



**HAL**  
open science

**Professions et prison. Soigner et enseigner en prison : un regard sociologique croisé sur le fonctionnement de la prison et sur les professions de la santé et de l'enseignement intervenant dans ce milieu**

Bruno Milly

► **To cite this version:**

Bruno Milly. Professions et prison. Soigner et enseigner en prison : un regard sociologique croisé sur le fonctionnement de la prison et sur les professions de la santé et de l'enseignement intervenant dans ce milieu. Sociologie. Université Lumière Lyon 2, France, 2000. Français. NNT: . tel-01948573

**HAL Id: tel-01948573**

**<https://shs.hal.science/tel-01948573>**

Submitted on 7 Dec 2018

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

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

Université Lumière Lyon II  
Faculté d'Anthropologie et de Sociologie

Thèse pour obtenir le grade de docteur de l'Université Lumière Lyon II  
Doctorat de sociologie et sciences sociales

présentée et soutenue publiquement par

**Bruno MILLY**

le 14 janvier 2000

**Professions et prison**

Soigner et enseigner en prison : un regard sociologique croisé sur  
le fonctionnement de la prison et sur les professions de la santé et  
de l'enseignement intervenant dans ce milieu.

Directeur de thèse :

Monsieur **Claude GIRAUD**, Professeur à l'Université Lyon II

Jury :

Monsieur **Raymond BOUDON**, Professeur en Sorbonne et membre de l'Institut

Monsieur **Yves GRAFMEYER**, Professeur à l'Université Lyon II

Madame **Monique HIRSCHHORN**, Professeur à l'Université Paris V

Monsieur **Jean-Claude RABIER**, Professeur à l'Université Lille I

Madame **Corinne ROSTAING**, Maître de conférences à l'Université Lyon II

# Professions et prison

## Soigner et enseigner en prison : un regard sociologique croisé sur le fonctionnement de la prison et sur les professions de la santé et de l'enseignement intervenant dans ce milieu.

Résumé de la thèse :

A partir d'une enquête par entretiens menée auprès de professionnels de la santé et de l'enseignement intervenant dans les prisons françaises, la recherche propose un double regard sociologique, inspiré des sociologies de l'action. Un premier regard est porté sur la prison à travers le prisme des professions : la prison ne peut plus être assimilée à une institution uniformément totale — en ce qu'elle limiterait structurellement l'autonomie de tous ceux qui y exercent une profession —, et nécessairement totalitaire — en ce qu'elle priverait les personnes détenues de droits dont celles-ci ne sont pas juridiquement privées —. Si l'accès des détenus à l'enseignement (encore conçu comme un privilège) et l'autonomie des enseignants restent fort limités, l'accès à la santé (conçu comme un droit) et l'autonomie des médecins et infirmiers se sont fortement développés ces dernières décennies.

Un second regard est porté sur les professions à travers le prisme de la prison. Il établit la diversité des actions et des représentations de ceux qui sont généralement nommés ou qui se nomment sous de mêmes étiquettes professionnelles, alors même que ces acteurs interviennent dans un système de contraintes supposé uniformisant. La diversité des modèles normatifs et des façons dont chaque professionnel conçoit sa place en prison, explique l'éclatement des comportements d'acteurs pourtant recouverts sous de mêmes étiquettes professionnelles. Cet éclatement, reconnu et revendiqué par les enseignants, est passé sous silence par la plupart des professionnels de santé. L'analyse dégage alors les poids et les enjeux, différents selon les ensembles professionnels étudiés, des effets d'affichage et des présentations de soi dans l'usage de dénominations professionnelles.

Discipline : Sociologie

Mots-clés : Prison, Professions, Enseignement, Santé, Enseignants, Médecins, Infirmiers, Institution totale, Institution totalitaire.

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>6</b>
<b>PREMIERE PARTIE .....</b>	<b>20</b>
<b>PROBLEMATIQUES ET METHODOLOGIE .....</b>	<b>20</b>
CHAPITRE 1 .....	22
UNE SOCIOLOGIE DE LA PRISON .....	22
A TRAVERS LE PRISME DES PROFESSIONS .....	22
1. <i>Une sociologie parmi d'autres sociologies de la prison</i> .....	23
1.1. Les premières recherches sociologiques sur la prison .....	24
1.2. Le poids de l'héritage foucauldien .....	33
2. <i>Une relecture des facettes de l'institution pénitentiaire</i> .....	41
2.1. Limites et pertinence d'un nouvel angle d'analyse.....	41
2.2. Trois axes d'analyse de l'institution prison .....	47
<i>Conclusion</i> .....	58
CHAPITRE 2 .....	60
UNE SOCIOLOGIE DES PROFESSIONS A TRAVERS LE PRISME DE LA PRISON .....	60
1. <i>Une sociologie parmi d'autres sociologies des professions</i> .....	62
1.1. L'approche fonctionnaliste des professions.....	63
1.2. L'approche interactionniste des professions.....	70
1.3. L'analyse des professions en France .....	76
2. <i>La profession : communauté réelle ou ferment nominal ?</i> .....	84
2.1. Proposition d'un modèle général d'analyse des professions .....	84
2.2. L'adaptation du modèle à un milieu d'exercice particulier .....	94
<i>Conclusion</i> .....	98
CHAPITRE 3 .....	100
VOYAGE EN PRISON. RETOUR D'ENQUETE.....	100
1. <i>Le "choix" des terrains</i> .....	101
1.1. L'accès au terrain.....	101
1.2. Les personnes rencontrées et les lieux visités .....	106
2. <i>Les méthodes d'enquête</i> .....	117
2.1. L'observation, difficile ou impossible.....	117
2.2. L'entretien .....	131
3. <i>Analyse et écriture</i> .....	150
3.1. Les méthodes d'analyse des entretiens .....	150
3.2. L'écriture de la thèse .....	154
<i>Conclusion</i> .....	157
CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE .....	158
<b>SECONDE PARTIE .....</b>	<b>159</b>
<b>LES PROFESSIONNELS DE LA SANTE EN PRISON .....</b>	<b>159</b>
CHAPITRE 4 .....	163
MISE EN PERSPECTIVE HISTORIQUE DE LA SANTE EN MILIEU PENITENTIAIRE.....	163
1. <i>De la Constituante à la Seconde Guerre Mondiale : entre philanthropie et austérité</i> .....	168
1.1. De 1791 à 1838 : la prison ou l'asile .....	168
1.2. De 1838 à 1870 : la fin des philanthropes .....	173
1.3. De 1871 à la Seconde Guerre Mondiale : l'occasion manquée .....	178
2. <i>Depuis la Seconde Guerre Mondiale : les années honteuses</i> .....	183
2.1. La réforme de 1945 et son application : de promesses en désillusions.....	183
2.2. Les années 1960 et 1970 : de symboles en idoles.....	187
2.3. Les années 1980 : les germes d'une réforme .....	193
3. <i>La "révolution" des années 1990 ?</i> .....	199
3.1. L'heure du bilan : les symboles d'une sous-médecine .....	199
3.2. La réforme du 18 janvier 1994 .....	207
<i>Conclusion</i> .....	214
CHAPITRE 5 .....	217
LES MEDECINS ET LES INFIRMIERS DANS LE SYSTEME DE CONTRAINTES CARCERAL .....	217
1. <i>Une autonomie élargie</i> .....	218
1.1. Le statut d'indépendance .....	218
1.2. L'autorité professionnelle.....	222
1.3. La sacralité du droit à la santé .....	227
2. <i>Une autonomie qui dérange : la question des retards</i> .....	231
2.1. Une lenteur spécifique au milieu pénitentiaire ?.....	232
2.2. Les retards comme fruit de rapports de force .....	236
2.3. Les retards comme enjeu identitaire .....	242

3. Une autonomie instable : des situations critiques .....	245
3.1. Les transferts .....	245
3.2. Les injonctions de soins.....	253
3.3. Les certificats coups et blessures .....	256
En guise de conclusion et de transition : les conflits et les arrangements.....	258
CHAPITRE 6 .....	262
L'EXERCICE PROFESSIONNEL A TRAVERS LA RELATION THERAPEUTIQUE EN PRISON .....	262
1. Les formes de politesse et le règne de l'impersonnalité .....	265
1.1. Des productions ostentatoires .....	268
1.2. Symboles d'une relation authentique ou d'un traitement impersonnel ? .....	273
2. Le primat du fonctionnel.....	278
2.1. La consultation médicale : un acte crucial, squelettique et fonctionnel .....	278
2.2. Les consultations psychiatriques : un cas à part ? .....	292
2.3. La fonctionnalité des soins infirmiers.....	299
3. La méfiance ou l'impossible neutralité affective .....	303
3.1. Une méfiance réciproque .....	303
3.2. Un détenu présumé dangereux.....	309
3.3. La connaissance des motifs d'incarcération : entre connaissance ordinaire et déni déontologique .....	314
4. L'autocratie .....	320
4.1. Devoir dire non .....	321
4.2. Pouvoir dire non .....	327
Conclusion .....	331
CHAPITRE 7 .....	336
LES LOGIQUES D'ACTION DES PROFESSIONNELS DE SANTE EN PRISON .....	336
1. Typologie des groupes d'acteurs .....	337
1.1. Les "organicistes" .....	339
1.2. Les "spécialistes pénitentiaires" .....	343
1.3. Les "consensuels" .....	348
1.4. Les "puristes" .....	352
2. La force nominale des groupes de référence .....	356
2.1. Professionnels en prison / professionnels en milieu libre : un clivage passé sous silence .....	358
2.2. Médecins et infirmiers : un clivage illusoire ? .....	362
2.3. Somaticiens et psychiatriques : un clivage survalorisé .....	364
2.4. Le poids disqualifiant du milieu pénitentiaire .....	369
Conclusion : Les professions de santé, noms communs ou actions collectives ? .....	375
CONCLUSION DE LA SECONDE PARTIE .....	378
<b>TROISIEME PARTIE .....</b>	<b>380</b>
<b>LES PROFESSIONNELS DE L'ENSEIGNEMENT EN PRISON .....</b>	<b>380</b>
CHAPITRE 8 .....	384
MISE EN PERSPECTIVE HISTORIQUE DE L'ENSEIGNEMENT EN MILIEU PENITENTIAIRE.....	384
1. Jusqu'à la Libération : l'histoire d'une absence .....	385
1.1. 1815-1870 : une présence minimale et une légitimité contestée.....	386
1.2. La Troisième République : l'école oubliée.....	394
2. 1945-1985 : naissance et croissance.....	398
2.1. 1945-1960 : le temps des dernières hésitations .....	398
2.2. 1959-1985 : les années école primaire.....	401
3. Depuis 1985 : une nouvelle donne ? .....	407
3.1. 1985-1995 : les années lycée .....	407
3.2. Les changements de 1995 .....	410
Conclusion .....	414
CHAPITRE 9 .....	416
LES ENSEIGNANTS DANS LE SYSTEME DE CONTRAINTES CARCERAL .....	416
1. Une autonomie tronquée .....	417
1.1. Un statut d'indépendance et une large autonomie pédagogique.....	417
1.2. Une autonomie qui ne repose pas sur une autorité reconnue .....	421
1.3. Une conception de l'enseignement et de son accès comme des privilèges .....	425
2. Une autonomie en situation critique.....	428
2.1. Les retards .....	428
2.2. Les transferts .....	431
2.3. L'occupation forcée des détenus .....	433
3. Une autonomie encadrée par un système des privilèges .....	437
3.1. Un système rôdé .....	437
3.2. L'enseignement en concurrence .....	443
Conclusion .....	447
CHAPITRE 10 .....	448
L'EXERCICE PROFESSIONNEL A TRAVERS L'ACTE D'ENSEIGNER .....	448
1. Les éléments d'entente entre enseignants .....	449
1.1. La réinsertion : un rêve partagé .....	449

1.2. Le consensus apparent sur l'individualisation .....	454
2. <i>Les pommes de discorde entre enseignants</i> .....	459
2.1. Des désaccords sur la gestion des motivations .....	459
2.2. Des désaccords sur la certification des acquis .....	465
2.3. Des désaccords sur les contenus .....	471
3. <i>Le cas des relations avec les détenus</i> .....	477
3.1. Une relation verticale ou horizontale ? .....	478
3.2. L'indifférence ou la sympathie.....	482
3.3. Entre méfiance et confiance.....	487
<i>Conclusion</i> .....	491
CHAPITRE 11 .....	493
LES LOGIQUES D'ACTION DES PROFESSIONNELS DE L'ENSEIGNEMENT EN PRISON .....	493
1. <i>Typologie des groupes d'acteurs</i> .....	494
1.1. Les "bellicistes" .....	495
1.2. Les "magister malgré eux" .....	501
1.3. Les "pédagogues spécialisés" .....	508
2. <i>La profession enseignante entre actions et dénominations</i> .....	512
2.1. Le mythe d'une communauté professionnelle .....	512
2.2. Des clivages largement affichés par les enseignants.....	514
2.3. L'intérêt d'afficher sa différence .....	516
2.4. Le poids valorisant du milieu pénitentiaire.....	521
<i>Conclusion : L'éclatement du monde enseignant en prison</i> .....	525
CONCLUSION DE LA TROISIEME PARTIE .....	528
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>530</b>
LA PRISON A TRAVERS LE PRISME DES PROFESSIONS.....	534
<i>La prison est-elle toujours une institution totale ?</i> .....	534
<i>La prison est-elle encore une institution totalitaire ?</i> .....	537
<i>La prison, entre permanence et changements</i> .....	539
DES PROFESSIONS A TRAVERS LE PRISME DE LA PRISON.....	541
<i>La diversité des actions et des représentations professionnelles</i> .....	541
<i>Le poids et les enjeux des présentations de soi</i> .....	545
EPILOGUE .....	548
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>550</b>
OUVRAGES ET ARTICLES .....	550
DOSSIERS ET DOCUMENTS .....	562
FILMOGRAPHIE ABREGEE .....	563
<b>ANNEXES</b> .....	<b>564</b>
ANNEXE 1 : PRESENTATION STATISTIQUE DU MILIEU PENITENTIAIRE EN FRANCE.....	565
ANNEXE 2 : LES PERSONNES RENCONTREES EN ENTRETIEN .....	577
ANNEXE 3 : DONNEES SUR LA SANTE EN PRISON .....	588
ANNEXE 4 : DONNEES SUR L'ENSEIGNEMENT EN PRISON .....	604
ANNEXE 5 : SYSTEME DISCIPLINAIRE ET SYSTEME DES PRIVILEGES.....	612

# Introduction

J'ai enseigné deux ans en prison en tant que membre du GENEPI<sup>1</sup>. De mon premier cours dans la prison de Fresnes, que les détenus ont coutume d'appeler "la fascisante" du fait de la rigueur de son règlement intérieur et de son architecture inhumaine, me restent en mémoire quelques images : la hauteur des murs d'enceinte, les filets anti-suicide, les barbelés dans les cours de promenade, le regard suspicieux de ceux qui s'interrogent sur la raison de votre présence ; quelques bruits aussi : des grilles qui se referment, des portes qui claquent, des cris de détenus s'interpellant de cellule en cellule ; une angoisse encore : celle de ne pas pouvoir sortir, mêlée à l'envie de ne plus revenir ; une appréhension enfin : que dire au détenu-étudiant ? Qu'avait-il pu faire ?

Au fil des semaines, le regard ne cédait plus au choc de la première fois, l'angoisse se décantait et la confiance installée avec les détenus prenait le pas sur les premières appréhensions. Mais de l'habitude naissait aussi un malaise obsédant qui prenait forme avec la récurrence d'une question : quel rôle joue l'intervenant extérieur dans le milieu pénitentiaire ? Apprendre que l'accès des détenus aux prestations éducatives était souvent assujéti à des exigences de calme ou de soumission en détention, me dérangeait. La bienveillance de certains personnels de l'Administration Pénitentiaire pour les intervenants extérieurs n'était-elle pas le signe de leur utilité disciplinaire ? N'entendait-on pas d'ailleurs dire qu'ils constituaient des "réducteurs de tension" ou des "soupapes de sécurité", en occupant les détenus et en étant certains de leurs interlocuteurs privilégiés ? Fallait-il, comme me le suggéraient les bénévoles que je côtoyais, accepter ce rôle à titre d'"effet pervers" incontournable et s'éviter des interrogations jugées "stériles et paralysantes" ?

Toutes ces questions attestaient d'un sentiment de malaise personnel que les réponses des autres intervenants ne parvenaient pas à dissiper. La réponse aux interrogations nées de mon expérience de la prison ne me semblait donc pouvoir provenir que d'un changement de posture. Que révélerait un regard sociologique sur le rôle des intervenants extérieurs en prison et par là sur le fonctionnement de la prison ? Il me fallait troquer l'habit de l'étudiant bénévole pour celui de l'apprenti-sociologue. Pour asseoir cette métamorphose, je décidais aussi de ne m'intéresser qu'aux intervenants professionnels. Ce choix devait me permettre de prendre de la distance par rapport à mon

expérience de bénévole, tout en élargissant le champ de l'observation : le rôle des intervenants en prison n'était-il problématique que pour les praticiens occasionnels et bénévoles ? Qu'en était-il du rôle des professionnels ? Quels ajustements ces derniers trouvaient-ils entre les contraintes de la prison et leurs aspirations professionnelles ?

Les années de maîtrise et de DEA<sup>2</sup> consacrées pour la première aux rôles et aux pratiques d'enseignants, pour la seconde aux rôles et aux pratiques de médecins et d'infirmiers intervenant dans de grandes maisons d'arrêt, m'ont permis d'approcher et de balayer du regard une première réalité de la prison et des acteurs "extérieurs" qui y exercent leur profession. Ces deux premières années laissaient néanmoins de nombreuses zones d'ombre et interrogations non défrichées. Les tâtonnements de la construction d'un terrain de recherche dans un milieu hermétique, les exigences de rédaction, en limitant les temps d'investigation, ne m'avaient en effet pas permis d'explorer profondément les mondes des professionnels de l'enseignement et de la santé intervenant en prison. Les professionnels rencontrés étaient peu nombreux, travaillaient dans des établissements semblables (grandes maisons d'arrêt), appartenaient généralement à des réseaux d'interconnaissances. Ces différents traits laissaient supposer que la vision des intervenants en prison à laquelle j'avais accédé, était peut-être partielle ou partielle, tout au moins largement influencée par la construction des terrains.

C'est cette intuition dérangeante qui m'a conduit à vouloir entamer une recherche plus approfondie sur ces mondes professionnels explorés jusqu'alors superficiellement. Les premières impressions méritaient d'être affinées par l'analyse des pratiques d'autres professionnels de l'enseignement et de la santé, particulièrement de catégories (professeurs, psychiatres, infirmiers psychiatriques) peu rencontrées jusqu'alors, par la rencontre de personnes détenues et de personnels pénitentiaires, par une multiplication des établissements pénitentiaires étudiés.

Il restait surtout à dégager les enseignements d'une comparaison des professions de l'enseignement et de la santé intervenant en prison. La pertinence de la comparaison, justifiée *a priori* par le statut d'extériorité de ces professionnels à l'Administration Pénitentiaire et par leur prise en charge de missions (la santé, l'enseignement) censées échapper à la mission de garde et de surveillance conférée aux personnels pénitentiaires, était-elle confirmée par la confrontation au terrain ? Ce prisme d'analyse était-il vraiment pertinent pour approcher le fonctionnement de la prison ? Que pouvait révéler l'étude comparée des actions des professionnels de la santé et de l'enseignement sur ce fonctionnement ?

---

<sup>1</sup>Groupement Etudiant National d'Enseignement aux Personnes Incarcérées.



---

<sup>2</sup>Les références des deux mémoires sont données en bibliographie.

Au fil de la recherche, des expériences de terrain et des entretiens, ces interrogations sur la pertinence d'étudier la prison par le prisme des professionnels de la santé et de l'enseignement, se sont croisées avec d'autres interrogations sur ce que recouvrait la notion de profession. Tandis que les premiers entretiens, de par leur caractère épars, m'avaient conduit à limiter le sens du terme profession à celui d'activité singulière d'une personne (profession au sens d'occupation, de métier), la multiplication des entretiens auprès d'acteurs regroupés d'autorité de taxinomiste sous des mêmes catégories professionnelles, m'engageait à réfléchir sur les professions conçues comme des ensembles de personnes censées exercer le même métier, ou encore sur ces agrégats d'acteurs que l'on nomme ou qui se nomment sous un même terme.

La prise de conscience progressive de la variété des logiques d'action des professionnels rencontrés remettait en effet largement en question le présupposé, jusqu'alors implicite, selon lequel à une même dénomination professionnelle correspondaient nécessairement des actions et des représentations identiques chez ceux que cette dénomination englobe : les dénominations "médecins", "infirmiers", "enseignants" recouvraient des actions et des représentations des acteurs apparemment fort différentes. La variété des comportements étudiés me paraissait d'autant plus surprenante que la recherche portait sur des agrégats d'acteurs, intervenant dans un milieu d'exercice restreint et supposé être très contraignant : même en prison, les dénominations "enseignants", "médecins", "infirmiers" semblaient trompeuses ou factices.

Que recouvraient alors les professions, entendues comme des agrégats nominaux d'acteurs : des collectivités réelles d'acteurs, des communautés réelles d'actions et de représentations, ou bien des étiquettes taxinomiques abusives, ou bien encore des groupes de référence pour des acteurs aux actions et représentations divergentes mais ayant intérêt à paraître unis, des ferments nominaux identitaires, des mythes mobilisateurs ? Que pouvait apprendre le milieu d'exercice pénitentiaire sur ce que recouvrent les enjeux et les effets des dénominations professionnelles ? La prison, si elle pouvait être éclairée par le prisme des professions de la santé et de l'enseignement, ne pouvait-elle pas à son tour servir de prisme d'analyse de ces professions en particulier, des professions en général ?

C'est l'assurance de la pertinence de cette interrogation qui constitue la clé de voûte de cette recherche : un regard sociologique croisé sur le fonctionnement de la prison et sur les professions de la santé et de l'enseignement intervenant dans ce milieu. L'analyse développée dans cette thèse se situe ainsi à la croisée de deux problématiques. La première consiste à analyser la prison à

travers le prisme de certaines professions qui y exercent. La seconde consiste à étudier ce que recouvrent les professions à travers le prisme d'un milieu d'exercice particulier.

Le premier axe problématique (présenté dans le chapitre 1) vise à réinterroger la prison à travers un nouveau prisme décentré : celui des professionnels de la santé et de l'enseignement qui y interviennent. Ce prisme est nouveau parce que la prison a jusqu'alors été essentiellement analysée au travers du regard des détenus et de celui des surveillants. Il est décentré, voire iconoclaste, car il délaisse l'étude d'objets qui paraissent centraux ou plus cruciaux : la place de la prison dans la pénalité moderne, la relation détenus-surveillants, le vécu de l'enfermement. Porter le regard sociologique sur les intervenants qui exercent en prison une activité professionnelle, inviter à considérer la prison comme un milieu d'exercice professionnel parmi d'autres ne conduit-il pas à considérer la prison comme un ensemble social banal, alors même que cet espace reste un espace dramatique ou tragique pour les femmes et les hommes incarcérés ? S'il est certain que ce regard porté sur un objet marginal paraît froid par rapport à d'autres analyses sociologiques de la prison, on avancera néanmoins l'idée qu'il permet, en partie parce qu'il est nouveau et décentré, de relire certaines facettes de la prison, jusqu'alors peu observées par d'autres cadres d'analyse.

Dans les discours pénitentiaires<sup>3</sup> et de plus en plus communément<sup>4</sup>, la présence et l'indépendance de statut des médecins, infirmiers, enseignants sont considérées comme les signes d'une prison qui s'ouvre sur l'extérieur, qui se décloisonne, qui offre aux détenus des prestations équivalentes à celles auxquelles ceux-ci pourraient accéder à l'extérieur, bref d'une prison qui évolue. Ce sont ces évidences et ces affirmations auxquelles nous voudrions conférer un simple statut d'hypothèses dans notre recherche, d'autant qu'elles apparaissent contradictoires avec les contours classiques de la prison dressés jusqu'alors par les sociologues. Trois grandes interrogations guideront notre lecture de la prison à travers le prisme des professions de santé et de l'enseignement.

La prison est-elle encore une institution totale ? Cette interrogation est assurément l'une des plus classiques qui se soient posées à propos de l'analyse de l'institution pénitentiaire. Il convient de préciser que l'emploi de la notion d' "institution totale" renvoie ici à l'une, mais non à l'ensemble, des caractéristiques majeures des *total institutions* évoquées par Erving Goffman dans *Asiles*<sup>5</sup> : il s'agira d'évaluer le poids du système de contraintes carcéral sur les intervenants extérieurs ou encore de délimiter l'autonomie que laisse la prison à ceux qui sont chargés en son sein de missions censées ne pas relever de la compétence des personnels pénitentiaires.

---

<sup>3</sup>Par exemple, dans les derniers *Rapports annuels de l'Administration Pénitentiaire* (1994, 1995, 1996, 1997).

<sup>4</sup>Par exemple, dans le numéro que consacrait la revue *Esprit* à la prison : "Prisons à la dérive" (octobre 1995).

<sup>5</sup>Erving Goffman, "Des institutions totalitaires en général", in *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux*, 1961, Paris, Ed. de Minuit, 1968, pp. 45-54

La prison est-elle encore une institution totalitaire sera notre seconde interrogation transversale. Là encore, l'usage de la notion d' "institution totalitaire", tout en proposant un clin d'oeil aux lectures francophones qui ont été longtemps faites d'*Asiles*, mérite d'être précisé. Nous utiliserons la notion d'institution totalitaire pour désigner une institution qui prive les "reclus" qu'elle abrite, de services auxquels leurs droits leur donnent théoriquement accès, qui les prive de droits dont ils ne sont pas juridiquement privés. Les pratiques en prison dépassent-elles ou outrepassent-elles les conditions de la détention légale pour reprendre la terminologie de Foucault ? On évaluera ici le caractère totalitaire de la prison au regard de l'accès à la santé et à l'enseignement.

La dernière interrogation portera sur les permanences et les changements de la prison. Elle visera à resituer le fonctionnement actuel des prisons par rapport aux fonctionnements passés. La prison est-elle cette institution immuable, structurellement immuable, décrite par Michel Foucault dans *Surveiller et Punir*<sup>6</sup> ? Le prisme des professions de la santé et de l'enseignement permet-il de repérer des évolutions ou au contraire des changements de la prison ? Cette interrogation invite à porter un regard diachronique ou historique sur la prison, ce que nous proposerons de faire à propos de la santé et de l'enseignement.

Le second axe problématique (présenté dans le chapitre 2) consiste à s'interroger sur les professions à travers le prisme de la prison. Comme il l'a été écrit précédemment, on entendra ici par professions des dénominations, des agrégats nominaux d'acteurs, sans présager de la cohérence de ces catégories, sans postuler une quelconque homogénéité ou communauté d'actions des acteurs regroupés sous ces dénominations. Il s'agira d'interroger la communauté, la collectivité ou la convergence supposées des actions et des représentations des acteurs que l'on nomme ou qui se nomment sous les mêmes appellations. La cohérence de *la* profession médicale largement affichée par les médecins intervenant en prison, n'est-elle pas par exemple le produit d'une image que les médecins intervenant en prison veulent donner d'eux-mêmes et de leur groupe ?

L'étude repose sur un modèle d'analyse, inspiré des sociologies de l'action et de l'approche interactionniste, qui articule une étude des actions et des représentations d'une part, une analyse des enjeux et des effets des dénominations d'autre part. Dans cette optique, l'étude se centrera, dans le système de contraintes particulier que constitue le milieu pénitentiaire, sur une analyse des modèles normatifs, des comportements effectifs, des sens que les acteurs donnent à leurs actions, des présentations de soi des différents professionnels de la santé et de l'enseignement intervenant en prison. Les dénominations professionnelles reflètent-elles la réalité des actions produites ou sont-

---

<sup>6</sup>Michel Foucault, *Surveiller et Punir, Naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1975

elles des écrans qui masquent les différences internes, des miroirs et des masques que mobilisent les acteurs dans leur façon de se représenter et de présenter leurs actions et leurs représentations ?

L'étude devrait d'abord permettre de comparer les modes de structuration, les degrés de cohérence, affichés et réels, de deux grands groupes professionnels : celui des professionnels de la santé et celui des professionnels de l'enseignement intervenant en prison, puis à un niveau plus fin ceux des "médecins", des "psychiatres", des "infirmiers", des "instituteurs", des "professeurs intervenant en prison", et enfin, à un niveau plus fin encore, ceux des autres groupes nominaux utilisés parfois par les acteurs eux-mêmes. L'étude devrait aussi permettre d'évaluer le poids du système de contraintes pénitentiaires sur les actions et les représentations des différents professionnels. Ce système de contraintes a-t-il un effet homogénéisant sur les actions et les représentations de ceux qui y exercent ? Les médecins, les infirmiers, les enseignants intervenant en prison sont-ils des entités homogènes, des "segments professionnels" ? L'étude devrait enfin permettre de saisir la place plus ou moins valorisée du milieu d'exercice pénitentiaire dans l'éventail des milieux d'exercice offerts aux différents professionnels de la santé et de l'enseignement. Quels sont les professionnels qui valorisent le fait d'exercer en milieu pénitentiaire ? Quel est le poids de ce milieu d'exercice dans les manières qu'ont les différents acteurs de se mettre en scène, d'afficher une appartenance à tel ou tel groupe d'acteurs, de mobiliser telle ou telle norme de comportement ?

Après avoir présenté les intentions de cette recherche, nous voudrions en préciser les assises théoriques. L'analyse repose principalement sur des références issues des sociologies de l'action et de l'interactionnisme symbolique. Elle repose d'abord sur le principe méthodologique selon lequel les phénomènes en apparence ou en réalité collectifs, comme les agrégats professionnels, méritent d'être analysés en étant décomposés en actions individuelles : "La notion d'individualisme méthodologique implique seulement que, pour expliquer un phénomène social, il faut retrouver ses causes individuelles"<sup>7</sup>. Ce principe méthodologique, énoncé par Raymond Boudon, permet notamment de déconstruire et par là de comprendre les façons dont peuvent s'agréger des actions pour produire des phénomènes collectifs. Il est important ici de souligner le caractère méthodologique de ce principe, ne renvoyant pas à une vision atomiste du social qui voudrait qu'il n'y ait en réalité aucune action collective, aucune action commune<sup>8</sup>. En ce sens, l'hypothèse fondatrice de cette recherche selon laquelle les dénominations professionnelles recouvrent peut-être moins des groupes d'acteurs aux actions réellement proches que des agrégats nominaux d'acteurs

---

<sup>7</sup>Raymond Boudon, Article "Action", in Raymond Boudon (sous la dir.), *Traité de sociologie*, Paris, Presses Universitaires de France, 1992, p. 27

<sup>8</sup>Claude Giraud, *L'action commune : essai sur les dynamiques organisationnelles*, Paris, L'Harmattan, 1993 et

aux actions éloignées est une hypothèse analytique qui n'exclut pas la possibilité que ces dénominations puissent rassembler des acteurs aux actions réellement proches, communes ou collectives. Il ne s'agit donc pas de postuler *a priori* un nominalisme "jusqu'au boutiste" qui réduirait les professions à des agrégats uniquement nominaux. Il s'agit plutôt de se donner les moyens analytiques d'interroger les formes d'agrégation et de proximité des acteurs rassemblés sous des mêmes dénominations professionnelles.

L'analyse repose aussi sur la certitude, héritée des travaux de Max Weber<sup>9</sup>, que les actions ne peuvent être comprises qu'en accédant au sens que leur confère celui qui les produit, aux bonnes raisons qui le font agir ainsi. Pour prolonger cette perspective, on distinguera, au moins analytiquement, les actions et les représentations pour saisir les articulations entre l'agir et le penser, entre les manières de faire et les manières de juger, entre les comportements effectifs et les modèles normatifs de comportement. La notion de représentation renverra à celles de "jugements", de "conceptions", de "perceptions", de "valeurs", de "croyances", de "préférences", de "visions du monde". Par modèles normatifs, on désignera les règles, implicites ou explicites, que pensent devoir observer les acteurs sociaux dans l'accomplissement de leurs actions. On essayera de repérer les modèles normatifs des différents acteurs pour accéder aux sens de leurs comportements, à leurs groupes de référence, aux tensions qu'ils peuvent ressentir à propos des écarts entre leurs modèles normatifs d'action et leurs actions effectives. Ce programme de recherche s'inspire ici des relectures du fonctionnalisme de Talcott Parsons par Robert Merton<sup>10</sup> et par François Bourricaud<sup>11</sup>. On émet ainsi les hypothèses que les acteurs peuvent avoir des groupes de référence différents de leurs groupes d'appartenance, qu'ils peuvent suivre plusieurs modèles normatifs, que ces modèles normatifs ne prescrivent pas entièrement les actions effectives, qu'ils peuvent même être ambivalents et concurrents.

Les actions et les représentations des acteurs seront aussi comprises au regard des systèmes de contraintes qui les entourent et qui peuvent tendre à les homogénéiser. Cet énoncé ne me semble pas contradictoire avec les principes méthodologiques individualistes énoncés par ailleurs, puisque "l'individualisme méthodologique reconnaît sans la moindre discussion que l'acteur social se meut dans un contexte qui dans une large mesure s'impose à lui"<sup>12</sup>. Raymond Boudon et François Bourricaud ne rappellent-ils pas que "l'action d'un individu se développe toujours à l'intérieur d'un système de *contraintes* plus ou moins clairement définies, plus ou moins transparentes pour le sujet,

---

*L'intelligibilité du social. Chemins sociologiques*, Paris, L'Harmattan, 1999

<sup>9</sup>Max Weber *Economie et Société*, 1922, Paris, Plon, 1971

<sup>10</sup>Robert K. Merton, *Éléments de théorie et de méthode sociologique*, 1953, Paris, Plon, 1965

<sup>11</sup>François Bourricaud, *L'individualisme institutionnel. Essai sur la sociologie de Talcott Parsons*, Paris, Presses Universitaires de France, 1977

<sup>12</sup>Raymond Boudon, 1992, op. cité, p. 28

plus ou moins rigoureuses”<sup>13</sup> ? Il s’agira ici de rapporter les actions et les représentations des différents professionnels au système de contraintes pénitentiaire, à la matrice sociale que constitue ce milieu d’exercice particulier. Dans cette optique, un des objectifs de l’analyse consistera à évaluer le poids plus ou moins contraignant du milieu d’exercice pénitentiaire pour les différents professionnels qui y interviennent.

Il reste que cette optique refuse de valider *a priori* l’hypothèse selon laquelle le milieu pénitentiaire serait particulièrement contraignant, total ou totalitaire. Elle refuse aussi de faire *a priori* de l’acteur un être assujéti aux seules contraintes du milieu : “L’acteur n’agit pas dans un vide institutionnel et social. Mais le fait que son action se déroule dans un contexte de contraintes, c’est-à-dire d’éléments qu’il doit accepter comme des données qui s’imposent à lui ne signifie pas qu’on puisse faire de son comportement la conséquence exclusive de ces contraintes”<sup>14</sup>. L’adoption de cette hypothèse peut surprendre pour l’analyse d’un milieu qui est généralement présenté comme un milieu très contraignant. Elle semble néanmoins légitimée par les travaux d’Erving Goffman qui défend une perspective sociologique définissant l’individu dans les institutions totales comme “un être capable de distanciation, c’est-à-dire capable d’adopter une position intermédiaire entre l’identification et l’opposition à l’institution”<sup>15</sup>.

L’analyse s’inspirera enfin des travaux des interactionnistes symboliques, dans l’idée que les dénominations professionnelles sont peut-être moins des communautés réelles que des étendards affichés pour masquer des différences internes, des mythes mobilisés par les acteurs dans les façons de se représenter et de présenter leurs actions et leurs représentations. Le terme représentations renverra donc parfois aussi à des “mises en scène”, des “façades”, des formes de “présentation de soi”, comme dans les travaux d’Erving Goffman<sup>16</sup>, à des “miroirs” et des “masques”, comme dans les analyses d’Anselm Strauss<sup>17</sup>.

---

<sup>13</sup>Raymond Boudon et François Bourricaud, *Dictionnaire critique de la sociologie*, article *Action*, Paris, Presses Universitaires de France, 1982, p. 3

<sup>14</sup>Raymond Boudon, *La logique du social, Introduction à l’analyse sociologique*, 1979, Paris, Hachette, Collection Pluriel, 1983, p. 52

<sup>15</sup>Erving Goffman, *Asiles*, op. cité, 1968, p. 373

<sup>16</sup>Erving Goffman, *La mise en scène de la vie quotidienne*, 1953, Paris, Ed. de Minuit, 1973 et *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*, 1963, Paris, Ed. de Minuit, 1973

<sup>17</sup>Anselm Strauss, *Miroirs et Masques. Une introduction à l’interactionnisme*, 1959, Paris, Editions Métailié, 1992 et *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L’Harmattan, 1992



Pour répondre aux deux axes problématiques avancés précédemment, je m'appuierai sur une enquête empirique menée durant quatre ans (deux années pour la maîtrise et le DEA, deux années pour la thèse) et dont la méthodologie, les intérêts et les limites sont exposés dans le chapitre 3. L'enquête se base principalement sur des entretiens, en l'occurrence 65 entretiens menés auprès de 73 personnes, incarcérées ou intervenant dans treize établissements pénitentiaires<sup>18</sup>. Les entretiens, rarement enregistrés, ont fait l'objet d'une retranscription écrite envoyée aux personnes rencontrées qui pouvaient, si elles le souhaitaient, corriger ou modifier certains propos. Ce principe, s'il procure incidemment un matériau intéressant d'analyse des autocensures, offre surtout l'intérêt de donner aux acteurs la maîtrise du passage de leur discours oral au stade écrit, ce qui paraît essentiel pour une sociologie qui entend accéder au sens que l'acteur donne à son action.

L'enquête s'appuie aussi sur de nombreuses rencontres et discussions informelles avec des personnes qui, sans avoir le temps et la disponibilité nécessaires à un entretien sociologique, m'ont permis d'affiner la vision du monde que j'étudiais. Elle s'appuie enfin sur des observations qui, si elles n'ont pu être aussi nombreuses que je le souhaitais initialement, offrent un regard complémentaire sur la prison et sur les professionnels de la santé et de l'enseignement qui y exercent.

Il convient de préciser ici que le groupe des personnes rencontrées n'a pas été composé sur le principe d'un échantillon voulu représentatif dans ses proportions de la population étudiée. L'optique était plutôt de couvrir la variété des acteurs et des logiques d'action, en multipliant les points d'entrée (par exemple en faisant varier les types, les localisations et les tailles des établissements d'exercice), en explorant des terrains officiels (avec les autorisations de l'Administration Pénitentiaire) et officieux (personnes contactées par le biais de professionnels rencontrés officiellement). La saturation de l'information recueillie dans les entretiens, la saturation naissante des réseaux de contacts et la quasi-certitude de ne pas oublier de cas particulier me décidèrent à achever alors le travail d'enquête.

---

<sup>18</sup>Le détail des profils des personnes rencontrées est développé dans le chapitre 3 (§ 1.2.1) et résumé dans l'annexe 2.

Après avoir présenté, précisé et justifié dans une première partie les deux axes problématiques et l'enquête empirique sur lesquels repose cette recherche, nous aborderons deux parties consacrées l'une aux professionnels de santé, l'autre aux professionnels de l'enseignement intervenant en prison. Ces deux parties seront divisées en quatre chapitres qui témoignent d'une même réalité de la prison et des professions mais qui permettent d'observer cette réalité à travers des lieux, des moments, des scènes différentes. Il s'agira de découvrir et de peindre progressivement par des angles d'analyse différents les diverses réalités des professions de la santé et de l'enseignement en prison. Le cheminement proposé évoque l'invitation au voyage au coeur du social proposée par Claude Giraud dans *L'intelligibilité du social* : "c'est un voyage qui se décline sur un registre comparable à celui auquel nous convie le musicien Moussorgsky dans *Autour de tableaux d'une exposition* dont les composantes évoquent des moments fort différents de confrontation aux visages du commun mais qui composent néanmoins une seule et même réalité"<sup>19</sup>. A leur échelle, la seconde et la troisième partie de cette thèse proposent un voyage au coeur d'une réalité kaléidoscopique dont la compréhension ne peut passer que par une multiplication des prismes d'analyse ou des coupes transversales.

Dans chacune des deux parties, un premier chapitre offrira un regard historique sur la santé et l'enseignement en milieu pénitentiaire depuis la Révolution Française et le Code Pénal du 25 septembre 1791 qui constituent, selon les historiens de la prison, une rupture majeure dans l'histoire de l'emprisonnement. Ce regard diachronique permettra d'abord de prendre de la distance par rapport à une vision chronocentrique qui voudrait que ce qui est aujourd'hui a toujours été ou au contraire n'a jamais été. Il s'agira donc d'évaluer les particularités actuelles de la santé et de l'enseignement en prison, à l'aune de leurs contours passés. Dans la perspective problématique de comprendre la prison par le prisme des professions, cette approche historique permettra de saisir les évolutions ou les permanences de la prison, notamment celles de ses caractères total et totalitaire. Dans l'autre perspective — l'étude des professions à travers la prison —, l'approche historique permettra d'approcher certains fondements de la diversité des actions et des représentations des professionnels intervenant en prison, par exemple des effets de génération.

Après avoir dressé ces contours historiques, un second chapitre proposera, dans chacune des parties, de porter un regard sur l'autonomie des professionnels étudiés, ou encore sur la plus ou moins forte prégnance du système de contraintes pénitentiaire sur les différents professionnels. L'intérêt de ce regard est double. D'une part, il permet d'évaluer ce que les sociologues anglo-saxons des professions — on pense notamment à Talcott Parsons<sup>20</sup> et Eliot Freidson<sup>21</sup> — jugeaient, malgré

---

<sup>19</sup>Claude Giraud, *L'intelligibilité du social. Chemins sociologiques*, Paris, L'Harmattan, 1999, p. 6

<sup>20</sup>Talcott Parsons, "The Professions and Social Structure", 1939, in *Essays in Sociological Theory, Pure and Applied*, 2ème éd., Glencoe, Illinois, The Free Press, 1958, pp. 34-49 et "Social Structure and Dynamic Process : The Case of

leurs divergences, caractéristique des professions établies aux Etats-Unis : l'autonomie ou encore le droit d'exercer son contrôle sur son propre travail. D'autre part, le regard porté sur l'autonomie permet de situer précisément les actions et les représentations des différents acteurs par rapport aux systèmes de contraintes, d'interactions et d'interdépendances qui les entourent. Il s'agira donc de distinguer les formes d'autonomie et de limitation de l'autonomie que rencontrent les différents acteurs dans le système de contraintes carcéral. Ce projet devrait ainsi permettre d'approcher ce que nous avons nommé les caractères total et totalitaire de la prison, tout en jetant les bases d'une compréhension des logiques d'action des différents professionnels.

Dans chacune des deux parties, sera ensuite proposé un troisième tableau des professionnels de la santé et de l'enseignement en prison. La logique d'exposition consistera alors à étudier la variété des facettes de l'exercice professionnel, en cernant comment l'on soigne et l'on enseigne en prison. Ce regard s'intéressera autant à la facette technique du travail (le contenu d'une consultation, d'un cours) qu'à d'autres facettes de l'ordre des sentiments (la sympathie, l'indifférence, la méfiance, la peur, etc.), qui expliquent les formes de relations thérapeutiques et pédagogiques en prison. S'inspirant de l'intuition de François Bourricaud<sup>22</sup> selon laquelle l'analyse sociologique des actions professionnelles tirerait profit d'une étude des tensions entre l'exécution effective d'un rôle et sa définition normative, l'analyse mettra un accent particulier sur l'analyse des modèles normatifs affichés par les acteurs, des comportements effectifs, des tensions ressenties par les acteurs eux-mêmes autour des écarts entre modèles normatifs et comportements effectifs. Cette analyse permettra une première approche de la variété des actions, des représentations et des présentations de soi des différents acteurs de la santé et de l'enseignement.

Pour terminer notre cheminement, nous aborderons dans chacune des deux parties un dernier chapitre qui entendra cette fois partir des logiques des acteurs pour saisir comment émergent, au sein de chaque profession nominale, des groupes d'acteurs aux actions et représentations cohérentes et homogènes. On établira ainsi des typologies qui rendent compte de la proximité ou au contraire de l'éloignement des actions et des représentations des différents professionnels de la santé et de l'enseignement. Les dénominations professionnelles renvoient-elles à des communautés, des collectivités d'acteurs ? Si non, peut-on encore englober sous un même terme des acteurs aux logiques d'action différentes, voire antagonistes ? Comment les acteurs se nomment-ils : affichent-ils ou au contraire masquent-ils les oppositions qui les divisent ? Que révèlent leurs présentations de soi sur le milieu pénitentiaire ?

---

Modern Medical Practice", in *The Social System*, Glencoe, Illinois, The Free Press, 1951, pp. 428-479

<sup>21</sup>Eliot Freidson, *Profession of Medicine*, 1970, New York, Harper & Row, trad. fçse : *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984

<sup>22</sup>Intuition qu'il formule à propos de l'analyse structuro-fonctionnaliste de la profession médicale, in *L'individualisme institutionnel. Essai sur la sociologie de Talcott Parsons*, Paris, PUF, 1977, p. 58 (nous précisons cette intuition dans le 18

A travers ce cheminement, j'espère apporter une petite pierre aux édifices que constituent les analyses sociologiques de la prison et des professions, et dessiner ainsi l'ébauche d'une réponse à cette mise en garde que m'avait adressée un instituteur au cours de l'un de mes premiers entretiens en prison.

“- Et qu'est-ce qu'on va en faire de votre thèse ? Vous coupez les cheveux en quatre. Dans toutes ces recherches, il n'y a que des concepts. La conceptualisation, c'est très bien, mais on perd la part de l'élément concret. Cela me fait penser à une phrase de De Gaulle : "Les chercheurs qui cherchent, on en trouve, les chercheurs qui trouvent, on en cherche.(...) Pour des gens qui, comme moi, sont dans la pratique, il y a un décalage énorme entre la conceptualisation et la pratique. Plus on monte, plus on fait des études, plus on élabore des constructions intellectuelles pertinentes, mais en quoi cela améliore-t-il les choses ? C'est comme si je disais que je vais étudier les habitudes alimentaires des pauvres. Sympathique, non ? (...) Je ne dis que la recherche est inutile, je dis que c'est savant, et que ce sont des préoccupations sans incidence concrète, pratique. Souvent, on plane. Mais si vous voulez vraiment comprendre la réalité, allez vous occuper pendant deux ou trois mois d'illettrés dans une maison d'arrêt, et vous aurez tout compris”.

Instituteur, 55 ans, 30 ans d'ancienneté dont deux en milieu pénitentiaire,  
heures supplémentaires, petite maison d'arrêt

## **Première partie**

### **Problématiques et méthodologie**



# Chapitre 1

## Une sociologie de la prison

### à travers le prisme des professions

La prison semble aujourd'hui devoir constituer un milieu privilégié pour l'observation sociologique. La diversification des thèmes de recherche autour de la prison illustre cet engouement récent des sociologues français pour la prison : Claude Faugeron s'intéresse aux formes de la pénalité, Georges Benguigui, Antoinette Chauvenet, Françoise Orlic aux surveillants, Philippe Combessie aux relations établies entre les établissements pénitentiaires et l'écosystème social environnant, Corinne Rostaing aux rapports sociaux dans les prisons de femmes, Nicolas Bourgoin au suicide en prison. Quel peut être l'intérêt d'un nouvel angle d'approche ? Que peut nous apprendre une analyse des actions et des représentations des professionnels de la santé et de l'enseignement intervenant en milieu pénitentiaire sur le fonctionnement de la prison ?

L'analyse de la prison à travers le prisme des professions de santé et de l'enseignement peut paraître superficielle, peu cruciale, si on en compare le caractère quelque peu détaché et froid à la force émotionnelle contenue dans les témoignages de personnes détenues. De plus, les relations détenu-médecin, détenu-infirmier ou détenu-enseignant apparaissent périphériques au regard de la relation détenu-surveillant. Ce sont tout au moins des sentiments qui m'ont souvent été exprimés, tant par les professionnels que par les personnes détenues, lorsque je précisais en quelques phrases l'objet de ma thèse. Ce sont aussi des sentiments que j'ai parfois éprouvés sur le terrain, principalement dans les entretiens avec les personnes détenues, lorsqu'elles évoquaient au détour d'une phrase les souffrances liées à l'emprisonnement, la douleur des séparations familiales, la vacuité de l'existence. Tout en restant conscient du caractère froid de mon approche, il me semble néanmoins que l'angle d'analyse des professionnels permet d'accéder à une forme de compréhension des situations quotidiennes et du vécu dans l'espace carcéral, et plus largement du

fonctionnement de l'institution pénitentiaire. Ce sont les contours de cet angle d'analyse et les attentes qu'il peut susciter, que nous préciserons dans ce chapitre.

Nous commencerons par donner une lecture des principales analyses sociologiques de la prison, pour saisir la spécificité, l'intérêt et les limites d'une approche de la prison par le prisme des professions de la santé et de l'enseignement. Dans une seconde partie, nous interrogerons la pertinence de l'angle d'analyse choisi avant de préciser les axes d'analyse retenus. L'étude des actions et des représentations des professionnels de la santé et de l'enseignement intervenant en milieu pénitentiaire apparaît comme un outil intéressant pour réinterroger certaines dimensions de l'institution carcérale, plus précisément ses dimensions totale, totalitaire et invariable. Peut-on parler d'une détotalisation de la prison ? De sa détotalitarisation<sup>23</sup> ? Le prisme des professions de la santé et de l'enseignement révèle-t-il des évolutions majeures ou au contraire une permanence de la prison ?

## **1. Une sociologie parmi d'autres sociologies de la prison**

L'engouement sociologique actuel pour la prison ne doit pas cacher que les sociologues, notamment les sociologues français, ont tardé à s'intéresser à la prison, même si l'interrogation sur la peine est ancienne. Comment expliquer ce "retard" ? Comment s'est amorcée puis développée l'analyse sociologique de la prison ? Quelles sont les raisons qui font aujourd'hui de la prison un objet sociologique très convoité ? La réponse à ces différentes interrogations devrait permettre de situer précisément la présente étude dans le champ sociologique et de discerner avec recul les raisons qui peuvent conduire à choisir la prison comme objet et terrain d'étude.

Au travers d'une lecture de l'histoire de la sociologie de la prison, il ne s'agit pas de tenter de dresser un inventaire exhaustif des principaux travaux sociologiques sur la prison, ni de résumer ces travaux. Il ne s'agit pas non plus de dresser l'historique de l'institution pénitentiaire moderne — nous aurons l'occasion d'ébaucher cette histoire de la prison moderne en réfléchissant à la place historique de la santé et de l'enseignement en prison (cf. chapitres 4 et 8) —. Il s'agit de comprendre comment l'objet sociologique prison s'est construit et a été interrogé jusqu'à maintenant, pour situer l'originalité mais aussi les limites d'une approche par les professions de la santé et de l'enseignement.

Nous nous limiterons dans cette sous-partie aux travaux "sociologiques", c'est-à-dire à des travaux qui se réclament principalement de la discipline sociologique. Seront ainsi exclues des

---

<sup>23</sup>La distinction entre détotalisation et détotalitarisation est expliquée dans les paragraphes 2.2.1 et 2.2.2 de ce chapitre.



interrogations anciennes sur les faits criminels, telles celles de Platon, Thomas More, Cesare Beccaria ou Jeremy Bentham, les témoignages de détenus ou de personnels pénitentiaires, ainsi que les travaux proprement historiques. J'ai néanmoins conscience des inconvénients d'une délimitation du champ d'analyse par l'étiquette "sociologique", qui pose la question de l'écriture et des réécritures de l'histoire de la pensée sociologique : faut-il par exemple faire référence aux *Ecrits Pénitentiaires*<sup>24</sup> de Tocqueville qui, s'il ne s'est pas réclamé d'une sociologie que n'avait d'ailleurs pas encore baptisée Auguste Comte, est depuis Raymond Aron<sup>25</sup>, souvent placé parmi les pères fondateurs de la discipline ? C'est finalement moins l'étiquette "sociologique" que l'influence des différents travaux sur les sociologies de la prison qui a été prise en compte dans ce chapitre. Nous n'évoquerons que marginalement les travaux de Tocqueville ou les monographies de Villermé, parce qu'ils n'ont pas constitué des références essentielles pour les sociologues de la prison. Par contre, les travaux de Michel Foucault, rarement étiquetés comme sociologiques, semblent devoir être plus largement évoqués car ils ont durablement marqué la réflexion sociologique.

## **1.1. Les premières recherches sociologiques sur la prison**

Les interrogations sociologiques sur la prison apparaissent au cœur d'un débat fondamental entre les traditions de recherche française et anglo-saxonne. Les sociologues français, en privilégiant l'étude des formes de pénalité, n'ont longtemps vu dans la prison qu'un arrière-plan de l'étude de la criminalité et ont ainsi négligé l'étude des formes internes de la prison. Les sociologues anglo-saxons au contraire ont fait des prisons des objets de monographies, au risque de négliger leur place dans la société et de céder au mythe d'un monde clos.

### ***1.1.1. Le désintérêt initial des sociologues pour la prison***

Si la criminalité est très tôt un champ d'étude privilégié de la réflexion sociologique, l'analyse de la prison est singulièrement absente des premiers travaux de sociologie criminelle ou de criminologie en Europe. C'est à ce constat que conduit la relecture des travaux des deux principales écoles de sociologie criminelle dans la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> siècle : l'école italienne (Lombroso, Garofalo et Ferri) et l'école franco-belge (Quêtelet, Guerry, Lacassagne, Tarde, Durkheim) pour reprendre les dénominations adoptées par Jean-Michel Bessette<sup>26</sup>. Nous n'évoquerons ici qu'incidemment le contenu de ces théories, les divergences entre les deux écoles et au sein de chacune des écoles, puisque nous aurons l'occasion de le faire plus complètement dans les deux

---

<sup>24</sup>Gustave de Beaumont et Alexis de Tocqueville, *Ecrits sur le système pénitentiaire en France et à l'étranger*, in tome IV des *Oeuvres Complètes* de Tocqueville, établi par Michelle Perrot, Paris, Gallimard, 1984

<sup>25</sup>Raymond Aron, *Les étapes de la pensée sociologique*, Paris, TEL Gallimard, 1967

parties historiques consacrées à la santé et à l'enseignement en milieu pénitentiaire. Nous noterons ici seulement deux traits qui rapprochent ces chercheurs et qui témoignent de leur relatif désintérêt pour la prison : l'accent porté sur l'acte criminel plutôt que sur la peine et la prison, la préférence donnée à l'approche statistique sur l'observation.

Tout d'abord, il faut noter que c'est beaucoup moins la peine que les déterminants de la criminalité (principalement biologiques selon l'École italienne, sociaux selon l'École franco-belge) qui intéressent ces sociologues. Aussi l'étude de la prison est-elle seulement considérée comme un arrière-fond de l'étude de la criminalité : l'intérêt principal de la prison semble résider dans le seul fait qu'elle permet d'accéder à des statistiques sur les criminels. On doit bien sûr nuancer cette affirmation dans le cas de la théorie durkheimienne puisque Durkheim affirme qu'il faut étudier moins l'acte dit "criminel", que les réactions sociales qui lui sont attachées :

"Nous constatons l'existence d'un certain nombre d'actes qui présentent tous ce caractère extérieur que, une fois accomplis, ils déterminent de la part de la société cette réaction particulière que l'on nomme la peine. Nous en faisons un groupe *sui generis* auquel nous imposons une rubrique commune ; nous appelons crime tout acte puni et nous faisons du crime ainsi défini l'objet d'une science spéciale, la criminologie."

Emile Durkheim, 1895, *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, PUF, Quadrige, 1987, p. 35

L'approche de Durkheim<sup>27</sup> est nouvelle au sens où elle lie la définition du crime, non à un acte foncièrement immoral (comme le faisait par exemple Garofalo) mais à la peine, ou encore à la réaction sociale attachée dans certaines sociétés à certaines actions : un acte jugé criminel dans une société peut ne pas l'être dans une autre société. Cette réflexion augure de l'intérêt de réfléchir à la place de la prison en tant que forme de pénalité en France, puisque la prison s'est imposée en France depuis la période révolutionnaire comme la forme générale de pénalité. Pourquoi Durkheim ne s'est-il donc pas intéressé plus profondément à la prison ? Il apparaît à la lecture des *Règles de la méthode sociologique* que Durkheim s'intéresse moins à la forme de pénalité (peine de mort, supplices, prison, exil, ...) qu'au fait qu'il y ait ou non pénalité. C'est ainsi le fait qu'un acte soit puni qui le désigne comme crime, et non la façon dont il est puni. Ce raisonnement explique que Durkheim ne se soit pas plus intéressé aux prisons et à ce qui se passait en leur sein.

Un second trait qui rapproche les théories sociologiques et criminologiques de la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle est qu'elles privilégient l'approche statistique sur les formes d'observation directe : les sociologues ne pénètrent pas à l'intérieur des prisons. Ce fait ne surprend pas si on le rapporte aux

---

<sup>26</sup>Jean-Michel Bessette, *Sociologie du crime*, Paris, PUF, 1982 et "La sociologie criminelle", in Jean-Pierre Durand, Robert Weil, *Sociologie contemporaine*, Paris, Vigot, 1990, pp. 491-509

<sup>27</sup>Emile Durkheim, *De la division du travail social*, 1893 et "Deux lois de l'évolution pénale", *Année Sociologique*, IV, 1899-1900

formes d'institutionnalisation de la sociologie en France, et plus largement en Europe : les sociologues s'imposent en Europe autour des méthodes statistiques et laissent largement aux anthropologues les enquêtes de terrain. Il faut attendre l'Ecole de Chicago pour voir se développer les formes d'enquête de terrain en sociologie.

L'absence d'étude de terrain dans les recherches françaises sur la prison surprend plus si on la rapporte au nombre de monographies déjà réalisées sur le sujet. En effet, plusieurs monographies carcérales ont été réalisées dès la première moitié du XIX<sup>ème</sup> siècle. On pense notamment à celles d'Alexis de Tocqueville et de Gustave de Beaumont<sup>28</sup> (en France et aux Etats-Unis) et de Louis-René Villermé<sup>29</sup>. Là encore, nous précisons le contenu de ces monographies dans les parties historiques de la recherche. Sans chercher à savoir si ces travaux ont ou non une visée "sociologique", on peut noter les prémices d'un constat qui se prolonge très longtemps dans l'histoire de la prison (les années 1940 aux Etats-Unis), et plus encore dans l'histoire de la prison française (les années 1980) : ceux qui pénètrent la prison sont des magistrats, des médecins, des pénalistes, rarement des sociologues.

La prison comme objet spécifique d'étude reste donc fondamentalement absente des premières interrogations sociologiques. Lorsque les sociologues s'y intéressent, ils l'analysent de l'extérieur. Notons ici que si nous avons jusqu'alors attribué cette absence au désintérêt des sociologues pour ce qui se passe en prison, on peut penser qu'elle est aussi liée à l'hermétisme d'une institution et d'une administration qui n'a longtemps pas laissé de prise au regard extérieur.

---

<sup>28</sup>Gustave de Beaumont et Alexis de Tocqueville, *Ecrits sur le système pénitentiaire en France et à l'étranger*, op. cité, 1984

<sup>29</sup>Louis-René Villermé, *Des prisons telles qu'elles sont et telles qu'elles devraient être par rapport à l'hygiène, à la morale et à l'économie*, 1820

### ***1.1.2. Les premières monographies anglo-saxonnes***

Les premières réflexions proprement sociologiques sur la prison (et non pas seulement sur la criminalité ou la peine) naissent aux Etats-Unis dans la lignée des travaux de l'Ecole culturaliste (représentée principalement par Ralph Linton) et des méthodes d'enquête de terrain prônées par l'anthropologie (Franz Boas) et développées par la première Ecole de Chicago. La prison commence ainsi à être explorée de l'intérieur avec les premières monographies américaines, menées dans les années 1940. Ces études qui constituent un référentiel commun des analyses sociologiques actuelles de la prison explorent deux thèmes principaux : la communauté des détenus d'une part, la relation surveillant-détenu d'autre part<sup>30</sup>.

Une des études pionnières est celle de Donald Clemmer<sup>31</sup> qui, à partir de biographies criminelles, d'entretiens et de questionnaires, s'intéresse à la sous-culture carcérale et à la "*prisonization*", conçue sur le modèle de la "*socialisation*", comme l'ensemble des formes d'apprentissage des modèles de comportement et des valeurs propres au milieu pénitentiaire. L'étude de la "*prisonisation*" permet d'étudier les modes d'adaptation du détenu — son désir de s'intégrer comme son refus d'accepter les normes du milieu — à la communauté carcérale. Cette recherche évoque les travaux de Ralph Linton sur les sous-cultures, les processus de socialisation ou d'intériorisation des normes, les mécanismes d'acculturation<sup>32</sup>.

La plupart des travaux anglo-saxons sur la prison prolongent cette perspective méthodologique (enquête de terrain) et paradigmatique (culturalisme). Par exemple, Gresham Sykes, à partir d'une observation dans la prison de haute sécurité de Trenton (New-Jersey), parle de la communauté des détenus comme d'une société dans la société<sup>33</sup>. La sous-culture carcérale est alors conçue comme une production propre à la prison et non importée de l'extérieur. La socialisation carcérale — ou l'acculturation pour employer les termes de la psychologie sociale — se fait par un processus d'assimilation : les détenus abandonnent leur culture initiale pour adopter les normes et les valeurs de la culture carcérale. Dans ce modèle dit "indigène", l'adaptation des détenus est fonction de facteurs situationnels.

---

<sup>30</sup>On se référera ici souvent à Corinne Rostaing, 1997, *La relation carcérale*, Paris, PUF, pp. 56-65 et à Jean-Hervé Syr, "Le contrôle dans les prisons : revue de littérature", in C. Faugeron, A. Chauvenet, P. Combessie, *Approches de la prison*, 1996, pp. 245-270

<sup>31</sup>Donald Clemmer, 1940, *The prison community*, Rinehart & Winston, New York, 1958

<sup>32</sup>Ralph Linton, 1936, *The study of man*, trad. fçse, *De l'homme*, Ed. de Minuit, 1968

<sup>33</sup>Gresham Sykes, 1958, *The society of captives, a study of a maximum security prison*, Princeton, Princeton University Press

Tout en prolongeant la perspective culturaliste, John Irwin et Donald Cressey<sup>34</sup> critiquent cette vision de la socialisation carcérale car selon eux, les sous-cultures carcérales (celles du *thief*, du *convict* ou du *legitimate*) dépendent des valeurs et des normes possédées par les détenus avant leur incarcération : elles ne résultent pas toujours d'une simple assimilation des normes carcérales, mais beaucoup plus souvent d'une combinaison voire d'une réaction (contre-acculturation). Ils rejoignent ainsi le modèle dit "modèle de l'importation" de Clarence Schrag<sup>35</sup> selon lequel l'adaptation des détenus est le reflet de facteurs préinstitutionnels.

C'est aussi cette position que rejoint Erving Goffman en rappelant que dans les "*total institutions*", "les reclus se caractérisent par le fait qu'ils entrent à l'institution avec une culture importée (*presenting culture*) héritée de leur univers familial" et que "les institutions totalitaires ne sauraient substituer leur seul type de culture à cet ensemble déjà constitué"<sup>36</sup>. Rappelons ici que Goffman n'a pas mené d'enquête de terrain en prison comme il l'a fait dans des hôpitaux psychiatriques de 1954 à 1957. Lorsqu'il évoque la prison dans le premier chapitre d'*Asiles* ("Les caractéristiques des institutions totalitaires"), il se réfère non à une pratique d'observation mais à des références bibliographiques, notamment celles de Clemmer, Sykes et Cressey<sup>37</sup>.

L'autre versant des analyses anglo-saxonnes sur la prison concerne les relations surveillant-détenu. Même si les descriptions sont complexes et nuancées, les relations entre les surveillants et les détenus sont généralement interprétées, toujours dans une perspective culturaliste, comme des interactions conflictuelles, basées sur la confrontation de deux logiques différentes, liées chacune à la sous-culture carcérale. On retrouve ici l'analyse de Goffman du mode conflictuel de l'existence asilaire opposant l'univers des reclus et l'univers du personnel.

Que retenir de ces premières études sur la prison ? Leur principale nouveauté réside dans la reconnaissance de l'intérêt sociologique qu'il y a à étudier l'intérieur de la prison, les modes de vie des détenus et les relations surveillants-détenus. Cette reconnaissance s'inscrit assurément dans la lignée des analyses culturalistes qui s'attachent à l'étude de petites communautés, mais aussi dans le prolongement des premiers travaux de sociologie des organisations (par exemple ceux de l'Ecole

---

<sup>34</sup>John Irwin et Donald Cressey, 1962, "Thieves, convicts and the inmate culture", *Social Problems*, n°10, pp. 142-155

<sup>35</sup>Clarence Schrag, *Social types of a Prison Community*, Master Thesis, University of Washington, 1944 et "Leadership among prison inmates", *American Sociological Review*, février 1954, n° 19, pp. 37-42, cité in Corinne Rostaing, 1997, op. cité, p. 58

<sup>36</sup>Erving Goffman, *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux*, 1961, Paris, Ed. de Minuit, 1968, p. 55

<sup>37</sup>On peut d'ailleurs noter ici que le premier chapitre d'*Asiles* a initialement été publié dans un livre consacré à la prison et édité par Donald Cressey : *The Prison, Studies in institutional organization and change*, 1961, New York, Holt, Rinehart & Winston Inc.

des Relations Humaines) qui mettent en exergue l'intérêt d'étudier le fonctionnement des organisations ou des institutions.

Cette reconnaissance a par ailleurs pour corollaire méthodologique le choix de l'enquête de terrain. De fait, si l'on excepte le cas d'*Asiles*, les principales recherches américaines évoquant la prison se basent sur des monographies. Ce choix s'étend partiellement à l'Europe : en Angleterre, on note des études de terrain dès les années 1960, comme celle de Pauline et Terence Morris<sup>38</sup>. En ce qui concerne la France, comme nous le verrons plus loin, il faut attendre les années 1980 pour voir de grandes enquêtes de terrain en prison. Si l'on ne se limite pas à l'hypothèse que l'Administration pénitentiaire française ait pu être plus hermétique que ses homologues anglo-saxonnes, il apparaît que ce peuvent être les préoccupations divergentes des sociologues français et américains qui expliquent les méthodes différentes d'étude. Tandis que les premiers ont longtemps négligé l'étude de la prison, les seconds semblent fascinés par les mondes fermés. Comment expliquer cette fascination ?

Pour expliquer cette fascination qui concernent tant les premiers travaux anglo-saxons que certains travaux français passés ou actuels, nous nous proposons d'abandonner temporairement la logique historique d'exposition.

### ***1.1.3. Le mythe d'un monde clos***

Quelle que soit la position sur la nature de la sous-culture carcérale (culture importée ou assimilée), on note dans les premiers travaux américains une représentation de la prison comme un monde fermé, coupé du reste de la société, qui génère ses propres lois et valeurs. Même les travaux qui insistent sur la culture importée (Irwin, Cressey, Goffman) analysent peu les relations de la prison avec l'extérieur, avec la société environnante. La prison est perçue comme un monde clos, que l'on peut étudier isolément. Les travaux d'Erving Goffman éclairent parfaitement cette vision de la prison. On peut ainsi noter sa description du caractère enveloppant des "*total institutions*" : la prison est décrite comme un univers spécifique qui dresse des barrières, parfois matérielles, aux échanges sociaux avec l'extérieur. Plus largement, dans la tradition sociologique américaine, la prison semble pouvoir être étudiée indépendamment de la société qui l'entoure.

De fait, les travaux américains analysent les rapports sociaux dans les prisons, quasiment indépendamment des rapports sociaux dans la société en général. Ils analysent aussi la situation professionnelle des surveillants sans s'intéresser au poids de l'environnement extérieur de la prison.

---

<sup>38</sup>Pauline et Terence Morris, 1963, *Pentonville. A sociological study of English prison*, Londres, Routledge & Kegan Paul

Même si une telle position scientifique peut en partie s'expliquer par la nécessité de circonscrire son objet, on peut noter que la prison a sans doute, plus que d'autres objets sociologiques, fait l'objet d'analyses circonscrites par ses seuls contours. Comment expliquer cette position récurrente ? Claude Faugeron note en introduction d'*Approches de la prison* que "la prison est une sorte de lieu paroxystique, un laboratoire d'analyse du social privilégié, dans la mesure où elle concentre dans un espace circonscrit et de façon amplifiée bien des phénomènes observés dans d'autres champs de la société"<sup>39</sup>.

Pour étayer et prolonger cette analyse, il me semble que la prison, à l'instar des autres institutions totales, représente pour les sociologues une sorte de terrain idéal : un terrain qui peut être étudié isolément parce qu'il est très largement fermé sur le monde extérieur. La prison est un objet qui offre l'illusion de pouvoir expérimenter la fameuse clause *ceteris paribus* (toutes choses égales par ailleurs). Elle semble offrir ce que seule la modélisation statistique offre sur les autres terrains : l'isolement de certaines variables. C'est ce que nous pouvons appeler le mythe du monde clos. On peut supposer que la perspective culturaliste adoptée par la plupart des premiers chercheurs anglo-saxons sur la prison a en quelque sorte renforcé ce mythe. Un des dilemmes des culturalistes était en effet de savoir s'ils pouvaient étudier la cohérence interne des communautés en négligeant leurs relations avec l'environnement. L'hermétisme apparent des prisons mettait les chercheurs sur la prison à l'abri de ce dilemme.

Apparaît ici une des formes de ce que Raymond Boudon appelle les *a priori* implicites qui viennent distordre les conclusions d'une argumentation valide ou infiltrer les voies de la connaissance ordinaire et de la pensée scientifique. Le mythe du monde clos relèverait ainsi du choix d'un "cadre logique restrictif" :

"La réalité peut suggérer à celui à qui l'on pose ou qui se pose telle question un cadre logique inadéquat. Cela résulte notamment de ce que, par défaut, on a souvent tendance à adopter un cadre logique restrictif, lequel permet plus facilement de déterminer la réponse à la question posée. A quoi il faut ajouter que, si l'on peut soumettre ces cadres logiques à la critique, d'une part ils demeurent le plus souvent métaconscients, d'autre part il est parfois difficile de déterminer le cadre pertinent."

Raymond Boudon, *L'art de se persuader des idées douteuses, fragiles ou fausses*, 1990, Paris, Seuil, Collection Points, 1991, p. 227

Si l'on s'inspire de la pensée de Raymond Boudon, on peut en effet pressentir que traiter la prison comme un monde clos est un moyen, conscient ou non, de l'étudier plus facilement que de la saisir dans son environnement social global. C'est une démarche restrictive dont la pertinence repose sur le postulat que la délimitation du champ d'analyse permet d'approcher une forme de cohérence de

---

<sup>39</sup>Claude Faugeron, in C. Faugeron, A. Chauvenet, P. Combessie, *Approches de la prison*, 1996, p. 40

l'objet analysé. Sans nier la difficulté de déterminer un nouveau cadre d'analyse plus pertinent, nous voudrions montrer la justesse de ce pressentiment qui fait du monde clos un cadre logique restrictif.

Des analyses récentes, en tentant d'élargir le cadre logique d'analyse de la prison, montrent la justesse de ce pressentiment. Le caractère restrictif de l'analyse de la prison en vase clos est ainsi mis en évidence dans les analyses de Philippe Combessie<sup>40</sup> qui analyse la distribution des pouvoirs en prison relativement à l'écosystème social environnant. Philippe Combessie montre plus précisément les relations entre d'une part l'origine sociale, les lieux d'habitation, les réseaux locaux des groupes d'agents impliqués dans la prison (surveillants, directeurs, travailleurs sociaux, visiteurs, ...) et d'autre part, les logiques de fonctionnement des établissements (par exemple, une logique essentiellement tournée vers la mise à l'écart des détenus ou une logique orientée vers la préparation à la réinsertion des détenus et l'amélioration des conditions de détention). Le mode de fonctionnement d'un établissement ne peut donc être compris que si le cadre logique d'analyse n'est pas circonscrit à la prison.

Je voudrais ici souligner que le choix d'un cadre logique restrictif (monde clos) pour analyser la prison n'est pas seulement le fait des chercheurs anglo-saxons ou des chercheurs culturalistes, comme pourrait le laisser supposer indûment les paragraphes précédents, mais est aussi lié au choix de méthodes de terrain. La prison a été très souvent analysée indépendamment de l'environnement ou de la société qui l'entoure dans les travaux de terrain, même si les chercheurs avaient conscience des limites du cadre logique utilisé. Comme l'énonce Raymond Boudon à la fin de l'extrait cité précédemment, la critique du caractère restrictif d'un cadre ne permet pas nécessairement de trouver le cadre d'analyse pertinent. On peut citer pour exemple l'étude de Georges Benguigui, Antoinette Chauvenet et Françoise Orlic sur le personnel de surveillance des prisons. Les trois chercheurs expriment certes l'impossibilité de traiter la prison comme un phénomène social isolé sous prétexte qu'elle apparaît comme un milieu fermé ; ils affichent d'ailleurs l'objectif de "montrer que le rôle de la société extérieure est surdéterminant dans la compréhension interne des prisons, du travail des surveillants comme de la "culture" surveillante"<sup>41</sup>. Dans les faits, leur étude analyse peu le poids de l'environnement extérieur de la prison sur le travail des surveillants et se concentre sur le poids de la structure carcérale. Si l'intention de départ montre une prise de conscience des limites du cadre logique que représente l'analyse de la prison en vase clos, le déroulement de la recherche et la nécessaire délimitation de leur terrain montrent la difficulté d'élargir le cadre d'analyse.

---

<sup>40</sup>Philippe Combessie, *Prisons des villes et des campagnes, Etude d'écologie sociale*, Paris, Les Editions de l'Atelier/Editions Ouvrières, 1996



Aussi peut-on penser que le choix d'un cadre logique restrictif résulte aussi d'une incompatibilité entre la volonté et la possibilité de saisir la complexité du réel. Cette incompatibilité concerne cette étude au premier chef, car ses intentions s'affrontent aussi à la nécessaire délimitation d'un terrain. D'un point de vue "théorique", il est clair que ce n'est pas parce que l'institution pénitentiaire est hermétique qu'elle doit être analysée indépendamment de la société qui l'entoure ; l'hermétisme de la prison est au contraire peut-être fondamentalement lié à cette société. Dans cette perspective, il s'agira d'étudier les actions et les représentations des professionnels de la santé et de l'enseignement intervenant en prison, au regard des actions et des représentations de tous les professionnels de la santé et de l'enseignement. Dans le même sens, il conviendra de rapporter l'émergence progressive des droits à la santé et à l'enseignement en prison à l'émergence de ces droits dans la société française.

Néanmoins, ces affirmations de principe ne doivent pas cacher la difficulté de mettre en oeuvre un cadre élargi d'analyse de la prison. Si nous essayerons d'approcher ce cadre logique élargi en confrontant les données du terrain avec d'autres approches sociologiques sur les professionnels de la santé et de l'enseignement en général, le choix du terrain oblige d'ores et déjà à revenir sur les prétentions initiales. Ainsi, même si cela pouvait paraître souhaitable, il n'était pas possible de mener des entretiens avec des professionnels de la santé et de l'enseignement sur tous les terrains qui les mettent en scène. A l'instar de l'étude de Benguigui, Chauvenet et Orlic, le cadre restrictif de mon analyse de la prison résulte moins d'une croyance en un mythe du monde clos que de l'impossibilité pratique de mettre en oeuvre un cadre non restreint d'analyse. A défaut de pouvoir surmonter cette impossibilité pratique, je me limiterai donc à tenter de prendre conscience de ses effets.

Après avoir réfléchi de façon transhistorique sur le mythe du monde clos et les difficultés d'une analyse élargie de la prison, il est important de revenir sur les raisons du développement tardif de la prison comme objet sociologique en France. Ces raisons permettent en effet de situer la présente étude par rapport aux modes d'interrogation qui ont été retenus par les sociologues français pour analyser la prison.

---

<sup>41</sup>Antoinette Chauvenet, Françoise Orlic, Georges Benguigui, *Le personnel de surveillance des prisons, Essai de sociologie du travail*, Centre d'Etudes des Mouvements Sociaux, mai 1992, p. 2

## 1.2. Le poids de l'héritage foucauldien

La prise en compte de la prison comme un objet sociologique à part entière a relativement tardé en France. Les sociologues français ne semblaient guère vouloir investir un objet relayé jusque-là au rang d'arrière-plan de l'étude de la criminalité ou de la pénalité. Ces réticences ont d'ailleurs été renforcées par la publication de *Surveiller et Punir*, symbole d'une réflexion a-empirique centrant son analyse sur la pénalité et relayant là encore la prison au rang d'arrière-fond de cette pénalité. Ce n'est que dans les dernières années, avec l'effritement de l'héritage foucauldien, que la prison s'est réellement imposée comme un objet sociologique à part entière.

### 1.2.1 Le réveil militant et la paralysie des sociologues français

L'absence de travaux sociologiques sur la vie carcérale ou le mode de fonctionnement des prisons perdure en France jusque dans les années 1980. Comme à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, les thèmes de la justice, de la criminalité et de la déviance sont certes explorés en France<sup>42</sup> mais dans les différentes recherches, la prison ne constitue qu'un arrière-fond de l'étude de la criminalité. Jusqu'au début des années 1970, l'intérêt pour les prisons est faible dans le champ sociologique, comme d'ailleurs dans l'ensemble de la société. La médiatisation de ce qui se passe en prison est minimale, le nombre de témoignages et de reportages est peu important. Le silence sur les prisons se brise au début des années 1970 avec de grandes révoltes pénitentiaires et le réveil militant de certains milieux intellectuels, dont l'emblème est Michel Foucault. Mais ce réveil, loin de provoquer le réveil des sociologues français, les a plutôt paralysés.

C'est dans le contexte de plusieurs années de révoltes pénitentiaires et de mutineries qu'il faut situer la parution et le retentissement de *Surveiller et Punir* en 1975<sup>43</sup>. De 1971 à 1974, plusieurs mutineries (à Toul, Lyon, Nancy) révèlent au grand jour la nature des régimes de détention et les effets de l'augmentation du nombre de détenus sur la vie dans les établissements pénitentiaires en France. La cause des détenus, devenue médiatique, est aussi relayée par des praticiens de la prison comme la psychologue Simone Buffard<sup>44</sup> ou l'avocat Jean-Marc Varaut<sup>45</sup>. Dans *Le froid pénitentiaire*, Simone Buffard entend ainsi témoigner de la réalité pénitentiaire plus fantasmée que connue : "l'ignorance générale de cette réalité n'a d'égale que la passion du public pour les faits

---

<sup>42</sup>Par exemple dans les travaux de Philippe Robert : *Les comptes du crime*, Paris, Le Sycomore, 1985

<sup>43</sup>On se réfère dans ce paragraphe à Claude Faugeron, in Jacques-Guy Petit et alii, *Histoire des galères, des bagnes et des prisons*, Toulouse, Privat, 1991, pp. 329-333

<sup>44</sup>Simone Buffard, *Le froid pénitentiaire, l'impossible réforme des prisons*, Paris, Seuil, 1973

<sup>45</sup>Jean-Marc Varaut, *La prison, pour quoi faire ?*, Paris, Ed. de la Table Ronde, 1972

divers<sup>46</sup>. Pour dénoncer le gel pénitentiaire, elle finit par évoquer les travaux sur les camps de concentration de Bruno Bettelheim et conclut sur l'impossible réforme pénitentiaire. Plus largement, la prison focalise les discours militants et les critiques des milieux intellectuels. En février 1971, Michel Foucault fonde le GIP (Groupe d'Information sur les Prisons) avec Jean-Marie Domenach, Claude Mauriac et Pierre Vidal-Naquet : "son objectif est d'informer, de faire sortir les prisons du silence, de donner la parole à ceux qui ne peuvent la prendre, de témoigner devant le monde de ce qu'eux-mêmes appellent l'intolérable"<sup>47</sup>. Si *Surveiller et Punir* ne peut être compris simplement comme un acte militant, il convient néanmoins de ne pas négliger cette dimension pour comprendre moins son contenu que sa réception dans le grand public et dans les milieux scientifiques.

La thèse et la méthode de Foucault intéressent *a priori* moins les sociologues que les historiens<sup>48</sup>. En effet, c'est à une grande fresque historique que se livre Foucault, commençant son ouvrage sur le supplice de Damiens à la fin du XVII<sup>e</sup> siècle et ne consacrant que la quatrième et dernière partie de l'ouvrage à l'analyse du fonctionnement pénal moderne. Par ailleurs, Foucault base sa démonstration sur l'analyse de matériaux historiques, notamment des discours parlementaires, des projets de réforme. Si les historiens lui reprochent de ne pas avoir consulté d'archives relatant le fonctionnement réel des prisons, les sociologues peuvent reprocher à Foucault d'avoir négligé toutes les méthodes d'enquête empirique<sup>49</sup>. La prédilection foucauldienne pour une approche purement historique et volontairement a-empirique n'a cependant pas suscité de réactions dans la communauté sociologique. Au contraire, celle-ci semble avoir été comme paralysée par *Surveiller et Punir*. Comment expliquer cette paralysie ?

Les historiens de la prison ont noté<sup>50</sup> que *Surveiller et Punir* les avait comme anesthésiés ou paralysés : "Il y a chez Foucault quelque chose comme un "type idéal" qui paralyse et laisse muet quand on veut rendre compte de la réalité"<sup>51</sup>. Il nous semble que ce constat peut aussi s'appliquer aux sociologues français. Pour le comprendre, on peut d'abord évoquer le statut de l'empirie dans le travail de Foucault :

"Si j'avais voulu décrire la "vie réelle" des prisons, je ne me serais pas (...) adressé à Bentham. Mais que cette vie réelle ne soit pas la forme ou schéma des théoriciens ne veut pas dire pour autant que ces schémas soient

---

<sup>46</sup>Simone Buffard, 1973, op. cité, p. 9

<sup>47</sup>Claude Faugeron, 1991, op. cité, p. 329

<sup>48</sup>De fait, ce sont les historiens qui se sont sentis les plus concernés tant par le fond que par la méthode de *Surveiller et Punir*, cf Michelle Perrot, *L'impossible prison*, Paris, Seuil, 1980, partie débat : pp. 9-56

<sup>49</sup>C'est une critique qu'avance par exemple Claude Faugeron et que nous développerons à la fin de ce § 1.2.1.

<sup>50</sup>cf. table ronde du 20 mai 1978 entre Michel Foucault et des historiens, tels Maurice Agulhon, Nicole Castan, Catherine Duprat, Jacques Léonard, Michelle Perrot,... in Michelle Perrot (sous la dir.), *L'impossible prison, Recherches sur le système pénitentiaire au XIX<sup>e</sup> siècle*, Paris, Seuil, 1980, pp. 40-56

utopiques, imaginaires, etc. Ce serait se faire du réel une idée bien maigre. (...) Ces programmations induisent toute une série d'effets dans le réel (ce qui ne veut pas dire, évidemment, qu'elles peuvent valoir en ses lieu et place) : elles se cristallisent dans des institutions, elles informent le comportement des individus, elles servent de grille à la perception et à l'appréciation des choses.”

Michel Foucault, in *L'impossible prison*, op. cité, pp. 49-50

Tout en reconnaissant ici que l'analyse de *Surveiller et Punir*, privilégiant les discours aux faits et rejetant les démarches empiriques, ne permet pas de décrire dans son entier la réalité de la vie carcérale, Foucault affirme que l'analyse des discours sur la prison (par exemple ceux de Bentham) permet une approche réaliste des prisons car ces discours, bien que théoriques, n'en sont pas moins réels et ont un effet dans le réel. S'il n'exclut pas ici l'intérêt d'une approche empirique, la lecture de *Surveiller et Punir* montre un projet beaucoup plus catégorique : c'est l'histoire des discours et non l'étude concrète du fonctionnement quotidien des prisons qui permet d'accéder au sens de l'enfermement et de la société disciplinaire. Ce que Foucault appelle les “procédures” — à savoir les matériaux historiques classiques (par exemple les registres d'écrou, les statistiques administratives, les statistiques, les minutes, les archives des prisons) et les monographies sociologiques — est jugé moins pertinent. Ce qui intéresse Foucault, c'est bien moins la réalité du fonctionnement pénitentiaire (un “réel bien maigre”) que la philosophie qui le sous-tend. La non remise en cause de ce postulat méthodologique foucauldien, qui relaie l'étude empirique au rang d'approche d'une “réalité bien maigre”, est une première explication de la paralysie des sociologues.

Mais l'on peut aussi expliquer cette paralysie au regard du contenu de l'analyse foucauldienne. Rappelons ici que Foucault montre la continuité historique entre les différents systèmes de contrôle social et conclut à une forme d'a-historicité du système pénitentiaire : le milieu pénitentiaire est par essence un appareil disciplinaire exhaustif, un milieu intrinsèquement contradictoire. Les tentatives de réforme sont irrémédiablement vouées à l'échec. Il n'y a donc pas de modernité du milieu pénitentiaire, ce qui exclut l'intérêt d'une analyse renouvelée. Tout se passe comme si Foucault avait tout dit sur le milieu pénitentiaire, et de façon irrévocable. C'est en ce sens que l'on peut comprendre cet aveu des historiens face à Michel Foucault : “le fameux schéma foucauldien devenait aussi encombrant qu'un schéma marxiste”<sup>52</sup>.

Il est certain que le caractère impérialiste tant de la méthode que de la démonstration foucauldienne a durant quelques années sapé aux yeux des sociologues français la légitimité d'une approche sociologique de la prison. C'est ce que suggère d'ailleurs Claude Faugeron : “Serait-ce trop dire que de prétendre que la démarche de Foucault, d'un côté en rencontrant le sens commun qui, on l'a vu,

---

<sup>51</sup>Michelle Perrot (sous la dir.), 1980, op. cité, p. 48

met à distance ce qui se passe concrètement à l'intérieur des établissements et, d'un autre côté, en prenant les discours sur ce que devrait être la peine pour le quotidien de la peine en prison, a conduit à une sorte d'impasse théorique et empirique des recherches sur la prison ?"<sup>53</sup>. Cet aveu, en introduction d'un ouvrage édité en 1996, montre que la paralysie des sociologues a été longue et profonde. Il montre aussi qu'au-delà des critiques qui lui sont adressées, la thèse de Foucault n'en reste pas moins un point de référence autour duquel les sociologues se situent. La phase de "défoucauldienisation" de la sociologie française de la prison ne fait que commencer.

Par delà l'influence foucauldienne, on peut faire l'hypothèse que le militantisme associé aux discours sur la prison dans les années 1970 et au début des années 1980 a effrayé les sociologues : l'objet prison peut-il être analysé objectivement, détaché des jugements de valeur qu'il véhicule ? La réponse semble alors être négative pour les sociologues qui voient la prison focaliser les discours les plus militants. Pour schématiser, l'heure ne semble alors pas être à la réflexion sociologique mais plutôt à celle de l'engagement, des débats enflammés, de la critique et de la réforme. Les témoignages de détenus et les pamphlets contre la prison se multiplient. Les initiatives politiques (celles de Hélène Dorlhac de Borne puis de Robert Badinter) occupent le devant de la scène. Le sujet apparaît peut-être trop brûlant pour des sociologues rêvant de neutralité axiologique.

Le renouveau de l'analyse sociologique française sur les prisons se situe à la croisée d'une remise en cause de la problématique et de la méthode foucauldienne et d'une forme de banalisation de la prison.

### ***1.2.2. Le renouveau des études empiriques***

Les années 1980 et surtout 1990 voient se multiplier en France les travaux sociologiques sur la prison. Les travaux militants se font moins nombreux, même si certains sociologues<sup>54</sup>, proches de l'Observatoire International des Prisons, restent très engagés dans la dénonciation des violations des droits des personnes détenues. La principale nouveauté des travaux sociologiques des années 1980 et 1990 est qu'ils s'inscrivent nettement en rupture avec les travaux foucauldien. D'une part, ils se basent sur des recherches empiriques. D'autre part, ils abandonnent le paradigme foucauldien pour multiplier les angles d'analyse.

Comment expliquer tout d'abord le développement des recherches empiriques ? Hormis la prise de conscience de l'impasse méthodologique que constituait la méthode foucauldienne pour les

---

<sup>52</sup>Michelle Perrot (sous la dir.), 1980, op. cité, p. 54

<sup>53</sup>Claude Faugeron, "Une théorie de la prison est-elle possible ?", in C. Faugeron, A. Chauvenet, P. Combessie, *Approches de la prison*, 1996, op. cité, pp. 36-37

sociologues, on peut penser que les sociologues ont profité de la politique de relative ouverture de l'Administration Pénitentiaire depuis la fin des années 1980. En ce sens, l'intérêt porté par les sociologues à la prison ne semble pas indépendant des conditions d'accès au terrain. La politique d'ouverture des établissements au regard extérieur, amorcée en 1981 par le Garde des Sceaux Robert Badinter, ne concerne d'ailleurs pas prioritairement le domaine scientifique. Il s'agit d'ouvrir les prisons aux intervenants extérieurs mais aussi de les ouvrir aux médias. On voit ainsi se multiplier dans les années 1990 les articles, les reportages, les documentaires. On citera à titre d'exemples les films et documentaires critiques de Daniel Karlin, Tony et Rémi Lainé<sup>55</sup>, de Jean-Michel Carré<sup>56</sup>, de Laurent Catherine<sup>57</sup> ou le reportage plus empreint de sensationnalisme de Charles Villeneuve<sup>58</sup>. La prison devient un objet de curiosité médiatique.

Si l'on s'intéresse maintenant au domaine scientifique et particulièrement sociologique, on voit aussi les effets de cette ouverture. Il faut d'abord noter un nombre plus important de travaux financés par l'Administration Pénitentiaire et le Ministère de la Justice, comme ceux de Michel Fize<sup>59</sup>, de Christian Carlier et Laurence Cirba<sup>60</sup>. On voit aussi de plus en plus de travaux statistiques et démographiques, notamment des suivis de cohortes de détenus, s'appuyant sur un accès aux données produites par l'Administration Pénitentiaire : ceux de Marie-Danielle Barré et Pierre Tournier<sup>61</sup> ou ceux de Michel Fize<sup>62</sup> par exemple. On voit enfin poindre les premiers travaux basés sur des enquêtes de terrain. L'exemple le plus remarquable est celui de la recherche sur les surveillants de prison de Georges Benguigui, Antoinette Chauvenet et Françoise Orlic, menée de février 1990 à juin 1991 dans cinq établissements pénitentiaires : après un stage d'un mois d'élève surveillant, les trois chercheurs effectuent plus de 300 entretiens et mènent des observations longues sur tous les postes de travail occupés par les surveillants<sup>63</sup>.

---

<sup>54</sup>Je pense à D. Welzer-Lang, L. Mathieu et M. Faure : *Sexualité et violences en prison*, Paris, OIP-Aléas, 1996.

<sup>55</sup>*Justice en France*, 1993, avec *La justice passe* (1992), *Chroniques de la justice ordinaire* (1993), *Des hommes en prison* (1993)

<sup>56</sup>*Les femmes de Fleury*, 1990, *Les enfants des prisons*, 1992

<sup>57</sup>*Jeunes en prison*, 1998

<sup>58</sup>*Condamnés à vivre ensemble... à perpétuité*, 1995

<sup>59</sup>Michel Fize, "Formation professionnelle en milieu carcéral et devenir judiciaire des jeunes sortant de prison" et "Etude sur la formation professionnelle en milieu carcéral. Pour quelle adaptation ?", *Travaux et Documents*, Ministère de la Justice, Direction de l'Administration Pénitentiaire, n° 7 et n° 11, 1981

<sup>60</sup>Christian Carlier et Laurence Cirba, *La lutte contre l'illettrisme en prison, enquête exploratoire conduite dans cinq établissements*, Service des Etudes et de l'Organisation, Administration Pénitentiaire, mai 1988

<sup>61</sup>On ne citera à titre d'exemple que deux de leurs travaux : Marie-Danielle Barré et Pierre Tournier, "Erosion des peines perpétuelles", *Travaux et Documents*, Min. de la Justice, Dir. de l'Administration Pénitentiaire, n° 16, 1984 et *La mesure du temps carcéral. Observation suivie d'une cohorte d'entrants*, Paris, CESDIP, 1988, n° 48

<sup>62</sup>Michel Fize, "Qui sont-ils ? Essai de définition de la population des entrants de prison", *Travaux et Documents*, Ministère de la Justice, Direction de l'Administration Pénitentiaire, n° 13, décembre 1981

<sup>63</sup>Antoinette Chauvenet, Françoise Orlic, Georges Benguigui, *Le personnel de surveillance des prisons, Essai de sociologie du travail*, Centre d'Etudes des Mouvements Sociaux, mai 1992, pp. 6-12

La présence de sociologues dès le milieu des années 1980 au sein du Service des Etudes et de l'Organisation de l'Administration Pénitentiaire élargit progressivement l'ouverture des prisons, non seulement au regard des sociologues patentés du CNRS ou des Universités mais aussi au regard des étudiants, comme en témoigne le nombre croissant de mémoires de maîtrise et de DEA de sociologie et psychologie s'appuyant sur des observations de terrain<sup>64</sup>. Après avoir eu longtemps le sentiment de travailler dans une profonde méconnaissance — on songe ici aux remarques de Simone Buffard —, les professionnels intervenant en prison se disent même parfois débordés par les demandes, comme cet enseignant d'une grande maison d'arrêt de la région parisienne que j'avais contacté pour mon mémoire de maîtrise : “- Désolé, mais c'est non : on finit par moins travailler avec les détenus qu'avec les journalistes et les étudiants”. La prison est finalement devenue au cours des années 1990 un terrain, au sens propre du terme, comme dans la tradition sociologique anglo-saxonne.

### *1.2.3. La variété des paradigmes*

En termes plus théoriques, si l'on s'intéresse aux paradigmes convoqués dans les recherches récentes sur la prison, on note une diversification progressive au cours des années 1980 et 1990 du champ de recherche sociologique sur la prison.

On peut d'abord rappeler que la prison n'a pas été immédiatement investie en tant qu'objet spécifique : après avoir constitué un arrière-fond de l'étude de la criminalité, elle est devenue un arrière-fond de la sociologie des professions. Les travaux de Georges Benguigui, Antoinette Chauvenet et Françoise Orlic sur les surveillants s'inscrivent ainsi dans la perspective de la sociologie du travail et plus précisément encore de la sociologie des professions, développées par le Groupe de Sociologie du Travail et le Centre d'Etude des Mouvements Sociaux. Si l'on observe l'organigramme du Groupe de Sociologie du Travail dirigé par Claude Durand en 1987<sup>65</sup>, Georges Benguigui est situé dans le groupe “Professions”, aux côtés d'Isabelle Bertaux-Wiame, Dominique Monjardet et Pierre Tripier. Il a alors mené plusieurs travaux sur les classes moyennes, les cadres, les ingénieurs avec Dominique Monjardet déjà spécialiste de la sociologie de la profession policière. Quant à Antoinette Chauvenet et Françoise Orlic, rattachées au CEMS, elles collaborent dès 1982 avec Dominique Monjardet aux études sur les policiers en police urbaine et dans les unités de Compagnie Républicaine de Sécurité. Ce rapide éclairage de parcours scientifiques permet de souligner que c'est moins la prison qui intéressait ces sociologues au début de leur recherche que la profession surveillante, sinon les professions et le travail en général. Même si l'approche de la

---

<sup>64</sup>La plupart de ces mémoires sont rassemblés dans la bibliothèque du SCERI, relevant de l'Administration Pénitentiaire.

<sup>65</sup>Rapport d'activité du Groupe de Sociologie du Travail 1983-1987, CNRS, Université Paris VII

profession surveillante est de fait indissociable de l'étude de la prison, il est intéressant de noter que la prison reste dans cette recherche sociologique pionnière, un arrière-plan, un milieu d'exercice particulier.

La principale nouveauté paradigmatique dans le champ de la sociologie française de la prison est le recul progressif de l'hégémonie structuraliste et foucauldienne, dans lequel l'on pourrait d'ailleurs situer la présente analyse. L'observation des paradigmes aujourd'hui convoqués pour analyser la prison montre ainsi une grande diversité : à titre d'exemples, Georges Benguigui propose, dans une perspective proche de celle de Marcel Mauss et du MAUSS (Mouvement Anti-Utilitariste en Sciences Sociales), une relecture des échanges entre les surveillants et les détenus ; Corinne Rostaing construit une sociologie compréhensive des relations surveillantes-détenues en articulant l'interactionnisme et une lecture des relations interindividuelles chez Simmel ; Nicolas Bourgoïn étudie le suicide en prison avec l'approche des choix rationnels. De façon quelque peu surprenante, on note par contre la relative absence de l'école bourdieusienne dans le champ des sociologies de la prison. Le numéro des *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*<sup>66</sup> consacré en 1998 aux liens entre l'Etat social et l'Etat pénal n'est pas ici une exception : les différents articles réfléchissent à l'ascension de l'Etat pénal sans s'intéresser à l'intérieur des prisons. Ils renouent ainsi avec la tradition de réflexion sur la criminalité et la répression des illégalismes que l'on trouve chez Durkheim ou dans l'Ecole de Francfort<sup>67</sup>. Le relatif retrait actuel des analyses structuralistes sur la prison s'explique ici sans doute par la difficile remise en cause de l'analyse foucauldienne dans ce courant de pensée.

L'analyse proposée dans cette thèse s'inscrit quant à elle dans la lignée de la remise en cause de l'analyse foucauldienne de la prison (cf. infra). Elle se rapproche par contre du projet d'Erving Goffman, et plus particulièrement de sa conception de l'acteur. *Asiles* montre que dans une institution aussi contraignante qu'un hôpital psychiatrique, les reclus parviennent toujours à trouver des parades et des marges de manoeuvre qui leur permettent d'affirmer une identité propre et de s'écarter des rôles qu'on entend leur assigner. En d'autres termes, le reclus n'est pas un être programmé, incorporé à l'institution qui tente pourtant de contrôler l'ensemble de son existence ; il est susceptible d'adaptations secondaires. A l'instar de l'étude des asiles, l'étude des prisons est sans doute le contre-exemple probant des excès des visions fonctionnalistes ou structuralistes qui postulent une hypersocialisation des acteurs :

---

<sup>66</sup>*Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, "De l'Etat social à l'Etat pénal", n° 124, septembre 1998

<sup>67</sup>On peut ici penser aux travaux d'Otto Kirchheimer et Georg Rusche, 1939, *Punishment and social structures*, trad. fçse, *Peine et structure sociale, Histoire et "Théorie Critique" du régime pénal*, Ed. du Cerf, Paris, 1994



“La représentation la plus simple de l’individu et du moi que peut se donner la sociologie, c’est qu’il est, pour lui-même, ce que la place dans une organisation fait de lui. En creusant davantage, la sociologie reconnaît que des complications surgissent parfois qui amènent à modifier ce schéma : le moi peut en effet ne pas être encore façonné, ou porter les marques d’influences contradictoires. Peut-être conviendrait-il de mettre ces réserves au premier plan, ce qui compliquerait encore cette construction, et de définir l’individu, dans une perspective sociologique, comme un être capable de distanciation, c’est-à-dire capable d’adopter une position intermédiaire entre l’identification et l’opposition à l’institution et prêt, à la moindre pression, à réagir en modifiant son attitude dans un sens ou dans l’autre pour retrouver son équilibre.”

E. Goffman, *Asiles*, 1961, Paris, Ed. de Minuit, 1968, p. 373

Nous rejoignons ici pleinement la conception de l’acteur chez Erving Goffman, en ce qu’elle donne à l’individu un rôle premier d’acteur agissant et insiste sur la relation interindividuelle comme facteur explicatif du social. S’il ne me paraît pas possible d’adhérer à une conception a-déterministe du social, les approches interactionnistes et individualistes me semblent permettre de donner à l’individu une place explicative que lui dénie les approches déterministes, tels l’hyperfonctionnalisme, l’hyperculturalisme et le réalisme totalitaire critiqués par Raymond Boudon dans *Effets pervers et ordre social*<sup>68</sup>. Les postulats de la sociologie de l’action qui soutient ce travail seront précisés dans le chapitre suivant.

