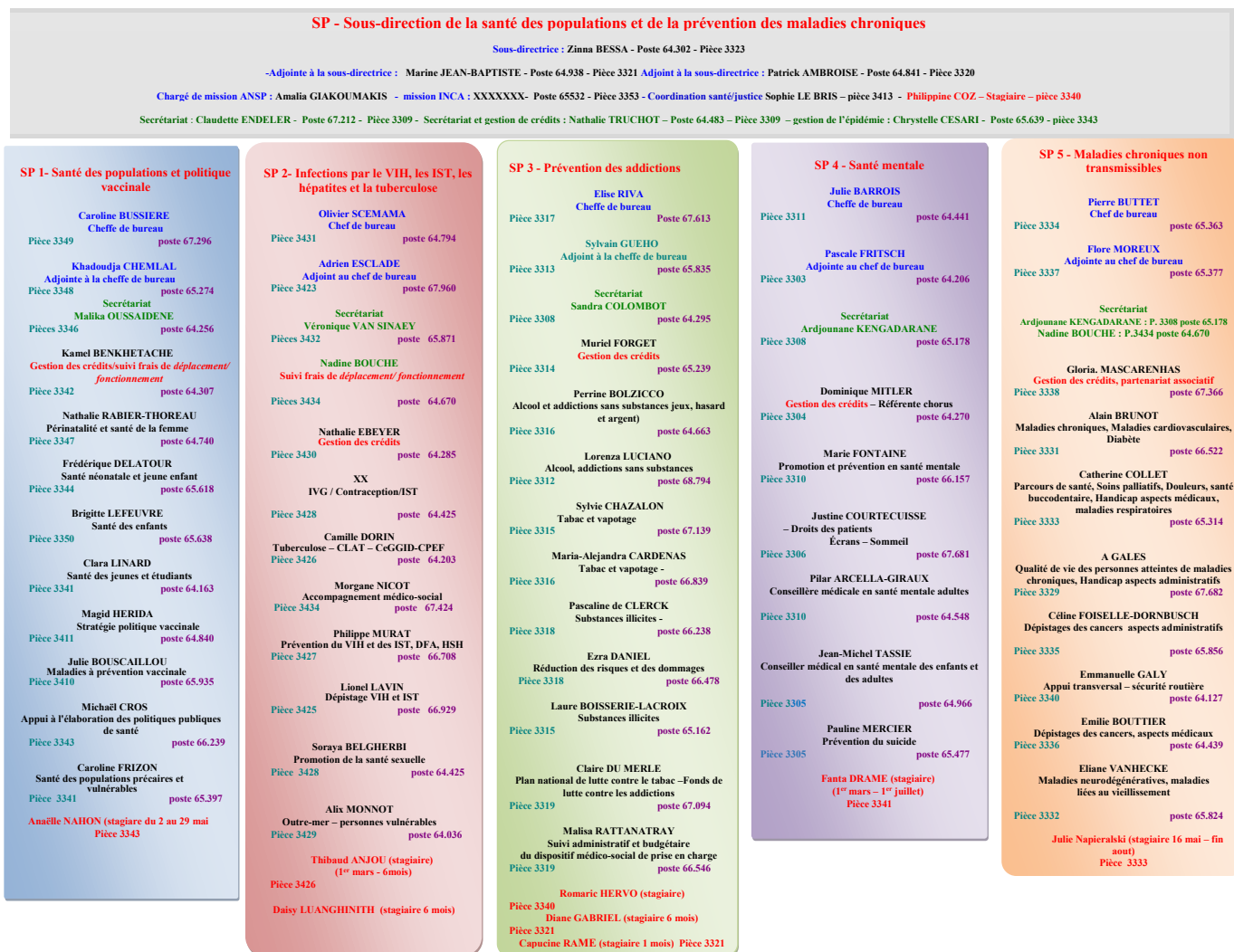
123 réponses



Annexe 4 : Liste des entretiens effectués en 2020/2021

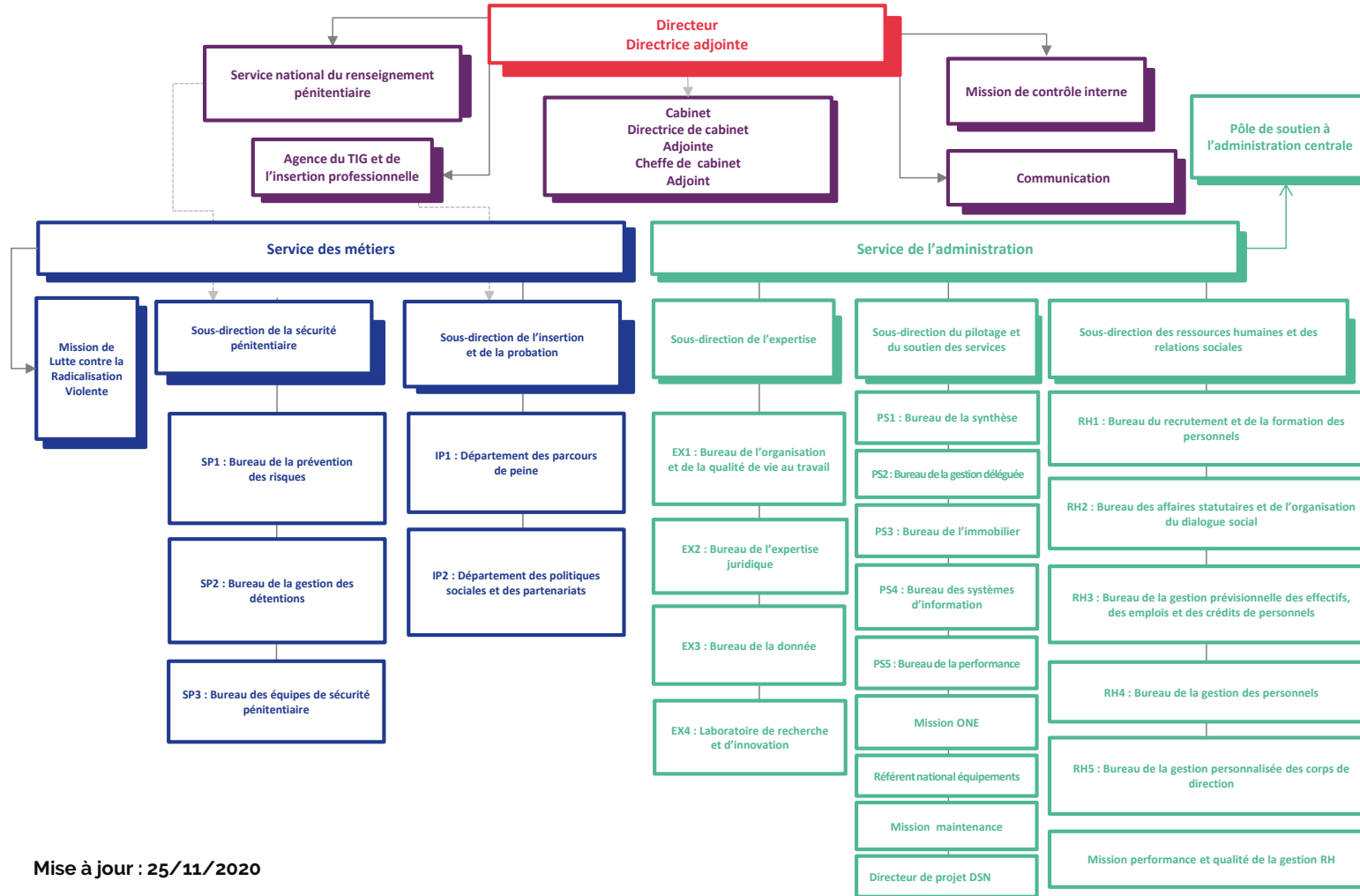
Numéro entretien	Profession	Age	Durée de l'entretien (min)	Sexe
1	Chirurgien-dentiste 1	40-50	60	M
2	Chirurgien-dentiste 2	40-50	43	M
3	Chirurgien-dentiste 3	50-60	57	F
4	Chirurgien-dentiste 4	50-60	32	F
5	Chirurgien-dentiste 5	40-50	72	M
6	Directeur d'établissement pénitentiaire 1	50-60	30	M
7	Directeur d'établissement pénitentiaire 2	40-50	40	F
8	Directeur d'établissement pénitentiaire 3	40-50	43	F
9	Directeur d'établissement pénitentiaire 4	40-50	47	M
10	Médecin coordinateur 1	50-60	60	M
11	Médecin coordinateur 2	40-50	67	F
12	Médecin coordinateur 3	40-50	56	M
13	Conseil d'insertion et probation 1	50-60	55	F
14	Conseil d'insertion et probation 2	40-50	27	F
15	Conseil d'insertion et probation 3	30-40	47	F
16	Conseil d'insertion et probation 4	30-40	23	F
17	Conseil d'insertion et probation 5	40-50	44	F
18	Sous-directeur hospitalier en charge des soins en milieu pénitentiaire 1	30-40	35	F

Annexe 5 : Organigramme de la direction générale de la santé



Annexe 6 : Organigramme de la direction de l'administration pénitentiaire

Organigramme des services centraux de la DAP



Mise à jour : 25/11/2020

COZ	Philippine	11/07/2022
Master 2		
Pilotage des politiques et actions en santé publique		
Les soignants en milieu pénitentiaire : l'attractivité par la recherche de sens		
Promotion 2021-2022		
<p>Résumé :</p> <p>Ce travail se penche sur le manque d'attractivité des postes de soignants en milieu pénitentiaire au prisme de la perte de sens. Il s'appuie sur 15 entretiens conduits auprès de différents acteurs du champ de la santé carcérale auxquels s'ajoute une observation participante de 4 mois au ministère des solidarités et de la santé. Une enquête effectuée auprès de 226 médecins sur leur perception de l'exercice médical en prison vient compléter la base de réflexion.