Pour conclure cette première sous-partie, nous voudrions rappeler comment l’on peut situer la présente analyse de la prison au regard des autres analyses sociologiques de la prison :

- une analyse qui se veut centrée, non sur la place de la prison dans la pénalité moderne, mais sur une étude interne des établissements pénitentiaires.
- une analyse qui refuse autant que possible le cadre logique restrictif qui ferait de la prison un monde clos, pouvant être étudié isolément.
- une analyse qui se situe dans une perspective critique à l’égard de l’approche foucauldienne au sens où elle affirme tant la nécessité d’un travail empirique de terrain que le refus de considérer *a priori* la prison comme une structure figée et atemporelle.
- une analyse qui s’intéresse aux acteurs et qui refuse là encore tout *a priori* d’un déterminisme complet des acteurs, aussi contraints soient-ils.

Il reste à expliquer le choix et la pertinence d’un angle spécifique d’approche — les professionnels de la santé et de l’enseignement intervenant en prison — au regard de cette analyse de la prison que nous voudrions esquisser.

---

<sup>68</sup>Raymond Boudon, “Déterminismes sociaux et liberté individuelle”, chapitre VII, in *Effets pervers et ordre social*, 1977, Paris, PUF, 2ème éd. 1979, pp. 187-252

## **2. Une relecture des facettes de l'institution pénitentiaire**

L'étude des actions et des représentations des professionnels de la santé et de l'enseignement intervenant en prison est un prisme d'analyse particulier de l'institution pénitentiaire, parce qu'il est nouveau et décentré. Après avoir souligné les limites et la pertinence de ce prisme, nous dégagerons les principaux axes qui structureront le regard porté sur la prison dans cette étude.

### **2.1. Limites et pertinence d'un nouvel angle d'analyse**

Le prisme des professionnels de la santé et de l'enseignement a très peu été utilisé jusqu'alors pour analyser la prison. Est-ce dire qu'il n'est pas pertinent ou seulement qu'il engage une lecture de l'institution qui n'a pas encore été valorisée ?

#### ***2.1.1. Un prisme nouveau ?***

Que ce soit dans la tradition anglo-saxonne ou dans la tradition française, les analyses sociologiques de la prison se cantonnent souvent à une appréhension de la prison à travers les prismes des actions des détenus et des surveillants ou de leurs relations. Les analyses sont centrées sur les acteurs principaux et négligent les acteurs jugés périphériques : "A tierce relation, tierce analyse" pourrait-on schématiser. Par exemple, dans les travaux anglo-saxons d'obédience culturaliste, la présence des tiers n'est évoquée que pour comprendre les résistances culturelles des surveillants à l'arrivée d'intervenants extérieurs. Si l'analyse des tiers est aujourd'hui un programme jugé pertinent — Claude Faugeron propose ainsi de parler de systèmes d'action sous contraintes et de conflits entre catégories à légitimité professionnelle plus ou moins forte<sup>69</sup> —, on observe peu de recherches la mettant réellement en oeuvre. Les actions et les représentations des tierces personnes (médecins, enseignants, avocats, visiteurs, éducateurs...) ou encore les relations des détenus et des surveillants avec ces tierces personnes, jugées marginales, restent l'objet d'analyses marginales. Aussi une approche de la prison centrée sur les professionnels de la santé et de l'enseignement qui y interviennent apparaît-elle nouvelle. Elle ne s'en rapproche pas moins d'autres analyses par rapport auxquelles il convient de se situer.

Plusieurs travaux évoquent tout d'abord les thèmes de la santé et de l'enseignement en milieu pénitentiaire. En ce qui concerne le thème de la santé, on peut d'abord évoquer le livre du médecin

---

<sup>69</sup>Claude Faugeron, "Une théorie de la prison est-elle possible ?", in C. Faugeron, A. Chauvenet, P. Combessie, *Approches de la prison*, 1996, op. cité, p. 26

Daniel Gonin<sup>70</sup> ainsi qu'un nombre important de rapports sur la toxicomanie, l'épidémie VIH, les troubles psychiatriques ou d'autres pathologies cliniques, dans la lignée du *Rapport* du Haut Comité de la Santé Publique<sup>71</sup> de 1993 qui dressait un état des lieux des dispositifs de santé dans les prisons françaises. Produits par des médecins, souvent sous l'égide de la Direction des Hôpitaux, ces rapports et ouvrages peuvent constituer la base d'une étude documentaire et faire l'objet d'une lecture sociologique critique, mais ils donnent peu d'informations sur les actions et les représentations des professionnels de santé, car ils se veulent essentiellement épidémiologiques et statistiques.

Deux autres études s'approchent plus de mon projet. On peut penser d'abord à l'étude dirigée par Madeleine Monceau et Marcel Jaeger sur la consommation des tranquillisants et des hypnotiques en prison<sup>72</sup>. Les auteurs tentent de dégager les différentes logiques associées à la prescription de médicaments à l'intérieur de la prison (logiques des détenus, des surveillants, des médecins), puis tentent de dégager le sens de la consommation médicamenteuse en montrant sa place spécifique dans la représentation des finalités de la prison. Refusant de faire de la consommation médicamenteuse un "nouveau dispositif de normalisation du pouvoir sur le corps" ou de lui conférer une "fonction d'entretien d'un stock de détenus", l'analyse présente l'intérêt de rapprocher la consommation médicamenteuse en prison de la consommation dans la société française et de ne pas céder ainsi au "mythe du monde clos". Il convient néanmoins de souligner les points de divergence entre ce mode d'analyse et celui de cette thèse. L'étude de Monceau et Jaeger n'observe la relation thérapeutique que sous l'angle restreint de la consommation médicamenteuse. En privilégiant les perceptions croisées (des détenus, surveillants, praticiens) associées à cette consommation, elle n'accorde délibérément qu'une faible importance aux autres dimensions de la relation thérapeutique. En centrant l'étude sur les formes d'actions et de représentations des professionnels de la santé, j'espère accéder à d'autres dimensions de la relation thérapeutique en milieu carcéral, par exemple les formes de politesse, le contenu relationnel de la consultation, la question du secret médical, celle de la peur des professionnels vis-à-vis de leurs patients, etc.

L'autre étude sociologique approchant l'objet d'étude de cette thèse dans le domaine de la santé est celle que conduit Marc Bessin autour de la mise en oeuvre de la réforme du dispositif de soins en milieu pénitentiaire<sup>73</sup>. L'étude pilote, composée de deux monographies des unités de soin de la Maison d'Arrêt des Yvelines et du Centre de Détention de Muret, entend analyser les difficultés

---

<sup>70</sup>Daniel Gonin, *La santé incarcérée. Médecine et conditions de vie en détention*, Ed. de l'Archipel, Paris, 1991

<sup>71</sup>*Santé en milieu carcéral : rapport sur l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus*, Haut Comité de la Santé Publique, 1993, Avis et Recherches du Haut Comité de la Santé Publique

<sup>72</sup>Madeleine Monceau et Marcel Jaeger, *La consommation des médicaments psychotropes en prison*, Toulouse, Editions Erès, 1996

rencontrées dans la mise en oeuvre de cette réforme en juxtaposant deux niveaux d'analyse. Un premier niveau, relevant de la sociologie du travail, des professions et des organisations, vise à analyser les relations professionnelles, les savoir-être et les savoir-faire des praticiens de la santé. Le second niveau vise à inscrire les soins dans une sociologie du corps et des temporalités biographiques. Il est clair que la première dimension de ce programme de recherche, telle qu'elle est énoncée, s'approche de l'esprit de la présente étude. On notera néanmoins plusieurs points de divergence.

Le premier concerne l'absence dans l'étude pilote de Marc Bessin d'une analyse du secteur psychiatrique, qui apparaît pourtant indispensable pour comprendre la structuration globale du dispositif de soin en prison, mais aussi les actions et les représentations des professionnels du secteur somatique (les différents professionnels définissant souvent leurs actions les uns par rapport aux autres). Le second point de divergence concerne la méthode d'étude. La voie monographique choisie par cette étude pilote pose des problèmes importants. Seuls deux établissements ont été retenus, dont un établissement connu pour ses expériences pionnières de télémédecine, ce qui laisse pressentir que ce choix, conscient ou non, ne s'est pas fait par "hasard". Il ne faut pas ici négliger l'effet de vitrine que peut recouvrir une étude tant pour l'Administration Pénitentiaire que pour les acteurs de santé eux-mêmes : les acteurs rencontrés savaient que les noms de leurs établissements étaient et seraient connus (anonymat des personnes mais non des lieux) ; leur acceptation de se présenter et d'être représentés dans une étude doit être selon nous rapportée à des enjeux stratégiques (notamment vis-à-vis de la réforme) qui ne sont pas analysés. Aussi avancerai-je une méthode différente qui multiplie les points d'entrée sur le terrain et les positionnements stratégiques des acteurs rencontrés. Un troisième point de divergence concerne enfin la façon d'envisager les professions : l'approche avancée par Marc Bessin semble réifier ce que nous considérerons dans cette étude comme des catégories nominales, dont l'homogénéité ne peut être postulée *a priori* (cf. chapitre 2).

En ce qui concerne le domaine de l'enseignement en prison, le nombre d'études, sociologiques ou autres, est beaucoup moins important. Si sont parus ces dernières années quelques rapports sur la lutte contre l'illettrisme avec une approche essentiellement descriptive et statistique<sup>74</sup>, les actions et les représentations des enseignants intervenant en milieu pénitentiaire n'ont fait l'objet d'aucune étude. Cette absence ne semble pas anodine si on la compare au nombre d'études sur la santé. Sous des différences apparentes d'intérêts et de priorités, se cachent sans doute des différences de

---

<sup>73</sup>Marc Bessin et alii, *Soigner en prison, Logiques et pratiques des acteurs de la réforme des soins en milieu pénitentiaire, Etude pilote sur deux sites*, Groupe de Recherche sur la Socialisation, Lyon, 1997

publicisation : tandis que la diffusion des politiques de santé publique en prison et l'extension de l'accès, sinon du droit, des détenus à la santé sont l'objet d'importants débats publics depuis le milieu des années 1980 (cf. chapitre 4), le droit des détenus à l'enseignement reste un objet faiblement publicisé (cf. chapitre 8). L'intérêt sociologique semble ainsi se porter vers les objets les plus publicisés.

Le champ de recherche retenu ici évoque enfin un dernier groupe de recherches sur la prison, qui sans concerner spécifiquement le domaine de la santé et de l'enseignement, s'intéressent à des intervenants dits "extérieurs". On pense ici aux travaux de Michel Fize sur la formation professionnelle<sup>75</sup>, à ceux de Jean-Louis Fabiani et Fabienne Soldini sur la lecture<sup>76</sup>. Ces travaux essaient de comprendre les enjeux de ces activités en en dégageant les logiques pour les différents acteurs de l'espace pénitentiaire. Si l'on schématise, ces activités, justifiées dans une perspective de réinsertion, représenteraient une technique disciplinaire, gage de calme en détention pour les directeurs et les surveillants. Elles représenteraient de réelles façons de s'investir pour quelques détenus, mais des dérivatifs pour la plupart. Les intervenants seraient ainsi tiraillés entre différentes logiques qui les empêcheraient d'imposer leur projet professionnel. Ce mode de lecture qui a d'ailleurs largement inspiré mon mémoire de maîtrise sur les enseignants dans les maisons d'arrêt de la région parisienne<sup>77</sup> me semble aujourd'hui un peu caricatural car, s'il met en évidence des tiraillements réels, il ne permet guère de saisir la diversité des actions et des représentations des différents intervenants. Par ailleurs, il ne met pas assez en évidence les liens entre d'une part ces actions et ces représentations, d'autre part celles qui ont cours en milieu libre.

Au final, l'approche de la prison à travers le prisme des professions de la santé et de l'enseignement constitue assurément un angle d'analyse nouveau, même si elle s'inscrit dans la lignée d'autres travaux et problématiques qu'il s'agira de préciser, compléter et parfois critiquer. Il convient maintenant de justifier la pertinence de ce prisme, basé sur une comparaison des actions et des représentations des professionnels de la santé et de l'enseignement intervenant en prison, avant d'en évaluer les limites.

---

<sup>74</sup>Par exemple, Alain Bentolila, Jean-Philippe Rivière, *L'illettrisme des entrants en détention, Enquête sur 6500 détenus en maison d'arrêt*, Rapport de recherche, 1995

<sup>75</sup>Michel Fize, "La formation professionnelle en milieu carcéral", *Déviance et Société*, 1981, vol. 5, n° 3, pp. 247-259

<sup>76</sup>Jean-Louis Fabiani, Fabienne Soldini, *Lire en prison. Une étude sociologique*, Paris, Centre Pompidou, Bibliothèque Publique d'Information, 1995

<sup>77</sup>Bruno Milly, *Le rôle de l'action éducative en milieu carcéral dans la réinsertion sociale et professionnelle des détenus. L'enseignement général dans les maisons d'arrêt*, ENS Cachan, Université Paris X Nanterre, 1993

### ***2.1.2. La pertinence d'un prisme comparatif***

La nouveauté d'un prisme d'analyse ne suffit assurément pas à en justifier la pertinence. Pourquoi alors avoir choisi un prisme, basé sur la comparaison des actions et des représentations des professionnels de la santé et de l'enseignement intervenant en prison, pour comprendre la prison ? Pourquoi ne pas avoir décidé de comparer par exemple les actions des médecins et les actions des surveillants, celles des infirmiers et celle des travailleurs sociaux, celles des enseignants et celles des visiteurs, etc. ? Ce choix s'appuie sur l'hypothèse d'une cohérence de la comparaison et par là d'une équivalence des éléments comparés.

La première équivalence renvoie aux missions confiées à ces professionnels. Les professionnels de la santé et de l'enseignement sont chargés de missions qui ne relèvent pas de la mission première, sinon principale, de la prison : celle de la garde et de la surveillance, de la privation de liberté. Au contraire, ils sont censés garantir et permettre l'accès des détenus à deux droits fondamentaux : la santé et l'enseignement. L'étude des professions de la santé et de l'enseignement intervenant en prison permet donc d'étudier l'application et le respect de deux droits, dans une institution censée ne priver que du droit à la liberté de mouvement, mais souvent critiquée pour sa tendance à priver de tous les droits. L'étude devrait ainsi permettre d'évaluer le tendance d'une institution — que nous qualifierons de “totalitaire” (cf. infra) — à priver les détenus de droits dont ceux-ci ne sont pas juridiquement privés. La comparaison des professions de la santé et de l'enseignement devrait permettre de juger cette tendance totalitarisante de la prison au regard des particularités des droits à la santé et à l'enseignement.

Une seconde équivalence renvoie aux statuts de ces différents professionnels. Il convient d'abord de noter, même si cela peut paraître une lapalissade, que ce sont des professionnels, ce qui les distingue fondamentalement des bénévoles. Ce sont aussi des professionnels dits “extérieurs”, parce que le milieu pénitentiaire n'est pas le seul milieu dans lequel ils peuvent exercer, au contraire des surveillants, des éducateurs (aujourd'hui “conseillers d'insertion et de probation), des personnels de direction. Le milieu pénitentiaire est plutôt pour ces professionnels un milieu d'exercice périphérique par rapport aux lieux centraux que constituent l'hôpital, le cabinet médical, l'école, le collège, le lycée. Ces professionnels, dont la compétence technique n'apparaît pas liée à la prison, sont censés importer leur compétence de ces lieux centraux et ainsi garder une professionnalité indépendante du milieu d'exercice pénitentiaire. Leurs statuts sont d'ailleurs censés en faire des professionnels indépendants de l'Administration Pénitentiaire. Il reste que l'histoire de la prison révèle plutôt des formes de dépendance des professionnels extérieurs aux missions de la prison et aux objectifs des personnels pénitentiaires. L'étude de leurs actions et représentations devrait

permettre d'évaluer la tendance d'une institution — que nous qualifierons de “totale” (cf. infra) — à restreindre, sinon annihiler, l'autonomie des professionnels dits extérieurs. La comparaison des professions de la santé et de l'enseignement devrait permettre de juger cette tendance totalisante de la prison à l'aune des différentes ressources dont disposent chaque groupe professionnel pour imposer son autonomie.

Le choix de la comparaison des actions et des représentations des professionnels de la santé et de l'enseignement intervenant en prison pour comprendre la prison doit ainsi se comprendre au regard des éléments de similitude que présentent ces professionnels par rapport aux logiques de la prison. Avant de développer dans une dernière sous-partie les axes d'analyse dont nous avons voulu ici cerner la pertinence, il convient de préciser les limites du prisme d'analyse retenu dans cette étude.

### ***2.1.3. Un prisme décentré et limité***

Le choix du prisme d'analyse retenu part du présupposé que l'étude d'un objet marginal peut permettre d'accéder à la compréhension de ce qui entoure cet objet. Il s'appuie ainsi sur une contestation des principes latents dans les analyses sur la prison : “à acteur marginal, analyse marginale”, ou encore “à tierce relation, tierce analyse”. En choisissant d'étudier les actions et les représentations des professionnels de la santé et de l'enseignement, il ne s'agit évidemment pas de prétendre que ceux-ci ont une place centrale et encore moins prépondérante dans l'institution pénitentiaire. Il s'agit seulement d'éprouver les vertus heuristiques d'un prisme d'analyse décentré dans une sociologie de la prison en partie saturée par les analyses de la relation surveillant-détenu et de la profession de surveillant.

Néanmoins, je suis conscient des risques d'un tel projet. Centrer son étude sur les marges de l'institution, sur les figures du tiers ne fait-il pas oublier l'essentiel au profit du détail ? Pour caricaturer, ne risque-t-on pas alors de faire une sociologie de la prison sans les détenus, sans les surveillants ? De fait, même si j'ai conduit près du tiers des entretiens auprès de personnes détenues et de personnels de l'Administration Pénitentiaire, j'ai centré l'étude autour des actions et des représentations des médecins, infirmiers et enseignants. N'aurais-je pas alors négligé un versant essentiel ? Ces interrogations m'obligent à préciser les limites du projet. Il doit être clair que je ne prétends pas faire LA sociologie de LA prison, mais seulement offrir un regard sociologique sur un objet marginal qui permet d'accéder à une lecture globale mais mesurée de l'institution pénitentiaire.

L'objet d'analyse décentré qui a été retenu a ses limites. S'intéresser aux professionnels de la santé et de l'enseignement ne permet pas par exemple d'approcher de près le vécu de l'enfermement, les

conflits surveillants-détenus, les modes de direction des établissements, le sens de la prison dans la pénalité qui peuvent apparaître à bien des égards comme les formes élémentaires de la prison. En d'autres termes, j'ai bien conscience du caractère périphérique de la relation professionnel-détenu au regard de la centralité de la relation surveillant-détenu. C'est donc une sociologie de la prison par un "petit bout de la lorgnette" que je défends. Reconnaître le caractère périphérique de la relation professionnel-détenu au regard de la centralité de la relation surveillant-détenu ne signifie pas pour autant que l'étude des professions de la santé et de l'enseignement ne permet pas d'accéder à une théorie de la prison. Il semble au contraire que ce prisme d'analyse est un moyen de relire certaines facettes de l'institution pénitentiaire, comme nous le montrerons dans la partie suivante.

En guise de dernière précision, je voudrais souligner qu'il ne s'agit pas d'affirmer une quelconque supériorité analytique de cette lecture sur les autres lectures de la prison, mais plutôt d'afficher un souci de diversité. Je ne prétends donc pas voir de la prison tout ce que d'autres prismes permettent d'en voir, mais seulement voir différemment et peut-être voir aussi certains "angles morts" de la prison. Nous pouvons ainsi faire l'hypothèse que le prisme des professionnels permet d'avancer des axes d'analyse qui permettent de relire certaines facettes de la prison, jusqu'alors non observées ou partiellement par d'autres angles d'analyse. Ce sont ces axes que nous nous proposons de développer maintenant.

## 2.2. Trois axes d'analyse de l'institution prison

"Pour mesurer le changement qui affecte nos prisons aujourd'hui et reprendre le fil de la réflexion interrompue, il faut au préalable s'écarter des approches privilégiées de ces dernières années. Nos prisons ne se réduisent ni à cet univers totalitaire décrit par E. Goffman dans *Asiles* ni au quadrillage disciplinaire cher à Foucault. Loin d'être vouée à un assujettissement disciplinaire des corps, la vie de la prison est désormais traversée de multiples logiques, sociales, éducatives, sanitaires, thérapeutiques... Ouvertes au monde extérieur, pénétrées par des professions diverses, accordant aux détenus des activités et des droits nouveaux, elles ne peuvent se réduire à un système de pouvoir fermé sur lui-même."

Denis Salas, "Vingt ans après, le grand silence", *Esprit*, n° 215, oct. 1995, p. 105

Si les travaux sociologiques français sur la prison sont longtemps restés et restent encore souvent imprégnés par les lectures goffmanienne et foucaldienne, on note des remises en cause radicales de ces lectures par d'autres acteurs confrontés au milieu pénitentiaire. Le discours de ce magistrat dans la revue *Esprit* est significatif du sentiment d'évidence qu'éprouvent certains acteurs devant les évolutions supposées de la prison et l'inanité des approches classiques de la prison. Tout comme la référence à la situation des détenus dans d'autres pays (les plus cités sont les pays du "Tiers-Monde", les Etats-Unis, la Turquie) est censée accréditer l'humanité des prisons en France et relativiser les critiques supposées être adressées aux prisons françaises, le rappel du nombre



croissant d'intervenants est souvent jugé évocateur d'une ouverture et d'une détotalitarisation de la prison, ou encore du décloisonnement de l'Administration Pénitentiaire. On retrouve ici un discours, fortement présent dans les *Rapports d'activité de l'Administration Pénitentiaire* et dans les discours de ses représentants :

“- Il n'y a donc pas de désengagement de l'AP (nb : à propos de la loi de 1994 conférant au secteur hospitalier public la charge de la santé en milieu pénitentiaire) ?

- Non, je ne crois pas. Il y a plutôt une forme d'engagement qui prouve qu'elle a pris conscience qu'elle ne sait pas tout faire. Je crois qu'on peut lui rendre hommage car c'est une ouverture rare au niveau international. Sur le plan du corps médical qui intervient dans les établissements pénitentiaires, il n'y a guère qu'en Norvège que les professionnels sont purement indépendants de la Justice.”

Entretien avec un ancien représentant de l'Administration Pénitentiaire

“ La réforme inscrite dans la loi relative à la santé publique et à la protection sociale du 18 janvier 1994 (...) illustre parfaitement le processus de décloisonnement auquel s'emploie depuis plus de dix ans l'administration pénitentiaire. ”

*Rapport annuel d'activité 1994 de l'Administration Pénitentiaire*, p. 6

La présence et l'indépendance de statut de certains intervenants “extérieurs” sont ainsi généralement considérées comme le signe d'une prison qui se détotalise — en ce qu'elle laisse une autonomie croissante aux professionnels “extérieurs” —, qui se détotalitarise — en ce qu'elle garantit aux détenus un accès élargi à des droits jusque-là limités —, et qui évolue donc largement. Ce sont des évidences et des affirmations auxquelles nous voudrions conférer un simple statut d'hypothèses dans notre recherche, d'autant qu'elles apparaissent contradictoires avec les contours classiques de la prison dressés jusqu'alors par la sociologie. En effet, comme nous allons le voir, les principales théories sociologiques de la prison, même si elles s'écartent de plus en plus de la référence foucauldienne, présentent souvent la prison comme une institution totale, totalitaire, immuablement sinon structurellement totale et totalitaire. Dans un premier temps analytique, nous formulerons trois interrogations permettant de confronter les visions sociologiques et les discours pénitentiaires :

- La prison est-elle toujours une institution totale ?
- La prison est-elle encore une institution totalitaire ?
- Que révèle l'analyse des professions de la santé et de l'enseignement intervenant en prison sur la permanence et les changements de l'institution prison ?

Pourquoi seulement ces trois axes ? Je n'ai ici retenu que les axes qui me semblent susceptibles d'être éclairés par le prisme des professionnels de santé et de l'enseignement. Il serait ainsi fallacieux de pouvoir prétendre répondre à d'autres interrogations, certes cruciales du point de vue

de la compréhension de la prison et de ceux qui la vivent au quotidien, mais dont le prisme d'analyse retenu ne permet d'approcher qu'indirectement ou partiellement les contours.

### ***2.2.1. La prison est-elle toujours une institution totale ?***

Le premier axe qui structure notre regard est que le caractère total de l'institution pénitentiaire mérite d'être réinterrogé à l'aune d'une analyse diachronique et synchronique des actions et des représentations des professionnels de la santé et de l'enseignement intervenant en milieu pénitentiaire. Nous voudrions préciser ici la pertinence de cet axe, en délimitant notamment une définition de l'institution totale par rapport à la définition construite par Erving Goffman.

“*total institution*” : “ un lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées ”.

E. Goffman, *Asiles, Etudes sur la condition sociale des malades mentaux*, 1961, op. cité, 1968, p. 41

La référence à Erving Goffman est une référence devenue quasi obligée dans les travaux sociologiques sur la prison. Toutes les bibliographies mentionnent *Asiles* et la plupart des travaux assimilent la prison à une *total institution*. Aujourd'hui encore, quand il m'arrive d'évoquer mon sujet de thèse avec des sociologues non spécialistes de la prison, la référence jugée d'emblée la plus évidente est celle de Goffman. Il reste qu'au delà des évidences, l'emploi de Goffman comme référence automatique des travaux sur la prison est quelque peu surprenant. Tout d'abord, *Asiles* porte spécifiquement sur les asiles psychiatriques, marginalement sur la prison. Par ailleurs, quand Goffman évoque la prison, c'est en référence à des travaux spécialisés : ceux de Cressey, Sykes, et Clemmer. Ces deux remarques invitent à s'interroger sur les raisons du succès d'*Asiles* dans les travaux sociologiques sur la prison.

Pourquoi *Asiles* est-il donc une référence incontournable ? Pour répondre à cette question de type épistémologique sur ce qui conduit des penseurs à se réapproprier ou à mobiliser un auteur, on peut avancer l'hypothèse que le caractère quasi-incontournable d'*Asiles* est lié à la place de l'objet prison dans le champ sociologique. La prison est peu parcourue par les sociologies générales et apparaît comme un objet marginal et très localisé. Les sociologues qui s'y intéressent apparaissent très spécialisés et isolés au sein de la communauté scientifique. Parallèlement, *Asiles* réussit le tour de force de présenter l'asile, objet lui aussi marginal et isolé, comme un objet sociologique majeur en le constituant comme l'archétype d'un ensemble beaucoup plus large d'institutions. Goffman, reconnu comme l'un des représentants de l'interactionnisme symbolique, est, quant à lui, un sociologue très réputé en dehors du champ de la sociologie de la prison. Parmi les sociologues qui

ont parlé de la prison, il est assurément celui dont l'aura est la plus grande et dont les travaux connexes — ne portant pas sur la prison — sont les plus connus.

Se référer à *Asiles* et à Goffman permet dès lors aux sociologues de la prison de rattacher leur théorie à la sociologie en général. C'est un moyen de montrer qu'une sociologie spécialisée permet d'accéder à une compréhension plus large d'autres institutions, sinon de la société en général. On sait que les références bibliographiques engagent souvent des enjeux stratégiques en termes de positionnement vis-à-vis de tel ou tel paradigme. On peut supposer ici qu'elles engagent des enjeux en termes de relations entre les sociologies spécialisées et les sociologies générales.

Le succès scientifique d'*Asiles* semble par ailleurs lié à un certain flou et à une grande hétérogénéité des critères de définition de l'institution totale chez Goffman, ce qui a permis des interprétations hyperboliques. Au risque de surprendre, nous pensons que la définition de Goffman, voulue plus descriptive qu'analytique, constitue une définition attrape-tout et que les sociologues de la prison se sont souvent appuyés sur cet attrape-tout pour avancer leur conception de l'institution totale. S'appuyant sur une même référence, certains parlent par exemple d'institution totalitaire, d'autres d'institution totalisante ou d'institution contraignante.

Le flou de l'interprétation de Goffman peut d'abord s'expliquer en France par la traduction de l'expression "*total institution*" qui a conduit à des interprétations diverses, parfois opposées. En 1968, Robert Castel, Pierre Bourdieu, Jean-René Tréanton, Liliane et Claude Lainé optent, dans la traduction française d'*Asiles* aux Editions de Minuit, pour l'expression "institution totalitaire", même si ils insistent sur le fait qu'il faut entendre "totalitaire" dans son sens premier ("qui englobe ou prétend englober la totalité des éléments d'un ensemble donné")<sup>78</sup>. Même si l'on ne peut exclure que Goffman, en parlant de *total institution* n'ait voulu jouer sur les mots et évoquer tant la totalité (*totality*) que le totalitarisme (*totalitarianism*), le choix du terme "totalitaire" semble relever plus d'une lecture structuraliste d'*Asiles* que d'une traduction "neutre" ou "littérale". Les ambiguïtés du terme "totalitaire" ont d'ailleurs été ensuite accentuées par les lectures foucaaldiennes du livre de Goffman, ou encore par le rapprochement conscient ou non que les lecteurs ont fait entre *Surveiller et Punir* et *Asiles* : l'adjectif "totalitaire" évoquait ainsi de moins en moins ce caractère des *total institutions*, jugé pourtant central par Goffman, à savoir le fait qu'elles appliquent à l'homme un traitement collectif qui prend en charge tous ses besoins. Ces ambiguïtés ont finalement conduit certains exégètes de Goffman à adopter une traduction plus littérale, avec l'expression "institution totale". L'usage de la notion d' "institution totale" s'est d'ailleurs imposé avec la communication de

---

<sup>78</sup>Note de bas de page, *Asiles, Etudes sur la condition sociale des malades mentaux*, Ed. de Minuit, 1968, p. 41

Robert Castel au colloque de Cerisy-la-Salle en juin 1987 sur les *Lectures d'Erving Goffman en France*<sup>79</sup>.

Cette nouvelle lecture, devenue dominante et légitime, de l'institution totale est-elle pour autant plus conforme au projet de Goffman ? La relecture du premier chapitre d'*Asiles* montre que les éléments de définition de l'institution totale, sont divers et épars :

- l'institution totale tend à envelopper ceux qui en font partie, en accaparant tout leur temps et leurs intérêts.
- elle dresse des barrières aux échanges sociaux avec l'extérieur, ainsi qu'aux entrées et aux sorties.
- elle brise les frontières qui séparent ordinairement les trois champs d'activité que sont le sommeil, le travail, la distraction.
- elle met en situation de promiscuité totale tous les reclus, dans chaque phase de leurs activités quotidiennes.
- elle règle les périodes d'activité selon un programme strict, un plan unique et rationnel, consciemment conçus pour répondre au but officiel de l'institution.
- elle applique à l'homme un traitement collectif conforme à un système d'organisation bureaucratique qui prend en charge tous ses besoins.
- elle établit un fossé infranchissable entre les dirigeants et les reclus.
- elle restreint les échanges entre reclus et surveillants ; chaque groupe tend à se faire de l'autre une image étroite, stéréotypée et hostile.
- elle est incompatible avec le rapport travail-salaire ainsi qu'avec une structure fondamentale : la famille.
- elle est un mixte social, à la fois communauté résidentielle et organisation réglementée.

On voit bien ici la diversité des caractères de l'institution totale chez Goffman. Cette diversité recouvre les rapports sociaux à l'intérieur de l'institution, les formes d'adaptation des reclus aux contraintes de l'institution, les relations entre l'institution et l'extérieur, les modes de direction et d'administration, etc. Autant de traits qui ont pu justifier sinon légitimer toutes les analyses sociologiques, pourtant très différentes, qui ont été faites de la prison en se référant à l'institution totale. Le fait que Goffman ne tranche pas clairement pour désigner le critère discriminant ou dominant (il parle souvent de "caractéristiques essentielles") a sans doute favorisé la diversité des exégèses de son analyse. Il est ainsi possible que la complexité, sinon le flou, de la définition de l'institution totale ait permis le consensus autour de la pertinence de la référence à *Asiles* dans les travaux sur la prison.

On peut néanmoins penser que c'est moins la définition de Goffman qui est floue que les utilisations qui en ont été faites. En effet, Goffman rappelle en introduction du premier chapitre, qu' "aucun des traits (qu'il décrit) ne s'applique aux seules institutions totalitaires" et qu' "aucun ne se trouve partagé au même titre par chacune"<sup>80</sup>. Dès lors, on peut estimer qu'en se protégeant

---

<sup>79</sup>Robert Castel, "Institutions totales et configurations ponctuelles", in Robert Castel, Jacques Cosnier, Isaac Joseph et alii, *Le parler frais d'Erving Goffman*, Paris, Editions de Minuit, Coll. Arguments, 1989, pp. 31-43

<sup>80</sup>Erving Goffman, *Asiles, Etudes sur la condition sociale des malades mentaux*, Ed. de Minuit, 1968, p. 47

derrière une référence apparemment incontestable et en ne précisant pas ce qu'elles entendent précisément par institution totale, les sociologies de la prison ont le tort de considérer comme spécifiques à la prison des caractéristiques fort générales et comme applicables à la prison des caractéristiques spécifiques à d'autres formes d'institutions totales (par exemple, les internats, les monastères, les maison de retraite, ...). Aussi voudrions-nous ici donner une définition stricte et par là restrictive de ce que nous entendrons par "institution totale". Si toutes les dimensions dégagées par Goffman sont intéressantes, nous nous limiterons à l'une de celle qu'il juge essentielle et qui peut être interrogée avec le prisme des professions.

Nous entendons par institution totale une institution qui applique aux reclus un traitement collectif conforme à un système d'organisation qui prend en charge *tous* leurs besoins. Précisons ici le caractère que nous considérerons comme déterminant : ce qui fera le caractère total d'une institution, ce ne sera pas le fait que l'institution assouvisse tous les besoins des reclus (certains besoins peuvent rester inassouvis dans une institution totale telle que nous l'entendons), ce sera le fait que tous les besoins assouvis le soient par le biais de l'institution. Est donc totale une institution qui ne laisse à aucune "personne extérieure" le soin de prendre en charge certains besoins des reclus, ou qui ne laisse aucune autonomie à ces tiers. Cette définition invite ainsi à évaluer la dimension totale de l'institution pénitentiaire, non pas seulement en fonction de la présence de professionnels de la santé et de l'enseignement au sein des établissements pénitentiaires, mais aussi au regard de l'autonomie de ces professionnels. Ces professionnels sont-ils indépendants ?

En d'autres termes, il s'agit d'évaluer la marge d'autonomie que laisse le système de contraintes que représente le milieu pénitentiaire pour les professionnels de la santé et de l'enseignement. Si comme nous le verrons, les actions de ces professionnels ne peuvent être réduites à un simple produit de contraintes, il est aussi juste de dire qu'elles ne sont pas non plus indépendantes du système d'interaction dans lequel elles s'inscrivent. On suit ici l'un des postulats de l'individualisme méthodologique énoncé par Raymond Boudon dans *La Logique du social* : "les actions des individus ne peuvent être comprises que par référence au contexte social à l'intérieur duquel ils se placent, ou, plus exactement que par référence à la structure d'interaction auquel ils participent"<sup>81</sup>. Évaluer le poids du système de contraintes auxquels participent les professionnels intervenant en prison permettra ainsi tant de comprendre la logique de certaines de leurs actions, que d'évaluer le caractère total de l'institution pénitentiaire. On voit ici que sociologie de la prison et sociologie des actions professionnelles sont étroitement liées.

---

<sup>81</sup> Raymond Boudon, *La logique du social*, 1979, Paris, Hachette, Collection Pluriel, 1983, p. 49

Il reste à justifier l'emploi de la notion d' "institution" pour désigner ce système de contraintes particulier que constitue le milieu pénitentiaire. On peut expliquer cet emploi par la négative, en expliquant pourquoi il semble plus approprié que l'emploi de la notion d'organisation. Utiliser la notion d'organisation dans une étude du milieu pénitentiaire présupposerait que le niveau pertinent d'analyse est celui d'un établissement particulier, que les fonctionnements des différents établissements diffèrent suffisamment pour en justifier des analyses séparées. Au contraire, la notion d'institution suppose une grande homogénéité de fonctionnement du milieu pénitentiaire, par delà la diversité des différentes prisons ; en ce sens, elle suppose l'existence d'un schéma sous-jacent et commun à toutes les prisons. La lecture des différents travaux sur la prison et les résultats de cette étude conduisent à privilégier cette dernière alternative. Même si les travaux de Philippe Combessie<sup>82</sup> révèlent l'existence de logiques de fonctionnement en partie propres à certaines prisons, l'existence d'une administration pénitentiaire *nationale* témoigne du fait que le milieu pénitentiaire a une logique qui dépasse les particularités locales et qui autorise, sinon justifie, l'emploi de la notion d'institution.

C'est d'ailleurs essentiellement en observant les relations entre les personnels pénitentiaires et les professionnels de santé et l'enseignement que nous jugerons de l'autonomie de ces derniers. Le statut est un premier indicateur intéressant de cette autonomie. Ainsi les "statutaires" et les "vacataires" de l'Administration Pénitentiaire, même s'ils se veulent indépendants, se trouvent de fait dans une situation de dépendance hiérarchique vis-à-vis des directeurs d'établissements. Mais le statut n'est pas le seul indicateur pertinent pour juger de la plus ou moins grande dépendance à l'égard de l'institution, incarnée par les personnels pénitentiaires : ne pas avoir d'autres activités en milieu libre, ne pas être reconnu sur d'autres terrains d'intervention, intervenir à plein temps et depuis des décennies en milieu pénitentiaire, ... sont d'autres indicateurs de la dépendance à l'institution. Il est clair que l'un des objets de l'étude sera justement de dresser une liste de ces facteurs qui ont fait et qui font de certains professionnels de la santé et de l'enseignement, des acteurs largement contraints ou encore des symboles de la dimension totale de la prison.

Notons ici que l'interrogation initiale visant à se demander si la prison est toujours une institution totale suppose que celle-ci l'ait été. De fait, l'institution pénitentiaire semble avoir été une institution totale, tout au moins en ce qui concerne la santé et l'enseignement. Les parties historiques consacrées à la santé (chapitre 4) et à l'enseignement (chapitre 8) montreront ainsi toutes les formes passées de limitation de l'autonomie des professionnels de santé et de l'enseignement : par exemple, les statuts, les modes de recrutement, les relations hiérarchiques. Nous nous interrogerons alors sur l'actualité de ces formes de contraintes (chapitres 5 et 9). Peut-on

---

<sup>82</sup>Philippe Combessie, *Prisons des villes et des campagnes, Etude d'écologie sociale*, Paris, Ed. l'Atelier, 1996

parler ou non d'une détotalisation de la prison ? Le processus de détotalisation peut recouvrir deux phénomènes distincts. D'une part, l'arrivée de représentants extérieurs à l'institution. D'autre part, l'accès progressif à l'autonomie de ces intervenants. Réfléchir à la détotalisation de la prison oblige donc à penser les processus qui font que les acteurs de la santé et de l'enseignement s'autonomisent vis-à-vis de l'Administration Pénitentiaire. Il est clair que ces processus sont fondamentalement liés aux formes de professionnalisation de ces acteurs. La détotalisation de la prison sera ainsi analysée en liaison étroite avec l'autonomisation des acteurs qui y interviennent, ou encore leur professionnalisation. Sociologie des professions et sociologie de la prison apparaissent ici intimement liées.

### ***2.2.2. La prison est-elle encore une institution totalitaire ?***

Un second axe qui organise notre observation de la prison à travers le prisme des professionnels de la santé et de l'enseignement consiste en une réinterrogation du caractère totalitaire de l'institution pénitentiaire. Comme nous avons déjà pu l'écrire, l'utilisation de la notion d'institution totalitaire dans une sociologie de la prison pose problème car cette notion, utilisée sans réserves, constitue à nos yeux un autre attrape-tout scientifique. En effet, si la notion semble renvoyer aux travaux de Goffman et de Foucault, elle renvoie surtout à des lectures partiales d'*Asiles* et de *Surveiller et Punir*. Par ailleurs, elle renvoie aussi indirectement et indûment aux travaux sur le totalitarisme. Ce n'est donc qu'en délimitant précisément la notion d'institution totalitaire que nous nous permettrons de l'employer et de préciser ainsi le sens de notre seconde interrogation : la prison est-elle encore une institution totalitaire ?

La lecture du plus récent recueil d'articles sociologiques francophones sur la prison<sup>83</sup> montre que la notion d'institution totalitaire reste largement utilisée, malgré le poids institutionnel et symbolique des réserves formulées par Robert Castel à propos d'une formule dont il a pourtant été l'un des initiateurs. L'emploi continu de cette notion me semble résulter d'une lecture syncrétique des travaux de Goffman et de Foucault. Il n'est ainsi pas certain que la notion d'institution totalitaire résume le mieux les points de convergence entre ces deux théories. Il est clair que certaines convergences peuvent être établies : c'est par exemple la perspective adoptée par Robert Castel qui propose une lecture "durkheimienne" ou "structurale" (sic) de l'institution totale chez Goffman<sup>84</sup>. On peut aussi penser légitime de rapprocher la notion d'institution enveloppante chez Goffman des "institutions complètes et austères"<sup>85</sup> évoquées par Foucault pour désigner les prisons. Mais

---

<sup>83</sup>C. Faugeron, A. Chauvenet, P. Combessie, *Approches de la prison*, Presses de l'Université de Montréal, Presses de l'Université d'Ottawa, De Boeck Université, 1996

<sup>84</sup>Robert Castel, 1989, op. cité, pp. 31-43

<sup>85</sup>Formule reprise à Baltard dans son *Architectonographie des prisons*, 1829

l'emploi du terme "totalitaire" semble malencontreux pour résumer ces convergences, car il suppose d'autres rapprochements beaucoup plus contestables entre *Asiles* et *Surveiller et Punir*. Etymologiquement, l'adjectif "totalitaire" renvoie au totalitarisme, ou encore à la fusion des pouvoirs législatif, exécutif et judiciaire, l'absence de distinction entre Etat et société civile, l'étatisation de la vie sociale qui caractérisent certains régimes politiques non démocratiques.

La lecture des travaux de sociologie ou de sciences politiques sur le totalitarisme — ceux de Raymond Aron et Hannah Arendt notamment — invalide la pertinence de tout rapprochement entre le totalitarisme au sens strict et la prison en France. La comparaison de la prison française avec, par exemple, les régimes mussolinien, nazi et stalinien — ces trois régimes étant présentés généralement comme les archétypes du totalitarisme — n'a aucun sens car d'une part elle compare deux éléments très différents — une institution et un régime —, d'autre part elle néglige toutes les dimensions qui empêchent d'assimiler le régime français à un régime totalitaire. On voit ainsi que l'usage de l'adjectif totalitaire pour désigner l'institution pénitentiaire ne peut se justifier au sens étymologique du terme. Notons d'ailleurs que Foucault n'emploie pas plus les termes "totalitaire" et "totalitarisme" dans *Surveiller et Punir* que Goffman ne parle de *totalitarian institution* dans *Asiles*.

Comment expliquer alors le succès dans les sociologies de la prison, fortement empreintes de références à Goffman et à Foucault, d'une notion qui apparaît non pertinente chez ces auteurs ? On peut faire l'hypothèse que l'adjectif "totalitaire" est souvent entendu dans un sens large, au sens d'arbitraire, d'omnipotent, de disciplinaire, d'illégal. Dans ce sens large, l'emploi du terme "totalitaire" paraît moins trahir les références initiales. Ainsi cette notion semble-t-elle pouvoir renvoyer à l'"appareil disciplinaire exhaustif" dont parle Foucault ou encore au fait que le dispositif carcéral excède dans ses pratiques réelles les conditions de la détention légale ("supplément disciplinaire" au sens de Foucault). C'est dans cette perspective de lecture que nous nous autoriserons à parler d'institution totalitaire.

Nous utiliserons ainsi la notion d'institution totalitaire pour désigner une institution qui prive certains des reclus qu'elle abrite d'un accès à des services dont les détenus ne sont pas juridiquement privés. Le caractère totalitaire d'une institution réside selon nous dans le fait de ne pas donner aux reclus l'accès aux services de santé et d'enseignement auquel le Droit leur donne droit. Evaluer le caractère totalitaire actuel de l'institution pénitentiaire, à travers le prisme des professionnels de la santé et de l'enseignement, nous amènera ainsi à étudier si et comment les accès à la santé et à l'enseignement sont respectés ou limités en prison. Pour cela, il conviendra d'abord, dans une perspective diachronique, de réfléchir à la façon dont les accès à la santé et à



l'enseignement se sont construits en termes de droits, tant dans la société française en général que dans la prison en particulier. Il conviendra ensuite, dans une logique synchronique, de montrer comment ces droits sont plus ou moins appliqués aujourd'hui, de comparer le droit théorique et l'accès réel aux systèmes de soins et d'enseignement. Il s'agira finalement d'étudier les limites des droits et des accès à la santé et à l'enseignement dans les prisons.

Par exemple, le fait que l'Administration Pénitentiaire puisse supprimer à certains détenus l'accès au centre scolaire à titre disciplinaire montre que l'accès à l'enseignement est en fait inscrit dans un système de privilèges dont l'existence traduit que l'enseignement n'est pas toujours considéré comme un droit, encore moins comme un droit inaliénable. Si l'accès à la santé est généralement beaucoup mieux respecté, l'étude précise des actions et des représentations des professionnels de santé intervenant en prison montrera certaines de ses limites. Que certains médecins s'autorisent de prescrire des traitements moins forts que ceux qui sont généralement prescrits à l'extérieur parce que leurs patients sont dans une situation de marché captif, montre par exemple que le droit effectif à la santé en prison est un droit en partie restreint par le statut particulier du patient incarcéré.

La prison est-elle encore une institution totalitaire ? Pour résumer, nous entendons par dimension totalitaire de la prison le fait que les détenus puissent être privés d'un accès à des services dont ils ne sont pas juridiquement privés. L'étude diachronique et synchronique des différentes formes de restrictions des accès à la santé et à l'enseignement doit permettre d'évaluer cette dimension plus ou moins totalitaire de la prison passée et actuelle.

### ***2.2.3. La prison, entre permanence et changements***

Que révèle l'analyse des professions de la santé et de l'enseignement intervenant en prison sur la permanence et les changements de l'institution prison ? Ce troisième axe qui structurera notre regard sur la prison à travers le prisme des professions recouvre en partie les deux premiers : observer les formes de détotalisation et de détotalitarisation de la prison permettra d'évaluer la nature et la profondeur de certaines évolutions de la prison ou au contraire les permanences de l'institution. Plus largement, il s'agit de s'intéresser à toutes les formes de changement de la prison que permet d'observer le prisme des professions de la santé et de l'enseignement. On touche ici à un autre point d'opposition entre les analyses sociologiques de la prison et les discours des acteurs pénitentiaires. Les acteurs pénitentiaires ont généralement l'impression de larges évolutions de la prison. Beaucoup de surveillants mettent par exemple en avant les changements depuis Robert Badinter, l'irruption de la télévision, la baisse de la discipline, les droits accordés aux détenus. Le directeur d'une grande maison d'arrêt m'a aussi affirmé : “- Ce qu'il y a de gênant chez les

chercheurs, c'est qu'ils concluent toujours la même chose, quoi qu'il se passe. Je sais pas moi, mais comparez donc un 13 000<sup>86</sup> avec Fresnes. Comparez la prison aujourd'hui et il y a un siècle".

Les analyses historiques et sociologiques de la prison affirment en effet souvent l'immobilisme de la prison. C'est par exemple le point de vue avancé par Corinne Rostaing dans *La relation carcérale* : "L'approche historique permet de comprendre l'immobilisme dont la prison fait preuve en dépit de multiples changements. Depuis deux siècles, les évolutions politiques et sociales ont été à l'origine de réformes importantes. Cependant, rien n'est plus frappant que les permanences de l'institution, la perpétuation de la contradiction des missions qui sont assignées à la prison, les difficultés constantes que la prison doit affronter"<sup>87</sup>. Plus largement, la prison est souvent considérée par les historiens et les sociologues comme une institution immuable. Ici, il convient de distinguer deux formes d'immobilisme. La première forme revêt l'absence de toute évolution : il s'agit alors de montrer les échecs ou la vanité des tentatives de réforme. L'autre forme d'immobilisme consiste à dire que malgré les réformes, la prison reste fondamentalement la même : plutôt que de nier les changements, il s'agit de montrer leur faible envergure et leurs faibles conséquences. L'extrait de Corinne Rostaing souligne par exemple la perpétuation de la contradiction des missions qui sont assignées à la prison.

Le constat de Corinne Rostaing, appuyé sur une étude empirique, rejoint ainsi de nombreux travaux historiques (on pense notamment aux travaux de Michel Foucault ou de Claude Faugeron) qui ont montré les permanences et les continuités de l'institution carcérale depuis la fin du XVIIIème siècle. Il reste que l'on peut se demander si ces changements ont réellement été mineurs ou si c'est la perspective d'analyse retenue par les analyses historiques d'obédience structuraliste qui a conduit à les négliger. De fait, la prison est un domaine d'étude qui a été souvent livré à des analyses que nous pourrions nommer structurales-longitudinales. Nous entendons par là que beaucoup d'auteurs ont fait appel à une vision diachronique pour dégager la structure sous-jacente de la prison : la structure de la prison étant alors entendue comme ce qui reste par delà les changements, d'où le peu d'intérêt porté à l'étude des changements. Comme le note Raymond Boudon dans *La place du désordre*, certaines théories d'inspiration structuraliste présupposent que les éléments non structurels peuvent être négligés : "on croit qu'il existe dans la réalité des traits structurels et des traits non structurels, et l'on en tire la conclusion que les seconds peuvent être ignorés"<sup>88</sup>. L'analyse foucauldienne de la prison paraît répondre à cette critique, d'autant plus qu'elle semble définir la structure de la prison comme ce qui ne change pas. L'absence de changements serait ainsi

---

<sup>86</sup>Les "13 000" sont des établissements construits dans le cadre d'un programme lancé le 22 juin 1987 et dont le fonctionnement est en partie confié au secteur privé.

<sup>87</sup>Corinne Rostaing, 1997, *La relation carcérale*, Paris, PUF, p. 29

moins due à une absence réelle de changements qu'à un choix analytique qui conduit à négliger la portée des changements.

Si nous croyons pour notre part que l'analyse des permanences est intéressante, l'analyse des changements ne nous semble pas moins signifiante. Si l'institution carcérale garde en elle des logiques qui ont pu l'animer dès ses origines, il n'est pas dit néanmoins que le fonctionnement n'ait pas en partie changé et que ces changements ne révèlent pas à leur tour la nature de l'institution : hermétisme, disciplinarisation, punitif, contradiction semblent des aspects à mettre à l'épreuve du regard historique. Le regard sur la santé et l'enseignement offre alors de nouvelles focales d'analyse sur les permanences et les changements de la prison.

Cette lecture invite donc à porter un regard diachronique sur la prison, d'où la place importante des parties historiques dans cette étude (chapitres 4 et 8). Il s'agira d'évaluer la portée, la profondeur des changements observés, à travers l'étude de deux domaines particuliers : la santé et l'enseignement. Le choix de ces deux prismes d'analyse oblige néanmoins à quelques prudenances. En effet, les dispositifs de santé et d'enseignement en prison ont été modifiés très récemment par des textes de 1994 et 1995. Le manque de recul dont on peut disposer par rapport à ces textes peut leur conférer une apparence de changements révolutionnaires, alors même que les prochaines décennies montreront peut-être leur caractère éphémère, voire illusoire. On se méfiera donc autant que possible d'une forme de tropisme de la modernité qui pourrait assimiler les réformes les plus récentes à des changements profonds, seulement parce que le recul manque pour les évaluer comme les réformes plus anciennes. Il n'en demeure pas moins que l'étude de ces réformes récentes est impérieuse dans l'analyse sociologique car, si elles n'auront peut-être pas la portée historique qu'elles semblent laisser présager, elles permettent de comprendre les actions et les représentations actuelles des professionnels de santé et de l'enseignement.

## Conclusion

Que peut nous apprendre une analyse des actions et des représentations des professionnels de la santé et de l'enseignement intervenant en milieu pénitentiaire sur l'institution prison ?

Une lecture des principaux travaux sociologiques sur la prison montre que si certains domaines de la prison ont été souvent balayés par le regard sociologique, d'autres apparaissent plutôt comme des

---

<sup>88</sup>Raymond Boudon, *La place du désordre, Critique des théories du changement social*, 1984, Paris, PUF, Quadrige, 1991, p. 132

angles morts. C'est l'un de ces angles morts — les professions de la santé et de l'enseignement — que nous nous proposons de visiter en avançant l'idée que c'est un prisme d'analyse intéressant, car nouveau et décentré, pour analyser la prison. Affirmer la pertinence de cet outil d'analyse ne doit pas conduire cependant à en oublier les limites : cet outil, s'il permet de voir des choses nouvelles ou de voir de façon renouvelée des traits observés ailleurs et différemment, ne permet pas de tout voir ou encore ne permet pas toujours de *mieux* voir *la* prison. Loin de prétendre pouvoir accéder à une théorie générale de la prison, nous affirmons au contraire le caractère fragmentaire de notre angle d'analyse.

Trois interrogations principales structureront et délimiteront le regard que nous poserons sur la prison à travers le prisme des professionnels de la santé et de l'enseignement :

- La prison est-elle toujours un système d'organisation qui prend en charge *toutes* les activités des reclus, qui n'admet aucun tiers "extérieur", qui ne laisse aucune autonomie aux tiers dits "extérieurs" ? Est-elle toujours une institution totale ?

- La prison prive-t-elle les détenus de droits dont ils ne sont pas juridiquement privés. Les prive-t-elle d'un accès à la santé et à l'enseignement équivalent à celui dont ils pourraient jouir en milieu libre ? Est-elle encore une institution totalitaire ?

- L'analyse des actions et des représentations des professionnels de la santé et de l'enseignement intervenant en prison révèle-t-elle des formes majeures d'évolutions de la prison ou au contraire une permanence de cette institution ?

Ces trois interrogations, centrées sur une analyse de l'institution pénitentiaire à travers le prisme des professions, seront complétées et combinées avec les interrogations qui structureront notre regard des professions de la santé et de l'enseignement à travers le prisme de la prison. C'est ce second prisme d'analyse que nous voudrions maintenant présenter.

## Chapitre 2

# Une sociologie des professions à travers le prisme de la prison

Que peut apprendre l'analyse du milieu d'exercice pénitentiaire sur les "professions" ? Qu'est censée apprendre une analyse des actions et des représentations des "médecins", "infirmiers" et "enseignants" intervenant en milieu pénitentiaire sur la dynamique des "professions" au sens large ?

L'usage de la notion de "profession" dans une réflexion sociologique pose problème car le terme est aussi utilisé dans la vie quotidienne. On se trouve dans une situation où le sociologue utilise comme concept nominal un découpage de la "réalité sociale". Cette situation est critique — au sens de cruciale — pour le sociologue car elle l'invite à une réflexion épistémologique sur la nature de sa pensée, entre nominalisme et réalisme, induction et déduction, ou plus encore à une théorie de la science, au sens weberien du terme<sup>89</sup>. Comment étudier les professions en sociologie ? Faut-il les analyser comme des réalités historiques ou bien construire des catégories conceptuelles, nominales et proprement analytiques ? Faut-il faire les deux à la fois ? Et si oui, comment ?

Une seconde difficulté liée à l'usage du terme "profession" dans une réflexion sociologique est liée à la polysémie du terme "profession". On peut d'abord noter que le même terme "profession" désigne dans les pays anglo-saxons et dans les pays francophones des réalités fort différentes. La notion de profession a par ailleurs dans la langue française des sens qui ne sont pas toujours compatibles : "Depuis la "profession de foi" des moines ou des premiers communiantes jusqu'aux "Professions et Catégories Sociales (PCS) de l'INSEE, en passant par l'expression "profession libérale", ou la "profession" comme branche professionnelle (mécanique, chimie, travail social), sans parler des rubriques "nom, prénom, âge et profession" des questionnaires administratifs ou policiers... Les sens du terme sont, de fait, différents et il n'est pas facile d'en dégager une signification commune"<sup>90</sup>. Le flou qui ressort de ces polysémies rend lui-même flou l'usage de la

---

<sup>89</sup>Max Weber, *Essais sur la théorie de la science*, Paris, Plon, 1965

<sup>90</sup>Claude Dubar et Pierre Tripier, *Sociologie des professions*, Paris, A. Colin, 1998, p. 7

notion de sociologie des professions : de fait, les différents courants de sociologie de profession n'ont guère de points communs. Que faut-il donc entendre lorsque nous parlons dans cette recherche de "sociologie des professions" ?

Il ne s'agira pas dans ce travail d'apporter une nouvelle mise en ordre des différents sens du terme profession et des différentes sociologies qui ont pu en naître. Plusieurs analyses ont cherché à mettre en ordre ce chaos linguistique et théorique, telles les analyses proposées par Marc Maurice<sup>91</sup>, Jean-Michel Chapoulie<sup>92</sup>, Claude Dubar<sup>93</sup> ou Pierre Tripier<sup>94</sup>, ou encore la dernière synthèse de Claude Dubar et Pierre Tripier<sup>95</sup> qui entend réussir le tour de force de présenter à la fois les modèles qu'ont pu constituer les professions dans l'histoire des idées religieuses et des activités de travail, les théories sociologiques et les recherches les plus récentes sur les groupes professionnels.

De façon beaucoup moins ambitieuse, nous conviendrons dans cette recherche de limiter la notion de profession à la notion de groupe professionnel, ou encore d'ensemble de personnes regroupées sous une même étiquette parce qu'elles sont censées exercer une même activité. Cette délimitation tranche dans la polysémie sémantique du terme "profession" en écartant certains sens : la profession de foi, l'activité de travail d'un seul individu, par exemple.

Il reste que la délimitation proposée ne résout pas toutes les interrogations. Qu'est-ce qu'une activité ? Qu'est-ce qui est commun : le nom ou plus encore, des actions, des représentations, des identités, des pratiques, etc. ? La délimitation ne résout pas non plus la difficulté liée à l'usage dans une réflexion sociologique d'une catégorie nominale. Les "groupes" de travail empiriques — ceux par lesquels les acteurs se nomment et nomment les autres — peuvent-ils constituer la base d'une réflexion sociologique sur les ensembles au travail<sup>96</sup> ? Est-il par exemple judicieux et pertinent d'étudier tous ceux qui se désignent sous la dénomination "enseignants" ou faut-il au contraire déconstruire cette étiquette jusqu'à comprendre ce qu'elle peut recouvrir ? La profession doit-elle être saisie comme l'ensemble des personnes *pensant* ou *disant* exercer une même activité ou comme un ensemble proprement analytique de personnes ayant les mêmes actions et

---

<sup>91</sup>Marc Maurice, "Propos sur la sociologie des professions", *Sociologie du Travail*, 1972, n° 2, pp. 213-225

<sup>92</sup>Jean-Michel Chapoulie, "Sur l'analyse sociologique des groupes professionnels", *Revue Française de Sociologie*, XIV, 1973, pp. 86-114

<sup>93</sup>Claude Dubar, *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, Armand Colin, 1991, 2<sup>ème</sup> partie, pp. 129-198

<sup>94</sup>Pierre Tripier, *Du travail à l'emploi. Paradigmes, idéologies et interactions*, chapitre X : "La matrice disciplinaire de la sociologie des professions", Bruxelles, Ed. de l'Université de Bruxelles, 1991, pp. 139-161

<sup>95</sup>Claude Dubar et Pierre Tripier, *Sociologie des professions*, Paris, A. Colin, 1998

<sup>96</sup>Nous préférons ici utiliser les notions d'ensemble ou d'agrégat plutôt que celle de groupe. L'emploi de la notion de groupe *présuppose* souvent en effet une forme de communauté d'actions et de représentations qu'il s'agit justement d'interroger dans notre étude à titre d'hypothèse et non de postulat.

représentations, et ce quelles que soient les dénominations qui les rassemblent ou les séparent ? Les deux projets peuvent-ils être combinés ?

En se référant à l'histoire de la sociologie des professions et plus particulièrement à une analyse des rapports qu'ont entretenus les usages sociologiques de la notion de profession et les usages courants du terme, nous esquisserons des premières réponses à ces questions et essayerons de dégager l'importance croisée d'une rupture épistémologique et d'une prise en compte du "réel" des professions. C'est à partir de cette esquisse que nous proposerons, dans une seconde sous-partie, un modèle d'interprétation des professions qui cherche, à partir d'une analyse des actions et des représentations de ceux qu'est censée rassembler une même dénomination, à repérer les enjeux et les effets des étiquettes professionnelles. Nous verrons alors comment adapter ce modèle à l'étude de professions particulières dans un milieu d'exercice particulier, en l'occurrence les "professions de la santé et de l'enseignement" en milieu pénitentiaire et formulerons enfin les hypothèses qui structureront notre regard sur les professions à travers la prison.

## **1. Une sociologie parmi d'autres sociologies des professions**

L'analyse des professions intervenant en milieu pénitentiaire proposée dans cette étude s'appuie d'abord sur une lecture de différents travaux de sociologie des professions. Il ne s'agit pas ici de dresser un inventaire exhaustif des travaux sociologiques sur les professions, mais plutôt de se centrer sur les enseignements de quelques travaux qui se sont intéressés à la profession comme un "groupe de personnes ayant la même activité". Deux lignes de fracture principales permettent de situer ces travaux.

La première ligne de fracture sépare les travaux qui raisonnent à partir de catégories empiriques, à partir des professions telles qu'elles se donnent à voir communément, et ceux qui opèrent une rupture épistémologique en analysant la notion de profession indépendamment de ses emplois courants. Deux tentations opposées apparaissent ainsi à la lecture des principaux travaux sociologiques sur les professions. La première tentation consiste à étudier la profession en tant que catégorie historique de la réalité sociale : les travaux anglo-saxons des fonctionnalistes sur les professions ont par exemple analysé sous le terme de profession ce qui était juridiquement reconnu sous ce terme. La seconde tentation consiste à réduire la profession à une catégorie proprement analytique, "scientifiquement" déconstruite, au travers d'une rupture épistémologique avec les usages sociaux de cette notion. Il s'agit alors très souvent de réduire les "professions" à des groupes de personnes ayant la même place dans la division du travail. C'est une tentation que l'on retrouve dans la tradition interactionniste américaine et plus encore dans les approches françaises qui, partant

du fait que la profession n'a pas d'assise juridique en France, ont longtemps renoncé à étudier les représentations cognitives attachées à la perception des groupes de travail.

La seconde ligne de fracture oppose les travaux qui considèrent les professions comme des groupes homogènes et ceux qui insistent sur la diversité des segments professionnels au sein d'une même profession. Si tous les chercheurs s'accordent sur une définition minimale des professions comme des groupes de personnes ayant une même place dans la division technique du travail, des divergences apparaissent quant au mode de structuration de ces groupes. Pour les uns, par exemple les fonctionnalistes, les professions sont des catégories homogènes comme l'attesterait l'unicité des dénominations employées : "les infirmiers", "les médecins", "les enseignants", etc. Pour les autres, par exemple les interactionnistes, ce sont des catégories hétérogènes, segmentées et toujours en voie d'évolution. L'unicité de la dénomination, symbole apparent d'unité, constituerait alors un leurre qui masquerait de réelles fractures au sein des groupes professionnels nominaux.

Nous nous proposons dans cette partie de porter un regard critique sur les approches fonctionnalistes et interactionnistes anglo-saxonnes, puis sur les approches françaises pour en dégager les enseignements majeurs dans l'optique d'une approche des professions en France.

## **1.1. L'approche fonctionnaliste des professions**

"Quand ils parlent de professions comme d'un type particulier de condition professionnelle, la plupart des sociologues anglo-américains ont en tête des métiers organisés par des associations privées auxquelles revient d'établir des normes d'admission et de recrutement dans des écoles rattachées aux établissements d'enseignement supérieur"<sup>97</sup>. Comme le note Eliot Freidson, un point de terminologie s'impose pour comprendre les analyses anglo-saxonnes : celles-ci désignent par "*occupation*" ce que la langue française appelle de façon large "profession" (au sens de groupe de personnes ayant la même activité), et réservent l'usage du terme "*profession*" pour désigner quelques "*occupations*" particulières, organisées selon un statut privé et largement autonomes par rapport à l'Etat, proches de ce que l'on a coutume d'appeler en France les "professions libérales" (par exemple, les avocats, les médecins). Pour éviter les équivoques, nous adopterons, dans les paragraphes suivants, une convention que Jean-Michel Chapoulie a retenue pour la traduction de *The sociological eye* d'Everett Hughes : le terme anglais "profession" sera le plus souvent traduit par le terme français "profession établie".

### ***1.1.1. Une analyse des "professions établies"***



Dans la lignée des deux premières grandes études systématiques sur les professions de A. Flexner<sup>98</sup> (1915) pour les Etats-Unis et d'A. M. Carr-Saunders et P. A. Wilson<sup>99</sup> (1933) pour le Royaume-Uni, la majorité des études anglo-saxonnes sur les professions portent sur les “professions établies”, essentiellement les professions du droit et de la médecine. C’est particulièrement le cas des études qu’il est coutume d’étiqueter “fonctionnalistes” parce qu’elles recherchent les fonctions sociales remplies par les professions, telles celles de Talcott Parsons<sup>100</sup> (1939 et 1951) et de William J. Goode<sup>101</sup> (1957), qui analysent les groupes de travail qui ont réussi à se faire reconnaître le statut de “profession établie”. L’analyse fonctionnaliste (ou structuro-fonctionnaliste) des professions prend ainsi pour modèle les professions établies telles qu’elles “existent” (i.e. telles qu’elles se nomment, se donnent à voir et telles qu’elles sont perçues) aux Etats-Unis dans la première moitié du XXème siècle.

L’objet de ces premières recherches consiste précisément à dresser un tableau des caractéristiques des professions établies et de pouvoir ainsi juger, à l’aune de ces critères, du caractère professionnel ou non d’une *occupation*. Talcott Parsons distingue par exemple plusieurs critères majeurs qui permettent de caractériser le rôle du médecin et par là du professionnel des “professions établies” : c’est un rôle universaliste, fonctionnellement spécifique, affectivement neutre, orienté vers la collectivité, et qui incorpore une très claire valorisation de l’accomplissement (*achievement*). Beaucoup d’autres sociologues anglo-saxons s’essayeront à cet inventaire, à cette approche que *The Social Science Encyclopedia* (1984) baptise ironiquement “*check-list approach*”. Mais aucun consensus ne se dégage sur les principales caractéristiques des professions établies. En 1964, G. Millerson<sup>102</sup>, après un examen attentif de la littérature sur les professions, note l’existence de vingt-trois critères de définition des professions. Il souligne par ailleurs qu’aucun de ces critères ne fait l’unanimité, même si certains critères sont récurrents. Selon Marc Maurice<sup>103</sup>, l’accord entre les auteurs les plus éminents ne se fait que sur le critère de la spécialisation du savoir. Selon Jean-Michel Chapoulie, les propriétés les plus souvent attribuées au type-idéal des professions par les chercheurs anglo-saxons sont plus nombreuses :

---

<sup>97</sup>Eliot Freidson, “Les professions artistiques comme défi à l’analyse sociologique”, *Revue Française de Sociologie*, XXVII, 1986, p. 434

<sup>98</sup>A. Flexner, “Is Social work a Profession?”, *School and Society*, juin 1915, I, n° 26

<sup>99</sup>Alexander M. Carr-Saunders et P. A. Wilson, 1933, *The Professions*, London, Oxford University Press

<sup>100</sup>Talcott Parsons, “Social Structure and Dynamic Process : The Case of Modern Medical Practice”, in *The Social System*, Glencoe, Illinois, The Free Press, 1951, pp. 428-479 et “The Professions and Social Structure”, 1939, in *Essays in Sociological Theory, Pure and Applied*, Glencoe, Illinois, The Free Press, 1958, pp. 34-49

<sup>101</sup>William J. Goode, “Community within a community : the professions”, *American Sociological Review*, 1957, vol. 22, n° 2, pp. 194-200

<sup>102</sup>G. Millerson, *The Qualifying Associations : A Study in Professionalization*, 1964, cité in Kuper Adam and Jessica, *The Social Science Encyclopedia*, Routledge & Kegan Paul, Londres, 1984, article *Professions*, p. 650

<sup>103</sup>Marc Maurice, “Propos sur la sociologie des professions”, *Sociologie du Travail*, 1972, n° 2, pp. 213-225

- “1. Le droit d’exercer suppose une formation professionnelle longue, délivrée dans des établissements spécialisés.
2. Le contrôle des activités professionnelles est effectué par l’ensemble des collègues, seuls compétents pour effectuer un contrôle technique et éthique. La profession règle donc à la fois la formation professionnelle, l’entrée dans le métier et l’exercice de celui-ci.
3. Le contrôle est généralement reconnu légalement, et organisé sous des formes qui font l’objet d’un accord entre la profession et les autorités légales.
4. Les professions constituent des communautés réelles dans la mesure où, exerçant leur activité à plein temps, n’abandonnant leur métier qu’exceptionnellement au cours de leur existence active, leurs membres partagent des “identités” et des intérêts politiques.
5. Les revenus, le prestige, le pouvoir des membres des professions sont élevés : en un mot ils appartiennent aux fractions supérieures des classes moyennes.”

Jean-Michel Chapoulie, 1973, op. cité, p. 93

Dans la tradition fonctionnaliste, celle de Parsons et de Goode, les professions (médicales et juridiques particulièrement) sont ainsi considérées comme des communautés intégrées, homogènes, cohérentes, unies autour des mêmes valeurs, des mêmes rôles, des mêmes intérêts et de la même éthique de service. Certes, comme le rappelle François Bourricaud, Talcott Parsons envisage des formes d’imperfections de l’intégration normative tant dans la communauté des médecins que dans celle des malades : “Il y a de “mauvais” praticiens, de “mauvais” patients, et la tradition culturelle, qui est censée légitimer les devoirs des uns et des autres, est bien loin d’être stable”<sup>104</sup>. François Bourricaud note cependant que si Parsons envisage une certaine diversité et une certaine différenciation des rôles et des valeurs, celles-ci restent limitées dans le temps ou ne concernent que quelques individus. Les fonctionnalistes conçoivent ainsi la profession comme un noyau central et consensuel dont la permanence et la stabilité normatives sont assurées par la socialisation professionnelle.

Deux points apparaissent ici majeurs. D’une part, les analyses fonctionnalistes des professions prennent le parti, conscient ou non, de ne pas distinguer l’objet sociologique “profession” de l’objet de la vie sociale et de ne pas opérer de rupture épistémologique avec les catégories empiriques. D’autre part, elles considèrent les professions comme des groupes homogènes. Quels sont les intérêts et les limites d’une telle approche des professions ?

---

<sup>104</sup>François Bourricaud, *L’individualisme institutionnel. Essai sur la sociologie de Talcott Parsons*, Paris, PUF, 1977, pp. 57-58

### ***1.1.2. Critiques***

Deux grandes critiques ont été adressées au modèle fonctionnaliste des professions. La première vise son caractère historiquement daté et socialement situé, son caractère “non transposable” à l’analyse des professions dans d’autres pays que les Etats-Unis ou le Royaume-Uni. La seconde porte sur sa dimension idéologique. Ces deux critiques, plus ou moins convaincantes, me semblent révéler les atouts et les limites d’une posture méthodologique consistant à étudier les professions en tant que catégories empiriques.

#### ***Un modèle historiquement daté et socialement situé ?***

Beaucoup d’auteurs francophones ont noté le caractère historiquement et socialement daté du modèle fonctionnaliste d’analyse des professions. Didier Vrancken souligne que l’approche sociologique nord-américaine des professions est fortement tributaire de la législation fédérale des Etats-Unis, et plus particulièrement du *Taft Hartley Act* (1947), instaurant une distinction entre organisation syndicale et association professionnelle<sup>105</sup>. Pierre Tripier fait même du *Taft Hartley Act* le facteur empirique déterminant dans la configuration de ce qu’il appelle “la matrice disciplinaire de la sociologie des professions”<sup>106</sup>. Dire qu’un modèle théorique repose sur une loi de 1947, permet ici de souligner le choix analytique de superposer catégorie empirique et catégorie construite, mais aussi de critiquer les conséquences de ce choix sur la portée explicative du modèle.

Selon ces différents auteurs, le parti-pris méthodologique fonctionnaliste semble avoir réduit et borné le pouvoir explicatif d’un modèle qui ne permet guère de comprendre que le mode d’organisation de certains groupes de travail, certaines “occupations” — les professions établies — dans un seul pays — les Etats-Unis — à un moment circonscrit du XXème siècle — le début et le milieu du siècle —. Le modèle s’avérerait ainsi inopérant pour décrire le mode d’organisation des professions en Europe. George Weisz<sup>107</sup> a pu ainsi montrer, au travers d’une analyse historique de l’Académie de Médecine de sa création (1820) jusqu’au début du XXème siècle en France, qu’un des critères les plus souvent cités pour définir la profession — le statut de “libéral” ou encore l’indépendance des professionnels par rapport à l’Etat — était très lié au contexte américain : la médecine s’est en effet établie en France dans une étroite dépendance avec l’Etat, tout en gardant les autres attributs des professions établies anglo-saxonnes. Finalement, il est clair que le modèle

---

<sup>105</sup>Didier Vrancken, “De la profession au marché du travail”, in Michel De Coster, François Pichault (dir.), *Traité de sociologie du travail*, Bruxelles, De Boeck, 1994, p. 258

<sup>106</sup>Pierre Tripier, *Du travail à l’emploi. Paradigmes, idéologies et interactions*, chap. 10 : “La matrice disciplinaire de la sociologie des professions”, Bruxelles, Editions de l’Université de Bruxelles, 1991, p. 143

<sup>107</sup>George Weisz, *The medical mandarins. The French Academy of medicine in the nineteenth and early twentieth centuries*, Oxford University Press, Oxford, 1995

fonctionnaliste américain des professions n'est pas intégralement transposable en France, qu'aucun des "groupes" de travail en France ne répond aux différents critères. Mais le pouvoir heuristique d'un modèle peut-il être résumé à sa seule dimension transposable ?

Plusieurs travaux ont critiqué le caractère socialement situé et historiquement daté du modèle fonctionnaliste des professions. Cette critique semble à son tour critiquable, et ce pour deux raisons principales. La première est que les critères fonctionnalistes de définition des "professions établies" permettent, au prix de quelques adaptations, d'approcher la spécificité des modes d'organisation de certains marchés du travail en France. Il ne s'agit pas alors de savoir si les médecins ou les enseignants peuvent être étiquetés "professionnels" au regard d'une *check-list* formulée à partir du modèle anglo-saxon, il s'agit d'évaluer si certains critères dégagés par les fonctionnalistes ne permettent pas d'opérer certains rapprochements entre les différents ensembles au travail en France, de comprendre leurs formes de proximité. Dans cette perspective, nous pourrions apprécier l'organisation des acteurs de la santé et de l'enseignement intervenant en milieu pénitentiaire au regard de ces différents critères qui, même s'ils concernent avant tout les Etats-Unis et le Royaume-Uni, éclairent aussi le statut de ces professionnels en France. La longueur et la spécialisation de la formation, le contrôle des activités professionnelles, l'autonomie dans le travail, les revenus, le prestige de ces acteurs, pour ne reprendre que quelques catégories citées par les auteurs fonctionnalistes, sont assurément des critères intéressants de comparaison des ressources "professionnelles" : il s'agira par exemple de juger des analogies entre les différents acteurs, selon leur degré d'autonomie à l'Administration Pénitentiaire.

Par ailleurs, la critique portant sur le chronocentrisme et l'ethnocentrisme du modèle fonctionnaliste apparaît peu pertinente, tout au moins relative. Tout d'abord, sans céder à un relativisme complet, on peut admettre que c'est une caractéristique de tout modèle sociologique que d'être historiquement daté et socialement situé. Par ailleurs, ce qui apparaît comme une limite peut aussi être saisi comme la principale richesse du modèle fonctionnaliste. L'intérêt du modèle fonctionnaliste serait moins sa "théorie générale" des professions que son aptitude à saisir à un moment donné, dans une société donnée, la force "réelle" d'une forme de regroupement de travail. L'interprétation fonctionnaliste est ainsi incontournable si l'on veut saisir le mouvement de "professionnalisation" qui a concerné de nombreux groupes de travail aux Etats-Unis, et aussi, dans un autre contexte, en France. Le sociologue interactionniste Everett Hughes, par ailleurs très critique envers l'approche fonctionnaliste des professions, a ainsi reconnu lui-même l'importance qu'a constitué le modèle des "professions anciennement établies" pour la profession infirmière<sup>108</sup>. Il est clair que les "professions établies" aux Etats-Unis, tels les médecins ou les avocats, ont non

---

<sup>108</sup>Everett Hughes, "Pour étudier le travail d'infirmière", 1951, in *Le regard sociologique*, op. cité, pp. 69-73

seulement servi de modèle d'interprétation aux sociologues mais ont aussi constitué, dans le "réel social", des pôles d'attraction pour les autres groupes de travail (*occupational groups*), tels les infirmières, les ingénieurs, etc. Il s'agissait pour ces derniers de se rapprocher du modèle des professions établies, en essayant de se faire reconnaître un statut à part, une autonomie d'exercice et de contrôle sur leur activité, ou plus largement les titres et les avantages des professions établies.

En collant à la réalité des professions établies, le modèle fonctionnaliste s'est donc avéré une source essentielle dans l'explication du pouvoir structurant de certaines représentations de la profession dans les mondes du travail. Cet exemple apparaît ici révélateur de la nécessité pour une sociologie prenant appui sur des catégories du sens commun, de prendre en compte l'effet structurant, parfois performatif, des catégories communes de pensée. Aussi le caractère historiquement et socialement daté du modèle fonctionnaliste apparaît-il moins comme une lacune "scientifique" que comme le tribut que doit payer toute sociologie qui prend le parti-pris méthodologique d'étudier des catégories de la pratique quotidienne, telles qu'elles se donnent à voir et telles qu'elles structurent le "réel social". Ceci dit, ce parti-pris comporte aussi des dangers, comme en atteste une autre critique adressée au modèle fonctionnaliste d'analyse des professions.

### *Un modèle idéologique*

Une seconde critique à l'encontre des travaux fonctionnalistes sur les professions souligne le danger de l'absence, voulue ou non, de coupure entre la catégorie réelle et la catégorie analytique : celui de ne pas s'interroger sur ce que représente la catégorie réelle. Eliot Freidson<sup>109</sup> (1970) avec une lecture interactionniste puis Terry Johnson<sup>110</sup> (1972) avec une lecture marxiste, ont ainsi montré que les fonctionnalistes ont entériné comme caractéristiques professionnelles, non les traits des professions telles qu'elles existaient, mais l'image, l'idéologie que les professions établies tentaient de donner de leur activité. Selon Freidson, Parsons aurait ainsi fait de l'altruisme une caractéristique de la profession médicale alors que cet altruisme ne serait qu'une image que veulent donner les médecins d'eux-mêmes. Selon Johnson, l'autonomie relative dont jouissent certaines professions doit être comprise non comme un attribut légitime lié à la spécialité des tâches exercées, mais plutôt comme un instrument de l'Etat dans les processus de reproduction des rapports de pouvoir qui caractérisent le capitalisme moderne. Selon les deux auteurs, Parsons n'aurait pas seulement négligé de rompre avec les représentations idéologiques des professions, il aurait contribué à les renforcer.

Dans une perspective proche mais moins polémique, Jean-Michel Chapoulie note que l'idéal-type fonctionnaliste de la profession correspond presque trait pour trait à l'idéal professionnel (ce qu'il

---

<sup>109</sup>Eliot Freidson, 1970, *Profession of Medicine*, New York, Harper & Row, trad. fçse : *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984

<sup>110</sup>Terry J. Johnson, *Professions and Power*, Londres, Mac Millan, 1972

nomme “le modèle professionnel”), ou encore aux aspirations professionnelles des classes moyennes américaines<sup>111</sup>. C’est d’ailleurs à partir d’une critique analogue de l’analyse structuro-fonctionnaliste que François Bourricaud propose un programme de recherche sur les professions :

“Je concède que l’analyse structuro-fonctionnaliste est exposée au risque de tautologie et de cercle vicieux. Mais le risque est tout à fait contrôlable. Pour y parer une précaution est nécessaire et contrôlable. Au lieu de considérer les normes comme des décrets immédiatement exécutoires, comme des prescriptions qui assurent le bon fonctionnement du système thérapeutique, le sociologue traite leur application et leur efficacité comme *problématiques*. S’il suppose qu’elles sont efficaces par elles-mêmes et de plein droit, il est amené à les prendre pour un substitut des comportements réels, qui n’en sont plus que l’inutile redoublement. Mais il y a moyen pour lui de sortir de cette insoutenable fiction, c’est de prendre comme point de départ de sa recherche l’*écart* entre l’état idéal ou désirable et le comportement effectif des acteurs, ou si l’on veut l’ensemble des conditions auxquelles elles pourraient être efficaces. L’analyse sociologique part de la *tension* entre l’exécution effective du rôle et sa définition normative.”

François Bourricaud, *L’individualisme institutionnel*.

*Essai sur la sociologie de Talcott Parsons*, Paris, PUF, 1977, p. 58

François Bourricaud fait ici une synthèse intéressante de l’analyse structuro-fonctionnaliste des professions : si cette analyse a eu le mérite d’insister sur l’importance de la dimension normative dans l’explication des actions et des représentations, sur l’existence de comportements prescrits ou rêvés, elle a eu le défaut d’assimiler ces comportements prescrits ou rêvés aux comportements réels, de “considérer les normes comme des décrets immédiatement exécutoires”. Aussi Parsons aurait-il peut-être cédé, à ce qu’il considérait lui-même comme de l’idéologie : “Le critère essentiel de l’idéologie, c’est la déviation par rapport à l’objectivité scientifique... Le problème de l’idéologie apparaît lorsqu’il existe une contradiction entre ce à quoi l’on croit et ce qui peut être établi comme scientifiquement correct”<sup>112</sup>. En assimilant l’objet sociologique et l’objet de la pratique sociale, sans s’interroger sur les formes de production de cet objet de la pratique sociale, Parsons aurait ainsi fait l’économie d’une construction critique du concept de profession. Plus encore, en faisant des discours des professionnels un critère de définition de la profession médicale, il aurait contribué à asseoir la crédibilité du discours des médecins en le réifiant, en lui donnant un sceau scientifique. La théorie fonctionnaliste des professions contribuerait ainsi à permettre la production de discours idéologiques sur les professions, si l’on admet de définir avec Raymond Boudon<sup>113</sup>, l’idéologie comme la référence à une théorie scientifique fautive, douteuse ou indûment interprétée.

---

<sup>111</sup>Jean-Michel Chapoulie, “Sur l’analyse sociologique des groupes professionnels”, *Revue Française de Sociologie*, XIV, 1973, pp. 95-96

<sup>112</sup>Talcott Parsons, “An approach to the sociology of knowledge”, *Transactions, of the fourth congress of sociology*, Milan, 1959, pp. 25-49, cité par Raymond Boudon, 1986, *L’idéologie ou l’origine des idées reçues*, Paris, Seuil, 1992, p. 35

<sup>113</sup>Raymond Boudon, 1986, *L’idéologie ou l’origine des idées reçues*, Paris, Seuil, 1992

Prolongeant cette critique, les chercheurs interactionnistes se sont d'ailleurs demandés si l'homogénéité attribuée par les fonctionnalistes aux professions n'est pas elle aussi le fruit d'une lecture superficielle des professions établies : l'homogénéité des actions, la cohérence des représentations, le consensus des valeurs seraient ainsi moins des caractéristiques réelles des professions établies que des images que veulent renvoyer les professionnels pour masquer les formes différentielles et peu avouables d'intégration dans la profession. Selon cette perspective critique, il semble important de ne pas conclure trop prestement à une réelle cohérence des "professions" étudiées à partir du discours des acteurs sur l'homogénéité de leur profession. En d'autres termes, il faut soumettre à un regard critique l'image unie et homogène que des acteurs peuvent vouloir donner de leur groupe nominal. On peut par exemple noter que beaucoup des médecins intervenant en milieu pénitentiaire se rattachent au groupe des médecins en général, en niant la spécificité de l'exercice en milieu carcéral. L'étude des actions et des représentations des différents médecins devrait permettre de savoir s'il n'y a vraiment aucune spécificité de l'exercice en milieu pénitentiaire, si l'ensemble des "médecins" constitue vraiment un groupe d'appartenance ou seulement un groupe de référence.

Pour répondre à ces hypothèses, il semble convenir de prendre comme point de départ de la recherche le comportement effectif des acteurs. On retrouve ici le principe méthodologique proposé par François Bourricaud (cf. supra) ou encore l'inspiration interactionniste de l'analyse des professions : partir des actions et des représentations pour construire des catégories "professions", indépendantes des catégories communes et parfois idéologiques de la réalité sociale.

## **1.2. L'approche interactionniste des professions**

Nous désignerons ici par "interactionniste" un ensemble d'analyses dont les auteurs se sont réclamés de l'Ecole de Chicago et particulièrement des travaux d'Everett Hughes. Je pense ici principalement aux travaux de Howard Becker, Blanche Geer, Rue Bucher, Anselm Strauss, Eliot Freidson mais aussi à des travaux plus circonscrits comme ceux de Ray Gold sur les concierges, Fred Davis sur les infirmières.

### ***1.2.1. Une volonté de démythification des "professions établies"***

Les travaux d'Everett Hughes<sup>114</sup>, principalement *Men and their work* (1958), constituent la référence principale et commune des travaux "interactionnistes" sur les professions. Ils apparaissent

---

<sup>114</sup>On se réfère ici au recueil d'articles et d'ouvrages d'Everett Hughes, *Le regard sociologique, Essais choisis*, Paris, Editions de l'EHESS, 1996, notamment la première partie : *L'étude du travail et des métiers*, chap. 1 à 7, pp. 59-135, qui rassemble des écrits de 1951 à 1970.

d'abord comme une résolution singulière de la tension entre la nécessaire prise en compte du réel et la volonté de rupture épistémologique dans le travail d'analyse sociologique des professions. Ils insistent ensuite sur la segmentation interne à chaque groupe professionnel.

Le projet de Hughes est d'abord novateur car il propose d'étudier toutes les occupations sans se soucier de leur statut ou non de profession reconnue, de "profession établie". C'est ainsi qu'il propose de ne pas limiter l'analyse sociologique aux professions "nobles", de s'intéresser aux métiers modestes, de comparer les différentes formes de métier pour faire émerger des thèmes communs aux diverses formes de travail humain. De façon volontairement iconoclaste, il propose pour mieux les comprendre de comparer le travail des médecins et celui des plombiers, celui des prostituées et celui des psychiatres. La volonté de rupture épistémologique avec le caractère prestigieux associé aux "professions" dans le sens commun est clairement affichée lorsque Hughes affirme que le chercheur doit "partir de l'hypothèse que tous les types de travail figurent sur la même liste, quel que soit leur classement sur les échelles de prestige et de valeur morale"<sup>115</sup>.

L'analyse des métiers peu prestigieux est ainsi censée éclairer l'ensemble des professions, en éliminant cette "façade" que constitue le prestige et que Parsons n'avait pas su éliminer : "Puisque le prestige est aussi étroitement lié à des symboles et même à des prétentions, justifiées ou non, il s'accompagne d'une tendance à maintenir une façade — par des appellations, la tromperie, le secret (en grande partie nécessaire) — qui dissimule ce qui est derrière. Dans les objets sociaux de moindre prestige, il peut être au contraire plus facile d'accéder à l'essentiel"<sup>116</sup>. C'est ainsi que l'étude du travail des concierges permet par exemple d'accéder à une pratique commune à toutes les métiers : la délégation du "sale boulot". L'étude et la comparaison d'autres professions permet de dégager l'importance d'autres thèmes communs aux diverses formes de travail : les routines et l'urgence, les erreurs, la carrière, la licence et le mandat.

Afin d'appliquer ce postulat théorique de l'intérêt d'étudier toutes les occupations, Hughes propose une méthode originale, centrée sur l'analyse technique et morale de la division du travail. Il s'agit ainsi d'étudier concrètement les "occupations" comme des "faisceaux de tâches" : "Un métier ou un poste de travail consiste en un faisceau de tâches. Ce qui lie ces tâches, c'est qu'elles sont toutes accomplies par la même personne et sous un seul nom. Une personne, un nom, un faisceau de tâches"<sup>117</sup>. La notion de profession est ainsi réduite à sa plus simple expression : un groupe de personnes occupées à un même faisceau de tâches. L'analyse des professions consiste alors à étudier minutieusement les tâches, leur distribution, leur valorisation. Cette méthode — partir de

---

<sup>115</sup>Everett Hughes, "Des erreurs dans le travail", 1951, in *Le regard sociologique*, op. cité, 1996, p. 87

<sup>116</sup>Everett Hughes, "Le travail et le soi", 1951, in *Le regard sociologique*, op. cité, 1996, p. 80

<sup>117</sup>Everett Hughes, "Pour étudier le travail d'infirmière", 1951, in *Le regard sociologique*, op. cité, 1996, p. 71



l'étude des tâches — sera adoptée par la plupart des collaborateurs et élèves de Hughes dans leurs études de profession particulières, même si certains tiendront à préciser le contenu théorique de la notion de faisceaux de tâches : Freidson précisera ainsi que les métiers doivent être considérés comme des faisceaux de tâches socialement organisés, éléments d'une division du travail reposant à la fois sur des compétences et sur des vocations<sup>118</sup>.

Dans ce cadre-là, les professions établies, c'est-à-dire les professions telles qu'elles sont communément et juridiquement définies aux Etats-Unis, n'apparaissent plus pour le sociologue que comme une catégorie particulière de métiers, avec par exemple des licences et des mandats particuliers, une place particulière dans la division morale du travail<sup>119</sup>. Dans le sillage de Hughes, beaucoup d'auteurs interactionnistes proposeront ainsi, à partir d'une étude de la division technique du travail, de séparer la compréhension sociologique du terme profession des usages courants de cette notion, fruits d'un travail politique, de rompre avec le prestige des professions établies, fruit d'une division morale du travail. Howard Becker suggère ainsi d'analyser "les professions simplement comme des occupations qui ont eu suffisamment de chance pour acquérir et préserver dans le monde actuel du travail un titre honorifique". Eliot Freidson<sup>120</sup> propose quant à lui de montrer que l'autonomie n'est pas une donnée consubstantielle à la profession médicale mais un acquis, fruit de longues négociations entre les médecins et les pouvoirs politiques et économiques. Le prestige des "professions établies", "naturel" selon les fonctionnalistes, est ici fondamentalement démythifié.

C'est aussi dans le prolongement de cette volonté de démythification que l'on peut situer le second pan de l'analyse interactionniste : l'accent mis sur la segmentation des groupes de travail. Cet accent, déjà présent dans les premiers travaux de Hughes, est particulièrement net dans les analyses de Rue Bucher et Anselm Strauss<sup>121</sup>. Critiquant explicitement la théorie fonctionnaliste de Goode, ils affirment qu'au sein d'une profession, "les identités ainsi que les valeurs et les intérêts sont multiples, et ne se réduisent pas à une simple différenciation ou variation. Ils tendent à être structurés et partagés : des coalitions se développent et prospèrent, en s'opposant à d'autres"<sup>122</sup>. Les deux auteurs mettent ainsi en exergue l'importance de comprendre les professions comme des

---

<sup>118</sup>Eliot Freidson, "The division of labor as social interaction", *Social Problems*, n° 23, feb. 1976, pp. 304-313

<sup>119</sup>Everett Hughes, "Les professions établies", 1963, in *Le regard sociologique*, op. cité, 1996, pp. 107-121

<sup>120</sup>Eliot Freidson, *La profession médicale*, 1970, Paris, Payot, 1984

<sup>121</sup>Rue Bucher et Anselm Strauss, "Professions in Process", *American Journal of Sociology*, 1961, n° 66-4, pp. 325-334. Traduction française : "La dynamique des professions", in Anselm Strauss, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, 1992, pp. 67-86

<sup>122</sup>Rue Bucher et Anselm Strauss, 1961, in Anselm Strauss, op. cité, 1992, p. 68

processus dynamiques d'agrégation de différents "mouvements sociaux", de différents "segments" aux objectifs divers, aux identités organisées, malgré une appellation commune.

Il est important de noter ici la volonté affichée par les interactionnistes — en partie pour s'opposer au modèle jugé statique des fonctionnalistes — de saisir les professions comme des coalitions en mouvement continu : les segments naissent, se développent, se modifient, s'allient avec d'autres segments, disparaissent en permanence. Prenant appui sur l'archétype de la médecine, Bucher et Strauss montrent que de nombreux clivages — par exemple, la séparation entre les missions de recherche et la pratique clinique — découpent et traversent cette "profession établie", sans être superposables aux seules spécialités reconnues. En insistant sur la structuration interne des professions, ils mettent ainsi en évidence qu'un même faisceau de tâches peut être accompli de façon très différente selon les acteurs, et que l'unicité des dénominations peut très bien être un "masque". On retrouve ici la perspective que développe Anselm Strauss dans *Miroirs et masques*<sup>123</sup>, où il analyse les effets des dénominations dans l'art de se montrer et de se situer.

### ***1.2.2. Critiques***

Si le projet interactionniste était prometteur quant à sa capacité à séparer l'analyse sociologique des professions et les représentations idéologiques des professions établies, les études n'ont pas été aussi abouties que ne l'avaient espéré ou proposé les interactionnistes. Tout d'abord, comme le note Claude Dubar<sup>124</sup>, le modèle des "professions établies" reste très prégnant dans l'analyse interactionniste. Les notions de mandat et de licence, développées par Hughes, semblent ainsi particulièrement adaptées à l'analyse des professions établies. Il n'est pas indifférent de noter aussi que Freidson et Strauss ont basé leur analyse non sur des "*occupations*" quelconques, mais sur une "profession particulièrement établie", à savoir la médecine. Dans *La profession médicale* (1970), Freidson fait lui-même valoir que l'autonomie, dotée de sa légitimité et de son organisation, constitue un trait distinctif décisif entre les "professions" et les autres "métiers" : "on discerne la profession du simple métier à ce qu'elle a acquis le droit d'exercer son contrôle sur son propre travail"<sup>125</sup>. L'analyse interactionniste, même si elle propose une déconstruction de la notion de profession établie au profit d'une analyse des faisceaux de tâche, n'en est pas moins confrontée au pouvoir fortement structurant du modèle des professions établies.

---

<sup>123</sup>Anselm Strauss, 1959, *Miroirs et Masques. Une introduction à l'interactionnisme*, Paris, Ed. Métailié, 1992

<sup>124</sup>Claude Dubar, *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, Armand Colin, 1991, p. 150

<sup>125</sup>Eliot Freidson, *La profession médicale*, 1970, Paris, Payot, 1984, p. 81

Nous pouvons alors nous demander si l'écart entre le projet d'analyse et les analyses interactionnistes anglo-saxonnes des professions ne montre pas l'impossibilité ou la non pertinence de produire une rupture épistémologique complète avec la notion usuelle de "profession établie". S'il est important pour ces sociologues de se dégager des usages idéologiques de la notion de "profession établie", il paraît aussi essentiel de comprendre les faisceaux de tâches en les rapportant à la façon globale dont s'organisent les différents marchés du travail et donc en partie au système réel d'organisation et de perception des professions. Hughes énonçait lui-même ce dernier impératif lorsqu'il affirmait l'importance de rapporter un faisceau de tâches à la matrice sociale dans laquelle il existe, au système social dont il fait partie<sup>126</sup>. Il apparaît alors impossible aux Etats-Unis d'analyser les groupes de travail indépendamment des représentations communes qu'ont ces groupes de travail des "professions établies". Le travail des infirmiers aux Etats-Unis ne peut pas par exemple être compris si on ne saisit pas la volonté des infirmiers d'accéder au statut de profession établie, d'imposer leur autonomie. Même s'il est pertinent pour une part d'analyser le contenu des tâches, le travail du sociologue consiste pour une autre part à analyser le rôle de la notion de "profession établie" dans la structuration des actions et des représentations liées à ces tâches.

Une autre critique qui peut être adressée aux interactionnistes vise particulièrement l'analyse de la segmentation des différentes professions. Là encore, le projet interactionniste apparaît très fécond mais il est difficile de le mettre en oeuvre. Comment analyser les segments qui se distinguent dans une profession ? La diversité des segments d'une profession renvoie-t-elle à des façons différentes de remplir un même faisceau de tâches, à des actions différentes, à des représentations différentes, à des identités différentes, ... ? Rue Bucher et Anselm Strauss parlent de différences d'identités, de valeurs, d'intérêts mais ne précisent pas ce que recouvrent ces termes et ne disent pas comment les étudier concrètement.

Enfin, une dernière critique concerne la place de l'analyse des dénominations dans l'analyse des professions. On ne saurait reprocher aux interactionnistes de ne pas avoir réfléchi globalement aux enjeux des dénominations tant dans la vie ordinaire que dans le travail sociologique. Everett Hughes (1952), dans un ouvrage qu'il a écrit avec Helen Mac Gill Hughes<sup>127</sup>, montre qu'il est conscient de l'enjeu que représente la dénomination dans la structuration du réel, et plus encore de l'enjeu de la catégorisation sociologique des catégorisations ordinaires. A son tour Anselm Strauss dans *Miroirs et Masques* (1959) analyse précisément comment les dénominations servent de miroirs et de masques dans les interactions quotidiennes. Les dénominations sont d'abord des

---

<sup>126</sup>Everett Hughes, "Division du travail et rôle social", 1956, in *Le regard sociologique*, op. cité, 1996, p. 66

<sup>127</sup>Everett C. Hughes et Helen Mac Gill Hughes, "What's in a name ?", in *Where Peoples Meet. Racial and Ethnic Frontiers*, 1952. Traduction française : "Qu'y a-t-il dans un nom ?", in *Le regard sociologique*, op. cité, 1996, pp. 237-74

masques qui sont le reflet du jugement que les acteurs portent sur eux-mêmes et de l'image qu'ils veulent mettre en scène. Ce sont aussi des miroirs qui renvoient aux jugements que les acteurs portent sur les autres.

Il reste que les auteurs interactionnistes ont très peu appliqué cette intuition dans le cadre de l'analyse des professions. Rue Bucher et Anselm Strauss ne font qu'évoquer cette perspective lorsqu'ils parlent des professions comme des "agrégations de segments poursuivant des objectifs divers, *plus ou moins subtilement maintenus sous une appellation commune*"<sup>128</sup>. Les interactionnistes se sont intéressés très marginalement aux façons qu'ont les acteurs d'un groupe professionnel de se nommer et de se situer dans telle ou telle profession, dans tel ou tel segment professionnel. Nous avancerons pourtant l'idée que la dénomination cache d'autres enjeux que de désigner une même place dans la division technique du travail, un même faisceau de tâches et qu'il faut donc revenir sur la construction politique de la dénomination.

Au final, on voit que les limites de l'approche interactionniste des professions viennent moins des bornes du modèle d'analyse proposé que du fait que celui-ci n'a pu être appliqué qu'incomplètement. Le modèle interactionniste apparaît ainsi particulièrement fécond dans l'analyse des professions. Il met l'accent sur l'intérêt d'étudier les tâches et pas seulement le discours officiel porté par quelques représentants ou porte-parole. Il souligne l'intérêt d'étudier la diversité des segments à l'intérieur d'une même profession et a l'intuition que les dénominations sont des révélateurs puissants de l'existence de ces segments.

La fécondité du modèle interactionniste apparaît d'ailleurs clairement dans ses prolongements récents. On peut penser par exemple à la perspective que développe Isabelle Baszanger à propos des médecins de la douleur<sup>129</sup>. Isabelle Baszanger montre ainsi que les médecins de la douleur ont réussi à se faire reconnaître une même dénomination et par là une grande visibilité sociale, sans pour autant avoir des "standards de pratiques homogènes". La dénomination apparaît au coeur du processus de constitution et de légitimation interne et externe des groupes de professionnels. L'unicité d'une dénomination, faisant croire à une communauté d'actions, ne sert-elle pas alors à masquer les différences d'actions et de représentations ?

---

250

<sup>128</sup>Rue Bucher et Anselm Strauss, 1961, op. cité, 1992, p. 69

<sup>129</sup>Isabelle Baszanger, "Emergence d'un groupe professionnel et travail de légitimation, le cas des médecins de la douleur", *Revue Française de Sociologie*, avril-juin 1990, vol. XXXI, n° 2, pp. 257-282 et *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*, Paris, Ed. du Seuil, 1995

Comme en témoigne l'exemple de la perspective d'Isabelle Baszanger, les interrogations anglo-saxonnes sur les professions semblent pouvoir éclairer l'approche des professions en France. Il reste que les approches françaises ont longtemps contesté l'intérêt d'une interrogation épistémologique sur la façon d'étudier les professions, entre catégorie nominale et catégorie réelle, en partant du principe que les professions n'avaient pas en France de statut juridique spécifique, comme les "professions établies" aux Etats-Unis. Quel enseignement peut-on retirer de ces débats sur la sociologie des professions en France ?

### 1.3. L'analyse des professions en France

Le choix de réserver une sous-partie à l'analyse des professions en France peut sembler critiquable, au moins à deux titres. Tout d'abord, il pourrait laisser supposer une cohérence paradigmatique des différents travaux menés sur les professions en France. Il doit être pourtant clair, comme le rappellent Claude Dubar et Pierre Tripier<sup>130</sup>, que l'absence de conceptualisation commune et d'unités clairement repérables, rend vaine toute délimitation *a priori* d'une sociologie des professions en France, et plus encore d'une sociologie française des professions. Par ailleurs, le choix de réserver une sous-partie aux analyses des professions en France ne doit pas cacher que les recherches menées par certains sociologues — on pense par exemple à Anne-Marie Arborio, Isabelle Baszanger — s'inscrivent dans la lignée des traditions anglo-saxonnes évoquées précédemment, particulièrement la tradition interactionniste. Si, comme le pensent Claude Dubar et Pierre Tripier<sup>131</sup> la dimension très critique des premières présentations françaises des théories anglo-saxonnes sur les professions a pu un temps provoquer une réaction de rejet de la part des sociologues français, beaucoup de ces derniers semblent avoir dépassé aujourd'hui leur aversion première. Les récentes traductions des travaux d'Anselm Strauss et d'Everett Hughes ont d'ailleurs sans doute contribué à ce dépassement. Il ne s'agit donc pas ici d'affirmer ni une cohérence paradigmatique des réflexions sociologiques sur les professions en France, ni même une incompatibilité totale entre les traditions anglo-saxonne et française.

Ces deux réserves ne doivent pas pour autant masquer, dans l'optique d'une analyse des liens entre dénominations et contenus des métiers, l'intérêt de réfléchir à ce qui fait la singularité d'une réflexion sociologique sur les professions en France. La notion de profession ne renvoie-t-elle pas à des représentations cognitives ordinaires dont chacun dispose pour se repérer et faire des rapprochements dans la vie en société, représentations qu'il s'agit d'étudier pour donner toute sa force analytique à une analyse de groupes de travail en France ?

---

<sup>130</sup>Claude Dubar et Pierre Tripier, *Sociologie des professions*, Paris, A. Colin, 1998, p. 141

Il s'agit d'inscrire notre réflexion sur les professionnels de la santé et de l'enseignement intervenant en milieu pénitentiaire dans une optique plus large d'une théorie globale des professions en France. Ce projet est périlleux car le sens très large et polysémique associé à la notion de profession, l'absence en France de connotation juridique à la notion de profession et la prédilection des sociologues français pour les analyses en termes de classe ont longtemps masqué l'intérêt d'une telle approche globale. Après avoir tenté d'expliquer la réticence des sociologues français à produire une théorie générale des professions, nous essayerons de justifier la pertinence d'un tel projet.

### ***1.3.1. Le refus d'une théorie générale des professions***

Jusqu'aux années 1970, peu d'études sociologiques françaises<sup>132</sup> se sont intéressées aux "professions". Comment expliquer cette absence d'une tradition de réflexion sur les professions en France ? Avant de répondre à cette question, il convient d'écartier une objection majeure qui tiendrait à la place des professions dans les travaux de Durkheim. Ces travaux ne sont-ils pas le symbole d'une tradition d'analyse des professions en France ?

La réponse à cette dernière interrogation me semble devoir être négative. Il faut d'abord noter que l'évocation des professions par Emile Durkheim dans *De la division du travail social* (1893) n'est pas centrale. Ce n'est que dans la préface de la seconde édition (1902) que Durkheim entend préciser le rôle des groupements professionnels dans l'organisation sociale des sociétés contemporaines : "Si primitivement, nous n'avions touché à ce problème que par voie d'allusions, c'est que nous comptons le reprendre et en faire une étude spéciale"<sup>133</sup>. Par ailleurs, l'évocation des professions dans cette seconde préface est beaucoup moins descriptive et analytique que prescriptive : Durkheim est "à la recherche d'une autorité légitime capable d'apaiser les conflits d'intérêts qui déchirent les sociétés industrielles et de restaurer un minimum de cohésion entre ses membres"<sup>134</sup> mais il ne distingue pas clairement ce qu'il entend par "professions", "groupements professionnels" ou "corporations". En d'autres termes, les professions dont parle Durkheim sont beaucoup moins des réalités concrètes, que des catégories projetées, souhaitées voire idéalisées. Les travaux de Durkheim apparaissent alors moins comme une *analyse* des professions que comme un manifeste prédictif. En ce sens, il n'est pas surprenant que le voeu durkheimien n'ait pas créé en France de tradition d'*analyse* des professions.

---

<sup>131</sup>Claude Dubar et Pierre Tripier, 1998, op. cité, p. 8

<sup>132</sup>Le travail de l'Américain D.J. Treiman (*Occupational prestige in comparative perspective*, 1977) consistant à repérer les modes spontanés de hiérarchisation et d'évaluation des professions par les acteurs sociaux dans différents pays n'a ainsi pas pu s'appuyer sur des études françaises.

<sup>133</sup>Emile Durkheim, 1893, *De la division du travail social*, PUF, 11ème éd., 1986, Préface 2nde édition, p. I

<sup>134</sup>Raymond Boudon et François Bourricaud, *Dictionnaire critique de la sociologie*, article *Professions*, Paris, PUF,

Comment maintenant expliquer cette absence d'une tradition de réflexion sur les professions en France ? Plusieurs raisons peuvent être avancées. La première est liée à la large prédilection des sociologues français pour les analyses en termes de classes<sup>135</sup>. La catégorie sociologique "profession" apparaît fondamentalement incompatible avec celle de "classe". Dans les perspectives marxienne et marxistes qui définissent la classe par la place dans les rapports de production (propriété ou non des moyens de production), la profession apparaît au mieux comme une "sous-classe" à l'intérieur de chacune des deux principales classes, au pire comme un leurre scientifique et idéologique qui tendrait à cacher les réels clivages, voire à légitimer les inégalités sociales. Derrière le refus de l'emploi de la notion de profession apparaît ainsi un refus d'une tradition fonctionnaliste qui tend à légitimer les inégalités sociales en affirmant que les différences professionnelles sont liées à des dons particuliers, des fonctions particulières. Dans d'autres écoles aussi, les clivages de classe sont censés dépasser largement les clivages professionnels ; Alain Touraine préfère par exemple parler de "classe ouvrière" plutôt que de "profession ouvrière". Le découpage sociologique par professions apparaît ainsi peu pertinent et peu compatible avec le découpage en termes de classes. On pourrait aussi montrer que la notion de profession a été délaissée au profit d'autres découpages comme celui des organisations. Au travers du refus du terme profession, il semble ainsi que ce soient d'abord le niveau d'analyse auquel renvoie le terme et sa non compatibilité avec d'autres niveaux d'analyse qui ont été refusés par les sociologues français.

Avec le recul des analyses en termes de classes, le tabou de l'usage de la notion de "profession" s'est toutefois effrité quelque peu. On voit à partir de la fin des années 1960 apparaître des analyses qui évoquent *des* "professions", des sociologues qui se réclament d'une "sociologie des professions", par exemple Georges Benguigui, Dominique Monjardet, Isabelle Bertaux-Wiame, Pierre Tripier, Pierre Rivard<sup>136</sup>. Le terme profession est utilisé pour montrer que l'analyse vise non le travail en général mais un groupe spécifique d'acteurs, par exemple les cadres, les policiers, les artisans, ... Ces perspectives, aussi diverses soient-elles, ont pour points communs de critiquer explicitement les traditions anglo-saxonnes et de refuser de produire une théorie générale des "professions" : elles renoncent à inscrire leur analyse dans une réflexion globale sur *les* professions ou encore à étudier l'influence des catégories "professions" sur la perception par les acteurs sociaux des groupes de travail.

Le postulat qui justifie ce renoncement est que la profession n'est pas une "catégorie réelle" comme aux Etats-Unis, que la notion de profession n'a pas d'assise juridique en France. Ainsi peut-on

---

1982, p. 438

<sup>135</sup>On rejoint ici l'analyse de Christine Chambaz, Eric Maurin et Constance Torelli, "L'évaluation sociale des professions en France", *Revue Française de Sociologie*, XXXIX-1, 1998, pp. 177-226

comprendre l’assertion de Dominique Monjardet qui propose une analyse de la profession policière “sans se référer ici à l’interminable débat interne à la sociologie des professions à propos de la définition d’une “vraie” profession et qui n’a de sens que dans les pays où le caractère “professionnel” est le cas échéant, sanctionné par un statut légal particulier”<sup>137</sup>. Le fait que la notion de profession ne corresponde pas en France à un statut juridique comme aux Etats-Unis est considéré comme un indice du fait que les “professions” ne structureraient pas les représentations des acteurs sociaux. Aussi ne trouve-t-on guère de réflexion épistémologique sur le statut des catégories utilisées dans la plupart des travaux sociologiques sur les professions en France<sup>138</sup>. Il reste que la traduction et la diffusion des travaux anglo-saxons ont peu à peu fait apparaître la pertinence d’une telle réflexion. C’est d’ailleurs dans cette perspective que l’on peut situer le présent projet.

### ***1.3.2. La réhabilitation de la profession***

Le sens très large associé à la notion de profession — qui recouvre la notion d’occupation ou celle de travail (Larousse) — et l’absence en France de connotation juridique à la notion de profession ont longtemps masqué l’intérêt d’une réflexion sociologique sur la place des “professions” dans les modes de représentation des groupes de travail. On peut pourtant se demander si la notion de profession ne renvoie pas à des représentations cognitives ordinaires dont chacun dispose pour se repérer et faire des rapprochements dans la vie en société. Qu’est-ce qui fait qu’une personne place deux individus dans la même profession, sous la même catégorie nominale ?

La notion de “profession” ne recouvre-t-elle pas des acceptions, qui peuvent structurer les représentations des groupes de travail, comme le métier, la profession libérale, la Profession et Catégorie Socio-Professionnelle de l’INSEE, les dénominations qu’utilisent les acteurs pour désigner leur groupe de travail ? Si oui, il est nécessaire de réfléchir à l’articulation entre d’une part la façon qu’ont les acteurs sociaux de se représenter les groupes de travail, de se nommer et de nommer les autres, d’autre part la façon pour les sociologues d’analyser les groupes de travail. On retrouve ici le projet de Francis Kramarz selon lequel “l’analyse des contraintes cognitives (politiques, historiques mais aussi liées aux circonstances de la déclaration (de profession)) pesant sur les personnes enquêtées comme sur les sociologues au moment de leur utilisation du vocabulaire professionnel (à des fins énonciatoires comme pour des buts théoriques) est une

---

<sup>136</sup>cf. organigramme du Groupe de Sociologie du Travail, in *Rapport d’activité 1981-1984*, p. 8

<sup>137</sup>Dominique Monjardet, “Compétence et qualification comme principes d’analyse de l’action policière”, *Sociologie du Travail*, XXIX-1, 1987, p. 51

<sup>138</sup>On notera ici l’exception des travaux de Jean-Michel Chapoulie, “Sur l’analyse sociologique des groupes professionnels”, *Revue Française de Sociologie*, op. cité, et *Les professeurs de l’enseignement secondaire, un métier de classe moyenne*, 1987



condition nécessaire à un réel travail d'étude de l'organisation du travail et du monde des professions. Les libellés de profession constituent, en effet, le matériau à partir duquel sont bâties les nomenclatures et dont partent les pratiques classificatoires"<sup>139</sup>. En d'autres termes, la réflexion autour du choix méthodologique entre catégorie analytique et catégorie empirique que nous avons vue dans le débat anglo-saxon apparaît à nouveau impérieuse.

Il semble d'abord que les formes de valorisation et de représentation des groupes de travail soient liées au modèle des "métiers" et des "professions libérales". L'évocation des "métiers" rappelle ces groupes, construits à partir du XI<sup>ème</sup> siècle sur le modèle des maçons, des bâtisseurs ou plus largement des arts et métiers, qui pouvaient déterminer le contenu du travail, contrôler l'accès (autonomie), former les nouveaux sur le modèle du compagnonnage (autorité). L'évocation des "professions libérales" rappelle l'organisation des médecins, des avocats ou des notaires qui, à l'instar de leurs homologues anglo-saxons, se sont fait reconnaître une large autonomie d'exercice, par le biais d'un contrôle de l'entrée de la profession, d'un code de déontologie, d'un ordre professionnel. La récente étude de Christine Chambaz, Eric Maurin et Constance Torelli<sup>140</sup> montre que les dimensions principales de valorisation des professions en France sont la situation contractuelle, le niveau d'études, l'autorité, l'autonomie et l'indépendance dans le travail. On peut ici remarquer que ces dimensions — particulièrement les dimensions de l'autorité, de l'autonomie d'exercice et de l'indépendance dans le travail — renvoient largement à l'organisation des professions libérales, voire des métiers si l'on excepte le niveau d'études.

Que les professions aujourd'hui les plus valorisées en France correspondent aux métiers et aux professions libérales montre que certaines représentations cognitives, telles celles qui sont attachées aux professions établies aux Etats-Unis, structurent les modes de représentation en France. Le travail du sociologue, comme nous l'avons montré à propos de la tradition anglo-saxonne, doit donc tenir compte de cette influence pour comprendre la perception des groupes de travail, ou encore les enjeux des dénominations professionnelles. Dans l'optique d'une étude des professions comme groupes de travail, il est ainsi intéressant de noter que pour les acteurs qui peuvent revendiquer une appartenance aux métiers et aux professions libérales, la déclaration de profession devient un moyen d'afficher une compétence spécifique et valorisée mais aussi une appartenance à un groupe homogène en son sein, et distinct de tous les autres : "C'est au sein de l'univers culturel des métiers du bâtiment et seulement là que le pierreux (le tailleur de pierres) s'oppose au bois debout (le charpentier), au coucou (le couvreur), etc. Cet univers dont est exclue toute autre corporation confère aux distinctions toute leur signification. La hiérarchie de prestige des métiers, qui trouve

---

<sup>139</sup>Francis Kramarz, "Déclarer sa profession", *Revue Française de Sociologie*, 1991, XXXII-1, p. 4

<sup>140</sup>Christine Chambaz, Eric Maurin et Constance Torelli, "L'évaluation sociale des professions en France", *Revue Française de Sociologie*, XXXIX-1, 1998, pp. 177-226

mille moyens de se signifier sur les chantiers tendrait à s'estomper dans un contexte plus large qui inciterait les uns et les autres à se présenter comme gens du bâtiment"<sup>141</sup>. Autrement dit, la déclaration de profession renvoie largement aux façons qu'une personne a de se représenter et de déclarer un groupe d'appartenance.

Dans une perspective proche, des travaux ont aussi montré que les individus perçoivent leur groupe de travail à travers les grilles des PCS de l'INSEE. En France, il est sûr que la diffusion des nomenclatures CSP et PCS de l'INSEE, par la voie des recensements ou même des sondages et peut-être aussi par le biais de l'enseignement des sciences sociales au lycée, a contribué à rendre commune et courante l'emploi de la notion de PCS pour se représenter et désigner les groupes de travail. Les travaux de Laurent Thévenot et Alain Desrosières<sup>142</sup> montrent ainsi que les catégories de l'INSEE sont presque passées dans le langage courant et fonctionnent aujourd'hui comme des découpages ordinaires, des références automatiques, quasi-naturelles, de la vie sociale. En cela, les PCS structurent les représentations cognitives : "une représentation cognitive des catégories est impliquée par la mise en oeuvre et l'interprétation des Catégories Sociales, une image mentale qui sert aussi quotidiennement à chacun d'entre nous pour s'identifier et identifier les personnes avec lesquelles il est en relation"<sup>143</sup>.

On peut alors penser que deux personnes, classées généralement d'autorité de taxinomiste dans la même PCS, seront très souvent classées et se classeront elles-mêmes dans le même groupe de travail, même quand il ne s'agit pas de produire un découpage statistique, même quand il s'agit de préciser leurs actions et leurs représentations. Deux infirmiers intervenant en prison, aux actions et aux représentations divergentes, pourront ainsi se sentir appartenir à un même groupe de travail, parce qu'ils ont reçu des formations proches, mais aussi parce qu'ils répondent à une même étiquette nominale administrative et statistique, à savoir la PCS "infirmiers". Les catégories PCS créent ainsi de façon performative, une forme de cohérence des groupes désignés, mais cette cohérence n'est pas alors nécessairement attachée à des actions et des représentations similaires, communes ou collectives ; elle semble plutôt liée à une même dénomination.

Le sociologue, qui étudie les professions en France, s'il renonce à étudier les modes de construction des PCS et leurs effets sur les représentations cognitives des acteurs, risque de réifier une catégorie construite d'autorité de taxinomiste, de postuler une cohérence de certains groupes qui n'ont de cohérence que celle que la nomenclature des PCS leur attribue. Il convient donc de s'interroger,

---

<sup>141</sup>Bernard Zarka, "Identité de métier et identité artisanale", *Revue Française de Sociologie*, 1988, XXIX-2, p. 255

<sup>142</sup>Alain Desrosières et Laurent Thévenot, *Les catégories socio-professionnelles*, Paris, La Découverte, Collection Repères, 1988

<sup>143</sup>Alain Desrosières et Laurent Thévenot, 1988, op. cité, p. 34

dans une perspective de rupture épistémologique, sur le mode de construction des PCS. Il ne faut ainsi pas oublier que les PCS ne sont pas seulement le produit d'une construction "neutre", basée sur une étude des actions et des représentations des acteurs, mais aussi le fruit d'enjeux politiques. La refonte de la nomenclature des CSP et la création des PCS ont ainsi été l'objet d'âpres débats entre les partenaires sociaux, mandatés par des groupes professionnels. Alain Desrosières et Laurent Thévenot<sup>144</sup> citent l'exemple de certains "psychologues" qui acceptaient d'être rapprochés des "psychanalystes" ou des "conseillers matrimoniaux" tandis que d'autres trouvaient inacceptables ces rapprochements. Le choix final a finalement été le fruit des rapports de force entre les syndicats représentant chaque camp. Pour ne pas se laisser hypnotiser par les PCS, Alain Desrosières et Laurent Thévenot estiment finalement que le travail du sociologue consiste à remonter la chaîne de production des taxinomies de PCS jusqu'à leur *input* initial : la déclaration d'occupation d'une personne. Mais cette déclaration d'occupation ne doit-elle pas être elle-même interrogée ?

Dans ce sens, il me semble que les déclarations d'occupation, ou encore les étiquettes nominales traditionnelles, auxquelles ont recours les acteurs pour désigner leur groupe de travail, méritent à leur tour d'être déconstruites. Deux enseignants qui se définissent comme "enseignants en prison" et qui pensent que cette étiquette suffit à prouver leur identité d'actions et de représentations, peuvent ainsi sciemment ou non, cacher ce qui fait la singularité de leurs actions et représentations. De même, ce n'est pas parce qu'un médecin intervenant en milieu pénitentiaire refuse d'être taxé de "médecin des prisons" pour se rattacher au corps médical dans son ensemble et nier ainsi l'idée que le milieu pénitentiaire autorise ou engendre certaines dérives déontologiques, que ses actions et ses représentations seront réellement proches de celles des médecins intervenant en milieu libre. Le langage ordinaire peut ainsi être considéré comme un masque que le sociologue ne saurait utiliser sans s'interroger sur ce qu'il recouvre. On retrouve ici le projet interactionniste énoncé par Anselm Strauss. C'est finalement une déconstruction de toutes les étiquettes censées désigner des groupes de travail que nous nous proposons d'opérer.

Ce parcours rapide et sélectif au sein de différentes traditions sociologiques d'analyse des professions permet de dégager deux grands enseignements pour une approche générale des professions. Tout d'abord, il montre l'intérêt d'une rupture épistémologique qui permet de ne pas céder au caractère idéologique du discours des groupes professionnels sur eux-mêmes : le pouvoir idéologique de certains groupes professionnels ne consisterait-il pas à arriver à imposer la communauté de l'appartenance nominale par delà les différences d'actions et de représentations ? Pour échapper à ce pouvoir idéologique, la cohérence d'un groupe, censée être désignée par l'unicité d'une dénomination sera considérée comme un élément à vérifier. Dans ce but, nous retiendrons la méthode interactionniste qui consiste à étudier les professions à partir des tâches

---

<sup>144</sup>Alain Desrosières et Laurent Thévenot, 1988, op. cité, pp. 47-50

qu'elles recouvrent, à partir des actions et des représentations individuelles pour évaluer ensuite les dynamiques de segments ou de groupes. Il s'agit ainsi de se donner la possibilité de démonter les mécanismes de construction des professions comme fédérateurs nominaux d'actions et de représentations différentes.

L'autre enseignement de ce parcours est que cette rupture épistémologique ne saurait toutefois éviter de s'interroger sur la place des "professions", et particulièrement des dénominations professionnelles, dans les actions et les représentations cognitives des acteurs. On rejoint ici un avertissement de Pierre Bourdieu : "le souci de soumettre à la critique logique les catégorèmes du sens commun, emblèmes ou stigmates, et de substituer aux principes pratiques du jugement quotidien les critères logiquement contrôlés et empiriquement fondés de la science porte à oublier que les classements pratiques sont toujours subordonnés à des fonctions pratiques et orientés vers la production d'effets sociaux"<sup>145</sup>. Dans le cas des professions, nous pensons que, s'il est risqué d'adopter, pour définition de la profession, l'image des professions telles qu'elles se donnent à voir, il serait tout aussi risqué de penser pouvoir négliger l'effet performatif que cette catégorie produit dans le social. Tout comme le sociologue anglo-saxon se doit d'étudier la construction et les effets des catégories "professions établies" dans les représentations cognitives des acteurs, il s'agit ici de s'intéresser à ces catégories particulières qui structurent les représentations cognitives des groupes de travail en France, et plus particulièrement aux dénominations qui permettent à un acteur de se référer à tel ou tel groupe de travail.

Ce parcours à travers différentes sociologies des professions s'achève ainsi sur une proposition de conciliation de la tentation de rupture épistémologique et de la tentation de limiter l'analyse des professions aux catégories de la pratique quotidienne. Considérées ensemble, ces deux tentations apparaissent en effet comme deux impératifs analytiques majeurs dont la combinaison semble dessiner la difficulté mais aussi l'apanage du raisonnement sociologique.

---

<sup>145</sup>Pierre Bourdieu, *Ce que parler veut dire. L'économie des échanges linguistiques*, Paris, Fayard, 1982, p. 135

## 2. La profession : communauté réelle ou ferment nominal ?

A partir des enseignements de la partie précédente, nous proposerons un premier modèle général d'analyse des professions. Nous verrons ensuite comment adapter ce modèle à l'analyse de quelques professions dans un milieu d'exercice particulier, en l'occurrence le milieu pénitentiaire, puis préciserons les hypothèses qui orienteront notre regard sur les professions à travers le prisme de la prison.

### 2.1. Proposition d'un modèle général d'analyse des professions

“J’ai tenté de suggérer dans ce chapitre que certaines équivoques des théories du changement proviennent d’une interprétation *réaliste* de la notion de *structure*. Sous prétexte que certaines typologies sont *utiles*, on croit qu’on peut les interpréter comme le reflet de distinctions réelles. (...) Ce faisant, on s’expose à toutes les déconvenues. Mais cette interprétation réaliste de la notion de structure a pour elle deux atouts : d’une part, les distinctions structurelles (cf. par exemple la distinction entre communauté et société, la distinction entre société traditionnelle et société moderne, ou la notion de structure semi-féodale des rapports de production) correspondent souvent à des *vérités* émotionnelles, sentimentales ou idéologiques. D’autre part, lorsque la notion de structure est interprétée — comme c’est très généralement le cas — de manière réaliste, il en résulte un gonflement artificiel du pouvoir de prédiction des sciences sociales.”

Raymond Boudon, *La place du désordre*, 1984, Paris, PUF, Quadrige, 1991, p. 132

Comme la notion de structure, la notion de profession a souvent fait l’objet d’une interprétation réaliste. Les dénominations professionnelles sont alors censées refléter des distinctions réelles dans la division du travail, des communautés effectives, des actions collectives. Cette position conduit alors à ignorer les déformations que peuvent produire les discours et les référents identitaires : ce n’est pas parce qu’un acteur se réfère à un groupe qu’il lui appartient. Ce n’est pas non plus parce qu’un sociologue agrège analytiquement des acteurs (selon le critère de la division du travail) que ces acteurs constituent effectivement un groupe homogène. On retrouve ici un avertissement énoncé par Yves Grafmeyer : “Au-delà de la place occupée dans la division des tâches, d’autres éléments contribuent peu ou prou à orienter les comportements et les attitudes des acteurs de l’organisation dans l’exercice même de leur métier : ressources et dispositions transmises par le milieu d’origine ou l’institution scolaire, itinéraires personnels, obligations familiales, choix résidentiels, projets de toute nature, etc.”<sup>146</sup>. Il reste que la position nominaliste inverse qui tend à rejeter les dénominations usuelles pour leur substituer une étude des tâches oublie quant à elle que les dénominations professionnelles correspondent, comme les distinctions structurelles, à des “*vérités*

---

<sup>146</sup>Yves Grafmeyer, *Les gens de la banque*, Paris, PUF, 1992, p. 9

émotionnelles, sentimentales ou idéologiques”. Comment concilier ces deux positions et éviter leurs lacunes respectives ?

### ***2.1.1. Le principe du modèle***

C’est en partant du préjugé qu’à une même dénomination professionnelle correspondent des actions et des représentations identiques chez ceux que cette dénomination englobe, que les professions ont pu et peuvent être encore parfois considérées *a priori* comme des communautés ou des collectifs d’actions et de représentations. A partir d’une analyse des actions et des représentations des acteurs englobés sous une même dénomination professionnelle, il s’agit de rompre avec un tel préjugé. Nous faisons en effet l’hypothèse qu’une même dénomination peut recouvrir et masquer des actions et des représentations très hétérogènes. La profession représenterait non plus une réelle communauté d’actions et de représentations mais un ferment nominal identitaire, un mythe mobilisateur, un groupe de référence pour des acteurs aux actions et aux représentations divergentes. L’unicité d’une dénomination professionnelle deviendrait ainsi un enjeu qui traduirait la nature des rapports de force entre les différents acteurs agrégés sous cette dénomination, bien plus qu’une identité, une communauté ou une collectivité d’actions et de représentations. Dans cette perspective, le travail sociologique, s’il veut comprendre l’enjeu que représente la dénomination professionnelle par rapport aux actions et aux représentations qu’elle est supposée recouvrir, doit opérer une série de ruptures épistémologiques, en commençant par renoncer à une perspective qui assimile *a priori* la profession à un collectif réel, à une communauté d’actions et de représentations.

Pour mettre en oeuvre et faire aboutir cette problématique, il paraît utile de distinguer plusieurs étapes d’ordre analytique et méthodologique :

1. Considérer les “professions”, issues du discours des acteurs ou de la taxinomie administrative et statistique, comme des catégories uniquement nominales, sans présager de la cohérence (en dehors de la réalité linguistique) de ces catégories, sans postuler par exemple une quelconque homogénéité interne, une quelconque similitude ou communauté d’actions ou de représentations.

2. Etudier les actions et les représentations, les modèles normatifs et les groupes de référence de ceux que ces dénominations sont censées englober. Etudier les tensions entre modèles normatifs et comportements réels, groupes de référence et groupes d’appartenance. Etudier les formes d’agrégation nominales et réelles des différents acteurs.

3. Construire une typologie des principaux sous-groupes d'acteurs, s'il y en a, à partir d'un repérage des axes principaux qui organisent les actions, les représentations et les présentations de soi de chaque acteur.

4. Comparer ces sous-groupes d'acteurs avec la dénomination initiale de la profession et les dénominations utilisées par les acteurs pour se nommer et nommer les autres acteurs. Analyser le lien entre les actions et les différentes dénominations : les dénominations reflètent-elles la réalité des actions conduites et des représentations produites ou sont-elles des écrans qui masquent les différences internes, des mythes mobilisateurs<sup>147</sup>, des miroirs et des masques que mobilisent les acteurs dans leur façon de se représenter et de présenter leurs actions et leurs représentations ?

On part ici de l'hypothèse que les dénominations usuelles utilisées par les acteurs et les sociologues eux-mêmes pour désigner les professions peuvent être trompeuses et laisser supposer une cohérence d'actions et de représentations qui n'aurait de réalité que celle que certains acteurs créent dans le seul ordre performatif du discours. La perspective proposée consiste à remonter de l'analyse des dénominations à l'analyse des actions et des représentations que ces dénominations sont censées synthétiser, pour comprendre les effets et les enjeux des dénominations. C'est ainsi une réflexion en termes d'articulation entre l'acte de nommer d'une part, les actions et les représentations d'autre part que l'on voudrait se donner comme cadre d'analyse des professions de la santé et de l'enseignement en prison.

### ***2.1.2. Les supports du modèle***

Avant de réfléchir à la place du milieu pénitentiaire dans un tel cadre d'analyse, il convient de préciser les principaux supports du modèle : l'exposition des postulats individualistes sous-jacents, la distinction entre action et représentation, la définition de ce que recouvre la "similarité" des actions.

#### ***Trois principes individualistes***

Ce programme d'analyse des professions centré sur une analyse des actions et des représentations des individus engage d'abord trois principes issus des sociologies de l'action, plus précisément encore de la perspective weberienne et de l'individualisme méthodologique. Tout d'abord, il part du postulat que l'acteur social n'est pas un simple produit du conditionnement des structures sociales, que l'action doit être comprise comme un comportement orienté vers la recherche d'une fin plus

---

<sup>147</sup>La notion est ici empruntée à l'analyse de Pierre Dubois sur la classe ouvrière : *Les ouvriers divisés*, Paris, Presses de la FNSP, 1981. Elle désigne un mythe auquel les membres d'un groupe se réfèrent dans les phases de luttes et qui permet temporairement de masquer les différences internes.

que comme le produit mécanique des processus de socialisation. Ensuite, d'un point de vue méthodologique, il fait de l'individu la base d'intelligibilité du social. Enfin, il entend *comprendre* (*verstehen*) les actions, les étudier en retrouvant le sens subjectif que leur donnent les acteurs.

Le premier principe consiste à considérer l'individu comme un acteur qui n'est pas réductible aux effets d'un conditionnement, qui dispose d'une certaine autonomie d'action et de représentation. Cette conception de l'individu s'oppose explicitement aux conceptions de l'agent dans la tradition holiste en sciences sociales. Il ne s'agit pas pour autant de dire que l'acteur est absolument libre de ses mouvements, que l'*homo sociologicus* peut être assimilé à l'*homo oeconomicus* de la modélisation économique : "l'action d'un individu se développe toujours à l'intérieur d'un système de *contraintes* plus ou moins clairement définies, plus ou moins transparentes pour le sujet, plus ou moins rigoureuses"<sup>148</sup>. Faire de l'acteur un être entièrement libre apparaîtrait d'ailleurs d'autant moins pertinent dans cette recherche que le milieu pénitentiaire apparaît *a priori* comme un milieu extrêmement contraignant. Inversement, faire de l'acteur et en l'occurrence du médecin, de l'infirmier ou de l'enseignant un simple produit des logiques pénitentiaires consisterait à poser comme postulat ce qui ne peut encore avoir à ce stade de l'analyse qu'un statut d'hypothèse : un poids important de l'environnement pénitentiaire sur la détermination des actions et des représentations des professionnels intervenant en milieu pénitentiaire.

Sans anticiper sur l'analyse, on peut d'ores et déjà avancer que les professionnels de la santé et de l'enseignement intervenant en milieu pénitentiaire, disposent de capacités stratégiques non nulles, sans être totales. Il est clair que tous les acteurs, par exemple les détenus, ne disposent pas des mêmes marges d'autonomie, que certains sont très contraints. Mais la contrainte résulte alors plus des contextes d'action que d'une détermination par le milieu social d'origine. Le modèle individualiste semble alors beaucoup plus heuristique que les modèles holistes car, en ne faisant pas *a priori* de l'autonomie d'action un tabou et un angle mort de l'analyse, il permet de s'intéresser à la variété des contextes d'action.

Le second principe est proprement méthodologique : il consiste à faire de l'acteur un point de passage obligé de l'analyse sociologique, sinon la base d'intelligibilité du social. On retrouve ici le message adressé par Max Weber à Robert Liefmann et que Raymond Boudon et François Bourricaud ont choisi de placer en épigraphe de leur *Dictionnaire critique de la sociologie* : "Si je suis finalement devenu sociologue (comme l'indique mon arrêté de nomination) c'est essentiellement afin de mettre un point final à ces exercices à base de concepts collectifs dont le spectre rôde toujours. En d'autres termes : la sociologie, elle aussi, ne peut procéder que des actions

---

<sup>148</sup>Raymond Boudon et François Bourricaud, *Dictionnaire critique de la sociologie*, article *Action*, Paris, PUF, 1982, p. 3



d'un, de quelques, ou de nombreux individus séparés. C'est pourquoi elle se doit d'adopter des méthodes strictement individualistes"<sup>149</sup>. Dans la perspective analytique de cette recherche, partir des actions individuelles permet de comprendre comment se construisent les groupes nominaux (professionnels), mais aussi les agrégats "réels" comme les actions communes, les actions collectives.

Pour réfléchir à ce que recouvrent les dénominations professionnelles et ne pas donner foi *a priori* au caractère collectif qu'elles sont censées désigner, il apparaît ainsi judicieux de partir des actions des individus. L'analyse individualiste permet par exemple de montrer l'existence de segments à l'intérieur d'une profession, ce qu'une approche qui ne déconstruit pas les notions de "collectif" et ne réfléchit pas aux modes d'agrégation des actions individuelles, ne permet pas d'analyser. Pour reprendre les termes de Claude Giraud, on peut dire que "cette entrée a un mérite essentiel, celui de "désubstantialiser" le collectif. Elle pourrait avoir pour faiblesse corrélative celle de "substantialiser" l'individu agissant si la dimension méthodologique de cet individualisme cédait le pas à une métaphysique du sujet"<sup>150</sup>. Il est clair que l'adoption de l'individualisme comme démarche méthodologique ne vise pas ici à légitimer une vision atomiste du social : ce n'est pas parce qu'analytiquement il est intéressant de partir des actions individuelles que les groupes, par exemple les groupes professionnels, n'ont aucune existence réelle ou se réduisent à une collection d'actions individuelles.

Le troisième principe, intimement lié aux deux précédents, consiste à adopter une démarche d'analyse *compréhensive*, à étudier les actions des individus en retrouvant le sens *subjectif* que donnent les acteurs à leur action. Raymond Boudon et François Bourricaud rappellent que "pas plus que la "compréhension" ne doit être confondue avec une herméneutique de l'inconscient social, la "subjectivité" dont parle Weber ne doit pas être prise pour l'essence singulière d'un individu"<sup>151</sup>. Dans la même perspective, il ne s'agit pas ici, lorsque nous employons la notion de "sens subjectif", d'énoncer une singularité, voire une irréductibilité des différents acteurs : autrement dit, le "sens subjectif" ne renvoie pas à ce que les philosophes nomment l'ipséité, c'est-à-dire ce qui fait qu'un être est lui-même et non autre. Par "sens subjectif", nous entendons le sens que l'acteur donne à ses propres actions ou encore les "bonnes raisons" qui les justifient à ses yeux. C'est un principe d'analyse que nous avons tenté d'appliquer en recourant à la méthode de l'entretien. Par l'entretien, il s'agissait en effet d'obtenir un récit des actions et des représentations des acteurs, mais plus encore de saisir le sens que chaque acteur donnait à ses actions et représentations.

---

<sup>149</sup>Raymond Boudon et François Bourricaud, 1982, op. cité, p. 1

<sup>150</sup>Claude Giraud, *L'intelligibilité du social. Chemins sociologiques*, à paraître, p. 14

<sup>151</sup>Raymond Boudon et François Bourricaud, *Dictionnaire critique de la sociologie*, article *Weber*, Paris, PUF, 1982, p. 620

Il est clair que les trois principes individualistes qui sous-tendent cette recherche sont largement inspirés de la perspective weberienne ou encore de l'individualisme méthodologique, si tant est que l'on veut bien voir dans l'individualisme méthodologique les traits que ses représentants lui donnent et non ceux que ses détracteurs lui attribuent. On peut ici rappeler les trois réserves énoncées par François Bourricaud pour définir l'individualisme méthodologique et le distinguer des lectures abusives qui en sont faites :

“Ce que j'ai appelé néo-individualisme prétend rendre à ces choix (les choix des acteurs) leur pertinence sous la triple réserve que les individus ne sont pas autant de personnes concrètes, qu'ils ne font pas toujours ce qu'ils prétendent ou ce qu'ils croient faire, que l'agrégation des préférences individuelles ne se réduit pas, comme dans le décompte d'une opinion majoritaire, à une pure addition dont le solde serait immédiatement significatif.”

François Bourricaud, “Contre le sociologisme : une critique et des propositions”,  
*Revue Française de Sociologie*, XVI, suppl. 1975, p. 597

Pour achever cette tentative d'éclaircissement, il est utile de rappeler, comme le font Raymond Boudon dans le *Traité de sociologie*<sup>152</sup> et Claude Giraud dans les *Concepts d'une sociologie de l'action*<sup>153</sup>, que l'adoption du paradigme des sociologies de l'action ne renvoie pas à une conception libérale de l'ordre social ou encore à une conception qui ferait de l'individu la valeur suprême des valeurs morales. Que certains auteurs se soient appropriés ce principe pour justifier une telle conception — on pense par exemple aux théoriciens de l'Ecole du *Public Choice* — ne doit pas pour autant légitimer une assimilation trompeuse entre une démarche analytique et une vision morale de la société.

### *Une sociologie des actions et des représentations*

L'analyse conduira souvent à distinguer les notions d'actions et de représentations car ces notions, si elles se recouvrent parfois, permettent aussi d'accéder à une compréhension de différents registres de l'activité professionnelle.

Le terme “action” renvoie à la notion d'activité telle que la définissait Max Weber : “un comportement humain (...) quand et pour autant que l'agent ou les agents lui communiquent un sens subjectif”<sup>154</sup>. L'usage de la notion d'action renvoie ainsi à la conviction que les comportements d'un acteur ne peuvent être interprétés que par rapport aux intentions de l'acteur. La notion d'action a été ici préférée à celle de pratique. Si le terme “pratiques” est communément très souvent employé pour désigner les activités des “professionnels” (“médecin” et “praticien” sont par exemple souvent

---

<sup>152</sup>Raymond Boudon, in R. Boudon (sous la dir.), *Traité de sociologie*, Paris, PUF, 1992, article *Action*, p. 27

<sup>153</sup>Claude Giraud, *Concepts d'une sociologie de l'action*, Paris, L'Harmattan, 1994, pp. 14-15

<sup>154</sup>Max Weber, *Economie et Société*, 1922, Plon, 1971, p. 4

tenus pour synonymes dans le langage courant), il ne sera ici employé qu'avec mesure car il renvoie à des usages sociologiques assez éloignés de la sociologie proposée dans cette recherche.

Si certains sociologues d'obédience individualiste utilisent le concept de pratiques, celui-ci est particulièrement employé par le courant holiste. Il renvoie ainsi souvent à l'idée de l'existence d'un système de règles sous-jacent : celui qui "pratique" serait celui qui exécute, qui suit des règles d'action ou met en oeuvre de façon mécanique un habitus prédéterminé. Selon Pierre Bourdieu, "les conditionnements associés à une classe particulière de conditions d'existence produisent des *habitus*, systèmes de *dispositions* durables et transposables, structures structurées prédisposées à fonctionner comme structures structurantes, c'est-à-dire en tant que principes générateurs et organisateurs de pratiques et de représentations (...)"<sup>155</sup>. La pratique — tout comme la représentation d'ailleurs — apparaît ici comme le fruit d'un déterminisme quasi automatique. L'analyse des "pratiques" consisterait à retrouver les conditionnements, les règles, les habitus qui les ont générées et organisées. Il est clair que l'exercice d'une profession obéit à certains savoirs appris, à certaines habitudes ou routines. Mais peut-on faire de ces savoirs, habitudes et routines de simples produits de déterminismes ? Cette vision est contraire à la vision de l'acteur avancée plus haut. Aussi utiliserons-nous la notion de "pratiques" avec parcimonie<sup>156</sup>. Quand elle sera employée, elle renverra au sens le plus banal : à des actions dans le cadre professionnel.

A travers le terme polysémique "représentation", il pourra d'abord s'agir d'étudier la façon qu'ont les acteurs de se mettre en scène. L'usage de la notion de représentation comme représentation théâtrale est courant dans la perspective interactionniste qui comprend l'acteur social comme un acteur théâtral, qui se met en scène, qui donne des représentations de lui-même. C'est une inspiration qui apparaît intéressante si l'on veut bien voir dans les comportements et les discours, des produits de représentations, des "façades" et des formes de "présentations de soi" pour utiliser les termes de Goffman<sup>157</sup>, des "miroirs" et des "masques" pour utiliser ceux de Strauss<sup>158</sup>. Il reste que l'opposition entre action et représentation n'a ici guère de pertinence car les mises en scène de l'acteur sont des actions à part entière, des manières de se montrer, de faire et de dire.

---

<sup>155</sup>Pierre Bourdieu, *Le sens pratique*, Paris, Editions de Minuit, 1980, p. 88

<sup>156</sup>On notera néanmoins que certains sociologues de l'action utilisent la notion de pratiques professionnelles. C'est par exemple le cas de Monique Hirschhorn dans *L'ère des enseignants*, Paris, PUF, 1993.

<sup>157</sup>Erving Goffman, *La mise en scène de la vie quotidienne*, tome 1 : *La présentation de soi*, 1953, Paris, Editions de Minuit, Collection Le sens commun, 1973

<sup>158</sup>Anselm Strauss, *Miroirs et Masques. Une introduction à l'interactionnisme*, 1959, Paris, Ed. Métailié, 1992

La distinction entre actions et représentations est plus pertinente si l'on rapproche la notion de représentations de celles de "jugements", de "conceptions", de "perceptions", de "valeurs", de "croyances", de "préférences", ou encore de la notion weberienne de "visions du monde". La distinction entre l'action et la représentation renvoie ici à une opposition entre l'agir et le penser, entre les manières de faire et les manières de juger, entre les comportements réels et les modèles normatifs de comportement. C'est ainsi qu'il sera intéressant d'analyser la façon dont les professionnels perçoivent les patients qu'ils rencontrent en milieu pénitentiaire comme des détenus, des patients, des personnes dangereuses, etc. Je ne prétendrai pas ici offrir une nouvelle réflexion sur l'articulation entre le domaine cognitif et normatif d'une part et le domaine de l'action d'autre part<sup>159</sup>. Cette réflexion engage en effet plusieurs champs disciplinaires (philosophie, psychologie sociale, sociologie cognitive, ...) que je ne maîtrise pas. Si, comme l'ont montré les travaux de Serge Moscovici<sup>160</sup> ou Denise Jodelet<sup>161</sup> sur les représentations sociales, l'opposition entre les manières de faire et les manières de penser ou de juger n'est évidemment pas aussi caricaturale qu'elle ne l'est présentée ici, j'accepterai cette distinction à titre de postulat.

On retrouve derrière cette distinction entre actions et représentations, des distinctions courantes dans les sociologies de l'action, comme celle que relève Claude Giraud<sup>162</sup> entre les comportements et les attitudes ou celle qu'établit Raymond Boudon entre les préférences actées et les préférences exprimées. Ces distinctions permettent de distinguer *analytiquement* ce qui relève de l'agir et du juger et rappellent qu'actions et représentations peuvent être nettement distinctes. C'est ainsi "qu'il existe parfois de profondes différences entre nos façons d'émettre une opinion et nos comportements, en situation, sur le même thème"<sup>163</sup>. Claude Giraud rappelle par exemple la distinction que Robert Merton avait établie entre les préjugés discriminatoires (représentations hostiles) et les discriminations (actions hostiles), après avoir constaté qu'un individu, tenant des propos injurieux à l'égard des membres de tel ou tel groupe ethnique, peut se comporter de telle sorte qu'aucune discrimination ne soit perceptible. La distinction entre actions et représentations permet d'insister sur les écarts entre les attitudes et les comportements, les façons de penser et les façons de faire. On montrera par exemple que des médecins qui se représentent le rapport thérapeutique comme une relation approfondie avec des personnes peuvent dans les faits résumer leurs consultations à des actes organicistes qui font du patient un simple objet.

---

<sup>159</sup>Une telle réflexion est proposée par Jean-François Blin, in *Représentations, pratiques et identités professionnelles*, Paris, L'Harmattan, 1997, et appliquée à une analyse de l'enseignement agricole.

<sup>160</sup>Serge Moscovici, *La psychanalyse, son image, son public*, Paris, PUF, 1961

Serge Moscovici, "L'ère des représentations", in W. Doise et A. Palmonari, *L'étude des représentations sociales*, Genève, Delachaux Nieslé, 1986

<sup>161</sup>Denise Jodelet, *Folies et représentations sociales*, Paris, PUF, 1989

<sup>162</sup>Claude Giraud, *Concepts d'une sociologie de l'action*, Paris, L'Harmattan, 1994, pp. 59-68

<sup>163</sup>Claude Giraud, 1994, op. cité, p. 60

Pour expliquer l'usage de la notion de représentation, il convient enfin de préciser que l'on étudiera les représentations comme les actions : en partant de l'individu et en cherchant dans une perspective compréhensive à accéder au sens subjectif que l'acteur donne à ses représentations. Nous n'emploierons les notions de représentations communes ou collectives qu'après une analyse de l'agrégation des représentations individuelles.

### **Les formes d'agrégation des actions et des représentations**

L'hypothèse que les professions ne correspondent pas nécessairement à des groupes d'acteurs aux actions et représentations homogènes ne conduit pas à négliger les possibles formes d'agrégation des actions et des représentations. En d'autres termes, l'hypothèse que les professions sont peut-être moins des communautés réelles que des agrégats nominaux, n'exclut pas la possibilité que ces professions puissent recouvrir certaines formes de communautés réelles. Il ne s'agit donc pas de postuler *a priori* un nominalisme "jusqu'au boutiste" qui réduirait les professions à des agrégats uniquement nominaux. En d'autres termes, la définition que l'on s'est donnée de la profession invite à s'interroger sur les formes d'agrégation et de proximité des acteurs. Nous distinguerons principalement trois formes d'agrégation ou de proximité. Les dénominations professionnelles si elles peuvent masquer une grande hétérogénéité d'actions, peuvent ainsi recouvrir des actions similaires, communes ou collectives.

La première forme d'agrégation des actions individuelles est celle à laquelle nous recourons dans la construction des typologies de professionnels de santé et d'enseignants en prison (chapitre 7 et 11). On regroupera ainsi des acteurs dont les actions et les représentations sont proches et similaires d'un point de vue extérieur, analytique. Par action ou représentation similaire, il faut entendre l'action ou la représentation d'acteurs qui font ou pensent la même chose, sans que les acteurs aient nécessairement des contacts. Deux actions de médecins travaillant dans deux établissements différents pourront être jugées similaires. Le similaire ne correspond pas ici à une forme d'agrégation "réelle" mais à une agrégation analytique, construite par le chercheur dans son travail de lecture et de typologisation. Le similaire permet notamment de dégager des sous-groupes à partir des similitudes d'actions et de représentations, et de montrer ainsi la possible diversité des actions et des représentations des acteurs regroupés sous une même catégorie nominale.

Il reste que cette définition de la similarité peut aussi renvoyer à des formes réelles d'agrégation des actions. Deux formes d'agrégation nous intéresseront ici particulièrement : les actions communes et les actions collectives. Par action ou représentation commune, il faut entendre l'action ou la représentation d'acteurs qui savent qu'ils font ou pensent la même chose, mais qui ne s'organisent pas et ne se mobilisent pas durablement. Les actions communes renvoient, pour reprendre l'analyse

de Claude Giraud, à des “formes d’action non explicitement concertées — mais néanmoins coordonnées — et reposant sur une participation plutôt que sur un engagement ainsi que sur des formes patrimoniales non mobilisatrices”<sup>164</sup>. Les groupes d’action commune renvoient à des constellations d’intérêts, faiblement organisées, souvent segmentées, et peu mobilisées ou encore à des groupes de “commettants”<sup>165</sup> qui participent peu ou pas à la vie institutionnelle mais qui s’inscrivent néanmoins dans des réseaux. Nous verrons que certains modes d’action et de représentation des professionnels en prison renvoient à cette qualité du social, fondamentalement marquée par une “difficulté à agir ensemble”, par “l’absence de passion”.

Par action ou représentation collective, il faut par contre entendre l’action ou la représentation d’acteurs, de “militants”, ayant pour but d’atteindre des fins partagées. La notion de collectif renvoie à des groupes d’intérêt tels que peut les définir Patrice Mann : des pôles, des systèmes d’interaction, caractérisés par des relations stables et suivies, une faible distance entre leurs membres, un faible renouvellement et une forte homogénéité culturelle<sup>166</sup>. Elle fait aussi référence au collectif chez Claude Giraud<sup>167</sup>, cette qualité du social, chargée d’affectif, marquée par l’engagement et l’investissement, imprégnée par la logique et le temps de la promesse.

Les deux notions de commun et de collectif renvoient à des qualités de social différentes. L’intérêt de les approcher dans le cadre d’une sociologie des professions consiste essentiellement à pouvoir repérer les groupes d’acteurs, les qualités du social en présence et de repérer ainsi les rapports de force et les dynamiques au sein d’une même profession nominale. La compréhension des enjeux des dénominations sera ainsi éclairée au regard d’une perspective croisée entre d’une part une typologie analytique construite à partir de similitudes d’action, d’autre part des formes d’agrégation réelle des actions individuelles.

La comparaison des actions et des représentations des médecins, des infirmiers et des enseignants intervenant en prison devrait ainsi permettre d’analyser la diversité ou au contraire la proximité des actions, des représentations et des modes d’agrégation que recouvrent les professions, entendues comme des ensembles nominaux d’acteurs. Elle devrait permettre d’étudier ce que peuvent recouvrir les dénominations professionnelles utilisées par des acteurs pour désigner ce qu’ils jugent ou ce qu’ils voudraient faire apparaître comme leur groupe d’appartenance. Il reste néanmoins à préciser l’influence que peut avoir le milieu pénitentiaire sur ces modes de construction des professions.

---

<sup>164</sup>Claude Giraud, *L’intelligibilité du social. Chemins sociologiques*, à paraître, p. 18

<sup>165</sup>Claude Giraud, à paraître, op. cité, p. 21

<sup>166</sup>Patrice Mann, *L’action collective*, Paris, A. Colin, 1991

<sup>167</sup>Claude Giraud, à paraître, op. cité, chap. 1

## 2.2. L'adaptation du modèle à un milieu d'exercice particulier

Le modèle d'analyse proposé se précise si l'on introduit la variable du milieu d'exercice pénitentiaire. Il s'agit en effet de n'étudier les professions de la santé et de l'enseignement que dans un milieu d'exercice, qui plus est un milieu qui est longtemps apparu particulièrement contraignant pour ces deux groupes nominaux d'acteurs. Quelle place accorder alors au milieu d'exercice dans l'analyse des professions ? On voudrait ici montrer que le milieu d'exercice pénitentiaire constitue un système de contraintes particulier et qu'il prend place dans un système de milieux d'exercice différemment valorisés, par rapport auxquels prennent sens les actions, les représentations et les présentations de soi des différents professionnels.

### 2.2.1. Un système de contraintes

L'introduction du milieu d'exercice dans l'analyse des professions conduit d'abord à une analyse du système de contraintes dans lequel évoluent les professionnels. Comme nous l'avons dit précédemment, l'adoption du cadre de l'individualisme méthodologique, s'il insiste sur la nécessité de ne pas réduire l'acteur au produit d'un conditionnement, conduit à s'interroger sur les contraintes, par lesquelles prennent sens certaines actions et représentations. Il convient ainsi d'évaluer l'autonomie des professionnels intervenant en prison, en analysant leur statut, la reconnaissance de leur compétence, l'acceptation des droits à la santé et à l'enseignement, et plus largement l'effet des injonctions des personnels de l'Administration Pénitentiaire. Cet objectif rejoint l'une de nos interrogations sur l'institution prison, qui vise à évaluer la marge de liberté que ce cadre d'exercice laisse aux acteurs dits extérieurs.

Il convient de préciser l'usage délimité de la notion de système de contraintes qui sera faite dans cette étude. Tous les professionnels de la santé et de l'enseignement intervenant aujourd'hui en prison sont placés non seulement dans un système de contraintes que constitue la prison, mais aussi dans un système de contraintes macrosociales plus larges devant lequel sont placés tous les professionnels de la santé et de l'enseignement. Les actions et les représentations des enseignants intervenant en prison devraient par exemple être rapportées tant aux contraintes de la prison qu'aux contraintes sociales que connaissent tous les enseignants en France. *L'ère des enseignants*<sup>168</sup> de Monique Hirschhorn s'attache d'ailleurs à une analyse de ce système large de contraintes qui touche l'ensemble du corps enseignant, par delà la diversité des milieux d'exercice. Sans nier la pertinence de cette optique élargie, la délimitation du terrain d'étude et par là le choix d'un cadre

---

<sup>168</sup>Monique Hirschhorn, *L'ère des enseignants*, Paris, PUF, Collection Sociologies, 1993

logique nécessairement restrictif (cf. chapitre 1, § 1.1.3.) amèneront à insister sur le système de contraintes particulier que constitue le milieu d'exercice pénitentiaire.

L'analyse du milieu d'exercice comme système de contraintes est particulièrement importante car il est parfois émis l'hypothèse qu'un milieu très contraignant peut tendre à homogénéiser les actions et les représentations de ceux qui y interviennent. C'est cette hypothèse que semble avancer par exemple Jean-François Blin, à propos de l'enseignement agricole, lorsqu'il évoque l'étroite dépendance entre les représentations et les pratiques professionnelles d'une part, la force des systèmes d'emprise (coercition institutionnelle, pression sociale) s'exerçant sur la situation d'autre part<sup>169</sup>. Il reste que la transposition de cette affirmation au milieu pénitentiaire serait hâtive car elle conduirait à assimiler, avant toute analyse, les professionnels de la santé et de l'enseignement intervenant en prison à des segments des professions de la santé et de l'enseignement : le poids postulé du milieu d'exercice semblerait ainsi autoriser à parler des "médecins ou infirmiers intervenant en prison", des "enseignants intervenant en prison" comme des groupes d'acteurs aux actions et représentations homogènes, uniquement parce qu'ils interviennent dans un milieu jugé contraignant.

Je me garderai pour ma part d'instituer cette hypothèse au rang de postulat. Il ne me semble en effet pas certain qu'un même système de contraintes produise des actions et des représentations homogènes chez ceux qui y sont soumis. Ce serait en effet nier *a priori* la capacité qu'a l'acteur de jouer avec les contraintes, d'en contourner certaines, d'en accepter d'autres, en fonction de ses ressources cognitives et de ses repères normatifs. Ce serait alors donner foi à un préjugé qui voudrait qu'à une même dénomination professionnelle dans un même milieu d'exercice correspondent des actions et des représentations identiques chez ceux que cette dénomination englobe. Nous ferons au contraire l'hypothèse provisoire qu'une même dénomination professionnelle, qui plus est dans un même milieu d'exercice, peut recouvrir et masquer des actions et des représentations très hétérogènes. En d'autres termes, ce n'est qu'*a posteriori* que nous évaluerons le pouvoir homogénéisant du milieu d'exercice pénitentiaire.

### ***2.2.2. Un milieu parmi d'autres milieux d'exercice***

S'il est un système de contraintes, le milieu d'exercice est aussi un pôle de valorisation pour chaque professionnel. Les médecins, infirmiers et enseignants intervenant en prison ont la particularité d'appartenir à des groupes d'acteurs nominaux qui interviennent dans plusieurs milieux d'exercice : l'hôpital, le cabinet libéral, l'école, le lycée, le collège, etc. Certains exercent même personnellement à la fois en prison et dans un autre milieu d'exercice. Or, tous les milieux



d'exercice ne sont pas autant valorisés les uns que les autres. L'importance de la prise en compte du milieu d'exercice dans l'analyse des professions doit alors se comprendre au regard des formes de valorisation de chaque milieu d'exercice.

La prise en compte du milieu d'exercice dans l'analyse des professions oblige à penser le milieu pénitentiaire dans l'éventail des milieux d'exercice possibles des professions de la santé et de l'enseignement. On voit ici qu'il n'est pas possible de dissocier l'analyse des professions de la santé et de l'enseignement en prison, de l'analyse des professions de la santé et de l'enseignement en général. La façon dont les acteurs intervenant en prison se nomment renvoie à des enjeux de valorisation de leur activité en milieu pénitentiaire par rapport à leurs confrères intervenant dans d'autres milieux ou par rapport aux différentes scènes sur lesquelles ils exercent personnellement. On peut par exemple penser qu'un médecin intervenant en prison qui se réclame du groupe des médecins, et non de celui des médecins en prison, peut le faire parce que l'exercice en prison est largement dévalorisé dans le milieu médical : s'afficher médecin, c'est en partie refuser d'être taxé de sous-médecin. Au contraire, s'afficher médecin en prison, ce peut être vouloir affirmer et afficher une forme de spécialité jugée valorisante.

Il convient dès lors de cerner le potentiel négatif ou positif de valorisation que constitue le milieu d'exercice pénitentiaire. Une difficulté vient néanmoins du fait que le milieu pénitentiaire n'est peut-être pas uniformément un milieu valorisant ou dévalorisant, valorisé ou dévalorisé pour tous les acteurs d'une même profession nominale : l'exercice en milieu pénitentiaire peut être valorisé par certains comme un mode de différenciation identitaire par rapport au reste de la profession ; il est tu par d'autres qui refusent ce qu'ils ressentent comme une "stigmatisation professionnelle". Il s'agira donc de comprendre ce qui rend pour chaque professionnel le milieu pénitentiaire attractif ou répulsif, afin de comprendre la façon qu'il a de se mettre en scène, d'afficher une appartenance à tel ou tel groupe d'acteurs, de mobiliser telle ou telle norme de comportement, afin aussi de saisir certains enjeux des dénominations professionnelles.

Au final, l'analyse du milieu d'exercice pénitentiaire devrait d'abord permettre de cerner le système de contraintes que constitue la prison pour chacun des professionnels de santé et de l'enseignement, et ainsi d'expliquer certaines actions et représentations. Elle devrait aussi permettre de saisir certains des enjeux qui sous-tendent les différentes façons qu'ont les acteurs de se mettre en scène, de mobiliser des miroirs et des masques pour présenter leurs actions et leurs représentations. Cette analyse rejoint ainsi le projet d'une sociologie des professions basée sur une étude de l'articulation entre les actions et les représentations d'une part, l'acte de nommer d'autre part.



## Conclusion

Que peut apprendre l'analyse du milieu d'exercice pénitentiaire sur les "professions" ? Qu'est censée apprendre une analyse des actions et des représentations des "médecins", "infirmiers" et "enseignants" intervenant en prison sur la dynamique des "professions" au sens large ? Le cheminement au sein de différentes sociologies des professions a permis de préciser ces interrogations initiales, en proposant un modèle d'analyse qui articule une étude des actions et des représentations d'une part, une analyse des enjeux des dénominations d'autre part. C'est ainsi à un double mouvement analytique qu'il s'agit de procéder, en affirmant d'une part l'intérêt heuristique d'une rupture épistémologique avec le préjugé qui assimile les professions à des communautés homogènes d'actions et de représentations, d'autre part la nécessité de ne pas négliger les enjeux performatifs des dénominations professionnelles.

Il s'agira d'abord d'évaluer la pertinence d'un préjugé qui fait correspondre à une même dénomination professionnelle des actions et des représentations identiques chez ceux que cette dénomination englobe. Les professions de la santé et de l'enseignement intervenant en prison renvoient-elles à des groupes d'acteurs aux actions, représentations et modèles de comportement homogènes ? Le système de contraintes que représente le milieu pénitentiaire a-t-il un effet homogénéisant sur les actions et les représentations des différents acteurs d'une même profession nominale ? Les professions de la santé et de l'enseignement intervenant en prison sont-elles des entités homogènes, des "segments professionnels" ?

Il s'agira ensuite de réfléchir aux enjeux que constituent les dénominations professionnelles pour les acteurs eux-mêmes, ou encore d'analyser les façons que les différents acteurs ont de se représenter et de présenter ce qu'ils jugent ou ce qu'ils voudraient faire apparaître comme leur groupe d'appartenance. Que révèlent les façons qu'ont les professionnels de santé et de l'enseignement intervenant en prison de se nommer ? Quel est le poids du milieu d'exercice pénitentiaire dans les manières qu'ont ces différents acteurs de se mettre en scène, d'afficher une appartenance à tel ou tel groupe d'acteurs, de mobiliser telle ou telle norme de comportement ? Ce milieu d'exercice est-il valorisé ou dévalorisé, pourquoi ?

Il s'agira enfin de réfléchir aux tensions qui pourraient exister entre une réalité éclatée des professions et la mise en scène de cette réalité, entre comportements réels et modèles normatifs, entre groupes d'appartenance et groupes de référence, vécu et mise en scène de la profession. Les dénominations professionnelles renvoient-elles à des communautés d'action ou sont-elles seulement des ferments nominaux identitaires ? Les actions et représentations effectives coïncident-elles avec les groupes de référence et les modèles normatifs mobilisés par les acteurs ? Si non, quels

ajustements les acteurs trouvent-ils pour réduire cette tension ? Quel est le poids du milieu pénitentiaire dans ces ajustements ?

## Chapitre 3

### Voyage en prison. Retour d'enquête

Je voudrais consacrer maintenant quelques pages exposant un regard réflexif sur la méthodologie de cette enquête, ses contours, ses intérêts et ses limites. La place centrale de cette réflexion épistémologique symbolise ma conviction que l'analyse doit être éclairée par le choix des terrains, par les méthodes d'enquête et par le statut de l'analyse des entretiens et de l'écriture dans cette recherche. Autrement dit, elle symbolise l'étroitesse de la relation entre la problématique et la façon d'interroger, le va-et-vient entre théorie et empirie, qui sont au coeur de la démarche sociologique<sup>170</sup>. Néanmoins, il ne s'agit aucunement ici d'affirmer une forme de relativisme qui consisterait à lier la pertinence de l'analyse au choix de la méthode.

Le titre de ce chapitre s'inspire du titre du journal d'enquête de Michel Pinçon et Monique Pinçon-Charlot<sup>171</sup>. Même si je n'en adopte pas la perspective paradigmatique, il me semble que cet ouvrage constitue en effet un exemple original et intéressant d'une analyse de la pratique méthodologique en sociologie. Il faut néanmoins préciser que cette partie ne constitue pas réellement un journal d'enquête puisqu'elle n'a été que partiellement écrite durant la phase de terrain. Elle constitue plutôt un retour sur le travail d'enquête et de terrain, en acceptant ainsi le risque de "polir les angles et de reconstruire les difficultés *a posteriori*"<sup>172</sup>. L'objectif est de situer l'ensemble des chapitres de cette thèse, ceux qui suivent comme ceux qui précèdent.

Comme nous l'avons rappelé dans la partie précédente, cette étude se veut d'abord empirique, pour échapper à l'impasse théorique et empirique issue des travaux de Michel Foucault. Elle se base principalement sur des entretiens, en l'occurrence 65 entretiens auprès de 73 personnes, incarcérées ou intervenant dans treize établissements appartenant à deux régions pénitentiaires<sup>173</sup>. Par entretien, il faut entendre un moment formel, ou encore spécifique et explicite, d'échange. N'est donc pas ici

---

<sup>170</sup>Claude Giraud, *Histoire de la sociologie*, Paris, PUF, 1997, p. 10

<sup>171</sup>Michel Pinçon et Monique Pinçon-Charlot, *Voyage en grande bourgeoisie. Journal d'enquête*, Paris, PUF, Collection Sciences Sociales et Sociétés, 1997

<sup>172</sup>Michel Pinçon et Monique Pinçon-Charlot, op. cité, 1997, p. 11

comptabilisée une autre source essentielle de l'analyse : l'ensemble des rendez-vous ou des discussions informelles que j'ai eues avec les enquêtés avant ou après l'entretien ou encore avec les personnes qui sans avoir le temps et la disponibilité d'un entretien sociologique m'ont permis de comprendre un peu mieux les actions et les représentations des professionnels intervenant en milieu pénitentiaire. Par ailleurs, l'analyse s'appuiera sur un ensemble d'observations qui sans avoir pu être aussi nombreuses que je le souhaitais initialement, apportent des compléments utiles à l'analyse des entretiens.

La première partie de ce chapitre visera à donner un premier aperçu des populations rencontrées, en réfléchissant aux modes d'accès aux différents terrains. La seconde partie reviendra sur les méthodes d'enquête, principalement l'observation et l'entretien. La dernière situera la démarche d'analyse des entretiens et réfléchira au statut de l'écriture dans cette recherche.

## **1. Le “choix” des terrains**

### **1.1. L'accès au terrain**

Si la prison apparaît encore bien souvent comme une institution hermétique au regard extérieur, il faut reconnaître que l'accès au terrain de cette étude sur les professionnels intervenant en milieu pénitentiaire n'a pas été aussi difficile que je pouvais le prévoir. Tout au moins les difficultés ne se sont-elles pas situées là où je pouvais les attendre. En effet, les premières autorisations d'accès m'ont été accordées avec une certaine facilité, même si c'est aussi avec lenteur. Ce sont plutôt les méandres des démarches postérieures et la difficulté de rencontrer des personnes détenues qui ont constitué les réelles difficultés de ce terrain d'étude.

#### ***1.1.1. Les méandres des autorisations***

Les deux phases de terrain de mon étude — maîtrise et DEA d'une part, thèse d'autre part — ont commencé par une demande, adressée aux directions régionales de l'Administration Pénitentiaire, d'autorisation d'accès dans différents établissements placés sous leur autorité. Comme pour beaucoup d'autres terrains, cette première demande d'autorisations exige d'abord de multiplier les “gages de sérieux” : curriculum vitae, projet de recherche, lettres de recommandation. Dans le cadre du milieu pénitentiaire, elle s'accompagne aussi d'une recherche du casier judiciaire. En ce qui concerne mon étude, un des arguments chocs est alors aussi ma connaissance des contraintes de la prison à travers mon expérience du GENEPI (association d'étudiants bénévoles donnant des cours

---

<sup>173</sup>Les régions pénitentiaires ne recouvrent pas le découpage des régions administratives.

en prison) et l'expérience acquise au fur et à mesure de l'avancée de mes recherches. Après la demande écrite vient le rendez-vous en bonne et due forme avec le directeur régional ou l'un de ses sous-directeurs. L'entretien est généralement bref : il s'agit visiblement de m' "étalonner" et de cerner *de visu* les objectifs de la recherche. Derrière certaines questions apparaissent les préoccupations de mon interlocuteur : la crainte que j'appartienne à l'Observatoire International des Prisons<sup>174</sup>, la peur du reportage journalistique. Dans les deux directions régionales contactées, je suis aussi prévenu de la difficulté de rencontrer des détenus. Vient alors la détermination des établissements que je souhaite contacter (cf. infra). Un à deux mois plus tard, je reçois l'autorisation de contacter les chefs d'établissement, pour leur demander l'autorisation de contacter des professionnels intervenant dans leur établissement.

Sous ce principe de poupées russes émerge le caractère pyramidal et bureaucratique de l'organisation pénitentiaire. Rien ne semble se faire réellement sans l'autorisation de l'échelon supérieur. Lors de ma première demande (mémoire de maîtrise), j'avais même dû faire remonter ma demande d'autorisation jusqu'à la Direction nationale de l'Administration Pénitentiaire. En fait, les directeurs locaux ont la latitude de délivrer des autorisations d'accès dans leur établissement mais le renvoi sur la ligne hiérarchique est très généralement utilisé car il permet une couverture de responsabilité et offre aussi un moyen d'écarter les curieux. D'un autre côté, les directeurs locaux n'apprécient guère d'être contraints par leur voie hiérarchique de donner accès à leur établissement à des étudiants ou des chercheurs. Dès lors, l'autorisation délivrée par la Direction Régionale est loin d'être un sésame. Certes, le fait que la Direction Régionale choisisse des établissements dont les directeurs lui sont plutôt favorables fait que les difficultés vont rarement jusqu'au refus. Il reste que la compréhension et la coopération des chefs d'établissement est toujours à conquérir.

Il faut ainsi se mettre dans la position de celui qui n'a reçu qu'un accord de principe de la Direction Régionale pour laisser au directeur d'établissement son autorité charismatique et ne pas le ramener à une position d'exécutant : il faut donc répéter les gages de sérieux et plus largement la demande d'autorisation. Le jeu est périlleux car les directeurs d'établissement ont conscience du caractère factice de la demande. Il reste que chacun d'entre eux, s'il ne pouvait guère s'opposer à ma demande, avait à sa disposition un large "éventail de moyens d'obstruction" pour reprendre l'expression de G. Spencer à propos des techniques d'évitement mises en oeuvre dans les organisations bureaucratiques<sup>175</sup> : un directeur a repoussé trois fois (soit pendant plus d'un an) la période prévue de mon intervention, un autre a décidé des personnes que je rencontrerai, plusieurs

---

<sup>174</sup>L'Observatoire International des Prisons s'appuie pour établir ses rapports annuels sur des réseaux d'informateurs dans chaque établissement.

<sup>175</sup>G. Spencer, 1973, "Methodological issues in the study of bureaucratic elites : a case study of West Point", *Social Problems*, 21, 1, pp. 90-103 cité in Daniel Bizeul, "Le récit des conditions d'enquête", *Revue Française de Sociologie*, XXXIX-4, 1998, p. 758

autres ont fixé des jours d'intervention ce qui rendait délicate la prise de rendez-vous avec les professionnels. Tandis que certains m'ont donné une autorisation d'accès annuelle, d'autres m'ont accordé des autorisations ponctuelles en fonction des rendez-vous obtenus — ce qui était ainsi un moyen de connaître les personnes que je rencontrais et ainsi de contrôler l'information que je pouvais recueillir —. L'autorisation d'accès est ainsi fondamentalement un moyen de contrôler ces “éléments relativement incontrôlables au sein d'un système par ailleurs extrêmement contrôlé”<sup>176</sup>.

Au final, les directeurs d'établissement sont institués et s'instituent en position de “gatekeepers”, de garde-barrière. On retrouve ici une opposition nette entre d'une part les directions régionales et nationale qui défendent une politique d'ouverture des établissements et qui peuvent ainsi délivrer des autorisations sans grande limitation, d'autre part les directions locales qui restent plus hermétiques aux intervenants extérieurs, en insistant sur les enjeux de sécurité, lesquels constituent d'ailleurs le principal critère de leur évaluation par les directions régionales et nationale. Au final, ce sont les échelons hiérarchiques qui semblent constituer et instituer une part de l'hermétisme de l'institution pénitentiaire.

Une fois les autorisations d'accès négociées avec les directions locales, je pouvais contacter les professionnels de la santé et de l'enseignement. Comme nous le verrons, ceux-ci se sont montrés pour diverses raisons, plus ou moins intéressés par ma recherche, plus ou moins ouverts à l'idée d'un entretien. Mais l'on peut d'ores et déjà noter, pour en terminer avec l'évocation des méandres des autorisations, que beaucoup n'appréciaient guère que les directeurs d'établissement, qui ne sont pas leurs supérieurs hiérarchiques, aient pu m'imposer des dates pour les rencontrer. A leurs yeux, cette imposition semblait leur dénier la maîtrise de leur emploi du temps et semblait ainsi contredire leur liberté d'exercice.

On voit finalement que les difficultés du terrain pénitentiaire résultent moins dans l'obtention des autorisations d'accès que dans les méandres de leur mise en pratique. Les Directions Régionales sont d'autant plus généreuses en autorisations qu'elles n'ont pas à gérer directement le contrôle du chercheur et de son étude. Ce sont donc les directions locales, en charge de ce contrôle, qui sont amenées à restreindre un droit de regard jugé d'autant plus perturbateur qu'il a été accordé par une décision hiérarchique qui leur échappe. Quant aux professionnels de la santé et de l'enseignement, ces modes d'autorisation les placent de fait dans une ligne hiérarchique que leur identité de professionnel leur fait refuser. Ce paramètre n'est pas à négliger dans la compréhension des différentes situations d'entretien. Au final, le mode d'accès aux professionnels dans cette étude

---

<sup>176</sup>G. Spencer, 1973, p. 93, in D. Bizeul, op. cit., p. 758



apparaît comme un premier révélateur du fonctionnement de la prison et de la place des professionnels en son sein.

### ***1.1.2. Des détenus difficilement accessibles***

Le mode d'accès aux détenus dans cette étude constitue symétriquement un autre révélateur du fonctionnement de la prison et de la place des détenus en son sein. Si les autorisations de l'Administration Pénitentiaire restent faciles à obtenir quand il s'agit de rencontrer des médecins, des infirmiers ou des enseignants, il est beaucoup plus difficile d'obtenir l'autorisation de rencontrer des personnes incarcérées. Pour mes travaux de maîtrise et de DEA, le temps d'obtention d'une autorisation et les méandres probables de sa mise en pratique — tels que me les avait présentés un responsable de l'Administration Pénitentiaire — étaient incompatibles avec la nécessité de condenser le travail de terrain sur quelques mois. Ce n'est qu'avec la perspective de deux années de terrain que j'ai pu envisager de demander cette autorisation. C'est ainsi que j'ai demandé à une Direction Régionale l'autorisation conjointe de rencontrer des professionnels de santé et de l'enseignement et de rencontrer des personnes incarcérées. La réaction du directeur régional est éloquent : il m'a dit préférer que je commence par rencontrer des professionnels la première année avant d'envisager des entretiens avec des détenus. L'ouverture de la prison au regard extérieur semble facilitée lorsqu'elle n'engage pas une rencontre directe avec les détenus. Cette intuition s'est vue confirmée à de nombreuses occasions, par exemple avec un directeur d'établissement dont les premières paroles furent "Rappelez-moi votre projet ? Vous ne devez pas voir de détenus, je crois ?" et qui eut l'air soulagé par ma réponse. Il est clair que la prise de parole des détenus inquiète les responsables pénitentiaires et qu'il faut pour y accéder multiplier les gages de sérieux.

Au terme d'une année de terrain auprès de professionnels, j'ai recontacté la direction régionale pour obtenir l'autorisation de rencontrer des personnes détenues. Il m'a alors été demandé des engagements à un strict anonymat, à une diffusion uniquement scientifique de mes travaux et au non enregistrement des entretiens. Si le premier engagement m'avait été demandé l'année précédente, la nouveauté des deux derniers est un signe qu'aux yeux de l'Administration Pénitentiaire, la parole des détenus est assurément plus redoutée que celle des professionnels intervenant en milieu pénitentiaire. L'autorisation accordée, j'ai pu contacter à nouveau les chefs d'établissement et constater que leurs techniques d'évitement, leurs moyens d'obstruction sont plus performants encore quand il s'agit de rencontrer des détenus.

Je n'ai finalement réalisé des entretiens avec des détenus que dans deux établissements, une maison d'arrêt et un centre pénitentiaire. Le directeur d'une grande maison d'arrêt m'a d'abord proposé de présenter mon projet à des détenus libérables dans le mois puisque ceux-ci étaient, dans son établissement, rassemblés dans un même bâtiment pour suivre un "module de préparation à la

sortie”. Ce mode de contact, réalisé à deux reprises, s’est avéré efficace en termes d’effectifs, mais peu respectueux du volontariat des personnes : l’on m’avait présenté, avant mon arrivée, comme un intervenant du module de préparation auquel l’assiduité était obligatoire. Un autre directeur, soucieux de respecter le strict volontariat des détenus, m’a proposé de composer une affiche — une sorte d’appel à volontariat — pour qu’il la placarde en détention, particulièrement aux abords du centre scolaire et de l’infirmierie. Ce mode de contact, s’il avait l’avantage de respecter effectivement le volontariat des personnes, avait l’inconvénient d’utiliser un support écrit qui n’est sans doute pas le plus valorisé par les détenus. Au final, le premier mode de contact m’a permis de rencontrer une vingtaine de personnes (en deux rendez-vous), de mener finalement trois entretiens approfondis, dont un collectif auprès de six personnes. Le second mode de contact m’a permis de mener à son tour trois entretiens approfondis.

L’objet de cette étude n’était pas centré sur le discours des détenus puisqu’il visait avant tout une compréhension des actions et des représentations des professionnels de la santé et de l’enseignement par le détour de leur propre discours. Il reste que l’éclairage des personnes détenues sur ces actions et ces représentations était essentiel. Les difficultés que j’ai eues pour accéder à cet éclairage me semblent finalement révéler le statut d’homme sans voix du détenu en prison : la prise de parole est très largement contrôlée. En cela, le mode d’accès à ce terrain révèle, ou éclaire, déjà l’existence d’un non droit attaché à la condition du détenu.

Si la description de la façon dont s’est construit le terrain de cette étude explique pour une part ses enseignements, il convient aussi pour situer les résultats obtenus, d’évoquer la composition du groupe des personnes rencontrées et les types d’établissements dans lesquels elles travaillent ou sont incarcérées.

## **1.2. Les personnes rencontrées et les lieux visités**

Il s’agit ici de présenter de façon générale les personnes rencontrées et les établissements visités pour en donner un premier aperçu et situer les résultats de cette étude. Il ne s’agit pas d’évaluer la “représentativité” du groupe des personnes rencontrées. Pour cela, il aurait fallu disposer de données globales sur la population de tous les enseignants, médecins et infirmiers intervenant en milieu pénitentiaire : or, ces données n’existent pas toujours<sup>177</sup> et l’objet de cette étude n’est pas de les construire. Plus fondamentalement encore, le terme de “représentativité” renvoie à des démarches quantitatives, qui auraient certes pu apporter un éclairage fécond sur cet objet d’étude,

---

<sup>177</sup>On pourrait s’interroger sur la signification du fait que ni la Direction de l’Administration Pénitentiaire, ni la Direction des Hôpitaux ne disent posséder de données globales sur les médecins et les infirmiers intervenant en milieu pénitentiaire.

mais que je n'ai pas mises en oeuvre dans cette enquête. Utiliser les termes "représentativité", "échantillon" ou "biais" reviendrait alors à nier la nature qualitative de cette étude ou encore à l'évaluer avec des critères indus.

Nous ne nous interrogerons pas par exemple sur le fait de savoir si le nombre d'entretiens est "suffisant" ou non. Stéphane Beaud regrette que l'usage des méthodes qualitatives et plus précisément de l'entretien dans les enquêtes sociologiques se confronte souvent à "cette espèce de loi méthodologique non écrite" qui veut que "pour qu'un travail de type qualitatif soit estampillé "sociologique", se démarquant ainsi d'un pur travail "ethnologique", tout se passe comme si un travail fondé principalement sur un recueil d'entretiens devait impérativement comprendre, ou plutôt exhiber, un nombre élevé d'entretiens (N au moins égal à 50 mais, mieux encore, N = 100, voire > 100)"<sup>178</sup>. Je n'ai pour ma part pas conçu le travail de terrain de cette thèse sur le modèle de la construction d'un échantillon représentatif mais plutôt sur le modèle du *theoretical sampling* de Barney Glaser et Anselm Strauss<sup>179</sup>.

En ce qui concerne les professionnels de la santé et de l'enseignement, l'idée était de couvrir la variété des actions et des représentations possibles, en multipliant les points d'entrée (terrains officiels et officieux), en rencontrant des professionnels aussi différents que possibles (selon la spécialité, le type d'établissement, l'âge, l'ancienneté, les échos qu'ils suscitaient chez leurs collègues, etc.). Un premier principe retenu a été de rencontrer au moins un professionnel (pour chacun des secteurs de l'enseignement et de la santé) dans chacun des établissements que j'avais l'autorisation formelle de contacter. J'ai ensuite "choisi" de mener des entretiens au fil des occasions (rencontre informelle dans un établissement, rencontre dans un colloque ou dans un comité de pilotage, mise en contact par un collègue, *snowball sampling*, etc.). Dans deux établissements, j'ai ainsi pu rencontrer tous les professionnels de la santé et de l'enseignement qui y intervenaient. Au fur et à mesure de l'avancée des terrains et de la saturation progressive des discours recueillis, j'ai commencé à tisser des liens entre les entretiens, à ébaucher puis affiner des premières typologies.

Au terme de quatre ans de terrain — deux ans pour le DEA et la maîtrise, deux ans pour la thèse — et de nombreux entretiens, les informations que je recueillais étaient de moins en moins nouvelles ou singulières. La crainte d'avoir oublié un "cas négatif"<sup>180</sup> me fit certes rechercher, au gré des

---

<sup>178</sup>Stéphane Beaud, "L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'"entretien ethnographique"", *Politix*, n° 35, 1996, p. 233

<sup>179</sup>Barney Glaser et Anselm Strauss, *The discovery of Grounded Theory : Strategies for Qualitative Research*, 1967, Chicago, Aldine

<sup>180</sup>Suivant l'expression de A. Lindesmith, in *Opiate addiction* (1949), cité in Daniel Bertaux, *Les récits de vie*, Paris, Nathan, 1997, pp. 25-26

occasions, à mener quelques entretiens supplémentaires mais l'information recueillie était de plus en plus limitée. A cette saturation de l'information recueillie s'est alors ajoutée la saturation naissante du réseau de contacts : les professionnels me renvoyaient à des personnes que j'avais pour la plupart déjà rencontrées, en entretien singulier, en colloque ou dans des rencontres informelles. La quasi-certitude de ne pas oublier de "cas négatif" et les contraintes de l'écriture de cette thèse me décidèrent alors à arrêter les entretiens avec les médecins, infirmiers et enseignants intervenant en milieu pénitentiaire.

### ***1.2.1. Le profil des personnes rencontrées en entretien***

En dehors de toutes les rencontres informelles, j'ai rencontré 73 personnes en 65 entretiens (plusieurs entretiens ont été collectifs). Qui sont elles ?

- Un premier groupe de 23 professionnels de la santé dont 10 médecins (7 psychiatres, 3 somaticiens), 10 infirmiers (8 somatiques, 2 psychiatriques), 3 responsables administratifs (Direction des Hôpitaux, Direction de l'Administration Pénitentiaire).

Quelques réflexions de terminologie s'imposent pour commencer. Le terme "somaticiens" est employé par les psychiatres pour désigner les médecins non psychiatres, ceux qu'ils appellent aussi les médecins "généralistes"<sup>181</sup>. Ces derniers ne se reconnaissent généralement pas sous le terme "somaticiens" ; ils s'autodésignent simplement par le terme de "médecins" et s'opposent aux "psychiatres". J'ai repris ici la distinction somatique / psychiatrique parce que, même si elle n'est pas reprise par tous dans le langage quotidien, elle renvoie à une distinction profonde d'actions et de représentations au sein du milieu carcéral. Par ailleurs, il faut noter que la spécialisation psychiatrique des infirmiers n'existe plus en France depuis plusieurs années : officiellement, les infirmiers n'ont donc plus de spécialité ni somatique, ni psychiatrique. Mais là encore, en milieu pénitentiaire, la distinction est très nette en termes d'actions et de représentations. Les infirmiers s'identifient d'ailleurs encore souvent sous le terme "infirmiers psychiatriques" et "infirmiers somatiques". C'est pourquoi j'ai gardé cette distinction dans cette étude.

La composition déséquilibrée somatique / psychiatrique au sein du groupe des médecins (faible effectif relatif des médecins somaticiens) ne correspond pas aux proportions réelles. Elle résulte de plusieurs refus (officiellement pour manque de temps) et de l'annulation de rendez-vous. Elle résulte aussi du déroulement du terrain, qui m'ayant conduit à rencontrer en des occasions

---

<sup>181</sup>Ce qui renvoie aux médecins libéraux qui interviennent en vacation en prison et aux médecins hospitaliers.

informelles (colloques, comité de pilotage) plus de somaticiens que de psychiatres, m'a poussé à contacter ensuite plus de psychiatres pour la phase d'entretiens. Le groupe des médecins, composé de trois femmes et sept hommes, comprend deux médecins intervenant à plein-temps (tous deux psychiatres), deux médecins intervenant à mi-temps, cinq médecins intervenant ou étant intervenu à raison de trois ou quatre heures de vacations par semaine, un médecin enfin qui est responsable d'une UCSA (service de soins ambulatoires) mais qui ne consulte plus lui-même. La plupart des médecins ont plus de quarante cinq ans ; leur ancienneté d'exercice en milieu pénitentiaire est très variable — entre six mois et vingt-cinq ans — et n'est pas étroitement corrélée à l'âge. On observe plus précisément deux groupes principaux en termes d'ancienneté : un groupe de trois médecins arrivés après la réforme de 1994<sup>182</sup> et qui n'ont donc jamais été vacataires de l'Administration Pénitentiaire, un autre groupe de six médecins qui intervenaient déjà avant cette réforme ; le dernier médecin, responsable de l'UCSA, s'il n'exerce plus en milieu pénitentiaire, y a exercé pendant plus de dix ans. Les médecins que j'ai rencontrés intervenaient enfin dans tous dans des maisons d'arrêt, petites ou grandes, mais plusieurs d'entre eux étaient déjà intervenu dans des établissements pour peines.

Le groupe des infirmiers rencontrés est, comme l'est la profession infirmière en milieu libre, très féminisé, puisqu'il compte neuf femmes et un homme. Ce sont des personnes rattachées à des CHU, qui interviennent généralement à plein-temps ; seules deux infirmières occupent un mi-temps en milieu pénitentiaire (dans un petit établissement) et pour l'une d'elles un autre mi-temps en CHU. Les âges arrondis, entre 25 et 55 ans, et les anciennetés d'exercice en milieu pénitentiaire, entre 6 mois et 10 ans, sont assez éparés. Quatre des infirmières ont connu l' "avant 1994" et ont donc été vacataires de l'Administration Pénitentiaire, l'une d'entre elles ayant été une infirmière Croix-Rouge mise à disposition. Dans le groupe des dix infirmiers, on compte aussi trois infirmières cadres, dont l'une coordonne le travail infirmier sur plusieurs établissements (maisons d'arrêt et établissements pour peines). Tous les autres infirmiers travaillent dans un seul établissement mais plusieurs de ceux qui travaillent dans les grandes maisons d'arrêt, au contraire de ceux qui travaillent dans les petits établissements, ont déjà travaillé dans d'autres établissements pénitentiaires.

Enfin, les responsables administratifs que j'ai rencontrés à la Direction des Hôpitaux et à l'Administration Pénitentiaire étaient tous trois chargés de la politique de santé en milieu pénitentiaire. Je n'évoquerai pas ici précisément leurs profils afin de respecter un réel anonymat. On peut noter néanmoins, qu'un était médecin, les deux autres non, ce qui rendait l'autorité de ces derniers difficile auprès des médecins intervenant en milieu pénitentiaire.

---

<sup>182</sup>Le contenu de cette réforme est détaillé dans le chapitre 4 (§ 3.2.).



- Un second groupe de 19 professionnels de l'enseignement général, dont 5 instituteurs (l'expression "professeurs des écoles" n'a jamais été employée), 10 professeurs du secondaire, une intervenante dans la lutte contre l'illettrisme relevant d'un GRETA (Groupement d'établissements de l'Education Nationale pour la formation professionnelle continue), 3 responsables administratifs (proviseur, Direction de l'Administration Pénitentiaire, Direction Régionale). Tous ces personnels relèvent directement de l'Education Nationale ou en sont détachés.

Sur les cinq instituteurs, on compte une femme, intervenant dans une prison de femmes, et quatre hommes intervenant dans des prisons d'hommes. Cette proportion est surprenante si on la compare au taux de féminisation de cette profession en milieu libre. On peut l'expliquer par le mode de recrutement spécifique au milieu pénitentiaire qui a longtemps consisté à limiter au maximum la présence de femmes au sein des prisons d'hommes. Par ailleurs, quatre des cinq instituteurs ont plus de 50 ans, le dernier une quarantaine d'années. Là encore, c'est une dimension importante car elle recouvre celle de l'ancienneté qui explique en grande partie les actions et les représentations concurrentes au sein des enseignants intervenant en milieu pénitentiaire : deux instituteurs travaillent depuis plus de vingt ans en prison. Quatre des cinq instituteurs travaillent aussi à plein-temps en milieu pénitentiaire, généralement dans des établissements assez importants (plus de 400 détenus) ; le dernier travaille une demi-journée par semaine dans une petite maison d'arrêt. Parmi les instituteurs, quatre disposent, d'un diplôme d'instituteurs spécialisés. Plusieurs occupent exclusivement ou en partie des fonctions administratives au sein de leur établissement (directeur d'école spécialisée, responsable local de l'enseignement ou de la formation professionnelle).

Le groupe des dix professeurs du secondaire rencontrés est plus hétérogène que le premier. On note particulièrement une opposition entre deux groupes. D'une part, on trouve deux professeurs, hommes, anciens PEGC, proches de la retraite, travaillant à plein-temps en milieu pénitentiaire depuis plus de vingt ans. D'autre part, un groupe de huit professeurs, trois femmes et cinq hommes, capésiens ou agrégés, entre trente et cinquante-cinq ans, exerçant à titre principal dans des collèges ou lycées en milieu libre, et intervenant depuis moins de cinq ans en milieu pénitentiaire, à raison de deux à trois heures "supplémentaires" par semaine.

Enfin, les trois responsables administratifs (proviseur, Direction de l'Administration Pénitentiaire, Direction Régionale de l'Administration Pénitentiaire) sont tous issus de l'Education Nationale. Le proviseur n'a pas enseigné en milieu pénitentiaire, ce qui peut expliquer le manque de compétence et d'expérience que certains enseignants lui attribuent. Les autres responsables, issus du corps des instituteurs, sont mieux reconnus, surtout celui qui a longtemps enseigné (plus de vingt ans) en milieu pénitentiaire.



- Un troisième groupe de 5 professionnels de la formation professionnelle dont deux responsables administratifs (Direction de l'Administration Pénitentiaire et responsable d'une association intermédiaire).

Ce sous-groupe serait sous-représenté s'il avait été question de le comparer aux autres. En fait, il servira essentiellement de point de repère pour comprendre la logique spécifique de l'enseignement général. Les entretiens visaient à cerner les contours des actions de formation, les relations des formateurs avec les différents acteurs de la prison mais surtout à situer leurs actions par rapport à celles des enseignants de l'enseignement général. Les formations prises en charge étaient très différentes : maquettisme, arboriculture, réfection de bâtiments, ... Les statuts des personnes rencontrées étaient aussi très différents : personnels de l'Education Nationale relevant d'un GRETA, entreprise privée, association intermédiaire, Administration Pénitentiaire. Au final, la diversité de leurs logiques permettra d'évaluer la spécificité et la cohérence des professionnels de l'enseignement général.

#### - Un quatrième groupe de 11 personnes détenues

Sans revenir sur les difficultés que j'ai eues pour rencontrer des personnes détenues et anticiper sur la façon dont se sont déroulés les entretiens avec elles, on peut essayer de donner une image de la population rencontrée, en rappelant qu'il ne s'agit évidemment pas d'évaluer la "représentativité" d'un "échantillon" de onze détenus, qui serait censé représenter plus de 50 000 personnes dont les profils sont très variés (cf. annexe 1). Il faut ici reconnaître que le profil des personnes que j'ai rencontrées est intimement lié aux conditions d'accès au terrain. Il faut d'abord noter que je n'ai rencontré aucune femme incarcérée. Ensuite, il faut évaluer l'homogénéité des populations rencontrées en fonction des types d'établissements et des modes de contact que j'ai pu mettre en oeuvre. Dans l'établissement pour peines où j'ai fait afficher un appel à volontariat, deux des trois personnes rencontrées avaient un niveau d'étude élevé (équivalent ou supérieur au baccalauréat) au regard du niveau d'étude moyen des personnes incarcérées ; je n'évoquerai pas le profil de la troisième personne rencontrée pour respecter sa volonté que n'apparaisse aucun de ses "attributs". Les deux premières personnes purgeaient une peine de perpétuité pour la première, une peine de 5 ans de détention pour la seconde. Les huit autres personnes rencontrées, incarcérées en maison d'arrêt, ont, quant à elles, comme point commun de devoir être libérées dans le mois suivant et d'avoir pour beaucoup des "courtes peines" (entre un mois et un an), même si cette notion, comme je l'ai appris à mes dépens et comme le montre l'extrait suivant, n'a guère de pertinence pour les détenus.

“- Vous êtes tous des condamnés à des courtes peines...

- A : Courtes peines ? Y a pas de courtes peines. Viens passer un moment ici, et tu verras qu’il y a pas de courtes peines. Un an, c’est mortel.

- W : Même une semaine, c’est long. Moi, ça fait deux semaines que je suis là et j’en peux plus. Je les trouve vraiment longues ces conneries. J’ai pris trente jours parce que je pouvais pas payer 5 000 Francs de jours-amende. Mais comment tu voulais que je les paye ? Je suis RMIste, j’ai un loyer de 1 800 Francs ; il me reste 200-300 Francs pour vivre dans le mois. Le procureur, il savait très bien que je pouvais pas les payer. Je pouvais pas. Mais maintenant, je m’en fous, je pars vendredi.

- Par “ courtes peines ”, je voulais dire des peines que l’on fait en maison d’arrêt...

- M : Tu sais, il y en a qui prennent dix ans et qui restent en maison d’arrêt. Moi, la dernière fois, j’en avais pris pour quatre ans et j’ai tout fait en maison d’arrêt : deux ans à X, deux ans à Y. Ils ont jamais accepté ma demande de transfert en C.D. (Centre de Détention) ; ma demande, ils l’ont même déchirée. Quand j’ai demandé pourquoi j’avais pas de place, ils m’ont dit que je n’avais qu’à pas taper le bordel. Au moins, en C.D., il y a plus de choses à faire. Et puis tu peux sortir de cellule, faire du sport, appeler chez toi.”

Entretien collectif avec des personnes détenues, incarcérées dans une grande maison d’arrêt,  
âges et durées d’incarcération : A (25 ans, 1 an), W (40 ans, 1 mois), M (33 ans, 8 ans)

Au final, il est clair que le nombre de personnes rencontrées et leur profil interdira toute généralisation. Il ne s’agissait pas de toutes façons de recueillir des propos généralisables, ni même d’espérer construire une typologie, mais seulement d’avoir quelques éléments de mise en perspective des actions et des représentations des professionnels de la santé et de l’enseignement intervenant en milieu pénitentiaire.

- Un dernier groupe de 14 représentants de l’Administration Pénitentiaire, auquel s’ajoute un directeur d’une agence privée (établissement 13 000<sup>183</sup>). Parmi les représentants de l’Administration Pénitentiaire, on compte cinq directeurs et sous-directeurs, six personnels de surveillance (un chef de service, deux premiers surveillants, trois surveillants), deux conseillers d’insertion et de probation, une assistante sociale.

Comme dans le cas précédent, la volonté de rencontrer des représentants de l’Administration Pénitentiaire ne visait pas à pouvoir établir une typologie des personnels de l’Administration Pénitentiaire, à partir de leurs actions et de leurs représentations. Les entretiens étaient centrés sur les relations qu’avaient ces personnels avec les enseignants, les médecins et infirmiers, de façon à mettre en perspective les discours de ces derniers. Dans ce cadre, les quatorze représentants de l’Administration Pénitentiaire rencontrés avaient déjà un point commun qui les distinguent de la grande majorité des personnels pénitentiaires : celui d’avoir des contacts assez réguliers avec les médecins, les infirmiers et les enseignants. Ce pouvaient être les sous-directeurs chargés dans leur

---

<sup>183</sup>Etablissements construits dans le cadre de la loi du 22 juin 1987 et dont le fonctionnement est en partie confié à des

établissement de la supervision de l'enseignement ou de la santé. Ce pouvaient être aussi des surveillants travaillant dans les infirmeries ou les centres scolaires. Ce pouvaient être enfin les conseillers d'insertion et de probation — les ex-éducateurs —, ou une assistante sociale qui avaient des contacts très étroits avec les professionnels de la santé et de l'enseignement. Dans l'ensemble des entretiens menés avec des représentants de l'Administration Pénitentiaire, je n'ai donc mené que quatre entretiens avec des personnes qui se sentaient peu ou absolument pas concernées par les relations avec les secteurs de la santé et de l'enseignement. Ces entretiens se sont néanmoins aussi avérés très riches car ils ont permis d'approcher une forme de dichotomie majeure dans la plupart des établissements, entre le secteur de la détention — qui recouvre tout ce qui a trait à la surveillance des cellules — et les autres secteurs de responsabilité.

Dans la grande majorité des établissements, cette dichotomie se marque par la présence d'un sous-directeur<sup>184</sup> chargé de la détention et d'autres sous-directeurs chargés des secteurs de l'intendance (économat), de la "réinsertion", du travail pénal, de la santé, de l'enseignement, de la formation professionnelle, etc. Chaque établissement trouve un arrangement local dans la répartition de ces fonctions. Il faut noter ici que la santé et l'enseignement sont rarement confiées au même sous-directeur. Dans les établissements semi-privés (les établissements 13 000), la dichotomie entre la détention et la "non-détention" se marque géographiquement par une séparation stricte entre le secteur de la détention et les services dits "communs", administrativement par une nette séparation des pouvoirs entre le directeur pénitentiaire (dirigeant la détention et quelques secteurs de responsabilité, selon les arrangements locaux) et le directeur de l'agence privée (dirigeant l'intendance, le service médical et d'autres secteurs d'activités, selon les arrangements locaux). Cette précision est importante car elle éclaire les particularités des personnels de l'Administration Pénitentiaire que j'ai rencontrés.

En ce qui concerne les sous-directeurs chargés de l'enseignement ou de la santé, ce sont souvent des personnes qui ont demandé cette charge et qui souhaitent la garder. Souvent plus jeunes — ceux que j'ai rencontrés avaient une quarantaine d'années — et avec une plus faible ancienneté que les sous-directeurs chargés de la détention, donc recrutés à des époques différentes, ils sont plus marqués que ces derniers par la "culture de la réinsertion" développée ces deux dernières décennies au sein de l'Ecole Nationale de l'Administration Pénitentiaire. Ils se montrent ainsi très critiques envers les partisans du "tout disciplinaire" et de la permanence du modèle hiérarchique, particulièrement les syndicats et les directeurs chargés de la détention. On peut avancer ici l'hypothèse que la répartition des tâches entre les différents directeurs s'explique en partie par des

---

entreprises du secteur privé (Spie, Dumez, Fougerolles par exemple).

<sup>184</sup>Ou d'un Premier Surveillant dans les petits établissements.

coupures liées à une forme de conflit des générations professionnelles. Dans l'analyse des discours des directeurs, il s'agira de ne pas oublier la centralité de cette dimension générationnelle.

On retrouve d'ailleurs cette dimension générationnelle — mais de façon inversée — en ce qui concerne les postes de surveillance hors-détention et donc la plupart des surveillants que j'ai rencontrés. L'attrait<sup>185</sup> des postes hors-détention fait que ce sont généralement des surveillants avec une grande ancienneté qui les occupent et qui les gardent jalousement. Les plus jeunes des surveillants, même s'ils ont été formés dans la “nouvelle culture” de l'ENAP, sont toujours affectés à des postes en détention. Au contraire des sous-directeurs, les surveillants que j'ai rencontrés et qui étaient affectés dans les infirmeries ou les centres scolaires, étaient ainsi en poste depuis plus de quinze ans et étaient généralement des fervents défenseurs du principe de l'avancement et de la répartition des tâches selon l'ancienneté. La plupart n'avaient pas particulièrement d'intérêt, ni pour le secteur de la santé, ni pour celui de l'enseignement.

### ***1.2.2. Un “choix guidé” des établissements***

Même s'il ne s'agit pas de parler de “biais statistique”, il me semble essentiel de s'interroger sur l'effet de l'accès au terrain sur la composition des personnes rencontrées. La très grande majorité des professionnels que j'ai rencontrés (54 sur 62) exercent en effet dans les établissements qui m'ont été désignés par les deux directions régionales de l'Administration Pénitentiaire que j'ai contactées. Quels sont ces établissements ? Le “choix” des établissements est corrélé à mes différentes années d'étude. Si les terrains de maîtrise et de DEA étaient composés de trois grandes maisons d'arrêt, le terrain de thèse m'a permis de faire varier la taille et le type (maisons d'arrêt, établissements pour peines) des établissements visités.