</p> <p>Dans un contexte d'accroissement de la population pénale, de projet d'augmentation du parc pénitentiaire français et de multiplication des tâches confiées aux médecins en prison, le manque d'attractivité de ces postes constitue un enjeu majeur de santé publique.</p> <p>Les résultats de cette étude montrent les difficultés que rencontrent ces soignants à valoriser leur exercice. La disqualification de cette activité tant par leurs pairs que par l'extérieur limite le sens qu'ils trouvent dans leur pratique qui ne correspond pas aux codes de valorisation hospitaliers. Le faible portage politique relatif à cette thématique, associé à une méconnaissance du milieu, concourent au désintérêt vis-à-vis de ces fonctions. Une structuration et un suivi régional inégal, un pilotage national réduit couplés à une capacité d'action limitée engendrent frustration et incompréhension de la part des professionnels qui peinent à définir le sens de leur activité.</p> <p>Il existe pourtant plusieurs solutions pour renforcer l'attrait de cette pratique. Elles vont d'une meilleure mise en valeur durant la formation initiale au renforcement de la communication sur le rôle des médecins en prison à destination de l'ensemble de la société. Enfin une réflexion sur le sens de la peine de privation de liberté et sur la place des soignants au sein du parcours pénal permettrait de repositionner cette activité et de lui donner tout son sens.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Milieu pénitentiaire – Hôpital – Sociologie professionnelle – Organisation de soins</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires :</i></p> <p><i>ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		