Au final, les dix établissements visités comprennent :

- deux établissements avec moins de 100 détenus incarcérés, deux établissements avec de 100 à 400 détenus incarcérés, trois établissements avec de 400 à 1000 détenus, trois établissements de plus de 1000 détenus ;
- huit maisons d'arrêt et deux établissements pour peines ;
- neuf établissements pour hommes, un établissement pour femmes ;
- trois établissements récents (construits depuis les années 1970) dont deux “établissements 13 000”, et sept établissements anciens (construits pour la plupart au XIX<sup>ème</sup> siècle).

---

<sup>185</sup>Les postes hors-détention ont souvent des horaires fixes et de jour, tandis que les postes en détention comportent des rotations, des services de nuit et de week-end.

Il faut noter ici que les huit professionnels que j'ai rencontrés par des filons informels et en dehors du cadre pénitentiaire, travaillaient dans trois autres établissements : une petite et une grande maison d'arrêt, un établissement pour peines.

Si l'on revient maintenant sur le "choix" des établissements dans lesquels j'ai eu l'autorisation de mener des entretiens, il faut reconnaître que c'est un choix qui a été parfois très orienté et guidé par les préoccupations de l'Administration Pénitentiaire. Ce fut par exemple le cas pour la détermination d'un des établissements de mon terrain de thèse. Après m'être rapidement entendu avec le directeur régional sur le choix de six établissements, je lui fais part de mon envie de travailler sur un septième, qui a la particularité d'être une toute petite maison d'arrêt. Il me répond alors : " - Il me semble pas le meilleur pour votre étude. On va plutôt prendre X". Malgré mon insistance, le directeur ne cède pas et je conviens finalement de son choix. Ce n'est que quelques mois plus tard que j'ai compris l'importance de ce choix : la fameuse petite maison d'arrêt X était réputée pour le dynamisme de son chef d'établissement et ses expériences de formation professionnelle. Elle avait d'ailleurs pour cela fait l'objet un an auparavant d'une visite d'une délégation des directions régionale et nationale de l'Administration Pénitentiaire. Ce n'était pas le cas du premier établissement envisagé dont je rencontrais plus tard certains intervenants qui évoquaient leurs conflits récurrents avec le directeur local.

Cet exemple doit rappeler que le choix des établissements et par là la composition des personnes que j'ai rencontrées, avec l'aval tacite de l'Administration Pénitentiaire, ne sont pas nécessairement aussi aléatoires que j'aurais pu le souhaiter. La confrontation des points de vue des personnes rencontrées et la multiplication des points d'entrée ont sans doute limité l'influence de ce choix directif mais il serait illusoire et trompeur d'affirmer qu'elles ont pu le supprimer.

Au final, il me paraît important de se souvenir des caractéristiques du mode d'accès au terrain pour évaluer la cohérence et les limites de cette étude. Les méandres des autorisations, la difficulté d'accéder au discours des détenus, la composition singulière du groupe des personnes rencontrées, le choix guidé des lieux visités rappellent qu'il ne peut s'agir ici que de comprendre les actions et les représentations des enseignants, médecins et infirmiers intervenant en milieu pénitentiaire, et non de formuler une théorie générale de la prison. Comment ai-je accédé à cette compréhension ? Au delà des modes d'accès au terrain, cette question nous engage à une réflexion sur les méthodes d'enquête utilisées.

## **2. Les méthodes d'enquête**

Le choix de l'entretien comme méthode principale d'enquête résulte d'un parti-pris résolument weberien de comprendre les actions et les représentations des professionnels intervenant en milieu pénitentiaire, en accédant au sens que ceux-ci communiquent à leur action. Toujours avec ce parti-pris, j'espérais pouvoir observer des actions professionnelles en situation, avant de mener des entretiens avec les "praticiens", les acteurs eux-mêmes. L'optique était d'éclairer, de compléter les informations recueillies dans les entretiens. Dans les faits, l'observation des actions a été très difficile à mener, la présence des tiers jouant en milieu pénitentiaire, peut-être plus que dans d'autres milieux, un effet perturbateur. A cette difficulté de l'observation en prison se sont ajoutées des difficultés spécifiques à notre objet d'étude : l'impossibilité, du fait du colloque singulier, d'observer les consultations des professionnels de santé, la réticence de tous les professionnels rencontrés à l'idée d'être observés.

Nous évoquerons dans une première sous-partie les difficultés sinon l'impossibilité de l'observation dans le cadre de notre recherche. Nous préciserons ensuite les contours de la méthode d'entretien mise en oeuvre.

### **2.1. L'observation, difficile ou impossible**

Les méthodes d'observation, que j'aurais souhaité initialement voir constituer un complément d'approche aux entretiens, se sont finalement avérées difficiles, sinon impossibles à mettre en oeuvre. Il faut encore reconnaître que la difficulté de mener des observations en milieu pénitentiaire résulte moins de la difficulté d'obtenir des autorisations de l'Administration Pénitentiaire, que de la difficulté de s'imposer comme observateur "neutre" en prison. Le fait que le sociologue observe moins qu'il ne participe à une situation d'observation n'est pas spécifique à la prison. Il reste que le milieu pénitentiaire, saturé par toutes formes de regards, ne peut s'observer aussi facilement que d'autres milieux de vie et de travail. De plus, un versant de notre champ d'étude — le domaine de la santé — impliquait une impossibilité d'observer les consultations qui constituent une part importante des pratiques médicales et soignantes. Avant d'essayer de comprendre globalement les raisons des difficultés de l'emploi des méthodes d'observation sociologique dans cette étude, évoquons d'abord les quelques situations d'observation auxquelles j'ai participé.

### ***2.1.1. Les situations d'observation***

#### ***Une première expérience dans un centre scolaire***

L'observation ne peut-elle être que participante ? Ma première expérience d'observation en prison a été particulièrement formatrice car elle m'a conduit à éprouver en quelques instants ce que je n'avais jusqu'alors approché que par des lectures : le mythe de la neutralité de l'observateur ou encore la certitude que la présence de l'observateur influence ce qui est observé. J'ai ainsi pu assister à deux séances d'un enseignement d'anglais dans une grande maison d'arrêt. L'enseignant et moi avions convenu auparavant que pour chacun des deux cours, l'enseignant me présenterait (un étudiant en sociologie), demanderait l'accord des étudiants puis commencerait son cours. J'avais alors choisi de m'asseoir à l'écart, en fond de salle, en pensant ainsi perturber le moins possible la séance. Mais ce choix — qui m'avait conduit à adopter les réflexes d'un inspecteur d'académie... — s'est très vite trouvé détourné. Dès la présentation, les étudiants ont demandé quel était précisément mon sujet, pour qui je travaillais — l'Administration Pénitentiaire ou un hôpital ? —, si j'étais rémunéré, quelles étaient les différences entre “sociologue”, “psychologue” et “psychiatre”. Après plus d'une demi-heure de discussion, l'enseignant a repris le fil de son enseignement d'anglais, que je pensais pouvoir enfin observer “objectivement” ou “extérieurement”.

Mais la suite du cours confirma que je ne pouvais échapper à la mise en scène, au sens interactionniste du terme, qui se mettait en place. L'enseignant m'interpellait sur des tons amusés (“- Dites leur que je ne leur dis pas n'importe quoi” ou encore “- Vous voyez, on est peut-être arriéré en prison, mais j'en suis quand même plus à *My taylor is rich*”). Les étudiants mettaient l'enseignant au défi de me piéger (“- Je suis sûr qu'il en connaît plus que vous en anglais, M'sieur”), ne parlaient jamais sans me regarder, me montrant ainsi explicitement que ce recul que j'avais pensé prendre était bien factice. Tel était observé celui qui croyait observer. Et cette expérience amusée de se transformer en épreuve lorsque l'enseignant me demanda dans la seconde séance de présenter mon sujet en anglais et décida d'organiser son cours autour de cette présentation.

Que retenir de cette première observation ? *A posteriori*, il est clair que cette situation peut permettre de formuler certaines intuitions. On peut par exemple évoquer la méfiance des détenus envers les psychologues et les psychiatres ou encore pour les observateurs prétendus neutres mais qui sont rémunérés par l'Administration Pénitentiaire. On peut aussi évoquer — c'était l'hypothèse amusée de l'enseignant — l'envie des détenus de discuter et de ne surtout pas commencer le cours ; par hyperbole, on peut parler alors de l'enseignement comme d'une motivation secondaire ou

encore une activité poursuivie pour sortir de cellule et avoir quelques moments de détente. Mais l'enseignement principal — celui que j'ai ressenti sur le moment — était ailleurs : l'apprenti-sociologue que j'étais se devait de faire son deuil de la possibilité d'être un observateur neutre, de découvrir que tout ce que l'observation permet d'apprendre est lié au statut de l'observateur, et plus largement de peser la pertinence de cette formule de François Laplantine : "S'inclure non seulement socialement, mais subjectivement fait partie de l'objet scientifique que nous cherchons à construire, ainsi que du mode de connaissance caractéristique du métier d'ethnologue. L'analyse, non seulement des réactions des autres à la présence de ce dernier, mais de ses réactions aux réactions des autres, est l'instrument même susceptible de procurer à notre discipline des avantages scientifiques considérables, pour peu que l'on sache en tirer parti"<sup>186</sup>.

Sans douter que la place spécifique qu'occupe le chercheur en sciences humaines dans la relation avec l'objet d'étude, ou plutôt le sujet d'étude, est une chance heuristique, je dois avouer que ma première expérience d'observation m'a surtout fait accéder à une autre prise de conscience : dans mon champ d'étude, il apparaît impossible de saisir les actions "réelles" en les observant. Un moyen de neutraliser quelque peu ma présence aurait sans doute été de répéter ou de prolonger ces observations. Mais l'enseignant concerné et tous les autres enseignants contactés, pourtant très coopératifs, se sont montrés très réticents à cette perspective. Il me semble que l'on peut en partie expliquer ces résistances par la réticence qu'ont beaucoup de professionnels à accepter d'être observés *in vivo*, comme si l'observation était une forme de contrôle, comme si le regard comportait nécessairement une dimension critique. Mais cette réticence n'est pas propre aux enseignants intervenant en milieu pénitentiaire.

Par contre, ce qui leur est spécifique, c'est la forme de dévalorisation qui est associée à leur action, par rapport à l'action de leurs collègues intervenant en milieu libre. Les enseignants intervenant en milieu pénitentiaire savent que beaucoup d'acteurs, dans et hors la prison, les considèrent incapables d'intervenir dans d'autres lieux et mettent en doute la qualité de leurs cours. Se soumettre à un regard extérieur leur offre alors certes l'avantage de pouvoir mettre fin à ces accusations, mais comporte aussi le risque de les renforcer. Or, les enseignants intervenant en milieu pénitentiaire sont dans une position où les risques de se présenter en situation professionnelle apparaissent bien plus importants que les avantages éventuels, car ces enseignants doutent eux-mêmes de leurs compétences. Beaucoup doutent ainsi de leur possibilité de réintégrer des classes primaires et plus largement de transférer leurs compétences, leur métier, sur un autre segment du marché du travail.

---

<sup>186</sup>François Laplantine, *La description ethnographique*, Paris, Nathan, 1996, p. 24



Plusieurs enseignants m'ont affirmé pour justifier leur refus que j'assiste à leur cours que "ça n'avait rien de différent par rapport à l'extérieur". Des enseignants sûrs d'eux-mêmes auraient sans doute assumé le risque de se présenter en situation, en pariant sur le fait que je me rendrais compte de moi-même de cette équivalence. On peut ainsi avancer l'hypothèse que les réticences et les refus des enseignants d'être observés expriment en partie leurs doutes ou encore les représentations peu valorisantes qu'ils ont de leur métier.

### *Une seconde expérience dans un cabinet médical*

Une autre forme d'observation m'a aussi beaucoup appris, quoiqu'elle n'ait pas été voulue : l'observation d'une dizaine de consultations médicales dans une petite maison d'arrêt. Mes premières expériences de terrain consacrées aux professionnels de santé intervenant en milieu pénitentiaire avaient clos l'espoir de pouvoir observer les pratiques médicales *in vivo*. De fait, le principe du colloque singulier était pour les médecins et les infirmiers que je rencontrais un impératif déontologique indiscutable et incontournable. La façon épique et enthousiaste qu'ils avaient de raconter comment ils avaient réussi à chasser les surveillants des cabinets médicaux, renforçait le sentiment d'inafaillibilité que j'associais intuitivement au respect du colloque singulier. Jouant au naïf, je me suis d'ailleurs risqué à demander à un psychiatre s'il accepterait que je puisse assister à l'une de ses consultations, avec l'accord du patient. La forme, le ton sec de la réponse ("C'est absolument impossible") et le regard interdit qui l'a accompagnée, m'ont confirmé l'existence d'un tabou que je venais de mettre à l'épreuve.

Mon étonnement fut grand lorsqu'un médecin, rencontré un jour auparavant et qui avait accepté le principe d'un entretien, a voulu faire l'entretien pendant ses consultations. Après avoir refusé ma proposition de décaler le rendez-vous et devant mes réserves, il m'a garanti de demander le consentement des patients à leur arrivée. La forme des consultations et la nature des discours tenus par le médecin m'ont très vite fait pressentir le caractère "atypique" de ce médecin. Sur dix consultations (effectuées en quarante minutes), le médecin n'a pratiqué que deux auscultations ; il a d'ailleurs ausculté un patient en lui demandant de garder son tee-shirt, avant de me confier "qu'il n'avait pas envie d'attraper tout ce qui traîne dans la prison". Par ailleurs, il a reçu trois surveillants — ce qui ne s'inscrit pas dans les prérogatives de ses vacations et qui est refusé catégoriquement par la quasi-totalité des médecins —, avant de leur établir des ordonnances pour des lunettes, un appareil dentaire et une prise de sang en utilisant des ordonnances à l'entête de son cabinet libéral en milieu libre. Le discours avec les détenus était standardisé sur le modèle : "Bonjour Monsieur X. Qu'est-ce qui vous amène ? A bientôt et bon courage". En fin d'entretien, les consultations une fois terminées, le médecin pouvait évoquer sa façon toute particulière de concevoir le secret médical :

“- Pour ce qui est du secret, je fais très attention, et je peux dire qu’il est préservé. S’il y a un risque majeur de suicide, je préviens la détention, mais c’est normal. Par rapport au VIH, on est très méfiant. En fait, cela dépend du type de détenu : s’il est dangereux, je préviens les surveillants. Mais de toutes façons, il y a très peu de SIDA dans cet établissement. Par contre, on a plus d’hépatites C ; et là encore, pour les détenus qui sont dangereux, j’avertis les surveillants. Il ne faut pas se poser de problèmes. C’est normal. Pour l’instant, dans la plupart des cas, il n’y avait pas de danger, donc j’ai respecté le secret.”

Médecin, 50 ans, 10 ans d’ancienneté en milieu pénitentiaire, intervenant une journée par semaine dans une petite maison d’arrêt

Que m’a appris cette forme d’observation ? Tout d’abord, elle m’a fait entrevoir des formes d’actions et de représentations nouvelles au sein des professionnels de la santé intervenant en milieu pénitentiaire : nous verrons que ces actions et ces représentations, que j’ai pensées un moment uniques et atypiques, sont partagées par d’autres professionnels de la santé, que j’ai finalement choisi de rassembler sous le type générique : “les consensuels”.

Cette situation m’a aussi fait sentir que la position d’observateur dont j’avais rêvée était très inconfortable. La présence d’un sociologue pendant les consultations apparaît fondamentalement perturbatrice de la relation thérapeutique. Il ne s’agit pas ici d’évoquer la perturbation que l’observateur provoque nécessairement dans toute relation qu’il observe. Il s’agit de réfléchir au sens d’une situation prétendue “thérapeutique” à laquelle participe un tiers non médical. La relation thérapeutique s’est construite, au moins dans les imaginaires collectifs, sur le modèle symbolique d’une relation binaire patient-médecin. Que les proches du patient ou que plusieurs professionnels de santé (médecins, infirmiers, aides-soignants) assistent à cette relation n’en change pas la symbolique binaire : il y a le monde du patient et le monde médical. Que provoque alors la présence d’un tiers, en l’occurrence celle d’un sociologue ? Même si elle ne modifie pas nécessairement l’apparence des pratiques médicales et des discours des patients, elle me semble modifier fondamentalement la symbolique, sinon l’essence de la relation thérapeutique. Cette symbolique binaire renvoie à la déontologie et à l’éthique médicales. Le caractère éthique de la dimension binaire de la relation médicale (qu’on ne retrouve pas par exemple dans la relation pédagogique) me semble une première barrière à l’observation des consultations en prison.

Par ailleurs, la façon dont le médecin me présentait (“- Entrez, Mr X. Ce monsieur est enseignant à l’université de Lyon, il a l’accord de l’Administration et il a mon accord. Cela ne vous gêne pas ?”) faisait que le patient devait moins donner un accord sur ma présence qu’avaliser un état de fait. Tout comme le fait d’observer sans découvrir son identité de chercheur pose des problèmes

éthiques importants aux sociologues<sup>187</sup>, il me semble que l'observation sociologique, tout comme l'entretien, ne doit se faire qu'avec un accord totalement libre des enquêtés. La difficulté du terrain carcéral est que la prison multiplie les cas où l'accord des détenus est en grande partie obtenu par les contraintes de la situation. Demander l'accord des détenus aboutit ainsi souvent à leur imposer une relation d'enquête. Pour ne pas rééditer cette situation dans laquelle je m'étais senti quasiment autant contraint que les détenus, je me suis donc ensuite refusé à demander d'autres observations du déroulement de consultations médicales et soignantes. J'ai décidé de ne saisir ce déroulement qu'au travers des entretiens menés avec les patients et les professionnels.

Ceci étant dit, les actions des médecins et des infirmiers ne se limitent pas aux consultations : les discussions, les réunions entre les praticiens sont une autre forme importante d'actions. Dans cette perspective-là, j'ai pu conduire deux formes d'observation : l'une au sein du comité de pilotage sur la télémédecine en milieu pénitentiaire, l'autre au sein d'un Service Médico Psychologique Régional.

### **L'observation d'un comité de pilotage**

Une forme d'observation a été celle que j'ai pu mener au sein du comité de pilotage sur la télémédecine en milieu pénitentiaire, réuni régulièrement au cours de l'année 1998. Sur la base de mes différents travaux, j'ai été en effet contacté par un représentant de la Direction des Hôpitaux pour donner un éclairage sociologique sur les débats et les enjeux de la télémédecine en milieu pénitentiaire, au sein d'un groupe composé essentiellement de représentants de la Direction des Hôpitaux, de médecins intervenant en CHU et en milieu pénitentiaire et de spécialistes des techniques de télétransmission. Tout en étant acteur du comité, j'ai pu jouer de ma position pour observer les discours de ces différents praticiens de santé. Cette position était particulièrement intéressante car les praticiens exposaient alors des discours qui n'auraient sans doute pas été exprimés aussi crûment dans un autre cadre, par exemple dans le cadre d'un entretien sociologique. La discussion semblait se faire entre confrères : ce qui parfois était tu et nié ou ne m'était dit qu'à mots couverts en entretien était ici exprimé sans ambages.

L'analyse du contenu de la première séance du comité est par exemple éloquent sur la distance entre un discours tenu entre confrères et le discours "semi-officiel" que je peux recueillir en entretien. Tandis que les médecins s'empressent toujours de dire en entretien que l'intérêt du patient est premier, les médecins réunis dans ce comité ont évalué pendant près de deux heures les avantages et les enjeux de la télémédecine en milieu pénitentiaire, sans jamais évoquer les

---

<sup>187</sup>Daniel Bizeul évoque ces interrogations éthiques qui ont animé des chercheurs comme J. Roth, E. Goode ou H. Becker, in "Le récit des conditions d'enquête", *Revue Française de Sociologie*, 1998, vol. XXXIX, n° 4, pp. 766-769

“détenus” ou les “patients”. Comme en attestait l’évocation envieuse des “expériences de pointe” de la télémédecine dans le domaine périnatal en France et dans le milieu pénitentiaire aux Etats-Unis, les débats évoquaient surtout l’intérêt de la télémédecine en termes d’image pour la médecine en milieu pénitentiaire. Plus largement, il s’exprimait un satisfecit général que la Direction des Hôpitaux ait pensé à la médecine en milieu pénitentiaire. Les médecins étaient tous conscients du caractère illusoire d’une application généralisée de la télémédecine (étant donnée la faiblesse du budget alloué aux unités de soins en milieu pénitentiaire) mais l’enjeu n’était pas là : les médecins sentaient que la Direction des Hôpitaux ne les oubliait pas.

C’est dans cette ambiance générale d’autosatisfaction que je me suis permis de poser deux questions quand on m’a proposé d’intervenir : “La télémédecine présente-t-elle un intérêt pour les patients dont rien n’a été dit jusqu’alors ? Les projets de télémédecine répondent-ils, comme cela est reconnu explicitement aux Etats-Unis, à une préoccupation de l’Administration Pénitentiaire pour limiter le nombre d’extractions<sup>188</sup> et les risques d’évasion ?”. Ces deux questions, volontairement dissonantes, pointaient deux tabous. Le premier tabou est de ne pas reconnaître que les projets de télémédecine servent très largement les desseins de l’Administration Pénitentiaire. Le second tabou est de taire le fait que les détenus dans leur très grande majorité préfèrent être soignés dans les hôpitaux, plutôt qu’en prison par des professionnels qu’ils jugent peu compétents. Face à ces deux questions, les réponses se sont voulues persuasives : bien sûr, il ne s’agissait pas de servir les projets de l’Administration Pénitentiaire ; bien sûr, les détenus étaient les premiers intéressés par les projets de télémédecine. Un médecin, responsable d’une unité de soins en milieu pénitentiaire a par exemple affirmé que “les détenus seront bien contents de pouvoir être soignés sur place et de ne plus être transférés avec des menottes et entraves”. Le représentant du Conseil de l’Ordre des Médecins s’est alors étonné de telles “pratiques” (sic), tout en émettant le “souhait que l’on pense à les supprimer avant que la télémédecine ne soit appliquée en France”.

Que retenir de cette observation dans le comité de pilotage ? Sans anticiper sur la prochaine partie dans laquelle nous exploiterons à plusieurs reprises les enseignements de cette observation, on peut noter que les détenus ne sont assurément pas une préoccupation centrale des médecins intervenant en milieu pénitentiaire. L’oubli du patient dans les débats sur la télémédecine n’est-il pas le pendant de l’organicisme des médecins intervenant en milieu pénitentiaire, ou encore de leur tendance à traiter les patients comme de simples organes ? Si l’organicisme médical n’est pas propre au milieu d’exercice pénitentiaire, on peut se demander si la situation des détenus en marché captif — impossibilité de fait de changer de médecin — ne contribue pas à l’accentuer. Par ailleurs, la forme

---

<sup>188</sup> Terme qui désigne dans le vocabulaire pénitentiaire les sorties temporaires de détenus pour un procès, une convocation du juge d’instruction ou une hospitalisation.

des débats montre l'énorme déficit de reconnaissance dont souffrent les médecins en milieu pénitentiaire.

Sur la forme, il est intéressant de noter l'écart entre les discours officiels, semi-officiels et officieux. La comparaison des discours des praticiens rencontrés en entretien et des discours des praticiens rencontrés dans ce comité rappelle une évidence : un acteur ne dit dans un entretien que ce qu'il veut bien dire de lui-même tout comme il ne montre dans une situation d'observation que ce qu'il veut bien montrer de lui-même. L'acteur est en permanence en représentation et il est important de situer les différentes représentations en fonction des acteurs auxquelles elles s'adressent. Faut-il pour autant sombrer dans un subjectivisme jusqu'au-boutiste affirmant l'impossibilité d'approcher, par l'étude des discours, les actions et les représentations "réelles" ?<sup>189</sup>

### **L'observation d'un SMPR**

Une autre observation de médecins et d'infirmiers en situation s'est faite dans un Service Médico Psychologique Régional. Comme les autres SMPR, ce service de soins psychiatriques, rattaché administrativement à un établissement hospitalier public, était situé dans une grande maison d'arrêt, dispensait des soins ambulatoires et comportait une unité d'hospitalisation. Le récit de la façon dont se sont négociées les conditions de cette observation éclaire les difficultés de l'observation en milieu pénitentiaire. Pour situer ce récit, il convient de préciser que le service en question n'a pas bonne réputation, ni chez les détenus, ni chez les médecins et infirmiers intervenant dans d'autres établissements pénitentiaires de la région, ni même chez les représentants de l'Administration Pénitentiaire. Même si les différents discours sont contrastés, tous convergent pour dire que ce service est celui qui fonctionne le moins bien de tous les services de soins de la région, comme en atteste par exemple cet extrait d'entretien avec une personne détenue qui a "fréquenté" le service trois ans auparavant :

"- Ils m'ont mis au SMPR à X ; mais j'y étais en touriste, parce qu'il n'y avait pas de place ailleurs. Ça m'a permis de voir comment tournaient les autres détenus. J'ai vu des gens assommés au théralène et au trunxène. J'ai vu des gens qui ne se réveillaient pas de 7h00 du soir jusqu'à 9h00 du matin. J'ai vu des gens faire des malaises... Et la seule réponse du service médical, c'était une fin de non recevoir. J'ai vu des surveillants distribuer les médicaments à 6h30 du matin, alors que c'est formellement interdit. J'ai vu à 7h00 du soir toutes les grilles fermées : il n'y avait aucun — je dis bien aucun — moyen d'alerter quelqu'un en cas de problème. J'ai vu mon camarade Stéphane mourir d'overdose de médicaments. Comment a-t-il pu stocker suffisamment de médicaments, qui sont normalement pris devant l'infirmière ? J'ai vu mon camarade Pierre faire des malaises et les infirmières refuser de monter le voir dans sa cellule. J'ai vu mon camarade Samuel remonter avec une tête " comme ça ", en revenant en cellule, mais j'ai jamais vu personne pour le soigner. (...)

---

<sup>189</sup>Je tenterai de répondre à cette interrogation dans le paragraphe 2.2.1. de ce même chapitre.

En prison, à X, ce sont des abrutis : bouchers, assassins, inutiles et incapables. Un moment, un camarade ne pouvait plus descendre à l'infirmerie parce qu'il faisait des malaises. Il était tombé une première fois ; bilan : je sais pas combien de points de suture. Il refusait donc de descendre, parce que si il tombait dans les escaliers de X, il était sûr d'y rester. Mais ils ne se sont pas déplacés. C'est les mâtons qui le faisaient descendre. (...)

Ce que je peux dire, c'est que les psychiatres à X, c'est des grands guignols. Ailleurs, il y en a certains qui font leur métier correctement, mais comment dire, ils font partie du décor, ils n'ont aucun pouvoir. Ils peuvent donner leur avis, mais la Pénitencière n'en tient pas compte."

Personne détenue, 40 ans, condamnée à une peine de 5 ans d'emprisonnement, établissement pour peine

L'objectif initial était de mener une observation longue au sein de ce service de soins pour en approcher le fonctionnement quotidien. Pour avoir des chances d'obtenir l'accord du psychiatre dirigeant le service, j'avais rassemblé tous les "gages de sérieux" possibles : recommandations de plusieurs médecins intervenant en milieu pénitentiaire, expérience longue de terrain, premiers comptes rendus dans des colloques, accords de la direction régionale et du directeur de l'établissement pénitentiaire. Après plusieurs conversations téléphoniques précisant l'objet de ma demande, le psychiatre, responsable du service, me donne rendez-vous dans son cabinet de médecin libéral. Le temps de négociation qui m'est imparti est court, celui d'un rendez-vous classique : une demi-heure montre en main. Après quelques minutes de discussion, j'en viens au but principal de ma visite :

- (...) *Il serait envisageable de faire une observation dans votre service ...?*

- Disons que la situation actuelle du service est la pire qui puisse être. On vit dans la chronique d'un déménagement annoncé, ce qui fait qu'il n'y a pas de réinvestissement dans un projet thérapeutique immédiat. En fait, il y a deux tentations : la première, c'est de dire " - Nous, on est bon, c'est les murs qui sont mauvais. ", l'autre tentation c'est " - On fait table rase, demain on aura l'organisation idéale. ". Résultat : c'est déjà bordélique du point de vue de l'espace, mais c'est aussi dans une situation peu confortable dans tous les sens du terme. Combien de temps envisageriez-vous de venir ?

- *Disons deux semaines...*

- Quinze jours, je vous le dis franchement, ça me semble beaucoup : dans un espace si petit, sans rien faire... Je sais pas comment vous allez supporter. On a rarement eu cette expérience. On a bien des stagiaires de DESS, la plupart en psycho clinique, mais c'est plus facile de les tolérer parce qu'ils travaillent avec nous : ils voient des détenus comme nous, ils sont mouillés dans la difficulté. C'est plus facile de les voir demander une place en entretien qu'une personne qui ne ferait qu'observer. Pour les détenus aussi, les stagiaires sont vécus comme des professionnels et pas comme des observateurs coupés de la réalité du travail et donc forcément critiques. Bon, c'est vrai, on a eu des journalistes, mais quinze jours, cela me paraît long...

- ... *On peut adapter les modalités. C'est à vous de me le dire. Ce qui est clair, c'est qu'il y aura un retour, mais qui restera dans une optique sociologique. Et puis, je vous communiquerai ma thèse.*

- *J'aimerais bien d'abord lire ce que vous avez écrit, certains de vos résultats.*

- *Sans problèmes. Je peux vous envoyer mon mémoire de DEA par exemple, même s'il ne porte que sur le somatique.*

- Très bien. Pour ce qui est des dates, la période qui me semble la meilleure mais cela ne va pas vous arranger, ce serait la première quinzaine de juillet. Parce qu'il y a moins de monde, qu'il y a aura des bureaux libres...

- *C'est parfait.*

- L'activité sera un peu moins grande que d'habitude mais il y aura autant de choses à voir. De toutes façons, on se revoit pour en parler.”

Entretien avec un médecin psychiatre, responsable d'un Service Médico-Psychologique Régional

La tournure de la discussion montre les intérêts divergents entre un médecin qui voudrait ne pas montrer et un étudiant prêt à tout pour voir<sup>190</sup>. Le médecin psychiatre ne s'est pas senti jusque-là en position de refuser de me rencontrer, étant données les recommandations de certains de ses collègues. Par ailleurs, un refus trop brusque aurait pu renforcer les interrogations sur le caractère peu “glorieux” du service. Le passage cité montre le curieux enchaînement entre les stratégies d'évitement mises en oeuvre par le psychiatre et les réponses que je lui apporte.

L'objectif du psychiatre est visiblement de me faire prendre conscience de la difficulté sinon de l'impossibilité d'une observation, en discutant mes “exigences” initiales. Moins par stratégie consciente que parce que je ne me sens pas en situation d'imposer quoi que ce soit, j'accepte tous les aménagements proposés, ce qui a pour effet — pervers aux yeux du praticien — d'obliger le psychiatre à trouver d'autres retranchements. Les stratégies d'évitement sont ainsi nombreuses : le moment n'est pas idéal, le temps de l'observation est trop long, l'espace du service est trop petit, la présence du sociologue coupé de la réalité du travail est difficilement acceptable par les détenus et les psychiatres, ... Le choix de la période estivale pour réaliser l'observation ne réussissant pas encore à me faire renoncer au projet, le médecin ajourne le rendez-vous en reportant le débat à plus tard. Comme convenu, un mois après, après avoir envoyé la retranscription de l'entretien, mon mémoire de DEA et la copie d'une intervention sur la médecine en milieu pénitentiaire, je recontacte le psychiatre. Il me dit qu'il a apprécié mes travaux mais que pour le “stage”, il faut que l'on se revoie car son adjoint y est totalement opposé. Lors du second rendez-vous, une demi-heure montre en main, il m'annonce qu'il a finalement négocié avec son adjoint que je vienne deux-trois demi-journées pour faire des entretiens avec les personnels. L'objectif d'une observation longue se trouve quelque peu amendé...

Il est clair que les trois demi-journées passées dans le Service Médico-Psychologique Régional ne me permirent pas de mener une observation ethnographique poussée. Elles constituèrent seulement l'occasion de négocier quelques entretiens supplémentaires avec des professionnels de santé. Le principal enseignement de cette aventure est donc ailleurs que dans l'observation du fonctionnement du service : les médecins intervenant en milieu pénitentiaire ne sont pas favorables à l'idée d'être observés en situation, dans un milieu qu'ils ne trouvent pas valorisant. Comme dans le cas des enseignants, on peut avancer l'hypothèse que les réticences et les refus des médecins et

---

<sup>190</sup>Au début, l'objectif était de voir le service. Peu à peu, il est devenu de voir jusqu'où le médecin irait dans son refus

des infirmiers, intervenant en milieu pénitentiaire, d'être observés expriment en partie leurs doutes ou encore les représentations peu valorisantes qu'ils ont de leur métier.

### *Des observations éparses*

S'ajoutent enfin aux différentes formes d'observation évoquées jusqu'ici, toutes les observations qui ont accompagné les entretiens que j'ai menés dans les établissements pénitentiaires. Si j'évoquerai principalement le contenu discursif des entretiens, je m'appuierai aussi sur l'étude du comportement des interlocuteurs avant, pendant et après l'entretien : la façon dont ils saluent les détenus, les surveillants, leurs "confrères" par exemple. Par ailleurs, le temps et le parcours d'accès aux différents services d'un établissement sont toujours l'occasion de discussions informelles, d'échanges (paroles et regards) furtifs, d'impressions qui constituent des matériaux ethnographiques riches.

La vision, que j'ai eue au détour d'un rendez-vous avec un médecin, des "salles d'attente" dans une infirmerie fut un indice de la peur que génèrent les détenus chez les surveillants et les infirmiers : les détenus étaient parqués par trois ou quatre dans des pièces d'un mètre carré avec des grilles fermées à clé. Dans la même perspective, la présentation des lieux par les personnels pénitentiaires constitua souvent un matériau intéressant. Je me souviens par exemple de la visite d'une petite maison d'arrêt qui avait duré près de deux heures. Au fil de la visite des lieux, le directeur me présentait tous les intervenants et tous les détenus que nous rencontrions, évoquant ensuite leur passé, leur façon de vivre la prison, leur caractère. La forme de la visite était un premier indice de ce que les détenus et les surveillants appellent le "caractère familial" des petites maisons d'arrêt, où les directeurs connaissent personnellement les détenus, où s'impose une légitimité plus charismatique que légale-rationnelle. Je pourrais enfin évoquer les sensations différentes éprouvées dans les différents établissements : la hauteur et la largeur des murs, les barbelés autour des cours de promenade et les filets anti-suicides, les odeurs rances ou l'absence d'odeur, l'humidité des vieilles pierres ou au contraire la froideur du béton, la lourdeur des portes, les cliquetis des verrouillages automatiques, la résonance des cris de surveillants et de détenus, etc., tous ces éléments qui rythment la vie de la prison et font aussi la singularité de chaque établissement. Le film d'Eliane de Latour<sup>191</sup> est à cet égard l'un des rares documents audiovisuels sur la prison qui parvient à rendre compte fidèlement de ces sensations si difficilement descriptibles et pourtant si prégnantes dans l'univers carcéral.

---

que je voie le service...

<sup>191</sup>Eliane de Latour, *Si bleu, si calme*, 1996



L'ensemble de ces expériences, éprouvées pendant quatre ans de terrain, m'a permis de ressentir un peu mieux l'objet d'étude, de m'en imprégner. Il n'empêche que le nombre et la durée de toutes ces observations restent peu importants. Comment l'expliquer ?

### ***2.1.2. Les enseignements de ces observations***

Deux facteurs principaux expliquent la difficulté sinon l'impossibilité de l'observation dans notre étude. Le premier est lié au statut du regard dans la prison. Le second est lié à la façon dont les professionnels, dont nous étudions les actions et les représentations, se représentent et cherchent à représenter leur métier : le milieu pénitentiaire n'est pas un milieu valorisant et valorisé.

#### **L'observation en prison**

Il est d'abord difficile de s'imposer comme observateur en prison. Les effets de la présence de l'observateur semblent ainsi fortement perturbateurs des situations observées en prison. Il ne s'agit ici pas seulement de dire que la présence de l'observateur ne peut pas être neutre sur ce qui est observé, car ce truisme concerne tous les terrains de recherche. Les chercheurs en sciences humaines, et particulièrement les anthropologues ont renoncé depuis longtemps<sup>192</sup> à l'idéal objectiviste de pouvoir dissocier l'observation des sujets de la présence de l'observateur : "Nous ne sommes jamais des témoins objectifs observant des objets, mais des sujets observant d'autres sujets au sein d'une expérience dans laquelle l'observateur est lui-même observé. (...) Nous n'observons jamais les comportements d'un groupe tels qu'ils auraient lieu si nous n'étions pas là ou si les sujets de l'observation étaient d'autres que nous" résume François Laplantine dans *La description ethnographique*<sup>193</sup>. Dans le champ sociologique, le développement des recherches basées sur des techniques audiovisuelles, en engageant une réflexion sur la place de la caméra dans la relation acteur-observateur, a aussi permis de souligner le mythe qui consiste à croire que l'observation pourrait être indépendante de la relation d'observation. Je pense par exemple aux travaux de Bernard Ganne pour qui la caméra ne fait jamais que " manifester avec plus de clarté la relation qui a, de fait, été construite"<sup>194</sup>.

Si l'on suit la perspective de François Laplantine<sup>195</sup>, on peut même considérer que la perturbation que le sociologue impose par sa présence à ce qu'il observe est moins un obstacle épistémologique,

---

<sup>192</sup>On peut penser aux travaux sur l'épistémologie de l'observation de Georges Devereux (1938, *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Paris, Aubier, 1980)

<sup>193</sup>François Laplantine, *La description ethnographique*, Paris, Nathan, 1996, pp. 21 et 23

<sup>194</sup>Bernard Ganne, "Filmer le changement industriel ? Filigranes d'une expérience", *Sociologie du Travail*, 1994, n° 2, p. 222

<sup>195</sup>François Laplantine, 1996, op. cité, p. 24

que le principal atout heuristique de la relation d'enquête. Néanmoins, il convient de réfléchir à la place particulière de l'observation dans les techniques d'enquête sociologique en prison : le regard sociologique vient en prison s'ajouter à d'autres formes d'observation qui contribuent, selon nous, à le rendre difficile, à le dénaturer. Il faut rappeler ici le modèle du Panoptique de Bentham sur lequel sont encore pensées les prisons : les détenus doivent pouvoir être vus en permanence — n'importe où et à n'importe quel moment — par le personnel de surveillance. Par ailleurs, les détenus font aussi l'objet de nombreux autres regards observateurs : on peut penser à l'observation dont font l'objet les condamnés au Centre National d'Observation de Fresnes avant leur affectation en établissement pour peines, mais aussi à tous ces regards portés sur les détenus par ceux (certains jurés d'assises par exemple) à qui l'on fait visiter la prison comme on fait visiter un parc zoologique. Les détenus deviennent ainsi des bêtes curieuses focalisant tous les regards. Le regard sociologique, perçu comme un regard moins différent que supplémentaire, apparaît dès lors porteur d'une forme d'inquisition plus marquée que dans d'autres milieux. D'autres terrains de recherche m'ont ainsi montré la plus grande facilité à observer des personnes qui se sentent peu ou jamais observées.

Par ailleurs, le sujet m'invitait à centrer mes observations sur les salles de classe et les infirmeries qui sont les rares endroits où le regard surveillant s'atténue en prison. Même si les surveillants peuvent jeter des regards à travers les oeillets ou les impostes vitrées des portes, il est clair que ces lieux ont le privilège pour les détenus d'être un peu à l'abri du regard extérieur. L'intrusion du regard sociologique dans ce lieu ne peut alors que rompre un charme lié au sentiment des détenus de ne pas être observés. Il faut reconnaître aussi un embarras personnel ou tout au moins un sentiment de malaise au sujet des regards que je pouvais jeter en prison. Plusieurs fois, je me suis retrouvé dans une situation où je ne savais plus où poser le regard pour ne pas me sentir inquisiteur. La classique visite des cellules<sup>196</sup>, proposée aux nouveaux intervenants, est un de ces moments où j'aurais aimé ne pas voir, ne pas regarder. En prison, la "permission" de poser son regard sur une personne détenue, sur son espace de vie, n'est jamais explicitement demandée car il échappe justement au droit des détenus de refuser un regard. Or c'est justement ce droit à l'intimité que ne permet pas la prison qui me semble devoir constituer l'un des fondements déontologiques de la démarche d'observation en sociologie : le regard sociologique ne me semble devoir être posé que sur ceux qui l'acceptent explicitement. L'observation en prison ne peut donc se faire que si l'on s'assure que l'accord des personnes détenues est réel.

---

<sup>196</sup>Sans prévenir les détenus autrement que par un ou deux coups secs sur la porte, le surveillant ouvre grand la porte de la cellule et décrit aux visiteurs l'aménagement de la cellule, en présence des détenus.

### *L'observation des professionnels en prison*

A cette difficulté d'imposer aux personnes détenues un regard supplémentaire s'est ajoutée dans notre étude la difficulté d'obtenir l'accord des professionnels eux-mêmes. Dans le cas des médecins et des infirmiers, le respect de l'impératif éthique et déontologique du colloque singulier est un argument imparable — que je n'ai d'ailleurs pas, sauf par bravade, cherché à contester — pour justifier le refus d'une présence extérieure pendant les consultations. Néanmoins, pour beaucoup de professionnels de santé, le temps de consultation constitue moins de la moitié du temps d'exercice. L'impératif déontologique du colloque singulier ne doit donc pas cacher la réticence générale des professionnels de santé intervenant en milieu pénitentiaire à être vus en situation, même en dehors des consultations. Cette réticence rejoint celle des enseignants, peu enclins à se montrer en action. Pour expliquer cette réticence, on a avancé l'hypothèse que le refus d'être "observé" exprime en partie les doutes ou encore les représentations peu valorisantes que les enseignants, les médecins et les infirmiers, intervenant en milieu pénitentiaire, ont de leur métier. Ces intervenants connaissent les critiques et les fantasmes dont ils font l'objet, notamment chez leurs "confrères" en milieu libre. Mieux, ils partagent parfois tacitement ces critiques.

Les médecins intervenant en milieu pénitentiaire savent que la médecine pénitentiaire est encore considérée comme une sous-médecine, ils savent que leur fonction n'est pas enviée, ils savent que leurs actions sont mises en cause par les médecins intervenant en milieu libre et le Conseil de l'Ordre des Médecins, ils savent que leurs écarts à la déontologie sont dénoncés sans retard par les organisations internationales comme l'Observatoire International des Prisons ou le Comité pour la Prévention de la Torture et des traitements inhumains ou dégradants (C.P.T.), ils savent aussi qu'ils cautionnent par leur silence des actions, qu'ils jugent pourtant inadmissibles, de certains de leurs collègues (violation du secret médical, prescriptions de camisoles chimiques, refus de commencer des traitements par substitution, ...). Si certains acceptent l'idée d'un entretien qui offre à leurs yeux un moyen de faire taire certaines de ces critiques, ils ne sont pas prêts à accepter d'être observés, car l'observation directe des actions comporte assurément des risques qu'ils ne sont pas prêts à assumer. Le principal risque est de montrer que, quoi qu'ils en disent et malgré les évolutions, la situation de la médecine en milieu pénitentiaire n'est pas encore la plus enviable qui soit, tout au moins n'est pas aussi idéale qu'ils peuvent l'énoncer en entretien. D'ailleurs, les détours des conversations montrent que beaucoup préféreraient avoir un autre poste ou souhaiteraient en obtenir un nouveau rapidement.

Quant aux enseignants, certains se savent critiqués par l'Administration Pénitentiaire et leurs responsables locaux. Les instituteurs, par exemple, sont accusés d'être des "vieux de la vieille,

incapables d'adaptation", de ne faire que de "l'occupationnel" et d'oublier tous les impératifs en termes d'acquisition de savoir-faire. Là encore, accepter ma présence dans leurs cours aurait pu constituer un moyen de montrer la non pertinence de ces reproches. Mais ces enseignants ne se sont pas sûrs de leur fait et doutent foncièrement de l'à-propos de leurs actions. Le refus d'une présence extérieure atteste en partie de ces doutes qui les animent.

La méthode d'observation qui se voulait complémentaire apparaît donc finalement secondaire, sinon marginale. Il reste que si j'ai pu un moment regretter de ne pas pouvoir mener autant d'observations que je le souhaitais initialement, les difficultés rencontrées m'ont finalement beaucoup appris sur ce lieu de regards qu'est la prison et sur les doutes des professionnels de la santé et de l'enseignement intervenant en milieu pénitentiaire. Ce sont d'ailleurs des enseignements que j'ai pu confirmer ou éclairer à travers les entretiens qui ont constitué la méthode principale d'enquête utilisée dans cette étude.

## **2.2. L'entretien**

Les difficultés rencontrées pour mener des observations ne doivent pas laisser penser que l'usage, dans cette étude, de l'entretien comme méthode principale d'enquête est une sorte de pis-aller, devant pallier le manque d'observations. Au contraire, l'entretien m'est apparu et m'apparaît encore comme une méthode incontournable pour comprendre les actions et les représentations. Suivant ainsi l'inspiration weberienne, je pense que ni les actions ni les représentations des acteurs ne peuvent être comprises sans accéder au sens que leur donnent les acteurs.

### ***2.2.1. Le choix de l'entretien***

Le choix de l'entretien comme méthode principale de l'étude des actions et des représentations des professionnels intervenant en milieu pénitentiaire entend s'inscrire explicitement dans la lignée de la conception weberienne de l'action. Il s'agit ainsi de rappeler que l'action ne peut être comprise si le sociologue n'accède pas au sens subjectif — et intersubjectif — que donne l'acteur à son action. L'entretien apparaît à mes yeux comme la méthode la plus appropriée pour accéder à ce "sens subjectif".

L'usage de l'entretien comme méthode principale d'enquête fait que l'analyse a moins pour objet des actions et des représentations que des discours sur des actions et des représentations. Cet état de fait provoque souvent des interrogations chez ceux à qui je présente ma recherche : n'y a-t-il pas un écart entre le discours sur l'action et l'action réelle, entre le discours sur les représentations et la

réalité de ces représentations ? Si oui, l'analyse est-elle encore pertinente, "objective", reflète-t-elle la réalité ? Pour répondre à ces questions, il est nécessaire de distinguer deux niveaux d'interrogation. Peut-on faire confiance à ce que dit l'acteur ? Le discours de l'acteur permet-il d'accéder à la "réalité" ? Si la première question apparaît fondamentale, la seconde me semble poser un faux débat.

### *Peut-on faire confiance à l'acteur ?*

Il est clair que les acteurs que j'ai rencontrés ont pu à certains moments consciemment mentir, travestir leur pensée ou "maquiller" leurs actions. Le croisement d'entretiens a montré par exemple des écarts entre des discours sur une pratique commune : un psychiatre a ainsi affirmé dans un entretien prescrire exactement comme à l'extérieur tandis qu'un autre psychiatre, travaillant dans le même service, a reconnu l'existence d'une règle, négociée entre tous les psychiatres du service, qui consiste à prescrire moins qu'à l'extérieur, moins qu'il est prévu dans l'Autorisation de Mise sur le Marché des médicaments en question. Au sein d'un même entretien, des contradictions nettes apparaissent aussi parfois : par exemple, un médecin affirme au début de l'entretien ne jamais connaître les motifs d'incarcération, avant de reconnaître qu'il se méfie de certains patients car leurs crimes l'effraient. L'étude par entretien est-elle pour autant invalidée ?

Il me semble au contraire que tout l'intérêt de l'analyse consiste à comprendre ces contradictions apparentes, à comprendre les formes de mise en scène des acteurs, de "présentation de soi" ou "d'exposition de soi" pour reprendre les formules d'Erving Goffman et de Karl Jaspers : plus que de décrire des actions, il s'agit de réfléchir à la façon que les acteurs ont de décrire leurs actions. Par ailleurs, outre la possible mauvaise foi, il est clair qu'entre une action et sa mise en discours interviennent de nombreuses médiations, telles la mémoire, la réflexivité du sujet (mise en perspective de l'action évoquée avec d'autres actions), la capacité narrative de l'acteur, les paramètres de la situation d'entretien<sup>197</sup>. Réfléchir aux formes de présentation et d'exposition de soi doit aussi conduire à s'interroger sur ces médiations qui font qu'il y a nécessairement un écart entre une action ou une représentation d'une part, leur mise en discours d'autre part.

Prendre en compte l'effet de ces médiations et la possibilité pour un acteur de ne pas dire consciemment ce qu'il fait ou ce qu'il pense, ne revient toutefois pas à affirmer un relativisme complet, un "textualisme" ou un "anti-réalisme", qui voudrait que tout discours ne serait qu'une reconstruction n'ayant plus aucun rapport avec les actions et les représentations que l'acteur sait être les siennes. Si l'acteur a la possibilité de mentir, de maquiller ou de passer sous silence

---

<sup>197</sup>Je me réfère ici à Daniel Bertaux, *Les récits de vie*, Paris, Nathan, 1997, chap. 2 et 5.

certaines de ses actions, la confrontation des différents entretiens me permet de penser que l'écart entre le discours et les actions est généralement faible. Par ailleurs, je pense que l'analyse des médiations entre l'expérience vécue et la mise en récit, ne doit pas invalider toute tentative qui voudrait décrire les actions à travers les discours sur les actions. En d'autres termes, la mise en discours peut être considérée comme généralement fidèle à l'action qu'elle décrit. J'adopte ici une position proche de celle de Daniel Bertaux<sup>198</sup> à propos des récits de vie : tout comme le récit de vie constituerait, selon ce sociologue, une description approchée de l'histoire réellement, objectivement et subjectivement, vécue, je considère que l'entretien, quand il prend la forme d'un récit d'actions et de représentations, constitue une forme approchée des actions et des représentations, tout au moins telles qu'elles ont été subjectivement vécues par l'acteur. Il n'en demeure pas moins intéressant de réfléchir à la façon qu'ont les acteurs de se présenter ou de s'exposer. C'est donc une position mixte que nous défendrons ici : l'analyse des discours visera d'une part à décrire les actions et les représentations, d'autre part à réfléchir à la mise en discours, à l'exposition, à la présentation par les acteurs de ces actions et de ces représentations.

### *Le discours de l'acteur permet-il d'accéder à la "réalité" ?*

Cette autre question relative à l'usage de l'entretien dans cette étude, qui m'est posée de façon récurrente, n'a en fait guère de pertinence, tout au moins dans la perspective subjectiviste que j'adopte. La question de l'objectivité de l'information recueillie en entretien est selon moi en grande partie un faux débat. Elle est d'abord un faux débat parce que, si elle est évoquée à propos des entretiens, elle concerne toutes les méthodes d'analyse en sciences sociales : dans une situation d'observation, l'acteur ne donne à voir que ce qu'il veut donner à voir ; dans un questionnaire, il ne répond que ce qu'il veut bien répondre. C'est aussi un faux débat car la formulation de la question superpose la réalité et l'objectivité, semblant ainsi opposer la réalité à la subjectivité. La fameuse formule de William et Dorothy Thomas — "Si des hommes définissent des situations comme réelles, elles sont réelles dans leurs conséquences"<sup>199</sup> — rappelle que la réalité peut aussi se concevoir comme la réalité vécue par l'acteur. C'est enfin un faux débat car la question suppose en quelque sorte une plus grande "objectivité" du discours du sociologue sur le discours de l'acteur : ce que perçoit l'acteur de sa propre situation est souvent taxé de subjectif pour en montrer la non objectivité, la non réalité et par là la relativité. Pour reprendre une critique adressée par Didier Demazière et Claude Dubar à la posture objectiviste en sciences sociales, la formulation de cette question renverrait à une perception dissymétrique de la relation d'entretien "entre le chercheur qui possède la théorie des pratiques et les concepts adéquats et l'agent qui ne possède qu'une connaissance vulgaire, c'est-à-dire des bribes de savoir et des lueurs de conscience formulées de

---

<sup>198</sup>Daniel Bertaux, *Les récits de vie*, Paris, Nathan, 1997, pp. 36-37

manière inadéquate et lacunaire”<sup>200</sup>. Dans notre perspective, le regard sociologique n’est pas plus réel, ne correspond pas plus à la réalité qu’un autre discours. S’il y a bien une objectivité possible du sociologue, il faut comprendre celle-ci comme la possibilité d’utiliser sa position d’extériorité pour poser un regard décentré, différent sur son objet d’étude, et surtout comme la possibilité de croiser et confronter les discours, de se mettre en situation de comprendre les sens subjectifs qui les sous-tendent.

### ***2.2.2. La trame et les situations d’entretien***

Après avoir justifié l’usage de l’entretien comme méthode principale d’enquête, il reste encore à préciser comment j’ai concrètement opéré en entretien, pour accéder le moins brutalement possible à ce sens subjectif que l’acteur, professionnel ou non, donne à ses actions en milieu pénitentiaire. Les trames d’entretien se voulaient particulièrement souples, adaptées à la difficulté d’obtenir de professionnels des récits de leurs actions, et, adaptables à la spécificité de chaque situation d’entretien.

#### ***Des trames souples***

Concevoir une trame d’entretien renvoie fondamentalement à la question de la directivité de l’entretien. Didier Demazière et Claude Dubar rappellent le dilemme du sociologue qui utilise la méthode de l’entretien : “ou bien il questionne et ne reçoit que des réactions conditionnées par sa question, ou bien il fait parler et ne sait plus trop quoi conclure des paroles recueillies” (op. cité, p. 36). J’ai été amené à adopter une position mixte, proche de celle de l’entretien de type semi-directif, et adaptée à chaque situation d’entretien. Les trames d’entretien, construites pour chaque catégorie nominale d’acteurs, prévoient les thèmes essentiels à aborder mais aucune question n’était formulée à l’avance.

Dans certaines situations d’entretien, je pouvais me contenter de préciser le contrat d’entretien, puis de formuler en cours d’entretien quelques relances (silences, réitérations, déclarations, interrogations) ou nouveaux axes thématiques. Dans d’autres entretiens, mes interventions étaient plus nombreuses et “directives” pour répondre soit à certaines de mes préoccupations (par exemple, des attentes d’informations précises, notamment dans la phase “exploratoire”), soit aux attentes de la personne rencontrée. Aux entretiens fluides et peu structurés avec des personnes très prolixes se sont ainsi opposés des entretiens hachés, scandés par mes questions, avec des personnes que je n’ai

---

<sup>199</sup>William I. Thomas et Dorothy S. Thomas, *The child in America*, 1928

<sup>200</sup>Didier Demazière et Claude Dubar, *Analyser les entretiens biographiques. l'exemple de récits d'insertion*, Paris, Nathan, 1997, p. 24

pas réussi, malgré tous mes essais, à mettre en situation de “libre parole”. Par ailleurs, la forme de la trame d’entretien s’est beaucoup adaptée aux contraintes horaires des personnes rencontrées : certains entretiens avec des psychiatres ont dû être réalisés en une demi-heure ou en plusieurs “séances” d’une demi-heure, d’autres n’avaient pour seule limite que la sensation d’avoir fait le tour du sujet (l’entretien le plus long a duré quatre heures). Il est enfin clair que la forme des entretiens a beaucoup évolué au fil de l’étude, ne serait-ce que parce que mon degré de connaissance du terrain me permettait d’éviter certaines questions descriptives, d’aller à l’essentiel.

Pour éclairer la forme des entretiens, on peut prendre l’exemple de la trame d’entretien prévue pour les professionnels de santé. Les principaux thèmes que je pensais intéressant de voir évoqués étaient :

- la description de l’activité, de la dernière journée de travail,
- la description de l’établissement, de son fonctionnement,
- la description du service médical, de son fonctionnement,
- la loi du 18 janv. 1994, son état d’avancement, ses intérêts et limites,
- les contraintes et les difficultés quotidiennes,
- les contours de la population des patients,
- les pathologies les plus rencontrées,
- les formes de traitement et de suivi ;
  
- les relations avec les personnes détenues,
- les relations avec les surveillants,
- les relations avec l’Administration Pénitentiaire,
- les relations avec les infirmiers,
- les relations avec les médecins,
- les relations avec les services somatiques / psychiatriques, les SMPR,
- les relations avec les psychologues, le service social,
- les relations avec les médecins des patients,
- les relations avec les collègues du CHU,
- les relations avec l’IGAS, les DDASS, la Direction des Hôpitaux,
- les relations avec l’Ordre des Médecins ;
  
- la déontologie et l’éthique ;
  
- la carrière professionnelle : passé et perspectives,



- les repères biographiques.

Quelle que la soit la profession de la personne rencontrée, il était prévu, au cas où l'entretien ne s'engage pas spontanément, de commencer par une demande de description détaillée de la dernière journée de travail. Ce choix d'une consigne inaugurale très large devait conduire la personne à prendre la parole pendant longtemps et me permettre ainsi de baser mes relances sur les propos déjà tenus par elle. Ce choix devait aussi réduire ou combler la difficulté d'obtenir de la part de professionnels des récits de leurs actions.

Quelles ont été justement les principales caractéristiques des situations d'entretien avec les professionnels de la santé et de l'enseignement intervenant en milieu pénitentiaire ?

### *Les entretiens avec les professionnels*

En termes d'accès au terrain, les accueils ont été assez différents. Plusieurs professionnels, notamment les enseignants dans les grandes maisons d'arrêt, ont refusé de me rencontrer, en expliquant que leur "lassitude", que leur "fatigue", que leur "ras le bol" (sic) de rencontrer des journalistes, des étudiants en psychologie ou en sociologie, pour leur parler de leurs pratiques. Un instituteur a ainsi refusé ma sollicitation d'entretien en me répondant que les différentes sollicitations l'amenaient à "passer plus de temps à dire ce qu'il fait qu'à faire ce qu'il dit". D'autres professionnels, soit parce qu'ils n'avaient jamais été contactés — ce fut notamment le cas dans les plus petites maisons d'arrêt —, soit parce qu'ils acceptaient avec plaisir un rôle de porte-parole, soit encore parce que l'entretien constituait pour eux l'occasion d'une confession apaisante ou expiatoire, se sont montrés très enthousiastes. Dans le cas des trois entretiens collectifs<sup>201</sup>, on peut ajouter à ces dernières motivations, l'amusement lié au fait de confronter *in vivo* son point de vue avec d'autres professionnels. Globalement, les professionnels rencontrés étaient contents de parler de ce qu'ils faisaient : tout ce qui avait trait à la prison était évoqué avec facilité, parfois avec enthousiasme. Les réformes actuelles<sup>202</sup> étaient elles aussi évoquées avec emphase, rejetant dans le passé ou dans le présent des difficultés qui n'auraient bientôt plus cours. Nous verrons combien la forme de ces discours révèle les enjeux actuels de la santé et de l'enseignement en prison.

Si l'on admet maintenant que les lieux des entretiens commandent sans doute en partie les discours qui sont tenus, il convient de ne pas négliger le fait que la très grande majorité des entretiens se sont déroulés en prison, dans le cadre des services scolaires et médicaux. On retrouve ici des

---

<sup>201</sup>Un entretien mené auprès de quatre infirmiers et deux entretiens menés auprès de deux enseignants.

<sup>202</sup>La loi du 18 janvier 1994 pour la santé, la convention du 19 janvier 1995 pour l'enseignement.

enseignements dégagés par Luc Boltanski dans son étude sur les cadres<sup>203</sup>. De fait, la comparaison des entretiens qui se sont déroulés en prison et au domicile des professionnels montre, dans les lieux professionnels, une tendance des interviewés à produire un discours qui légitime leur profession, ou tout au moins une réticence à évoquer certaines facettes de leur domaine privé. Par ailleurs, plusieurs entretiens, en venant s'insérer dans l'emploi du temps d'une journée de travail, ont dû être limités en temps. On a ainsi déjà évoqué plusieurs fois le cas de ces psychiatres qui m'ont reçu, durant le temps d'une consultation, une demi-heure montre en main. Certains ont pu être rencontrés à plusieurs reprises, d'autres ne l'ont pas voulu, pensant "n'avoir plus rien à dire". Il reste que rencontrer les personnes sur leurs lieux professionnels a aussi ses avantages. Tout d'abord, cela permet quelques observations sur les relations entre le professionnel et ceux qu'il croise au quotidien. Ensuite, cela permet parfois de comprendre la temporalité d'action des acteurs. La demi-heure que m'accordaient certains psychiatres était aussi celle qu'ils accordaient à leurs patients.

Si l'évocation de certains thèmes était facile, il faut noter une répugnance ou une incapacité des enquêtés à évoquer d'autres thèmes. Les deux principaux obstacles étaient la difficulté d'obtenir un discours sur les actions professionnelles d'une part, la difficulté d'aborder la carrière professionnelle et le domaine privé d'autre part. On retrouve ici deux des difficultés soulevées par Hélène Chamboredon, Fabienne Pavis, Muriel Surdez et Laurent Willemez<sup>204</sup> à propos des enquêtes sociologiques menées auprès de ce qu'ils appellent des "dominants professionnels".

Il a d'abord été difficile d'obtenir un discours sur les actions professionnelles. Cette difficulté peut s'expliquer par la difficulté des acteurs eux-mêmes à décrire leurs actions ou encore par le caractère d'évidence qu'attachent les professionnels à leurs actions : "j'ausculte", "je soigne" apparaît par exemple suffisant à un médecin pour décrire le contenu de son action. Anthony Giddens rappelle, à propos des règles engagées dans la production et la reproduction des pratiques sociales, que "les acteurs savent comment faire sans nécessairement savoir comment dire ce qu'ils font"<sup>205</sup>. La disjonction entre une conscience pratique et une capacité discursive est d'ailleurs d'autant plus courante quand il s'agit des actions reproduites quotidiennement ou encore de ce que Giddens appelle les "routines". Ce constat d'une non superposition entre le savoir faire et le savoir dire semble ainsi éclairer une part de l'embarras des professionnels quand on leur demande de décrire leurs actions.

---

<sup>203</sup>Luc Boltanski, *Les cadres*, Paris, Les Editions de Minuit, 1983

<sup>204</sup>Hélène Chamboredon, Fabienne Pavis, Muriel Surdez et Laurent Willemez, "S'imposer aux imposants", *Genèses*, n° 16, 1994, pp. 114-132

<sup>205</sup>Anthony Giddens, *La constitution de la société, Eléments de la théorie de la structuration*, PUF, 1987, p. 72

Mais la difficulté que j'ai eue à accéder à un discours sur les actions est aussi sans doute liée à la réticence consciente des professionnels intervenant en milieu pénitentiaire. Il faut situer cette réticence dans la lignée de ce que nous avons dit à propos de leur réticence à être observés. La permanence et la force des suspicions attachées aux actions des médecins, des infirmiers et des enseignants intervenant en prison, fait que toute question directe sur les actions est perçue par les professionnels comme une interrogation soupçonneuse ou provocatrice. Il était par exemple impossible d'aborder de front des questions sur le secret médical, la prescription de médicaments, la connaissance des motifs d'incarcération, ... Dans ces cas-là, les réponses étaient saturées en normes : les professionnels disaient plus ce qu'il faudrait faire, ce qu'ils voudraient faire, que ce qu'ils faisaient. Les professionnels acceptaient certes assez facilement les entretiens mais ils souhaitaient avoir des éléments de contrôle sur ce que je pourrais dire et penser d'eux. Pour éviter tant le caractère soupçonneux, attaché par les professionnels aux questions sur les actions, que la standardisation de leurs réponses, j'ai choisi de commencer le plus possible les entretiens par des demandes de description de la dernière journée de travail, du fonctionnement de l'établissement pénitentiaire et du service (médical ou scolaire). C'est au coeur de l'entretien que je posais des questions plus précises sur les actions, une fois qu'elles avaient été évoquées par le professionnel lui-même.

L'autre difficulté a été d'aborder la question de la carrière professionnelle et du domaine privé. En ce qui concerne la carrière professionnelle, la difficulté peut être rapprochée du fait que les professionnels intervenant en milieu pénitentiaire n'ont pas eu les carrières les plus valorisantes et les plus valorisées qui soient — ce constat concerne particulièrement les médecins et les instituteurs, moins les infirmiers et les professeurs —. Demander, même avec toutes les précautions d'usage, le classement à l'internat à un psychiatre intervenant en prison relève de l'affront. La question que j'avais osé poser à un interne a suscité comme réponse franche et inattendue : “- Je n'ai pas choisi le milieu pénitentiaire parce que j'étais mal classé” — on peut noter au passage que cette réponse a permis d'éviter de donner le classement —. Peu de médecins ont aussi reconnu explicitement qu'exercer en milieu pénitentiaire leur a permis de devenir responsable d'un service hospitalier, ce que beaucoup n'étaient pas et avaient peu de chances de devenir en restant dans un CHU.

De même, il a été parfois difficile d'approcher les raisons qui ont conduit certains instituteurs à exercer en milieu pénitentiaire. Certains masquaient difficilement leur amertume quant à leur carrière professionnelle mais il n'était pas pour autant facile, sinon possible, de saisir les raisons visiblement peu avouables de cette amertume. L'inévitable réponse “- Parce que cela m'intéressait” à la question des “bonnes raisons” d'exercer en milieu pénitentiaire servait bien souvent de refuge

et de signal à mon adresse que la personne n'avait pas envie d'évoquer cet aspect de la carrière professionnelle. Les infirmiers parlaient un peu plus facilement de leur carrière et des raisons qui les avaient amenés en milieu pénitentiaire, mais ce n'était souvent qu'incidemment ou très tard dans l'entretien que beaucoup reconnaissaient avoir "choisi" le milieu pénitentiaire pour obtenir un service de jour qu'ils n'avaient aucune perspective d'obtenir en milieu libre. Quant aux professeurs, au delà de l'intérêt proclamé d'enseigner à des personnes adultes, ils reconnaissaient aussi plus discrètement l'attrait des heures supplémentaires et du complément de rémunération. Tous les acteurs rencontrés avaient donc des raisons plus ou moins avouables d'intervenir en milieu pénitentiaire, des légitimations officielles et des motivations officieuses. L'évocation de la carrière professionnelle était dès lors souvent perçue comme une intrusion maladroite et déplacée. Le parcours professionnel comportait ainsi parfois quelques tabous, difficiles à contourner.

En ce qui concerne le domaine privé, j'ai aussi noté une répugnance des interlocuteurs à déborder le cadre professionnel. La demande d'entretien a en fait souvent été perçue comme une simple demande d'informations sur le milieu professionnel : les acteurs acceptaient l'entretien au nom de leur compétence spécifique, en tant que représentants. Ils acceptaient avec plus de réserves et résistances, lorsqu'ils ne le refusaient pas, de parler d'aspects extra-professionnels. C'est ici une difficulté importante car il a été difficile d'accéder aux parcours de socialité. Il aurait été intéressant d'accéder à des dimensions comme l'origine sociale, la croyance et la pratique religieuse, la position politique, etc. Au gré des situations d'entretien, il a d'ailleurs été possible d'évoquer certaines de ces dimensions. Il reste qu'il était impossible de généraliser ou de standardiser des questions relatives à toutes ces dimensions, étant donnée la diversité des situations d'entretien (temps accordé pour faire l'entretien, disponibilité de la personne, réticence ou non à l'évocation du domaine extra-professionnel). Il ne s'agissait pas au demeurant de dégager, comme le font souvent les enquêtes quantitatives, les déterminants des "pratiques". Les questions relatives aux repères biographiques ont donc été adaptées à chaque situation. Peu de repères ont été systématiquement demandés, lorsqu'ils n'avaient pas été évoqués spontanément par la personne rencontrée<sup>206</sup>, hormis des repères qui avaient trait à la profession, comme l'ancienneté dans la profession et en milieu pénitentiaire, la formation, les étapes du parcours professionnel.

Une particularité supplémentaire des entretiens avec les professionnels a été liée au fait que les enquêtés disposaient souvent d'une capacité réflexive les poussant à émettre des hypothèses sur des déterminants supposés de leurs actions. Les enquêtés me proposaient parfois une auto-analyse de leurs actions et de leurs représentations. Un enseignant a ainsi évoqué son choix d'intervenir en milieu pénitentiaire par le sentiment de marginalité qu'il avait ressenti tout au long de ses études. Si

---

<sup>206</sup>En ce qui concerne l'âge biologique des personnes rencontrées, je l'estimais, lorsqu'il n'avait pas été explicitement évoqué, en le rapportant au début de la carrière ou à la proximité évoquée à la retraite.

l'on suit les travaux de Pierre Bourdieu, cette auto-analyse pourrait constituer une forme de résistance de l'acteur à l'objectivation : "certains entretiens portent de nombreuses traces du travail que fait l'enquêté pour dominer les contraintes inscrites dans la situation en montrant qu'il est capable de prendre en mains sa propre objectivation et de prendre sur lui-même le point de vue réflexif dont le projet est inscrit dans l'intention même de l'enquête"<sup>207</sup>. Ces auto-analyses constituent-elles, comme le pense Pierre Bourdieu, une "fausse objectivation complaisante, démystification à demi, et par là doublement mystificatrice, qui procure tous les plaisirs de la lucidité sans rien mettre en question d'essentiel"<sup>208</sup> ? Sans nier le fait que certaines auto-analyses constituent parfois pour les acteurs des moyens d'éviter certaines questions jugées impertinentes, je pense que l'analyse du sens de l'action ne peut pas être séparée de la perception, sinon de l'analyse, que l'acteur fait de son action. En ce sens, je ne craignais guère "la résistance à l'objectivation" de l'acteur car il ne s'agissait justement pas d'objectiver l'action. L'acceptation de l'auto-analyse s'inscrivait au contraire dans le droit fil de cette quête du sens subjectif qui animait l'étude.

Pour saisir la forme des situations d'entretien avec les professionnels, il est enfin nécessaire de préciser l'évolution de la façon dont j'ai été perçu par les enquêtés. Les premiers entretiens réalisés pendant les années de maîtrise et de DEA m'ont confronté aux principaux obstacles rencontrés par les étudiants débutant dans la pratique et l'usage de l'entretien auprès de professionnels : l'intimidation, le sentiment de domination principalement. L'expérience de la prison, la reconnaissance attachée au travail de thèse et la multiplication des interconnaissances ont progressivement changé les modes de relation et facilité l'obtention de certains entretiens ou l'évocation de certains thèmes. Il faut ainsi reconnaître que la difficulté d'accéder à la carrière professionnelle et au domaine privé s'est un peu estompée au fil de la recherche.

### *Les entretiens avec les détenus*

Il me semble important de consacrer quelques lignes aux situations d'entretien avec les personnes détenues car elles ont été assez différentes des précédentes. La principale différence réside dans le volontariat des personnes qui n'a pas toujours été complètement garanti. Dans un établissement, le directeur a convoqué tous les détenus d'un étage (où étaient rassemblés les détenus libérables dans le mois) en m'annonçant comme un intervenant dans les modules de préparation à la sortie, auxquels les détenus devaient obligatoirement assister. Même si j'ai toujours tenu à éclaircir le statut indépendant de ma recherche et affirmé que personne ne devait se sentir obligé, certains détenus semblent avoir accepté un entretien pour montrer leur bonne volonté, leur participation assidue au module de préparation à la sortie. Ce mode de contact a rendu parfois les entretiens

---

<sup>207</sup>Pierre Bourdieu, "Comprendre", in P. Bourdieu (dir.), *La misère du monde*, Paris, Le Seuil, 1993, p. 912

difficiles ou sans grande pertinence. Même s'il était évident que les relations avec les médecins, les infirmiers, les enseignants ne devaient constituer qu'une partie de l'entretien, il était peu pertinent, dans le cadre de cette étude, de rencontrer ceux qui n'avaient jamais eu aucune relation avec eux. Je me souviens par exemple de la brève rencontre avec un détenu qui n'avait jamais fréquenté ni le service médical ni le service scolaire parce qu'il était incarcéré depuis quinze jours et qu'il partait le lendemain.

Une autre situation d'entretien s'est avérée difficile à gérer. Dans ce même établissement où tous les détenus d'un étage — une quinzaine de personnes — avaient été convoqués par le directeur pour me rencontrer, j'ai dû mener un entretien collectif. Après une présentation collective visant à présenter le sujet et rappeler le strict volontariat — ce qui a réduit l'effectif à six personnes —, j'ai proposé aux détenus de faire des entretiens individuels, en disant que c'était ma méthode de travail et que cela permettrait d'approfondir certains points de la conversation. Une des personnes a proposé à la cantonade de faire l'entretien "tous ensemble" car il serait ainsi plus amusant. Mon insistance n'a pas été très convaincante :

"A : - On a rien à se cacher. On peut parler les uns devant les autres. Et puis, s'il y en a qui veulent vous parler en tête-à-tête, ils pourront toujours le faire après."

S : - Oui, c'est mieux. Vous posez les questions et on y répond les uns après les autres."

*Les quatre autres acquiescent.*

Entretien collectif avec des personnes détenues, incarcérées dans une grande maison d'arrêt,  
âges et durées d'incarcération : A (25 ans, 1 an), S (23 ans, 1 mois)

Cet entretien collectif m'a permis de ressentir une forte pression du groupe sur les discours tenus. Deux détenus prenaient le plus souvent la parole ; les autres, malgré mes tentatives de relances et de "tour de table" pour les impliquer, se contentaient d'acquiescer ou de surenchérir. Très vite, le discours est ainsi allé crescendo pour évoquer le fiasco du système scolaire, l'hypocrisie de la réinsertion, la prétention, l'incompétence et l'inhumanité des médecins et des infirmiers, l'abjection de la nourriture, l'ignominie des pointeurs, la "pourriture" (sic) de la justice, de la prison, des surveillants. Prendre en compte l'effet groupe sur la formulation des discours ne vise pas à en relativiser la sincérité — j'ai d'ailleurs retrouvé certains de ces discours dans d'autres entretiens individuels —. Il reste qu'il faut être conscient que la virulence des critiques s'explique en partie par la volonté de quelques-uns d'animer le groupe, de le faire rire en caricaturant à outrance. Il faut surtout garder à l'esprit que ce qui s'exprimait n'était pas un discours du collectif mais le discours d'une ou deux personnes. Les autres discours ne pouvaient, étant donnée la situation d'entretien, ni contredire, ni nuancer ce discours émergent, mais seulement l'avaliser.

Enfin, les situations d'entretien individuel avec les détenus ont été contrastées. Certains ont saisi la situation d'entretien comme une occasion de témoigner, de délivrer une parole publique : un détenu m'a par exemple répété à plusieurs reprises qu'il souhaitait que je "médiatise" l'entretien, "qu'il fallait que cela se sache" : "De toutes façons, ils (la direction de l'établissement) le savent très bien, ce que je vais vous dire, et ils savent très bien que je le dirai encore, une fois sorti". Un autre détenu s'est exprimé sur le ton du secret, de l'échange privé, au point de me considérer comme un confident à qui confier sa détresse. Cette détresse m'a alors rappelé la relative froideur de mon sujet au regard du vécu de l'emprisonnement et la difficulté du regard sociologique :

*"- Vous avez quelles relations avec les infirmiers, les médecins ?*

*- Ça ne va pas du tout, on n'est pas aidés... (pleurs). Excusez-moi, c'est la première fois que je craque... J'aurais pas dû... Mais c'est la première fois que je me confie comme ça. Ça fait quatre ans que j'ai pas vu mes enfants. On n'est pas de fer. On a un corps qui ressent l'injustice."*

Personne détenue, 45 ans, condamnée à une peine de 4 ans,  
incarcérée depuis 3 ans, établissement pour peine

Toutes ces situations d'entretien avec les détenus montrent une place particulière de la parole par rapport aux autres entretiens. Il n'y a guère de parole officielle, mais beaucoup plus de parole confidente, contestataire ou résistante. La parole, brimée ou réprimée dans le quotidien de la prison, semble ainsi retrouver dans les entretiens ses vertus cathartiques. C'est enfin une parole qui ne se veut généralement pas anonyme : la grande majorité des détenus ne souhaitait pas l'anonymat.

### **Les entretiens avec les personnels de l'Administration Pénitentiaire**

Pour finir avec les principaux enseignements des situations d'entretien, on peut décrire succinctement les situations d'entretien avec les personnels pénitentiaires de surveillance et de direction.

Les directeurs étaient généralement les premières personnes que je rencontrais au sein d'un établissement. Il s'agissait alors généralement de négocier les conditions de mon travail de terrain au sein de l'établissement (le moment, la durée, les personnes rencontrées). A chaque fois, je demandais à ces personnes s'il était envisageable qu'elles m'accordent le temps et la confiance d'un entretien, distinct de cette première rencontre très officielle. Un seul a accepté, trois autres ont préféré me renvoyer sur le sous-directeur chargé plus spécifiquement de l'enseignement et de la santé. On retrouve dans ces quatre entretiens beaucoup de similitudes avec les entretiens menés auprès des professionnels de la santé et de l'enseignement : la difficulté d'obtenir un discours sur les actions professionnelles et la difficulté d'aborder la carrière professionnelle et le domaine privé

notamment. Le discours était centré sur l'évocation des objectifs officiels et des politiques de l'institution, entre sécurité et réinsertion, décloisonnement et ouverture sur l'extérieur. Dans cette perspective, ma présence servait d'ailleurs de symbole, sinon de faire-valoir, du discours tenu : elle était la preuve de l'ouverture de l'Administration Pénitentiaire. Le mode préféré du discours était le mode optatif : ce qui devrait être plutôt que ce qui est. Quand il s'agissait d'évoquer le concret des relations quotidiennes avec les acteurs de la santé et de l'enseignement, les difficultés étaient tues ou attribuées à des conflits de personnes que les directeurs ne souhaitaient pas évoquer, car il les jugeaient "non représentatives" ou "peu significatives". Au final, le discours des directeurs est souvent apparu saturé en normes de comportement, saturation qu'il a été difficile sinon impossible de contourner.

Quant aux entretiens avec les personnels de surveillance, il faut d'abord préciser qu'ils ont été beaucoup plus courts que tous les précédents. Les surveillants semblaient tout d'abord avoir un rapport à la parole beaucoup moins facile que les professionnels : les phrases étaient plus courtes et plus descriptives que dans les autres entretiens ; les formes de réflexivité moins nombreuses. Par ailleurs, les surveillants rencontrés ont manifesté plus de craintes vis-à-vis du respect de l'anonymat et de la diffusion des résultats de l'enquête. Il faut ici rappeler que la plupart des surveillants rencontrés m'ont été désignés par les directeurs d'établissement, à savoir leurs supérieurs hiérarchiques : ce mode de contact a sans aucun doute joué sur la crainte des surveillants rencontrés que leurs supérieurs aient des échos de nos entretiens. De plus, le mode de contact faisait qu'ils étaient institués par leurs supérieurs et s'instituaient en tant que représentants des personnels de surveillance, d'où des discours qui tendaient parfois à généraliser les expériences personnelles. Cela dit, les surveillants étaient beaucoup moins réticents que les professionnels de la santé et de l'enseignement et les personnels de direction à décrire leurs actions dans le mode indicatif et non subjonctif ou optatif.

On voit finalement que les situations d'entretien ont été extrêmement variées et qu'il sera utile de référer l'analyse de chaque discours au contexte qui l'a vu naître. Il était néanmoins utile de dresser les contours généraux des situations par groupes d'acteurs rencontrés pour situer la validité de l'étude et rappeler l'intrication étroite entre le mode de recueil des discours et le contenu des discours.

### ***2.2.3. Enregistrement et transcription***

Pour finir de décrire la méthode d'entretien que j'ai utilisée et ses répercussions éventuelles sur le matériau recueilli, il est utile de préciser que la très grande majorité des entretiens n'ont pas été



enregistrés mais pris en notes. J'ai aussi choisi d'adresser à chacune des personnes rencontrées la retranscription que je faisais le plus tôt possible après les entretiens, à partir des prises de notes. Chaque personne avait le loisir de corriger et de préciser la retranscription qui avait été faite, ou de revenir, si elle le souhaitait, sur certains de ses propos. Précisons ici les limites et les avantages de chacune de ces techniques : la prise de notes et l'envoi de la retranscription.

### *Le tabou de l'enregistrement*

La plupart des entretiens (57 sur 65) n'ont pas été enregistrés. La première demande d'autorisation d'apporter un magnétophone en détention que j'ai formulée auprès d'un chef d'établissement a scellé la constitution d'un tabou : “- Il en est hors de question, vous devriez le savoir.”. Les contacts ayant ensuite été très difficiles avec ce directeur, j'ai longtemps renoncé à demander l'autorisation d'apporter un magnétophone et par là renoncé à enregistrer tous les entretiens qui se déroulaient en prison. Plus tard, l'autorisation qui me fut donnée de rencontrer des personnes détenues fut assortie de la condition expresse que les entretiens ne soient pas enregistrés. La crainte de voir s'échapper des terrains, longs à mettre en place, me fit donc généralement renoncer à ce que d'aucuns<sup>209</sup> considèrent comme une condition essentielle de l'entretien sociologique.

En échangeant avec des chercheurs travaillant sur la prison, je me suis néanmoins rendu compte que l'impossibilité d'enregistrer des entretiens en prison n'était pas aussi absolue que je me l'étais représentée. Et de fait, je me suis permis dans les derniers mois de mon travail de terrain de demander à deux directeurs de travailler avec un magnétophone. L'un des deux a si facilement accepté la demande, qu'il m'a fait regretter de ne pas avoir formulé plus tôt cette dernière. Il convient toutefois de préciser que cette autorisation m'a été accordée par un directeur local qui me connaissait déjà bien (ce qui supposait peut-être d'avoir déjà conquis le terrain sans magnétophone). Par ailleurs, perdre un terrain avait, au fur et à mesure de ma recherche, un coût de moins en moins important, puisque mon travail de terrain était quasiment terminé.

Il faut noter ici que même lorsque j'en ai reçu l'autorisation par le directeur d'un établissement, l'enregistrement a parfois été impossible, car refusé par les personnes rencontrées en entretien. On trouve des refus analogues sur bien d'autres terrains d'étude, mais il est intéressant de noter que ce tabou que j'associais à l'enregistrement en prison, était partagé par bien d'autres acteurs intervenant en prison. Plusieurs enquêtés, à qui je demandais l'aval pour enregistrer leur entretien, se sont étonnés : “- Vous avez demandé l'autorisation ?”. Un médecin a accepté l'enregistrement, mais a préféré redemander l'accord du chef de division qui, n'étant pas au courant, a contacté le chef d'établissement. Plusieurs autres professionnels, pourtant assurés de l'autorisation qui m'avait été accordée, ont refusé l'enregistrement. Ces différents refus révèlent une crainte assez répandue chez les intervenants en prison : celle de ne pas respecter le règlement. Cette peur est si présente qu'elle conduit parfois à des excès de zèle, en l'occurrence de sécurité. Cette crainte se combine avec la peur d'éventuels “retours de bâton” liés à la diffusion des entretiens : comme si l'information

---

<sup>209</sup>Par exemple, Stéphane Beaud et Florence Weber, *Guide de l'enquête de terrain : produire et analyser des données ethnographiques*, Paris, Ed. La Découverte, 1997

recueillie était capitale. De ce point de vue, il est sûr que la prise de notes et l'assurance de recevoir une retranscription ont atténué cette crainte.

Même si j'ai appris à noter très vite les paroles des enquêtés et à retrouver, via une mémoire auditive, certaines paroles en retranscrivant les notes le plus tôt possible après l'entretien, il est clair que je n'ai pas pu tout retranscrire, qu'aucune retranscription n'a jamais été littérale. Le principe essentiel que j'ai adopté était de noter *in extenso* les phrases clés. Ce principe fait qu'inversement, la prise de notes a conduit à la suppression de certaines redites, certaines hésitations voire certaines phrases jugées sur le moment peu pertinentes. Cette méthode de prise de notes pose ainsi le problème de la façon de juger en situation d'entretien de la pertinence de certains propos pour l'analyse. Pour avoir aussi travaillé dans cette étude et dans d'autres travaux sur des entretiens enregistrés, je sais bien que les réécoutes ou les relectures successives d'un entretien permettent parfois de prêter attention à des phrases passées jusque-là inaperçues. Je sais aussi que plusieurs méthodes d'analyse — l'analyse quantitative de contenu par exemple — sont inapplicables sur des retranscriptions d'entretiens qui n'ont pas été enregistrés. Face à ces "autocritiques", deux réponses peuvent être apportées. La première nuance le gain d'informations qu'aurait produit un enregistrement systématique de tous les entretiens — s'il avait été accepté tant par le directeur d'établissement que par la personne rencontrée — par rapport à la méthode de prise de notes généralement employée. La seconde, sans vouloir faire de nécessité vertu, montre l'intérêt spécifique — via l'étude des corrections effectuées sur les retranscriptions — qu'a eu la méthode de prise de notes dans cette recherche.

Pour commencer, il faut dire qu'aucune des personnes à qui j'ai renvoyé la retranscription d'entretien, ne s'est plainte de la non fidélité de ma méthode de prise de notes et de retranscription. Au contraire, les réactions ont plutôt été de l'ordre de l'étonnement. Plusieurs personnes m'ont demandé si je n'avais pas enregistré l'entretien à leur insu. Une autre s'est indignée au téléphone en me disant qu'elle ne pensait pas que j'aurais fait une retranscription aussi littérale et que dès lors elle ne voulait absolument pas que je cite l'entretien. Un professeur de français m'a renvoyé la retranscription en corrigeant grammaticalement toutes les phrases : "C'est vrai que je parle comme cela, mais c'est effrayant de le voir écrit". Ceci dit, la satisfaction des enquêtés n'est guère surprenante. L'impression de fidélité peut être liée au fait d'avoir retranscrit littéralement certaines phrases. Par ailleurs, le gommage des aspérités et des scories du langage via la prise de notes est plutôt valorisante pour les enquêtés qui lisent la retranscription de l'entretien. Cette valorisation est à comparer avec la gêne que provoque chez certains enquêtés la lecture d'une retranscription au mot près de leur discours enregistré<sup>210</sup>. Au final, la question de la fidélité de la prise de notes recouvre

---

<sup>210</sup>On peut noter ici que la plupart des chercheurs qui travaillent sur des entretiens enregistrés effectuent aussi un gommage — cette fois *ex post* — des scories et des aspérités du langage.

sans doute un double débat. En terme d'exactitude, il est clair que la prise de notes n'assure pas la même fidélité que l'enregistrement. En terme d'honnêteté maintenant, dans l'optique d'une recherche dans laquelle la dimension linguistique n'est pas toujours centrale<sup>211</sup>, une prise de notes qui respecte l'esprit plus que la lettre me semble tout aussi fidèle qu'un enregistrement. Elle me le semble même plus si elle conduit à l'envoi de la retranscription de l'entretien.

### *L'envoi des transcriptions*

Après avoir retranscrit aussi "fidèlement" que possible chaque entretien à partir de prises de notes ou d'enregistrements, j'ai décidé de renvoyer à la grande majorité des personnes rencontrées la retranscription de leur entretien. Au final, sur 65 entretiens, j'ai renvoyé 46 retranscriptions. Les 19 derniers cas correspondent à dix entretiens pour lesquels je n'avais pas encore adopté cette technique, à neuf entretiens dont les personnes ont dit explicitement ne pas désirer de copie. A chaque retranscription retournée était jointe une lettre rappelant mon engagement à l'anonymat et proposant à la personne de "modifier, le cas échéant, certains propos". Dans quelques cas, la retranscription a été remise en mains propres : ce fut notamment le cas pour les personnes détenues qui craignaient que les retranscriptions soient lues par l'Administration Pénitentiaire. Dans un dernier cas enfin, la personne a lu et corrigé la retranscription devant moi lors d'une seconde rencontre.

Cette méthode présente plusieurs avantages. Tout d'abord, la promesse de renvoyer une retranscription permet en situation d'entretien de mettre en confiance les personnes rencontrées, en éloignant quelques-unes de leurs craintes, par exemple celle que leurs propos soient travestis ou mal interprétés. De plus, plusieurs professionnels se sont plaints d'avoir rencontré à de nombreuses reprises des étudiants ou des chercheurs sans jamais avoir de retour. Le retour des retranscriptions, même s'il ne peut être comparé à un retour d'analyse, est ainsi une première forme de contre-don.

L'envoi des retranscriptions permet ensuite de s'assurer que le passage à l'écrit, en enlevant la voix, la prononciation, les intonations, les gestes, les mimiques, etc., n'a pas produit de contresens lié à l'oubli d'un sourire ironique ou d'une moue interrogative. Par ailleurs, les réactions de la personne qui a relu l'entretien en ma présence permettent de rappeler qu'un entretien est une coupe instantanée dans une histoire de vie et que le discours ne vaut pas pour toujours : "Je sens le temps qui a passé : en quatre mois, les discours évoluent", "Je sais bien que c'est ce que j'ai dit, mais je le redirai pas comme ça".

---

<sup>211</sup>En ce qui concerne les dénominations, il est clair que j'ai veillé dans la prise de notes à être fidèle au mot près aux paroles énoncées.

La confrontation de l'acteur à son propre discours permet aussi de faire une sociologie de la censure, de l'autocensure ou de la rature. Il est ainsi intéressant de travailler sur les corrections qui ont été apportées par les différentes personnes rencontrées. Sur les 46 retranscriptions d'entretiens, 20 m'ont été renvoyées, dont 8 sans aucune correction, 10 avec quelques modifications et deux complètement modifiées. En quoi ont consisté ces corrections ?

- Beaucoup de corrections visaient d'abord à corriger les fautes de grammaire, à harmoniser le style (remplacer par exemple les "on" par des "nous"), parfois à gommer les "vulgarités" du langage commun (" - Ce surveillant, c'est un boeuf, c'est un con, il est complètement heurté" est devenu " - Ce surveillant est un imbécile").

- Plusieurs ratures concernaient les noms propres et les attaques *ad hominem*. J'ai toujours rappelé, dans la lettre qui accompagnait la retranscription intégrale de l'entretien, mon engagement à ne citer des extraits qu'en "assurant un strict anonymat et en modifiant toutes les références (noms, lieux, dates, fonctions, etc.) qui pourraient y contrevenir". Ces ratures permettaient en quelque sorte à mes interlocuteurs de me rappeler mon engagement.

- D'autres corrections visaient à apporter des précisions, des informations complémentaires. Deux personnes m'ont renvoyé la retranscription complètement transformée. Un intervenant social a ainsi ajouté trois à quatre pages d'informations, afin de préciser le déroulement des commissions d'application des peines, la façon d'obtenir une liberté conditionnelle. Un représentant de l'Administration Pénitentiaire a quant à lui, repris intégralement le texte, en changeant mes questions et en modifiant très sensiblement ses réponses, avant de me dire au téléphone que le nouveau texte lui servirait de trame pour les différents exposés qu'il aurait à effectuer. Il est clair que dans ce cas précis, à défaut de pouvoir citer la retranscription originale, j'utiliserai le texte final en le considérant non comme un matériau produit dans une relation d'entretien, mais comme un document, une donnée externe.

- Enfin, quelques corrections — celles dont nous nous servons le plus dans le coeur de l'analyse des actions et des représentations des professionnels intervenant en milieu pénitentiaire — concernent des "corrections euphémiques" ou de réelles censures du discours, souvent justifiées par le commentaire "pas utile" dans la marge de la retranscription qui m'était renvoyée. En ce qui concerne les professionnels de santé et de l'enseignement, leurs corrections euphémiques concernent avant tout les relations avec les personnels pénitentiaires, notamment les surveillants : plusieurs reviennent sur les difficultés rencontrées au quotidien, sur leur dégoût pour les conceptions politiques extrémistes et racistes que partagent à leurs yeux nombre de surveillants.

Symétriquement, les relations avec les détenus sont aussi parfois idéalisées par le biais des corrections : par exemple, un infirmier a remplacé un passage critique sur les détenus qui profitent de l’incarcération pour abuser du système de soins par un questionnement beaucoup plus éthique : “- Comment ne pas négliger les détenus qui se font oublier ?”. Les professionnels utilisent enfin parfois les corrections de la retranscription pour nuancer la sévérité des bilans dressés sur leur propre action : un objectif jugé “farfelu” est devenu un objectif “difficile à atteindre”.

En ce qui concerne les personnels pénitentiaires, les censures ou les corrections euphémiques de leur discours concernent plusieurs passages qui dénoncent le manque de vigilance sécuritaire et de compétence des professionnels : un surveillant a ainsi largement raturé, au point de le rendre illisible, un passage sur la “faiblesse” des intervenantes extérieures qui se laisseraient très facilement charmer par les détenus. Quant aux personnes détenues, il faut noter qu’aucune modification apportée ne rentre réellement dans cette catégorie que j’ai nommée “corrections euphémiques”.

Un dernier intérêt de la méthode de renvoi des retranscriptions est de donner à l’acteur la maîtrise du passage de son discours du stade oral au stade écrit. Comme s’attachent à le montrer les linguistes<sup>212</sup>, la transformation écrite d’un discours oral opère nécessairement un travestissement de la parole. Réfléchissant sur le rôle des écritures intermédiaires (prise de notes, transcription d’entretiens, etc.) dans le processus de recherche en sciences sociales, Pierre Achard rappelle ainsi que “la simple transcription change profondément le statut des paroles transcrites, les met “hors scène” et leur donne valeur de faits attestés, dont la matérialisation permanente assure l’existence objective. L’écrit a valeur de preuve.”<sup>213</sup>. En d’autres termes, le passage de l’oralité à la scripturalité semble avoir une valeur d’objectivation. Dans une perspective subjectiviste, il me semble important que l’acteur maîtrise cette objectivation. Certes, si les retranscriptions n’étaient utilisées par le chercheur qu’à titre de matériau d’analyse, la retransmission aux enquêtés des retranscriptions n’aurait guère de sens. Mais les pratiques de citations d’extraits dans les travaux scientifiques<sup>214</sup> montrent que la transcription écrite est souvent utilisée, à titre illustratif, comme un équivalent de la parole orale de l’enquêté plus que comme un matériau du chercheur. En d’autres termes, la citation d’extraits masque le fait que la parole retranscrite n’équivaut pas à la parole orale. Il apparaît alors intéressant de donner à l’acteur la possibilité de s’approprier une part du processus d’objectivation lié au passage de l’oralité à la scripturalité.

---

<sup>212</sup>Je pense ici aux travaux de Ferdinand de Saussure (*Cours de linguistique générale*, 1915) ou à la recherche plus récente de Claire Blanche-Benvéniste et Colette Jeanjean (*Le Français parlé. Transcription et édition*, 1987).

<sup>213</sup>Pierre Achard, “L’écriture intermédiaire dans le processus de recherche en sciences sociales”, *Communications*, n° 58 : L’écriture des sciences de l’homme, 1994, p. 151

<sup>214</sup>cf. Didier Demazière et Claude Dubar, “Posture de recherche et statut de la parole des gens”, in *Analyser les entretiens biographiques. l’exemple de récits d’insertion*, Paris, Nathan, 1997, pp. 15-45

Cette discussion serait formelle si elle ne se trouvait justifiée par la réaction d'une des personnes que j'ai rencontrées. C'est en effet au moment où il relisait la retranscription de notre entretien, qu'un détenu m'a brusquement demandé de ne pas utiliser l'entretien, de détruire toutes les copies que je pouvais posséder, de ne faire référence à aucun élément de son profil, car il ne voulait pas qu'il y ait de "traces de son passé en prison". Ce qui lui était jusqu'alors apparu comme des paroles fuyantes, sans importance, prenait tout à coup des allures de "traces". Pour beaucoup d'acteurs, ma proposition de leur envoyer une retranscription n'avait guère de sens car l'oral et l'écrit ne se distinguaient pas. Pour ce détenu, cette proposition a permis de rester fidèle à la façon dont il avait conçu son discours comme un moment éphémère, volatile, "sans traces".

Cette question de l'envoi des retranscriptions d'entretien nous situe à la charnière entre l'évocation du terrain et des méthodes d'enquête d'une part, de l'analyse et de l'écriture d'autre part. Dans cette continuité et pour compléter cette réflexion méthodologique, nous nous proposons d'aborder maintenant une dernière partie consacrée aux méthodes d'analyse des entretiens et à l'écriture de cette thèse.

### **3. Analyse et écriture**

Après avoir évoqué la phase d'enquête, il s'agit dans cette dernière partie d'exposer les principes qui ont présidé à deux autres moments forts de cette recherche : l'analyse des entretiens et l'écriture du texte. Evoquant le travail d'écriture en sciences sociales, Michel Pinçon et Monique Pinçon-Charlot estiment qu' "un texte scientifique, même lorsqu'il présente des données qualitatives, fondées sur des entretiens et des observations, doit permettre au lecteur de contrôler, s'il le souhaite, le travail d'objectivation du chercheur"<sup>215</sup>. Suivant leur intention, je chercherai ici à donner les éléments d'un contrôle critique sur le travail d'analyse et d'écriture de cette thèse.

#### **3.1. Les méthodes d'analyse des entretiens**

Peu de travaux sociologiques explicitent la méthode d'analyse qu'ils utilisent. Didier Demazière et Claude Dubar notent ainsi qu'en dehors des manuels de méthodologie, "les comptes rendus de recherche demeurent souvent elliptiques sur les modes de traitement des entretiens, et les résultats sont argumentés par rapport aux connaissances déjà accumulées plutôt qu'en référence aux processus concrets de leur production"<sup>216</sup>. Pour ne pas tomber dans ce travers, je voudrais

---

<sup>215</sup>Michel Pinçon et Monique Pinçon-Charlot, op. cité, 1997, p. 116

<sup>216</sup>Didier Demazière et Claude Dubar, 1997, op. cité, pp. 15-16

consacrer quelques lignes à la méthode utilisée dans cette étude pour analyser les entretiens recueillis. Ce projet constituerait une gageure s'il s'agissait de résumer en quelques paragraphes plusieurs années de va-et-vient entre un terrain et des hypothèses, entre induction et déduction. Il constituerait un artifice s'il prétendait distinguer nettement des moments et des méthodes d'analyse qui ne se sont pas succédés de façon ordonnée mais qui ont été constamment combinés, sinon enchevêtrés. Il constitue donc plutôt une tentative d'analyse d'un "bricolage méthodologique", combinant plusieurs méthodes.

### ***3.1.1. Un "bricolage méthodologique"***

Les contours du matériau recueilli m'ont d'abord fait renoncer à exploiter toutes les analyses qui attribuent une grande importance aux formes linguistiques. Celles-ci ne pouvaient en effet être sérieusement appliquées, du fait de l'impossibilité qui a été la mienne d'enregistrer la grande majorité des entretiens. Même si les retranscriptions ont très généralement été jugées fidèles à ce qui avait été dit et à la forme sous laquelle cela avait été dit, il aurait été illusoire, sinon sans pertinence, de s'attacher à un découpage linguistique des entretiens. La méthode s'est donc d'abord construite sur un choix négatif, un renoncement aux méthodes d'analyse des entretiens les plus formalisées, telles l'Analyse des Relations par Oppositions (Haumont), l'Analyse Propositionnelle du Discours (Ghiglione, Blanchet) ou l'Analyse Structurale (Demazière, Dubar).

J'ai néanmoins utilisé pour l'analyse de certains entretiens des fragments de ces méthodes formalisées, sans pouvoir ou sans vouloir en appliquer la totalité des principes. Par exemple, dans l'inspiration de l'Analyse des Relations par Opposition, il s'est agi d'étudier les systèmes d'opposition dans les différents discours. Il a ainsi parfois été intéressant d'analyser à quoi renvoyaient les pronoms "nous", "on", "ils" : certains professionnels englobent dans un "nous" les détenus et eux-mêmes pour définir un "eux" qui se réfère aux surveillants. D'autres entendent par "nous" les surveillants et eux-mêmes et réservent le "eux" pour parler des détenus. Nous verrons que ces "choix" d'opposition révèlent ou confirment parfois des actions et des représentations singulières. Il reste que cette attention portée sur les oppositions n'est volontairement qu'un emprunt limité à l'ARO. Tout d'abord, je n'ai pas appliqué cette méthode à tous les entretiens. Ensuite, je n'en adopte pas le présupposé structuraliste qui postule l'existence d'une structure commune à tous les discours, d'une forme invariante structurant les discours. Dans la même logique, j'ai parfois utilisé quelques principes de l'Analyse Propositionnelle du Discours, comme l'attention portée sur les "actants" et les "actés", sans jamais néanmoins avoir ni les moyens ni la volonté de pousser l'analyse jusqu'à un traitement statistique des données recueillies.



La méthode que j'ai utilisée pour analyser les entretiens s'assimile donc plus à un "bricolage méthodologique" qu'à une méthode formalisée d'analyse de discours. Cette méthode est un mixte entre "l'analyse par entretien" et "l'analyse thématique"<sup>217</sup>, entre une méthode purement inductive et une méthode proprement déductive. Il est d'abord essentiel de noter que je n'avais pas de grille d'analyse pré-définie. Après les premières relectures diagonales et verticales de l'ensemble des entretiens, j'ai cherché à dégager par catégories d'acteurs (professionnels de la santé, de l'enseignement, personnes détenues, ...), les thèmes, les objets, les sujets, les "noyaux de sens" pour reprendre l'expression de Laurence Bardin<sup>218</sup>, qui apparaissaient les plus pertinents du point de vue des acteurs. Il ne s'agissait pas de dégager une cohérence thématique inter-entretiens ; il s'agissait ici d'entrevoir la diversité des catégories, des mots, des façons par lesquelles les acteurs présentent et se représentent leurs actions, de dégager les facettes des sens subjectifs.

Une fois les premiers thèmes dégagés, j'ai analysé les entretiens séparément, un par un, pour comprendre comment s'articulaient à l'intérieur de chaque discours les différentes catégories qui s'étaient dégagées de l'étude de l'ensemble des discours. Il s'agissait ainsi de réfléchir à l'architecture de chaque entretien, à l'aune d'une grille construite à partir de tous les entretiens menés auprès d'une catégorie d'acteurs. Ce n'est qu'à partir de ce travail que j'ai commencé le travail de construction d'une typologie des acteurs. Ce travail de construction a consisté à typer les acteurs selon la dimension qui apparaît centrale dans leur discours.

Pour éclairer ce "bricolage méthodologique", on peut prendre l'exemple de l'analyse des entretiens menés auprès des professionnels de la santé intervenant en milieu pénitentiaire. Les premières lectures transversales ont permis de dégager des questions, des thèmes centraux pour certains acteurs de santé : par exemple, la reconnaissance des pairs, l'indépendance vis-à-vis de l'Administration Pénitentiaire, la valorisation liée au fait d'exercer auprès d'exclus, la crainte de la dérive déontologique, ... La mise en exergue de ces thèmes a permis de relire chacun des entretiens avec une grille issue des catégories des acteurs eux-mêmes. J'ai ainsi analysé dans chaque entretien la composition de ces différents thèmes, la récurrence de certains, la marginalité ou l'absence d'autres. Certains discours sont saturés de références à la déontologie tandis que d'autres n'en font pas mention et s'organisent autour de la recherche de reconnaissance par ceux que l'acteur désigne comme ses pairs intervenant en milieu libre. Dans certains discours, références à la déontologie et volonté de reconnaissance par les pairs sont intimement liées, dans d'autres, elles sont opposées, dans d'autres enfin, les deux thèmes sont sans lien. C'est en se référant à toutes les catégories mobilisées par les acteurs que j'ai finalement évalué la spécificité de chaque discours et construit

---

<sup>217</sup>Pour reprendre la catégorisation d'Alain Blanchet et Anne Gotman, in *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, Paris, Nathan, 1992, pp. 94-101

<sup>218</sup>Laurence Bardin, *L'analyse de contenu*, Paris, PUF, 1991

une typologie des professionnels de santé : les “organicistes”, les “spécialistes pénitentiaires”, les “consensuels”, les “puristes” (cf. chapitre 7, § 1).

Il est clair que l’attention que j’ai pu porter à tel ou tel passage d’un entretien était en partie liée à la problématique et aux hypothèses que j’étais en train de construire. Mais symétriquement, il est aussi certain que la problématique et les hypothèses sont en grande partie le fruit de l’analyse des discours. En ce sens, le travail d’analyse a consisté en un travail de va-et-vient entre le corpus des entretiens, d’où émergeaient les catégories de l’acteur, et les hypothèses de recherche. Si l’on se rappelle que ce travail de va-et-vient s’est étalé sur plusieurs années, il est difficile de distinguer clairement les étapes d’induction et de déduction. Essayons néanmoins de clarifier ces moments.

### ***3.1.2. Entre déduction et induction***

L’écriture linéaire d’une thèse obscurcit assurément la distinction entre les moments analytiques de déduction et d’induction. Je veux signifier ici que le choix d’évoquer dans les deux premiers chapitres la problématique et les hypothèses retenues ne doit pas laisser penser que celles-ci étaient pré-définies, antérieures à la production et à l’analyse du matériau. Il faut plutôt comprendre ces chapitres selon une logique de clarté d’exposition plutôt que de restitution du déroulement de l’analyse. L’évolution de mes hypothèses et de ma problématique depuis les premiers travaux m’autorise à penser que le raisonnement conduit dans cette étude n’est pas seulement déductif. Il faut en fait préciser ce point de vue selon les deux axes développés : la prison à travers le prisme des professions, les professions à travers le prisme de la prison.

Il faut reconnaître que les hypothèses qui concernent l’analyse de la prison par le prisme des professions, renvoient en grande partie à un travail de réinterrogation de la bibliographie existante sur la prison : comme en atteste d’ailleurs leur plus haut degré de généralité, ces hypothèses n’ont pas alors réellement émergé du terrain. Les concepts d’ “institution totalitaire” ou d’ “institution totale” ont moins émergé des discours des professionnels, des détenus ou des surveillants que de la volonté de relire les travaux scientifiques sur la prison à travers un nouveau prisme d’analyse. On peut dire que le cadre analytique est alors plus déductif qu’inductif.

Pour ce qui est des hypothèses sur la dynamique des professions par contre, les hypothèses ont beaucoup plus émergé de l’immersion dans le terrain et de l’analyse de entretiens : les catégories observées n’étaient pas définies *a priori* mais correspondaient à des unités de sens pour l’acteur. C’est dans cette seconde perspective que l’on peut dire que l’analyse des entretiens a été principalement inductive, construite à partir des catégories de l’acteur.

## 3.2. L'écriture de la thèse

Pour terminer ce journal d'enquête, évoquons en quelques lignes la façon de l'écrire. Dans l'introduction d'un numéro de *Communications* consacré à l'écriture des sciences de l'homme, Martyne Perrot et Martin de la Soudière rappellent que l'ethnologue doit s'interroger, sans concession ni complaisance, sur la rhétorique qu'il utilise, mais aussi sur la "poétique du savoir" engagée par et dans son écriture<sup>219</sup>. Il reste qu'il est difficile de poser un regard réflexif sur les "savoir-faire école", les "tentations mimétiques", les "tics référentiels", les "précautions d'usage", les "effets de mode" engagés dans sa propre écriture. Quelques réflexions se dégagent néanmoins assez facilement sur le corps du texte d'une part, la citation des entretiens d'autre part.

### 3.2.1. Le corps du texte

Une première réflexion concerne l'usage récurrent du pronom "nous" dans l'écriture de cette thèse. Certains, comme Gérard Toffin, estiment que la substitution progressive du "je" au "nous" dans les écrits des sciences sociales est une dérive inquiétante, car elle évacue la subjectivité du chercheur et risque de réduire "l'Autre à du Même, partout"<sup>220</sup>. En ce qui concerne cette étude, il ne s'agit pas, tout au moins consciemment, d'utiliser un "nous" qui tendrait à négliger la subjectivité de mon regard et de mon analyse. Dans une sorte d'invitation au voyage, j'ai plutôt essayé de réserver le "nous" pour désigner le lecteur et moi-même et d'utiliser le "je" pour n'évoquer que ce qui concernait le travail de terrain.

Hormis toutes les imperfections de style, l'écriture du corps du texte peut faire apparaître un texte aride, souvent répétitif dans les termes. Certaines récurrences (les notions d'acteurs, d'actions, de représentations, de professions notamment) sont liées à des parti-pris de la problématique. D'autres récurrences sont plus liées au sujet d'étude qu'à un parti-pris paradigmatique. J'ai essayé le plus possible de parler des "personnes détenues" plutôt que des détenus : cette terminologie renvoie à une optique défendue par certaines organisations internationales, montrant que les dénominations "détenu" ou "prisonnier" ont tendance à "ontologiser" une caractéristique pourtant temporaire. J'ai aussi choisi de parler de "patients" ou d'"étudiants" quand il s'agissait d'évoquer les "détenus" dans leurs relations avec les professionnels de la santé et de l'enseignement. Nous verrons que l'emploi de la notion du terme "détenu" pour parler du "patient" ou de l'"étudiant" n'est pas totalement anodine dans le discours des professionnels. Il est clair que les différents termes

---

<sup>219</sup>Martyne Perrot et Martin de la Soudière, "L'écriture des sciences de l'homme : enjeux", *Communications*, n° 58, 1994, pp. 11-12

<sup>220</sup>Gérard Toffin, "Le degré zéro de l'ethnologie", *L'Homme*, 113, 1990, XXIX (3-4), pp. 138-150, cité in Martyne Perrot et Martin de la Soudière, "L'écriture des sciences de l'homme : enjeux", *Communications*, n° 58 : L'écriture des sciences de l'homme, 1994, pp. 10-11

employés ne sont pas des équivalents linguistiques. Dans la même perspective, j'ai aussi préféré utiliser les expressions "pénitentiaire", "surveillant", "directeur d'établissement" plutôt que les termes "carcéral", "gardien", "chef d'établissement" moins neutres, parce qu'employés sélectivement par les différents acteurs de la prison.

L'emploi des expressions "professionnels" ou "acteurs de la santé et de l'enseignement" est, quant à lui, censé éviter d'utiliser un étiquetage dont je voudrais justement analyser la construction. Les expressions "médecins", "infirmiers", "instituteurs", "professeurs" qui sont peut-être des étiquettes nominales qui masquent en partie la réalité de l'hétérogénéité des actions et des représentations de ceux qu'elles désignent, ne seront utilisées qu'avec parcimonie, seulement pour éviter les répétitions. J'ai donc essayé de n'employer ces expressions que dans les parties où l'analyse de la construction de l'étiquetage n'est pas centrale.

### ***3.2.2. La citation des retranscriptions***

Pour situer la conception de la citation de retranscription — et non la citation d'entretien — que j'ai voulu mettre en oeuvre dans ce travail, il me semble intéressant de reprendre à Didier Demazière et Claude Dubar<sup>221</sup> leur interrogation sur la valeur et la place accordée à la parole des "gens"<sup>222</sup> dans les analyses sociologiques. Les deux auteurs opposent pour s'en démarquer deux postures principales — la posture illustrative et la posture restitutive — : "Il existe des recherches sociologiques à base d'entretiens qui ne se contentent pas d'illustrer des "théories" préalables au moyen de citations décontextualisées ni de restituer des entretiens retranscrits en laissant au lecteur le soin d'en tirer quelques chose"<sup>223</sup>. A partir d'une lecture critique de l'analyse de Didier Demazière et Claude Dubar, essayons d'explicitier le statut que je voudrais conférer à la parole des acteurs dans cette recherche.

La posture illustrative consiste, selon les deux chercheurs, à faire un usage sélectif de la parole des gens en l'asservissant aux besoins de la démonstration conduite par le chercheur : il s'agit de sélectionner des extraits pour conforter une analyse, décorer une démonstration. Cette posture renverrait à des présupposés objectivistes, assimilant le langage de l'agent à un instrument d'illusion ou postulant une dissymétrie totale dans la relation d'enquête. L'étiquette "objectiviste" attribuée à cette posture illustrative — alors même que je défends une approche subjectiviste — et la virulence de la critique formulée par Didier Demazière et Claude Dubar ne suscite guère l'envie de se réclamer d'une telle "posture illustrative". De fait, il est clair que je me sens loin de la

---

<sup>221</sup>Didier Demazière et Claude Dubar, 1997, op. cité, pp. 15-45

<sup>222</sup>Les deux chercheurs disent employer cette expression pour ne pas devoir choisir entre "agents", "acteurs", "sujets" ou "individus", op. cité, p. 16

démarche telle que qui est critiquée ici : les citations d'extraits d'entretien seront autant que possible le point de départ de l'analyse. Néanmoins, les extraits d'entretien ne peuvent-ils pas avoir une vertu d'exemplification et de symbolisation sans pour autant supposer une abolition de l'acteur ? Sans céder à une volonté de sensationnalisme, il m'apparaît que certaines formules d'acteurs sont beaucoup plus éloquentes que celles que je peux utiliser. Par ailleurs, la citation constitue à mes yeux comme un rappel de l'effort analytique qui a consisté à partir des catégories de l'acteur pour construire les catégories d'analyse.

La seconde posture étudiée par Didier Demazière et Claude Dubar est la posture restitutive et hyper-empiriste qui consisterait, au contraire de la précédente, à laisser une grande place à la parole des gens en faisant des citations *in extenso* d'entretiens. Qualifiée de subjectiviste et de compréhensive, cette démarche caractériserait autant les travaux des ethnométhodologues que ceux de Thomas et Znaniecki ou encore l'approche de *La misère du monde*, coordonnée par Pierre Bourdieu. Nous ne suivons pas ici les deux auteurs dans la pertinence de leur étiquetage "subjectiviste" de théories qui se veulent parfois explicitement objectivistes. Par contre, on peut se demander si la masse d'entretiens cités et le travail implicite laissé au lecteur dans l'analyse des matériaux bruts dans certains travaux — sous prétexte de s'effacer devant la parole des gens et ne pas imposer de lecture analytique qui déformerait et caricaturerait cette parole — n'est pas effectivement un leurre scientifique. Dans cette perspective, je ne citerai que les extraits de retranscription qui ont effectivement tenu une place importante dans la construction de la démonstration.

Il faut maintenant expliquer pourquoi j'ai choisi de séparer le plus souvent les extraits de retranscriptions du corps du texte et de mettre ces extraits en caractères plus petits. Il ne s'agit certainement pas d'affirmer une plus grande objectivité de mon discours sur celui des acteurs (cf. supra). Ce choix typographique vise à établir une distinction nette entre ce qui relève du matériau et ce qui relève de la seule analyse. Cette distinction est en partie factice car l'extrait est déjà une forme d'analyse : d'une part il a été pétri et façonné à travers la retranscription, le découpage et le choix des extraits ; d'autre part, la façon dont il s'agence avec le reste de l'analyse participe de l'analyse. Il reste que l'on peut ici distinguer plusieurs niveaux d'analyse : le corps du texte et l'extrait d'une retranscription ne correspondent pas aux mêmes niveaux et moments d'analyse. C'est pour rappeler ces niveaux et moments que je distinguerai la typographie du corps du texte et celle des extraits.

Dans chaque extrait de retranscription cité, seront signalés entre parenthèses les éventuels ajouts apportés par les acteurs à la retranscription, ainsi que les coupures. Les questions seront citées

quand elles précèdent directement le début du discours de l'acteur. Pour situer les entretiens seront indiqués quelques repères indicatifs, maintenus néanmoins suffisamment généraux pour qu'aucune personne rencontrée ne puisse être identifiée par ce biais. Quels sont été les repères généralement retenus ?

- Pour les professionnels intervenant en milieu pénitentiaire (santé, enseignement, formation professionnelle, personnels de surveillance et de direction), j'indiquerai l'étiquette professionnelle qu'ils utilisent pour se nommer, l'âge arrondi, l'ancienneté arrondie, le temps de travail (plein-temps, mi-temps, vacations), le type d'établissement.

- Pour les personnes détenues, j'indiquerai l'âge arrondi, la durée arrondie de la peine et le temps arrondi de peine déjà purgé (quand ils ont été abordés par les personnes), le type d'établissement d'incarcération. Le motif d'incarcération (ou le type de délit) ne sera pas indiqué : deux détenus m'ont demandé de ne pas le faire apparaître, plusieurs autres ne l'ont pas évoqué en entretien.

## **Conclusion**

Sans affirmer un point de vue relativiste qui lie la pertinence de l'analyse à la méthode utilisée, la volonté d'exposer dans un chapitre central les contours de l'enquête de terrain exprime ma conviction que l'analyse qui suit est éclairée par le "choix" des terrains (l'accès aux terrains, le profil des personnes rencontrées), les méthodes d'enquête (les difficultés de l'observation, la trame et les situations d'entretien), l'analyse des entretiens et l'écriture du texte. Les méandres des autorisations d'accès, la difficulté pour rencontrer des personnes détenues, le choix guidé des établissements visités révèlent par exemple un fonctionnement encore hermétique de la prison et de l'Administration Pénitentiaire. Les situations et les contenus des entretiens montrent aussi la force des effets d'affichage et l'importance des présentations de soi dans les discours de ces mêmes professionnels.

## Conclusion de la première partie

Au terme de cette première partie consacrée à l'exposé des deux problématiques et de l'enquête empirique sur lesquelles repose cette étude des professions de la santé et de l'enseignement intervenant en prison, on peut rappeler les principaux axes qui organiseront l'analyse. L'étude vise d'abord à analyser la prison à travers le prisme des professions de la santé et de l'enseignement qui exercent en son sein. Cet angle d'analyse, rarement mobilisé par les sociologies de la prison, permet d'observer des angles méconnus de la prison, et offre ainsi l'espoir de compléter la compréhension du fonctionnement actuel et des évolutions de cette institution. Dans cette perspective, le regard sera particulièrement porté sur les formes d'autonomie des différents professionnels exerçant en prison, sur les formes d'accès des personnes détenues aux services de santé et d'enseignement et sur les évolutions historiques de ces formes d'autonomie et d'accès.

L'analyse entend aussi analyser les professions à travers le prisme de la prison. A titre provisoire, la notion de professions est définie comme des ensembles d'acteurs qui sont nommés ou qui se nomment sous de mêmes étiquettes professionnelles. Le choix de cette définition volontairement minimaliste, doit permettre de s'interroger tant sur les modes d'agrégation des actions et des représentations au sein d'une même profession nominale, que sur les enjeux nominaux et performatifs de l'usage des dénominations professionnelles. Cette définition est un moyen analytique de mettre à l'épreuve des *a priori* qui réduisent les professions soit à des collectivités homogènes d'acteurs, soit à de simples façades nominales. La recherche s'appuiera sur un modèle d'analyse qui articule une étude des actions et des représentations des différents professionnels d'une part, une analyse des enjeux des dénominations professionnelles d'autre part.

Ces deux axes problématiques seront explorés au travers de l'exploitation d'une enquête composée principalement d'entretiens et de quelques observations de terrain. Le choix de l'entretien comme méthode principale d'enquête repose ici sur la volonté d'approcher les présentations de soi des différents acteurs et plus fondamentalement de saisir les sens que ces acteurs donnent à leurs actions.

Les axes problématiques et l'enquête empirique, sur lesquels s'appuie cette recherche, ayant été présentés, il ne reste plus qu'à aborder le coeur de l'analyse. Que nous apprend un regard sociologique croisé sur le fonctionnement de la prison et sur les professions de la santé et de l'enseignement intervenant dans ce milieu ? C'est cette analyse croisée que nous nous proposons de développer en nous intéressant dans une seconde partie aux professionnels de la santé, dans une troisième partie aux professionnels de l'enseignement intervenant en prison.

## **Seconde partie**

### **Les professionnels de la santé en prison**





La prison est-elle encore une institution totale, totalitaire, immobile ? Que représentent les façons qu'ont les professionnels de se nommer et de se rattacher à des groupes d'actions : de réelles communautés d'actions et de représentations, des ferments nominaux identitaires, des mythes mobilisateurs ? L'étude des actions et des représentations des médecins et des infirmiers intervenant en prison constitue un premier prisme d'analyse et de réponse à ces hypothèses. Cette étude est organisée autour de quatre chapitres.

Un premier chapitre offre un regard sur l'historique de la santé et des professions de santé en milieu pénitentiaire. L'approche diachronique permet d'abord d'évaluer les évolutions des caractères total, totalitaire et immobile de la prison : comment se sont construits l'autonomie des "professionnels" de la santé intervenant en milieu pénitentiaire et le droit à la santé en prison, s'ils existent ? Cette approche permettra aussi de donner des clés de compréhension de la construction historique des groupes d'acteurs qu'il est convenu d'appeler les "professions de santé intervenant en prison".

Les chapitres suivants développent une étude synchronique des actions et des représentations des professionnels de santé intervenant en prison, à partir d'une analyse des entretiens. Le second chapitre prend spécifiquement pour objet l'autonomie d'action des professionnels de santé, en s'intéressant aux relations que ceux-ci entretiennent avec les personnels pénitentiaires. Il devrait permettre de juger du poids du système de contraintes carcéral, ou encore de l'importance actuelle de la dimension totalisante de la prison. Il devrait aussi autoriser une première approche de la diversité des actions et des représentations des professionnels de santé intervenant en prison.

Un troisième chapitre est centré sur la relation thérapeutique en milieu pénitentiaire. Le prisme d'analyse de la relation des professionnels de santé avec les détenus devrait permettre d'analyser tant les spécificités de l'accès aux soins en prison (et donc d'évaluer la dimension totalitaire de la prison) que la diversité des actions et des représentations des professionnels de santé. Nous verrons ainsi que l'étude des discours des professionnels permet de saisir l'importance des écarts entre les normes de comportement et les comportements réels et d'expliquer ce certains modes de structuration des professions de santé.

Un dernier chapitre visera à rendre compte de ces modes de structuration particuliers en réfléchissant aux clivages qui expliquent la diversité des actions et des représentations des médecins et infirmiers, en construisant une typologie d'acteurs en fonction des similarités de comportement, en essayant de comprendre les enjeux des façons que chaque professionnel de santé a de nommer, de présenter et de se représenter ses actions et son groupe d'appartenance.



## Chapitre 4

# Mise en perspective historique de la santé en milieu pénitentiaire

Interpréter l'histoire de la santé et des métiers de santé en milieu pénitentiaire s'impose à mes yeux parce que, sans être tenant d'une posture qui viserait à exclure les lectures synchroniques au profit d'analyses purement diachroniques, il me semble que les contours actuels de la santé en milieu pénitentiaire ne peuvent pas être compris si on ne les resitue pas par rapport au passé. Par "interpréter", il faut ici entendre avoir une lecture sociologique de l'histoire de la santé et des métiers de santé en prison telle qu'il est possible de la construire en s'appuyant sur des travaux portant sur la prison d'une part, sur la santé et la médecine d'autre part.

L'histoire telle qu'elle est retracée dans ce chapitre n'est généralement pas un travail de première main, à partir d'archives et de documents d'époque (sauf pour la période récente). J'ai travaillé à partir de travaux d'historiens (notamment ceux de Catherine Duprat, Michelle Perrot, Jacques-Guy Petit, Robert Badinter) et d'analyses sociologiques et philosophiques ayant une approche historique (notamment celles de Robert Castel, Claude Faugeron, Michel Foucault, Jean-Michel Le Boulaire). Pour la période plus récente (depuis les années 1970), je ferai référence à des entretiens ainsi qu'à divers rapports sur la santé en milieu pénitentiaire.

Un souci majeur a été de croiser le plus souvent possible plusieurs sources pour des mêmes époques pour ne pas assimiler prestement Histoire (*Geschichte*) et histoire de l'historien (*Historie*). En ce sens, il est plus juste de dire que nous interpréterons *les* histoires (*Historie*) de la santé en milieu pénitentiaire. L'expression "interpréter l'histoire" est en effet quelque peu équivoque car elle suppose qu'il n'y aurait qu'*une* histoire et que le travail de l'historien n'est pas déjà un travail historiquement daté, culturellement et socialement situé, d'interprétation, de tri et de sélection de l'Histoire. Il ne s'agit pas ici de défendre un relativisme historique complet ou encore de prétendre,

comme les tenants de l'historisme<sup>224</sup>, qu'il ne peut y avoir aucune interprétation objective du passé. En choisissant le verbe "interpréter" plutôt que le verbe "décrire", il s'agit de situer notre réflexion historique sur le même plan que notre réflexion sociologique, dans une optique weberienne de rapport aux valeurs : l'histoire retracée dans cette sous-partie est le fruit d'une sélection dont il convient d'avoir conscience. C'est *une* mise en perspective de la santé et des métiers de santé en milieu pénitentiaire.

Pourquoi cette mise en perspective est-elle essentielle ? De façon générale, l'approche diachronique permet une vision comparative qui évite de tomber dans une forme de chronocentrisme laissant croire que ce qui est aujourd'hui a toujours été ou au contraire n'a jamais été : il s'agit donc de dégager les spécificités du dispositif actuel de soins au regard des particularités des dispositifs plus anciens. L'approche diachronique est aussi intéressante dans la double perspective qui structure notre étude : l'étude de la prison à travers le prisme des professions, l'étude des professions à travers le prisme des prisons.

Dans la première logique — l'étude de la prison à travers le prisme des professions —, l'approche diachronique est un prisme d'analyse de l'histoire de la prison moderne, permet d'évaluer les évolutions des caractères total, totalitaire et immobile de la prison. Quelle a été l'autonomie des "professionnels" de la santé intervenant en milieu pénitentiaire ? Existe-t-il un droit à la santé en prison ? Comment se sont construits cette autonomie et ce droit, s'ils existent ? Si l'on admet avec Eliot Freidson<sup>225</sup> que l'autonomie des médecins n'est pas une donnée mais une conquête, si l'on fait aussi l'hypothèse que le caractère total de la prison peut-être lu au travers de l'autonomie laissée aux acteurs censés être extérieurs, il apparaît essentiel de retracer les étapes de l'autonomisation (de la professionnalisation, dirait Freidson) des acteurs de la santé en prison. L'historique visera ainsi à retracer les moments, les difficultés, les enseignements de l'implantation des métiers de santé en milieu pénitentiaire, à comprendre l'évolution des rapports entre les acteurs de santé et l'Administration Pénitentiaire à l'aune de l'histoire de la prison et de l'histoire de la médecine et des professions de santé en général.

Parallèlement ou plutôt symétriquement, l'approche diachronique permet un éclairage sur le deuxième axe d'analyse de cette recherche : l'étude des professions à travers le prisme de la prison. Le regard historique constitue ici un point incontournable de l'analyse des modes de construction des professions de la santé. Il permet d'abord de situer la diversité des actions et des représentations

---

<sup>224</sup>Je me réfère ici à Raymond Boudon qui dégage les *a priori* des théories historistes dans *L'art de se persuader des idées douteuses, fragiles ou fausses*, 1990, Points Seuil, 1991, pp. 199, 293-298, 433

<sup>225</sup>Eliot Freidson, 1970, *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984

de ceux qui se rassemblent ou sont rassemblés sous des mêmes étiquettes nominales, en repérant les générations professionnelles et les actes fondateurs de ces générations<sup>226</sup>. Nous verrons par exemple que les réformes (par exemple la loi de janvier 1994) du statut des professionnels de santé intervenant en milieu pénitentiaire, constituent des facteurs explicatifs importants de la polarisation des actions et des représentations professionnelles et des enjeux attachés aux dénominations professionnelles. L'hétérogénéité des actions et des représentations des médecins et des infirmiers peut ainsi s'expliquer par les moments de leurs recrutements, qu'il s'agit de repérer par une approche historique des dernières décennies.

Par ailleurs, l'approche diachronique peut éclairer l'évolution des rapports, au sein d'une même profession nominale (les "médecins", les "infirmiers"), entre ceux qui exercent en prison et ceux qui exercent en milieu libre. On peut ici rappeler l'hypothèse que les dénominations employées et leurs enjeux s'expliquent en grande partie par les rapports de force entre ces deux sous-groupes. Il s'agira par exemple de montrer quand, pourquoi et lesquels des "médecins intervenant en prison" ont cherché à imposer l'idée qu'ils constituaient un segment professionnel particulier, quand, pourquoi et lesquels des "médecins intervenant en prison" ont proclamé au contraire leur appartenance à la "grande profession" des "médecins". Par l'approche historique, il s'agit finalement de se donner des clés de compréhension de la construction historique des groupes d'acteurs qu'il est convenu d'appeler des "professions".

La mise en perspective historique de la santé en milieu pénitentiaire apparaît finalement essentielle tant pour s'offrir un regard nouveau et décentré sur l'histoire de la prison que pour comprendre les formes de construction de quelques "professions" intervenant en milieu pénitentiaire.

Pour finir de situer cette mise en perspective, deux remarques relatives au travail de périodisation doivent être abordées. La première concerne la période choisie pour commencer cette mise en perspective. Nous nous intéresserons au rôle de la santé en milieu pénitentiaire à partir de la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, où la prison s'impose, pour reprendre les termes de Michel Foucault, comme une institution nouvelle, dotée d'une nouvelle légitimité et d'une nouvelle fonctionnalité, avec des processus de domination caractéristiques d'un type particulier de pouvoir. Si tous les historiens ne se reconnaissent pas dans la formulation foucauldienne, il existe parmi eux un large accord pour souligner l'importance de la rupture révolutionnaire dans l'histoire de la prison. Sous l'Ancien Régime, les prisons répondaient à des usages très hétérogènes.

---

<sup>226</sup>Il faut ici entendre "générations" au sens de Karl Mannheim, comme l'ensemble des personnes ayant connu un même événement majeur, sinon fondateur (cf. Karl Mannheim, 1930, trad. fçse, *Le problème des générations*, Paris, Nathan, 1990).

“ - Un enfermement à usage judiciaire : il s’agit de retenir les personnes suspectes et de les garder sous main de justice en attente du jugement ou, pour les condamnés, jusqu’à la mise à exécution de la peine (les chambres de police, les prisons proprement dites).

- Un enfermement autoritaire (les lettres de cachet), par ordre du roi ou des agents de pouvoir. Peuvent être enfermés, sur demande des familles, les époux ou enfants qu’on veut “corriger” (indisciplinés, débauchés, dispendieux, scandaleux...), ou bien, arbitrairement, tous ceux qui présentent un danger quelconque pour l’Autorité. Ce sont les maisons de force (souvent des couvents), les maisons de correction, les prisons d’Etat.

- Enfin, divers établissements sont destinés à la “clôture des pauvres” et, de façon plus générale, de tous les inclassables ou incontrôlables (fous, vénériens, prostituées, vagabonds, etc.). Depuis la fin du XVII<sup>e</sup> siècle, ce sont les Hôpitaux Généraux et, à partir de la moitié du XVIII<sup>e</sup>, des établissements spécialisés les dépôts de mendicité.”

Claude Faugeron et Jean-Michel Le Boulaire, “Prisons, peines de prison et ordre public”,  
*Revue Française de Sociologie*, vol. XXXIII, 1992, pp. 7-8

Avec la Constituante, la forme-prison, qui existait sous diverses formes et pour de multiples usages, devient la peine la plus utilisée dans la panoplie punitive. Le *Code Pénal*, adopté le 25 septembre 1791, généralise l’emprisonnement comme la sanction commune aux crimes et aux délits et affirme ainsi le passage d’une pénalité multiforme à une pénalité de détention et symétriquement d’une détention souvent arbitraire et partielle à une détention légale et pénale, conformément à la *Déclaration des Droits de l’Homme et du Citoyen* de 1789 :

“Article 7 : Nul homme ne peut être accusé, arrêté, détenu que dans les cas déterminés par la loi (...).”

Selon l’historien Jacques-Guy Petit<sup>227</sup>, il s’agit moins pour les Constituants de généraliser l’enfermement (critique adressée aux thèses de Michel Foucault) que de concevoir une pénalité nouvelle, légale et humanisée. Mieux que les galères, les supplices, le bannissement ou les travaux forcés, l’emprisonnement est ainsi censé permettre la mise en oeuvre de peines progressives, ou pour reprendre les termes de Michel Le Pelletier de Saint Fargeau (1760-1793), de “peines humaines (i.e. modérées), efficaces, car proportionnées au crime, fixes et déterminées, durables, publiques et rapprochées du lieu du crime”<sup>228</sup>. Ce changement de pénalité, quelle qu’en soit l’interprétation, justifie ainsi de retenir la Constituante comme base de l’analyse de la prison moderne.

La seconde remarque relative au travail de périodisation de cette mise en perspective de la santé en milieu pénitentiaire a trait aux coupures chronologiques qui la structurent. J’ai choisi de distinguer trois grandes périodes dans l’exposé des grandes étapes historiques de la santé en milieu

---

<sup>227</sup>Jacques-Guy Petit, 1990, *Ces peines obscures. La prison pénale en France (1780-1875)*, Paris, Fayard

pénitentiaire : de la Constituante à la Seconde Guerre Mondiale, de la Seconde Guerre Mondiale aux années 1980, les années 1990. Il convient de préciser le choix des coupures : la Seconde Guerre Mondiale et les années 1990.

La Seconde Guerre Mondiale, sans être une fracture, semble marquer un tournant tout d'abord dans la place du droit à la santé et des acteurs de santé en prison. C'est le début d'une période où les changements institutionnels s'accélèrent, où les initiatives novatrices en matière d'accès des détenus à la santé se multiplient et se concrétisent, certes souvent de façon velléitaire et incomplète, mais assurément plus qu'auparavant. Par ailleurs, la Seconde Guerre Mondiale marque un tournant dans la construction des professions de santé. Le tournant réside moins dans l'accès à l'autonomie — encore très contesté et limité — des médecins et des infirmiers intervenant en prison que dans l'écart qui se creuse entre ces acteurs et ceux qui interviennent en milieu libre, en libéral, à l'hôpital ou dans d'autres institutions médicalisées.

Les années 1990 semblent elles aussi constituer une rupture importante avec la réforme engagée par la loi du 18 janvier 1994 qui prévoit une extension du droit à la santé en prison (affiliation de tous les détenus au régime général de la Sécurité Sociale) et qui modifie fondamentalement le statut — et par là, la marge d'autonomie — des médecins et des infirmiers intervenant en prison (passage du service public pénitentiaire au service public hospitalier). Une difficulté méthodologique vient néanmoins du fait qu'il nous manque ici le recul pour juger de la pertinence du choix d'entériner cette loi comme rupture importante dans une mise en perspective historique de la santé en milieu pénitentiaire.

Ce choix ne cède-t-il pas ici à une forme de tropisme du regard sur le présent, qui donne une illusion de changement, uniquement par le manque de recul que l'on a sur le présent ? Il est clair que je ne suis pas en mesure d'évaluer l'illusion qui consisterait à retenir la dernière décennie comme une phase de rupture dans une mise en perspective longue de deux siècles : seule l'Histoire à venir montrera le caractère illusoire ou non de cette coupure. Il reste que cette coupure, aussi illusoire soit-elle, est essentielle dans une analyse des actions et des représentations des médecins et des infirmiers intervenant en milieu pénitentiaire. En effet, ceux-ci considèrent les années 1990, et particulièrement la loi du 18 janvier 1994, comme une rupture majeure. La référence aux années 1990 en ce qu'elle structure les actions et les représentations des professionnels ne saurait donc être négligée.



# 1. De la Constituante à la Seconde Guerre Mondiale : entre philanthropie et austérité

L'analyse sera ici organisée autour de trois périodes chronologiques : 1791-1838, 1838-1871, 1871-1945, et visera à dégager pour chacune d'elle la place des professions de santé dans la prison et l'influence de la prison sur les professions de santé. La première date-charnière retenue (1838) correspond à l'invention de l'asile d'aliénés qui modifie, au moins dans les textes, la fonction de la prison et des services de santé en son sein, mais dans les faits, la rupture n'est guère sensible. L'autre date (1870) ne renvoie pas non plus à une rupture importante dans l'histoire des rapports entre les professions de la santé et la prison : elle correspond "seulement" à l'avènement de la Troisième République, choisi comme date charnière, parce qu'il marque le retour des débats pénitentiaires sur la scène politique. Plus largement, le travail de périodisation ne doit pas ici masquer la profonde continuité de l'histoire de la santé et des professions de la santé en milieu pénitentiaire de la Constituante à la Seconde Guerre Mondiale.

Les dates charnières retenues n'en sont pas pour autant totalement formelles. Elles permettent de montrer que la prison a longtemps échappé aux grandes ruptures historiques de la société française, ce qui constitue un premier symbole du caractère hermétique de la prison. Que nous apprend l'étude des professions de la santé sur ce caractère hermétique, ou encore total et totalitaire ? Quelle est la place de la santé, des "médecins" et des "infirmiers" dans le mode d'emprisonnement qui se met en place avec le nouveau *Code Pénal* de 1791 ? Inversement, quel rôle joue la prison dans la structuration des "professions" médicales et infirmières ?

## 1.1. De 1791 à 1838 : la prison ou l'asile

Des médecins ont été très tôt convoqués pour donner leur avis sur les conditions de la détention et les évolutions de la prison. Dès 1781, Necker crée une Inspection générale et permanente des hôpitaux civils et des maisons de force à la tête de laquelle il nomme trois médecins réputés : Colombier, assisté de Doublet et Thouret. La circulaire<sup>229</sup> de 1785 de Colombier et Doublet insiste sur la nécessité de traiter les aliénés dans des établissements spécialisés et de les extirper des maisons de force et affirme ainsi pour la première fois l'idée que la prison n'est pas apte à traiter certaines pathologies mentales.

---

<sup>229</sup>Doublet et Colombier, *Instruction sur la manière de gouverner les insensés, et de travailler à leur guérison dans les*  
168

Avec la Révolution, des médecins renommés restent convoqués en tant qu'experts de la prison. En août 1791, Doublet, médecin de la Faculté de Paris, est chargé d'un rapport sur l'état des prisons du département de Paris. Les conclusions accablantes qu'il dresse en août 1791 sur les conditions de détention et sur la nécessité d'une humanisation des prisons rejoignent les enseignements du philanthrope anglais John Howard et constituent un soutien au projet de Le Pelletier de Saint Fargeau (cf. supra) qui aboutit à l'adoption du *Code Pénal*, le 25 septembre 1791. La santé, sans apparaître comme une dimension majeure du rapport, apparaît comme un souci de Doublet et plus largement des Constituants. Il s'agit ainsi d'améliorer l'hygiène des prisons mais aussi d'envisager des formes de traitement médical du crime car celui-ci est souvent assimilé à une maladie. C'est dans cette perspective que l'on peut lire ces propos de P. J. G. Cabanis :

“ Vous n'ignorez pas que la nature de plusieurs espèces de prisons les rapproche beaucoup de celle des hôpitaux : telles sont, par exemple, les maisons dites de correction, où l'on entreprend de soumettre à un traitement régulier les dispositions vicieuses de la jeunesse : telles seront un jour les prisons pour les individus condamnés, par les tribunaux criminels, à une réclusion plus ou moins longue. En effet, *ces prisons pourront devenir facilement de véritables infirmeries du crime* : l'on y traitera cette espèce de maladie, avec la même sûreté de méthode et le même espoir de succès que les autres dérangements de l'esprit.”

“Opinion de Cabanis, député de Paris, sur la nécessité de réunir en un seul système commun la législation des prisons et celles des secours publics”, *Corps législatif, Conseil des Cinq-Cents*, 7 messidor an VI, p. 6, cité in R. Castel, 1976, *L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme*, p. 40

“Les prisons pourront devenir les infirmeries du crime”. On peut retenir de cette formule de Cabanis que si le principe de la médicalisation<sup>230</sup> des criminels est pour l'une des premières fois clairement affirmé, celui-ci est énoncé sur un mode conditionnel ou optatif (“pourront”). Dans les faits, sur le terrain, les psychiatres restent à l'écart de la prison, comme la plupart des médecins renommés : la prison est un repoussoir dès qu'il s'agit d'y exercer. Aussi sont-ce des officiers de santé, plutôt que des médecins, qui ont la charge des soins en prison.

Tandis que les médecins les plus renommés préconisent une humanisation des conditions de détention<sup>231</sup>, les officiers de santé, sans renommée ni reconnaissance, gèrent un quotidien carcéral qui rime avec promiscuité, insalubrité, malnutrition, épidémies. Les difficultés financières, surtout sous le Consulat et l'Empire, limitent d'ailleurs très vite les espoirs philanthropiques. Quant aux officiers de santé, leur présence est réduite au strict minimum (en théorie, une visite bihebdomadaire dans chaque lieu de détention) et leur autonomie est très tôt contestée à l'intérieur

---

*asyles qui leur sont destinés*, 1785

<sup>230</sup>Il est certain que le terme “médicalisation” ne recouvre pas alors ce qu'il peut recouvrir aujourd'hui. La conception de la médicalisation renvoie chez Cabanis à un traitement médical du crime perçu comme maladie.

<sup>231</sup>On pense par exemple aux travaux de Louis René Villermé, *Des prisons telles qu'elles sont et telles qu'elles devraient être par rapport à l'hygiène, à la morale et à l'économie*, 1820

des prisons. En 1807, le Ministre de l'Intérieur Jean Baptiste Champagny (1756-1834) dénonce même officiellement leur trop grande "bienveillance" et les accuse de "complaisance" :

"Je suis informé que les officiers de santé chargés du service des prisons délivrent trop facilement aux détenus des certificats au moyen desquels ils sont transférés dans les hospices civils, pour des maladies ou légères ou feintes."

cité in Alain L. A. Papelard, 1968, *Histoire de la médecine pénitentiaire*, p. 68

L'opposition entre les discours philanthropiques et le quotidien de l'exercice médical en prison est donc radicale. Elle est même renforcée sous la Restauration qui voit l'avènement d'un second courant philanthropique<sup>232</sup>, avec la création par le duc Decazes de la Société royale pour l'amélioration des prisons, dont les principaux représentants sont La Rochefoucauld-Liancourt, Delessert, Broglie, Polignac, ... ou encore le comte Hervé de Tocqueville, un temps président de la Société royale et père d'Alexis de Tocqueville. La médecine et l'état de santé des détenus figurent en bonne place parmi les préoccupations de la Société royale : le rapport d'une commission présidée par Bigot de Préameneu insiste ainsi sur l'importance d'un service de santé efficace. Mais cette déclaration de principe reste vaine et sans aucun effet dans les prisons.

La prison apparaît ainsi comme une institution qui ne reconnaît pas de "droit" à la santé et qui laisse peu ou pas d'autonomie à ceux qui ont la charge de la santé des détenus. Il reste que la prison éclaire aussi la façon dont *les* professions médicales se sont construites. Elle est ainsi un des points de fracture entre la médecine générale et la médecine mentale.

Il n'est pas anodin de noter que ce sont les spécialistes de la folie (Colombier, Doublet, Cabanis, ...), alors même que la spécialité psychiatrique n'existe pas encore ou depuis peu<sup>233</sup>, qui apparaissent les mieux à même de penser et de réformer la santé en prison. Robert Castel<sup>234</sup> avance la thèse que la médicalisation du criminel s'inscrit dans le prolongement de celle du fou. On avancera aussi l'hypothèse que la distinction entre la médicalisation du criminel et celle du fou sert essentiellement la justification de la médicalisation du "fou" et la naissance d'une spécialité psychiatrique. Autrement dit, l'enjeu est alors moins pour les spécialistes de la folie de soigner les détenus que d'extirper la folie de la prison, de promouvoir une nouvelle forme d'enfermement — l'asile —, de dissocier progressivement la forme-prison et la forme-asile. En voulant extirper la

---

<sup>232</sup>cf. Catherine Duprat, "Punir et guérir : en 1819, la prison des philanthropes", in Michelle Perrot (dir.), 1980, *L'impossible prison, Recherches sur le système pénitentiaire au XIX<sup>ème</sup> siècle*, Paris, Seuil

<sup>233</sup>Les historiens de la psychiatrie situent la reconnaissance de l'aliénation mentale par la nomination de Philippe Pinel comme médecin de Bicêtre en 1793 et de la Salpêtrière en 1795.

<sup>234</sup>Robert Castel, 1976, *L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme*, Paris, Minuit, pp. 39-41

folie de la prison, les “aliénistes” renvoient les établissements pénitentiaires à un “traitement légaliste” de la seule criminalité, traitement qui veut que la légitimité de la détention reste fondée sur une dimension proprement juridique : la prison représente alors à leurs yeux l’archétype de la situation pénale concernant des personnes non malades, tout au moins non “folles”.

La dissociation de la forme-prison et de la forme-asile a été très lente. En 1810, l’article 64 du *Code Pénal* prévoit le non-lieu juridique en cas d’infractions commises dans un état de démence et constitue une des premières formes du combat qui oppose les “pénalistes” et les “aliénistes” :

Article 64 du *Code Pénal* (1810) : “Il n’y a crime ni délit si le prévenu était en état de démence dans le temps de l’action, ou lorsqu’il a été contraint par une force à laquelle il n’a pu résister.”

La situation des fous n’est en fait pas clarifiée jusqu’à la loi de 1838 qui institue les asiles d’aliénés. Comme le note Michel David<sup>235</sup>, on observe une “période de flottement” de 1810 à 1838, c’est-à-dire jusqu’à ce que les aliénistes réussissent à imposer la notion technique de démence aux pénalistes, à substituer le diagnostic au verdict. Quand la folie est évidente pour les magistrats et les médecins, l’article 64 s’impose sans trop de difficultés. Quand la folie n’est reconnue que par l’aliéniste ou que l’individu ne paraît qu’à demi-fou, la prison reste la sanction commune. Après 1838, la compétence de l’aliéniste est mieux reconnue mais les “demi-fous” restent généralement en prison. Les aliénistes ont ainsi déserté la prison bien avant que la folie n’en soit extirpée.

La lenteur de la dissociation de la forme-prison et de la forme-asile vient donc d’abord d’un conflit entre pénalistes et aliénistes. Mais elle vient aussi des conflits internes aux médecins. Car, ce qu’apprend le débat sur la médicalisation de la prison, c’est aussi l’hétérogénéité des conceptions médicales. Tous les médecins ne se reconnaissent pas alors dans une même définition de la folie. Le “problème” du diagnostic est ainsi posé car il apparaît fondamentalement subjectif.

On peut se référer à l’exemple resté célèbre de Pierre Rivière, jeune paysan du Calvados, condamné à mort en 1835 pour l’assassinat de sa mère, de sa soeur et de son frère et dont l’histoire fut relatée dans les *Annales d’hygiène publique et de médecine légale* de 1836. Rivière fut l’objet de trois rapports médicaux fort différents. Le premier rapport, celui d’un médecin de campagne (le Dr Bouchard), conclut : “Chez Rivière aucune maladie n’a pu déranger les fonctions du cerveau (...) ; je n’ai remarqué en lui aucun signe d’aliénation mentale”. Sur cette base médicale (qui atteste que Rivière est sain d’esprit), Rivière peut être jugé et condamné. Le second rapport, celui d’un médecin aliéniste de Caen (le Dr Vastel) conclut, à l’inverse : “Rivière est depuis sa première enfance atteint d’aliénation mentale. Cette aliénation trouve sa cause dans la famille même de

Rivière où la folie est héréditaire.” et renvoie à l’article 64. Le troisième rapport est plus affirmatif encore. Il est établi par les principaux noms de la psychiatrie d’alors (Esquirol, Orfila, Marc, Pariset, Rostan, Mitivié, Leuret), membres importants de la Faculté de Médecine de Paris ou médecins-chefs des principaux hôpitaux parisiens et conclut : “1. que depuis l’âge de quatre ans, Pierre Rivière n’a pas cessé de donner des signes d’aliénation mentale ; 2. que son aliénation mentale a persisté, quoique moins intense, après les homicides qu’il a commis ; 3. que ces homicides sont uniquement dus au délire”<sup>236</sup>. Suite à ce rapport, Louis Philippe commue la condamnation à la peine de mort en réclusion à perpétuité<sup>237</sup>.

On voit ici que la médicalisation du criminel ou du détenu renvoie fondamentalement à des enjeux stratégiques au sein de la profession médicale, sinon des professions médicales. Le premier rapport est produit par un médecin “généraliste”, les deux autres par des “aliénistes”. Derrière le débat entre pénalistes et aliénistes apparaît donc une fracture profonde entre la médecine générale et la médecine psychiatrique. Aux yeux des aliénistes, les soins en prison semblent devoir être réservés aux généralistes car les aliénistes se réservent le traitement des fous dont la pathologie exclut justement l’emprisonnement. Les aliénistes, en créant un internement proprement “médical” (l’asile), tendent ainsi à s’exclure de la prison, à reconnaître leur incompétence dans ce milieu. Cet effet pervers peut sans doute expliquer l’absence séculaire des psychiatres dans la prison du XIXème siècle, puis leur tardive implantation au XXème siècle. Il explique aussi la force des clivages actuels entre les services somatiques et psychiatriques.

De cette première période, on se souviendra que la santé apparaît très tôt au coeur des discours philanthropiques sur la prison mais que la réalité sanitaire des prisons en France s’éloigne fortement de ces ambitions. La prison apparaît très tôt comme un lieu d’exercice peu valorisant pour les professionnels de santé : les officiers de santé n’y interviennent qu’épisodiquement et ont des rapports tendus avec l’Administration Pénitentiaire, leur autonomie est très limitée. Au final, la prison ne se laisse que faiblement traverser par la logique sanitaire des acteurs de santé. Au contraire, c’est autour d’elle que se construit une des principales fractures au sein des professions de santé : celle qui oppose les généralistes aux aliénistes. Les aliénistes désertent la prison, militent pour l’invention de l’asile et pour obtenir ainsi la reconnaissance de leur compétence spécifique.

---

<sup>235</sup>Michel David, *Psychiatrie en milieu pénitentiaire*, Paris, PUF, 1993, pp. 13-14

<sup>236</sup>*Moi, Pierre Rivière, ayant égorgé ma mère, ma soeur et mon frère... Un cas de parricide au XIXème siècle présenté par Michel Foucault*, Gallimard, Folio Histoire, 1994, pp. 188-189, 201, 253

<sup>237</sup>Pour une analyse sociologique globale de ces trois rapports, on peut se référer à Robert Castel, “Les médecins et les juges”, in *Moi, Pierre Rivière...*, op. cité, 1994, pp. 379-399

## 1.2. De 1838 à 1870 : la fin des philanthropes

Avec l'avènement en 1830 de la Monarchie de Juillet, qui marque la fin du courant philanthropique porté par la Société Royale des Prisons<sup>238</sup>, les débats pénitentiaires se sont recentrés autour de l'abolition de la peine de mort et plus encore autour du choix du système d'enfermement le plus efficace<sup>239</sup>. Deux systèmes se font face : le système de Philadelphie, défendu notamment par Gustave de Beaumont et Alexis de Tocqueville<sup>240</sup>, repose sur le principe de la séparation absolue des détenus de jour comme de nuit (c'est le système de l'emprisonnement cellulaire continu) ; le système d'Auburn, promu par l'avocat Charles Lucas<sup>241</sup>, alterne, quant à lui, une phase d'isolement cellulaire la nuit et une phase de travail en commun et en silence le jour. L'hygiène et la santé physique et mentale des détenus figurent encore en bonne place parmi les arguments avancés par les différents protagonistes. Les médecins jouent d'ailleurs un rôle important dans le débat, de par leur participation aux commissions parlementaires ou leur appui au projet de Tocqueville :

“Point crucial de la controverse : les effets physiques et psychologiques de la solitude. Rend-elle malade ? Fou ? Est-ce qu'elle fait mourir ? Contre ceux qui prétendent — tels les médecins suisses Gosse, Coindet, Verdeil — que la solitude rend physiquement malade, qu'elle trouble la raison et qu'elle tue, Tocqueville mobilise les plus hautes autorités médicales. Le voici qui dénombre les défenseurs de l'innocuité du cellulaire : Fellis, Lélut, Paris, Louis, Marc, Julius, Villermé, Ferrus, Baillarger, Ventrapp, Pariset, l'état-major des hôpitaux parisiens et de la revue *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, le conseil de santé de Lausanne, la société royale de médecine de Bordeaux et, garantie suprême, l'Académie Royale de Médecine, par la voix très écoutée de son rapporteur Esquirol.”

Michelle Perrot, *Introduction* au tome IV des *Oeuvres Complètes* d'Alexis de Tocqueville, Paris, Gallimard, 1984, p. 32

Moreau-Christophe, inspecteur général des prisons du royaume, reconnaît même appuyer sa politique sur les avis de ces médecins, notamment les aliénistes Esquirol et Pariset, qui défendent le système de Philadelphie.

---

<sup>238</sup>cf. Catherine Duprat, “Punir et guérir : en 1819, la prison des philanthropes”, in Michelle Perrot (dir.), 1980, op. cité.

<sup>239</sup>On se réfère ici à Michelle Perrot, *Introduction* au tome IV des *Oeuvres Complètes* de Tocqueville, Paris, Gallimard, 1984, pp. 7-44 et à André Normandeau “Politiques et réforme pénitentiaire : le cas de la France (1789-1875)”, *Revue de Science Criminelle et de Droit Pénal Comparé*, juil.-sept. 1970, vol. XXV, n° 3, pp. 605-621

<sup>240</sup>cf. Alexis de Tocqueville, *Écrits sur le système pénitentiaire en France et à l'étranger*, tome IV des *Oeuvres Complètes* de Tocqueville, établi par Michelle Perrot, Paris, Gallimard, 1984

<sup>241</sup>Charles Lucas, *Du système pénal et du système répressif en général, de la peine de mort en particulier*, 1827 ; *Du système pénitentiaire en Europe et aux États-Unis*, 1828

“MM. Pariset et Esquirol, ayant eu à émettre leur pensée sur cette question, n’ont pas craint d’établir que l’isolement des condamnés pouvait être employé avec une certaine rigueur et une grande persévérance, sans qu’il pût en résulter aucun inconvénient pour leur état mental.”

Moreau-Christophe, “De l’influence du régime pénitentiaire en général et de l’emprisonnement individuel en particulier”, *Annales médico-psychologiques*, 1843, p. 430, in R. Castel, op. cit., p. 150

Au terme de nombreux débats parlementaires et sous l’autorité des médecins aliénistes, c’est ainsi le modèle philadelphe du “*solitary confinement*” qui est d’abord retenu mais la Révolution de février 1848 retarde cette décision. Le Second Empire marque alors un infléchissement notable dans la politique pénitentiaire. Pour des raisons financières, Napoléon III et son Ministre de l’Intérieur Persigny décident de revenir à un modèle auburnien et coupent court à toute volonté de réforme pénitentiaire, en abrogeant en 1853 les décrets de la Monarchie de Juillet. Le rêve des médecins d’une prison qui constituerait un milieu de haute surveillance médicale et qui par un isolement cellulaire strict serait fondamentalement antiépidémique s’éteint donc largement.

Malgré sa non centralité dans les débats pénitentiaires, la réflexion sur la médecine en prison reste généralement vivace tout au long de la période 1838-1870. En témoignent par exemple les travaux de l’aliéniste G. Ferrus dont les ouvrages *Des aliénés* (1834) et *Des prisonniers et de l’emprisonnement* (1850) font autorité en milieu asilaire et en milieu pénitentiaire. Ferrus, premier inspecteur général des asiles à partir de 1836, devient d’ailleurs inspecteur sanitaire des maisons centrales en 1842. On note aussi dans cette période l’émergence de deux grandes écoles médicales qui renouvellent la réflexion sur la prison : la phrénologie et l’hygiénisme. La phrénologie, inspirée de F.G. Gall, consiste à expliquer les comportements criminels ou les dispositions à la criminalité par l’étude morphologique des cerveaux. Cette école convainc des médecins tels Broussais, considéré par l’école psychiatrique française (les élèves de Pinel et d’Esquirol) comme un “somatiste extrémiste”. Quant au courant hygiéniste, il s’est organisé autour des *Annales d’hygiène publique et de médecine légale*, créées en 1829, et rassemble des disciples de Cabanis, tel Louis Villermé (on notera que Ferrus est aussi attiré par cette école). La prison est à nouveau conçue comme “l’infirmier du crime”, ce dernier étant assimilé à une maladie :

“Les fautes et les crimes sont des maladies de la société qu’il faut travailler à guérir ou, tout au moins, à diminuer ; et jamais les moyens de curation ne seront plus puissants que quand ils puiseront leur mode d’action dans les révélations de l’homme physique et intellectuel, et que la physiologie et l’hygiène prêteront leurs lumières à la science du gouvernement.”

Prospectus inaugural des *Annales d’hygiène publique et de médecine légale*, 1829,  
cité in Jacques-Guy Petit, op. cit., pp. 200-201

Il est intéressant de noter ici que l'intérêt que portent les sciences sociales naissantes, à la prison (considérée comme une focale d'analyse de la criminalité) à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, est très lié à ces deux courants. L'école italienne d'anthropologie criminelle animée par Cesare Lombroso, dénonce, dans la lignée de la phrénologie, l'impossibilité de concilier le déterminisme anthropologique qui explique les comportements criminels avec l'idée de l'amendement carcéral. A cette école italienne se sont opposés des sociologues français, tels Gabriel Tarde et Emile Durkheim qui, s'ils manifestent par ailleurs radicalement leurs divergences d'interprétation du crime<sup>242</sup>, ont le point commun de rejeter l'idée de tout déterminisme biologique et d'affirmer l'hypothèse de l'influence du milieu social sur la criminalité. Il est devenu classique de situer ces analyses dans la lignée du développement, incarné par Adolphe Quételet, des statistiques criminelles au XIX<sup>ème</sup> siècle. Il me semble pertinent d'oser un rapprochement entre ces analyses et les travaux de l'école hygiéniste, plus particulièrement les monographies de Louis Villermé, qui ont montré l'influence du milieu social sur la diffusion des maladies, dont le crime, perçu alors comme une maladie.

Si l'on abandonne maintenant le "royaume des idées" pour le "monde de la fange", force est de reconnaître que la prison reste à l'écart des avancées médicales extérieures. Du point de vue de la morbidité en prison, il faut ainsi noter la multiplication des épidémies et des maladies liées aux conditions d'incarcération (carences alimentaires, saleté, promiscuité, surencombrement, mauvaise circulation de l'air) : tuberculose, scorbut, typhus, ... Les taux de mortalité en prison restent élevés tout au long du XIX<sup>ème</sup> siècle, plus élevés qu'à l'extérieur. Si l'Administration Pénitentiaire avance comme explications la morbidité antérieure à l'incarcération et les moeurs coupables des détenus, les médecins sont plus sceptiques et critiques :

"Boileau de Castelnau, Ferrus, Joly, Laurent et, dans leur majorité, les autres médecins des prisons, tel Courtade à Fontevrault, mais aussi des inspecteurs généraux comme Laville ou Lucas, font un tout autre diagnostic, à partir de leur expérience et de faits évidents : les prisonniers sont malades et meurent de malnutrition, du froid, du travail forcé dans les ateliers malsains, du manque d'exercice au grand air et aussi d'ennui. Cet état d'épuisement chronique, l'anémie des prisons, décime particulièrement les détenus les plus pauvres qui ne peuvent recevoir du secours de l'extérieur et qui arrivent en prison avec une santé déjà plus ou moins délabrée. En 1850, Ferrus voit "dans tous les ateliers, sur tous les bancs, les types communs à la population des maisons centrales : lividité, affaissement, débilité profonde, caractères scrofuleux, indices généraux d'une diathèse tuberculeuse à divers degrés". Pendant les années 1870-1880, le Dr Laurent fait encore à peu près le même constat."

Jacques-Guy Petit, op. cit., p. 530

---

<sup>242</sup>Tarde développe une théorie environmentaliste de la délinquance, insistant sur l'importance des comportements appris, tandis que Durkheim définit le crime par la réaction sociale.



Sur le plan de l'organisation concrète du secteur sanitaire en milieu pénitentiaire, il faut noter durant cette période, la mise en place de règlements propres aux services de santé des différents types de prison. En témoigne ce règlement de 1860 qui fixe les attributions des médecins dans les maisons centrales :

“ARTICLE PREMIER : Le service de santé, dans les maisons centrales, comprend :

1. La visite des détenus au moment de leur entrée dans la maison centrale ;
2. La visite des détenus autorisés par l'administration à réclamer, pour cause de santé, les soins de la médecine, l'exemption de travail, un changement de profession, etc. ;
3. La visite des détenus, soit dans les cellules et quartiers de punition, soit dans les ateliers, dortoirs et préaux, toutes les fois qu'elle est réclamée par le directeur ;
4. Le traitement des maladies des détenus, des gardiens et des religieuses ;
5. La préparation et la distribution des médicaments ;
6. La surveillance des préparations alimentaires destinées à l'infirmerie ;
7. La surveillance et la police des infirmeries au point de vue médical ;
8. Le droit d'adresser, par écrit, au directeur un avis sur toutes les questions qui intéressent la santé des détenus, et le devoir de donner par écrit un avis sur toutes les questions posées par le directeur, en ce qui concerne le service de santé ;
9. La tenue des écritures médicales et pharmaceutiques.”

cité in Alain L. A. Papelard, 1968, *Histoire de la médecine pénitentiaire*, p. 78

Mais dans les faits, la place des personnels de santé en prison n'évolue guère tout au long du XIX<sup>ème</sup> siècle. Le développement sanitaire des prisons reste en marge des grands changements institutionnels de la médecine en France, par exemple la loi de 1838, réglementant la structure juridique et institutionnelle des soins aux malades mentaux (la création des “asiles d'aliénés”). De fait, cette loi scelle l'effet pervers que nous avons évoqué à propos de la dissociation de la prison et de l'asile : les psychiatres ont tacitement reconnu la non pertinence de leur intervention en milieu pénitentiaire.

“Le dispositif objectif de la médecine mentale, tel surtout que la loi de 1838 le fige, le rend incapable de réaliser un programme interventionniste hors de l'asile. On est tenté de dire que la victoire aliéniste est trop belle : en réussissant la médicalisation complète de la folie, la loi de 1838 lui a imposé de telles conditions qu'elles vont stériliser les possibilités de développement futur. “On est aliéné ou on ne l'est pas”, lance le ministre dans la discussion : c'est plus qu'une tautologie, ou alors c'est la tautologie fondatrice de l'aliénisme. Un aliéné n'est pas seulement un malade, même mental, c'est quelqu'un qui doit être interné. Inversement, un malade qui ne relève pas de l'internement n'est pas à proprement parler un malade mental, ou, en tout cas, il ne relève pratiquement d'aucune technique psychiatrique d'intervention.”

R. Castel, *L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme*, op. cit., pp. 252-253

Ainsi s'impose l'idée que les détenus ne nécessitent pas de soins psychiatriques, que la présence des aliénistes n'est ni utile ni nécessaire en milieu pénitentiaire. La préoccupation des aliénistes est

plutôt de trouver des formes de séquestration pour les fous criminels qui perturbent le fonctionnement des asiles mais que l'article 64 du *Code Pénal* empêche d'emprisonner. Le modèle de référence des aliénistes est l'asile, non la prison. La présence médicale se limite ainsi au domaine somatique.

Par ailleurs, les rapports des personnels sanitaires avec l'Administration Pénitentiaire, méfiante envers les intervenants extérieurs, sont souvent tendus et conflictuels. Les médecins, par exemple, perdent progressivement certaines de leurs prérogatives : ainsi, les postes d'inspecteurs des prisons, qui leur étaient communément attribués, échoient désormais le plus souvent à des fonctionnaires. De plus, les médecins sont souvent en conflit avec les entrepreneurs en charge du fonctionnement des prisons, pour des raisons de ravitaillement en aliments ou en médicaments. Ils apparaissent comme des facteurs de désordres et des fauteurs de troubles :

“(…) depuis le début de la monarchie de Juillet, l'administration se méfie beaucoup du zèle et de la philanthropie "excessive" des médecins. Elle veut aussi limiter les empiétements de la science et les conflits avec les entrepreneurs. Elle tient donc soigneusement en laisse le pouvoir médical qui, depuis 1831, s'est vu retirer tout droit à l'intervention spontanée. Les médecins ne visitent les détenus, même pour cause de maladie grave, qu'après autorisation de la direction. Ils ne pénètrent dans les ateliers, dortoirs et préaux que sur la réclamation du directeur et ces invitations sont "extrêmement rares" (Ferrus). Sauf en cas d'épidémie, les médecins ne sont pas davantage consultés sur l'hygiène des prisons et leurs rapports sont d'autant moins suivis d'effets que, depuis 1831, ils sont adressés au directeur qui n'en transmet que des extraits à ses supérieurs. Leur fonction ne s'exerce en réalité qu'à l'infirmerie, là où il est trop tard pour soigner des prisonniers déjà gravement malades.”

Jacques-Guy Petit, op. cit., p. 534

Il faut toutefois se méfier d'une vision qui ferait des médecins des prisons des réformateurs ou des philanthropes contrariés. La plupart des médecins philanthropes qui s'intéressent aux problèmes pénitentiaires n'ont pas connu l'expérience d'un service médical de prison. Au contraire, les médecins des prisons s'avèrent souvent beaucoup plus conservateurs, comme le rappelle l'étude de Jacques Léonard<sup>243</sup> :

“Que peut-on savoir des vœux et des conceptions des médecins des prisons ? En comparaison avec d'autres sujets médico-hygiéniques qui font couler beaucoup d'encre, on est frappé ici par une relative discrétion. Faut-il l'interpréter comme un indice de résignation ou de prudence ? Service de routine, cette fonction de médecin de prison, conditionnée par un austère moralisme surgi du fond des âges, n'incite pas ses titulaires à l'apitoiement ni au plaidoyer réformateur. (...) Il est exceptionnel que, dans leurs écrits, des médecins de prison condamnent en bloc le système pénitentiaire. Combien auraient souscrit, en 1839, à la sentence impitoyable de leur confrère Boileau de Castelnau : "la prison est donc une condamnation à mort avec les longues souffrances morales et physiques pour deux condamnés sur trois" ?”

---

<sup>243</sup>Jacques Léonard, “Les médecins des prisons en France au XIXème siècle”, in Jacques-Guy Petit (dir.), 1984, *La prison, le bagne et l'histoire*, pp. 141-149

A la fin du Second Empire, peu de médecins et d'officiers de santé intervenant en milieu carcéral militent pour une réforme des prisons. Ceux qui interviennent à plein temps en milieu pénitentiaire sont rarement considérés comme les plus compétents des praticiens de santé et se contentent d'une médecine d'infirmerie, avec des moyens limités et des formes importantes de dépendance vis-à-vis du pouvoir pénitentiaire. Les vœux philanthropiques de réforme sont portés par des idéologues largement extérieurs au champ carcéral ou par des praticiens, notamment les aliénistes, qui construisent leur renommée dans d'autres champs. Le milieu pénitentiaire apparaît ainsi très tôt comme une ligne de fracture des professions de santé, opposant les moins et les plus compétents, les moins et les plus renommés. Parallèlement, la logique sanitaire investit encore très peu le milieu pénitentiaire : si l'on observe une médicalisation (une surmédicalisation ?) du fou, on observe une très faible médicalisation somatique et encore moins psychiatrique du détenu.

### **1.3. De 1871 à la Seconde Guerre Mondiale : l'occasion manquée**

L'avènement de la Troisième République marque le retour des débats pénitentiaires sur la scène politique et parlementaire : il s'agit en fait d'analyser les défauts du système carcéral issu de l'Empire et d'en proposer une refonte. Dès la fin de l'année 1871, le vicomte d'Haussonville saisit l'Assemblée nationale d'une proposition de loi ayant pour objet l'ouverture d'une enquête sur le régime des établissements pénitentiaires. Cette proposition acceptée, la Commission poursuit des enquêtes sur la plupart des aspects du système pénitentiaire, et notamment sur les facteurs qui peuvent inciter à la récidive. Toutefois, on peut remarquer que la prise en compte des problèmes de santé reste secondaire, voire mineure. La composition de la commission en est un indice symptomatique : on ne compte aucun médecin parmi les quinze membres d'origine, ni même parmi les dix-neuf spécialistes qui se sont joints aux travaux de la commission<sup>244</sup>. Le fait que la loi du 5 juin 1875 entérinant les propositions de la Commission ne modifie pas fondamentalement les modalités de prise en charge sanitaire des détenus n'a donc rien d'étonnant. Or, la Troisième République ne verra pas d'autres débats sur la politique pénitentiaire et le régime des prisons. Voici le bilan que dresse Robert Badinter de la prison à la veille de la Première Guerre Mondiale :

L'idéal de la République "lui commande, plus qu'à toute autre forme de gouvernement, de se pencher sur les prisons, de les transformer, de les humaniser enfin. Or, la République ne le fait pas. C'est, dira-t-on, faute de moyens plus que de bonnes intentions. Mais, précisément, la question posée est bien celle-là : pourquoi la République s'est-elle refusée les ressources nécessaires pour changer la prison, en finir avec la misère, la promiscuité, la corruption de la vie carcérale, toujours dénoncées et reconduites ? (...) Au terme de notre chemin, nous quittons la prison républicaine presque à moitié vide, mais identique à ce qu'elle était au début : sombre, misérable, immuable."

Pour les médecins des prisons, la loi de 1875 constitue donc comme une “occasion manquée” qui les maintient pendant plusieurs décennies dans un statut peu valorisé, peu rémunéré, et dans des services sanitaires inadaptés ou défectueux. La psychiatrie reste par ailleurs à l’écart du milieu pénitentiaire. L’école aliéniste française, représentée à Bicêtre, la Salpêtrière ou Sainte-Anne, s’intéresse peu ou pas à la prison. On note certes la création en 1876 d’un quartier spécial pour aliénés criminels et épileptiques dans la maison centrale de Gaillon dans l’Eure. Jusqu’en 1901, ce quartier, qui reçoit environ 80 détenus, n’a pas d’existence autonome et dépend administrativement de la maison centrale. En 1901, une motion prévoit sa médicalisation :

“La Chambre invite le gouvernement à désaffecter la maison centrale de Gaillon qui prendra le nom d’Asile central des aliénés criminels. Le ministre de l’Intérieur est chargé de l’organisation d’un service médical et d’un service de surveillance en rapport avec cette destination nouvelle.”

Motion du 24 décembre 1901, citée par Michel David, *Psychiatrie en milieu pénitentiaire*, Paris, PUF, 1993, p. 16

Mais ce changement d’appellation ne doit pas cacher que la vocation de l’établissement reste fondamentalement carcérale. Il s’agit moins pour les aliénistes, devenus psychiatres, d’obtenir la médicalisation des prisons que de libérer les asiles d’une population considérée comme dangereuse. Dans la même perspective, la circulaire Chaumié de 1905, qui met en place la notion d’atténuation de responsabilité, libère les asiles de la gestion de certains “demi-fous” : les individus présentant des troubles psychiques sont moins lourdement punis mais vont en prison et non dans un asile.

On note parallèlement la création en 1898 de l’infirmierie centrale de la prison de Fresnes. Cette création isolée semble moins marquer le début de la médicalisation des établissements que la volonté de centraliser la gestion financière des infirmeries et la surveillance des détenus malades. Il s’agit ainsi de spécialiser certains établissements plutôt que de doter l’ensemble d’infirmeries développées. Cette création ne doit ainsi pas cacher la défaillance générale des autres installations sanitaires dans les établissements pénitentiaires. En théorie, toutes les prisons disposent d’un ou plusieurs médecins, et d’un pharmacien pour les plus importantes. Dans les faits, les effectifs en personnels de santé sont très hétérogènes selon les établissements et les installations restent inadaptées.

“Au début du XXème siècle, Ogier signalait l’installation défectueuse des infirmeries des maisons centrales, comprenant généralement deux pièces : l’une pour la médecine et l’autre pour la chirurgie : "A Fontevault, le

---

<sup>244</sup>d’après Robert Badinter, 1992, *La prison républicaine (1871-1914)*, Paris, Fayard, chapitre Ier, pp. 17-60

nombre des victimes de la tuberculose est effrayant, mais rien n'est plus naturel. Tous les malades sont entassés dans une même salle, au milieu des tuberculeux".

Dix ans plus tard, l'Inspection générale ne constata pas de progrès. Sauf deux ou trois heureuses exceptions, les infirmeries étaient toujours aussi inadaptées.

Garnier, médecin de l'infirmerie du Dépôt, en jugeait l'organisation parfaite (5000 sujets examinés par an), mais, en revanche, l'installation matérielle laissait à désirer.

La Santé ne disposait en 1926 que de deux cellules d'hospitalisation, plus une tisanerie et une pharmacie. Le rapport de l'Inspection générale ajoutait : "Il n'apparaît pas qu'il y ait urgence à procéder à une réorganisation de grande envergure, car on peut soigner les malades dans leur cellule..."

Alain L. A. Papelard, *Histoire de la médecine pénitentiaire en France*, p. 127

La nécessité d'une extension et d'un perfectionnement des services médicaux est en fait très tôt obnubilée par la gestion de la surpopulation carcérale et les impératifs de sécurité. En 1892, le docteur Emile Laurent, ancien interne à l'infirmerie centrale des prisons de la Seine, note que les détenus ne disposent pas toujours du strict nécessaire prévu par les règlements (les bains réguliers notamment). Il ajoute que les difficultés rencontrées viennent principalement des résistances de l'Administration Pénitentiaire :

“Je sais combien l'administration est réfractaire aux idées nouvelles (aux réformes sanitaires en particulier), combien son ancien directeur, l'intègre M. Herbette, dont l'éloquence diarrhéique et vide remplissait tous les congrès, était l'ennemi acharné de toute tentative de ce genre.”

cité in Michel Fize, *Une prison dans la ville... 1ère époque 1867-1914*, p. 116

En réponse, Georges Bonneron, directeur d'un établissement pénitentiaire à Paris, affirme que si la prison ne doit pas imposer des privations et des souffrances inutiles, elle ne doit pas devenir non plus un lieu de refuge où les malheureux trouveraient ce qui leur manque dans la vie libre.

“Cette vision des choses, estime Michel Fize, traduisait en réalité la volonté du pouvoir pénitentiaire de contrôler la détention dans ses moindres détails et de soumettre à sa seule autorité tous les agents de la prison (y compris les médecins). Face à ce pouvoir, le corps médical pénitentiaire n'a jamais pu qu'opposer son savoir ; de fait, un savoir aux lacunes immenses dont cependant la prison ne pouvait et ne voulait se passer pour mener à bien sa tâche de régénération physique et morale des détenus.”

Michel Fize, *Une prison dans la ville... 1ère époque 1867-1914*, p. 118

L'autonomie du corps médical est fondamentalement une source de conflits et un enjeu de pouvoir entre les médecins et l'Administration Pénitentiaire. On peut affirmer qu'au début du XXème siècle, cette autonomie est très faible, comme en témoigne la circulaire du 20 février 1903 qui réduit la liberté de prescription des médecins en établissant une nomenclature des médicaments qu'ils peuvent administrer. La liberté de prescription et plus largement l'autonomie professionnelle autour desquelles les médecins construisent leur professionnalité ne concernent donc pas les médecins intervenant en milieu pénitentiaire.

La Première Guerre Mondiale ne marque pas plus que l'avènement de la Troisième République une rupture dans l'histoire de la santé en milieu pénitentiaire. C'est ainsi un nouveau signe de l'hermétisme d'une institution qui échappe aux grandes ruptures historiques de la société française. Après la Première Guerre Mondiale, l'état sanitaire des prisons n'est pas fondamentalement modifié : la précarité des installations sanitaires ainsi que les conditions de détention toujours peu satisfaisantes, malgré la diminution sensible du nombre de personnes incarcérées, expliquent la persistance d'une forte mortalité et la difficile prophylaxie des épidémies (notamment la tuberculose) dans les prisons françaises. Certains établissements sont encore sous-équipés :

“En 1920, les observations présentées dans la discussion du budget par Hector Molinié sur l'insuffisance du service médical dans les prisons de la Seine montrent qu'il n'y avait pas de médecin consultant à Fresnes. A la Santé, pour une population se situant entre seize cents et dix-huit cents individus, il n'y avait ni médecin consultant ni interne de garde.”

Alain L. A. Papelard, *Histoire de la médecine pénitentiaire*, p. 78

On note néanmoins à partir du début des années 1920, une série d'initiatives qui viennent renforcer le dispositif sanitaire des prisons. Ce sont tout d'abord des changements réglementaires apportés par les décrets du 19 janvier 1923 pour l'emprisonnement individuel, du 29 juin 1923 pour l'emprisonnement en commun. Par ailleurs, le désintéressement du corps médical pour l'exercice en milieu carcéral s'atténue avec la progressive revalorisation (notamment par le décret du 13 août 1932) des rémunérations et des indemnités qui lui sont allouées. On note aussi un début de spécialisation des médecins qui montre que l'exercice en milieu carcéral est moins dévalorisé qu'auparavant : en 1921-1922 est inauguré un enseignement de psychiatrie des prisons et de médecine pénitentiaire à l'Université de Strasbourg.

L'entre-deux-guerres marque même le retour — sinon l'arrivée — de la psychiatrie en milieu pénitentiaire. En 1927, Vullien et Raviart, deux médecins inspirés par le mouvement belge de défense sociale et l'anthropologie criminelle, organisent un dépistage systématique à la maison

cellulaire de Loos-Les-Lille<sup>245</sup>. Si le projet ne dure pas faute de moyens, il constitue une première initiative qui se concrétise en 1936 avec la création de services d'examens psychiatriques à la Santé, à Fresnes et à la Petite Roquette (décret du 31 mars 1936). Ainsi les psychiatres investissent-ils un milieu pénitentiaire qu'ils avaient boycotté depuis l'invention de l'asile.

Il convient toutefois de nuancer ce bilan positif. Certaines circulaires viennent rappeler que la marge de manoeuvre des médecins des prisons est faible : celle du 25 janvier 1926 les enjoint de prescrire de préférence les préparations les moins coûteuses, sauf en cas d'absolue nécessité. Pour ce qui est des infirmiers, la "révolution" ne concerne pas le milieu pénitentiaire. Par le décret du 27 juin 1922<sup>246</sup>, Léonie Chaptal obtient l'institution d'un diplôme d'Etat pour les infirmiers. Le décret du 18 février 1938 confirme d'ailleurs cette avancée en exigeant la possession du diplôme d'Etat pour la reconnaissance de la qualité d'infirmier. Mais ces changements statutaires concernent peu le fonctionnement des établissements pénitentiaires qui peuvent continuer à employer les "infirmiers" non diplômés, parfois nommés visiteurs d'hygiène sociale, qu'ils employaient avant ces décrets. Jusque dans les années 1950, beaucoup d'"infirmiers" intervenant en milieu pénitentiaire n'auront d'ailleurs pas ce diplôme d'Etat.

On voit ainsi que le milieu pénitentiaire reste un lieu que ne traverse qu'avec difficultés et hésitations le mouvement de médicalisation de la société. Les évolutions sanitaires du milieu pénitentiaire restent faibles si on les compare aux évolutions globales des professions de santé et des structures sanitaires.

Pour conclure sur cet aperçu historique de la Constituante à la Seconde Guerre Mondiale, il faut noter la continuité de l'histoire de la santé et des professions de santé en prison, ou encore la faiblesse des évolutions. Cette continuité s'exprime d'abord au travers d'une opposition continue entre l'expression de voeux philanthropiques de réforme et la confrontation à une réalité austère de la santé dans une prison totale et totalitaire : l'autonomie de ceux qui ont la charge de la santé, et plus largement le droit à la santé en prison ne sont guère garantis, malgré la profusion de discours philanthropiques. Les prisons échappent encore aux grandes révolutions sanitaires et hygiéniques ; la morbidité des détenus reste largement supérieure à la morbidité en milieu libre. Les équipements de soins et les effectifs en personnels de santé sont réduits (peu de plein-temps, peu d'équipes) et hétérogènes. La prison est peu attractive car les rémunérations et l'autonomie des praticiens y sont très faibles ; elle ne recrute dès lors pas les plus compétents. Pour les professionnels de santé, ce

---

<sup>245</sup>d'après Michel David, *Psychiatrie en milieu pénitentiaire*, Paris, PUF, 1993, p. 17

<sup>246</sup>Je me réfère ici à Marcel Jaeger, "L'infirmier en santé mentale : un professionnel ?", in Pierre Aïach et Didier Fassin, 1994, *Les métiers de la santé, Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos, pp. 261-280

sont d'autres pratiques et d'autres lieux qui sont valorisés : la clinique, l'hôpital et la médecine libérale pour les somaticiens, la psychiatrie et l'asile pour les psychiatres. Au final, prison et santé semblent antagonistes jusqu'à la Seconde Guerre Mondiale.

## 2. Depuis la Seconde Guerre Mondiale : les années honteuses

Comme pour la période précédente, il est difficile de dégager des points de rupture nets dans l'histoire des rapports entre la prison et les professions de santé depuis la Seconde Guerre Mondiale. Après avoir analysé la rupture que constitue la réforme de 1945 par rapport à la période précédente, j'organiserai donc la mise en perspective autour de dates "standards" et plus précisément de deux groupes de décennies : les années 1960 et 1970, les années 1980.

### 2.1. La réforme de 1945 et son application : de promesses en désillusions

Les lendemains de la Libération sont l'occasion d'une réflexion sur les conditions d'incarcération qui aboutit à la poursuite d'une nouvelle réforme pénitentiaire. Une commission, composée de magistrats, souvent anciens déportés, et présidée par Paul Amor, premier directeur de l'Administration Pénitentiaire, propose quatorze principes dits "réformateurs"<sup>247</sup>. Le premier principe reflète la philosophie d'ensemble de la réforme, tandis que le secteur médical fait l'objet d'un principe à part entière, signe de l'importance que les "réformateurs" lui attribuaient :

*"Principe 1er* : La peine privative de liberté a pour but essentiel l'amendement et le reclassement social du condamné.

*Principe 10* : Dans tout établissement pénitentiaire doit fonctionner un service social et médico-psychologique."

Michel Foucault estime que ces deux principes de 1945 rappellent étrangement des principes affirmés dès le XIX<sup>ème</sup> siècle, quant au rôle de la prison et à l'utilité du corps médical, à savoir le *principe de correction* et le *principe du contrôle technique de la détention* :

"L'amendement du condamné comme but principal de la peine est un principe sacré dont l'apparition formelle dans le domaine de la science et surtout dans celui de la législation est toute récente" (*Congrès Pénitentiaire de Bruxelles*, 1847). (...)

Ferrus, en 1850, à propos du médecin de prison : "Son concours est utile avec toutes les formes d'emprisonnement... nul ne pourrait posséder plus intimement qu'un médecin la confiance des détenus, mieux

---

<sup>247</sup>Jean Pinatel présente ces quatorze principes et en étudie la postérité dans "La crise pénitentiaire", *L'Année Sociologique*, 1973, vol. 24, pp. 13-67



connaître leur caractère, exercer une action plus efficace sur leurs sentiments, en soulageant leurs maux physiques et en profitant de ce moyen d'ascendant pour leur faire entendre des paroles sévères ou d'utiles encouragements".

cité in Michel Foucault, *Surveiller et Punir*, Paris, Gallimard, 1975, pp. 274-275

“Mot à mot, d’un siècle à l’autre, les mêmes propositions fondamentales se répètent. Et se donnent chaque fois pour la formulation enfin acquise, enfin acceptée d’une réforme toujours manquée jusque-là” écrit Michel Foucault, qui parle de “la répétition d’une réforme qui est isomorphe, malgré son idéalité, au fonctionnement disciplinaire de la prison”<sup>248</sup>. Nous sommes tentés de nous détacher des propos de Foucault, au moins sur deux points : le constat d’une part, l’interprétation d’autre part.

Tout d’abord, l’idée d’une homologie entre le Principe 10 de la réforme de 1945 et les propos de Ferrus en 1850 constitue plus un tour de force rhétorique que le constat d’une réelle similitude : en d’autres termes, le rapprochement entre un principe d’ordre réglementaire avec la déclaration isolée d’un médecin paraît injustifié. Par ailleurs, le caractère mécanique de la liaison que Foucault établit entre la dimension disciplinaire de la prison et l’impossibilité de sa réforme apparaît contestable, car il est posé plus comme un postulat que comme un résultat. Il convient plutôt de s’interroger sur les difficultés de la réforme des prisons, sans en faire un simple produit mécanique de la dimension disciplinaire de la prison. Cette critique de la thèse foucauldienne vise à dire que l’on ne peut pas *a priori* postuler une forme d’immobilisme de la prison et qu’il faut se ranger à l’hypothèse que la prison *peut* avoir changé. Il doit être clair ici que cette hypothèse ne sous-entend pas que la prison a changé.

Pour revenir à la réforme de 1945, il convient de reconnaître que le *Principe 10*, moins prescriptif qu’optatif, n’a pas en lui-même constitué une révolution dans l’organisation des services de santé en milieu carcéral. Par exemple, si le *Code de la Santé Publique* de 1945 prévoit le dépistage des maladies contagieuses en milieu carcéral, il faut attendre 1959 pour voir le *Code de Procédure Pénale* modifier ses dispositions concernant l’hygiène et l’organisation sanitaire dans les établissements pénitentiaires. Claude Faugeron et Jean-Michel Le Boulaire notent par ailleurs que l’inspiration de la réforme de 1945 reste beaucoup plus religieuse et morale que médicale :

---

<sup>248</sup>Michel Foucault, 1975, *Surveiller et Punir*, Paris, Gallimard, pp. 275-276

“Si le langage utilisé par les promoteurs de ce modèle multiplie les métaphores médicales (contagion, désintoxication, traitement...) à la façon des hygiénistes du XIX<sup>e</sup> siècle, il ne faut pas s’y tromper : il ne s’agit pas de soigner mais d’éduquer par la mise en oeuvre des trois vertus théologiques, la Foi, l’Espérance et la Charité. Le vocabulaire employé, notamment par P. Cannat, principal artisan de ce modèle, renvoie beaucoup plus à une origine religieuse qu’à une imprégnation par des théories médico-psychologiques.”

C. Faugeron et J.-M. Le Boulaire, “La création du service social des prisons et l’évolution de la réforme pénitentiaire en France de 1945 à 1958”, *Déviance et Société*, 1988, vol. 12, n° 4, , pp. 343-344

Il reste que si le texte de la réforme de 1945 et son (in)application immédiate n’ont pas constitué de “révolution”, les rapports entre la prison et les professions de santé intervenant en prison ont fondamentalement évolué après la Libération. On voit ainsi se multiplier à partir des années 1950 des initiatives, certes éparses et éphémères, mais qui *a posteriori* apparaissent comme l’amorce de changements plus amples et cohérents. Les professions de santé ne font plus seulement que fantasmer le milieu pénitentiaire, elles s’intéressent de plus en plus à l’exercice en prison. C’est particulièrement visible dans le secteur psychiatrique qui jusqu’alors s’était construit hors et contre la prison.

Dans le domaine psychiatrique, on note d’abord la création en 1950 de deux établissements spécialisés destinés à des condamnés : le centre d’observation de Château Thierry et le centre de réadaptation de Haguenau<sup>249</sup>. Parallèlement sont créées quatorze annexes psychiatriques dans des maisons d’arrêt : Rennes en 1947, Fresnes en 1950, Lyon en 1950, ... Ces annexes sont chargées du dépistage et du traitement des délinquants ayant des déficiences mentales. Le manque de personnel et de crédits aboutit dès le milieu des années 1950 à la fermeture de la plupart de ces annexes.

Les circulaires de 1967 et 1977 “mettaient les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, dans le droit commun des secteurs de psychiatrie générale et mettaient fin à une longue série d’expériences plus ou moins fugaces dont les premières, initiées avant guerre, un petit peu à la suite des laboratoires d’anthropologie criminelle du début du siècle, avaient été suivies, dans l’euphorie de l’après guerre et de la réforme Amor qui prévoyait un centre médico-psychologique dans chaque établissement pénitentiaire, de la création d’annexes psychiatriques dont peu résistèrent au manque de moyens, jusqu’à ce que certaines DDASS donnent quelques subsides vers les années 60 (...)”

Dr Jacques Laurans, “Les S.M.P.R., contexte et évolution”,  
in O. Dormoy (dir.), *Soigner et/ou punir*, 1995, p. 40.

Néanmoins, il faut nuancer le constat d’échec lié au caractère éphémère ou velléitaire des initiatives psychiatriques. Tout d’abord, cet échec reflète plus largement la faible organisation de la psychiatrie en France jusque dans les années 1960 (la sectorisation psychiatrique) : la psychiatrie en milieu pénitentiaire n’apparaît dans les années 1950 guère moins organisée que l’ensemble de la

---

<sup>249</sup>Nous nous référons ici à Michel David, *Psychiatrie en milieu pénitentiaire*, Paris, PUF, 1993, pp 18-19

psychiatrie en France. Par ailleurs, les initiatives des psychiatres montrent une première forme de mise en pratique des discours : jusqu'alors, les déclarations de principe restaient proprement de l'ordre de la théorie ou de l'idéalisme. Plus encore, l'entrée des psychiatres en prison est un symbole de leur reconnaissance progressive et de leurs poids croissant dans la sphère médicale : ils pénètrent dans la prison, assurés de leur spécialité, et avec la perspective d'étendre la psychiatrie au delà du seul traitement de la folie. La prison commence ainsi à être traversée par un courant psychiatrique qui échappe aux logiques propres au milieu pénitentiaire.

Dans une perspective proche, on voit se mettre en place les germes d'une autonomisation des médecins intervenant en prison, à travers un fossé grandissant entre les aspirations des médecins intervenant en prison et les attentes des représentants de l'Administration Pénitentiaire. Comme le rappelle Jean Pinatel<sup>250</sup>, ces derniers considèrent généralement les médecins et les infirmiers intervenant en prison non comme des "cliniciens" mais comme des intervenants "correctionnalistes" mus par une idéologie philanthropique et humaniste, tels les aumôniers, les visiteurs de prison ou les éducateurs, et à qui il convient de rappeler les règles du fonctionnement pénitentiaire. Au contraire, les infirmiers, et plus encore les médecins, cherchent alors à s'imposer en tant que cliniciens, sur des bases strictement techniques, de par leur qualification et leur compétence, et non de par leur humanisme et leur charité. Les contraintes imposées par l'Administration Pénitentiaire sont alors plus difficiles à tolérer, et ce d'autant plus que les médecins en général sont en train de se faire reconnaître une large autonomie professionnelle dans la société française. On peut rappeler ici la création du Conseil de l'Ordre des Médecins par l'ordonnance du 24 septembre 1945, Conseil qui constitue l'un des fondements de la reconnaissance sociale des médecins comme "professionnels", ou encore comme des acteurs autonomes. En prison aussi, les médecins, qui sont officiellement affiliés au Conseil de l'Ordre mais qui ont peu de contacts avec ses représentants, voudraient obtenir cette autonomie professionnelle au travers de laquelle leurs confrères en milieu libre définissent leur professionnalité.

On voit ici que l'après-guerre de la santé en milieu pénitentiaire ne s'inscrit pas dans la lignée du XIXème siècle et de la première moitié du XXème siècle. Certes, la prison reste alors totale car elle ne laisse peu ou pas d'autonomie à des tiers extérieurs. Certes, la prison reste totalitaire parce qu'elle ne reconnaît pas un réel droit à la santé des détenus, parce qu'elle ne leur garantit pas tout au moins un réel accès. Mais les formes de professionnalisation des médecins et des infirmiers commencent à remettre en cause les dimensions totalisante et totalitarisante de la prison. Les

---

<sup>250</sup>Jean Pinatel, "La crise pénitentiaire", *L'Année Sociologique*, 1973, vol. 24, pp. 13-67

médecins intervenant en prison sont de plus en plus contrariés, non pas parce qu'ils ont des aspirations philanthropiques non satisfaites, mais parce qu'ils voudraient s'imposer en tant qu'acteurs autonomes, "professionnels", tels les médecins en milieu libre. L'exercice en milieu pénitentiaire devient problématique à leurs yeux car il tend à accroître l'écart qui sépare les médecins qui interviennent en prison du reste des médecins. La prison constitue à partir de ce moment une faille dans le corps médical entre un segment encore très contraint — les médecins intervenant en prison — et le reste de la profession médicale. Emerge ainsi un segment dans les professions de santé, non parce que les médecins et les infirmiers intervenant en prison se veulent différents, mais parce que leur milieu d'exercice en fait des acteurs résolument différents des médecins et des infirmiers intervenant en milieu libre. Les décennies suivantes peuvent alors se lire comme des tentatives des médecins et des infirmiers intervenant en prison de se raccrocher à une profession qui se construit en dehors d'eux. Les échecs répétés de ces tentatives feront de ces décennies des "années honteuses".

## **2.2. Les années 1960 et 1970 : de symboles en idoles**

Les années 1960 et 1970 voient se multiplier les actes et les initiatives symboliques, sans toutefois que l'organisation de la santé en milieu pénitentiaire soit profondément modifiée. Les initiatives restent velléitaires et partielles : velléitaires parce qu'elles aboutissent rarement, partielles parce que les quelques transformations ne touchent qu'une partie du secteur sanitaire, particulièrement le secteur psychiatrique. La nouveauté relève donc moins d'avancées réelles que de la multiplication des actes et des initiatives symboliques, censées atténuer l'écart grandissant entre la santé en milieu pénitentiaire et la santé en milieu libre.

Au rang de ces actes symboliques, on peut placer la création en 1960 d'un poste d'Inspecteur Général de l'Administration Pénitentiaire par le Garde des Sceaux Edmond Michelet. De même, le choix du Docteur Georges Fully pour occuper ce poste de coordonnateur des médecins en prison est particulièrement symbolique parce que ce dernier est un ancien résistant et déporté de Dachau.

“- Georges Fully, c'était un homme admirable que j'ai connu et respecté. Ancien résistant, il était engagé mais aussi responsable ; là encore, il résistait, au sens premier du terme. Il voulait rendre la médecine pénitentiaire la plus humaine possible en la rendant la plus responsable. C'était un idéologue, qui ne cherchait pas à haranguer les journalistes. Il rappelait combien était difficile le rôle de médecin en milieu pénitentiaire, par exemple, pour les grâces, avec les pressions extraordinaires qui pouvaient s'exercer sur lui, engageant une réelle responsabilité. Or, la responsabilité, ce n'est pas quelque chose qui se partage. C'est peut-être pour cela qu'il a été assassiné.”

Entretien avec un praticien hospitalier

Dès sa nomination, Fully stigmatise les manques de moyens tant en matériel qu'en personnel, déplore le peu de "temps médical" et de personnel paramédical qualifié pour assurer les soins élémentaires en prison, et réclame une augmentation substantielle de la ligne budgétaire allouée au secteur médical dans le budget du Ministère de la Justice. Mais cette revendication n'aboutit pas. La réforme du secteur sanitaire n'apparaît toujours pas prioritaire, comme le rappelle ce témoignage de Joseph Rovin, directeur de l'Administration Pénitentiaire à la même époque :

"Avec Fully, nous traçâmes les lignes d'une réforme, que la guerre d'Algérie et le surpeuplement des prisons qui en fut la conséquence, arrêtaient aux premières mesures (...) Préalable à toute réforme d'envergure, Fully entreprit la réorganisation du service de santé avec des moyens dérisoires, sans cesse interrompue par des missions en Algérie. (...) Plus tard ce que nous avons commencé fut en grande partie stoppé et démoli."

*Le Monde*, 27 juin 1973

Sans augmentation de moyens, les projets de l'Inspecteur Général de l'Administration Pénitentiaire tournent court. Au quotidien, l'insuffisance des financements de la santé en milieu carcéral se concrétise par une forme de sous-développement, sinon de sclérose, des secteurs de santé dans la plupart des établissements pénitentiaires.

"La pauvreté redoutable des prisons a rendu très difficile l'équipement en instruments médicaux. (...) La prison accueillerait volontiers le bon docteur d'antan, muni des seuls moyens naturels d'exploration clinique : les yeux pour examiner, les mains pour palper, l'oreille pour ausculter, tout juste aidé d'un stéthoscope et d'un tensiomètre. Il fut même un temps où le praticien devait apporter ses appareils personnels."

Daniel Gonin, *La santé incarcérée*, 1991, p. 80

Par ailleurs, l'autonomie des "professionnels" de santé est faible. Tous ces professionnels sont alors recrutés par l'Administration Pénitentiaire, vacataires de l'Administration Pénitentiaire et révocables par l'Administration Pénitentiaire. Le décret de 1967 qui crée les Centres Médico-Psychologiques Régionaux entérine par exemple la soumission des psychiatres au chef de l'établissement pénitentiaire, en affirmant leur "subordination hiérarchique". Au quotidien, cette subordination se concrétise par la présence de surveillants pendant les consultations (à l'encontre du principe déontologique du colloque singulier), ou par des demandes de prescription de soins de la part des chefs d'établissement, comme le rappellent ces citations de deux médecins qui intervenaient alors en maison d'arrêt :

"Le médecin n'avait pas le droit de consulter seul. Héritier d'une médecine minimale, il aurait dû se contenter, flanqué d'un surveillant et muni de son seul ordonnancier, de voir défiler devant sa table les détenus, debout en file indienne, pressés de décrire brièvement leurs maux. Cette situation était contraire à plusieurs des principes fondamentaux de l'exercice médical, parmi lesquels le colloque singulier, le libre consentement du malade et le

secret professionnel. La présence du surveillant qui, prétendait-on, assurait la protection du médecin ou de l'infirmière, se justifiait en réalité par le principe absolu de ne jamais perdre de vue le détenu.”

Daniel Gonin, *La santé incarcérée*, 1991, p. 72

“ Le psychiatre était vécu alors comme le substitut du mitard, qui apportait avec ses moyens médicamenteux une solution idéale pour l'Administration Pénitentiaire. Il fallait absolument éviter d'apparaître comme un auxiliaire de l'administration, (...) mais notre fonction devenait gênante, elle faisait apparaître les aspects pathogènes du système.”

Paul Hivert, “Trente ans de prison”, *Perspectives psychiatriques*, n° 19/4, 1989, pp. 222-228<sup>251</sup>

La prison reste ainsi une institution totale si on la regarde à travers le prisme de la santé. L'autonomie des acteurs de santé, médecins et infirmiers, est faible. Il est d'ailleurs symbolique que la dénomination “Inspecteur Général de l'Administration Pénitentiaire” ne comportât pas le terme “médecin” : la disparition nominale de la profession sous la fonction symbolisait la faiblesse de l'autonomie des médecins en prison. La prison reste aussi une institution “totalitaire”, au sens où nous l'avons défini dans le premier chapitre. Le quotidien de la prison est loin du voeu énoncé par le Président de la République Valéry Giscard d'Estaing le 25 juillet 1974 dans une visite voulue symbolique dans les prisons de Lyon : “La pratique interne de la vie pénitentiaire ne doit pas ajouter d'autres sanctions à la détention”. Au contraire, le droit des détenus à la santé, dont ils ne sont pourtant pas juridiquement privés, reste très limité.

Faut-il voir dans cette situation une énième manifestation de l'isomorphisme entre la philanthropie des réformes et le fonctionnement disciplinaire de la prison ? En fait, le projet de Fully se distingue nettement de ceux des philanthropes du XIXème siècle : le voeu de réforme est ici avancé non plus par des idéologues extérieurs au champ pénitentiaire mais par un médecin inspecteur qui représente les médecins qui interviennent effectivement en milieu carcéral. Le principal enjeu est alors pour ces médecins de lutter contre l'écart grandissant entre leurs conditions d'exercice et celles de leurs confrères hospitaliers, et par là de lutter contre la formation progressive et à leur insu d'un segment professionnel “au rabais”. Le développement des discours sur la déontologie est le principal symbole de cette lutte.

---

<sup>251</sup> cité in Didier Seyler, 1993, *Médecine et prison en 1993*, Thèse de doctorat, Santé Publique, Paris V, p. 14

Le 19 décembre 1972, Fully et d'autres médecins intervenant en milieu pénitentiaire remettent au Garde des Sceaux une motion rappelant leur indépendance professionnelle et leur volonté de respecter la déontologie :

“Médecins des prisons, ils réaffirment leur indépendance professionnelle et leur choix délibéré d'assister leurs malades dans le respect de la déontologie médicale traditionnelle. Compte tenu des données actuelles des sciences médicales qui intègrent les sciences humaines et relationnelles pour soigner le malade en tant qu'individu et en tant que membre du corps social, 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.”

*Journées européennes de médecine pénitentiaire*, Conseil de l'Europe, déc. 1972, in Ministère de la Justice, Direction de l'Administration Pénitentiaire, *Etudes et Documents*, 1974, p. 68

Quelques années plus tard, c'est le médecin Solange Troisier, qui a remplacé Georges Fully au poste d'inspecteur général de l'Administration Pénitentiaire en 1973, qui est à l'origine d'un serment professionnel propre aux médecins intervenant en milieu pénitentiaire (le serment d'Athènes) :

“Nous, membres de professions de santé exerçant dans les prisons, réunis à Athènes le 10 septembre 1979, prenons l'engagement, dans l'esprit du serment d'Hippocrate, de prodiguer les meilleurs soins possibles à ceux qui sont incarcérés à quelque titre que ce soit, sans porter atteinte au respect de nos éthiques professionnelles respectives.”

in Solange Troisier, “Médecine pénitentiaire et Droits de l'Homme”, *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, tome 177, juin 1993, p. 1004

Il est intéressant de repérer le moment historique où sont convoqués les discours sur la déontologie des médecins intervenant en prison : un moment où l'écart entre les conditions d'exercice en milieu carcéral et celles du milieu libre (particulièrement le milieu hospitalier) apparaît maximal. Les années 1970 sont pour la santé en milieu pénitentiaire des “années noires”, moins parce qu'il y aurait eu une détérioration des conditions d'exercice par rapport aux décennies précédentes, mais parce que l'écart avec le milieu libre est de plus en plus visible. Les marges d'autonomie, les rémunérations, les modes de recrutement font des médecins intervenant en prison des “sous-médecins”, surtout aux yeux de leurs confrères. C'est dans les années 1970 que naît ainsi un slogan, récurrent depuis lors, chez les médecins intervenant en prison : “La médecine en milieu pénitentiaire, ce n'est pas une sous-médecine”. Cette proclamation vise assurément moins les représentants de l'Administration Pénitentiaire que les “confrères médecins”. L'enjeu des discours déontologiques apparaît ainsi essentiellement identitaire pour des médecins qui se sentent

marginalisés, oubliés et qui ne veulent pas constituer un segment particulier, qui serait nécessairement alors un segment au rabais, étant données leurs conditions d'exercice.

Si l'on se place maintenant du point de vue des médecins intervenant en milieu libre, peu de sources écrites permettent d'attester un sentiment de supériorité ou de dédain vis-à-vis des médecins intervenant en prison. Une première raison à cette absence est que ce sentiment, s'il pouvait être ressenti ou exprimé en cercles fermés, ne pouvait être publicisé sans remettre en cause l'homogénéité de ce qu'il est alors convenu d'appeler le corps médical, les "confrères". Au moins officiellement, le corps des "médecins" ne connaît pas alors de fractures internes. L'article 50 du *Code de Déontologie Médicale* du 28 juin 1979 rappelait d'ailleurs expressément le principe selon lequel "les médecins se doivent une assistance morale. Un médecin qui a un dissentiment avec un confrère doit chercher la conciliation (...). Il lui est interdit de calomnier un confrère, de médire de lui, ou de se faire l'écho de propos capables de lui nuire dans l'exercice de sa profession."<sup>252</sup>. Autrement dit, l'absence de discours attestant de la dévalorisation de l'exercice en milieu pénitentiaire renvoie d'abord à l'image que la profession médicale veut donner d'elle-même : une profession une et indivisible. Il reste que le *Code de Déontologie* de 1979 énonce pour la première fois un article visant spécifiquement l'exercice de la médecine en milieu carcéral :

"Un médecin sollicité ou requis pour examiner une personne privée de liberté ou pour lui donner des soins ne peut, directement ou indirectement, serait-ce par sa seule présence, favoriser ou cautionner une atteinte à l'intégrité physique ou mentale de cette personne ou à sa dignité. S'il constate que cette personne a subi des sévices ou des mauvais traitements il doit, sous réserve de l'accord de l'intéressé, en informer l'autorité judiciaire."

Article 8 du *Code de Déontologie Médicale*, Décret n° 79-506 du 28 juin 1979

L'irruption d'un principe spécifique au milieu carcéral, qui plus est dans les premiers articles du *Code* (ce qui symbolise son importance), atteste peut-être d'un intérêt croissant du corps médical et du Conseil de l'Ordre pour l'exercice de la médecine en milieu pénitentiaire. On peut aussi penser que c'est un rappel à l'ordre implicite adressé aux professionnels intervenant en prison. Aux yeux du corps médical, la présence de cet article entérine par ailleurs la spécificité du milieu carcéral, en tant que milieu d'exercice différent et propice aux dérives déontologiques. On voit ainsi que le prisme de la prison permet de repérer certains modes d'organisation de la profession médicale ou encore les façons qu'elle a de se présenter et de se représenter.

Le prisme de la prison permet aussi de repérer les enjeux liés à la structuration des secteurs somatique et psychiatrique. Pour comprendre ces enjeux, il faut d'abord rappeler les avancées

---

<sup>252</sup>in Raymond Villey, *Déontologie médicale*, Paris, 1982, p. 13



institutionnelles du secteur psychiatrique en prison. Un nouveau cadre réglementaire (décret de 1967) crée, sur le modèle du Centre médico-psychologique pénitentiaire régional de La Santé (créé en 1960), les Centres Médico-Psychologiques Régionaux (CMPR) avec le soutien des DDASS : il s'agit d'inscrire le milieu pénitentiaire dans le cadre des secteurs psychiatriques. Le secteur psychiatrique en milieu pénitentiaire bénéficie aussi de l'arrêté du 12 mai 1969 donnant l'appellation d'"infirmiers psychiatriques" à ceux que l'on appelait autrefois familièrement les "gardiens d'asile". Ces avancées comblent alors un déséquilibre présent depuis les origines de la prison moderne, entre la présence des professionnels généralistes et celle des professionnels psychiatriques. La résorption du déséquilibre ne dissipe pas pour autant la profonde dichotomie des secteurs somatique et psychiatrique en prison.

Comment expliquer cette dichotomie à l'intérieur du milieu pénitentiaire entre secteur psychiatrique et secteur somatique ? Cette dichotomie est d'abord présente en milieu libre : les dynamiques internes au milieu pénitentiaire ne font que refléter des dynamiques globales et sociales. Dans les années 1960, le développement de la sectorisation a profondément renouvelé les méthodes de la médecine mentale, en redéfinissant les formes d'accueil des malades mentaux. Les actions et les représentations des psychiatres en sortent profondément modifiées. On retrouve ici une hypothèse avancée par Albert Ogien et Michael Toledo<sup>253</sup>, selon laquelle l'évolution de la psychiatrie, plus que celle des autres spécialités médicales, a toujours plus procédé des transformations affectant les conditions techniques de son exercice que des avancées de la clinique. Or, les CMPR sont créés dans la dynamique générale des annexes et des secteurs psychiatriques : les établissements pénitentiaires font intégralement partie de la sectorisation psychiatrique. L'hypothèse que le renouvellement des actions et des représentations des psychiatres en milieu pénitentiaire puisse être expliqué par les effets de la nouvelle politique de sectorisation n'est donc pas à exclure. Mais elle ne saurait être suffisante.

Nous rejoignons là encore une hypothèse d'Albert Ogien et Michael Toledo selon lesquels "les pratiques quotidiennes en matière de soins psychiatrique dépendent plus de processus de différenciation professionnelle opérant à un niveau local que de la mise en oeuvre de prescriptions contenues dans les textes officiels"<sup>254</sup>. Nous exploiterons pleinement cette hypothèse en étudiant précisément les actions et les représentations des psychiatres, mais on peut d'ores et déjà noter l'importance de l'échelon local et des clivages internes pour expliquer le différentiel de "croissance" et d'aspirations entre le secteur somatique et le secteur psychiatrique en milieu

---

<sup>253</sup>Albert Ogien et Michael Toledo, "Les métiers de psychiatrie, Notes sur la notion d'autonomie professionnelle", in Pierre Aïach et Didier Fassin, 1994, *Les métiers de la santé, Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos, pp. 161-180

pénitentiaire : les psychiatres semblent avoir très tôt, et beaucoup plus que les somaticiens, engagé des conflits ouverts sur le terrain, avec les directions locales d'établissement. La résistance des psychiatres a été plus précoce que la résistance des médecins somaticiens : les psychiatres ont été par exemple les premiers à dénoncer la présence des surveillants dans les cabinets de consultation. Comme nous aurons l'occasion de l'étudier, cela peut s'expliquer par les différents modèles thérapeutiques et par les différents seuils d'acceptation des contraintes du milieu pénitentiaire : tandis que la plupart des somaticiens acceptent ces contraintes tant qu'elles ne les empêchent pas de pratiquer une médecine de l'organe, les psychiatres refusent toute perturbation dans la relation qui les lie au patient.

Quelle que soit l'explication avancée, il est clair que les psychiatres, sont rentrés plus tôt en conflit avec l'Administration Pénitentiaire que leurs confrères généralistes. Ces conflits leur permettent d'obtenir en 1977 un nouveau décret les libérant de leur subordination hiérarchique au directeur d'établissement (tout en confirmant leur statut de vacataires de l'Administration Pénitentiaire), tandis que les somaticiens multiplient encore les déclarations symboliques sur le nécessaire respect de la déontologie.

A la fin des années 1970, l'étude du secteur de la santé en milieu pénitentiaire offre un double enseignement. D'une part, la prison apparaît comme une institution totale et totalitaire, immuablement totale et totalitaire. D'autre part, l'étude des professions de santé montre deux fractures importantes : la première entre le secteur somatique et le secteur psychiatrique, la seconde entre les professionnels intervenant en prison et ceux qui interviennent en milieu libre. Plus qu'un symbole de la volonté des médecins et des infirmiers de détotaliser et détotalitariser la prison, le discours sur la déontologie apparaît alors comme une sorte d'idole, servant à masquer ces divisions grandissantes.

### **2.3. Les années 1980 : les germes d'une réforme**

Les années 1980 constituent assurément une rupture dans l'histoire de la santé en prison car elles ont été marquées par plusieurs décisions importantes qui indiquent un début de détotalisation et de détotalitarisation de la prison. On peut d'abord observer les évolutions du système de santé à laquelle ont droit les détenus. Si le Droit à la santé n'est pas redéfini, les conditions de son application sont en effet profondément modifiées.

Tout d'abord, il faut noter le renforcement des moyens financiers consacrés à la santé en milieu carcéral<sup>255</sup>. En une décennie (de 1980 à 1990), les dépenses liées aux rémunérations des infirmières et des médecins ont doublé ; les dépenses globales ont même triplé, alors que le nombre de jours d'hospitalisation de personnes détenues a décliné (nb : la force de l'augmentation peut en partie s'expliquer par la faiblesse des dépenses de santé à la fin des années 1970).

	1980	1985	1990
Jours de détention	14 533 334	15 421 506	16 850 335
Jours d'hospitalisation	55 696	43 832	47 863
<b>TOTAL</b>	14 589 030	15 465 338	16 898 198
Dépenses infirmières	17 199 513	30 243 205	38 130 153
Dépenses médecins	14 560 424	25 093 169	35 227 165
Frais médicaux	46 948 327	101 020 850	143 388 936
Hôpital de Fresnes			61 370 430
<b>TOTAL</b>	78 708 264	156 357 224	278 116 684

Ce renforcement des moyens financiers s'accompagne de mesures statutaires "révolutionnaires", au regard de l'histoire de la santé en milieu pénitentiaire. La première "révolution" date de 1984 avec le transfert de la mission de contrôle sanitaire en milieu carcéral, de l'Inspection Générale de l'Administration Pénitentiaire à l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS). Ce transfert est une première forme de détotalisation de la prison : pour la première fois, ce sont des personnels indépendants de l'Administration Pénitentiaire qui sont chargés du contrôle de l'hygiène et de l'organisation générale des soins en milieu carcéral. Concrètement, le décret n° 84-77 du 30 janvier 1984 semble autoriser un regard extérieur et "neutre" :

"Pour la première fois on confie le contrôle des professions de santé dans les milieux pénitentiaires à l'IGAS qui est habilitée à faire ces contrôles. Jusqu'à présent, rien ne sortait des murs, rien ne sortait de la maison, si j'ose dire, puisque là, la personne habilitée était un médecin, payé par l'Administration Pénitentiaire, donc à la fois juge et partie. Dès que l'IGAS "met son nez dans les affaires", dégingolent rapport sur rapport sur l'état des infirmeries, l'insuffisance des moyens, etc."

Michèle Colin, "Pourquoi une réforme sur la santé ?", in actes du colloque *Vers une santé libérée ?*, novembre 1995, p. 36

Ce transfert de compétence, lié conjoncturellement à un scandale sur l'attribution de grâces médicales mettant en cause l'Inspecteur Général de l'Administration Pénitentiaire<sup>256</sup>, symbolise plus largement la volonté des médecins intervenant en prison que le médecin chargé de les

<sup>255</sup>d'après des sources de l'Agence Comptable du Trésor, in *Rapport du Haut Comité de la Santé Publique*, "La santé en milieu carcéral", janvier 1993

<sup>256</sup>Solange Troisier explique sa mise à l'écart, due, selon elle, à des raisons politiques et à l'affaire Kechichian, dans *J'étais médecin des prisons, L'affaire des grâces médicales*, 1985, Paris, La Table Ronde

représenter et de les contrôler ne soit plus lui-même vacataire de l'Administration Pénitentiaire. L'enjeu est, comme le reconnaît un médecin, intervenant depuis dix ans en maison d'arrêt, d'être "relié à la médecine, au corps médical *tout entier*", d'entamer des "retrouvailles avec le Ministère de la Santé" :

"- C'est certain que l'IGAS a beaucoup joué en notre faveur. Cela nous a relié à la médecine, au corps médical tout entier. Nous étions sous la même surveillance, puisque l'IGAS, c'est ce qui surveille l'exercice médical et les conditions de cet exercice. Le fait d'être inspecté comme n'importe qui, même s'il y avait des différences énormes entre un service médical extérieur et les services pénitentiaires, c'était le commencement des retrouvailles avec le Ministère de la Santé."

Entretien avec un médecin intervenant depuis 20 ans en maison d'arrêt

L'IGAS prend alors deux décisions essentielles qui symbolisent ses nouvelles compétences. Elle décide la fermeture de la prison-hôpital des Baumettes à Marseille pour des raisons d'insalubrité et la transformation de l'hôpital de Fresnes en l'"Etablissement d'Hospitalisation Public National de Fresnes (EHPNF) spécifiquement destiné à l'accueil des personnes incarcérées", sous double tutelle, justice et santé, et appelé communément "hôpital pénitentiaire". Le personnel soignant est sous l'autorité du Ministère de la Santé et le budget est séparé des autres établissements pénitentiaires. C'est un autre symbole de la détotalisation de la prison, ou encore de l'intervention de professionnels réellement extérieurs à l'Administration Pénitentiaire.

Plusieurs avancées renforcent d'ailleurs ce début de détotalisation. En 1986, c'est en effet le secteur psychiatrique qui se trouve profondément réformé, avec la création des secteurs de psychiatrie pénitentiaire et des Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR) qui viennent remplacer les anciens CMPR (décret du 14 mars 1986 et arrêté du 14 décembre 1986) :

"Dans chaque région pénitentiaire sont créés un ou plusieurs secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, rattachés pour chacun à un établissement hospitalier public (...). Chacun de ces secteurs comporte notamment un service médico-psychologique régional aménagé dans un établissement pénitentiaire et qui peut assurer en outre, par convention avec le représentant de l'Etat, une mission de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (...). Le secteur est placé sous l'autorité d'un psychiatre hospitalier (...) assisté d'une équipe pluridisciplinaire relevant du centre hospitalier de rattachement."

Décret n° 86-802 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique

Les SMPR et les antennes de lutte contre la toxicomanie qui en dépendent sont détachées par les hôpitaux publics psychiatriques et leurs personnels ne sont plus vacataires de l'Administration Pénitentiaire. Dans une logique semblable, l'organisation des soins somatiques dans les nouveaux

établissements pénitentiaires du programme 13 000<sup>257</sup> (lancé en 1987) est confiée à des personnels qui ne sont pas vacataires de l'Administration Pénitentiaire. Enfin, en 1988-1989, pour contrecarrer le développement du SIDA, sont mises en place des conventions entre les établissements pénitentiaires et les Centres d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine (CISIH). Ces conventions constituent la première manifestation d'une autonomie du secteur somatique. En effet, les CISIH ne dépendent que des hôpitaux publics et les consultations de leurs personnels en milieu carcéral sont financées par la Direction des Hôpitaux. Ces différentes initiatives symbolisent les germes d'une détotalisation de la prison, ou encore de ce que l'Administration Pénitentiaire appelle son "décloisonnement" :

"L'Administration Pénitentiaire abandonne donc un peu de son fantasme de toute puissance et le Ministère de la Justice, car c'est lui qui a porté ce discours, reconnaît qu'elle n'est ni omnisciente ni omnipotente dans la prise en charge des détenus et qu'il y a des choses qu'elle ne sait pas faire et qu'elle doit déléguer à d'autres services publics plus compétents en la matière."

Michèle Colin, "Pourquoi une réforme sur la santé ?", in actes du colloque *Vers une santé libérée ?*, novembre 1995, p. 37

Michèle Colin, magistrat qui a dirigé de 1990 à 1994 le bureau des actions sanitaires et de la lutte contre la toxicomanie au sein de l'Administration Pénitentiaire, explique ici le décloisonnement des prisons par une prise de conscience par cette même administration des limites de son action. Il faut rappeler ici que cette prise de conscience, loin d'être naturelle et spontanée, a été largement provoquée par les scandales liés à l'épidémie du SIDA et aux collectes de sang en prison. Les sociologues Philippe Bertaux et Françoise Sanchez rappellent ainsi que "l'irruption de l'épidémie à VIH dans le monde carcéral à partir des années 1985 a agi à la fois comme révélateur des contradictions de la prison ainsi que des carences de la médecine pénitentiaire et comme un dynamiseur d'interventions novatrices internes et externes à l'institution."<sup>258</sup>

Il est clair que les débuts d'une détotalisation de la prison ont aussi permis d'améliorer l'accès aux soins et la qualité des soins des détenus. Détotalisation et détotalitarisation vont en partie de pair. Ceci dit, il convient de ne pas exagérer ni cette détotalisation, ni une détotalitarisation qui voudrait que l'accès aux soins des détenus soit semblable à celui à l'accès en milieu libre.

En effet, plusieurs traits rappellent les limites des évolutions observées dans les années 1980. Nous dégagerons ces principaux traits dans la prochaine partie, mais l'on peut d'ores et déjà évoquer deux traits car ils symbolisent la façon dont se structurent alors les professions de santé. Le premier

---

<sup>257</sup>Établissements construits dans le cadre de la loi du 22 juin 1987 et dont la gestion du fonctionnement est en partie confiée à des entreprises du secteur privé, sauf pour les quelques établissements repris en régie directe.

<sup>258</sup>Philippe Bertaux, Françoise Sanchez, *La prise en charge de l'infection à VIH en milieu carcéral : étude sur quatre*  
196

trait est l'opposition interne au milieu pénitentiaire entre le secteur somatique et le secteur psychiatrique. En effet, si le pôle psychiatrique obtient en 1986 une réelle autonomie institutionnelle vis-à-vis de l'Administration Pénitentiaire en étant rattaché aux hôpitaux publics, le pôle somatique reste en marge de cette "révolution statutaire". Les médecins — généralistes et spécialistes — et les infirmiers qui interviennent dans le pôle somatique sont vacataires de l'Administration Pénitentiaire. En 1986 est donc légitimée, mieux légiférée, l'opposition entre un pôle psychiatrique doté d'une réelle autonomie institutionnelle et un pôle somatique dépendant de l'Administration Pénitentiaire, notamment par le biais des vacations. L'homogénéité des actions et des représentations des professionnels de santé intervenant en prison apparaît d'ores et déjà comme un leurre que les étiquettes "médecins" et "infirmiers" contribuent à produire. La fracture somatique / psychiatrique est alors un facteur déterminant de division interne du groupe des médecins et des infirmiers, parce qu'elle renvoie à des statuts différents.

Le second trait concerne les rapports entre les professionnels de santé intervenant en milieu pénitentiaire et ceux qui interviennent en milieu libre. Malgré les évolutions des années 1980, le clivage reste très fort même s'il est souvent tu. La plupart des professionnels intervenant en milieu pénitentiaire continuent à revendiquer une appartenance à *la* médecine, une et indivisible. Ils se disent "médecins" ou "infirmiers" et refusent les étiquettes "médecins pénitentiaires" ou "infirmiers pénitentiaires". Il reste que du point de vue des médecins et des infirmiers intervenant en milieu libre, des symboles forts dévalorisent encore le type de médecine et de soins exercés en milieu pénitentiaire. Là encore, les critiques sont rarement explicites mais l'on peut lire en filigrane cette dévalorisation à travers certains débats, par exemple celui qui concerne l'hôpital de Fresnes. Durant les années 1980, les médecins de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris critiquent sa double tutelle, santé et justice, qui se concrétise sur le terrain, par la présence de surveillants dans ce qu'ils nomment la "prison-hôpital".

*"- Que pensez-vous de l'hôpital de Fresnes ?*

- Fresnes, c'est un hôpital pénitentiaire central qui reçoit des détenus de toute la France, et ce, dans des conditions totalement inacceptables. L'Assistance Publique voudrait bien récupérer cet hôpital pour en faire un réel hôpital public mais la Pénitentiaire ne veut pas car Fresnes reste un symbole. Le problème, c'est que les médecins ne proviennent pas de l'Assistance Publique et qu'il n'y a aucun contrôle sur eux. Les conditions de détention des personnes en transit sont déplorables. "

Entretien avec un praticien hospitalier

Les médecins de l'APHP voient en fait dans l'hôpital pénitentiaire de Fresnes, non la garantie donnée aux détenus d'un accès à des soins de qualité comme l'avait voulu le Garde des Sceaux Robert Badinter, mais le symbole de la soumission des médecins des prisons à l'Administration

Pénitentiaire. En effet, si les médecins intervenant en prison ont en théorie la possibilité de faire hospitaliser leurs patients dans les hôpitaux publics, dans les faits, ils ne le font que marginalement et “préfèrent” l’hôpital de Fresnes, avec des conditions de sécurité maximales. En fait, les directions locales des établissements pénitentiaires exercent de multiples pressions sur le corps médical, vacataire de l’Administration Pénitentiaire, pour que les détenus soient envoyés dans les hôpitaux pénitentiaires. Ces pressions sont particulièrement fortes lorsqu’il s’agit de détenus jugés dangereux et dans les maisons d’arrêt de la région parisienne. Dès lors, l’hôpital de Fresnes, doué en théorie d’une vocation médicale et nationale, devient un établissement plus sécurisé que médicalisé et un recours quasi incontournable, en matière d’hospitalisation, des médecins pénitentiaires de la région parisienne. Plus encore, il devient au sein de la “profession” médicale, le symbole de la soumission du corps médical intervenant en prison à l’Administration Pénitentiaire.

Les années 1980 marquent des infléchissements notables par rapport à l’organisation de la santé en prison mise en place dans les Trente Glorieuses. Si l’Administration Pénitentiaire est apparue depuis la Libération très rétive à l’idée de laisser à des tiers extérieurs une complète autonomie professionnelle, on voit en effet dans cette décennie les premiers germes d’une détotalisation de la prison, avec l’intervention progressive de professionnels qui ne sont plus vacataires de l’Administration Pénitentiaire, notamment dans le secteur psychiatrique. Par ailleurs, il est certain que l’accès des détenus aux soins et la qualité des soins s’améliorent durant cette période. Il reste que les évolutions ne sauraient masquer certaines permanences. Au delà du statut, l’autonomie des professionnels de santé n’est pas toujours garantie. Au delà d’un meilleur accès aux soins et d’une meilleure qualité de soins, le droit à la santé en milieu pénitentiaire reste encore souvent restreint par des conditions de la détention : le secret médical, la prescription de médicaments, les soins contraints, ... restent le quotidien d’une prison qui apparaît ainsi encore comme une institution totalitaire.

Ces évolutions et permanences de l’institution influent en retour sur le mode de structuration des professions de santé. D’une part, la cassure pôle somatique / pôle psychiatrique s’accroît : les seules différences statutaires font qu’il devient illusoire de parler d’une profession médicale ou d’une profession infirmière intervenant en prison. D’autre part, la cassure entre les professionnels intervenant en prison et leurs confrères en milieu libre, loin de se résorber, reste profonde. Les premiers cherchent à se rattacher aux groupes nominaux des “médecins” et des “infirmiers”, en niant la force du clivage milieu carcéral / milieu libre. Les seconds tendent par contre à relayer les professionnels de santé intervenant en prison au rang de “sous-médecins” et de “sous-infirmiers”. Les années 1990, socles de l’étude, ont-elles modifié cet état des lieux ?

### 3. La “révolution” des années 1990 ?

L'organisation des soins en prison a été profondément réformée par la loi du 18 janvier 1994 qui d'une part a étendu le bénéfice de la protection sociale à l'ensemble des détenus, d'autre part a transféré la prise en charge somatique du service public pénitentiaire au service public hospitalier. Ces deux décisions ont-elles profondément modifié, “révolutionné” les dimensions totalitaire et totale de la prison ? Pour ébaucher une première réponse à cette question, nous commencerons par dresser un état des lieux de la santé et des professions de santé avant cette loi puis essayerons de dégager les enjeux de cette loi.

#### 3.1. L'heure du bilan : les symboles d'une sous-médecine

Quels sont les contours de la santé et des professions de santé en prison au début des années 1990 ? En 1993 est publié un rapport extrêmement sévère du Haut Comité de la Santé Publique<sup>259</sup>.

“Le dispositif sanitaire actuel n'est pas à la hauteur des exigences précédemment évoquées malgré des avancées notables intervenues depuis quelques années. (...) L'absence de savoir-faire et de légitimité de cette administration (Administration Pénitentiaire) à concevoir des politiques de santé et à assurer le repérage systématique des besoins des détenus en la matière, le recours à des personnels sanitaires de statuts très disparates, la précarité de leurs modes de rémunération nuisent à la capacité des services médicaux des établissements pénitentiaires à assurer convenablement la continuité des soins et à définir un véritable projet de service dans l'établissement.”

*Santé en milieu carcéral*, Haut Comité de la Santé Publique, 1993, p. 23

Il est intéressant de s'interroger sur les enjeux de cette publication et première publicisation. Si c'est d'abord la responsabilité de l'Administration Pénitentiaire qui est mise en cause pour expliquer la faible qualité des soins en prison, il suffit de lire entre les lignes pour voir que la compétence des professionnels de santé intervenant en prison est aussi mise en cause : les arguments de la disparité des statuts et de la précarité des modes de rémunération visent la légitimité de certains professionnels intervenant en prison : les médecins sans thèse, les infirmières Croix-Rouge notamment, mais plus largement tous ces professionnels dont le corps médical doute qu'ils ont les compétences pour exercer à l'hôpital ou en milieu libre.

C'est donc la première fois qu'un rapport officiel, émanant de médecins, dresse un constat ouvertement critique, transgressant ce fameux principe déontologique qui empêche les médecins de

---

<sup>259</sup>*Santé en milieu carcéral : rapport sur l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus*, Haut Comité de la



se faire l'écho de propos qui peuvent nuire à leurs confrères. Il faut dire que l'état des lieux est alarmant : les activités médicales et soignantes semblent pénitentiarisées. Par "pénitentiarisation", on désignera ici une forme d'investissement du contenu des activités médicales et soignantes par des préoccupations d'ordre pénitentiaire. Il s'agit ainsi d'évoquer un enchevêtrement des logiques sanitaire et pénitentiaire, un déplacement, sinon un dédoublement de la fonction des activités sanitaires. Au début des années 1990, plusieurs rapports, articles et témoignages révèlent des "traitements inhumains et dégradants", des pratiques archaïques (comme les fioles pénitentiaires), des violations du secret médical. La médecine en prison apparaît comme une médecine au rabais, exercée par des professionnels très peu autonomes voire peu compétents. Ce sont les principaux symboles de cette sous-médecine que nous nous proposons d'évoquer.

### ***3.1.1. Les traitements inhumains et dégradants***

La pénitentiarisation des activités médicales et soignantes atteint sans doute son summum quand il est question de contention des détenus "agités" (par exemple, les camisoles chimiques), de situations de non respect du refus de soins (alimentation des grévistes de la faim) ou de "traitements inhumains et dégradants" (par exemple, accouchements de femmes détenues, menottées à leur lit).

Il faut noter la difficulté méthodologique liée à l'analyse de ces pratiques qui constituent des dérives déontologiques explicites. Les professionnels de santé que j'ai rencontrés n'ont jamais évoqué, même lorsque je pouvais les y inviter, des situations où eux-mêmes ou leurs collègues auraient négligé, contrarié ou nié la volonté du malade, où ils auraient cédé à des demandes "illicites" de l'Administration Pénitentiaire. C'étaient le prestige, la renommée, sinon l'honneur de l'activité sanitaire en prison, dont ils étaient des représentants, qui étaient en jeu. Ici apparaît donc une limite de la technique d'entretien : l'entretien est une situation où l'enquêté est en représentation, parfois en "représentation frauduleuse", pour reprendre l'expression employée par Erving Goffman<sup>260</sup>, qui désigne ainsi les moyens détournés (dissimulation, mensonge patent ou par omission, insinuation, ambiguïté calculée, ...) utilisés par l'acteur à des fins d'idéalisation de son personnage (impression qu'il veut donner de lui-même). Cette mise en représentation rendait peu probable que les acteurs reconnaissent avoir bafoué des principes déontologiques qui sont à la base de leur professionnalité. Pour étudier ces dérives peu avouables, j'ai alors croisé les discours des professionnels, notamment avec des discours de personnes détenues (cf. chapitres 5 et 6). J'ai aussi étudié ces actions particulières par le biais d'une analyse documentaire qui a néanmoins l'inconvénient de décrire ces actions avec un décalage de quelques années lié au temps de la

---

Santé Publique, 1993, Avis et Recherches du Haut Comité de la Santé Publique

<sup>260</sup>Erving Goffman, *La mise en scène de la vie quotidienne*, tome 1 : *La présentation de soi*, 1953, Paris, Ed. de Minuit, 1973

publicisation de ce qu'il est parfois convenu d'appeler les "affaires" ou les "dérives déontologiques". C'est en partie pourquoi peu de sources se font encore l'écho de telles dérives après la promulgation de la loi de 1994.

Au début des années 1990, plusieurs rapports, articles ou témoignages se font l'écho de dérives déontologiques. Les médecins et les infirmiers intervenant en milieu pénitentiaire ont ainsi parfois été accusés d'avoir, sous la pression de l'Administration Pénitentiaire, imposé des traitements refusés par les patients.

"Les débordements ne sont pourtant pas exclus : la tentation d'utiliser les hommes enfermés à des fins d'expérimentation médicale a toujours existé dans les prisons, forte d'une administration prompte à fermer les yeux... Il n'est par ailleurs écrit dans aucun texte que les gardiens doivent organiser la distribution des médicaments dilués dans des godets pour éviter le refus du détenu. En cas d'agitation d'un prisonnier, une médication abusive vient pourtant se superposer à la prescription médicale."

Albert Jacquard, *Un monde sans prisons ?*, Seuil, Coll. Points, 1993, p. 172

Il convient ici de considérer avec circonspection ces formulations, d'autant plus critiques qu'elles se veulent pamphlétaires. Il reste que d'autres sources plus "scientifiques" se font l'écho de "traitements inhumains ou dégradants", avalisés par les professionnels de santé intervenant en prison. Le rapport de 1991 du Comité pour la Prévention de la Torture et des traitements inhumains ou dégradants<sup>261</sup> évoque par exemple le cas de femmes ayant accouché menottées<sup>262</sup>. Une autre source intéressante est constituée par les commentaires<sup>263</sup> que le Conseil de l'Ordre des Médecins ajoutait en 1987 à l'article 7 (non présent dans le *Code* de 1995) du *Code de Déontologie* de 1979 (décret n° 79-506 du 28 juin 1979) :

**Article 7 :** " La volonté du malade doit toujours être respectée dans toute la mesure du possible. Lorsque le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, ses proches doivent, sauf urgence ou impossibilité, être prévenus et informés. "

**Commentaires additifs :**

- " *Soins aux détenus :* Le fait que le patient soit privé de sa liberté n'entraîne en aucune manière une exception. Un prisonnier comme tout être humain a le droit d'accepter ou de refuser les soins. "

- " *Grévistes de la faim :* Le médecin ne peut intervenir, autrement que par des propos persuasifs, pour donner des soins à un sujet qui les refuse et refuse de s'alimenter, du moins tant que le sujet n'est pas encore en danger de mort. (...) Ce n'est pas en raison d'une injonction (de l'administration pénitentiaire par exemple) que le

---

<sup>261</sup>Le C.P.T. relève d'une convention en date du 1er février 1989 du Conseil de l'Europe.

<sup>262</sup>d'après D. Bertrand, expert du C.P.T., in actes du colloque *Vers une santé libérée ?*, 1995, p. 16

<sup>263</sup>*Commentaires du Code de déontologie médicale du 28 juin 1979*, Ordre National des Médecins, 1987

médecin intervient, il s’y décide dans sa conscience de médecin et porte secours à une personne en danger. ”  
(passages soulignés par nous)

Le fait que l’Administration Pénitentiaire soit explicitement visée dans l’évocation de la dérive déontologique que constitue le non respect de la volonté du malade, tant dans le cas des soins traditionnels que dans celui de grèves de la faim, est un rappel à l’ordre explicite adressé par le Conseil de l’Ordre aux professionnels intervenant en prison.

### ***3.1.2. Les fioles pénitentiaires***

Les “fioles pénitentiaires” constituent un autre symbole de la pénitentiarisation des activités sanitaires au début des années 1990. L’Administration Pénitentiaire, craignant les suicides par voie médicamenteuse ainsi que les trafics de médicaments, a longtemps obtenu des professionnels de santé que les médicaments (gouttes, comprimés, gélules, ...) soient distribués sous une forme diluée dans de petits flacons, nommés “fioles pénitentiaires”. La présence de l’adjectif “pénitentiaire” dans cette dénomination illustre le fait que la logique pénitentiaire avait pris le pas sur la logique sanitaire, en matière de distribution des médicaments. Pourtant, l’acceptation par les professionnels de santé de cette contrainte posait de nombreux problèmes d’ordre pharmacologique, et *a fortiori* déontologique :

“ La réglementation qui régit la mise sur le marché des médicaments en spécifie les modalités. La présentation et la posologie doivent être conformes à l’accord de la mise sur le marché. Autrement dit, quand on vous vend un comprimé ou un suppositoire, il doit être utilisé comme tel pour être efficace. Ce texte qui régit la distribution des médicaments n’a jamais empêché l’administration pénitentiaire de les utiliser selon sa propre logique dilués (parfois 48 heures à l’avance) et mélangés à d’autres. ”

Didier Seyler, “Les carences recensées et les moyens d’agir”,  
in actes du colloque *Vers une santé libérée ?*, 1995, p. 18

Il serait toutefois exagéré de dire que les professionnels de santé consentaient à avaliser cette pratique sans la maudire. La fiole pénitentiaire était devenue, notamment aux yeux des médias, le symbole de l’archaïsme du dispositif de soins en milieu pénitentiaire, de la soumission des médecins et infirmiers intervenant en prison à la logique carcérale et à l’Administration Pénitentiaire. C’est d’ailleurs pourquoi ces professionnels militeront pour que la fiole soit le premier symbole abattu par la réforme des soins de 1994.

### ***3.1.3. Les violations du secret médical***

On note aussi au début des années 1990 la publicisation des problèmes de secret médical en milieu pénitentiaire. Plusieurs articles ou témoignages montrent ainsi que le milieu pénitentiaire ne permet pas de respecter le secret médical. C'est l'Administration Pénitentiaire qui est la première visée.

“Je viole le secret médical sans arrêt. Regardez les notices d'orientation des détenus et les propositions de transferts : il y a plusieurs questions très précises sur l'état de santé du détenu. Ils demandent même la liste des affections ! C'est la même chose dans les commissions d'application des peines : si je demande une libération conditionnelle parce qu'un détenu est très malade, on me demande toujours de quoi il s'agit. Et là j'ai deux solutions : violer le secret médical dans l'intérêt de la conditionnelle ou nuire à la libération conditionnelle pour préserver le secret.”

Jean-François Toitot, médecin à la maison d'arrêt de Besançon, *Le Monde*, 7 avril 1992

“Quant au secret médical, il est très souvent mis à mal. A Liancourt, par exemple, le directeur a demandé une liste des séro-positifs. A Villefranche, les locaux médicaux, y compris la salle des dossiers, ont été explorés lors d'une fouille générale. Les médecins se sont aperçus à cette occasion que les surveillants avaient le double de toutes les clefs.”

Catherine Erhel, *Libération*, juin 1992

Outre les nombreuses pressions exercées par les surveillants, les responsables pénitentiaires et les détenus pour connaître les personnes séropositives, atteintes par le sida ou la tuberculose, de nombreuses situations font que le secret médical est alors très difficile à respecter. Si les médecins et les infirmiers ont ainsi généralement réussi à imposer le colloque singulier (en refusant la présence de surveillants pendant les consultations), ils ne peuvent pas empêcher que les surveillants ou les détenus exerçant des fonctions de manipulateurs-radio ou de préparateurs en pharmacie au sein des services médicaux, soient au courant des pathologies des patients. La réforme de 1994, en interdisant à des personnels non médicaux d'occuper des tâches paramédicales, limitera cette source de violation du secret médical.

Il reste que les violations du secret médical proviennent alors aussi de négligences des professionnels de santé. C'est notamment le cas des dossiers sanitaires de détenus qui ne sont pas toujours tenus à l'abri de l'investigation des personnels pénitentiaires, malgré des rappels déontologiques clairs du Conseil de l'Ordre. Le Conseil National du SIDA<sup>264</sup> a pu ainsi mettre en cause la responsabilité des personnels de santé dans la violation du secret professionnel. Il cite l'exemple d'une notice individuelle de prévenu en cours de transfert comportant les mentions

---

<sup>264</sup>*Prison, SIDA et Confidentialité*, Rapport et Avis du Conseil National du SIDA sur les situations médicales sans absolue confidentialité dans l'univers pénitentiaire, 12 janvier 1993, Conseil national du SIDA

“toxicomane” et “séropositif”. Il montre plus largement que la présence d’indications à caractère médical sur les dossiers pénitentiaires ou d’autres documents à caractère pénal et judiciaire, peut s’expliquer par le manque de vigilance, sinon la connivence, de professionnels de santé intervenant en prison.

### ***3.1.4. La question du statut***

La question du statut polarise au début des années 1990 les aspirations des professionnels des services somatiques en milieu pénitentiaire. Les dérives, les violations du secret médical, les pratiques archaïques sont associées à ce statut de vacataires qui en fait à leurs yeux des personnes dépendantes de l’Administration Pénitentiaire.

“Pour satisfaire sa mission, la médecine pénitentiaire ne peut plus être une médecine à part, enclavée dans une administration qui n’a pas pour rôle de garantir la protection médicale. Elle doit trouver sa place au sein de la Santé, et non plus de la Justice.”

Daniel Gonin, *La santé incarcérée*, 1991, p. 256

Les voies dissonantes sont rares. On peut citer celle de Solange Troisier, ex-inspecteur général des Prisons et Président du Conseil International des Services Médicaux Pénitentiaires :

“Je suis tout à fait hostile à la prise en charge par les hôpitaux publics de tous les détenus malades. Il faut, pour être médecin de prison, connaître le *Code Pénal* et le fonctionnement de la Justice. (...) Le médecin de prison est un auxiliaire de justice et on doit lui apprendre comment celle-ci fonctionne.”

“Je me devais de rappeler devant vous qu’il faut (...) toujours penser que nous servons à la fois Thémis et Hippocrate.”

Solange Troisier, “Médecine pénitentiaire et Droits de l’Homme”,  
*Bulletin de l’Académie Nationale de Médecine*, tome 177, juin 1993

Derrière Solange Troisier militent des professionnels de santé qui se conçoivent comme des “auxiliaires de Justice” et qui refusent un rattachement de la médecine pénitentiaire au Ministère de la Santé, en prétextant une forme de spécificité (et principalement de dangerosité) du public détenu. Il reste qu’il ne faut pas exagérer l’importance de ce *Veto group*, dont l’existence n’est quasiment plus qu’oratoire et dont la légitimité ne se comprend qu’au regard de l’histoire de la médecine pénitentiaire. Solange Troisier a été jusqu’en 1983 médecin inspecteur général des prisons et a ainsi recouvré le prestige associé à ce poste, occupé jusqu’alors par Georges Fully, considéré comme un des précurseurs de la reconnaissance de la profession médicale en milieu pénitentiaire (cf. supra).

Pour la plupart des somaticiens en milieu carcéral, le discours de Troisier est au début des années 1990 daté et passéiste. Au contraire, le rattachement à la Santé leur apparaît comme le préalable incontournable à toute réforme. L'enjeu officiel est d'améliorer la qualité des soins délivrée aux détenus. Plus officieusement, il s'agit de combler un écart croissant tant avec le pôle psychiatrique en prison dont les intervenants dépendent des hôpitaux publics depuis 1986, qu'avec la médecine hospitalière au sens large.

Si l'on adopte maintenant le point de vue symétrique de la médecine hospitalière, le rattachement, tel qu'il est défini par les praticiens intervenant en prison, n'est guère souhaité. En effet, les médecins hospitaliers, s'ils envisagent (avec quelques réticences d'ailleurs) de prendre en charge eux-mêmes les soins en milieu pénitentiaire, ne souhaitent alors guère que les médecins et infirmiers vacataires de l'Administration Pénitentiaire soient intégrés dans le corps des professionnels des hôpitaux publics. A leurs yeux, le statut de vacataire reflète une question de compétence.

“- Le corps médical dans son ensemble est resté complètement extérieur, extraordinairement lointain. Seuls les médecins qui intervenaient en milieu carcéral se sont quelque peu engagés. Le problème, c'est qu'ils appartenaient à des services pénitentiaires qui n'avaient aucun lien avec les hôpitaux ; de plus, cette branche de la médecine était considérée comme mineure.”

Entretien avec un praticien hospitalier

### ***3.1.5. La question de la compétence***

Au début des années 1990, le statut de vacataire de l'Administration Pénitentiaire et le fait de travailler en prison renvoient à des “choix” de carrière peu valorisés dans l'ensemble du corps médical. Cet état de fait n'est pas nouveau car, comme nous l'avons vu dès le XIX<sup>ème</sup> siècle, l'exercice en milieu pénitentiaire n'a jamais attiré les élites médicales. Sans pouvoir reconstituer les trajectoires professionnelles de façon précise, on peut avancer quelques éléments qui permettent de situer la place du milieu pénitentiaire par rapport aux autres milieux d'exercice de la médecine ou des soins au début des années 1990.

Il faut d'abord rappeler que la médecine salariée est longtemps apparue dévalorisée par rapport à la médecine libérale<sup>265</sup>. Etre salarié de l'Administration Pénitentiaire était par ailleurs beaucoup moins valorisé qu'être salarié d'un hôpital, ne serait-ce que par la faiblesse des rémunérations (les vacations de l'Administration Pénitentiaire étaient largement inférieures à celles des hôpitaux publics).

---

<sup>265</sup>cf. Jean-Daniel Reynaud et Alain Touraine, 1972, “Enquête sur les étudiants en médecine”, in François Steudler, 205

“- On a d’ailleurs beaucoup critiqué ces vacances parce qu’elles n’étaient pas revalorisées et qu’elles n’ouvraient à rien, même pas à l’ancienneté. Ce qui est gênant, c’est que cela ne permettait pas de recruter des gens qui voulaient faire carrière. Plus on a de l’expérience, plus on mérite un salaire élevé, en rapport avec cette expérience. De plus, la médecine pénitentiaire, c’est une médecine de responsabilité. Alors, il y a une juste rémunération. Je ne dis pas qu’elle doit être largement supérieure au reste de la médecine, mais elle doit être au moins égale. Bref, ce genre de choses, cela ne sollicitait pas les élites. Les médecins venaient, faisaient une expérience, attendaient d’avoir une clientèle à l’extérieur puis arrêtaient.”

Entretien avec un médecin en maison d’arrêt

De plus, les professions de santé en milieu pénitentiaire, et notamment la médecine, souffrent d’un déficit de reconnaissance, lié au caractère peu prestigieux de l’institution, ainsi qu’à ses contraintes et aux scandales qu’elle a drainés (sang, sida). Les symboles qui font de la médecine en milieu pénitentiaire une sous-médecine sont particulièrement forts chez les médecins pratiquant en milieu libre. La dépendance statutaire vis-à-vis de l’Administration Pénitentiaire est perçue comme un symbole d’une médecine au rabais. Tout se passe comme si la tutelle de l’Administration Pénitentiaire remettait en cause la légitimité de leur pratique professionnelle. Dès lors, le milieu pénitentiaire apparaît clairement comme une de ces voies marginales que Haroun Jamous opposait à la “voie royale traditionnelle”.

“Voici rapidement esquissées, les deux voies qui se présentaient aux jeunes gens se destinant à faire partie du cadre hospitalo-universitaire :

- une voie royale traditionnelle, essentiellement clinique, rythmée par la suite des concours, où tout investissement en temps de formation, où toute connaissance acquise ont de fortes chances de provoquer corrélativement la progression vers les honneurs et les consécration sociales, l’élévation du niveau des revenus et l’extension du pouvoir susceptible d’être exercé à l’intérieur du milieu et parfois même en dehors de lui ;
- de multiples voies marginales, improvisées selon le développement du savoir scientifique et médical, où, de ce fait, l’investissement en temps, l’acquisition de connaissances ont de faibles chances de provoquer le même degré de prestige social, le même niveau de revenus ou de pouvoir que dans l’autre voie.”

Haroun Jamous, *Sociologie de la décision, La réforme des études médicales et des structures hospitalières*, 1969, in François Steudler, *Sociologie médicale*, 1972, Paris, A. Colin, pp. 272-273

Cette vision assimilant les professionnels de santé intervenant en prison à des professionnels “inférieurs” ne pouvant pas aller travailler ailleurs qu’en milieu pénitentiaire était aussi partagée par certains détenus ou représentants de l’Administration Pénitentiaire.

“- Jusque-là, il y avait soit des gens de bonne volonté, soit des médecins au rancart. C’était particulièrement évident pour les dentistes qui acceptaient d’intervenir en milieu pénitentiaire, parce qu’ils étaient totalement nuls ou parce qu’ils n’avaient aucune clientèle : certains faisaient ici jusqu’à 60 consultations par jour... De plus, les faibles rémunérations ne permettaient pas de fidéliser les médecins : on avait de gros problèmes pour les faire

rester. Cela explique que l'A.P. ait longtemps recruté des médecins étrangers qui ne parvenaient pas à obtenir la régularisation de leurs diplômes et qui ne pouvaient donc pas exercer ailleurs en France. Il est même arrivé qu'une personne soit recrutée avec un faux diplôme... on ne s'en est aperçu qu'après quelques semaines !”

Entretien avec un directeur de maison d'arrêt

Au début des années 1990, malgré les évolutions des années 1980, on voit que la prison reste encore une institution totalitaire et totale si on la regarde à travers les prismes du droit des détenus à la santé et des professions de santé intervenant en prison. Institution totalitaire parce que la nature des soins dispensés en prison est très différente de celle des soins dispensés en milieu libre : la fameuse “continuité des soins” entre milieu libre et milieu pénitentiaire apparaît comme un mythe. Institution totale, parce que les professionnels de santé intervenant en prison ont des marges d'autonomie limitées et voient la plupart de leurs actions asservies à une logique pénitentiaire qu'ils ne contrôlent pas. Les symboles de la totalisation et de la totalitarisation de la prison sont ainsi encore nombreux. C'est à tous ces symboles d'une sous-médecine que compte s'attaquer le Haut Comité de la Santé Publique, en prônant un transfert de la prise en charge du Ministère de la Justice vers le Ministère de la Santé. Moins d'un an plus tard, la loi du 18 janvier 1994 semble prendre acte de ce rapport.

### **3.2. La réforme du 18 janvier 1994**

La loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 officialise un “déplacement de secteur” de la politique de santé menée en milieu carcéral, en réformant les modalités de prise en charge sanitaire des détenus :

- le bénéfice de la protection sociale est étendu à l'ensemble des détenus, affiliés dès leur incarcération au régime général de la Sécurité Sociale ;
- l'organisation et la mise en oeuvre de la prise en charge sanitaire des détenus sont transférées du service public pénitentiaire au service public hospitalier.

Ces deux décisions modifient *a priori* profondément les dimensions totalitaire et totale de la prison. L'accès des détenus aux soins est facilité par l'extension du régime général tandis que les professionnels de santé acquièrent un statut hospitalier qui leur assure une plus grande autonomie par rapport à l'Administration Pénitentiaire. La loi s'inscrit ainsi dans la lignée du Rapport du Haut Comité de la Santé Publique de janvier 1993. Ceci dit, il ne faut pas s'y tromper : la loi du 18 janvier 1994 n'est pas née d'un rapport, publié un an auparavant, sur un constat datant de plus de deux siècles. Elle s'explique d'abord par la convergence d'intérêts très différents et de rapports de force évolutifs entre les Ministères de la Santé et de la Justice, les directions des Hôpitaux et de



l'Administration Pénitentiaire. Ce sont ces intérêts et rapports de force que nous nous proposons d'évoquer après avoir précisé le contenu de la loi de 1994.

### ***3.2.1. Le contenu de la loi***

Cette loi concerne particulièrement la prise en charge des soins somatiques. Quant à l'organisation de la sectorisation psychiatrique, elle reste conforme au décret du 14 mars 1986 et à l'arrêté du 14 décembre 1986 (cf. supra), même si elle profite d'une partie (60 MF) de l'enveloppe budgétaire (393 MF), ouverte pour financer l'application de la loi de 1994.

Dans le cadre de la mise en oeuvre de la réforme, chaque établissement pénitentiaire passe protocole avec un établissement public hospitalier, qui doit répondre à une double condition de proximité et de niveau technique. Les missions de l'établissement de santé s'organisent alors autour de quatre grands axes, comme le rappelle le *Rapport annuel d'activité 1994* de l'Administration Pénitentiaire :

- “- la prise en charge des soins en milieu pénitentiaire qui comprend : les visites et consultations médicales, dont la visite médicale d'entrée qui doit être l'occasion d'un véritable bilan de santé et permettre le recueil de données épidémiologiques, l'activité de soins infirmiers dans toutes ses composantes et avec son importante dimension relationnelle, les soins dentaires, les consultations de spécialistes réalisables à l'intérieur de l'établissement pénitentiaire et la permanence des soins en l'absence de personnel soignant ;
- l'accueil et la prise en charge des détenus dans l'établissement public de santé pour des consultations ou des examens nécessitant le recours à son plateau technique, ainsi que les hospitalisations urgentes ou de courte durée ;
- l'organisation du suivi sanitaire à la sortie de l'établissement pénitentiaire ;
- la coordination des actions de prévention et d'éducation pour la santé (...) ”

*Rapport annuel d'activité 1994* de l'Administration Pénitentiaire, p. 211

Concrètement, l'établissement de santé doit créer, au sein de l'établissement pénitentiaire, une Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA), composée uniquement de personnels hospitaliers. La nouveauté est moins “organisationnelle” que financière et statutaire. En effet, l'organisation spatiale du dispositif sanitaire n'évolue guère, même si la loi prévoit la construction de nouveaux locaux ou la rénovation des plus anciens. Dans les faits, l'UCSA prend la place des anciennes “unités médicales” ; il n'y a pas de “déplacement géographique” du lieu des soins : la majeure partie des soins sont encore administrés en milieu pénitentiaire et les hospitalisations restent réservées aux cas d'urgence ou de courte durée.

La première nouveauté est financière : l'Administration Pénitentiaire n'a plus à sa charge que l'affiliation des détenus au régime général de la Sécurité Sociale, le ticket modérateur et le forfait

journalier, les frais de transport des personnels hospitaliers et des matériels, le cofinancement de certaines actions de prévention et d'éducation pour la santé, la construction et l'entretien des locaux des UCSA. Mais ces nouvelles charges sont sans rapport avec les coûts qu'elle devait supporter auparavant. La loi organise donc un transfert de charges financières.

La principale nouveauté est d'ordre statutaire : la loi prévoit un transfert de tutelle pour l'ensemble du personnel médical intervenant en prison : les médecins et les infirmiers qui intervenaient en prison en tant que vacataires de l'Administration Pénitentiaire se voient proposés d'intégrer la fonction hospitalière. Les nouveaux intervenants sont directement recrutés par les hôpitaux publics au sein de leur personnel. Quant aux surveillants qui étaient affectés, dans l'ancien système d'organisation sanitaire, à des tâches d'infirmiers, de préparateurs en pharmacie ou de manipulateurs-radio, ils retrouvent des missions de surveillance. Pour l'Administration Pénitentiaire, cette loi met ainsi fin à une forme de "confusion des rôles" :

“Les rôles dévolus au personnel soignant et au personnel pénitentiaire sont clairement définis dans ce nouveau dispositif :

- l'ensemble des tâches sanitaires sont effectuées par l'équipe médicale et soignante,
- les tâches liées à la mission de sécurité, de surveillance et de réinsertion sont effectuées par le personnel pénitentiaire.”

*Rapport annuel d'activité 1994 de l'Administration Pénitentiaire, p. 212*

Cette nouveauté statutaire satisfait particulièrement les attentes des médecins et des infirmiers intervenant en milieu pénitentiaire. Ceci dit, la loi de 1994 n'a pas été conçue prioritairement pour eux. Elle doit plutôt se comprendre comme le fruit de rapports de force entre la Direction de l'Administration Pénitentiaire (Ministère de la Justice) et la Direction des Hôpitaux (Ministère de la Santé), aux intérêts officiels convergents et aux intérêts officieux plus divergents<sup>266</sup>.

---

<sup>266</sup>Pour une analyse critique détaillée des enjeux officiels et officieux de chaque groupe d'acteurs engagé dans cette loi, on renverra à Bruno Milly, *Les pratiques de santé en milieu carcéral*, Mémoire de DEA, Paris I-Panthéon-Sorbonne, 1996, 2ème partie, pp. 52-73

### ***3.2.2. Les intérêts de la direction de l'Administration Pénitentiaire***

Quels intérêts ont incité la direction de l'Administration Pénitentiaire à s'engager dans des négociations sur la réorganisation des soins en milieu carcéral ? L'initiative remonte en septembre 1990 où cette direction crée un bureau chargé de l'action sanitaire et de la lutte contre la toxicomanie, le bureau GB 3.

“- Le bureau GB 3 est chargé de la mise en oeuvre de la réforme, du transfert de prise en charge de la santé des détenus ; en 1990, il était chargé de faire une photographie des différents besoins sanitaires, de proposer un ensemble de solutions. Cela s'est concrétisé par le rapport du Haut Comité de la Santé Publique en 1993. Ce rapport avait deux objectifs principaux : le premier, c'était de faire comprendre au Ministère de la Santé que le milieu carcéral relevait de sa mission ; le second, c'était de rendre publique la situation sanitaire dans les établissements pénitentiaires. ”

Entretien avec un ex-représentant de l'Administration Pénitentiaire

Lorsqu'on les interroge sur les raisons qui les conduit à envisager une réforme des soins en prison, les représentants de l'Administration Pénitentiaire disposent d'un arsenal de réponses standardisées. Mais derrière les réponses officielles (l'intérêt des détenus, la volonté de décroisement, le souci de santé publique), on peut percevoir des principaux intérêts officiels importants.

Le premier enjeu officiel était un transfert de charges financières. En effet, avec la réforme de 1994, la charge financière des soins en milieu pénitentiaire est désormais principalement assumée par l'assurance maladie. S'il est difficile de chiffrer précisément le transfert de charges financières, personne ne songe à le nier, même au sein de l'Administration Pénitentiaire :

“- *En termes financiers, y a-t-il eu aussi un transfert ?*

- Forcément, la part de la santé dans le budget de l'Administration Pénitentiaire est plus restreinte, mais c'est difficile à chiffrer. L'Administration Pénitentiaire prend en charge le ticket modérateur et le forfait journalier, ce qui revient à environ 25 % de la dépense. Il y a aussi la cotisation à la Sécurité Sociale. Au final, il est certain que le montant global des dépenses est dans l'immédiat inférieur au crédit précédemment affecté aux infirmeries mais, globalement, c'est difficile à chiffrer.”

Entretien avec un représentant de l'Administration Pénitentiaire

Les préoccupations d'ouverture de la Direction de l'Administration Pénitentiaire recoupaient aussi d'autres préoccupations, rarement avouées, sinon à mots couverts. Il s'agissait d'abord de limiter le nombre de mouvements intra- et surtout extra-carcéraux pour des raisons médicales. La création d'une unité de soins (UCSA) à l'intérieur de chaque établissement pénitentiaire était conçue comme

un moyen de restreindre le nombre de transferts de détenus malades et le nombre de mouvements afférents.

“- La création des UCSA était un objectif pour limiter le nombre des extractions qui sont à la charge de l'Administration Pénitentiaire. On espérait qu'avec plus de médecins à l'intérieur des établissements pénitentiaires, il y aurait moins de détenus à transférer pour des consultations spécialisées. Mais on commence à s'apercevoir que l'offre crée aussi la demande : les médecins étant davantage, ils demandent davantage d'actes complémentaires. L'attente d'avoir moins de détenus à accompagner à l'extérieur risque d'être déçue. (...)”

Entretien avec un représentant de l'Administration Pénitentiaire

Par ailleurs, un autre intérêt latent, ou plutôt attendu, de la réforme pour la direction de l'Administration Pénitentiaire était d'asseoir son contrôle hiérarchique sur les directions locales et les surveillants. Il s'agissait de recentrer les activités de ces deux strates sur la mission de surveillance et d'éviter des formes de dispersion des logiques professionnelles.

“- La distribution des médicaments était grosse consommatrice de temps, d'où le recours large aux surveillants auparavant. La distribution des médicaments par les infirmières me semble l'incidence principale pour les surveillants. L'objectif de l'Administration Pénitentiaire est de recentrer les surveillants sur leurs fonctions primordiales qui s'articulent autour de l'observation des détenus et de la garde, même s'il y a d'autres fonctions comme l'orientation médicale.”

Entretien avec un représentant de l'Administration Pénitentiaire

Au final, on peut dire que la gestion du dispositif de santé est longtemps restée une charge encombrante, coûteuse et source de discrédit pour la direction de l'Administration Pénitentiaire. L'abandon de ses prérogatives par le biais de la loi de 1994 lui permet de raffermir son autorité hiérarchique en recentrant l'activité des personnels pénitentiaires autour de la mission de sécurité, d'afficher une politique d'ouverture et de réinsertion. Sous couvert de décroisement, c'est donc un processus de raffermissement du crédit d'une administration et de son autorité hiérarchique qui se met en place. Il est finalement clair que le dispositif de santé sert de vitrine pour le milieu carcéral : il symbolise le fait que la prison n'est pas qu'une structure punitive.

### ***3.2.3. Les intérêts de la Direction des Hôpitaux et des hôpitaux publics***

En 1993 est créée une mission particulière au sein de la Direction des Hôpitaux : la mission EO 4 de l'organisation des soins en milieu pénitentiaire. Ce service est chargé de collaborer avec le bureau GB 3 de l'Administration Pénitentiaire afin de réfléchir à un nouveau dispositif de soins. L'analyse des discours des représentants de la mission EO 4 dit peu sur les motivations et les intérêts que pouvait avoir *a priori* la Direction des Hôpitaux dans une resectorisation de la politique de santé en milieu carcéral. Là encore, les interlocuteurs sont peu loquaces sur les négociations de la loi *ex ante*. On retrouve dans le discours officiel de la Direction des Hôpitaux des traits communs à celui de l'Administration Pénitentiaire : la loi semble s'être imposée d'elle-même, sans résistances, sans aucune réticence, mieux, avec enthousiasme. Et si, parfois, l'on reconnaît implicitement les réserves ou les hésitations qu'a pu avoir la Direction des Hôpitaux, il est tacitement convenu de ne plus revenir sur celles-ci : "ce n'est pas là l'essentiel..." (sic).

“ - *En ce qui concerne la loi de 1994, comment a-t-elle été adoptée par la Direction des Hôpitaux ?*

- Tout s'est très bien passé. Il n'y a pas eu de frein de la part des hôpitaux, y compris des CHU. Tout le monde a compris que c'était une mission de santé publique. Cela nous a même étonné que ce soit aussi facilement accepté.

- *Il n'y a pas eu un refus de la part du Conseil Supérieur des Hôpitaux ?*

- Si. Mais ce n'est là l'essentiel. C'était en 1993. Le Conseil Supérieur des Hôpitaux, qui est une instance consultative, était d'accord, sauf sur la question budgétaire. Il faut bien voir que le projet de 1993 s'était traduit par un décret. Or un décret, c'est une assise institutionnelle plutôt fragile : cela explique la frilosité des hôpitaux. Mais avec la loi du 18 janvier 1994, il n'y a plus eu aucune réticence. ”

Entretien avec un représentant de la Direction des Hôpitaux

Pour échapper aux questions portant sur les avantages et les inconvénients que présentait une éventuelle réforme pour la Direction des Hôpitaux, les interlocuteurs disposent, à l'instar de leurs collègues de l'Administration Pénitentiaire, d'un arsenal de stratégies d'évitement et de réponses "préfabriquées" (mission de santé publique, souci de continuité des soins). Il reste que les hésitations de la Direction des Hôpitaux ont été nombreuses. Le milieu carcéral était-il une préoccupation de la Direction des Hôpitaux avant la décision gouvernementale de 1993 ? Officiellement, oui. Dans les faits, rien n'atteste un tel intérêt : aucun service spécifique, aucun rapport ayant trait aux établissements pénitentiaires. Il semble que la Direction des Hôpitaux ait plutôt été un acteur passif dans cette réforme, sinon un agent, plus agi qu'agissant. Ce n'est qu'après une directive gouvernementale que la mission EO 4 est créée. Ce n'est que sous la recommandation ministérielle que la Direction des Hôpitaux prend contact avec l'Administration Pénitentiaire.

Aussi peut-on comprendre l’embarras de la Direction des Hôpitaux à parler des fondements d’une réforme qui lui a été largement inspirée, sinon dictée. Pour la Direction des Hôpitaux comme pour la Caisse Nationale d’Assurance Maladie, la réforme signifie un transfert coûteux de charges financières. C’est aussi une mission de soins ambulatoires qu’elle n’est pas habituée à gérer.

“On a assigné à l’hôpital public une mission de soins de première ligne (médecine de ville) alors qu’il a plutôt normalement une mission de seconde ligne (urgences et plateau technique). Il doit donc s’adapter et cela pose un problème de compétences. Le mariage prison / hôpital n’est ni un mariage d’amour ni un mariage de raison, mais plutôt un mariage arrangé voire forcé.”

Didier Seyler, in actes du colloque *Vers une Santé libérée ?*, p. 28

De plus, dès les prémices de la loi, la Direction des Hôpitaux semble avoir craint que les établissements hospitaliers ne suivent pas la réforme et soient très résistants à l’idée de signer des protocoles avec des établissements pénitentiaires. Les hôpitaux ne se sont pas opposés à la réforme. Si l’on adopte la perspective de Hirschman<sup>267</sup>, on peut dire qu’ils ont choisi une attitude de loyauté envers leur hiérarchie et n’ont pas voulu ou pu exprimer leurs résistances et leurs discordances. En fait, il semble que leur attitude s’est plutôt rapprochée de ce que Guy Bajoit<sup>268</sup> appelle l’apathie. Au niveau collectif, on observe un corps médical fortement passif, mais non dissident. Concrètement, les praticiens hospitaliers ne sont pas montrés particulièrement enthousiastes à l’idée d’une réforme. Certes, cette réforme avait l’avantage de mettre fin à une situation qu’ils avaient particulièrement critiquée : l’emploi de professionnels de santé peu reconnus et peu compétents en prison. Mais l’idée qu’ils devraient à leur tour intervenir en prison ne les enchantait guère, ils craignaient un milieu méconnu et fantasmé.

“- En ce qui concerne les médecins des hôpitaux publics, on peut dire qu’ils avaient peur d’intervenir en prison : là, on peut parler de résistances, sinon d’oppositions. Quand on demande à des internes d’aller en prison, ils ont peur comme si on leur demandait de partir à la guerre. Ils n’ont pas un état d’esprit d’engagement. Il me semble pourtant que c’est le début du métier, que c’est prioritaire. La médecine évolue dans un environnement protecteur, ultra-technique. En comparaison, le milieu carcéral est très stressant. S’il y a bien une certitude en tout cas, c’est que les gens ne se précipitent pas !

Pourtant, on a tout fait pour mobiliser. L’hôpital s’est réellement mobilisé. Mais, je dois bien avouer qu’on a souvent été contraint de recruter des médecins vacataires hors du C.H.U.. On ne trouve pas d’internes qui soient prêts à venir dans l’établissement pénitentiaire. Je voulais organiser des gardes croisées entre l’hôpital et l’établissement pénitentiaire, et là, ça a été un échec absolu. ”

Entretien avec un praticien hospitalier, responsable d’une UCSA

---

<sup>267</sup>Albert O. Hirschman, *Exit, Voice and Loyalty*, Harvard University Press, trad. fçse, *Face au déclin des entreprises et des institutions*, Paris, Editions ouvrières, 1972

<sup>268</sup>Guy Bajoit, “Exit, Voice, Loyalty... and Apathy. Les réactions individuelles au mécontentement”, *Revue Française de Sociologie*, XXIX, 1988

Les motivations de ceux qui accepteront de travailler en milieu carcéral seront d'ailleurs souvent éloignées des préoccupations de santé publique avancées par la Direction des Hôpitaux... Certains médecins ou cadres infirmiers ont accepté une mission en milieu carcéral car elle leur permettait d'obtenir une fonction de chef de service qu'ils avaient peu de chances d'obtenir en restant à l'hôpital. Beaucoup d'infirmiers ont "choisi" de travailler en milieu pénitentiaire pour obtenir des services de jour qu'ils avaient peu de chances d'obtenir en restant dans leur ancien service.

La réforme de 1994 présentait donc plus d'inconvénients cachés que d'avantages apparents pour une Direction des Hôpitaux particulièrement inquiète à l'idée de s'investir dans un milieu contraignant et coûteux... Loin de constituer un groupe d'intérêt homogène avec leurs collègues intervenant dans les établissements pénitentiaires, les praticiens hospitaliers ont quant à eux accepté la réforme sans enthousiasme, sans opposition non plus, car il s'agissait d'absorber un segment professionnel gênant pour la santé publique.

## **Conclusion**

En guise de conclusion de ce chapitre, on peut rappeler les principales réponses que nous a apportées cette large mise en perspective historique de la santé et des professions de santé en milieu pénitentiaire, aux hypothèses de notre double problématique.

Si l'on interroge la prison à travers le prisme des professions de santé, on s'aperçoit que cette institution a longtemps été totale et totalitaire. Totale parce que les professionnels de santé ont très longtemps été largement dépendants de l'Administration Pénitentiaire. Totalitaire parce que le droit à la santé en prison apparaissait, en raison même de la faible autonomie des professionnels de santé, comme un droit limité, largement dépendant des conditions de l'emprisonnement et donc différent du droit à la santé en milieu libre. La permanence de ces dimensions totale et totalitaire, la répétition des échecs des réformes du système de santé en prison ont pu un moment être considérées comme les preuves que la prison était une institution immobile, intrinsèquement ou structurellement immobile. L'analyse des évolutions des dernières décennies invitent à remettre en question cette hypothèse. On observe en effet des formes de détotalisation et de détotalitarisation de la prison qui remettent en cause la pertinence d'un regard structural sur la prison. Il convient néanmoins maintenant d'évaluer ces formes de détotalisation et de détotalitarisation de la prison au regard d'une analyse fine et synchronique des actions et des représentations des professionnels de santé intervenant en prison : sont-ils vraiment autonomes ? Le droit à la santé est-il vraiment garanti ?

Si l'on s'intéresse maintenant aux professions à travers le prisme de la prison, on voit que les étiquettes professionnelles nominales recouvrent historiquement des actions et des représentations très hétérogènes : elles permettent moins de décrire des cohérences ou des communautés d'actions qu'elles n'expliquent des enjeux stratégiques. On a pu ainsi montrer la construction historique de plusieurs groupes d'acteurs au sein des professionnels de santé intervenant en prison. Les clivages recouvrent des différences de spécialités (psychiatrique / somatique), des différences de générations et de modes de recrutement, ... Les dénominations professionnelles peuvent alors se comprendre comme le fruit de rapports de force, d'une part entre les différents professionnels intervenant en prison, d'autre part entre ces professionnels et ceux qui interviennent en milieu libre. Il reste à préciser cette analyse en portant un regard synchronique sur les actions et les représentations des professionnels de santé intervenant en prison.





## Chapitre 5

# Les médecins et les infirmiers dans le système de contraintes carcéral

Après avoir posé un regard sur l’historique de la santé et des professions de santé en milieu pénitentiaire, il s’agit d’aborder une analyse de la situation actuelle, en partant d’une étude des actions et des représentations des professionnels de santé intervenant en prison<sup>269</sup>. Dans ce chapitre, nous nous intéresserons à l’autonomie actuelle des médecins et des infirmiers vis-à-vis des personnels pénitentiaires. La prison est-elle encore une institution totale ? Les médecins et les infirmiers intervenant en prison sont-ils autonomes ? Quels sont les signes de leur autonomie ou au contraire de leur dépendance ? Le discours des professionnels reflète-t-il exactement la réalité de leur autonomie ou de leur dépendance ou renvoie-t-il aussi à des formes de mises en scène révélatrices des modes de structuration identitaire des professionnels de santé ?

Après avoir montré que les professionnels de santé intervenant en prison disposent aujourd’hui d’une autonomie élargie par rapport aux dernières décennies, nous verrons que le milieu d’exercice pénitentiaire reste encore souvent présenté comme un milieu d’exercice contraignant, limitant largement l’autonomie. La question des retards dans la transmission des demandes de consultations et dans l’accès aux services médicaux des détenus est souvent évoquée. D’autres situations, pourtant apparemment plus critiques pour l’autonomie des médecins et des infirmiers, sont moins mises en avant. Ces différentes situations sont-elles un symbole d’une prison encore totale et totalitaire ? Leur évocation n’est-elle pas un enjeu autour duquel les professionnels de santé affirment leur volonté d’autonomie et structurent leur sentiment d’appartenance à des groupes d’acteurs?

---

<sup>269</sup>Pour alléger la présentation, quelques repères formels ont été placés dans l’annexe 3 : les contours épidémiologiques de la population des personnes incarcérées, les structures de soins actuelles et les textes juridiques et déontologiques.

# 1. Une autonomie élargie

L'étude des discours des professionnels de santé et des personnels de l'Administration Pénitentiaire, croisée avec les observations que j'ai pu conduire dans les différents établissements pénitentiaires, montre que les acteurs de santé intervenant en prison bénéficient aujourd'hui d'une large autonomie d'action. Ce constat peut surprendre au regard de l'historique des professionnels de santé en milieu pénitentiaire, même si les dernières décennies ont été le théâtre d'évolutions de l'autonomie d'action des professionnels de santé. Il s'agira dans cette première sous-partie tant de dresser ce constat d'autonomie que d'étudier les voies par lesquelles les professionnels ont réussi et réussissent à imposer leur autonomie en milieu pénitentiaire.

Dans les négociations qui les lient aux surveillants et aux personnels de direction de l'Administration Pénitentiaire, les professionnels de santé disposent de multiples arguments pour s'assurer une autonomie d'action. Ce sont ces arguments qui constituent ce qu'Eliot Freidson<sup>270</sup> appelle "l'argumentation persuasive d'une profession" et qui assurent une nette division technique du travail entre professionnels de santé et personnels pénitentiaires que nous nous proposons d'étudier ici. L'autonomie des professionnels de santé intervenant en prison repose sur une large reconnaissance par les personnels pénitentiaires de leur statut d'indépendance, de leur autorité professionnelle et de la valeur sacrale du droit à la santé.

## 1.1. Le statut d'indépendance

Un premier argument persuasif sur lequel les professionnels s'appuient pour asseoir leur autonomie, est leur statut d'indépendance vis-à-vis de l'Administration Pénitentiaire. Depuis la loi du 18 janvier 1994, les médecins et les infirmiers intervenant en milieu pénitentiaire ne sont plus vacataires de l'Administration Pénitentiaire et ne dépendent plus que du Ministère de la Santé, plus précisément d'un centre hospitalier public. Les professionnels de santé ne dépendent plus hiérarchiquement du directeur de l'établissement pénitentiaire mais d'un chef de service praticien hospitalier et du directeur de l'hôpital public de rattachement. Ils apparaissent dès lors comme des professionnels réellement extérieurs à l'Administration Pénitentiaire et quand ce trait ne leur semble pas assez net, ils n'hésitent pas à le rappeler.

Ce changement de statut a fondamentalement renouvelé les conditions d'exercice de la santé en prison. Tout d'abord, il a exclu les personnels pénitentiaires des tâches paramédicales. Toutes les

---

<sup>270</sup>Eliot Freidson, 1970, *Profession of Medicine*, New York, Harper & Row, trad. française : *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984  
218

personnes employées à des tâches sanitaires relèvent désormais d'un statut hospitalier. Si, comme nous avons pu le voir dans l'historique, des détenus ou des surveillants ont pu par le passé occuper des postes de préparateur en pharmacie, de manipulateur radio ou être chargés de la distribution des médicaments et de la tenue des dossiers, ce n'est plus le cas aujourd'hui. Même si la réorganisation des tâches a pu susciter certaines résistances de la part de surveillants, on note aujourd'hui une très nette division technique du travail sanitaire : les tâches proprement sanitaires ne sont plus occupées que par des professionnels de la santé. L'exclusion des surveillants a ainsi permis une première clarification des rôles des médecins et infirmiers. Elle a aussi permis d'écarter des doutes sur la compétence de ces derniers : en effet, le fait que les surveillants aient pu occuper des postes d'infirmiers ébranlait l'autorité technique des infirmiers, car ces derniers n'apparaissaient pas les seuls compétents dans leur domaine.

Par ailleurs, la transformation du statut des professionnels de santé intervenant en prison a profondément transformé l'image que les personnels pénitentiaires se faisaient de ces professionnels. La possibilité d'appliquer en prison les règles déontologiques extérieures était très peu reconnue auparavant, parce que les personnels pénitentiaires lui opposaient la particularité du milieu pénitentiaire. Le statut de vacataires des médecins et des infirmiers semblait alors constituer un argument de la spécificité du milieu pénitentiaire : le statut de vacataires des professionnels de santé en faisait, aux yeux des personnels pénitentiaires, des professionnels à part, ou encore des professionnels devant s'adapter aux particularités d'un milieu. Avec le changement de statut des professionnels de santé, les personnels pénitentiaires ont ainsi perdu l'argument principal qui justifiait dans leur argumentation des adaptations à la déontologie ou encore la pénitentiarisation des actions sanitaires.

Il faut rappeler que le statut de vacataires de l'Administration Pénitentiaire des médecins et des infirmiers intervenant en prison, a longtemps autorisé dans le cas des professionnels de santé, et autorise encore dans le cas d'autres professionnels intervenant en milieu carcéral, l'Administration Pénitentiaire à porter un regard voire une appréciation sur le contenu même de leurs actions. C'est ainsi par exemple que pouvait être justifiée la pratique des fioles pénitentiaires : les contestations des professionnels de santé se heurtaient toujours à l'argument de leur subordination hiérarchique vis-à-vis du chef d'établissement, : les exigences de sécurité passaient finalement avant toute considération médicale ou pharmacologique. Que l'abandon du principe des fioles pénitentiaires ait coïncidé avec le changement de statut des professionnels intervenant en prison, n'est donc pas une concours de circonstances.

Le cas du respect du colloque singulier (absence de tierce personne pendant la consultation) est aussi exemplaire des effets de ce changement de statut sur le recul de la pénitentiarisation des actions sanitaires. Au début des années 1980, Georges Ostapzeff et Jean-René Lavoine insistaient sur l'impossible territorialisation en prison, c'est-à-dire "l'impossibilité de se créer son propre territoire, par une destruction progressive, non intentionnelle, mais institutionnelle, de tout enracinement qui ne soit contrôlé, approprié par l'institution"<sup>271</sup>. Au cours des années 1980, cette impossibilité s'était atténuée dans certains établissements : des professionnels de santé très mobilisés, appuyés par le Conseil de l'Ordre, avaient obtenu que les surveillants n'assistent plus aux consultations car cette présence était contradictoire avec le principe du colloque singulier. Néanmoins, *localement*, il restait encore des établissements — notamment les plus petites maisons d'arrêt — où les médecins et les infirmiers se voyaient imposer la présence d'un surveillant, par un directeur d'établissement omnipotent. Lorsque les professionnels faisaient valoir qu'ils étaient des médecins et des infirmiers, tenus au respect de principes déontologiques, ils se voyaient souvent rétorquer qu'ils agissaient dans un milieu particulier — comme en attestait leur statut —. Dès lors, ils étaient censés accepter les contraintes de ce milieu. La présence de surveillants pendant les consultations a ainsi souvent été imposée localement par le biais d'un statut qui mettaient les professionnels de santé sous l'autorité du directeur de l'établissement pénitentiaire. Le changement de statut de 1994 a alors permis aux professionnels de santé intervenant dans les petits établissements de recouvrir une autonomie que leurs collègues intervenant dans les grands établissements avaient déjà conquise officieusement.

Depuis la réforme de 1994, la territorialisation de l'espace de santé et son corollaire — le colloque singulier — sont aujourd'hui la règle générale dans tous les établissements. Les discours des professionnels sont unanimes sur ce point. Si des surveillants sont encore parfois présents pendant des soins, ce n'est qu'avec le consentement ou à la demande des professionnels de santé eux-mêmes. On peut affirmer aujourd'hui qu'aucun professionnel de santé ne se voit imposer contre son gré la présence d'un surveillant pendant les consultations et les soins. Seul un psychiatre a nuancé ce constat.

“- Le colloque singulier, lui aussi, est difficile, même si c'est de moins en moins vrai. Au début, on voulait absolument, soit disant pour la protection, qu'il y ait un surveillant à côté du détenu. C'était pour moi inadmissible et ma vie n'a jamais été mise en danger par un détenu. Il y a eu parfois des discussions un peu vives, des mots, mais pas plus qu'à l'extérieur. En réalité, ce que ne supporte pas la prison, c'est ce qui n'est pas directement sous son contrôle. La mission d'un surveillant, c'est de surveiller, de tout voir et de tout savoir ; la preuve, c'est la surveillance de la correspondance, la quasi-absence de téléphone, etc. Tous les intervenants qui

---

<sup>271</sup>Jean-René Lavoine et Georges Ostapzeff, "Mythe du traitement pénal", *Déviance et Société*, Genève, 1981, vol. 5, n° 2, pp. 133-152

viennent en prison et qui apportent leur part de secret et de confidentialité, sont des personnages qui sont bien sûr acceptés, mais qui viennent néanmoins faire des espèces de parenthèses dans la prison, des failles. Et ça, c'est parfois difficilement supporté par les surveillants qui même s'ils ont confiance dans les médecins, ont des exigences de sécurité.”

Médecin Psychiatre, 60 ans, 25 ans de vacances dans de grandes maisons d'arrêt

On peut se demander si l'évocation du colloque singulier n'est pas ici le fruit d'un discours habituel, routinier, d'un professionnel qui n'intervient plus en milieu pénitentiaire mais qui le saisit encore à travers d'anciens schèmes de perception. On note d'abord dans cet extrait le passage de l'imparfait au présent dans le temps des verbes. La première partie de l'extrait évoque des situations passées et rappelle la difficulté d'imposer alors (années 1970 et 1980) le colloque singulier. On observe ensuite un glissement avec l'emploi du présent et la transposition des problèmes passés à la situation actuelle : la grille de lecture du passé sert pour comprendre la prison actuelle. Ce médecin, qui a commencé sa carrière dans les années 1970 et qui a lutté tout au long des années 1980 pour imposer l'autonomie de la médecine vis-à-vis de l'Administration Pénitentiaire, garde les schèmes de perception qui ont structuré sa représentation de son exercice en prison. S'il admet d'abord que la difficulté d'imposer le colloque singulier est de moins en moins vraie, il aboutit à des propos beaucoup moins nuancés sur la situation actuelle : “ce que ne supporte pas la prison, c'est ce qui n'est pas directement sous son contrôle. La mission d'un surveillant, c'est de surveiller, de tout voir et de tout savoir”. Longtemps, les professionnels de santé intervenant en milieu pénitentiaire ont structuré les représentations et les présentations de leur profession autour du refus de la présence des surveillants. Aujourd'hui que le colloque singulier ne pose plus guère de problèmes, le discours reste. Tout au moins le discours semble évoluer plus lentement que la “réalité”.

Par ailleurs, comme nous le préciserons à propos de la question des retards, le discours critique sur les surveillants et la prison en général permet aux professionnels de la santé de se mettre en scène en tant que professionnels à part entière, en rappelant leur respect de la déontologie et leur vigilance éthique. Le psychiatre tend ici, par la critique de l'omniprésence des surveillants, à donner une représentation de sa profession : celle d'une profession vigilante dans un milieu contraignant. Le colloque singulier ne semble donc plus être qu'un argument rhétorique que les professionnels de santé emploient pour se “représenter”.

Le secret médical est un autre versant des modifications qu'a pu apportées le changement de statut des professionnels de santé intervenant en prison sur leur autonomie d'action. De l'avis des professionnels de santé, les formes de pression des surveillants sur le secret médical, même si certaines perdurent, se sont faites plus rares et timorées. L'argument du statut, qui a longtemps

permis aux personnels de l'Administration Pénitentiaire de remettre en cause la pertinence du secret médical en prison, étant tombé, ceux-ci ont conscience du caractère illégal, tout au moins illégitime, de certaines de leurs demandes ou de leurs actions : regards sur les dossiers médicaux, demandes d'informations sur la contagiosité des pathologies de certains patients, présence dans le cabinet de consultation, ... Cette conscience les conduit dans la plupart des cas à respecter l'autonomie des professionnels de santé, parce qu'ils savent ces derniers dans leur bon droit. Quand ils remettent en cause cette autonomie, c'est toujours avec mauvaise conscience car ils savent qu'ils enfreignent des interdits. Le statut d'indépendance des professionnels de santé joue ainsi un rôle de garant de l'autonomie du secteur sanitaire, d'abord parce que les personnels pénitentiaires mettent "naturellement" ou spontanément des bornes à leurs demandes.

Quand certains surveillants enfreignent néanmoins ces interdits, l'indépendance de statut sert d'arme persuasive et dissuasive pour les professionnels de santé. Ainsi, pour refuser une demande provenant des surveillants (le plus souvent à propos des maladies dont souffre un détenu), certains professionnels de santé disent se retrancher derrière l'argument qui vise à rappeler qu'ils doivent respecter le secret médical, sans plus qu'aucun argument statutaire ne puisse plus leur être opposé.

Finalement, on voit que le changement de statut a fondamentalement renouvelé les conditions d'exercice des professions de santé en prison : abandon par les personnels pénitentiaires des tâches paramédicales, abandon de la dilution des médicaments, respect possible du colloque singulier, disparition de certaines formes de pression sur le secret médical. Ce renouvellement recouvre une forme de détotalisation de la prison : les médecins et les infirmiers intervenant en prison se sont largement autonomisés grâce à un statut qui les met à l'abri de nombreuses pressions. Mais le seul changement de statut ne saurait expliquer la reconnaissance et l'autonomie dont jouissent aujourd'hui les professionnels de santé dans leurs relations avec les personnels pénitentiaires. Un second argument persuasif qui explique cette autonomisation est l'autorité professionnelle.

## **1.2. L'autorité professionnelle**

Un second fondement de l'autonomie des professionnels de santé est leur autorité professionnelle, dont la reconnaissance s'est accrue avec la réforme et le rattachement aux hôpitaux publics. Si les décisions médicales font parfois l'objet de mécontentement de la part des surveillants ou des directions locales d'établissement, elles ne vont jamais jusqu'à susciter des contestations ouvertes et des désaccords publics.

“- Parfois aussi, de temps à autre, les surveillants s’interrogent sur la nécessité d’un traitement. Remarquez que rien n’est jamais dit directement : on comprend cela aux bruits de couloir, aux réflexions incidentes, aux coups d’œil à l’œillet. Quand un entretien dure, les surveillants se posent des questions. Mais ils n’iront jamais jusqu’à me dire : “- Celui-là, vous le voyez trop.”. Ils ne se permettent pas ça. Les surveillants n’osent pas m’aborder directement pour des questions de ce genre.”

Psychiatre, 45 ans, 2 ans d’ancienneté en milieu pénitentiaire, intervenant une journée par semaine dans une petite maison d’arrêt

Le contenu technique du travail des personnels sanitaires n’est pas objet de discussions, car la médecine reste une discipline absconse et difficilement accessible : il faut dire que le travail des professionnels de santé se caractérise par une haute technicité et une forte spécialisation, comme semble l’authentifier l’existence de cursus de formation longs et spécifiques. On retrouve ici la perspective de Talcott Parsons<sup>272</sup> qui montre que les médecins assoient leur autorité professionnelle sur leur haut niveau de savoir formel et spécialisé ; le professionnel de santé est reconnu comme le seul à pouvoir, sur la base de sa compétence, dire qui est malade. Beaucoup de surveillants reconnaissent ainsi leur incompetence en matière médicale.

“- Quand j’amène les blessés du sport au service médical, on me dit “- Ils font semblant.”, mais moi, je ne le sais pas, je ne suis pas docteur. J’amène le détenu, et s’il fait semblant, c’est au docteur de le virer.”

Surveillant, 35 ans, 5 ans d’ancienneté, grande maison d’arrêt

Ce surveillant refuse de porter un jugement de nature médicale sur la pertinence de la demande des détenus qu’il encadre. Il faut ici comprendre en partie ce choix comme un “pied de nez” adressé aux professionnels de santé. Comme nous le verrons, ces derniers reprochent souvent aux surveillants de ne pas transmettre rapidement les demandes de leurs patients ou alors de s’attribuer le droit de juger de ce qui est urgent ou non. Ici, le surveillant, tout en reconnaissant son incompetence technique, renvoie sur les professionnels la responsabilité de gérer l’afflux de demandes.

La forme d’acceptation de l’autorité technique des professionnels de santé n’est pas propre au milieu pénitentiaire : il est sans doute tout aussi rare de voir contester leur compétence technique en milieu libre. Cette confiance dans la compétence technique des professionnels de santé n’est d’ailleurs pas nouvelle : Everett Hughes remarquait en 1956 qu’elle était au fondement du prestige dont jouissaient alors les médecins<sup>273</sup>, qu’elle était aussi un des socles de la licence et du mandat accordés aux médecins<sup>274</sup>. Certes, cette reconnaissance sociale de la technicité médicale est peut-être actuellement progressivement remise en cause par la multiplication des actions juridiques

---

<sup>272</sup>Talcott Parsons, “Social Structure and Dynamic Process : the Case of Modern Medical Practice”, in *The Social System*, Glencoe, Illinois, The Free Press, 1951, chapitre X

<sup>273</sup>Everett Hughes, “Division du travail et rôle social”, 1956, in *Le regard sociologique*, 1996, p. 64

<sup>274</sup>Everett Hughes, *Men and their work*, chap. 6 : “Licence and Mandate”, 1958, in *Le regard sociologique*, 1996, op. cité, pp. 99-106



contre les médecins. Mais, outre qu'il faudrait étudier précisément les effets de ce mouvement sur les représentations sociales des professions de santé, on peut se demander si cette "juridicisation" ne concerne pas moins l'idée d'incompétence technique que celle d'invulnérabilité médicale : les médecins seraient toujours reconnus comme les seuls compétents dans leur domaine, mais certains d'entre eux feraient des "fautes", que seuls leurs confrères sont d'ailleurs aptes à juger. La compétence technique des professions de santé ne serait donc pas fondamentalement remise en cause. Du point de vue plus particulier du milieu pénitentiaire, les contestations portant sur la compétence technique des acteurs de santé sont elles aussi rares ou pesées.

"- On n'est certes pas à même de juger de la psychiatrie — et d'ailleurs le SMPR joue en permanence là-dessus — mais on peut tout de même s'étonner que des détenus complètement psychotiques ne soient pas pris en charge et qu'inversement le SMPR prenne en charge des personnes par simple curiosité."

Sous-directeur, 40 ans, grande maison d'arrêt

On voit bien dans cet extrait les précautions oratoires que prend ce directeur de détention avant d'émettre une critique sur les décisions des psychiatres dans son établissement : il commence par reconnaître son incompétence et formule sa critique sous la forme d'un étonnement, d'une hypothèse et non d'une affirmation catégorique. Par ailleurs, il faut noter que cette critique est émise par un directeur de détention. Les surveillants, qui ressentent des doutes analogues, semblent ne pas se sentir en droit ou en position de formuler explicitement vis-à-vis d'un tiers leur contestation de la compétence des médecins. Leur position dans la division technique et morale<sup>275</sup> du travail les place en situation de ne pas penser pouvoir émettre de critiques qui seraient jugées pertinentes ou convaincantes. On peut même se demander s'ils ne sont pas eux-mêmes persuadés de la fragilité de leur critique.

"- Sinon, du point de vue de leur travail (celui des médecins), on peut dire que les détenus sont bien soignés. Pour la psychiatrie, les résultats se voient moins, c'est plus difficile à juger que le dentiste. Mais ici, on a eu un très bon psychiatre. Maintenant, le psy, il fait ses vacances, et c'est tout."

Surveillant, 55 ans, 30 ans d'ancienneté, petite maison d'arrêt

Ce surveillant est ici très embarrassé dans la formulation d'une critique envers le psychiatre. Il reconnaît lui-même la difficulté qu'il a pour "juger" les médecins, en affirmant que "les résultats se voient moins", que "c'est plus difficile à juger que le dentiste", mais cet aveu apparent d'incompétence permet aussi d'engager à mots couverts une critique envers le psychiatre : le surveillant laisse supposer que si "les résultats se voient moins", c'est lié au statut de la thérapie psychiatrique mais c'est peut-être aussi lié au fait que le psychiatre actuel ne fait pas correctement

---

<sup>275</sup>On entend ici par division morale du travail une distinction entre "ce qui est considéré comme honorable, respectable, propre et prestigieux, par opposition à ce qui est peu honorable ou peu respectable, à ce qui est sale ou minable", pour reprendre les termes d'Everett Hughes (op. cité, 1996, p. 63).

son travail. Deux points laissent penser que les propos visent d'abord une critique du psychiatre actuel. Tout d'abord, évoquer la qualité du psychiatre précédent ("Mais ici, on a eu un très bon psychiatre") permet grâce à une forme de démonstration par l'absurde de critiquer le psychiatre actuel. Dire que ce dernier fait ses vacances "et c'est tout" laisse aussi entendre qu'il pourrait ou devrait faire plus. La critique du médecin apparaît ici finalement clairement mais on voit tout de même qu'elle se fait à mots couverts, avec plusieurs précautions, sous-entendus et implicites.

On retrouve plus généralement chez les surveillants une sorte de respect muet vis-à-vis des décisions médicales. Les surveillants s'interdisent généralement de mettre en cause le contenu technique des actes soignants et médicaux : le médecin et l'infirmier sont reconnus comme les seuls compétents dans leur domaine d'exercice, ils sont comme intouchables. Dire que les surveillants ne contestent pas la pertinence des décisions médicales ne veut pas dire qu'ils n'expriment jamais aucun mécontentement. Mais ce mécontentement ne s'exprime pas comme une critique de la pertinence des décisions médicales : les surveillants critiquent plutôt le dédain des médecins, l'impérialisme du secret médical, le non respect des règles de sécurité, etc. L'incompétence est devenu un discours tabou.

Ce tabou a été largement renforcé avec la loi du 18 janvier 1994 et le renouvellement des professionnels de santé qu'elle a occasionné dans les services de soins en milieu pénitentiaire. Comme nous l'avons dit à la fin de la partie historique, le statut de vacataire de l'Administration Pénitentiaire et le fait de travailler en prison renvoyaient à des "choix" de carrière peu valorisés dans l'ensemble du corps médical, ce dont étaient conscients les personnels pénitentiaires, tout comme les détenus d'ailleurs. Aussi les professionnels de santé étaient-ils souvent considérés comme des médecins et des infirmiers "au rancart" (sic), peu compétents. L'arrivée de médecins et infirmiers hospitaliers a brouillé cette représentation. Si des doutes perdurent sur la compétence des anciens vacataires de l'Administration Pénitentiaire, rattachés avec la réforme aux hôpitaux publics, les "nouveaux" professionnels de santé sont perçus comme des personnels hospitaliers à part entière.

Au final, on peut dire que l'autonomie des acteurs de santé vis-à-vis des surveillants repose fondamentalement sur la reconnaissance de leur autorité technique, de leur compétence exclusive dans la division technique du travail. La reconnaissance de la compétence technique des acteurs de santé apparaît d'ailleurs plus nettement encore si on compare les professionnels de santé et les autres professionnels intervenant en milieu pénitentiaire. Les surveillants contestent ainsi beaucoup plus les compétences techniques des enseignants, des formateurs ou des éducateurs. L'autorité technique vient ainsi renforcer les effets du statut d'indépendance sur l'autonomie des

professionnels de santé intervenant en prison. Un autre argument renforce cette autonomie des professionnels de santé : la sacralité du droit à la santé.

### 1.3. La sacralité du droit à la santé

Un autre fondement sur lequel repose l'autonomie des professionnels de santé en milieu pénitentiaire est la reconnaissance de leur mission vitale, sinon sacrée. Le droit à la santé en général inspire un respect quasi-absolu parce qu'il touche à la vie humaine. Cette reconnaissance est d'abord attestée par le fait que la nécessité de la présence de professionnels de santé et le droit des détenus à l'accès aux soins font désormais l'objet d'un large consensus parmi les surveillants. Je n'ai noté aucune déclaration dans mes entretiens avec des surveillants, dans mes lectures des travaux sociologiques sur les surveillants ou dans les journaux syndicaux, portant sur l'inutilité de la présence des professionnels de santé (déclarations que l'on retrouve à propos des enseignants par exemple). Il reste que l'on peut se demander si cette absence de critiques est un signe de la reconnaissance intégrale du droit des personnes détenues à la santé ou bien d'une forme d'autocensure des surveillants : il y aurait des choses qui ne se disent pas ou qui ne s'écrivent pas. C'est la seconde hypothèse que tendent à confirmer les propos des professionnels de santé sur les surveillants.

“- Il peut y avoir des points de friction. A vrai dire, tout le monde n'est pas convaincu du droit de la population pénale à être une population soignée. D'ailleurs, Robert Badinter a éprouvé les pires difficultés à faire reconnaître ce droit. Et aujourd'hui encore, on peut entendre, chez certains surveillants, des réflexions du genre : “- C'est pas possible de soigner un type qui a tué tant de monde...””

Cadre infirmier, 50 ans, 6 ans d'ancienneté en milieu pénitentiaire, plein temps, grande maison d'arrêt

“- *Quelles sont finalement les plus grosses difficultés que vous avez rencontrées ?*

- Je dirais d'abord les relations avec certains surveillants. Il y en a pour qui le détenu, c'est un truand, c'est un bandit, c'est une personne qui ne mérite pas qu'on la traite avec considération. Parfois, certains surveillants viennent nous demander des médicaments ou des soins. Comme ce n'est pas notre attribution, on refuse et ils répondent “- Et pourtant vous le faites bien pour eux”.”

Cadre infirmier, 45 ans, 1 an d'ancienneté en milieu pénitentiaire, plein temps, grande maison d'arrêt

Comme dans le cas de ces extraits, la représentation des surveillants que donnent les professionnels de santé est généralement très critique. Une première récurrence concerne le droit à la santé. Selon certains professionnels, l'universalité du droit à la santé n'est pas reconnue par tous les acteurs du milieu pénitentiaire, notamment par certains surveillants. On peut néanmoins s'interroger sur la pertinence d'un tel constat, aux allures de dénonciation, car le droit des détenus à la santé semble plutôt inspirer un respect quasi-absolu aux surveillants.

De fait, les cas où les surveillants sont accusés de non assistance à personne en danger ne sont pas exclus mais ils sont très rares : même si certains surveillants expriment leur mécontentement auprès des médecins et des infirmiers, très peu d'entre eux ne signalent pas les cas de personnes détenues qui leur semblent "urgents" du point de vue médical. D'un point de vue extérieur, le fait que les surveillants s'octroient la possibilité de juger de l'urgence d'un traitement est très critiqué : les détenus soulignent que le droit à la santé n'est pas respecté ou qu'il l'est avec retard, les professionnels de santé rappellent que c'est à eux de juger de l'urgence ou non d'une prise en charge médicale. Il reste que la situation institutionnelle du surveillant dans la prison le place officiellement en position de relais et d'informateur médical. D'une façon générale, les surveillants respectent scrupuleusement ce rôle : la peur de la mort d'un détenu (en particulier des suicides), la crainte d'une plainte pour non assistance à personne en danger sont sans doute des raisons de ce respect du droit à la santé. Les travaux sociologiques sur les surveillants (on pense ici notamment à ceux de Corinne Rostaing<sup>276</sup>) montrent par ailleurs que la dualité de la relation carcérale ne saurait faire oublier le respect des surveillants pour la dignité humaine, dont la santé est un trait largement reconnu.

Dès lors, s'il n'y a pas à douter que des surveillants aient pu prononcer des sentences du type "C'est pas possible de soigner qui a tué tant de monde", il semble que ces déclarations puissent être comprises comme des provocations vis-à-vis des professionnels de santé. D'ailleurs, les professionnels ont bien conscience de cet aspect provocateur qui exprime les tensions institutionnelles entre les surveillants et eux-mêmes ou encore reflète ce qu'ils appellent des "conflits de personnes". De plus, laisser supposer que certains surveillants peuvent douter du droit de tous les détenus à un accès inconditionnel aux services de santé, permet aussi aux professionnels de santé de se distinguer des surveillants et d'affirmer ainsi leurs irréductibles différences malgré un même milieu d'exercice. Ce discours doit donc être en partie compris au regard des représentations que veulent donner les acteurs de leurs actions. La situation d'entretien est un de ces lieux de représentation, de mise en scène.

D'un point de vue extérieur, hormis les cas de non assistance à personne en danger qu'il convient de ne pas oublier mais dont la fréquence montre que c'est une réaction exceptionnelle et non habituelle des surveillants aux demandes de soins des détenus, la santé apparaît largement comme un tabou que nul n'ose effleurer. Inversement, la nécessité de nombreuses autres actions professionnelles est souvent réellement contestée : par exemple, les surveillants critiquent les activités scolaires, éducatives ou socioculturelles, en estimant que ce sont des "passe-temps", des "activités inutiles", des "cache-pot" (sic). Les directions locales d'établissement rejoignent

---

<sup>276</sup>Corinne Rostaing, *La relation carcérale, Identités et rapports sociaux dans les prisons de femmes*, Paris, PUF, Collection Le lien social, 1997

implicitement ce jugement en faisant des activités scolaires des privilèges pour les “bons” détenus et en privant les détenus agités de toute activité éducative, ce qu’elles ne se permettent pas de faire pour les soins.

La santé ne fait pas partie de ce système de privilèges que nous aurons l'occasion d'évoquer à propos de l'enseignement : l'accès aux soins n'est pas un privilège mais un droit reconnu à tous, "détenus agités", "détenus particulièrement surveillés" ou autres. Certes, de l'aveu de la plupart des professionnels de santé rencontrés, les surveillants peuvent volontairement freiner les demandes de visite de certains détenus, mais les retards quoique très "agaçants", restent d'une durée limitée et ne concernent pas les cas d'urgence. On observe une reconnaissance tacite des impératifs sanitaires. Cet état de fait suscite d'ailleurs la convoitise des autres professionnels :

"- Le traitement d'un patient par un médecin est le même à l'intérieur qu'à l'extérieur de la prison et l'Administration n'a jamais pensé à faire de la médecine un privilège pour certains détenus ; pourquoi l'avoir fait de l'école ?"

Instituteur spécialisé, 55 ans, 25 ans d'ancienneté en milieu pénitentiaire,  
plein-temps, grande maison d'arrêt

La reconnaissance du droit des détenus à un accès inconditionnel aux services de santé est finalement quasi-générale au sein des surveillants. Cette reconnaissance assoit l'autonomie des professionnels de santé. Dans les cas de conflits, ces derniers rappellent par ailleurs aux surveillants l'universalité du droit à la santé, son caractère vital. Le droit à la santé constitue donc un de ces arguments persuasifs auxquels les acteurs de santé peuvent avoir recours pour imposer leur professionnalité, ou encore cette autonomie qui fait d'eux des professionnels au sens de Freidson.

Au final, on s'aperçoit que les professionnels de santé disposent de nombreux arguments persuasifs dans les négociations qu'ils mettent en oeuvre quotidiennement avec les représentants pénitentiaires pour s'assurer une réelle autonomie d'exercice : un statut proprement hospitalier, une autorité d'exercice peu contestée, la sacralité du droit à la santé. Au quotidien, cette autonomie est d'ailleurs rarement contestée, ce qui constitue assurément un signe de la détotalisation de la prison. Les bases qui assurent l'autonomie professionnelle des acteurs de santé intervenant en milieu pénitentiaire sont la plupart du temps tacites au sens où elles fonctionnent sans qu'il y ait besoin de les rappeler. Elles affichent aux yeux des personnels pénitentiaires l'autonomie des professionnels de santé et elles les dissuadent de contrecarrer cette autonomie : ce sont des "fondements dissuasifs". Quand la présence de ces fondements dissuasifs ne suffit pas à entériner leur autonomie, les professionnels de santé n'hésitent pas à les formuler explicitement. Les fondements dissuasifs deviennent des "arguments persuasifs".

Ce premier état des lieux d'une large autonomie actuelle des professionnels de santé intervenant en prison ne doit néanmoins pas conduire à négliger des situations qui semblent révéler encore une

dimension totale de la prison, une autonomie limitée des professionnels de la santé intervenant en prison, ou plus simplement le poids du système de contraintes carcéral. Aux yeux de ces professionnels, la question des retards est un premier signe révélateur des contraintes et de la dimension totale de leur milieu d'exercice.

## 2. Une autonomie qui dérange : la question des retards

Même si les professionnels les plus anciens reconnaissent des évolutions sensibles de leur marge d'autonomie, les professionnels de santé intervenant en prison insistent souvent sur certaines situations qui symbolisent à leur yeux les contraintes de la prison, les limites de leur autonomie. Parmi ces situations, les "retards" et les temps d'attente sont souvent présentés comme les contraintes majeures, centrales.

*" - Quelles sont finalement les plus grosses contraintes du milieu pénitentiaire ?*

- A : Une certaine lenteur.

- B : Disons qu'il faut savoir attendre.

- C : Oui, il faut être patient, il ne faut pas être speedé.

- D : Ici, la notion de temps prend tout sa dimension. le détenu attend toujours : les promenades, les parloirs, les permissions, la libération, etc. Nous, on attend les détenus. (rires).

- A : Le problème, c'est qu'il y a plein d'intermédiaires.

- D : Même quand on veut voir un détenu très rapidement, il faut attendre.

- B : En plus, il y a des détenus qui disent qu'ils nous ont écrit deux-trois fois, alors que l'on a reçu finalement qu'un mot."

Entretien collectif avec des infirmiers somatiques, âges et anciennetés en milieu pénitentiaire :

A : 30 ans, 18 mois ; B : 35 ans, 3 ans ; C : 25 ans, 6 mois ; D : 50 ans, 7 ans ;

intervenant à plein-temps dans une grande maison d'arrêt

On voit, dans cet extrait de retranscription, une forme de montée en crescendo où chaque infirmier parle et ajoute une ligne au "réquisitoire" dressé contre les surveillants. Plus généralement, les professionnels de santé insistent, et ce comme beaucoup d'intervenants en milieu pénitentiaire, sur la lenteur des surveillants à ouvrir les portes, sur leur pointillisme quand il s'agit d'appliquer des règles de sécurité, sur leur façon moins scrupuleuse de transmettre les demandes des personnes détenues ou de respecter les horaires prévus, etc. Comment interpréter ces difficultés et ces discours ? Les retards sont-ils des symboles d'une impossible autonomie des professionnels en prison, d'une dimension structurellement totalisante de la prison ?

La centralité de la question des retards dans le discours des professionnels de santé renvoie à plusieurs hypothèses explicatives :



- Les retards seraient imputables au fonctionnement de l'organisation pénitentiaire, à la fonction des surveillants dans cette organisation ?
- Les retards seraient le fruit de rapports de force entre les différents acteurs de la prison.
- Les retards renverraient aux yeux des professionnels de santé leur statut d'intervenant pénitentiaire ou encore l'image d'un milieu qui apparaît contradictoire avec leur idéal professionnel.

Y a-t-il une lenteur spécifique au milieu pénitentiaire ? Ne faut-il pas plutôt comprendre ces difficultés dans le cadre des rapports de force entre personnes détenues et surveillants, ou encore dans le cadre des rapports de force entre professionnels de santé et surveillants ? Plus fondamentalement encore, les critiques adressées aux surveillants ne révèlent-elles pas une façon pour les acteurs de santé d'affirmer leur statut de professionnel de santé et de minimiser, sinon renier, leur statut d'intervenant en milieu pénitentiaire ? Ce sont ces hypothèses que nous nous proposons de tester successivement.

## 2.1. Une lenteur spécifique au milieu pénitentiaire ?

Pour la très grande majorité des professionnels de santé intervenant en prison, le milieu pénitentiaire se caractérise d'abord par une perte de temps : perte de temps en mesures de sécurité (attentes aux portes, passage sous les portiques, ...), perte de temps en attente des détenus. Comment expliquer ces lenteurs ? Y aurait-il d'abord une lenteur propre au milieu pénitentiaire ?

“En prison, comme à l'hôpital psychiatrique, rien ne presse, même le temps devient visqueux. En ce lieu où l'on ne parle que du temps de la détention qui règle la peine, “on a toujours tout le temps de voir venir”, “il n'y a pas le feu”. (...) “Tout est toujours difficile ici”, proposait d'inscrire à l'entrée des lieux de soins une infirmière lassée du temps qu'elle passait en demandes d'extraction pour consultation médicale hospitalière, en sollicitations pour obtenir des cuisines des régimes alimentaires, en appels de détenus pour consultation médicale, soins, visite chez le dentiste, essai de lunettes. (...) A l'infirmerie, chacun pourrait très bien passer tout son temps à attendre. La prison, c'est l'attente dans la confusion d'une impatience désespérée. “Je suis fatigué d'attendre et de ne rien faire”, disait un interne pour justifier sa démission.”

Daniel Gonin, *La santé incarcérée*, L'Archipel, 1991, pp. 233-234

Cet extrait du livre d'un médecin psychiatre qui est intervenu durant plusieurs années en maison d'arrêt résume assez bien ici le sentiment émergent dans les formes de discours des professionnels sanitaires intervenant en milieu pénitentiaire. Il y aurait comme une lenteur de la prison ; l'institution serait baignée par une léthargie, liée à la litanie de ses rythmes. Il est clair que l'organisation a ses lenteurs. Des lenteurs physiques et matérielles aussi bien que réglementaires, d'abord. Si l'on ajoute le temps de l'ouverture des portes (parfois une dizaine pour accéder aux services de soins) à ouverture électrique ou manuelle, le temps des vérifications d'identité et

d'inscription sur les registres, le passage obligé sous les portiques de sécurité, si l'on tient compte du fait qu'il faut, à chacune de ces étapes, obtenir la collaboration d'un surveillant qui est aussi la plupart du temps chargé d'autres fonctions, il faut compter pour un habitué environ une dizaine de minutes (cela dépend évidemment de la taille des établissements) pour accéder aux services sanitaires, quand tout se passe normalement, parfois le double ou plus.

Il serait intéressant de s'interroger, à la manière d'un éthologue, sur les façons qu'ont les acteurs d'occuper ce "temps suspendu" qu'ils passent à attendre. Il y a assurément un apprentissage de la patience et des techniques de comblement du vide. Les novices tournent en rond, dandinent nerveusement, poussent des soupirs. Les plus expérimentés, les plus anciens semblent éviter de montrer qu'ils sont pressés ou énervés, pour obtenir la collaboration de surveillants, d'autant plus rapides qu'ils ne se sentent pas assimilés à des porte-clés, des pousse-boutons ou des gratte-papier.

*"- Y a-t-il des grosses différences entre le milieu pénitentiaire et le milieu hospitalier ?*

- B : La plus grosse différence, c'est qu'ici, c'est une administration dans une autre administration. Cela amène des contraintes. On ne fait pas ce que l'on veut. Il faut toujours passer par les surveillants. Et puis, il y a le règlement à respecter.

*- Est-ce que ces contraintes jouent sur les soins ?*

- B : Oui, on est obligé de distinguer ce qui est urgent et ce qui l'est moins.

- D : C'est sûr que l'on prend en compte l'organisation de l'administration dans l'organisation des soins. Cela demande une certaine adaptation.

- B : S'ajoute l'effet que peut produire sur nous l'enfermement. Il faut passer de nombreuses portes, il faut toujours avoir quelqu'un à côté de soi. C'est contraignant.

- D : Cet effet de l'enfermement, je le ressens surtout quand je reviens de vacances. il faut se réhabituer. Et ce n'est pas facile.

- C : Moi, je ne ressens pas cet effet. Les clés, les surveillants, les portes, cela ne me fait pas grand effet. Par contre, j'ai été surpris par les cellules. On dirait des oubliettes. On se croirait au Moyen-Age."

Entretien collectif avec des infirmiers somatiques, intervenant à plein-temps dans une grande maison d'arrêt,

âges et anciennetés en prison : B : 35 ans, 3 ans ; C : 25 ans, 6 mois ; D : 50 ans, 7 ans.

A l'instar de ces infirmiers qui évoquent la contrainte d'être "une administration dans une administration", les professionnels de santé expliquent souvent les lenteurs de la prison par un fonctionnement "bureaucratique". De fait, le fonctionnement actuel de la prison apparaît comme une illustration quasi caricaturale des théories des organisations qui ont cherché à montrer et expliquer les limites du fonctionnement bureaucratique. On pense notamment aux analyses d'Alvin Gouldner, de James March et Herbert Simon, de Robert Merton, de Michel Crozier, dont la référence commune était la direction administrative bureaucratique décrite par Max Weber comme le modèle le plus pur de "domination légale et rationnelle". Nous ne nous inscrivons pas ici dans le débat de savoir s'il convient de critiquer le caractère opératoire du modèle, en insistant sur les écarts entre le modèle et la réalité, ou de mener une critique plus radicale sur la rationalité même du modèle weberien. Nous dégagerons seulement quelques traits qui peuvent expliquer la relative lenteur du fonctionnement pénitentiaire.

Une première explication de cette lenteur réside dans le nombre de règles. Lorsque les surveillants appliquent les règles strictement, suivant ainsi la lettre du règlement, les lenteurs sont importantes. Seul le "contournement" des règles permet de fluidifier le rythme de la vie pénitentiaire. On peut prendre l'exemple du passage sous les portiques de sécurité, réglés pour détecter tout ce qui est métallique. La règle veut que toutes les personnes entrant en détention, déposent ce qu'elles ont de métallique, passent sous le portique jusqu'à ce que celui ne sonne plus. Mais cette règle est coûteuse en temps, car il faut parfois repasser plusieurs fois, après s'être débarrassé de ses clés, de sa montre, de sa ceinture, etc. Dans le quotidien, il est courant de voir certains surveillants contourner cette règle, laissant passer les praticiens même si le portique sonne, ou les invitant à passer à côté. Mais à d'autres occasions, le règlement est appliqué à la lettre. C'est le cas lorsqu'il s'agit de jeunes surveillants, lorsqu'un supérieur hiérarchique est à proximité ou lorsque les surveillants sont en conflit avec les praticiens.

*"- Comment les surveillants perçoivent-ils plus largement l'action des intervenants extérieurs ?*

- Ce qui est certain, c'est que la prison n'est plus le lieu exclusif de la pénitentiaire. Dès lors, les surveillants peuvent se sentir dépossédés. On ressent bien ce sentiment, même s'il est plutôt diffus, même s'il n'est jamais très élaboré ou discuté. Remarquez toutefois que les gradés n'ont pas du tout la même position que les surveillants. Avec les gradés, nous avons plus d'échanges, de compréhension vis-à-vis de l'abord du détenu dans sa globalité. Mais c'est vrai que les gradés ont une position hiérarchique et qu'ils sont en situation de décision ; ils peuvent placer un détenu dans un atelier, le changer de cellule. Alors que les surveillants, eux, ont seulement des demandes à transmettre ; ils ont l'impression d'être de simples rouages. Cela se répercute dans les relations que l'on a avec eux. Par exemple, beaucoup de choses se passent sous le portique de l'entrée. Quand on passe dessous et que cela sonne, certains surveillants disent " - C'est rien, on vous connaît.", d'autres disent " - Bien sûr, on vous connaît, mais enfin... On n'a pas le droit."

Psychiatre, 45 ans, 2 ans d'ancienneté en prison, vacation (un jour par semaine), petite maison d'arrêt

L'application stricte des règles (on peut penser à la grève du zèle) évoque alors la régularité de comportement et la conformité aux actions prescrites de ce que Robert Merton appelait la "personnalité bureaucratique", pour désigner l'employé des grandes organisations dont le comportement rigide et routinier suit la lettre du règlement mais en oublie l'esprit. En prison, il est clair que la conformité aux règles tue la flexibilité organisationnelle et explique dans une large partie la lenteur des décisions. Mais comme le souligne ce médecin, cette conformité aux règles est peut-être moins le symbole d'une personnalité routinière que le produit d'une organisation hiérarchique : les gradés ont une position hiérarchique et sont en situation de décision alors que les surveillants sont et se sentent souvent de simples rouages.

Un autre facteur de lenteur est lié à la rigidité et à la longueur de la ligne hiérarchique. Même si dans le quotidien, beaucoup de décisions passent par des voies informelles, la centralisation hiérarchique reste une caractéristique majeure du fonctionnement des établissements pénitentiaires. Quand il s'agit de décisions majeures, les professionnels savent qu'il faut s'adresser directement à la direction de l'établissement, par exemple pour obtenir un transfert pour des raisons médicales. Mais les choses se compliquent lorsqu'il s'agit de demandes plus anodines. Par exemple, obtenir un changement de cellule pour un patient. Le bon interlocuteur est alors moins celui qui pourrait prendre la décision (le surveillant de l'étage concerné par exemple) que celui qui peut prendre la décision sans avoir à s'assurer d'être couvert par un supérieur hiérarchique. Comme le soulignait Michel Crozier, le pouvoir de décision s'éloigne ainsi des lieux d'exécution. Il n'est pas rare alors de voir la décision d'un changement de cellule être avalisée par le directeur dans les petites maisons d'arrêt, le sous-directeur chargé de la détention dans les plus grandes. L'important est de noter ici que la prise de décision est souvent lente parce qu'elle engage de nombreux échelons hiérarchiques.

Il ne s'agissait pas ici de conduire une analyse "crozérienne" de sociologie des organisations sur les établissements pénitentiaires ; une telle étude aurait conduit à s'intéresser plus précisément aux effets de la rationalité limitée des acteurs ou au développement des formes de pouvoir autour des zones d'incertitude. Il s'agissait seulement de dégager quelques traits organisationnels qui permettent d'expliquer les lenteurs d'un fonctionnement pénitentiaire, si souvent dénoncées par les professionnels de santé. Il reste qu'il paraît simpliste d'attribuer à l'institution des dysfonctionnements qui sont aussi portés par des acteurs et donc compréhensibles à travers des logiques d'acteurs. C'est dans cette perspective que l'on peut avancer l'hypothèse que les "retards" peuvent se comprendre dans le jeu des rapports de force entre les personnes détenues et les surveillants d'une part, entre les professionnels de santé et les surveillants d'autre part.

## 2.2. Les retards comme fruit de rapports de force

En dehors de toutes les lenteurs liées à l'architecture des prisons, au poids des règles et à la longueur de la ligne hiérarchique, de nombreux retards dans la transmission des demandes de consultation ou dans l'accès des détenus aux services de soins sont liés aux rapports de force entre les différents acteurs de la prison. Quand un surveillant freine la transmission des demandes des patients et leur accès à l'infirmerie en les faisant attendre, ce peut être parce qu'il est en conflit soit avec sa hiérarchie, soit avec les détenus, soit avec les médecins et les infirmiers. Les trois hypothèses méritent d'être étudiées successivement, même si elles peuvent expliquer parfois conjointement des situations de retard.

Les retards peuvent d'abord s'expliquer dans le cadre des relations hiérarchiques internes à l'Administration Pénitentiaire. Les surveillants qui travaillaient autrefois dans les infirmeries ont généralement mal accepté d'être réaffectés à des postes de pure surveillance. Face à ces réaffectations forcées, certains surveillants ont réagi par des grèves du zèle. Certains retards pouvaient alors en partie s'expliquer comme une forme de contestation hiérarchique envers des personnels de direction qui, sous prétexte de décloisonnement, organisaient un " recentrage " de leur activité, en négligeant leur mission officielle de réinsertion.

“La mise en place d'activités destinées à la réinsertion des détenus s'est en effet effectuée en l'absence des surveillants — renvoyant ces derniers à leurs tâches premières de sécurité (...). Dans le même temps, dans un contexte de recrutement massif lié à l'ouverture de nouvelles prisons, la formation insistait auprès de nouvelles recrues de plus en plus instruites et exigeantes professionnellement sur l'importance décisive de leur participation au travail de réinsertion, creusant ainsi l'écart entre les attentes professionnelles et les conditions de travail réelles.”

G. Benguigui, A. Chauvenet, F. Orlic, “Les surveillants de prison : le prix de la sécurité”,  
*Revue Française de Sociologie*, juil.-sept. 1993, vol. XXXIV, n° 3, p. 349

Aujourd'hui encore, les grèves du zèle sont des réponses classiques à des problèmes de relations hiérarchiques internes à l'Administration Pénitentiaire. L'extrait d'un journal syndical montre que le respect du secret médical en prison est aujourd'hui considéré par certains surveillants comme une question interne à l'Administration Pénitentiaire.

“Tant qu'il n'y aura pas des sanctions qui obligeront les chefs d'établissements à appliquer les textes qui régissent la prévention, on continuera à nous endormir avec le secret médical. Y a-t-il une volonté de la part de notre administration de régler une fois pour toutes le problème ? Nous en doutons.

Il est tellement plus confortable de gérer au coup par coup que personne ne s'intéresse à cela. Mais comme on le dit souvent, nos chères têtes pensantes, avachies derrière leurs bureaux, se fichent éperdument de la condition des hommes et des femmes qui travaillent sur le terrain. On ne peut pas penser à tout. En ce moment, ce sont les sports d'hiver... ils préparent les skis !”

*Le réveil pénitentiaire justice* (UFAP), n° 41, décembre 1998, p. 19

Quand les surveillants apprennent qu'une maladie contagieuse d'un détenu (la tuberculose notamment) leur a été cachée par leur direction, la multiplication des retards sert de voie de mécontentement tant envers les professionnels de santé jugés peu coopératifs qu'envers des directions jugées “archaïques” (sic).

Par ailleurs, les retards dans la transmission des demandes et dans l'accès des détenus à l'infirmerie peuvent aussi s'expliquer par les relations entre surveillants et détenus. Les surveillants sont des relais indispensables et incontournables dans l'accès aux soins, sont institués en position de tiers nécessaires entre les détenus et les services de santé. Cela leur donne un pouvoir de négociation important avec les personnes détenues. Quand un détenu est en conflit avec le personnel de détention (agitation, bruit, insultes, “souk” pour reprendre un terme courant dans les propos des surveillants), il n'est pas rare de voir les surveillants retarder la transmission de ses demandes. Les retards dans l'accès des détenus à l'infirmerie seraient donc une des manifestations des relations entre surveillants et détenus, dont George Benguigui<sup>277</sup> propose une typologie éclairante : les rapports de contrainte, de négociation et de don-contre-don.

Les notions de contrainte et de don-contre-don permettent globalement de saisir la complexité des relations surveillants-détenus, mais dans le cas particulier de la transmission des demandes de visites médicales et de la rapidité de l'accès à l'infirmerie, elles semblent moins pertinentes. Tout d'abord, la notion de contrainte est peu pertinente car la coercition est employée dans les situations où le détenu n'est pas demandeur, ce qui n'est généralement pas le cas des visites médicales. Par ailleurs, les formes de don-contre-don renvoient à des situations où l'intérêt immédiat n'est pas premier, où l'idée de bénéfice éventuel n'est pas présente : “(...) Dans ces cas, c'est bien autre chose que de l'utile qui circule, comme le dit M. Mauss. Le don et le contre-don débutent dès que surveillants et détenus se mettent à parler de tout et de rien, du temps qu'il fait, de la famille, des enfants, du football, de cinéma, des voitures, des femmes, etc.”<sup>278</sup>. La transmission des demandes de visites médicales s'apparente beaucoup plus à du donnant-donnant, dans une logique utilitariste : une transmission rapide de la demande en échange de calme et de respect. La transmission des

---

<sup>277</sup>George Benguigui, 1997, “Contrainte, négociation et don en prison”, *Sociologie du Travail*, n° 1/97, pp.1-17

<sup>278</sup>George Benguigui, 1997, op. cité, p. 7

demandes se comprend donc comme le fruit de négociations, avec en arrière-plan la volonté des surveillants de ne pas apparaître comme les agents d'exécution des personnes détenues.

Dans les cas d'infractions mineures provenant des détenus, les surveillants recourent rarement au rapport d'incident. "Ils préféreront "s'expliquer" en tête à tête, "d'homme à homme", avec le détenu, le menacer d'un rapport en cas de récidive et, s'il récidive effectivement ou ne coopère pas, le déstabiliser en lui refusant les faveurs qu'il demande et les services auxquels il peut prétendre. Pour cela, ils joueront sur les habituels dysfonctionnements et lenteurs de la bureaucratie. Il s'agit par exemple du courrier qui "arrive en retard", des "erreurs" sur les bons de cantine, des "oublis" pour certains rendez-vous, du chef "toujours occupé" qui ne peut recevoir le détenu, du travailleur social "absent ce jour-là", (...)."

G. Benguigui, A. Chauvenet, F. Orlic, "Les surveillants de prison : le prix de la sécurité",  
*Revue Française de Sociologie*, juil.-sept. 1993, vol. XXXIV, n° 3, pp. 358-359

Il reste que s'il peut y avoir des retards voulus par les surveillants dans la transmission des demandes des détenus ou dans le respect des horaires, ces retards ne concernent généralement pas les demandes qui peuvent avoir un caractère urgent ou vital. Certaines personnes détenues m'ont parlé de surveillants qui ne transmettaient pas immédiatement leur demande de consultation ou qui ne les transmettaient pas quand cela ne leur paraissait pas fondé. Aux yeux de la plupart des professionnels de santé, cette situation n'est pas tolérable car les surveillants s'octroient ainsi implicitement la capacité de juger de l'urgence et de la "pertinence médicale" d'un cas. Cette situation renvoie, aux yeux de nombreux professionnels de santé, à une situation illégitime, une situation de pouvoir et non de domination, pour reprendre la distinction weberienne.

"- Plus concrètement, il faut avouer que le problème pourtant simple de l'accès aux soins n'est pas réglé. Car, pour pouvoir exercer la médecine, il faut d'abord savoir quels sont les prisonniers qui souffrent. Et comment obtenir cette information, si ce n'est par le biais des surveillants ? Nous n'avons pas encore manifestement résolu le problème de l'information et celui de la responsabilisation des surveillants. (...)

- *Rencontrez-vous des difficultés avec l'A.P. ?*

- Jusqu'ici, on n'a pas eu de problèmes avec la Direction de l'A.P.. Avec les surveillants, c'est plus difficile : il faut les respecter mais il faut aussi les contraindre. Ils ont finalement deux hiérarchies du point de vue des activités médicales : la pénitentiaire est leur hiérarchie administrative, le corps médical est leur hiérarchie morale. Il reste que l'on n'a aucun réel pouvoir sur eux. Donc, il faut rester prudent et tenace."

Praticien hospitalier, 50 ans, responsable d'une UCSA d'une grande maison d'arrêt,  
mais n'intervenant pas en prison

Les termes employés par ce médecin montrent bien le sentiment d'impuissance des praticiens face au pouvoir jugé illégitime des surveillants. Deux registres s'opposent : le registre des faits ("nous n'avons pas manifestement", "on n'a aucun pouvoir réel sur eux") et le registre moral ("responsabilisation", "hiérarchie morale"). Si les surveillants sont de fait en position de tiers

nécessaire, cela ne paraît pas “normal” : l’indignation, faute de pouvoir s’exprimer dans les faits (la médiation des surveillants est indiscutable) se déplace sur le registre du jugement moral.

Il est donc clair que les retards dans les visites ou dans la transmission des demandes des personnes détenues se comprennent d’abord au regard des relations entre les surveillants et les détenus. Même si le droit à la santé est généralement respecté, les acteurs de santé assistent en spectateurs passifs à une relation carcérale, profondément duale et qui leur échappe. En cela, ce sont eux qui se trouvent relégués en position de tiers. On voit ainsi s’opposer deux formes de relations : la relation thérapeutique où le surveillant est le “tiers de trop”, et, la relation carcérale où le praticien de santé devient le “tiers gênant”. Les retards dans l’accès des détenus à l’infirmier montrent que ces deux relations sont en permanence imbriquées en milieu pénitentiaire. Cette imbrication est refusée par la plupart des professionnels de santé car elle remet en cause deux fondements de leur profession : l’autonomie d’exercice et la dualité de la relation thérapeutique.

Les retards sont enfin l’expression de rapports de force souvent tendus entre les professionnels de santé et les surveillants. Une première manifestation de ces rapports de force apparaît avec les formes de politesse que s’échangent ces différents acteurs. Les médecins et les cadres infirmiers se cantonnent généralement à des formes de politesse minimales avec les surveillants : généralement, ils saluent d’un simple bonjour les surveillants qu’ils rencontrent, serrent parfois la main de ceux avec qui ils travaillent quotidiennement mais les discussions restent très rares. Par contre, leurs relations avec les personnels de direction (“les gradés”) sont généralement beaucoup plus aimables : ils se reconnaissent entre interlocuteurs. Il faut ainsi noter une proximité assez nette entre les médecins et les cadres infirmiers d’une part, le corps de direction d’autre part. Cette proximité s’exprime nettement dans le fait que chacun des deux groupes reconnaît l’autre comme un interlocuteur privilégié quand émergent des difficultés entre le secteur sanitaire et la détention.

*“- Quels sont vos interlocuteurs au sein de l’Administration Pénitentiaire ?*

- Je passe toujours par les chefs de détention, je respecte la hiérarchie. C’est très bien. Les personnels pénitentiaires font d’ailleurs pareil. (...)

*- Quelles sont vos relations avec la direction de l’établissement ?*

- Ce sont des relations privilégiées. Privilégiées, oui, car je suis invitée au rapport hebdomadaire qui traite des courriers, des choses nouvelles. Cela permet d’avoir deux sons de cloches. Comme cela aussi, j’entends les demandes et je peux les répercuter sur les infirmières, car chaque semaine, toutes les infirmières se retrouvent et l’on peut parler de la détention.”

Cadre infirmier, 45 ans, 3 ans d’ancienneté en milieu pénitentiaire, plein temps, grande maison d’arrêt



Que les médecins et les cadres infirmiers reconnaissent les personnels de direction comme leurs interlocuteurs privilégiés signifie qu'ils ne voient pas dans les surveillants de réels interlocuteurs. De fait, les surveillants sont souvent et se sentent souvent assimilés à de simples exécutants occupés à des tâches serviles sinon viles. Par delà une division technique du travail liée à des compétences et des savoirs spécialisés, on note ainsi une division morale du travail très accentuée entre les cadres médicaux et les surveillants : leurs relations sont marquées par une nette opposition entre ce qui est considéré comme prestigieux et ce qui est considéré comme peu honorable. Les surveillants s'estiment souvent méprisés par les médecins et les cadres infirmiers. Les formes de ce mépris sont particulièrement visibles dans le non respect des consignes de sécurité (passages sous les portiques), les formes d'impatience exprimées dans les temps d'attente aux portes ou dans les demandes de convocation de détenus. Dans toutes ces situations, les surveillants ont souvent le sentiment d'être de simples agents d'exécution des médecins, des exécutants méprisés.

Ces formes de mépris sont particulièrement ressenties avec les professionnels de santé qui interviennent en vacations. Ceux-ci ont généralement d'autres lieux d'exercice et naviguent entre tous ces lieux (l'hôpital, le cabinet particulier, l'université, ...). Au quotidien, ce sont des professionnels pressés, des "turbo médecins" ou des "médecins TGV" comme les appellent certains surveillants. Tout retard leur apparaît fortement préjudiciable et il n'est pas rare de voir certains professionnels décaler des rendez-vous avec les personnes détenues à d'autres jours, parce qu'ils ont des obligations extérieures jugées "incontournables". Du point de vue des surveillants, l'emploi du temps et le mode de fonctionnement de ces médecins et infirmiers impliquent qu'ils répondent instantanément à leurs demandes. Cela accentue leur impression d'être de simples agents d'exécution au service des professionnels de santé. Faire traîner le rythme d'arrivée des patients, c'est ainsi signifier un refus d'une dépendance vis-à-vis d'un professionnel, se sentant souvent hégémonique, mais n'étant pas pourtant un supérieur hiérarchique. C'est souvent une façon d'exprimer leur mécontentement vis-à-vis des formes de mépris des professionnels à leur égard : mépris en forme de distance culturelle qui peut viser la personne, mépris qui vise leur métier, mépris qui vise l'institution.

Il faut noter qu'inversement les relations avec les professionnels de santé intervenant à plein-temps sont généralement meilleures, non seulement parce que ces professionnels ont le temps d'attendre, ont pris l'habitude d'attendre et savent qu'il ne sert à rien de s'impatienter, mais aussi parce que les surveillants ne se sentent pas dans l'obligation d'aller vite. Apparaît ainsi une situation paradoxale où les retards sont d'autant plus importants que les praticiens sont et se montrent pressés. Cela n'est pas sans conséquence sur l'ensemble des actions des professionnels de santé vacataires : certains, étant pressés, essaient de négocier avec les surveillants pour que ceux-ci respectent les horaires en

échange de quelques assouplissements de la déontologie médicale. Ceux qui interviennent à plein temps sont généralement moins pressés et n'ont donc pas de raison d'assouplir leur position.

Un autre symbole que les retards peuvent être le fruit des rapports de force entre les surveillants et les professionnels de santé vient du fait que les retards concernent souvent plus les consultations médicales que soignantes. Ce constat peut sans doute s'expliquer par la proximité qui lie les surveillants et les infirmiers, dont les formes de politesse sont un premier symbole. Il est courant que les infirmiers et les surveillants se saluent en s'embrassant.

*“- Comment saluez-vous les détenus, les surveillants ?*

- Les détenus, on les appelle par leur nom. En général, on ne leur serre pas la main. Pourquoi ? Je n'en sais rien. Est-ce que c'est nécessaire ? Sinon, pour ce qui est des surveillants, je leur serre la main, mais je ne les embrasse pas, contrairement à beaucoup d'infirmières. Pour moi, c'est un peu déplacé. pourquoi avoir des relations proximales ? Pourquoi ce besoin ? A l'hôpital, on ne fait pas la bise au médecin, ni au manipulateur-radio. Ici, dès qu'une infirmière arrive, elle fait la bise aux surveillants. C'est embêtant vis-à-vis des détenus : quelle confiance peuvent nous apporter les détenus quand ils voient ces relations avec les surveillants ?”

Cadre infirmier, 45 ans, 3 ans d'ancienneté en milieu pénitentiaire, plein temps, grande maison d'arrêt

L'observation des rites de présentation dans l'unité de soins que dirige ce cadre infirmier a été particulièrement significative. Arrivé avant cette personne sur le lieu de notre rendez-vous, j'ai pu assister à la “mise en route” du service. La scène se passe dans une vieille maison d'arrêt, construite au XIX<sup>ème</sup> siècle. Tandis que les personnes détenues attendaient, par groupe de trois ou quatre, leur rendez-vous dans des pièces d'un mètre carré, derrière des grilles fermées à clef, les infirmiers et les surveillants se saluaient en s'embrassant, buvaient le café et plaisantaient en attendant l'arrivée des médecins. Les formes de proximité étaient ainsi affichées sans détour dans un milieu où, comme nous le verrons dans le chapitre suivant, les formes de politesse prennent souvent les contours d'une prise de position pour ou contre les détenus, contre ou pour les surveillants.

Le sentiment de proximité entre infirmiers et surveillants peut d'abord s'expliquer par des formes de contacts répétés dans le quotidien : les infirmiers rencontrent par exemple les surveillants d'étage au moment de la distribution des médicaments. Mais ce sentiment semble aussi être lié au fait que les surveillants et les infirmiers, dans leur secteur d'activité spécifique (la surveillance et la santé), sont des groupes peu valorisés, ou plutôt moins valorisés que les autres (respectivement les directeurs et les médecins). Ce sont deux groupes qui ont des supérieurs hiérarchiques et qui sont souvent considérés comme des personnels d'exécution<sup>279</sup>. En milieu pénitentiaire, étant donnée la quasi-absence d'aides-soignants, ce sont en effet les infirmiers qui se trouvent au bas de l'échelle

---

<sup>279</sup>Freidson considère d'ailleurs la profession infirmière comme une “quasi-profession” du fait de cette situation de dépendance, de “non-autonomie”.

hiérarchique et de valorisation des métiers de santé. La proximité des infirmiers et des surveillants peut ainsi se comprendre comme une entente des “méprisés”.

La valorisation des tâches et des métiers semble donc pouvoir être une explication des retards que connaissent les professionnels de santé intervenant en prison : les médecins sont plus concernés par ces retards que les infirmiers, les vacataires plus que les intervenants à plein-temps. Ces différences sont liées aux relations entretenues avec les surveillants, à des rapports de force. Toutefois, il convient de ne pas exagérer l'importance de ces retards. Comme il l'a déjà été dit à plusieurs reprises, ces retards restent limités dans le temps et ne concernent pas les cas d'urgence. D'un point de vue extérieur, ils ne semblent ainsi que faiblement ou marginalement remettre en cause l'autonomie des professionnels de santé, surtout si on les compare à d'autres situations plus critiques (cf. infra). Comment expliquer alors la place centrale des retards dans le discours des professionnels de santé ? N'est-ce pas un enjeu identitaire ?

### **2.3. Les retards comme enjeu identitaire**

La centralité des retards dans les discours des professionnels de la santé intervenant en prison semble devoir se comprendre moins comme le symbole d'une prison encore totale et totalitaire que comme un enjeu autour duquel ces professionnels de santé structurent leur sentiment d'appartenance à des groupes professionnels qui dépassent le cadre d'exercice de la prison.

L'enjeu du temps en milieu pénitentiaire est sans doute en partie lié à la diffusion d'une représentation fonctionnelle du temps dans la médecine occidentale contemporaine (le temps du médecin et de l'infirmier serait celui de l'urgence). Mais il est peut-être aussi lié au milieu d'exercice pénitentiaire : les “pertes de temps” sont des rappels permanents pour les professionnels de santé qu'ils travaillent dans un milieu particulier, dans lequel ils sont occupés — ou inoccupés — à des activités qui ne relèvent pas de leur compétence technique dans la division du travail. Pour grossir le trait, le temps qu'ils passent à attendre est un temps qui les renvoie au contexte d'exercice pénitentiaire, à leur identité d'intervenants en milieu pénitentiaire. Le temps qu'ils passent en consultation les renvoie à leur profession telle qu'ils la rêvent. Se plaindre du temps perdu, c'est en partie s'affirmer en tant que professionnels de santé et se défaire d'un statut peu valorisant d'intervenants en milieu pénitentiaire.

Pour les professionnels de santé intervenant en prison, les retards symbolisent leur dépendance à un milieu d'exercice, leur absence d'autonomie. C'est un rappel tant des contraintes du milieu pénitentiaire que de la différence entre ce milieu et les autres milieux médicaux. A l'hôpital comme en médecine de ville, le patient est à la disposition des praticiens. Les retards, peut-être aussi fréquents et importants qu'en milieu pénitentiaire, sont alors choisis par le professionnel. Ils symbolisent justement son indépendance et l'importance de sa mission : le patient attend. En milieu pénitentiaire, le professionnel de santé se trouve dans une situation inédite où il attend le patient. Cette transformation de situation rappelle aux praticiens la particularité de leur milieu d'exercice. On peut même faire l'hypothèse qu'elle les renvoie à leur parcours professionnel, qui est généralement moins valorisé que le parcours des praticiens en milieu libre. Les retards symbolisent ainsi une identité professionnelle dévalorisée par rapport à celle des praticiens tout-puissants en milieu hospitalier.

*“- L'exercice en tant que psychiatre, il est très différent ici, au niveau des rythmes, par rapport à un hôpital psychiatrique ou... ?*

- Euh... Au niveau du rythme ? Oui, il me semble que je... Ca défile plus ici. Y a plus de monde, plus de gens à voir, plus... Il me semble qu'il y a plus de choses à faire. Mais quoique ça dépend aussi des services à l'hôpital. Il y a des services où y a plusieurs médecins et où le travail est assez bien réparti et puis euh... Y en a d'autres où on avait plus de choses à faire, donc ça dépendait aussi. Mais ce qui change surtout, c'est qu'on... A l'hôpital, on appelait les gens quand on voulait, on s'organisait comme on voulait. Là, on est très dépendant du rythme de la prison. C'est pas nous qui appelons les gens. On donne une petite liste au début de la journée — Enfin vous connaissez ? — et puis on attend qu'on nous les amène, quoi. Parfois ils viennent, parfois ils viennent pas. Parfois, on attend longtemps, y a des moments creux où on sait pas bien ce qu'il se passe, ils viennent pas. On est soumis au rythme... Enfin, c'est une chose parmi une autre. Et bon, si ça s'intercale au milieu d'une promenade, et ben, ça sera après la promenade. Si ça s'intercale au milieu d'autres choses, et ben, c'est tant pis. On n'est pas prioritaire, alors qu'on pourrait dire qu'à l'hôpital... on avait beaucoup plus de libertés.”

Psychiatre, 30 ans, ancienneté 6 mois, plein-temps, SMPR, grande maison d'arrêt

On voit bien ici une opposition entre la perception d'un hôpital où le médecin serait vécu comme un roi, où il pourrait s'organiser comme il le souhaite, où il n'aurait pas à attendre, et la perception d'une prison où le médecin est soumis à des rythmes extérieurs, n'est pas prioritaire, a moins de libertés. Cet entretien est particulièrement intéressant parce qu'il concerne un jeune interne qui fait l'un de ses stages en milieu pénitentiaire après en avoir fait d'autres en hôpital psychiatrique de milieu libre. C'est encore pour lui le temps des surprises, pas encore celui de la résignation ou de la justification. Le fait qu'il sait que ce n'est qu'un stage et non pas son “emploi à vie” lui permet de reconnaître des contraintes que les autres ne peuvent pas reconnaître sans remettre en question leurs représentations et leurs présentations de soi. Ce professionnel a d'ailleurs sans doute insisté sur son statut d'interne, en partie parce que cela explique certaines de ses actions, mais sans doute aussi

parce que c'est un statut qui le fait apparaître comme quelqu'un qui travaille temporairement en milieu pénitentiaire.

A travers ce discours apparaît aussi l'idée que c'est peut-être moins les retards que critiquent les professionnels que leur non maîtrise du temps. En l'occurrence, quand les surveillants transmettent une demande urgente, il n'est pas rare de voir les médecins "prendre leur temps". C'est le cas par exemple de ce médecin qu'une infirmière, alors que nous sommes en entretien dans son bureau, vient prévenir qu'il y a une personne qui vient d'ingérer l'ensemble des médicaments qui lui ont été prescrits pour une semaine. Deux surveillants se trouvent derrière l'infirmière et attendent visiblement avec inquiétude, tout au moins impatience, la décision du médecin. Le médecin réfléchit quelques instants, dit qu'il ira voir le patient, s'apprête à reprendre l'entretien. Les surveillants insistent alors. Le médecin, énervé, décide de les suivre. Il revient quinze minutes plus tard, me dit qu'il a décidé de transférer le patient dans un hôpital extérieur et me propose de façon très "naturelle" de poursuivre l'entretien, comme si rien ne s'était passé. Dix minutes plus tard, les surveillants frappent à la porte et s'inquiètent du retard du SAMU. Le médecin, cette fois excédé, leur dit qu' "il s'en est occupé". On voit bien dans cette situation que c'est la maîtrise du temps qui est l'enjeu des relations entre les surveillants et les professionnels de santé. Les surveillants qui n'ont visiblement pas les compétences pour juger de l'état de gravité du patient ont recours à un médecin qui ne supporte pas ici la présence d'un tiers qui semble remettre en question un jugement (la gravité et l'urgence de la situation) qu'il se sent seul capable d'émettre. La maîtrise du temps renvoie ici fondamentalement à un enjeu identitaire lié en partie à la situation d'entretien : le médecin ne semble pas vouloir apparaître à mes yeux comme une personne qui avalise les conseils et les demandes des surveillants. La question du temps est ainsi fondamentalement un enjeu identitaire.

La question des retards dans la transmission des demandes de consultations et dans l'accès des détenus aux services de soins constitue finalement un angle d'analyse intéressant tant de la prison que des professions. Du point de vue de l'analyse de la prison, il y a des lenteurs liées à l'architecture, aux modes de fonctionnement organisationnel ou aux rapports de force entre les différents acteurs de la prison : en cela, les retards montrent que l'autonomie des professionnels de la prison n'est pas absolue, que la relation thérapeutique en prison n'est pas totalement indépendante du système de contraintes qui l'entoure. Il reste que les retards ne remettent pas fondamentalement en cause ni l'autonomie des professionnels de santé intervenant en prison, ni le droit à la santé des détenus, car ils restent limités. Ces retards ne peuvent pas être considérés comme de symboles d'une prison qui serait encore totale et totalitaire.

Les retards ont néanmoins une place centrale dans les modes de représentation des professionnels de santé intervenant en prison. Les médecins, et dans une moindre mesure les infirmiers, se présentent et sont présentés en général comme des professionnels totalement autonomes, ne devant subir aucune contrainte qui soit extérieure au champ médical. Aux yeux des médecins et des infirmiers intervenant en prison, les retards dans la transmission des demandes de consultations et dans l'accès des détenus aux services de soins en prison symbolisent la spécificité d'un milieu d'exercice, et leur extériorité aux professions intervenant en milieu libre. Reconnaître accepter des retards reviendrait pour eux à admettre l'influence d'un tiers extérieur dans une relation thérapeutique conçue idéalement comme duale, à nier une représentation sur laquelle se construit la profession médicale : celle d'une complète autonomie.

La centralité des retards dans les discours des professionnels de la santé intervenant en prison semble ainsi devoir se comprendre moins comme le symbole d'une prison encore totale et totalitaire que comme une mise en scène, un enjeu autour duquel ces professionnels de santé structurent leur sentiment d'appartenance à des groupes professionnels qui dépassent le cadre d'exercice de la prison. Comment interpréter alors la rareté, dans les discours des professionnels, des évocations de situations, pourtant apparemment plus "critiques" que les retards quant à l'autonomie des professionnels et à l'accès à la santé des détenus ?

### **3. Une autonomie instable : des situations critiques**

D'un point de vue extérieur, certaines situations apparaissent critiques car elles semblent révéler une remise en question de l'autonomie des professionnels de santé intervenant en prison et une restriction de l'accès des détenus à la santé. Elles sont aussi critiques car les réponses qu'elles provoquent, telles des ordalies, permettent de révéler les modes d'ajustement spécifiques des professionnels à leur milieu d'exercice. Pourtant, ces situations sont souvent tues. Comment expliquer ce silence relatif des professionnels sur des situations pourtant "critiques" ?

#### **3.1. Les transferts**

La première "situation critique" qui remet en cause l'autonomie des professionnels de santé intervenant en prison et qui semble ainsi manifester un poids important du système de contraintes carcéral, concerne les transferts. Trois formes de transfert de personnes détenues peuvent être distinguées :

- les transferts vers le Centre National d'Observation ou dans des établissements pour peines.
- les transferts "médicaux", c'est-à-dire demandés par des médecins.
- les transferts pour des raisons de surencombrement des prisons ou pour des raisons disciplinaires.

Le premier type de transfert ne fait que très rarement l'objet de tensions entre les professionnels de santé et les directions pénitentiaires (locales et régionales) car il est jugé prioritaire par tous les acteurs du milieu pénitentiaire : les personnes détenues, les personnels de l'Administration Pénitentiaire et les autres professionnels. Il concerne les personnes condamnées dont la longueur de la peine permet ou exige d'envisager une incarcération dans des établissements pour peines. Ces personnes condamnées font d'abord un séjour au Centre National d'Observation de Fresnes puis attendent d'être affectées dans des établissements pour peines. Comme les délais d'attente pour le CNO de Fresnes sont longs et que les places dans les établissements pour peines (dont les conditions de détention sont meilleures que celles des maisons d'arrêt) sont précieuses, l'accord se fait, dans l'intérêt des personnes détenues, pour ne pas ralentir ce type de transfert.

Un autre type de transfert est plus critique au regard de l'autonomie des professionnels de santé intervenant en prison. Ce sont les transferts "médicaux", demandés par des médecins, qu'ils soient psychiatres ou somaticiens. Les raisons médicales sont diverses. Il s'agit principalement de transferts dans des établissements plus médicalisés, comme les établissements sièges de Services Médico-Psychologiques Régionaux ou l'hôpital pénitentiaire de Fresnes (cf. annexe 3). Mais ce peut être aussi des transferts dans des établissements pénitentiaires proches de grands centres hospitaliers. Dans ces cas-là, le médecin propose, le directeur de l'établissement pénitentiaire dispose. De fait, l'avis médical n'est pas toujours suivi. Quand il l'est, c'est souvent avec des lenteurs.

*"- Est-ce que vous êtes amenés à demander des transferts de personnes détenues vers d'autres établissements ?*

- Oui, je préconise parfois des transferts pour des détenus ; par exemple, pour un détenu dont la promiscuité de la maison d'arrêt peut perturber l'équilibre psychiatrique. Il m'arrive ainsi d'appuyer des demandes de transferts. Mais le directeur ne donne pas nécessairement suite à mes demandes. Ici, on voit bien que la préoccupation du directeur n'est pas celle du thérapeute."

Psychiatre, 45 ans, 6 mois d'ancienneté en milieu pénitentiaire,  
intervenant trois demi-journées par semaine dans une petite maison d'arrêt

*"- Etes-vous totalement libre dans la prise de décision d'un transfert pour raison médicale ?*

- Oui. Mais il faut reconnaître que si c'est un transfert qui arrange la détention, il se fait très très rapidement. Sinon, il prend un peu plus de temps."

Psychiatre, 45 ans, 2 ans d'ancienneté en milieu pénitentiaire,  
intervenant une journée par semaine dans une petite maison d'arrêt



Le fait que ces deux extraits correspondent à des retranscriptions d'entretiens menés auprès de deux psychiatres intervenant en vacations dans de petites maisons d'arrêt (moins de 100 détenus) n'est pas anodin. Le pouvoir médical dans les petites maisons d'arrêt est beaucoup plus restreint que dans les grands établissements. Cette opposition tient d'abord à l'importance numérique et à la présence des professionnels de santé : dans les grands établissements, on trouve des équipes médicales, avec souvent quelques praticiens hospitaliers qui interviennent à plein-temps, au moins à mi-temps. Dans les plus petites maisons d'arrêt, les temps d'intervention sont plus courts (parfois deux heures par semaine) ; dans l'une des petites maisons d'arrêt visitées, le médecin généraliste et le médecin psychiatre, tous deux intervenant deux heures par semaine, ne se croisaient jamais. Dès lors, les praticiens intervenant dans les petites maisons d'arrêt sont rarement en position de force pour négocier et imposer des transferts.

Cette opposition des marges d'action des professionnels de santé selon la taille de l'établissement dans lequel ils interviennent est aussi liée aux différences de modes de direction pénitentiaire dans chaque établissement. Dans les grands établissements, on trouve fréquemment un sous-directeur chargé des relations avec le secteur sanitaire. Les sous-directeurs, souvent frais émoulus de l'Ecole Nationale de l'Administration Pénitentiaire, se montrent généralement ouverts aux enjeux de la santé publique et aux préoccupations des professionnels de santé. Dans les petits établissements par contre, les professionnels de santé ont souvent pour interlocuteur un chef d'établissement, "ancienne école" (sic), ayant connu un temps où les médecins et les infirmiers étaient vacataires de l'Administration Pénitentiaire et hiérarchiquement dépendants de lui. Le pouvoir médical est alors à conquérir.

Ces extraits montrent que le pouvoir des médecins, s'il est fort dans les plus grands établissements, beaucoup plus fort en tous cas que celui des autres intervenants, n'est pas toujours aussi étendu. Dans certains établissements, comme le montre la question des transferts médicaux, l'autonomie des médecins est moins grande.

Un dernier type de transfert confirme d'ailleurs ce constat d'une autonomie médicale qui n'est pas absolue. Quand les tensions deviennent trop grandes dans les maisons d'arrêt surchargées, l'Administration a recours aux "transfèvements-désencombrements", qui consistent à transférer une partie des détenus vers d'autres prisons jusqu'à ce que celles-ci ne puissent à leur tour gérer les tensions, d'où des mouvements de flux et de reflux entre les différents établissements. Ces transferts peuvent aussi avoir lieu lorsqu'un établissement se trouve temporairement en sous-effectif, c'est-à-dire quand le nombre de détenus est inférieur à la capacité d'occupation. Ce dernier

cas, beaucoup plus rare, concerne les établissements les plus récents, notamment les établissements 13 000, dont il est d'usage d'augmenter progressivement le nombre de détenus.

Quelle qu'en soit la raison, ces transferts perturbent le suivi sanitaire des patients, car ils se font parfois dans la précipitation et à l'insu des professionnels de santé. Ce n'est pas un cas systématique car certains professionnels de santé disent réussir à négocier avec les directeurs l'obtention d'un report ou de l'annulation de certains transferts. Là encore, c'est particulièrement le cas des médecins intervenant dans les grands établissements. Il reste que, dans les petits établissements, mais aussi parfois dans les grands, certains patients, en cours de traitement ou en attente d'un rendez-vous en milieu hospitalier, sont transférés inopinément, à l'insu des professionnels de santé qui les suivent. Etant donné que le transfert du dossier médical ne suit qu'avec retard le transfert de la personne détenue (généralement deux à trois jours), ces mouvements de transferts peuvent entraîner des interruptions dans les traitements médicaux, parfois graves.

*“- Y a-t-il des cas de violence ?*

- C'est très rare. J'ai eu le cas d'un toxico très très violent. Il est arrivé un vendredi à la prison, il a été vu le samedi où il a dit qu'il avait un traitement de substitution en route ; c'était d'ailleurs noté dans le dossier mais on ne nous avait pas dit que c'était urgent. Il venait d'une autre maison d'arrêt et son traitement n'avait pas suivi. Il a été vu par le SMPR le lundi. Le mardi, toujours sans traitement, il a fait une crise, il a mordu un détenu, a tapé dans des portes. La faille, ici, elle est sans doute d'abord médicale : le médecin aurait dû donner un traitement et le SMPR aurait pu agir plus vite...”

Cadre infirmier, 45 ans, 1 an d'ancienneté en milieu pénitentiaire, plein temps, grande maison d'arrêt

Les transferts-désencombrements oblitèrent plus généralement le suivi des relations entre les patients et leurs médecins. Du point de vue des patients, ces transferts nient ainsi leur statut de malades et les rappelle à leur principale condition de personnes incarcérées. La méfiance des personnes détenues dans la santé en milieu pénitentiaire en sort parfois accrue.

*“- Il arrive par ailleurs que le directeur décide d'un transfert sans nous consulter. Ce qui est embêtant, c'est que les détenus transférés, on ne les revoit pas. Les détenus peuvent alors se demander pourquoi ils ont été transférés et peuvent se demander si nous ne sommes pas à l'origine de leur transfert, si ce n'est pas ce qu'ils ont pu nous dire en entretien et que nous aurions répété, qui aurait motivé la décision du directeur. Moi, je leur dis toujours “- Ce que vous me dites, cela reste entre nous.” mais ils s'interrogent tout de même sur ce que devient la parole qui circule.”*

Psychiatre, 45 ans, 6 mois d'ancienneté en milieu pénitentiaire, intervenant trois demi-journées par semaine dans une petite maison d'arrêt

Du point de vue des professionnels de santé, les transferts-désencombrements qui se font à leur insu, ne sont pas sans leur rappeler la puissance de l'Administration Pénitentiaire et les limites de leur autonomie d'exercice. Si le contenu de leurs pratiques ne sont plus l'objet du regard pénitentiaire, les professionnels n'ont pas toujours une complète maîtrise de la durée de la relation qui le lie au patient détenu. La frustration des praticiens de santé quant à l'impossibilité de suivi est

d'ailleurs plus importante encore chez ceux qui viennent d'un milieu hospitalier où le médecin maîtrise largement le temps d'hospitalisation et le suivi du patient.

*“- Est-ce que vous pouvez vous opposer à un transfert pour raison pénitentiaire ?*

- Non. Quand la direction transfère un détenu parce qu'il la gêne, elle tient rarement compte du suivi médical. Ici, la concession que l'on fait, c'est de ne pas faire de scandale.”

Psychiatre, 45 ans, 2 ans d'ancienneté en milieu pénitentiaire, intervenant une journée par semaine dans une petite maison d'arrêt

Le malaise de ce psychiatre se reflète dans le contraste qui apparaît dans la dernière phrase. Au niveau lexical déjà, les termes “concession” et “scandale” renvoient à deux registres d'expression différents : “concession” renvoie à l'univers de la raison et de la pondération, “scandale” à celui de la passion et de la colère. La combinaison de ces deux termes est comme une alliance des contraires ; on aurait pu attendre des expressions moins contrastées comme “la concession, c'est de se taire”, ou “l'abdication, c'est de ne pas faire de scandale”. L'expression choisie par ce psychiatre semble dès lors particulièrement signifiante de la profondeur de son renoncement.

Le psychiatre reconnaît que si ses relations avec le directeur ne sont pas ouvertement conflictuelles, c'est non parce qu'il n'y a pas de motifs de conflits, mais parce qu'il n'ose pas remettre en question les contraintes qui lui sont imposées. L'acceptation de ces contraintes doit être moins comprise comme une absence de déontologie que comme le fruit d'une situation précaire : le médecin intervient depuis peu dans l'établissement, il n'intervient qu'à mi-temps. Par ailleurs, les autres médecins sont anciens dans la maison et sont proches du directeur (certains parlent d' “amitié”). Enfin, ce directeur, qui dirige l'établissement depuis une quinzaine d'années et qui est perçu comme “autoritaire” (sic), est très influent localement (dans la ville) et institutionnellement (représentant syndical). L'expression “la concession, c'est de ne pas faire de scandale” reflète ainsi l'opposition entre ce qui est perçu comme un impératif pratique et ce qui est ressenti comme un idéal déontologique. Dans ce cas précis, l'impératif pratique fait taire la conscience déontologique. Mais reconnaître une abdication, ou le non respect de la déontologie, reviendrait pour ce médecin à nier les fondements de sa profession telle qu'il la conçoit et telle qu'il la met en scène. Le terme “concession” constitue donc un euphémisme qui traduit la difficulté ou l'impossibilité pour un médecin à reconnaître ce qui constituerait la négation des représentations qu'il a et qu'il veut donner de sa profession.

Le cas de ce médecin psychiatre n'est pas isolé, puisque plusieurs médecins m'ont dit ne pas être tenus informés des transferts-désencombrements et ne pas contester cet état de fait, même s'il

pouvait leur poser “problème”. C’est par exemple le cas de cet autre psychiatre qui précise un autre “problème” lié aux transferts décidés par la direction de l’établissement :

*“- Est-ce que les transferts de détenus perturbent votre travail ?*

- Oui, surtout qu’il y a eu, voilà à peu près un an, plusieurs suicides à la maison d’arrêt : deux suicides avérés et une mort plutôt douteuse. Trois suicides pour soixante détenus : pour les statistiques pénitentiaires, ce n’est pas bon. Ce qui fait que maintenant, quand un détenu fait une tentative de suicide, il est de suite transféré dans un autre établissement. Le directeur ne veut plus de suicides dans son établissement. Cette logique peut parfois nous poser des problèmes, à nous les thérapeutes. C’est par exemple le cas d’un détenu qui, après un meurtre, s’était retrouvé en détention et était en dépression. Les infirmiers le suivaient d’assez près ; toute l’équipe de médecins le soutenait ; son état était en nette amélioration. Un jour, il a fait une tentative de suicide, mais c’était sans gravité, c’était un cri d’alerte. Le directeur a décidé, sans aucune concertation, de le transférer dans un autre établissement pour ne pas allonger les statistiques. Ce transfert, tous les thérapeutes l’ont vécu comme quelque chose de dommage. Et aujourd’hui, avec cette logique du directeur, beaucoup de nos patients sont susceptibles d’être transférés.”

Psychiatre, 45 ans, 6 mois d’ancienneté en milieu pénitentiaire,  
intervenant trois demi-journées par semaine dans une petite maison d’arrêt

Le fait que les personnes suicidaires soient transférées dans d’autres établissements ne m’a été relaté que par ce psychiatre et est donc peut-être lié à des pratiques propres à un chef d’établissement ou à son équipe. Il reste qu’il éclaire les relations — dont les personnes détenues ne constituent qu’un objet —, qui peuvent exister entre les professionnels de santé et les représentants de l’Administration Pénitentiaire. Les personnels de santé, qui considèrent que le suivi des personnes suicidaires relève de leur compétence, peuvent ainsi voir cette compétence remise en cause par les directeurs pénitentiaires. De fait, en transférant autoritairement les personnes suicidaires, ce directeur affirme moins une compétence pénitentiaire en matière de suicide qu’il nie la compétence des médecins dans ce domaine.

La question des transferts, particulièrement les transferts-désencombrements, montre finalement les limites d’une autonomie, certes élargie, mais pas absolue des professionnels de santé intervenant en prison. La prison, si elle n’est plus l’institution totale qu’elle a été durant deux siècles, ne rime pas encore avec une totale autonomie d’exercice des médecins et des infirmiers qui interviennent en son sein. Les injonctions adressées parfois par les personnels pénitentiaires aux professionnels de santé sont un autre symbole des limites de cette autonomisation.

## 3.2. Les injonctions de soins

Comme les transferts, les injonctions de soins adressées par des personnels pénitentiaires aux professionnels de la santé intervenant en prison constituent une “situation critique” qui renseigne sur le degré d’autonomie de ces professionnels de santé. Il reste que la reconnaissance par les acteurs de santé d’une dépendance vis-à-vis de l’Administration est rarement explicite car elle semble remettre en cause la façon dont ils se représentent et présentent leur métier, car elle remet en cause leur sentiment d’appartenance à des groupes professionnels — “les médecins”, “les infirmiers” en général — qui se définissent idéalement par leur complète autonomie d’action. Les injonctions de soins constituent ainsi un thème qu’il n’est pas facile d’évoquer avec les professionnels de santé, d’abord parce que cela semble nier leur autonomie, les fondements de leur profession.

“- Si l’Administration Pénitentiaire nous dit “- Y a un détenu au mitard qui fait un foin pas possible, calmez-le”, alors là on dit “- Attendez, on va le voir, si c’est un problème médical, on va résoudre le problème, si c’est un problème pénitentiaire, c’est à vous de le résoudre”. Chacun son boulot. Notre boulot, c’est de rester indépendants.”

Médecin, 45 ans, 10 ans d’ancienneté en milieu pénitentiaire,  
intervenant à mi-temps dans une grande maison d’arrêt

La dernière phrase de cet extrait est particulièrement intéressante : le métier de médecin est défini non par l’impératif du soin mais par l’impératif de l’indépendance d’exercice. L’indépendance qui est généralement considérée comme un moyen devient le but, le centre du métier. Cette conception peut être expliquée par la génération de ce médecin. Ce quadragénaire a commencé sa carrière en milieu pénitentiaire au milieu des années 1980 et a fait partie des militants pour la réforme du système de soins. On voit ici l’empreinte des luttes passées qu’a menées ce médecin vis-à-vis de l’Administration Pénitentiaire. Il reconnaît l’importance, sinon la primauté, de la résistance à l’Administration dans la constitution du métier de médecin en milieu pénitentiaire. Pour la plupart des professionnels qui interviennent depuis longtemps en milieu pénitentiaire, le thème des injonctions de soigner évoque un passé, jugé sombre, où les médecins et les infirmiers, de par leur statut de vacataires de l’Administration Pénitentiaire, avaient peu de latitude face aux injonctions des directeurs.

*“- Quelles sont vos relations avec l’Administration Pénitentiaire ?*

- Avant la réforme, il y avait souvent des heurts. Ce n’était pas évident de venir travailler en étant payé par le Ministère de la Justice. Je ressentais l’ambiguïté quand il y avait des conflits. Par exemple, quand j’arrivais le matin et qu’il n’y avait personne pour m’aider à faire les soins et préparer les médicaments, j’appelais le directeur pour lui dire que je ne pouvais pas tout faire. Je lui demandais : “- Alors, qu’est-ce que je fais ? Les

soins ou les médicaments ?”. A chaque fois, il répondait “- Les médicaments, surtout.”... Evidemment. Il ne fallait pas qu’il y ait du ramdam dans la détention. Mais de toutes façons, j’étais bien obligée de faire aussi les soins.”

Infirmière somatique, 50 ans, 7 ans d’ancienneté en milieu pénitentiaire, intervenant à plein-temps dans une grande maison d’arrêt

Il reste que les injonctions de soigner n’ont pas disparu avec la réforme du système de soins. Elles sont peut-être moins explicites et directes qu’auparavant et apparaissent ainsi moins comme des injonctions que comme des signalements ou des conseils. Mais le but de ces “signalements” apparaît encore très clairement aux yeux des professionnels de santé : il s’agit souvent de calmer les agités ou à défaut de demander au médecin qu’il les transfère au SMPR. Le confort de la détention, compris comme l’absence de troubles, reste une préoccupation majeure des directions d’établissement.

*“- Est-ce que vous êtes obligée de faire des concessions d’ordre éthique par rapport à votre exercice à l’extérieur ?*

- Oui, bien sûr, c’est évident. Quand on nous demande d’intervenir pour un détenu agité et qu’on intervient, qu’est-ce qu’on fait au fond ? On soigne la personne ou on apporte un confort à la détention ? De même, avec les transferts : si l’on décide un placement psychiatrique, par exemple au SMPR, c’est dans l’optique des soins, mais cela apporte aussi un confort à la détention.

*- Subissez-vous parfois des formes de pressions ?*

- Parfois, quand un détenu pose problème, l’équipe de détention me demande : “- Quand est-ce que vous le transférez ?”. Disons qu’il y a des demandes répétées. Mais j’ai toujours l’entière latitude de dire oui ou non.”

Psychiatre, 45 ans, 2 ans d’ancienneté prison, vacation (un jour par semaine), petite maison d’arrêt

Les injonctions de soins rappellent que des pressions importantes peuvent être exercées sur des professionnels de santé qui ne se sentent pas toujours en position d’acteurs totalement autonomes. Si ce psychiatre dit garder une entière latitude vis-à-vis des demandes de transfert formulées par les personnels de direction, d’autres praticiens semblent plus contraints. Des médecins avouent que certains de leurs confrères cèdent parfois aux exigences des directeurs d’établissement : “Il ne faut pas se leurrer, il y a des établissements où les médecins et les pénitentiaires marchent main dans la main. Quand un médecin accepte de nous transférer un détenu parce qu’il fout le souk en détention, c’est clair, non ?” reconnaît un psychiatre d’un Service Médico-Psychologique Régional. On voit que les réponses des médecins aux injonctions pénitentiaires ne sont peut-être pas toujours aussi libres qu’ils ne l’affichent.

Les injonctions pénitentiaires apparaissent ainsi “critiques”, tant parce qu’elles renvoient au caractère contraignant du milieu pénitentiaire, que parce qu’elles permettent de révéler les façons qu’ont les professionnels de santé de réagir à cette dimension contraignante.



### 3.3. Les certificats coups et blessures

Au rang des injonctions qu'adressent parfois les directeurs aux praticiens de santé, on trouve aussi la délivrance de certificats "coups et blessures". Lorsqu'un incident éclate entre deux personnes détenues, les médecins sont habilités à délivrer des certificats coups et blessures à celui des protagonistes qui le demande. Or, beaucoup de médecins ont fait part des demandes répétées de l'Administration Pénitentiaire d'avoir une copie de ces certificats. L'Ordre des Médecins a rappelé plusieurs fois à ces médecins qu'ils ne doivent remettre les différents certificats qu'au patient lui-même, en main propre, qu'ils ne doivent accepter de délivrer à des tiers un certificat concernant un des patients, ni d'établir un certificat à l'insu des patients. Mais du principe déontologique à l'action, il y a des chemins divers. Certains se veulent intransigeants, inflexibles.

“- Moi, quand je ne suis pas d'accord avec quelque chose que l'Administration Pénitentiaire voudrait m'imposer, j'écris une lettre au médecin de la DDASS en lui disant : “- J'ai fait ça, voilà”. Par exemple, un truc complètement idiot, au début quand je suis arrivée, jeune médecin connaissant pas bien le *Code de déontologie*, quand il y avait un problème de rixe entre deux détenus, on me disait “- Vous donnez le certificat médical à la détention et vous en donnez un aux détenus”, j'ai dit : “- Très bien”, j'arrivais dans le milieu carcéral, je ne le connaissais pas, enfin, etc.... D'un coup, je me suis dit : “Qu'est-ce que je fais là ?”. Moi, je suis médecin du détenu et pas le médecin expert, donc je n'ai rien à donner à l'Administration Pénitentiaire. Après tout, c'est un problème entre deux détenus. Donc moi, je vois les deux détenus, et s'ils le souhaitent, je fais un certificat “coups et blessures”, je leur en remets un original et aussi une photocopie et j'en laisse un double dans le dossier. Et après, quand ils sont présentés au prétoire, ils donnent ou ils ne donnent pas ce certificat à l'Administration Pénitentiaire. Mais, c'est plus de mon ressort à moi, c'est de leur ressort à eux. C'est eux qui donnent ou qui ne donnent pas. Le jour où j'ai pris la décision d'arrêter de donner le papier à l'administration — J'avais téléphoné au Conseil de l'Ordre —, j'ai dit : “- C'est comme ça”, et je me suis accrochée fortement avec la direction parce qu'effectivement je ne voulais plus transmettre ce certificat et j'ai dit “-J'en donnerai deux au détenu, libre à lui de donner ou de ne pas donner. (...)

Je me suis effectivement fortement accrochée avec la direction qui me disait : "mais vous travaillez dans un milieu particulier, donc vous devez avoir des contraintes". Faux, moi, je suis médecin, et c'est mon métier. Donc, un, je suis médecin des détenus, et deux, je suis embauchée par l'Administration Pénitentiaire, c'est secondaire. Mais ça a été un problème.”

Médecin, 45 ans, 10 ans d'ancienneté en milieu pénitentiaire, à mi-temps dans une grande maison d'arrêt

Si le *Code de Déontologie* prévoit une complète autonomie des médecins, et ce quel que soit leur milieu d'exercice, les réalités sont plus compliquées, tout au moins en milieu pénitentiaire. On voit ici que la position des médecins n'y est pas totalement autonome et que le pouvoir des directions locales ne doit pas être négligé. Il est d'ailleurs intéressant de noter que ce médecin fait appel à des instances extérieures (la DDASS, l'Ordre des Médecins) pour asseoir son autorité, son autonomie. Il ne pense ainsi pas pouvoir parvenir à imposer seul son autorité à l'Administration Pénitentiaire, tout au moins a-t-il ressenti le besoin d'avoir des gages extérieurs de légitimité. Plus généralement,

il apparaît que les médecins ne se sentent pas toujours en mesure de dire non aux injonctions de l'Administration Pénitentiaire, ou alors ne le souhaitent pas. Ceux qui refusent toute injonction passent pour des “résistants”, des “puristes”:

“- Vous devriez aussi rencontrer le Dr X qui est le médecin généraliste qui intervient à la maison d'arrêt de Y et qui est actuellement en conflit ouvert avec le directeur de l'établissement. En fait, nous défendons deux logiques un peu différentes avec le Dr X : nous avons à coeur de défendre notre conception du soin mais lui n'entend accepter aucun arrangement, ce qui le conduit à un bras de fer permanent avec le directeur. Par exemple, le directeur exige que le médecin remplisse des certificats médicaux de coups et blessures, quand il y a des incidents au sein de la détention. Le médecin rappelle qu'il ne peut donner ces certificats qu'aux détenus eux-mêmes et ne veut pas les transmettre au directeur. A son tour, le directeur dit que c'est sa hiérarchie qui exige ces certificats et fait donc appel à un médecin extérieur pour les établir. Finalement, chacun campe sur sa position. C'est une véritable passe d'armes.”

Psychiatre, 45 ans, 6 mois d'ancienneté en milieu pénitentiaire, intervenant trois demi-journées par semaine dans une petite maison d'arrêt

Ici, en faisant d'un médecin qui refuse tout arrangement avec l'Administration Pénitentiaire une sorte de “bête curieuse” que je devrais aller rencontrer, ce psychiatre reconnaît implicitement que la plupart des autres médecins, ceux qui ne seraient pas des “bêtes curieuses”, acceptent de transmettre des copies des certificats. De fait, malgré un *Code de Déontologie* très clair, malgré la “jurisprudence” dans ce domaine, beaucoup de médecins délivrent encore des copies des certificats coups et blessures à l'Administration Pénitentiaire. Connaissant l'aspect sensible de la question de ces certificats, j'ai cherché à éviter dans les entretiens les questions de fait du type : “Délivrez-vous des certificats coups et blessures à l'Administration Pénitentiaire ?” qui ne me semblait pas pouvoir générer de réponses de fait mais plutôt une impression d'interrogatoire de police. Les acteurs auraient alors pu penser que je cherchais moins à comprendre leurs actions qu'à les “évaluer”, les “tester” à l'aune de la déontologie, qu'à les “suspecter”. J'ai plutôt essayé de poser des questions générales ayant trait aux différents types de certificats (contre-indication à l'isolement, coups et blessures, douches thérapeutiques). Néanmoins, malgré ces précautions oratoires, aucun professionnel n'a reconnu remettre personnellement des copies des certificats coups et blessures, mais plusieurs m'ont parlé de médecins le faisant. Si les médecins veulent bien reconnaître collectivement que cela peut se faire, ils ne le font pas personnellement.

Aucun professionnel ne veut reconnaître les “écarts” à la déontologie de sa propre pratique ou plutôt l'avouer ? Car c'est bien en termes d'aveu que l'enjeu de la question semble être perçu. Il y a comme un tabou pour les professionnels à reconnaître qu'ils ne respectent pas à la lettre la déontologie. Ce tabou est sans doute lié au fait que la déontologie constitue un socle des représentations de l'activité médicale : le médecin se voit et se donne à voir ici en tant que médecin

idéal, en tant que personne qui respecte la déontologie. Avouer des actions qui s'écartent de la déontologie reviendrait dès lors à nier son statut de médecin idéal, ou plus précisément à se reconnaître comme un médecin particulier, différent de ceux qui interviennent en milieu libre.

Les injonctions de l'Administration Pénitentiaire constituent donc des situations où l'autonomie des médecins et des infirmiers intervenant en prison est clairement mise en question. Comme les transferts et comme d'autres situations que nous aurons l'occasion d'évoquer dans le prochain chapitre — par exemple la prescription des douches thérapeutiques, les certificats de contre-indication à l'isolement —, ces injonctions renvoient les professionnels de santé à une contradiction entre leur idéal d'autonomie et leur autonomie d'action effective. Comment les professionnels réagissent-ils à ces situations critiques ? C'est une première approche des modes de résolution de ces situations par les professionnels de santé que l'on se propose d'étudier pour conclure ce chapitre.

## **En guise de conclusion et de transition : les conflits et les arrangements**

Des premiers enseignements de ce chapitre peut ressortir une contradiction apparente. Que certaines situations critiques pour les professionnels de santé en termes d'autonomie perdurent ne revient-il pas à reconnaître que l'autonomie élargie, observée dans la première sous-partie de ce chapitre, n'est pas aussi élargie qu'il ne l'a été dit, que le milieu pénitentiaire reste un système de contraintes particulièrement asservissant ? La réponse à cette apparente contradiction semble tenir dans l'usage que les professionnels de santé font de leur autonomie d'action. Que les professionnels de santé intervenant en prison aient une autonomie en droit, ne signifie pas que cette autonomie soit toujours effective. Que ces professionnels disposent d'un statut qui les met en théorie à l'abri des pressions de l'Administration Pénitentiaire ne signifie pas qu'ils usent effectivement de ce statut.

Dans des situations critiques qui remettent leur autonomie en question, certains professionnels de santé s'engagent dans des conflits parfois violents avec les surveillants ou les personnels de direction. En se référant à la déontologie, ils refusent tout transfert d'informations, dénoncent toute présence illicite, font valoir leur autorité auprès des responsables hiérarchiques en cas de retards répétés. Ils adoptent une stratégie de prise de parole (*Voice*), pour reprendre l'expression de Hirschman.

Dans les mêmes situations, d'autres professionnels imposent des limites à leur mécontentement, préfèrent une stratégie de loyauté à l'institution (*Loyalty*) ou d'apathie. Ils considèrent par exemple les personnels pénitentiaires comme des partenaires avec qui il faut savoir négocier : ne pas réagir au moindre retard, négocier avec eux pour réduire les durées d'attente, briser parfois le secret médical pour réduire certaines inquiétudes. Certains manifestent une volonté d'éviter le plus longtemps et le plus souvent possible les conflits.

“- Le bureau dans lequel je rencontre mes patients a une porte battante, et le surveillant se tient souvent derrière la porte. L'isolement acoustique n'est pas merveilleux... Dès lors, on peut se poser des questions sur le fait que la confidentialité soit toujours bien respectée. C'est un peu gênant.

- *En quoi cette présence du surveillant vous gêne-t-elle ?*

- Elle me gêne surtout sur un plan théorique. Dans les faits, aucun détenu ne m'a semblé gêné. Tous les détenus qui viennent me voir connaissent d'ailleurs la disposition des locaux. J'ai l'impression qu'ils ne redoutent pas d'être épiés, que peu leur importe d'être entendus. D'un autre côté, peut-être que certains ne viennent pas me voir à cause de la présence du surveillant. Peut-être. Le problème qui se pose en fait, c'est celui de savoir comment aboutir à la plus grande efficacité possible. Si je demande au surveillant de s'éloigner quand il est collé à la porte, il va me répondre que c'est le directeur qui lui demande d'être là et il va rester en permanence derrière la porte. Je préfère plutôt miser sur le fait que la plupart du temps, le surveillant discute un peu plus loin avec les infirmiers et ne peut donc rien entendre. Cette position, je sais que tous les thérapeutes ne la partagent pas. Par exemple, le médecin généraliste est très strict, il n'accepte aucun arrangement. Je comprends très bien sa position mais je préfère être plus souple dans le but d'obtenir le meilleur résultat possible. J'essaie d'éviter que les autres se raidissent sur leurs positions, je tente de trouver des arrangements. Dès lors, est-ce que les arrangements ne se transforment pas sur le long terme en compromissions ? C'est la question. Actuellement, cela ne pose pas de gros problèmes. Quand le surveillant est derrière la porte, on parle seulement un peu moins fort.”

Psychiatre, 45 ans, 6 mois d'ancienneté en milieu pénitentiaire, intervenant trois demi-journées par semaine dans une petite maison d'arrêt

Dans cet extrait, on voit que le psychiatre veut éviter à tout prix les conflits qui pourraient rigidifier les comportements des surveillants, même si cette position implique des “arrangements”, des aménagements des normes déontologiques. Ces ajustements jugés ici sans grande importance provoquent la furie d'autres professionnels dont les normes de comportement sont très différentes.

“- Il y a des formes de dégageant qui contrastent avec l'engagement des médecins, comme Solange Troisier qui, malgré tout ce qu'on peut lui reprocher, était prête à ferrailer avec l'Administration Pénitentiaire. Certains étaient complètement dedans. Maintenant, on voit souvent le CHU, pourtant si fort, au garde à vous devant les procureurs. Ils n'ont aucun recul. Et on voit des choses hallucinantes : un médecin qui prévient l'Administration Pénitentiaire qu'il a retrouvé des traces de haschich dans les urines d'un détenu permissionnaire. Ou encore, un médecin qui refuse ouvertement la présence d'un toxicomane en disant “- Ici, c'est un bâtiment sans drogue.”. Ou encore, des médecins qui refusent de prescrire des rohypnols parce qu'ils peuvent être utilisés par les toxicomanes. Je ne vous donne pas les noms, mais ils se reconnaîtront facilement. Il y a plein d'exemples

d'anomalies éthiques. Le pire, c'est que certains vont vous dire : “- Voilà l'éthique.”. Mais l'éthique, c'est comme les allumettes, ça ne sert qu'une fois, c'est personnel. On peut juste dire : “- Dans telle situation, voilà quel a été mon choix”.”

Psychiatre, 55 ans, 25 ans d'ancienneté en milieu pénitentiaire,  
intervenant à plein-temps dans une grande maison d'arrêt

Si certains professionnels acceptent des arrangements à la déontologie médicale parce que ces arrangements ne leur semblent pas contradictoires avec leurs normes de comportement, d'autres professionnels, adoptant les normes déontologiques classiques comme normes de comportement, récusent ouvertement des arrangements qu'ils assimilent à des dérives déontologiques. Refuser des arrangements ou encore provoquer un conflit est aussi un moyen pour ces professionnels d'affirmer la non spécificité du milieu pénitentiaire comme milieu d'exercice des métiers de santé. C'est aussi un moyen d'afficher leur appartenance à des professions médicale ou soignante générales, à des groupes de référence qui dépassent le seul ensemble des professionnels intervenant en prison.

Apparaît ainsi l'idée qu'aussi contraignant soit le système de contraintes carcéral, les professionnels de santé disposent de ressources qui leur permettent de contourner, adapter, voire contrecarrer ce système. Il reste que chaque professionnel use différemment de ces ressources selon les façons qu'il a d'envisager son métier. Les actions des professionnels de santé ne peuvent donc pas être réduites au produit d'un système de contraintes mais doivent aussi être rapportées à des ajustements particuliers.

Comment expliquer la diversité de ces ajustements ? Des différences d'ajustement peuvent s'expliquer par des clivages liés au métier (médecins / infirmiers), au statut (vacataires / plein temps), à l'ancienneté, à la taille de l'établissement et de l'équipe soignante. Il reste que beaucoup d'ajustements semblent relever d'une part de normes de comportement personnelles, d'autre part de modes personnels de résolution des conflits ressentis entre normes de comportement et comportements effectifs. Ce sont ces pistes d'analyse qu'il s'agit d'éclairer et d'approfondir en s'intéressant aux relations entre les professionnels de santé et les personnes détenues en milieu pénitentiaire.



## **Chapitre 6**

# **L'exercice professionnel à travers la relation thérapeutique en prison**

Le chapitre précédent a proposé une première analyse des actions et des représentations des acteurs de santé intervenant en prison, en évaluant leur autonomie dans le système de contraintes carcéral. L'optique de ce chapitre est de poursuivre l'étude des actions et des représentations de ceux que recouvrent les dénominations "professionnels de santé intervenant en prison", en changeant d'optique, de lieu d'observation et de façon de "couper le réel". On s'intéressera ici à la relation thérapeutique en prison. Que révèlent les formes de relations thérapeutiques en prison sur le fonctionnement de la prison ? Inversement, que révèlent-elles sur les modes de structuration des "professions" de santé ?

Le premier axe d'interrogation permettra d'interroger la dimension totalitaire de la prison, telle qu'elle a été définie dans le premier chapitre. Il s'agit en effet d'évaluer le droit à la santé des détenus, et plus largement leur accès aux soins, en approchant les modes de relations qui les lient aux médecins et aux infirmiers intervenant en prison. Ces modes de relations sont-ils identiques à ceux de l'extérieur ? Ou bien la prison est-elle un lieu de relations thérapeutiques spécifiques ? Nous verrons que l'équivalence des soins avec le milieu libre, si elle constitue un référent commun pour beaucoup de professionnels de santé, n'en est pas moins souvent une illusion qui peut cacher des formes de relations qui révèlent le statut particulier du patient détenu dans les actions et les représentations des acteurs de santé intervenant en prison.

Dans ce prolongement, le second axe d'interrogation qui vise une compréhension des modes de structuration des professions à travers le prisme de la prison, permettra d'approfondir l'étude de la variété des actions et des représentations d'acteurs de santé se référant pourtant à des mêmes groupes nominaux. Derrière une homogénéité affichée d'actions et de représentations se cache une grande diversité de comportements : les discours sont moins des descriptions que des miroirs et des masques que les acteurs emploient pour se mettre en scène et afficher une appartenance à des

groupes professionnels de référence. L'analyse tentera ainsi de mettre en évidence les écarts entre les normes de comportement (ou les modèles normatifs) et les comportements réels, qui peuvent expliquer la logique qui sous-tend l'emploi par les professionnels de santé de masques et de miroirs, lorsqu'ils évoquent leurs relations avec les détenus.

Une interrogation mérite ici d'être évoquée. Traiter des relations qu'entretiennent les professionnels de santé avec *les* détenus ne conduit-il pas à tomber dans des pièges dénoncés par ailleurs : celui d' "ontologiser" un groupe nominal qui n'a pas d'existence "réelle" et celui de participer à l'illusion performative de la catégorie nominale ? Parler *des* personnes détenues en général, n'est-ce pas oublier que cette catégorie n'a peut-être pas d'autre cohérence que celle que le langage semble lui conférer ? Robert Badinter<sup>280</sup> a ainsi souvent insisté sur le fait que les détenus n'ont jamais constitué une classe sociale, aux intérêts "latents" communs, mais un agrégat de circonstance, avec des attentes différentes. Dans le cas présent, il est clair que tous les détenus n'ont pas le même rapport aux soins, à la maladie, à la médecine.

"- Je vous dis tout cela parce que moi, je suis engagé dans un combat politique. Mais les autres qui sont là pour une barrette de shit, pour un transistor volé, leur univers c'est les Nike ou les Reebok. Ils s'interrogent pas. Ils se demandent pas à quoi servent les toubibs. X (un médecin), il était contre mon transfert, j'étais intransportable. Résultat : le transfert quand même. A quoi ils servent alors les toubibs ? La médecine pénitentiaire en France, il faut savoir qu'elle est à ce niveau-là. Soit il faut la changer, soit il faut arrêter de critiquer l'Argentine ou les goulags de Russie. Il faut être cohérent. Et je ne me cache pas pour le dire. C'est pour cela que l'administration m'a dit : "- Vous voulez pas voir le sociologue ?". J'ai répondu : "- C'est pas moi qui veux le voir, c'est lui qui veut me voir". Pour eux, c'était la même chose. La médecine dans la rate, c'est une vaste fumisterie."

Personne détenue, 40 ans, condamnée à une peine de 5 ans d'emprisonnement, établissement pour peine

Parler *des* détenus ne revient-il pas à postuler plus ou moins implicitement, que la condition de détenu devient le facteur explicatif principal des actions et des représentations des patients en milieu pénitentiaire ? Pourquoi ne pas parler de "patients", de "malades", d'"hommes" ou de "femmes", etc. ? Le groupe des personnes détenues apparaît comme une constellation d'intérêts, faiblement organisée, souvent segmentée, et finalement peu homogène et mobilisée : la variabilité des statuts (condamnés / prévenus), des durées et des conditions d'incarcération (selon les types d'établissement) conduit à un émiettement d'un groupe, dont l'unicité nominale ne repose pourtant que sur l'appellation de détenu. Aussi préciserai-je le plus souvent ces "attributs pénitentiaires" pour situer les discours des personnes détenues rencontrées. Au delà de cette précaution, et pour ne pas céder au risque de la généralisation, il conviendrait sans doute de construire des typologies de personnes détenues.

---

<sup>280</sup>Robert Badinter, *La prison républicaine (1871-1914)*, Paris, Fayard, 1992



Il reste que les contours de ma problématique, en m'amenant à privilégier une démarche individualisante sur les professionnels de santé et de l'enseignement, m'ont amené à accepter un risque de généralisation sur les autres catégories d'acteurs. Dans l'optique d'une sociologie des professions, j'ai adopté le parti-pris méthodologique de focaliser le regard sur le point de vue des professionnels de santé et de l'enseignement, sur leurs actions et représentations relatives à des situations. Il s'agissait ainsi prioritairement de comprendre comment les professionnels conçoivent leur profession au travers de leur regard sur les Autres et de leur perception du regard des Autres sur eux-mêmes, d'où la priorité donnée aux entretiens avec les professionnels sur les entretiens avec les Autres.

Néanmoins, ce parti-pris affirme une priorité, non un choix catégorique. J'essayerai autant que possible de rendre compte des visions de l'Autre, d'abord au travers des entretiens menés auprès de personnes détenues, de témoignages et de références bibliographiques. La combinaison de cette priorité et de ce souci de complémentarité me semble autoriser l'espoir de parvenir en même temps à cerner la finesse des actions et des représentations des professionnels et de donner, suivant les conseils d'Everett Hughes, une lecture de la matrice sociale et institutionnelle dans lequel s'inscrit le travail des professionnels de santé intervenant en prison.

Avant toute interprétation des formes de relations thérapeutiques en prison, on peut commencer par rappeler brièvement les différentes situations de rencontres entre les professionnels de santé et les personnes détenues.

- La visite d'entrée appelée parfois "bilan de santé" ou "consultation systématique des arrivants".
- Les entretiens et les consultations "standards" à l'infirmerie ou dans un cabinet médical.
- La distribution des médicaments par les personnels infirmiers au sein de l'infirmerie ou en détention.
- Les visites des médecins aux quartiers disciplinaires et d'isolement.
- Les consultations médicales après l'utilisation des moyens de contrainte, pour le suivi des grèves de la faim ou pour la rédaction de certificats coups et blessures.

L'ordre d'exposition de cet inventaire n'est pas "neutre" ou proprement descriptif. La plupart des professionnels, quand ils décrivent leurs relations avec les personnes détenues, insistent sur la visite d'entrée, les consultations standards et la distribution des médicaments. La visite au quartier d'isolement ou au quartier disciplinaire, le suivi des grèves de la faim sont plus rarement évoqués :

ces activités, souvent appelées “réglementaires”, parce que propres au milieu pénitentiaire, sont présentées comme des activités secondaires ou annexes, insignifiantes et sans conséquences.

La perception des personnes détenues est souvent différente. Ce qui apparaît le plus significatif à certaines d’entre elles dans les actions des professionnels de santé, ce sont justement ces actions propres au milieu pénitentiaire qui font des professionnels de santé des “auxiliaires de justice”, des “complices objectifs du personnel pénitentiaire” ou des “marchands de sommeil” (expressions tirées d’entretiens). Le fait que les personnes détenues soient reçues dès les premiers jours de leur incarcération, et ce obligatoirement, par des professionnels de santé tend d’ailleurs à produire et structurer cette perception.

La façon que les professionnels de santé et les personnes détenues ont de se représenter et de présenter leurs rencontres apparaît ainsi très significative de la diversité et de la complexité des facettes de leurs actions et représentations. Nous nous proposons d’étudier maintenant cette diversité et cette complexité, au travers des principaux enseignements retirés de l’analyse des actions quotidiennes et des représentations qu’elles engagent : l’impersonnalité, la fonctionnalité, la méfiance, l’autocratie.

## **1. Les formes de politesse et le règne de l’impersonnalité**

Commencer par les formes de politesse ou de sociabilité employées dans les relations entre les professionnels de santé et les personnes détenues pour cerner les actions et les représentations des professionnels de santé intervenant en prison peut paraître surprenant, car l’échange des formes de politesse est rarement considéré comme une action “professionnelle”. Cette étude est pourtant particulièrement instructive parce qu’elle permet d’approcher des formes d’actes et de paroles qui paraissent normales, automatiques et naturelles, à celui qui les produit, mais qui peuvent être aussi comprises, d’un point de vue sociologique, comme des construits sociaux ou des formes de la présentation de soi.

On se réfère ici aux travaux d’Erving Goffman<sup>281</sup> et à ceux des ethnométhodologues, tels Harold Garfinkel et Harvey Sacks, qui ont montré l’intérêt de l’étude des civilités dans le cours des interactions<sup>282</sup>. Si l’on suit l’analyse d’Isaac Joseph, on peut estimer que l’analyse goffmanienne des civilités est l’une des plus abouties, car elle institue un programme de recherche qui permet de

---

<sup>281</sup>Notamment *La mise en scène de la vie quotidienne*, 1953, Paris, Ed. de Minuit, 1973

<sup>282</sup>On peut ici se référer à la communication de Bernard Conein, “Pourquoi dit-on bonjour ? (Goffman relu par Harvey Sacks)”, in Robert Castel, Jacques Cosnier, Isaac Joseph et alii, *Le parler frais d’Erving Goffman*, Paris, Ed. Minuit, 1989, pp. 196-208

“revisiter les formes de socialisation et de normalisation des conduites du “procès de civilisation” pour les étudier dans leur logique immanente, comme des mécanismes d’auto-régulation propres à des mondes différents, ayant chacun leur langage, leur répertoire de rôles et leur syntaxe des conduites”<sup>283</sup>. Il semble ainsi intéressant de réfléchir, dans la lignée des travaux de Goffman, à la portée des formes de politesse, aux implicites de ces gestes et mots quotidiens et coutumiers, devenus “réflexes conditionnels”, dans un espace social particulier et qui constituent assurément une première forme de régulation des relations entre deux mondes sociaux fort différents : celui des personnes détenues et celui des professionnels de santé.

Dans le cadre de cet espace social particulier qu’est le milieu pénitentiaire, l’analyse des formes de politesse apparaît plus utile encore. L’un des enseignements que j’ai retirés de ma recherche est que ces “petits actes de la vie quotidienne” ont une importance cruciale en prison. Pour accéder rapidement à l’endroit où l’on veut aller, pour que la personne que l’on désire rencontrer soit contactée rapidement, il faut distribuer les “bonjour”, “bonjour, monsieur”, “excusez-moi de vous déranger”, les sourires, les airs gênés. On pourrait rétorquer que l’emploi des formules de politesse et la pratique des serremments de main relève de la plus rudimentaire courtoisie, ou du plus simple calcul lorsque l’on se trouve dans une situation de demande ou d’offre de service : en cela, le milieu pénitentiaire n’est sans doute pas très différent d’autres univers sociaux. Mais l’emploi des formes de politesse semble engager en milieu pénitentiaire beaucoup plus que de l’amabilité, aussi intéressée soit-elle. Il y a tout un code de politesse que les intervenants apprennent vite au contact de la détention : serrer la main d’un détenu est symbolique, serrer la main d’un détenu et ne pas serrer la main d’un surveillant proche de la rencontre ou inversement, relève de la prise de position. L’importance de ce code de politesse apparaît avec les regards (un détenu à qui on serre la main regarde souvent les surveillants), avec l’insistance des actes aussi (on parle plus fort, on serre la main plus longtemps). L’emploi des formes de politesse devient une véritable “règle du jeu” à comprendre au regard de la matrice institutionnelle que constitue l’univers carcéral. Plutôt que comme des messages que les professionnels de santé adresseraient à leurs seuls patients, les formules de politesse peuvent être comprises comme des moyens stratégiques de se situer dans l’espace pénitentiaire, vis-à-vis des surveillants, des détenus, des personnels de direction.

La grande majorité des infirmiers et des médecins souligne l’importance de dire bonjour aux détenus, de les vouvoyer, de leur serrer la main quand ils entrent dans le cabinet médical ou à l’infirmierie, de les appeler Monsieur ou Madame, si possible par leur nom de famille. Pour saisir la

---

<sup>283</sup>Isaac Joseph, *Erving Goffman et la microsociologie*, PUF Philosophies, 1998, p. 15  
266

portée de ces actes et paroles, on s'intéressera aux discours qui les entourent. Deux formes principales de discours peuvent être dégagées autour des formes de politesse :

- Les formules de politesse sont comprises comme des moyens d'afficher une prise de parti dans l'espace pénitentiaire et plus précisément dans l'opposition surveillants-détenus. Certains professionnels de santé veulent se montrer pro-détenus ou pro-surveillants. Les formes de politesse deviennent des "productions ostentatoires".

- D'autres professionnels entendent plutôt afficher, par le biais des formes de politesse, leur neutralité dans l'espace pénitentiaire. Le vouvoiement, les serremments de main sont alors considérés comme des symboles de la possibilité d'instaurer avec les détenus, une relation différente de celle qui lie les surveillants et les détenus, une relation thérapeutique authentique, comme elle pourrait l'être en milieu hospitalier. Les formes de politesse seraient des "symboles d'authenticité". Il faut néanmoins préciser que la portée symbolique de ces actes n'apparaît pas aussi clairement aux yeux des personnes détenues. Les formes de politesse ne constituent-elles pas alors seulement un des versants de ce qu'Erving Goffman appelle le "traitement impersonnel" des patients ?

La combinaison de ces discours nous amène à considérer les formes de politesse, non comme des automatismes, mais comme des enjeux importants dans la structuration des actions et des représentations de ceux qu'on appelle les professionnels de santé.

Un point méthodologique s'impose ici. Pour aborder le thème des formes de politesse, quand il n'était pas abordé spontanément, j'ai choisi de renoncer à des questions d'opinion (du type : "- Trouvez-vous important de vouvoyer les détenus ?") et ai privilégié les questions de fait (du type : "- Comment appelez-vous les personnes détenues ?"). Quelques personnes ont montré leur surprise par rapport à ces questions de fait, ne comprenant pas leur intérêt dans la recherche. La plupart ne se sont dès lors pas contenté de dire quelles formules elles emploient mais ont cherché dans leurs réponses à expliquer l'importance, le pourquoi de telle ou telle forme de politesse, pensant que c'était ce qui avait sens dans la recherche. On pourrait me reprocher d'avoir imposé aux acteurs de donner sens, sous l'effet de ma question, à des actions qui n'avaient jusqu'alors pas de sens précis ou explicite. Sans que je puisse rejeter cette critique, je voudrais néanmoins souligner que cet effet d'imposition, outre qu'il peut être décelé dans la plupart des questions d'un entretien sociologique, me semble plus lié à la situation d'entretien (l'interviewé cherchant par delà la question de fait à répondre aux attentes du chercheur telles qu'il les perçoit) qu'à la forme de la question posée.

## 1.1. Des productions ostentatoires

Pour certains professionnels, les formes de politesse manifestent le signe qu'ils sont soit du côté des surveillants, soit du côté des détenus. C'est par exemple le cas de ces deux infirmières qui travaillent dans une même maison d'arrêt et dont les discours révèlent des actions et des représentations fort différentes, voire antithétiques. L'antagonisme des portraits apparaît à la limite de la caricature.

“- *Comment saluez-vous les détenus et les surveillants ?*

- Je ne serre jamais la main aux détenus. C'est clair et net. Ceux qui me disent “Bonjour”, je leur réponds. S'ils ne disent rien, je ne dis rien non plus. Jamais, oh grand jamais, je ne leur serre la main. Pour ce qui est des surveillants, en général, on se fait la bise. Mais, les autres médecins, ils n'ont pas toujours la même approche. L'infirmière psychiatrique par exemple, je l'ai vue serrer la main ; elle a une autre approche, mais elle n'ira pas pour autant blaguer ou chahuter avec les détenus.”

Infirmière somatique, 55 ans, 10 ans d'ancienneté en milieu pénitentiaire,  
intervenant à mi-temps dans une petite maison d'arrêt

“- Moi, un détenu qui vient à l'infirmerie, je lui serre la main, je lui dis “- Bonjour, Monsieur”, c'est une personne. Pour elle (l'infirmière somatique), le détenu n'est pas là en tant qu'homme mais parce qu'il a fait le mal ; il doit donc être puni. Ceci dit, avant, sa conception était la plus courante ; c'était la pratique. Aujourd'hui, cela revient à un choix éthique et c'est donc surtout une question de personnalité. (...)

- (...) Les surveillants, je les salue.

- *Comment ?*

- Je ne connais pas leur nom. Donc, c'est “- Bonjour”. Il y en a deux ou trois qui sont sympathiques, mais vous savez, c'est comme ailleurs, il y a de tout.”

Infirmière psychiatrique, 40 ans, 3 mois d'ancienneté en milieu pénitentiaire,  
intervenant à mi-temps dans une petite maison d'arrêt

Pour chacune des deux infirmières, les formes de politesse sont l'occasion — aussi ordinaire et facile qui soit — de *signifier* qui est qui, de marquer un territoire, une personnalité. Plus que de simples actes machinaux, les formes de politesse apparaissent ici comme le reflet ou la manifestation de représentations idéologiques, liées à une forme spécifique et locale de division technique et morale du travail.

Un premier registre de représentation renvoie à ce que la seconde infirmière appelle la “personnalité” et que nous appellerons plutôt l'idéologie. Notons ici que nous n'employons le terme “idéologie” ni dans un sens péjoratif, ni dans le sens que lui ont généralement donné les sociologues, tels Karl Marx, Raymond Aron, Talcott Parsons ou plus récemment Raymond

Boudon<sup>284</sup>. Il s'agit ici de désigner un rapport à la prison, au principe de la détention. On est ainsi proche de la définition que donne Theodor Adorno de l'idéologie, à savoir une "organisation d'opinions, d'attitudes et de valeurs, une façon d'envisager l'homme et la société"<sup>285</sup>. L'important est ici de souligner ce qui dans la relation au détenu n'est pas propre à la dimension professionnelle.

"- Ici, je ne conçois pas que les détenus me tutoient ou qu'ils m'appellent par mon prénom ; c'est "Madame" et pas autre chose. Il y a des normes à respecter et je tiens à ce qu'elles soient respectées. J'estime en l'occurrence que je suis du bon côté de la barrière, alors que les détenus ont fait une faute par rapport à la société. En prison, il faut donc leur apprendre comment se comporter. (...) Par exemple, quand ils franchissent la porte de l'infirmerie, ils posent leur cigarette, ce qu'ils ne font pas toujours avec les surveillants. De toutes façons, ici, c'est clair : on ne rentre pas à l'infirmerie comme dans un moulin. Vous savez, je suis quelqu'un d'assez strict ; mon mari est militaire de carrière. Pour moi, c'est comme cela, et puis terminé. (...)

Pour tout dire, je trouve qu'aujourd'hui, on est complètement à côté de la plaque. Les gens qui sont ici, ils ont commis des erreurs. Pourquoi ? Je ne veux pas le savoir. Mais, ce qui est sûr, c'est que l'on en fait des assistés. Voyez, par exemple, celui-là qui vient de passer devant vous, cela fait la quatrième ou la cinquième fois qu'il est emprisonné. On leur donne tout gratuitement, donc automatiquement, quand ils vont sortir, ils vont se heurter à un problème de fric. Ici, ils ont le médecin, l'infirmière, la psychiatre, l'assistante sociale, tout quoi. S'ils veulent une pommade, ils l'ont. Le problème, c'est que dehors, ce n'est pas aussi facile : par exemple, il faut payer pour voir le toubib. Ici, tout est donné tout cuit. Ils ont la bibliothèque, ils ont la possibilité d'aller à l'école. On ne leur apprend pas les difficultés de la vie, on leur donne tout sur un plateau. Ici — et les détenus le disent eux-mêmes, mis à part les barreaux, tout est super bien. S'ils veulent rester au lit toute la journée, ils le peuvent. Selon moi, à 8 heures, les lits devraient être obligatoirement faits et on devrait interdire aux détenus de se recoucher pendant la journée. Passer trois à six mois couchés à regarder la télé, voilà ce qu'ils font ici. Pourquoi ne pas leur imposer des heures ? Moi, avec mes enfants, j'impose des heures de coucher et j'interdis la télé au delà d'une certaine heure, surtout quand il y a école le lendemain. (...) Ici, il n'y a pas assez de garde-fous, de contraintes. Parfois, les cellules sont dégueulasses : pourquoi ne pas exiger qu'elles soient propres ? Il faudrait leur botter le cul, leur apprendre la valeur du travail, de l'argent."

Infirmière somatique, 55 ans, 10 ans d'ancienneté en milieu pénitentiaire,  
intervenant à mi-temps dans une petite maison d'arrêt

"- *Y a-t-il des dérives importantes du point de vue éthique ?*

- Les dérives par rapport aux détenus, elles sont rarement palpables. Mais, quand quelqu'un est pour la peine de mort pour certains délits, il ne semble pas très à même de considérer le détenu en tant qu'homme. L'autre infirmière dit souvent qu'elle ne veut pas connaître les motifs d'incarcération ; elle dit elle-même qu'il y a des motifs qu'elle ne supporte pas. Nous, on est là pour soigner, et non pour juger. On n'a pas à avoir de jugement personnel. Moi, ce qui me ferait le plus peur en prison, c'est de perdre l'indignation. Perdre l'indignation, c'est grave. Il faut être à l'écoute du détenu. En prison, les détenus somatisent beaucoup plus ; il faut que nous soyons une sorte de lien extérieur, qui ne relève pas du milieu pénitentiaire. Ce qui me sidère le plus ici, c'est l'impression qu'ont certains intervenants que la prison, c'est pour les autres, pour les méchants."

---

<sup>284</sup>Raymond Boudon définit une idéologie, dans la lignée des autres auteurs cités, comme une "doctrine reposant sur une argumentation scientifique et dotée d'une crédibilité excessive ou infondée", in *L'idéologie ou l'origine des idées reçues*, 1986, Seuil, 1992, p. 52

<sup>285</sup>Adorno et alii, *The Authoritarian Personality*, New York, Harper, 1950, p. 2

La première infirmière conçoit la relation avec les détenus sur le modèle de l'obéissance : obéissance pénitentiaire (sur le modèle de la relation surveillants-détenus), obéissance hiérarchique (sur le modèle militaire), obéissance morale (ils sont fautifs, je suis innocente) mais aussi obéissance de l'enfant à l'adulte ("avec mes enfants, j'impose des heures de coucher"). La moralité est très présente dans son discours et organise un monde dual, manichéen au sens propre du terme, entre ceux qui ont fauté et ceux qui n'ont pas fauté : cette dichotomie est assise sur une vision religieuse de la faute, entre des élus et des fautifs, et où le respect de la distance, dont les formes de politesse sont une expression, est un impératif majeur. La prison idéale est conçue, un peu sur le modèle de la réforme de 1945, comme une sorte d'école de la vie, comme un lieu de rééducation morale, d'amendement qui exige un mode de vie contraignant et difficile : la réinsertion, sinon la rédemption, passe par le travail et la discipline, sinon la punition et la contrition. S'ajoute aussi une conception, proche d'un sentiment d'injustice, que j'ai retrouvé dans le discours de plusieurs surveillants et qui montre que l'accès à la santé n'est pas toujours conçu comme un droit qui devrait être inaliénable : les détenus sont considérés comme des nantis, à qui la société donnerait tout, alors même qu'elle donnerait peu sinon rien à ceux qui auraient eu le tort de ne pas commettre de délits ou de crimes. La combinaison de ces différentes représentations politiques, religieuses, morales explique chez cette infirmière la spécificité de son rapport à la prison dont les formes de politesse sont une expression.

Cette spécificité peut d'ailleurs aussi se comprendre au regard d'une histoire de vie. Cette infirmière, proche de la retraite, travaille depuis dix ans en maison d'arrêt. A la fin des années 1970, alors qu'elle travaillait dans un hôpital de la région parisienne, son mari, militaire de carrière, est nommé dans la petite ville dans laquelle se trouve l'établissement pénitentiaire. "Par piston" (sic), grâce à son mari qui connaît les notables locaux, dont le directeur de l'établissement pénitentiaire (toujours en place au moment de l'entretien), elle est recrutée au milieu des années 1980 par la prison. Elle est alors rattachée à la Croix-Rouge et vacataire de l'Administration Pénitentiaire. Elle connaît personnellement la plupart des surveillants (c'est une petite maison d'arrêt), les rencontre souvent dans la petite ville, en invite chez elle. Pour cette infirmière, les formes de politesse sont un symbole de loyauté envers une institution qui l'a recrutée, envers un directeur qui l'a personnellement choisie. C'est aussi le symbole qu'il n'y a pas chez elle de rupture entre sa vie professionnelle et sa vie extra-professionnelle. Elle choisit d'afficher ces symboles aux yeux de tous.

On pourrait me reprocher ici d'aller trop loin dans l'explication des formes de politesse. De fait, quand l'infirmière "fait la bise" à un surveillant, elle ne se réfère sans doute pas à une idéologie précise et n'entend peut-être pas afficher sa loyauté envers l'Administration Pénitentiaire. Il me semble néanmoins que les formes de politesse, aussi banales soient-elles, ne peuvent être comprises que si on les réfère à la globalité des actions et des représentations de l'individu qui les emploie. Pour céder à une image naturaliste, on pourrait dire qu'elles sont la face émergée d'un iceberg qu'il faut étudier dans son ensemble.

La position de la seconde infirmière est radicalement différente. Elle affirme d'abord sa volonté de ne pas juger les détenus, de ne pas les assimiler à leur statut de détenu. C'est pourquoi elle soutient qu'elle ne veut pas connaître les motifs d'incarcération. Par ailleurs, elle affirme qu'il n'y a pas de différence ontologique entre elle et les détenus ("ce qui me sidère, c'est que pour certains, la prison, c'est pour les autres"), qu'elle ne se sent pas autre. Sa conception se construit fondamentalement en opposition à la conception de la première infirmière avec qui elle a des rapports très conflictuels : elle veut montrer que ses actes ne relèvent ni de la morale (conception de la faute), ni de la politique au sens large (position par rapport à la peine de mort). La prison est montrée comme un milieu "perversif" qui doit continuer à susciter l'indignation. Tandis que la première infirmière rattache son identité à la prison et aux personnes qu'elle y connaît, celle-là se veut extérieure tant à l'institution qu'aux personnes qui y exercent. Là encore, cette représentation peut se comprendre au regard de son histoire de vie. Cette seconde infirmière, la quarantaine passée, vient d'être recrutée par l'hôpital public de rattachement (depuis trois mois) pour exercer à mi-temps dans la maison d'arrêt. Pour cette infirmière, l'Administration Pénitentiaire ne représente rien ni dans sa vie, ni professionnellement parlant ; les formes de politesse sont l'occasion d'exprimer, plus que son mécontentement, sa différence et sa résistance au milieu : c'est une forme de *Voice*, au sens d'Albert O. Hirschman.

On peut par ailleurs comprendre l'opposition des actions et représentations de ces deux infirmières au regard de leurs rapports dans la division du travail infirmier. Pendant dix ans, la première infirmière était seule et s'occupait tant du somatique que du psychiatrique. L'arrivée d'une seconde infirmière constitue une perte de pouvoirs ou de prérogatives, tant du point de vue de la division technique du travail que de la division morale : elle est par exemple chargée de la distribution de tous les médicaments qui incombait auparavant aux surveillants et admet difficilement que l'infirmière psychiatrique échappe à cette "corvée". La seconde infirmière a quant à elle un territoire à conquérir et construit donc en partie ses actions et ses représentations en opposition à



l'autre infirmière. Ces deux logiques expliquent sans doute pourquoi chacune des infirmières radicalise à l'extrême ses actions et prises de positions. Les relations de politesse sont donc autant l'occasion de se situer par rapport aux surveillants et aux personnes détenues qu'une possibilité de se situer l'une par rapport à l'autre.

“- *Y a-t-il un fort parallèle entre l'hôpital et la prison ?*

- Non. On ne se comporte pas en milieu carcéral comme on se comporte à l'hôpital. Certes, j'ai de la chance d'arriver maintenant, au moment où les esprits ont un peu évolué. Mais certaines choses restent fort différentes comme, par exemple, l'image de l'infirmière pénitentiaire en laquelle on ne peut pas avoir confiance. Les détenus font encore trop souvent une confusion des rôles entre l'infirmière et le surveillant. Cela devrait évoluer progressivement, surtout si l'on amène de plus en plus de personnes nouvelles. Il faut dire que les personnes qui travaillent en prison depuis 10 ou 15 ans ont un fonctionnement carcéral.

- *Comment cela se manifeste-t-il au quotidien ?*

- Cela se voit à de petites choses. Par exemple, la porte qui reste ouverte pendant une consultation. Ou encore, la convivialité trop démontrée avec les surveillants. Selon moi, la familiarité avec les surveillants est préjudiciable pour la relation entre les détenus et le personnel soignant.”

Infirmière psychiatrique, 40 ans, 3 mois d'ancienneté en milieu pénitentiaire,  
intervenant à mi-temps dans une petite maison d'arrêt

Il est intéressant de noter comment dans cet extrait, l'infirmière semble vouloir éviter toute attaque *ad hominem* tout en décrivant précisément les traits qui caractérisent l'infirmière somatique : l'ancienneté, l'état d'esprit ou les pratiques comme une porte laissée ouverte pendant les consultations, ou une convivialité trop démontrée avec les surveillants.

On voit ainsi que ce qui est mis en jeu et révélé dans les formes de politesse ne recouvre pas seulement de l'automatisme mais plus largement un rapport au monde et au principe de la détention, compris dans un contexte local de division technique et morale du travail. Il reste que les choix de ces deux infirmières apparaissent quelque peu extrêmes au regard de l'ensemble des discours des professionnels de santé sur les formes de politesse. Pour beaucoup, les formes de politesse ont moins pour but d'afficher un parti-pris dans la relation surveillant-détenu, que d'affirmer la neutralité et par là la spécificité de la relation thérapeutique, en dehors de toute référence au milieu pénitentiaire.

## 1.2. Symboles d'une relation authentique ou d'un traitement impersonnel ?

Les formes de politesse sont généralement considérées par les professionnels de santé comme des symboles de la possibilité d'instaurer une relation "authentique" en milieu pénitentiaire, une relation "normale" par référence au milieu libre. Pour comprendre et expliquer cette position, il faut d'abord rappeler les traits principaux de la "relation de politesse" surveillant-détenu, ce que permet le rapprochement de deux extraits de retranscription d'entretien avec des surveillants.

"- Ce que reproche le chef de détention aux moniteurs de sport, c'est de ne pas avoir d'ascendant sur la population pénale. Bref, et c'est le problème, on est noté sur les mêmes critères que les surveillants en détention. Moi, évidemment, comme je tutoie les détenus, comme je leur serre la main, il dit que je n'ai pas d'ascendant."

Surveillant, moniteur de sport, 35 ans, 5 ans d'ancienneté, grande maison d'arrêt

"- Le problème, c'est que souvent, ils (les surveillants moniteurs de sport) abandonnent complètement le côté surveillance. Par exemple, ce sont les seuls à serrer la main aux détenus. C'est une image, mais c'est symbolique de leur place. Systématiquement en plus, ils tutoient les détenus."

Chef de Service Pénitentiaire, 45 ans, 15 ans d'ancienneté, grande maison d'arrêt

Les surveillants, de façon réglementaire<sup>286</sup> et coutumière<sup>287</sup>, sont tenus au respect d'une certaine étiquette vis-à-vis des détenus : interdiction du tutoiement, du langage grossier ou familier, invitation à dire bonjour. Par ailleurs, il est demandé aux surveillants de respecter une certaine distance spatiale avec les détenus : ce peut être pour des raisons dites "sécuritaires" (tenir la porte avec le pied lors de l'ouverture d'une cellule, ne pas tourner le dos aux détenus) mais aussi pour éviter toute forme de proximité émotionnelle (serrer la main). Si la plupart des surveillants parviennent à lier ces deux impératifs en construisant une "bonne distance", ni trop familière, ni trop anonyme<sup>288</sup>, on observe dans le quotidien des établissements des écarts sensibles à cette norme : certains surveillants, sur un ton peu convivial, tutoient certains détenus, les appellent directement par leurs noms patronymiques, ou tout simplement ne les nomment pas. C'est par rapport à ce contexte que certains professionnels de santé justifient le serrement de mains, l'usage du vouvoiement, du "Monsieur" avec les détenus.

---

<sup>286</sup>Code de Procédure Pénale, article D. 220

<sup>287</sup>Nous entendons par là les conseils, plus ou moins impératifs, donnés par les supérieurs hiérarchiques.

<sup>288</sup>Corinne Rostaing, 1997, *La relation carcérale, Identités et rapports sociaux dans les prisons de femmes*, Paris, PUF, p. 198

“- *Les détenus, comment les appelez-vous ?*

- Je dis toujours “Bonjour, Monsieur” et je les vouvoie. Cela les change des relations avec les surveillants qui tutoient et appellent les détenus “Untel”, sans jamais prononcer un “monsieur”. Je connais aussi le nom de certains détenus : il y a des habitués. Parfois, on discute ensemble.”

Cadre infirmier, 45 ans, 1 an d’ancienneté en milieu pénitentiaire, plein temps, grande maison d’arrêt

“- *Les détenus, vous connaissez leur nom ?*

- Leur nom de famille ?

- *Oui, leur nom de famille.*

- Bien sûr. Je les appelle “Monsieur Machin”, tout à fait.

- *Et vous les vouvoyez ?*

- Tout à fait. Je suis très très choquée qu’on puisse les tutoyer, je suis très très choquée. très très choquée. Moi, je crois que c’est essentiel : c’est “Monsieur” et c’est rien d’autre.”

Médecin, 45 ans, 10 ans d’ancienneté en milieu pénitentiaire, mi-temps, grande maison d’arrêt

Les professionnels justifient ainsi souvent l’emploi de formules de politesse eu égard au manque de respect qu’ils lisent chez certains surveillants. Il s’agit par l’emploi de formules de politesse de se distinguer du surveillant, d’afficher aux yeux du détenu une attitude “non pénitentiaire”, le signe d’une possible relation privilégiée. En appelant leurs patients par leur nom de famille, les professionnels rompent par exemple avec un code établi au sein de la détention : celui du numéro d’écrou. Dans la plupart des communications écrites et dans de nombreuses démarches administratives, les personnes détenues sont obligées de rappeler leur numéro d’écrou, un numéro anonymisant, au sens premier du terme, car il remplace le nom. Cette hypertrophie du nom est symbolique de la place du détenu en milieu pénitentiaire : c’est avant tout un numéro au sein d’une organisation. Le fait que les professionnels ne demandent pas le numéro d’écrou pourrait donc être un symbole d’une forme d’humanisation de la détention. Il convient néanmoins d’être prudent dans la formulation de cette hypothèse.

Certes si l’on en croit certains professionnels, les formes de politesse sont au fondement d’une relation différente, authentique, parce qu’elles montrent qu’ils considèrent les personnes détenues plus comme des personnes que comme des détenus mais il faut ici faire la part entre ce qui relève du descriptif et ce qui ressort d’une vision idéalisée, d’un discours normatif. Un extrait de mon mémoire de DEA montre que cette exigence n’est pas facile à remplir, que le regard du sociologue ou de l’apprenti-sociologue peut se laisser hypnotiser par le discours de l’acteur :

“Les professionnels de santé redonnent dès lors une part d’identité aux détenus en rompant avec l’anonymat uniformisant de la prison. De plus, les détenus connaissent le nom du professionnel de santé à qui ils s’adressent, ce qui autorise une relation symétrique, alors qu’ils ne connaissent pas les noms des surveillants et sont souvent obligés de les appeler “Monsieur”.”

Bruno Milly, *Les pratiques de santé en milieu carcéral*, mémoire de DEA, 1996, p. 78

Ce résultat me semble devoir être fortement nuancé au travers des prolongements de ma recherche. Si j'ai retrouvé chez beaucoup d'autres professionnels de santé le discours sur l'authenticité de la relation dont les formes de politesse seraient un prolégomène, j'ai aussi pu conduire des entretiens avec des personnes détenues. Force est alors de constater que les formes de politesse apparaissent beaucoup moins importantes aux yeux de ces personnes que dans le discours des professionnels ou dans celui de l'apprenti-sociologue.

“ - *Quelles relations avez-vous avec les médecins, le dentiste. Par exemple, vous leur serrez la main ?*

- Avec eux, c'est toujours un minimum de dialogue. Sinon, côté serrage de mains, c'est oui avec le dentiste, non avec le médecin. Pour des raisons d'hygiène, je pense. Elle (le médecin) doit être particulièrement au fait de tout ce qui peut s'attraper avec ces check-hands (rires).”

Personne détenue, 40 ans, condamnée à une peine de perpétuité,  
incarcérée depuis 5 ans, établissement pour peine

J'ai demandé à la plupart des personnes détenues que j'ai rencontrées les formes de politesse employées dans leurs échanges avec les professionnels. La forme de question employée était toujours une question de fait (comme avec les professionnels d'ailleurs) pour ne pas obliger les personnes à donner une signification, positive ou négative, à des faits qui ne leur semblaient pas spontanément signifiants ; il est ainsi clair que je ne pouvais pas poser une question sur la dimension symbolique des formes de politesse au risque d'imposer la production d'un jugement. Toutes les personnes détenues que j'ai rencontrées ont répondu le vouvoiement et le serrement de main. Mais aucune n'a jamais dit spontanément qu'elle trouvait cela important ou symbolique. Autrement dit, le discours des détenus semble accréditer l'idée que l'authenticité des relations professionnels-détenus, qu'attesteraient aux yeux des professionnels l'emploi de formes de politesse, est une illusion non partagée. Les détenus voient plutôt dans les formes de politesse employées par les professionnels une autre forme d'uniformisation, d'anonymisation, de traitement impersonnel.

Le moment et le lieu du serrement de main sont d'ailleurs très signifiants : beaucoup de professionnels de santé ne serrent la main aux personnes détenues que lorsque celles-ci s'appêtent à rentrer dans le cabinet de consultation. Quand ils les croisent dans les couloirs de la détention ou même à l'infirmerie, ils se contentent généralement d'un “bonjour”, souvent collectif.

“- *Comment saluez-vous concrètement les diverses personnes que vous rencontrez en détention ?*

- J'ai une assez mauvaise mémoire des noms donc je dis “Monsieur”, “Madame”. Sinon, je dis “Bonjour” et serre la main à tout le monde, détenus et surveillants. Les détenus, je les salue quand ils rentrent dans mon bureau.”

Psychiatre, 45 ans, 6 mois d'ancienneté en milieu pénitentiaire,  
intervenant trois demi-journées par semaine dans une petite maison d'arrêt

Le moment choisi montre que le serrement de main fonctionne comme un rite de passage. Tout se passe comme si le médecin, en serrant la main de la personne détenue, lui confiait : “A partir de maintenant, vous êtes à mes yeux un patient et non plus un détenu”. Ce moment est étroitement lié à un processus de symbolisation de l’espace, à une territorialisation. Le cabinet de consultation, ce serait l’endroit où la personne détenue est un patient comme les autres et non plus un détenu. A cet égard, le procédé de symbolisation ne semble pas particulièrement spécifique au milieu pénitentiaire, même s’il y est peut-être accentué. On retrouve ainsi une remarque d’Erving Goffman, à propos de “l’étonnant traitement impersonnel que, dans le monde médical, on inflige au malade” : “on le salue, à son arrivée et à son départ d’une façon qui peut à la rigueur passer pour de la politesse, et entre-temps, tout se passe comme si l’individu était là comme un objet banal que quelqu’un aurait laissé et non comme une personne”<sup>289</sup>. Goffman nous invite à comprendre les formes de politesse comme une technique parmi d’autres dans un schéma médical-type qui supprime l’existence sociale du malade. Il s’agirait donc avant tout pour les praticiens intervenant en milieu pénitentiaire de maintenir certaines formes extérieures des relations clients-praticiens et de se persuader ainsi eux-mêmes qu’ils traitent les personnes détenues comme ils le feraient à l’extérieur.

Le discours sur l’authenticité que symbolisent les formes de politesse aux yeux des professionnels de santé n’est donc pas entièrement idéalisé. On peut remarquer qu’il repose sur une conception particulière de l’authenticité. L’authenticité ne recouvre guère la profondeur ou l’épaisseur de la relation, mais renvoie à l’idée que la relation avec le patient détenu doit être la même que la relation avec le patient en milieu libre.

Pour conclure sur les formes de politesse ou les civilités que s’échangent les professionnels de santé et les personnes détenues, on peut rappeler qu’elles expriment souvent la prégnance du milieu pénitentiaire. Pour certains professionnels, il s’agit explicitement par l’emploi des formes de politesse de se situer dans l’espace pénitentiaire, pour ou contre les détenus, pour ou contre les surveillants. Les rites d’interaction sont alors fondamentalement liés au fonctionnement de l’institution pénitentiaire. Mais par ailleurs, les civilités échangées renvoient aussi souvent à un modèle extérieur de relations impersonnelles entre les professionnels de santé et leurs patients. Nous voyons ici que la prison ne saurait tout expliquer des formes de politesse entre les personnes détenues et les professionnels de santé. Les travaux de Goffman nous invitent à considérer l’impersonnalité, qui caractérise les relations de la majorité des praticiens de santé intervenant en milieu pénitentiaire avec leurs patients, comme un élément d’un schéma médical-type qui dépasse en partie le milieu pénitentiaire et qui aurait pour source une conception organique de la maladie.

---

<sup>289</sup>Erving Goffman, 1961, *Asiles*, Paris, Minuit, 1968, pp. 395-396

L'impersonnalité semble ainsi très liée à la fonctionnalité des soins, ou encore à cette façon de soigner qui pense pouvoir supprimer l'existence sociale du malade.

## **2. Le primat du fonctionnel**

Après avoir réfléchi à la portée d'actes aux apparences insignifiantes mais dont j'espère avoir montré l'importance dans la compréhension des actions et des représentations des professionnels de santé en milieu pénitentiaire, il est intéressant de s'attacher à ce qui constitue aux yeux de ces professionnels le coeur de leurs professions : la consultation pour les médecins, les soins pour les infirmiers.

### **2.1. La consultation médicale : un acte crucial, squelettique et fonctionnel**

La consultation apparaît dans le discours des médecins, somaticiens ou psychiatres, comme le noeud gordien de leur profession. On commencera par s'interroger sur les raisons qui confèrent à la consultation une telle importance. On analysera ensuite l'architecture des consultations en milieu carcéral et ce que celle-ci révèle sur la relation thérapeutique en prison.

#### ***2.1.1. La consultation : un acte crucial***

La façon dont les médecins présentent la consultation montre la centralité de cet acte dans leurs actions et représentations. Ce qui leur apparaît ou qu'ils font apparaître comme le coeur de leur métier, c'est la consultation. Cela se perçoit d'abord dans le déroulement du discours. Je commençais le plus souvent possible les entretiens par une question du type : “- Pourriez-vous me décrire votre dernière journée de travail ?”. La plupart du temps, les professionnels ont décrit cette journée de façon chronologique mais en insistant particulièrement sur les consultations des arrivants et les consultations dites “standard”. Très peu ont parlé spontanément de leur travail de lecture des actes biologiques ou radiologiques, des réunions avec d'autres personnels, de leur travail administratif, de leur travail de direction d'équipe ou de service.

Cette centralité apparente des consultations renvoie d'abord à l'image traditionnelle de la pratique médicale. Dans ce que l'on pourrait appeler l'imaginaire d'Epinal, le médecin, vêtu d'une blouse blanche, ausculte un patient allongé dans son cabinet de consultation. Mais la centralité apparente de la consultation renvoie surtout à une forme de hiérarchisation morale des différentes activités, de valorisation des tâches. Il ne semble pas facile pour un médecin de reconnaître qu'il n'est pas en permanence occupé à ce pour quoi il est spécifiquement qualifié. Reconnaître remplir de

nombreuses tâches administratives ou gestionnaires, reviendrait aux yeux des médecins intervenant en prison, à admettre qu'ils accomplissent des tâches moins valorisées socialement que les consultations, des tâches que des non-médecins pourraient accomplir. Ils préfèrent insister sur ce pour quoi ils sont reconnus seuls compétents dans la division technique du travail. Centrer son discours sur la consultation, c'est-à-dire sur l'acte que le médecin est reconnu le seul apte à produire, permet de se présenter sous l'angle du professionnel en action, du praticien à l'abri des vicissitudes administratives. En cela, la centralité de la consultation aux yeux des professionnels de santé intervenant en prison peut aussi être comprise au regard de la situation d'entretien : le médecin valorise ce qu'il sait que le sociologue, *a fortiori* l'apprenti sociologue, ne connaît pas et ne sait pas faire.

Cette forme de valorisation de la consultation n'est ici pas propre au milieu pénitentiaire. Dans le cadre d'autres activités de recherche, j'ai conduit des entretiens auprès de médecins dirigeant des Centres Médico-Psycho-Pédagogiques. Ces médecins valorisaient eux aussi fortement leur travail médical au détriment des tâches administratives et gestionnaires pour lesquelles ils avaient été pourtant en partie recrutés. Pour ces médecins, il s'agissait en partie d'affirmer la similitude de leur profession avec les médecins "cliniciens" exerçant à l'hôpital et censés avoir à ce titre moins de tâches administratives à remplir. Cela renvoyait ainsi à une valorisation interne au corps médical des différents postes, les postes les plus valorisés étant ceux des "purs cliniciens". Les directeurs des CMPP, dévalorisés dans leur profession par leurs collègues parce que recrutés sur des postes mixtes (cliniciens-directeurs administratifs), cherchaient à gommer dans l'ordre du discours ce pour quoi ils étaient dévalorisés. Le cas des médecins en milieu pénitentiaire apparaît fort similaire : s'ils valorisent la consultation, c'est peut-être parce qu'ils veulent opérer un rapprochement, au moins dans l'ordre du discours, avec leurs collègues de milieu hospitalier qui peuvent se limiter à un travail clinique.

Il apparaît par ailleurs que la valorisation de la consultation par les médecins intervenant en milieu pénitentiaire est fortement liée à la spécificité de leur milieu d'exercice. Comme nous l'avons rappelé au début de cette partie, ces médecins sont chargés, de façon réglementaire, d'activités spécifiques, comme les visites aux quartiers disciplinaire et d'isolement, ou le suivi des grèves de la faim. Les médecins étaient très réticents dès qu'il s'agissait de parler des visites au mitard, des certificats de contre-indication à l'isolement, du suivi des grèves de la faim, ... Ces dernières activités étaient très rarement évoquées spontanément. Par ailleurs, le ton se durcissait sensiblement quand les questions abordaient ces thèmes.



Ces activités restent, pour beaucoup — notamment les personnes détenues et les médecins n'intervenant pas en milieu pénitentiaire —, le symbole de la soumission de médecins à un milieu, à une administration. En témoigne par exemple cet extrait d'un entretien collectif avec des détenus incarcérés dans une grande maison d'arrêt. On voit dans cet extrait combien, aux yeux des détenus, sont assimilées les décisions du médical et du pénitentiaire, des médecins et des représentants de l'Administration Pénitentiaire.

“- A : Y a un mec qui a été transféré de X, parce qu'il foutait le bordel là-bas. Ici, il s'est retrouvé shooté au service psy. Heureusement, il a pas pris tous les trucs qu'ils lui ont donnés ; ils cherchaient à le dompter à coups de cachetons.

- M : Quand t'as un problème, le seul bras qu'on te tend, c'est l'antenne toxico. Mais c'est pas un bras, c'est un cercueil. Aux toxico, on leur donne une solution de bien-être, mais c'est pas la bonne solution.

- S : Dès qu'un gars a un problème, on le met à l'isolement ou au service psy avec d'autres gars qui ont d'autres problèmes. Il faudrait plutôt le mettre avec des gens qui sont bien sur leurs pieds et dans leur tête.

- M : Le problème, c'est qu'ils laissent au mec le choix d'arrêter ou non les substituts. Mais si tu laisses le choix à un toxico, c'est sûr qu'il n'arrêtera jamais.

- A : L'administration fait ça pour déstabiliser les gars, pour que la population reste tranquille.

- S : Dès que tu as un mauvais parloir, c'est la seringue ou les cachets.”

Entretien collectif avec des personnes détenues, incarcérées dans une grande maison d'arrêt, âges et durées d'incarcération : A (25 ans, 1 an), M (33 ans, 8 ans), S (23 ans, 1 mois)

Pour les médecins intervenant en milieu pénitentiaire, insister sur les consultations et négliger ou juger “accessoires” les autres activités propres au milieu pénitentiaire, est un enjeu de valorisation de leur métier vis-à-vis de leurs patients et vis-à-vis de l'extérieur. C'est en effet dans la consultation que les médecins intervenant en milieu pénitentiaire semblent être ou se sentent les moins dépendants de leur milieu d'exercice, de l'Administration Pénitentiaire. C'est là où ils sont les plus “libres”, les plus “autonomes”, donc le plus “professionnels”. C'est là aussi où ils sont les plus proches du colloque singulier, ou encore de la déontologie idéale que se donne la profession médicale. Si dans le quotidien, le médecin se donne à voir aux détenus et aux surveillants dans plusieurs situations — les visites en détention ou au quartier d'isolement se font en compagnie d'un ou de plusieurs surveillants —, il veut qu'apparaisse l'idée qu'il n'est vraiment lui-même que dans un moment et un espace particuliers : la consultation et le cabinet médical. L'idée d'une pleine réalisation du métier au travers de la consultation est donc en partie liée à une territorialisation de l'espace, à une spatialisation du métier. Aussi est-il symbolique que certains médecins préfèrent convoquer dans leur cabinet les détenus qu'ils voient au mitard et qui leur semblent nécessiter une consultation.

“- On visite deux fois par semaine le quartier d'isolement disciplinaire et le quartier d'isolement normal entre guillemets. Quand on veut voir un détenu, c'est pas facile de le voir quand il y a quelqu'un derrière la porte, on lui demande donc de passer à l'infirmerie où on passe une consultation pour respecter le secret.”

Médecin, 45 ans, 10 ans d'ancienneté en milieu pénitentiaire,  
intervenant à mi-temps dans une grande maison d'arrêt

Comme le font d'autres praticiens en milieu pénitentiaire, ce médecin pourrait demander à rester seul avec son patient au mitard et faire des consultations comme un médecin lors d'une visite à domicile en milieu libre. S'il ne le fait pas, c'est peut-être pour des raisons matérielles (en termes d'équipement médical) mais aussi pour ne pas intervenir dans un lieu traversé et saturé par la mission punitive de la prison, un lieu qui renverrait tant à ses yeux qu'aux yeux du détenu l'image d'un médecin dépendant d'un milieu, voire auxiliaire de justice.

A travers la centralité de la consultation semble ainsi se manifester un état idéal ou désirable de la relation thérapeutique pour les médecins intervenant en milieu pénitentiaire. Qu'en est-il dans les faits ? L'importance qu'attribuent les professionnels de santé à la consultation dans leurs actions et leurs discours rend impérieuse l'étude de l'architecture de la consultation en milieu pénitentiaire. Cette consultation, que les médecins jugent centrale ou cruciale, en quoi consiste-t-elle exactement ? N'y a-t-il pas une tension entre "la définition normative" et "l'exécution effective" de la consultation, un écart entre "l'état idéal ou désirable" et "le comportement effectif des acteurs"<sup>290</sup> ?

### ***2.1.2. La consultation : un acte crucial mais squelettique***

Comment se passent les consultations médicales en milieu pénitentiaire<sup>291</sup> ? La plupart d'entre elles sont extrêmement rapides. Plusieurs médecins ont dit voir plus de trente personnes par jour, soit en trois ou quatre heures de consultations. Quand j'ai assisté aux consultations d'un médecin, celui-ci a reçu dix personnes en moins d'une heure. La plupart des consultations ont duré deux à trois minutes, et se sont résumées à des formes de politesse, à un échange de propos sur le motif de la visite et à une prescription de médicaments.

“Médecin : “- Entrez, Mr X. Ce monsieur est enseignant à l'université de Lyon, il a l'accord de l'Administration et il a mon accord. Cela ne vous gêne pas ? Asseyez-vous, Mr X. Alors, c'est pour bientôt la sortie ?”

Patient : “- Oui, ça commence à se profiler.”

Médecin : “- Bon, qu'est-ce qu'y vous amène, Mr X ?”

Patient : “- Je n'arrive pas à dormir. Il me faut absolument des somnifères.”

Médecin : “- Très bien, je vous prescris du Lexomyl. Ça vous va, Mr X ? Bon, et bien, à bientôt et bon courage.”

“Médecin : “- Bonjour, Monsieur Y. C'est un monsieur qui fait une étude sur la maison d'arrêt, il est de l'université. Cela ne vous gêne pas ? Alors, qu'est-ce qui vous amène, Monsieur Y ?”

Patient : “- J'ai des problèmes de peau, cela ne part pas.”

---

<sup>290</sup>On retrouve ici les interrogations de François Bourricaud, in *L'individualisme institutionnel. Essai sur la sociologie de Talcott Parsons*, Paris, PUF, 1977, p. 58

<sup>291</sup>Rappelons ici que je n'ai pas observé de consultations (du fait du principe du colloque singulier), hormis dans une situation où le médecin, malgré mes réticences, a choisi de faire l'entretien pendant ses consultations en milieu

Médecin : “- Oui, c’est une forme d’acné, je vous donne un savon pour la peau. Vous verrez, c’est un traitement très efficace. Au fait, Monsieur Y, ce serait bien de faire une prise de sang ; on pourrait faire les différents dépistages.”

Patient : “- Non, non, c’est bon, je les ai déjà faits à l’extérieur. Ne vous inquiétez pas, il n’y a pas de risque.”

Médecin : “- C’est comme vous voulez. Au revoir, Monsieur Y, et bon courage.”

Médecin, 50 ans, 10 ans d’ancienneté en milieu pénitentiaire,  
intervenant une journée par semaine dans une petite maison d’arrêt

Il est important de noter que ce médecin est un médecin généraliste qui intervient aussi en tant que libéral en milieu libre. Les différences avec la médecine générale en milieu libre sont pourtant sensibles : l’acte médical est ici résumé à sa plus simple ossature. On note principalement la disparition d’une symbolique présente chez le “médecin de ville” : le passage de la position assise à la position couchée, l’action de se dénuder par exemple. Seuls deux des dix patients ont été auscultés par ce médecin qui leur a par ailleurs dit qu’ils n’avaient pas besoin de se dévêtir. Il est possible que ce médecin soit un cas particulier et je n’ai d’ailleurs pas cherché à confronter plusieurs observations de ce type. Il ne s’agit donc pas ici de prétendre pouvoir ou vouloir généraliser cette observation à toutes les consultations en milieu pénitentiaire. Il reste que la plupart des professionnels que j’ai rencontrés ont évoqué, parfois avec regret, la rapidité des consultations.

“- C’est vrai que j’ai pris le temps de discuter avec ce monsieur dont je vous ai parlé, mais c’est vrai que sinon, quelque part, on a... quelquefois on a un peu l’impression de faire de l’abattage. C’est pas très agréable. Il faudrait... prendre le temps, et je crois vraiment qu’on a besoin de temps.”

Médecin, 45 ans, 10 ans d’ancienneté en milieu pénitentiaire,  
intervenant à mi-temps dans une grande maison d’arrêt

La rapidité des consultations est moins flagrante en ce qui concerne le secteur psychiatrique. La durée des consultations psychiatriques peut être en effet plus longue, sans rarement excéder trente minutes. On retrouve ici le standard de la consultation psychiatrique en milieu libre. Mais l’adoption de ce standard temporel révèle sans doute moins une plus grande proximité avec le patient des psychiatres par rapport aux somaticiens qu’un élément incontournable du traitement des pathologies mentales. En d’autres termes, les psychiatres ne s’ouvrent pas plus que les somaticiens à ce qui ne relève pas uniquement du simple traitement de la pathologie (cf. infra, § 2.2.).

Ce sont les personnes détenues qui ressentent le plus crûment le caractère squelettique des consultations médicales et l'écart qui sépare la médecine générale de ville avec la médecine pratiquée en milieu pénitentiaire. On peut rapprocher de façon quelque peu cynique les propos de ce médecin qui a "un peu l'impression de faire de l'abattage" et l'impression qu'ont certains détenus d'être traités comme du bétail.

*"- Quelles sont vos relations avec les médecins, les infirmiers ?*

A : - Franchement, c'est des bétailleurs. C'est des fermiers qui traitent du bétail. Quand tu as des petits problèmes, ça va encore, mais...

M : - Tu parles, ils traitent tout à coup de doliprane. T'as de la fièvre : doliprane. Tu te pètes la jambe : doliprane. (rires)

S : - Par contre, si t'es énervé, c'est le plan B : le tranxo. Avec ça, pas de douleurs, pas de problèmes de sommeil."

Entretien collectif avec des personnes détenues, incarcérées dans une grande maison d'arrêt, âges et durées d'incarcération : A (25 ans, 1 an), M (33 ans, 8 ans), S (23 ans, 1 mois)

Plus largement, j'ai pu noter la récurrence chez les personnes détenues de sentiments de déception et de frustration eu égard aux relations qui les lient aux médecins en milieu pénitentiaire. Pour beaucoup, la référence ou plutôt l'idéal reste l'image du médecin de famille, proche des préoccupations de son patient et à qui l'on peut se confier. Or, ce qui constitue justement un des traits récurrents des consultations qui ont été décrites (tant par les professionnels que par les personnes détenues), c'est l'absence des confidences, des discussions qui n'ont pas trait à ce que les médecins définissent comme relevant du "médical".

*"- On a l'impression de faire en permanence du bricolage. Depuis plusieurs mois, je vois à peu près trente à quarante détenus par jour de travail ; dans ce cadre-là évidemment, c'est l'acte médical qui est le centre de la consultation. Impossible dans ces conditions de prendre véritablement le temps, le temps d'une véritable écoute ; or je pense que c'est dans cette véritable écoute que peut se nouer une relation et je pense que c'est par cette relation que peut se modifier un petit peu le rapport de chaque détenu à son propre corps et que chacun peut devenir un acteur de sa propre santé, et pas seulement un objet d'actes techniques. Difficile également dans ces conditions-là de penser à la continuité des soins et de préparer l'après-incarcération. Difficile aussi de penser à la prévention."*

Isabelle Roustang, médecin, "L'organisation des soins en milieu pénitentiaire ; un exemple : la maison d'arrêt de Bois d'Arcy", 4ème université du Cri, 11 nov. 1995

Le médecin oppose ici sa pratique, centrée sur une conception technique de la thérapie, à une consultation idéale qui articulerait le relationnel, la continuité des soins et la prévention. Il faut d'ailleurs noter qu'il utilise, pour définir le contenu de sa pratique réelle, deux expressions : l'acte "médical" et l'acte "technique". Emerge ainsi une assimilation du "médical" à l'acte technique, une forme de ce que l'on peut appeler la fonctionnalité de la consultation.

Dans l'extrait cité, comme dans beaucoup d'entretiens, l'absence de discussions avec les patients est présentée comme une contrainte, un manque subi, une frustration. Il n'est d'ailleurs pas indifférent de noter que cet extrait est tiré d'une intervention au sein d'un colloque organisé par une association (le Cri) qui se définit comme "un lieu d'expression des personnes marginalisées et d'information sur la prostitution, la prison, les toxicomanies et les autres exclusions". Le colloque était organisé sur le principe d'une confrontation des points de vue de professionnels de santé intervenant en milieu pénitentiaire, d'ex-détenus et de représentants d'associations militantes (Act-Up, Observatoire International des Prisons, Cri, ...) dont certaines réclament l'abolition de la prison. Préciser le contexte de l'intervention de ce médecin semble important à deux titres. D'une part, les médecins, invités dans ce colloque, étaient en partie triés sur le volet : on y retrouvait ainsi beaucoup de ceux qui s'étaient battus pour promouvoir une réforme du système de soins en milieu pénitentiaire. D'autre part, étant donnée la composition des intervenants et de l'auditoire, la plupart des interventions ont consisté en une critique de la prison, en une dénonciation de ses lacunes. La présentation de la rapidité de la consultation comme une contrainte était dès lors un affichage quasi obligé. De fait, deux des professionnels présents dans ce colloque se sont montrés, lorsque je les ai ensuite rencontrés en entretien singulier, beaucoup moins "frustrés" par la dimension squelettique de leurs consultations.

Il reste que les propos de ce médecin sont révélateurs d'une forme de discours récurrente chez certains médecins : il s'agit d'expliquer l'absence de discussion avec les personnes détenues dans les consultations comme le produit de contraintes matérielles, de contraintes d'emploi du temps, liées à un manque d'effectifs en personnels eu égard au nombre de demandes. Il n'est ni dans mes moyens ni dans mes fins de déterminer si cet argument est fallacieux ou non. La validité de cet argument dépend sans aucun doute des situations locales : certains établissements pénitentiaires sont moins dotés d'équivalents temps-plein médicaux que d'autres. Ce qu'il faut noter néanmoins, c'est que la loi de 1994 a sensiblement augmenté les effectifs en personnels de santé, et ce dans la quasi totalité des établissements pénitentiaires. Pourtant, le manque d'effectifs est toujours présenté comme le déterminant majeur de la rapidité des consultations médicales. Ce constat apparaît comme un indice que si les contraintes de personnels ne sont pas absentes, elles sont aussi un argument rhétorique qui peut cacher d'autres explications à la forme squelettique des consultations médicales en milieu pénitentiaire.

Une preuve que la rapidité avec laquelle la plupart des médecins font leurs consultations n'est pas seulement l'expression d'un emploi du temps subi est d'ailleurs que certains médecins se ménagent par jour un temps de parole avec quelques patients. Par delà les contraintes liées au nombre des

demandes, il y a donc aussi une question sinon de volonté, tout au moins de priorité. De fait, ce qui apparaît au moins implicitement dans certains discours de médecins, c'est que l'absence de discussion avec les personnes détenues est moins le produit de contraintes de personnels que l'expression d'un refus. De façon générale, quand les personnes détenues engagent des discussions "déplacées", c'est-à-dire n'ayant pas trait directement à un dysfonctionnement organique, les professionnels de santé mettent souvent court à la conversation, soit en abrégant tout simplement l'entrevue ou en la renvoyant à un autre jour, soit en orientant leurs patients vers d'autres professionnels, particulièrement le service social et les psychologues.

*"- Les détenus vous parlent parfois de leurs affaires personnelles... ou de l'avancement de leur procès ?*

*- Oui, oui.*

*- Ça, vous refusez, ou vous...*

*- Non, je refuse pas, non, non, je pense que ça fait partie de mon boulot aussi... jusqu'à un certain point, c'est-à-dire... hein, qu'il y a un moment où moi, je ne veux pas non plus trop m'avancer, comme par exemple ce type hier qui me racontait plein de choses (1ère sonnerie téléphone) et qui attendait..., alors moi stop, je suis pas psychologue non plus. Donc, à un moment (2ème sonnerie téléphone), j'aiguille vers des psychologues. Même s'il y a un travail qui débute avec moi, je dis après... (interruption téléphone)."*

Médecin, 45 ans, 10 ans d'ancienneté en milieu pénitentiaire,  
intervenant à mi-temps dans une grande maison d'arrêt

Les somaticiens renvoient souvent les patients trop "prolixes" vers les psychiatres, qui se plaignent ainsi souvent de se voir adressés tous les patients qui n'ont pas le moral ou qui ont "simplement besoin de parler". Généralement, les psychiatres renvoient à leur tour ces patients, soit vers les infirmières psychiatriques, soit vers les psychologues. Ces manoeuvres, qui consistent à se renvoyer la responsabilité du suivi d'un patient, renvoient à des stratégies de partage des tâches, tant en termes de division technique du travail qu'en termes de division morale. Plus qu'un simple partage technique des tâches, c'est une forme de "délégation du sale boulot" qui se met en place<sup>292</sup>. Il est intéressant de noter que ce qui a trait au dialogue avec les détenus est perçu comme une tâche peu valorisante et est donc souvent délégué ou relégué. Sous cette délégation apparaît une conception de l'acte médical comme un acte fonctionnel, bien plus que relationnel.

---

<sup>292</sup>On retrouve ici la perspective de Hughes ou celle plus récente d'Anne-Marie Arborio.

### ***2.1.3. La consultation, un acte fonctionnel***

L'idée de fonctionnalité renvoie à de nombreuses dimensions. Elle recouvre tout d'abord la notion d'utilité et s'oppose ainsi à l'a-fonctionnalité. De fait, pour beaucoup de médecins, les discussions avec les personnes détenues sont inutiles. Mais par delà l'utilité, c'est aussi la productivité et l'efficacité de l'acte qui sont visées. La fonctionnalité s'oppose ainsi à la dysfonctionnalité : l'idée est alors non seulement de faire utile mais d'aller directement au "but" et le plus rapidement possible. Il reste à expliquer l'essentiel : quel est le "but" des médecins ? Pourquoi est-ce l'acte technique qui est perçu comme fonctionnel ? Pourquoi les "discussions" avec les patients sont-elles généralement jugées dysfonctionnelles ?

On peut faire l'hypothèse que cela renvoie aux représentations qu'ont les médecins de la maladie et du soin, ou encore à une combinaison de ce que François Laplantine appelle des modèles étiologiques (renvoyant à la perception de la cause de la maladie) et thérapeutiques (renvoyant à la conception de la réponse médicale appropriée à la maladie)<sup>293</sup>. De fait, la plupart des médecins intervenant en milieu pénitentiaire — et c'est particulièrement vrai des somaticiens — apparaissent comme de stricts techniciens, se voulant hyperspécialisés et ne prenant en compte que les "demandes organiques" de leurs patients, ce qui suppose une "décontextualisation" de la maladie. Ils peuvent reconnaître que d'autres facteurs, comme la détention, peuvent avoir une influence sur la maladie, mais ne les traitent pas car ils ne les considèrent pas comme des causes.

On retrouve ici de nombreux traits de ce que François Laplantine nomme le "modèle étiologique fonctionnel ou ontologique", selon lequel la maladie existerait comme un être (un mal) en soi, indépendamment du patient qui la porte et donc isolable. La représentation pasteurienne (la maladie comme virus) est symbolique de cette représentation ontologique et exogène de la maladie. Cette représentation étiologique de la maladie implique quasi-mécaniquement une représentation thérapeutique qui veut que le soin soit possible là encore indépendamment du patient, indépendamment de son existence sociale.

Cette conception fonctionnelle de l'acte thérapeutique qui structure les consultations médicales en prison n'est cependant pas particulière à la médecine en milieu pénitentiaire. On la retrouve assez largement dans la médecine allopathique moderne, dominante dans le secteur de la médecine générale et plus particulièrement dans la médecine hospitalière, qui apparaît à certains égards elle aussi comme une médecine sans patient, une médecine de l'organe, hyperspécialisée et technicisée. Si l'on rappelle qu'aujourd'hui tous les médecins intervenant en prison sont rattachés à un



établissement hospitalier public, on peut trouver une des origines de ce rapport fonctionnel qui lie les médecins et les personnes détenues.

La fonctionnalité qui paraît centrale pour caractériser la relation médecin-personne détenue renvoie ainsi à une conception organique de la maladie largement diffuse dans l'ensemble de la profession médicale. Le patient n'est donc plus seulement passif, comme dans le modèle de la relation activité-passivité de Thomas Szasz et Mark Hollander<sup>294</sup> : il se réduit ici à un objet ou à un organe. On peut noter en incise qu'il est contradictoire de parler d'une "relation fonctionnelle" dans le sens strict que nous nous sommes donné, car dire qu'il y a fonctionnalité, c'est viser une occultation du patient et par là signifier qu'il n'y a pas réellement de "relation".

Il reste que la complexité de la "relation" (ou de l'absence de relation) entre les médecins et leurs patients en milieu pénitentiaire, doit aussi se comprendre du point de vue des personnes détenues. L'un des principaux enseignements que l'on peut retirer de la sociologie de la maladie, tout au moins telle qu'elle s'est développée en France, est l'intérêt heuristique qu'il y a à ne pas borner son regard à une définition médicale de la maladie. La maladie peut être comprise certes comme ce qui est médicalement attesté mais aussi comme ce qui est ressenti par l'individu. Les principales études<sup>295</sup> ont ainsi montré la diversité des représentations sociales de la santé et de la maladie, et l'irréductibilité de ces représentations à la représentation médicale. Par ailleurs, la seule dimension organique ne semble pas pouvoir agréger toutes les représentations de la maladie. La définition de la maladie de François Steudler ("un état de déséquilibre dans le fonctionnement de l'être humain total, considéré à la fois comme un système biologique et comme un processus d'ajustements sociaux et personnels") nous invite à observer la singularité sinon la relativité de la perception de la maladie qu'ont les médecins en milieu pénitentiaire. De fait, les personnes détenues ne partagent généralement pas leurs conceptions.

"- Au niveau relationnel, le contact est bon. Elle (le médecin) est très compétente. je veux dire : pour soigner le corps, la mécanique, il n'y a rien à dire. Mais il n'y a pas de gestion des causes."

Personne détenue, 40 ans, condamnée à une peine de perpétuité,  
incarcérée depuis 5 ans dans un établissement pour peine

La remarque que fait cette personne détenue montre bien l'irréductibilité des modèles thérapeutiques et étiologiques des patients et des médecins. Le patient estime qu' "il n'y a pas de

---

<sup>293</sup>François Laplantine, 1986, *Anthropologie de la maladie*, Paris, Payot

<sup>294</sup>Thomas Szasz et Mark Hollander, "A Contribution to the Philosophy of Medicine, The Basic Models of the Doctor-Patient Relationship, *Archives of Internal Medicine*, n° 97, 1956, pp. 585-592, cité in Philippe Adam et Claudine Herzlich, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Nathan, 1994, p. 79

<sup>295</sup>Je pense aux travaux de Claudine Herzlich et de François Steudler : C. Herzlich, *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, Paris, Mouton, 1969 et F. Steudler, *Sociologie médicale*, Paris, Colin, 1972.

gestion des causes” et voit dans les actes techniques de son médecin, de simples cataplasmes. L'exemple qu'il donne pour appuyer son propos est d'ailleurs très éloquent :

“- Je parlais avec une infirmière de mes études. C'était agréable ; je discutais dans le couloir de l'infirmerie avec une femme ; c'est toujours agréable un sourire de femme à un homme. Là-dessus, un infirmier arrive et me dit : “- On n'aime pas voir les gens dans les couloirs.”. Je lui ai dit que je voyais pas où était le problème d'autant que je devais aller à l'infirmerie. Vous savez ce qu'il a fait ? Il est allé vérifier auprès du surveillant. Là, je l'ai démolì verbalement, pas vulgairement — c'est pas mon genre —, de manière polie mais de façon à ce qu'il ne l'oublie pas. Là-dessus, le médecin me reçoit, je lui parle de l'incident et je lui dis par provocation : “- J'envisage une castration chimique.”. Vous savez ce qu'elle m'a répondu ? “- Vous avez pas le droit et vous avez pas l'âge.”. Elle m'a opposé le droit ! C'est aberrant. Elle aurait dû me demander comment j'étais arrivé à cette décision, pourquoi je pensais à cela. Et non, elle me répond “- Vous avez pas le droit et vous avez pas l'âge.”. Elle s'est jamais demandé la cause de ma décision. Les bras vous en tombent.”

Personne détenue, 40 ans, condamnée à une peine de perpétuité,  
incarcérée depuis 5 ans dans un établissement pour peine

On peut déjà noter l'importance de la parole ou du relationnel telle qu'elle est ressentie par ce détenu. Par ailleurs, on voit clairement le caractère volontairement provocateur de la demande du détenu et le caractère froid et distant de la réponse apportée par le médecin. Le médecin se retranche ici derrière une réponse cynique et juridique. Il est clair que les médecins refusent la plupart du temps la provocation mais c'est aussi un refus du rire, de l'ironie. Aucun des entretiens n'a évoqué des moments de rire entre les détenus et les professionnels. La relation médicale, c'est une relation “sérieuse”. C'est en partie ce sérieux que les détenus remettent en cause en provoquant les médecins et les infirmiers. Mais c'est aussi le manque d’“humanité”, le caractère froid de l'exercice médical qui est visé.

“- (...) C'est quoi votre prénom ?

- *Bruno.*

- Vous savez, Bruno, ici, précisément à X, et je dis bien à X, c'est vraiment triste. Quelqu'un qui est malade, que ce soit cardiaque ou psychique, on considère pas sa maladie au sérieux. On ne lui laisse pas la parole.

- *Vous avez quelles relations avec les infirmiers, les médecins ?*

- Ça ne va pas du tout, on n'est pas aidés... (pleurs). Excusez-moi, c'est la première fois que je craque... J'aurais pas dû... Mais c'est la première fois que je me confie comme ça. Ça fait deux ans que j'ai pas vu mes enfants. On n'est pas de fer. On a un corps qui ressent l'injustice. Le JAP ne va pas distribuer des libertés médicales à tout va, c'est d'accord. Mais certains ont beaucoup de privilèges quand même. Je fais allusion à Pierre Botton. Il est sorti pour raisons médicales, tant mieux pour lui. Mais moi, j'ai peut-être pas la même envergure que lui, d'accord, mais j'ai eu un infarctus, assez sérieux. Ils m'ont dit qu'il faudrait sans doute que je me fasse opéré — un pontage.

- *Ici, comment ça se passe avec le médecin ?*

- Le médecin, je sens qu'il veut faire quelque chose mais il est coincé. On lui met des barrages. Pour mon histoire, on ne m'a pas donné de chances, on a été sévère. Une fois sorti, je veux me diriger dans un sens. Je veux éviter que les jeunes tombent dans le piège."

Personne détenue, 45 ans, condamnée, incarcérée depuis 3 ans dans un établissement pour peine

Pour cette personne, la prise au sérieux de sa maladie passerait par la prise en compte de sa parole ; le modèle thérapeutique idéal repose ici sur le relationnel, non sur le fonctionnel. Parallèlement, on voit dans cet extrait combien la conception qu'a cette personne de sa maladie englobe indistinctement des dimensions organiques, sociales, familiales, émotionnelles, ... La maladie et la prison ne semblent pas ici pouvoir être dissociées, au contraire de ce qui est dit dans les discours de nombreux professionnels de santé. On perçoit ici le décalage qui peut opposer patients et médecins en milieu pénitentiaire. Certaines personnes détenues se représentent le médecin idéal comme celui qui leur donnerait droit à la parole, comme celui qui écouterait leurs insatisfactions existentielles, psychologiques, sociales... ou liées à tous les domaines de la vie quotidienne. Ce modèle idéal ressemble, nous l'avons dit, à l'image du médecin de ville ou plutôt du "médecin de famille". Dans la réalité du milieu pénitentiaire, les détenus se sentent parfois soignés par des "bétailleurs" (sic) qui soignent la mécanique, qui ne leur donnent pas la parole, qui ne les prennent pas "au sérieux". Symbole de la frustration qui découle de l'écart de l'idéal à la réalité de la consultation médicale, les personnes détenues rencontrées, même celles qui étaient suivies régulièrement, n'ont d'ailleurs jamais employé de possessif dans leur discours sur les médecins ("mon médecin") et se sont toujours contentés de formes impersonnelles ("le médecin").

C'est principalement le faible degré d'implication des professionnels dans la prison qui est dénoncé par les détenus. Cette critique sur le désengagement vise fondamentalement la conception du soin des médecins et des infirmiers. Ceux-ci sont considérés comme des personnes qui "s'en foutent complètement", qui "sont là pour le décor", mais aussi des personnes qui ne prennent pas parti, alors qu'elles sont considérées comme les mieux à même de le faire. Des détenus dénoncent la vision très dichotomique de certains professionnels de santé qui pensent pouvoir soigner en négligeant la prison, qui pensent pouvoir être professionnels sans être citoyens. L'absence d'expression publique contre la prison est ainsi considérée comme un symbole du désengagement des médecins et des infirmiers.

"- Les médecins généralistes, ils savent que l'enfermement est très dur, que c'est une discipline très rigide. On est enfermé dans quatre murs, dans un règlement, dans la paranoïa des personnels pénitentiaires aussi. Et puis il y a d'autres types de punitions : l'absence de relations familiales, la sexualité, ... (...) Ce que je veux dire, c'est que les médecins se contentent de gérer notre misère au quotidien. Pourtant, ils sont aux premières loges. Mais il n'y a jamais d'expression publique de ce qu'ils voient. Quand vous avez des problèmes affectifs parce que vous ne voyez pas vos enfants, on vous propose des cachets. Mais l'affectif, ça ne se traite pas à coups de cachets.

Quand vous avez des problèmes de sexualité, c'est la même chose, on vous soigne à coups de cachets. Ce qu'on voudrait, c'est un minimum de liens qui ne soient pas chronométrés à la minute près."

Personne détenue, 40 ans, condamnée à une peine de perpétuité,  
incarcérée depuis 5 ans dans un établissement pour peine

"- Là où les toubibs ne sont pas honnêtes, c'est qu'ils n'appuient pas les demandes des détenus. Ici, je devrais avoir le droit à des permissions, pour voir ma femme et mes enfants. Ma femme et mes enfants, ils sont autant en prison que moi. Même X (médecin chef d'un SMPR) a fait un rapport favorable, en disant qu'il fallait me rapprocher. Mais l'administration pénitentiaire ne se sert pas du rapport. A quoi ça sert alors ? J'ai toujours pas eu de permission. A quoi servent les toubibs ? Ce que je leur dis : "- Restez chez vous et marquez "abonnés absents" sur votre porte."

Personne détenue, 40 ans, condamnée à une peine de 5 ans d'emprisonnement, établissement pour peine

Ces extraits dressent un portrait des professionnels de santé très lointain de l'image altruiste que Talcott Parsons attribuait aux médecins. Dans l'ensemble des entretiens que j'ai menés auprès de détenus, les champs lexicaux de l'altruisme et de la confiance brillent très généralement par leur absence au sujet des relations avec les médecins et les infirmiers. Ce fait est d'autant plus remarquable que c'est moins vrai en ce qui concerne les relations avec les enseignants. Les médecins notamment sont souvent présentés comme des personnes lointaines, parfois hautaines, sinon autoritaires.

Avant de montrer que la fonctionnalité ne caractérise pas seulement les médecins mais aussi les infirmiers (ce qui éprouve l'hypothèse qui voudrait que la fonctionnalité pourrait être liée au contenu technique de la compétence médicale), il convient de préciser que tous les médecins intervenant en milieu pénitentiaire ne répondent pas pleinement au schéma exclusivement organiciste de la relation au patient, tout au moins que certains ne veulent pas répondre à ce schéma. C'est particulièrement le cas des psychiatres qui se reconnaissent rarement dans un modèle normatif organiciste.

## 2.2. Les consultations psychiatriques : un cas à part ?

La plupart des psychiatres semblent beaucoup moins adhérer que la majorité des somaticiens au modèle normatif qui renvoie le soin à un acte technique, rapide, fonctionnel, organiciste. Les psychiatres défendent ainsi souvent un rapport au temps et un rapport au patient qui semblent attester la présence d'un modèle étiologique et thérapeutique différent de celui que nous avons évoqué précédemment. Ces rapports renvoient-ils seulement à un modèle normatif ou se concrétisent-ils aussi dans les comportements effectifs ? Ces rapports sont-ils partagés par tous les psychiatres et seulement par eux ?

### 2.2.1. *Un rapport au temps différent*

Le rapport au temps des psychiatres, révélé par la durée des consultations et par le délai d'attente entre une demande de soin et la prise d'un rendez-vous, semble être assez différent de celui des somaticiens. Beaucoup de psychiatres soulignent que le traitement des pathologies psychiatriques nécessite du temps et disent vouloir prendre ce temps nécessaire.

“- Les tensions (avec le service de médecine générale), s'il y en a, elles sont plus d'ordre du fonctionnement de tous les jours. Bon, mais je sais pas si ça vous intéresse. Pfff... Si vous voulez, y a forcément des tensions parce qu'on a un fonctionnement qui est forcément différent, aussi. Eux, ils ont... ils voudraient quelquefois — enfin comment dire ? Pour leur envoyer la pierre, si on peut dire — ils voudraient quelquefois qu'on fonctionne comme eux, c'est-à-dire qu'on puisse voir les gens en permanence, dès qu'ils voient un type qui souffre, ils voudraient absolument qu'il soit reçu, etc. Ce qui n'est quand même pas notre fonction. On peut pas travailler si on travaille pas avec un rythme qui est un petit peu lent, quand même. Forcément, il faut prendre du temps avec nous. Et quand on se laisse entraîner par la roue, parce qu'il y a une pression très très forte, on s'aperçoit qu'on peut arriver à en voir vingt-cinq par jour parce qu'il y a une demande... La demande, elle est permanente : il faut voir untel parce qu'il a ci, parce qu'il a ça... On voit, on voit, on voit, on passe vite. On voit la prescription... la quantité de médicaments qui monte. (rires). On commence à tourner dans un fonctionnement qui est mauvais, qui est moins satisfaisant.”

Psychiatre, 40 ans, 5 ans d'ancienneté en milieu pénitentiaire,  
intervenant à mi-temps, SMPR, grande maison d'arrêt

Comme l'exprime ce psychiatre travaillant dans un Service Médico-Psychologique Régional (cf. annexe 3), la réponse aux demandes de visites émanant des détenus est l'occasion pour certains psychiatres d'affirmer des logiques d'action différentes de celles des autres praticiens. Il faut noter ici que ce psychiatre attribue aux somaticiens une logique d'action qui n'est pas le seul fait des somaticiens mais qui est aussi portée par de nombreux psychiatres. Ce psychiatre pense ou veut faire apparaître son modèle normatif d'action comme un modèle qui serait partagé par tous ses

homologues psychiatres (qu'il désigne sous le pronom "on"). Comme nous le verrons dans le chapitre suivant, ce modèle n'est pas partagé par tous les psychiatres, tout comme le modèle normatif organiciste n'est pas partagé par tous les somaticiens. Le recours au clivage nominal psychiatres / somaticiens est en fait largement trompeur (cf. chapitre 7, § 2.3.).

Aux yeux de ce psychiatre, les somaticiens défendent le principe d'une réponse systématique à toutes les demandes de visites formulées par les détenus : il s'agirait de traiter toutes les demandes, même si cela oblige à réduire considérablement le temps des consultations et à augmenter les prescriptions médicamenteuses. En sous-entendant que les somaticiens pourraient moins prescrire en ayant un fonctionnement moins rapide, ce psychiatre retourne d'ailleurs, non sans ironie, une des critiques récurrentes adressées par les somaticiens aux psychiatres : celle de la surmédication. Selon lui, le rapport au temps des somatiques serait ainsi centré sur la notion de rapidité : il s'agirait de repérer les symptômes au plus vite, engager les traitements aussitôt que possible. Dans la perspective des somaticiens, le choix des psychiatres de ne pas recevoir tous les patients aussi vite que possible serait incompréhensible. De fait, les somaticiens critiquent souvent cette logique de fonctionnement de certains psychiatres parce que ce choix se répercute sur le fonctionnement du service somatique : beaucoup de personnes détenues qui ont demandé à voir un psychiatre et qui attendent leur convocation font le siège du service somatique.

Plutôt que répondre systématiquement et automatiquement aux demandes qui leur sont envoyées, plusieurs psychiatres ont dit, hormis les cas d'urgence, ne recevoir que les patients qui ont écrit plusieurs fois ou qui utilisent plusieurs canaux pour se faire connaître. Les personnels psychiatriques avancent généralement deux raisons pour expliquer leur choix de ne pas voir systématiquement tous les patients qui demandent à les voir, tout au moins à les laisser attendre.

Une première raison est liée à la place du temps dans les pathologies psychiatriques. Il s'agit d'abord de laisser au temps un rôle de sélection des demandes : beaucoup de personnels psychiatriques ont ainsi dit qu' "il faut savoir ne pas répondre". L'idée implicite est que les "vraies" pathologies psychiatriques, c'est-à-dire celles qui nécessitent une prise en charge, ne sont pas passagères ou éphémères. Le temps qui passe laisserait ainsi s'éteindre quasi automatiquement les demandes qui ne sont pas liées à des pathologies psychiatriques : le "coup de cafard", la déprime, les troubles psychologiques. Par ailleurs, la longue durée apparaît comme un élément central du traitement de certaines maladies psychiatriques : il faut du temps pour voir apparaître les symptômes, il faut aussi du temps dans le traitement. D'ailleurs, les états de crise (violence, démence, etc.), traités en urgence, ne sont souvent considérés que comme des symptômes de maladies profondes à traiter sur le long terme : le premier traitement d'urgence (psychotropes,

contention, etc.) semble avoir comme visée thérapeutique moins de soigner la maladie que de limiter les effets de ses symptômes.

La seconde raison avancée par les personnels psychiatriques pour justifier le choix de ne pas recevoir toutes les personnes détenues qui demandent à les voir aussi vite que possible, est celle du refus de pervertir les consultations, en standardisant leur durée ou en en expédiant certaines : vu le nombre de demandes, une réponse systématique obligerait de fait à réduire le temps moyen des consultations. Le principe normatif, énoncé par les personnels psychiatriques, est qu'il faut donner à chaque patient non un temps que les contraintes budgétaires déterminent, mais le temps que sa pathologie exige. C'est donc d'abord une forme de refus des contraintes imposées par le milieu pénitentiaire.

“- (suite de l'extrait cité ci-dessus) Moins on passe de temps avec quelqu'un , plus vite on a la main facile sur l'ordonnance. Evidemment, c'est une façon de répondre à la souffrance qui est une manière rapide et qui n'aboutit à rien... parce que... On pourrait parler un peu du fonctionnement de ces gens qui n'est justement pas un fonctionnement de paroles mais un fonctionnement d'actes. Et si on répond en actes, on va vite, on étouffe, on fait rien. On étouffe le problème dans l'oeuf, enfin, on... — comment dire ? — et puis... (silence)

- *Vous vous donnez un temps par... par patient ?*

- Non, non, pas du tout. Alors là, pas du tout. Il n'y a...

- *Un temps minimum ?*

- Il n'y a pas de principes. Il n'y a pas de principes. Il y a des gens qui restent deux minutes. Si vous voulez, il y a des... il arrive que dans certains cas de psychoses graves, en période gravement décompensée, il vaille mieux passer une minute matin, après-midi tous les jours que passer quinze minutes une fois par semaine. Ça servirait à rien parce qu'il y a un... Il y a un travail qui est un véritable travail d'apprivoisement avec des gens qui ont peur, une peur du contact - la psychose, c'est ça -, une peur de la relation à l'autre, un sentiment que l'autre va vous dévorer, va vous détruire, qu'il y a un danger. Pour le psychotique, il y a un danger de la relation. Donc, s'il y a un danger de la relation, on va pas rester un quart d'heure. Pour lui, ce sera trop insupportable, même si l'on parle... Il y a des moments... Donc, il n'y a pas de principe de temps. Si on est dans une approche psychothérapique un peu plus réglée, alors à ce moment-là, oui. On peut se donner, on peut se dire “- Je me donne une demi-heure.”, mais c'est très variable. Parce que justement, tous les... Y a pas... Y a pas de cadre unique. C'est pas comme le psychothérapeute en cabinet qui va prendre ses mecs trois quarts d'heure... avec l'horloge qui tourne, le réveil... (rires). Mais pas ici. Pas ici.”

Psychiatre, 40 ans, 5 ans d'ancienneté en milieu pénitentiaire,  
intervenant à mi-temps, SMPR, grande maison d'arrêt

Ce psychiatre affirme ici la spécificité de son approche thérapeutique par rapport à celle des somaticiens : un “fonctionnement d'actes”, une “manière rapide” qui “étouffe le problème dans l'oeuf”, un fonctionnement standardisé chez les somaticiens ; un “fonctionnement de paroles”, un “rythme un petit peu lent”, un fonctionnement adapté à chaque patient et à chaque pathologie chez les psychiatres.

Le fait qu'il développe le cas de la psychose n'est d'ailleurs pas anodin. C'est l'un des rares moments de l'entretien où il utilise des termes proprement psychiatriques : l'objectif, au moins implicite, n'est-il pas en partie d'asseoir son discours sur la force de conviction que comporte le langage psychiatrique pour le profane en psychiatrie que je suis ? Il ne s'agit évidemment pas ici de remettre en cause la pertinence de l'argumentaire du psychiatre : on peut noter néanmoins à quel moment de son discours un professionnel fait référence à une compétence technique qui échappe assurément à son interlocuteur. On retrouve cette logique d'argumentation dans plusieurs autres entretiens : un argument apparaît d'autant plus incontestable, aux yeux d'un professionnel de santé, qu'il prend appui sur des fondements médicaux. L'idée est que si le psychiatre appuie ici ses propos sur des savoirs proprement psychiatriques, cela révèle un enjeu fort de la représentation qu'il se fait et qu'il veut donner de sa profession. La durée de la consultation apparaît comme un élément central de la profession de psychiatre en milieu pénitentiaire.

Si le psychiatre cherche ici à se distinguer des somaticiens, il entend aussi se dissocier des psychothérapeutes de "cabinet". Sur ce dernier point, ses propos font écho aux propos d'un de ses collègues évoquant ces psychiatres de "cabinet" qui sont "absolument incapables de recevoir un patient en urgence ou un patient difficile", qui "veulent des patients qui n'ont pas besoin d'eux et avec qui ils peuvent faire une psychiatrie de luxe et verbale". Un psychiatre qui peut standardiser la durée de ses consultations apparaît ici comme un psychiatre qui a des patients de luxe, des patients "faciles". Au contraire, en affirmant l'impossibilité de standardiser les durées de consultation, il s'agit pour les psychiatres intervenant en milieu pénitentiaire, de s'affirmer en tant que psychiatres confrontés à des patients difficiles, à des pathologies variées. L'objectif est ainsi de valoriser l'exercice en milieu pénitentiaire par rapport au regard extérieur (celui du sociologue, celui des autres psychiatres) mais aussi par rapport à son propre regard. Il s'agit aussi d'affirmer une différence radicale avec le modèle étiologique et thérapeutique que portent la majorité des somaticiens.

Néanmoins, il faut bien distinguer ce qui relève du discours et ce qui relève des faits. Qu'il n'y ait pas de norme de durée des consultations psychiatriques apparaît plus comme un principe normatif que comme un constat. Si les consultations psychiatriques sont dans les faits généralement plus longues que les consultations somatiques, les psychiatres semblent aussi adapter la durée des consultations aux contraintes du milieu et de leur emploi du temps extérieur, comme le reconnaît ce psychiatre :



“- Comment vous organisez votre emploi du temps ? Est-ce que vous vous répartissez les personnes (entre psychiatres) ?

- Oui, oui, on les prend un petit peu... comme ils arrivent. A la demande. En fonction du temps qu'on a. Là, cet été, j'ai plus de temps donc je prends plus de monde. L'hiver, je suis bien plus pris par l'enseignement. Bon, c'est une répartition comme ça, un peu aléatoire qui est pas...”

Psychiatre, 40 ans, 5 ans d'ancienneté en milieu pénitentiaire,  
intervenant à mi-temps, SMPR, grande maison d'arrêt

On voit bien ici que le rapport au temps de ce psychiatre ne s'explique pas seulement par l'existence d'un modèle thérapeutique singulier, à moins que les saisons, et plus largement les facteurs cosmiques, expliquent la variabilité des pathologies psychiatriques... Les sociologues ont appris avec Emile Durkheim à se méfier de telles explications<sup>296</sup>. Les apparents fondements thérapeutiques du rapport au temps de ce psychiatre sont donc peut-être moins descriptifs que liés à un ordre déclaratif. Si les extraits de son discours permettent d'approcher les façons qu'il a de vouloir afficher un modèle thérapeutique spécifique, ils permettent aussi d'approcher les écarts entre modèle normatif et comportement effectif. Le refus de l'organicisme ne serait-il pas seulement un effet de “vitrine” dans la présentation de soi des psychiatres ?

### ***2.2.2. Un “organicisme psychiatrique” contesté mais latent***

“- J'ai peur que les médecins des UCSA deviennent très dichotomistes. En tous cas, si eux ne le sont pas, les médecins consultants dans les hôpitaux qui ne sont pas prévenus et qui ne sont pas habitués à avoir des détenus et qui comprennent pas le problème des détenus, vont être eux très dichotomistes : “- Son foie va bien et le reste je m'en fous. Hein, bon... J'ai recousu son doigt et le reste, je veux pas savoir dans quel état il est, ni si il chouine pour me dire qu'il va être expulsé, ça m'est égal, moi, je recouds un doigt.”. Or, c'est l'antimédecine française, la médecine française est une médecine de la personne, c'est pas une médecine de l'organe. Donc tout ce qu'on a essayé de défendre avec ce système, c'est d'abord une écoute du détenu, d'abord une prise en charge de la personne et seulement après une attention portée sur les symptômes ou en tous les cas simultanément l'attention portée sur les symptômes, mais pas en tant que symptômes... symptomatiques, en tant que symptômes de la souffrance et de la personne. Donc, ça, c'est clair, il faut maintenir cette éthique là.”

Psychiatre, 55 ans, 25 ans d'ancienneté en milieu pénitentiaire,  
intervenant à plein-temps dans une grande maison d'arrêt

Cet extrait montre qu'il serait abusif d'attribuer à tous les médecins intervenant en prison des modèles normatifs organicistes. Pour ce psychiatre, ayant exercé toute sa carrière en prison, le modèle organiciste renvoie même à “l'antimédecine française”. Il défend au contraire une vision du soin qui prend en compte les patients, pas simplement comme des porteurs de pathologies, mais aussi comme des personnes à part entière. Mais le refus de l'organicisme renvoie ici essentiellement

à un modèle normatif, à une “éthique” pour reprendre les termes du psychiatre. Rien n’est dit sur les comportements réels.

Or, le refus normatif de l’organicisme défendu au nom de tous les psychiatres par certains psychiatres, n’apparaît pas toujours comme un comportement effectif de tous les psychiatres. Si beaucoup de somaticiens entendent limiter leur action au traitement des pathologies organiques, certains personnels psychiatriques voudraient aussi imposer l’idée que leur champ d’action se limite au seul traitement des troubles mentaux. S’ils ont accepté sans difficulté la responsabilité de se charger des traitements de substitution pour les personnes toxicomanes, ils renvoient beaucoup de pathologies au secteur somatique : par exemple, les personnes qui menacent de se suicider, les personnes qui n’ont pas le moral ou qui souffrent d’insomnie, les personnes dont les troubles sont mal définis et peuvent apparaître comme “psychosomatiques”.

Le traitement de certains troubles exprimés par les détenus est ainsi refusé tant par les somaticiens que par les psychiatres. Certains “troubles” — auxquels les médecins refusent le statut de “pathologies” — ne sont pas pris en charge, ou avec réticences, parce qu’ils ne semblent ni proprement somatiques, ni proprement psychiatriques ; les personnels de santé renvoient alors le traitement de ces troubles sur les psychologues. Quant aux “pathologies” qui exigent un traitement à la fois somatique et psychiatrique, leur traitement est parfois l’objet de débats voire de conflits importants entre les services de soins et les différents personnels. On voit ici que la division technique du travail ne suffit pas à rendre compte de la séparation entre somatiques et psychiatriques ; tout au moins faut-il considérer cette division comme une construction évoluant en permanence et non comme une donnée intangible. Les conflits entre somatiques et psychiatriques quant à leurs représentations de la division technique du travail ne sont pas rares.

*“- Le partage des domaines (entre UCSA et SMPR), il est net ?*

- Oui, il est net; ouais. Il est net. Sauf... quand c’est une TS (Tentative de Suicide) aux psychotropes. Ils (infirmiers du secteur somatique) ont tendance à nous appeler plus directement nous, même si c’est quand même une urgence somatique quand même, avant d’être une urgence psychiatrique. A partir du moment où il y a intoxication médicamenteuse, c’est plus une TS... Bon. Alors, c’est ambigu mais, je vois, ici, ils ont un petit peu tendance à nous appeler. C’est un peu critiquable parce que, bon, on est psychiatre, on fait pas somaticien. Enfin, on peut le faire, mais...

*- Sur ces contacts, sur ce genre de choses, vous mettez des freins, comment ça se passe ?*

- Ben, moi, personnellement, je... J’aime pas beaucoup... Enfin, j’ai pas bien aimé la dernière fois voir monter... J’ai pas bien compris le réflexe de l’infirmière somatique qui nous a amené un patient en nous disant : “- Voilà. Il a pris tant, tant et tant de médicaments. Euh... Voilà, je vous le laisse. Parce que c’est des psychotropes.”. A

---

<sup>296</sup>E. Durkheim, 1897, *Le suicide*, chap. 3 : Le suicide et les facteurs cosmiques, Paris, PUF, 1986, pp. 82-106

mon avis, c'était un mauvais réflexe parce que c'était pas nous qu'il fallait aller voir en premier, d'autant qu'ils avaient des médecins dans le service, que l'urgence elle est somatique (...)."

Psychiatre, 30 ans, 6 mois d'ancienneté en milieu pénitentiaire,  
intervenant à plein-temps, SMPR, grande maison d'arrêt

Cet extrait montre que les professionnels de santé se renvoient parfois, de façon quelque peu cynique, la responsabilité du suivi d'un patient, ou plutôt d'une pathologie, comme en témoigne la réduction récurrente des patients à des pathologies (un détenu qui tente de se suicider devient une "TS" par exemple). Une tentative de suicide par ingestion de psychotropes relève selon les somaticiens de la responsabilité de ceux qui ont prescrit les médicaments ingérés, à savoir les psychiatres. Inversement, pour ce jeune psychiatre, la même tentative de suicide relève des somaticiens parce que "l'urgence est somatique". Ces formes de mutuel désengagement surprennent quand on les situe dans les situations d'urgence qui les entourent. Elles surprennent d'autant plus que le traitement des tentatives de suicide fait souvent l'objet d'une même procédure : appel du SAMU et hospitalisation du patient en milieu libre. Ce que se rejettent les somaticiens et les psychiatres, c'est donc souvent plus la responsabilité d'organiser l'hospitalisation que le suivi d'un patient. Pour éviter de porter un jugement de valeur sur ces pratiques, on retiendra seulement qu'elles témoignent de l'organicisme latent de la très grande majorité des médecins intervenant en prison, qu'ils soient somaticiens ou psychiatres. Cet organicisme réduit les détenus à des pathologies qu'il s'agit de se répartir selon une classification organique tranchée.

Dès lors l'hypothèse selon laquelle les psychiatres porteraient unanimement et appliqueraient concrètement un modèle étiologique et thérapeutique différent de celui des autres praticiens, mérite d'être fortement infléchi. Certes, quelques psychiatres intervenant en prison insistent sur l'importance de la dimension relationnelle dans le traitement des maladies et dans leurs actions quotidiennes, mais tous ne suivent pas leur pétition de principe. Ce refus normatif de l'organicisme, porté apparemment plus par les psychiatres que par les somaticiens, ne s'expliquerait-il pas d'ailleurs par des anciennetés différentes de chaque type de praticiens ? En d'autres termes, la diversité des modèles étiologiques et thérapeutiques ne recouvre-t-elle pas moins le clivage psychiatres / somaticiens qu'un clivage entre les anciens et les nouveaux praticiens ? Le chapitre suivant proposera et justifiera une réponse affirmative à cette interrogation en opposant les "organicistes" et les "spécialistes pénitentiaires" (cf. chapitre 7, § 1 : typologie des groupes d'acteurs).

Au stade de notre analyse, il est intéressant de noter que même ceux qui refusent l'organicisme comme modèle normatif ont des comportements effectifs proches des comportements des autres praticiens : beaucoup de psychiatres, comme la majorité des somaticiens, refusent les conversations dont l'objet ne leur semble pas relever strictement de la maladie. La déconnexion entre ce qui relèverait de la prison et ce qui relèverait du médical est très nette. Pour la majorité, il s'agit donc encore de soigner un malade, non un malade détenu, encore moins un détenu. En cela, le modèle étiologique et thérapeutique de beaucoup de psychiatres rejoint l'organicisme latent des autres praticiens. Il rejoint aussi un organicisme plus surprenant : celui de la plupart des infirmiers.

### **2.3. La fonctionnalité des soins infirmiers**

La dimension fonctionnelle des relations entre les professionnels de santé et les personnes détenues est donc particulièrement nette en ce qui concerne le cas des médecins, somaticiens ou psychiatres. Cela correspond d'ailleurs à l'évolution observée en milieu libre, tout au moins en milieu hospitalier. Mais c'est aussi particulièrement flagrant en ce qui concerne la majorité des infirmiers rencontrés. Ceux-ci privilégient la dimension technique de leur profession plutôt que la dimension relationnelle. Cela peut surprendre si l'on rappelle que l'infirmier est souvent défini ou imaginé — dans notre imaginaire d'Epinal mais aussi dans celui des infirmiers — comme celui qui s'occupe du malade tandis que le médecin se charge de la maladie. Everett Hughes notait ainsi que le mot "infirmière" évoquait spontanément "réconfort et médiation entre le malade et le médecin", que les infirmières américaines insistaient souvent sur le "bien-être physique et moral" des patients pour définir leurs rôles<sup>297</sup>.

Il reste encore à analyser l'écart entre la norme et le comportement effectif. Comme le note André Petitat, "si le relationnel joue un rôle décisif dans la définition de *l'idéal professionnel*, les deux dimensions qui *véritablement* structurent la profession infirmière à l'hôpital sont l'encadrement et la hiérarchie technique"<sup>298</sup>. Autrement dit, les lignes de valorisation des tâches du travail infirmier répondent à une division verticale et horizontale de la division du travail, qui valorisent particulièrement les postes de cadres (avec position hiérarchique) et les postes d'infirmiers cliniciens dans des services à très haute technologie. Le versant relationnel du travail est ainsi souvent délégué sans difficulté aux infirmiers dits les moins qualifiés, aux plus jeunes ou encore aux aides-soignants. Le "relationnel" n'est donc souvent qu'un idéal en milieu hospitalier, un ferment pour des infirmiers aux actions et représentations fort différentes. On retrouve ici le constat

---

<sup>297</sup> Everett Hughes, "Pour étudier le travail d'infirmière", 1951, in *Le regard sociologique*, op. cité, pp. 72-73

<sup>298</sup> André Petitat, "La profession infirmière, un siècle de mutations", in Pierre Aïach et Didier Fassin, *Les métiers de la santé, Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos, 1994, p. 244

d'André Petitat, selon lequel "l'hétérogénéité de la profession infirmière est manifeste, tempérée par un idéal relationnel qui sert de ciment, de référence idéologique commune"<sup>299</sup>.

Si le milieu pénitentiaire n'échappe pas à ce constat, il permet d'éclairer d'un jour nouveau la place dans les discours infirmiers du thème de la proximité avec le patient. Pour prolonger l'image employée par André Petitat, nous pourrions dire que le milieu pénitentiaire fait éclater le ciment qui sert de référence idéologique commune aux infirmiers en général. Ainsi, si certains des infirmiers que j'ai rencontrés ont souligné l'importance de la dimension relationnelle avec les patients, beaucoup ont aussi reconnu que ce n'était pas la dimension qu'ils privilégiaient. C'est d'abord le cas des infirmières cadres.

Les infirmières-cadres (je n'ai pas rencontré d'hommes occupant ce poste) ne rencontrent que très rarement les personnes détenues. Selon les établissements, elles peuvent les rencontrer pour des problèmes jugés "exceptionnels", par exemple pour régler une prise en charge à 100 % par la Sécurité Sociale. Cette quasi-absence de relations avec les patients, qu'un *a priori* pourrait faire penser génératrice de frustrations eu égard à la dimension supposée relationnelle du travail infirmier, n'est pas vécue comme un manque, encore moins comme une frustration. Une infirmière a ainsi exprimé son choix de ne pas être en contact avec les patients :

*" - Qu'est-ce qui vous a décidée à venir travailler ici ?*

- Il y a plusieurs raisons, disons trois principales. D'abord, je suis venue un peu par curiosité, voir comment c'était en prison. Ensuite, je recevais déjà des détenus à l'hôpital où je gérais une unité de soins sida. Mais ce qui m'intéressait surtout, c'était de former mon équipe dans un service à réorganiser. Vous êtes déçu ? Vous auriez aimé que je vous dise que je venais pour le bien des détenus ?

- *Non, non.*

- En fait, je savais que je ne verrais que très peu les détenus. Ici, il s'agit surtout d'organiser un service."

Cadre infirmier, 45 ans, 1 an d'ancienneté en milieu pénitentiaire, plein temps, grande maison d'arrêt

En ce qui concerne les infirmiers non cadres, le primat accordé au fonctionnel sur le relationnel apparaît moins par l'évocation directe d'une prédilection pour la dimension fonctionnelle que par l'absence de valorisation du relationnel dans les discours. Seule une infirmière a placé le relationnel au rang de pôle d'intérêt de son métier. Les autres discours n'accordaient à la personne détenue qu'une place minimale. L'évocation des relations avec les personnes détenues était très rarement spontanée. J'avais prévu en théorie de ne pas poser de question directe sur les relations avec les personnes détenues, en pensant pouvoir ainsi analyser comment ce thème émergeait dans le discours des professionnels. Force m'a été de constater que le thème était rarement évoqué spontanément, "librement", et qu'il fallait se résoudre à l'"imposer" en cours d'entretien, en posant des questions du type : "- Quelles sont vos relations avec les détenus ?".

---

<sup>299</sup> André Petitat, op. cit., p. 245



Pour conclure sur la fonctionnalité des relations entre l'ensemble des professionnels de santé et les personnes détenues, on peut rappeler que cette fonctionnalité est étendue, sans être générale, qu'elle concerne autant les médecins que les infirmiers. Si certains médecins et certains infirmiers présentent parfois une conception idéale de leurs actions centrée sur la relation avec le patient, la réalité quotidienne consiste généralement en des consultations médicales et des soins infirmiers caractérisés par une haute technicité et une grande rapidité, par le refus des discussions avec les patients, le refus de traiter ce qui ne relève pas strictement d'un dysfonctionnement organique, le renvoi des patients souffrant de troubles non spécifiquement organiques vers d'autres professionnels. Si cet écart entre l'idéal et la réalité peut en partie s'expliquer par des contraintes d'effectifs, il renvoie très largement à une conception organique de la maladie et une conception technique de la thérapie chez la plupart des professionnels de santé.

Cette fonctionnalité des actes de soins, qui envisage le soin indépendamment de l'existence sociale du patient, n'est pas propre au milieu pénitentiaire et reflète la philosophie de la médecine occidentale, particulièrement présente dans le secteur allopathique et plus encore en milieu hospitalier. En cela, la fonctionnalité des soins en milieu pénitentiaire affiche aux yeux des médecins et des infirmiers intervenant en prison une forme de professionnalité, ou encore une forme d'appartenance aux professions de santé présentées comme unes et indivisibles, leur identité d'action avec les professionnels intervenant en milieu libre : "on fait la même chose qu'à l'extérieur" scandent certains médecins. L'assimilation des personnes détenues à des organes ou à des troubles psychiatriques est ainsi en partie une façon de ne pas s'impliquer dans un milieu peu valorisé, un moyen de se rattacher à la médecine en milieu libre, un symbole que le milieu pénitentiaire ne travestit pas la philosophie médicale et soignante dominante. Mais ce repli de la plupart des professionnels de santé sur l'acte technique semble aussi servir un autre but, au moins implicite : celui d'oublier la méfiance qu'ils ont envers les personnes détenues qu'ils soignent.

### 3. La méfiance ou l'impossible neutralité affective

Les deux parties précédentes, consacrées aux formes de politesse et à la fonctionnalité des soins, ont permis de dégager deux principaux enseignements de l'étude des discours des professionnels de santé intervenant en milieu pénitentiaire. D'une part, cette étude montre une opposition nette entre les normes affichées et les comportements effectifs. D'autre part, elle montre par delà certaines récurrences et ressemblances, une diversité des actions et des représentations des professionnels de santé, pourtant rassemblés sous des mêmes étiquettes nominales. Pour poursuivre et affiner ces enseignements, il apparaît intéressant d'étudier la place de la neutralité affective dans la relation thérapeutique en milieu carcéral car la neutralité affective constitue l'un des socles de l'image que donnent d'eux-mêmes les médecins et les infirmiers en général<sup>300</sup>.

Si la neutralité affective est affichée comme un principe impératif, qu'en est-il dans les faits ? Y a-t-il des écarts entre les normes de comportement et les comportements effectifs ? Ces écarts sont-ils les mêmes chez tous les professionnels de santé intervenant en prison ? Après avoir vu combien la relation thérapeutique en prison est teintée de méfiance réciproque, nous verrons comment se construit chez certains professionnels une représentation de la personne détenue comme une personne dangereuse. Nous verrons enfin que la connaissance des motifs d'incarcération est un angle intéressant d'analyse de l'impossible neutralité affective en prison. Si les peurs des professionnels ne s'avouent pas, c'est essentiellement parce qu'elles apparaissent contradictoires avec l'idéal de neutralité affective.

#### 3.1. Une méfiance réciproque

La méfiance des professionnels de santé pour les personnes détenues apparaît d'abord au travers de la perception qu'ils ont de leurs discours : les détenus sont souvent présentés comme des personnes qui ne disent pas la vérité. Les discours des détenus sur leur innocence sont par exemple souvent évoqués sur un ton amusé :

“- Je connais aussi le nom de certains détenus : il y a des habitués. Parfois, on discute ensemble. Et là, ce qui est amusant, c'est qu'ils se disent tous innocents. Il y en a un par exemple, qui me disait “- Dans trois jours, je serai libre : je vois mon juge d'instruction ; jusqu'à maintenant, il s'est acharné sur moi, mais cette fois il va me libérer”. J'espère que cela s'est passé comme il disait mais j'en suis pas sûre (sourire)...”

Cadre infirmier, 45 ans, 1 an d'ancienneté en milieu pénitentiaire, plein temps, grande maison d'arrêt

---

<sup>300</sup>Talcott Parsons, “Social Structure and Dynamic Process : The Case of Modern Medical Practice”, in *The Social System*, Glencoe, Illinois, The Free Press, 1951, chapitre X, pp. 428-479



Cette réflexion, mi-cynique, mi-moqueuse, est courante dans le milieu pénitentiaire. Elle évoque cette petite affiche placée par un directeur sur son bureau : “Faites-moi confiance. J’ai été acquitté.”. Tous les détenus sont plus ou moins perçus comme des personnes coupables, et ce quoi qu’ils disent. Il faut ainsi souligner l’étendue et la portée d’une représentation qui fait que le discours du détenu n’est pas crû, qu’il est constamment pensé comme potentiellement mensonger.

“- C’est certain que les gars ne sont pas les mêmes que ceux que l’on trouve en milieu hospitalier. Il faut donc faire attention à la sécurité. (...) Quand je suis arrivée, j’ai commis des erreurs monumentales. Je connaissais une personne qui était incarcérée et elle m’a demandé si je pouvais transmettre un message à son épouse. Moi, naïvement, j’ai dit oui mais j’en ai quand même parlé à mon mari ; il m’a dit “- Non, ne fais pas ça, tu n’as pas le droit”. Et effectivement, les surveillants me l’ont confirmé ici. C’était une erreur à la portée de tout le monde. Il y a d’autres erreurs du même genre : laisser traîner des clefs ou des appareils comme des bistouris, tourner le dos aux détenus, laisser les clefs après la porte. Bref, il faut faire attention. A partir du moment où on fait attention, il n’y aucune raison d’avoir peur.”

Infirmière somatique, 55 ans, 10 ans d’ancienneté en milieu pénitentiaire,  
intervenant à mi-temps dans une petite maison d’arrêt

Dans la même perspective de doutes sur le discours des détenus, les professionnels de santé doutent parfois du sérieux des raisons qui conduisent les détenus à les consulter. Plusieurs professionnels ont évoqué des détenus qui viennent “se promener” à l’infirmerie ou qui demandent à passer des examens médicaux hospitaliers<sup>301</sup> pour “aller faire un petit tour.”

“- Je peux vous citer le cas de la prison X, où un médecin a prescrit des traitements pour plusieurs jours : les détenus ont tout avalé d’un coup, il a fallu les envoyer à l’hôpital Y où ils ont avoué qu’ils n’avaient pas voulu se suicider, mais qu’ils avaient seulement eu envie de prendre l’air. Bref, ils avaient décidé de faire un petit tour...”

Médecin, direction de l’Administration Pénitentiaire

“- Le problème est que certains détenus utilisent l’extraction hospitalière pour faire un petit tour dehors. Ils se plaignent, on les envoie passer toutes les radios et finalement on s’aperçoit qu’ils n’ont absolument rien. Mais le principal danger reste que les détenus utilisent ce biais pour communiquer avec l’extérieur ou pour tenter de s’évader.”

Directeur d’une grande maison d’arrêt

---

<sup>301</sup>Examens qui ne peuvent pas être réalisés en milieu pénitentiaire et qui nécessitent donc une extraction.

L'homologie entre ces deux discours, l'un tenu par un médecin, l'autre par un sous-directeur de l'Administration Pénitentiaire est frappante. L'idée que les personnes détenues puissent utiliser les visites médicales à des fins touristiques est d'ailleurs commune tant chez les personnels pénitentiaires et chez les professionnels de santé. On peut tout de même douter du fait qu'une personne tente de se suicider seulement pour "faire un petit tour" à l'infirmerie. Il reste que certains détenus que j'ai rencontrés ont admis que les visites médicales ou les extractions pour des examens médicaux étaient parfois des moyens de se divertir, de sortir de cellule ou de passer ou de tuer le temps. On est proche ici de ce qu'Erving Goffman appelle les "motivations secondaires des reclus" ou encore des "activités poursuivies sans intentions sérieuses mais suffisamment passionnantes et absorbantes pour faire sortir de lui-même celui qui s'y livre et lui faire oublier pour un temps sa situation réelle"<sup>302</sup>. Les travaux de Cléopâtre Montandon et Bruno Crettaz, basés sur des entretiens avec des détenus confirment d'ailleurs ce constat :

"Comme le service social, le service médical remplit non seulement des fonctions manifestes, en offrant des soins physiques et psychiques aux malades, aux toxicomanes, aux blessés, mais également des fonctions latentes, en offrant des possibilités au détenu de sortir de sa cellule, de communiquer avec d'autres détenus et surtout de s'approvisionner en médicaments, monnaie d'échange par excellence de la prison."

C. Montandon et B. Crettaz, *Paroles de gardiens, paroles de détenus*, 1981, p. 157

Notons néanmoins ici que l'aveu de motivations secondaires par les détenus concerne beaucoup moins l'infirmerie que l'école ou la formation professionnelle. La santé, plus que les autres activités, semble inspirer le respect de sa mission principale. C'est une activité où les fonctions latentes ou officieuses prennent rarement le pas sur la fonction officielle. Il n'en demeure pas moins que la méfiance des professionnels envers la sincérité des demandes est grande.

Au rang des demandes dont se méfient les professionnels de santé, on peut aussi placer les "demandes alimentées en vue du jugement", qui concernent spécifiquement le secteur psychiatrique. Il faut rappeler ici que plus de 40 % des personnes incarcérées en France sont des personnes prévenues donc dans l'attente d'un jugement. Les avocats conseillent parfois à leurs clients d'entreprendre un traitement psychiatrique pour asseoir au procès les fondements pathologiques de leurs actes et donner des gages de leur bonne volonté, de leur volonté de se soigner. Les psychiatres, conscients de cette pratique, peuvent ainsi douter du "sérieux" des demandes des personnes prévenues qui demandent à être suivies. La conception du "sérieux" renvoie ici à leur conception fonctionnelle de la maladie : le sérieux, c'est ce que les psychiatres attestent médicalement comme une pathologie psychiatrique.

---

<sup>302</sup>Erving Goffman, *Asiles*, 1961, Paris, Minuit, 1968, pp. 113-114

“- Mais il y aussi une autre ambiguïté de la psychiatrie en maison d'arrêt : on — en l'occurrence les avocats et les patients —, essaye souvent de se servir de la parole du psychiatre. Il y a donc un biais : il peut y avoir des demandes sans qu'il y ait réellement une demande. Je m'explique. Les demandes de soins se font souvent avant les jugements, notamment pour les délits sexuels mais aussi pour les toxicomanes. Le problème, c'est qu'une fois jugées, la plupart du temps, les personnes ne demandent plus à voir le psychiatre : la demande est en fait alimentée en vue du jugement, pour montrer au tribunal sa bonne volonté. Ces comportements m'ont souvent posé question : que peut-on faire de ces demandes d'entretien qui s'éteignent avec le jugement ? La demande de soins est fortement biaisée. Cela ne met pas l'acte psychiatrique dans un contexte de pure sérénité.”

Médecin psychiatre, 55 ans, 20 ans d'ancienneté en milieu pénitentiaire,  
intervenant une journée par semaine dans une petite maison d'arrêt

La demande de soins est ici considérée comme “biaisée” parce qu'elle ne correspond pas à l'idéal ou à la définition de la pathologie psychiatrique : une pathologie durable, indépendante de l'existence sociale du malade. D'un point de vue non médical, on peut penser que les prévenus peuvent avoir des troubles ou au moins des inquiétudes liés à leur situation pénale spécifique (attente souvent longue du procès). Que ces troubles ou ces inquiétudes ne relèvent pas de pathologies psychiatriques ne signifie pas que ces personnes ne les ressentent pas comme des maladies. Si l'on rappelle que l'habitude veut que les somaticiens renvoient sur les psychiatres les patients qui n'ont pas le moral, si l'on rappelle que les premiers mois d'incarcération sont les moments où culmine une symptomatologie importante (cf. annexe 3), on peut émettre l'hypothèse que le “biais” réside autant dans le fait que certaines demandes sont alimentées en vue du jugement que dans le fait qu'elles ne répondent pas à des pathologies proprement psychiatriques. La vraie demande pour les psychiatres, c'est celle qui correspond à leur définition de la maladie, c'est celle qu'ils attestent. En ce sens, l'attestation médicale sert de gage d'authenticité de la maladie : le patient n'est pas malade tant que le médecin ne l'a pas attesté comme malade.

Se dégage ainsi une large méfiance des professionnels pour les personnes détenues. Cette méfiance est largement partagée en retour par les détenus, qui doutent principalement de la compétence des professionnels de santé. Certains détenus considèrent que les professionnels qui les soignent ne sont pas les plus compétents et rappellent que l'exercice en milieu pénitentiaire n'est pas le plus valorisant qui soit.

“- Pour revenir aux médecins et aux infirmiers, vous avez quelles relations avec eux ?

- M : C'est des hypocrites, des prétentieux, des orgueilleux.

- A : Ils se prennent pour des docteurs en médecine dans des hôpitaux top-classe, alors qu'ils sont là et qu'ils soignent des paumés. C'est des nuls.

- M : Quand t'attends trois jours pour avoir un doliprane, tu peux quand même te poser des questions. Moi, l'autre fois, je les ai appelés parce que j'avais mal aux dents, mais vraiment mal aux dents. Ils ont pas rappelé. Trois jours après, j'avais plus mal et ils m'ont proposé du doliprane. Pour le dentiste, ça fait depuis un an que j'attends... Et toi, D., tu dis rien ? Allez, dis.

- D : Vous avez dit tout ce que je voulais dire. C'est de la merde.

- A : Le problème, c'est l'hygiène. La dernière fois que je suis passé à X (une maison d'arrêt construite au milieu du XIXème siècle), c'était vers 1980, et depuis ça n'a pas bougé. Même que ça devait être plus propre. Maintenant, c'est vraiment dégueulasse. Il faudrait la démolir.

- M : Tu devrais leur demander aux infirmières, quand elles vont au bâtiment F, ce qu'elles voient. Là-bas, c'est des mines de charbon.

- A : Mais elles regardent même pas. Et puis, elles y vont avec les surveillants. Elles se prennent pour des surveillants. (...)

- M : Celles qui s'occupent de l'infirmerie, c'est des stagiaires. Des gamines, des prétentieuses. Elles te prennent de haut, elles croient qu'elles sont supérieures.

- A : Elles viennent pas ici de bon coeur. Ici, c'est la misère, c'est triste. Elles choisissent pas. Si elles viennent pas là, elles ont plus de boulot.”

Entretien collectif avec des personnes détenues, incarcérées dans une grande maison d'arrêt, âges et durées d'incarcération : A (25 ans, 1 an), M (33 ans, 8 ans), S (23 ans, 1 mois), D (22 ans, 9 mois)

On voit dans cet extrait rassemblées de nombreuses critiques : l'hygiène, les délais d'attente, la non implication, la proximité avec les surveillants mais aussi les doutes sur la compétence. Ce sont ces doutes qui sont très souvent mis en avant dans les relations conflictuelles avec les médecins et les infirmiers. Les professionnels rappellent souvent l'image dévalorisée d'eux-mêmes que leur renvoient les personnes détenues.

“- B : D'ailleurs, certains détenus disent qu'ils ont plus confiance avec ce nouveau matériel. Ils disent d'ailleurs aussi cela dans d'autres occasions. Certains m'ont fait remarqué que je changeais de seringue et m'ont dit qu'avant cela ne s'était pas toujours fait.

- C : C'est ce qu'ils imaginaient. Les rapports n'étaient pas toujours très sains. Ils nous disaient d'ailleurs souvent : “- Vous venez travailler là parce que vous ne pouvez pas travailler ailleurs.”.

- D : J'ai encore entendu cela récemment.

- C : Ils le disent même contre les médecins, quand ils n'obtiennent pas ce qu'ils veulent. Au fond, ils ont peur de ne pas être traités comme les autres.”

Entretien collectif avec des infirmiers somatiques, âges et anciennetés en milieu pénitentiaire :

B : 35 ans, 3 ans ; C : 25 ans, 6 mois ; D : 50 ans, 7 ans ; plein-temps, grande maison d'arrêt

Les doutes sur leurs compétences sont particulièrement mal perçus par les professionnels de santé, tout comme les doutes sur le statut d'indépendance vis-à-vis de l'Administration Pénitentiaire. Au delà de la compétence, c'est en effet l'indépendance des professionnels de santé vis-à-vis de l'Administration Pénitentiaire qui est visée. C'est l'absence de pouvoir qui est dénoncée.

“- Vous avez rencontré des psychiatres au cours de votre détention ?

- Ce que je peux dire, c'est que les psychiatres à X, c'est des grands guignols. Ailleurs, il y en a certains qui font leur métier correctement, mais comment dire, ils font partie du décor, ils n'ont aucun pouvoir. Ils peuvent donner leur avis, mais la Pénitencière n'en tient pas compte. A X, Z ne voulait pas que je parte. A Fresnes, ils ne me voulaient pas. Bilan : j'ai été transféré à Fresnes, complètement coupé de ma famille. Pendant cinq jours, ma famille ne savait pas où j'étais : la Pénitencière ne savait pas le lui dire. Imaginez l'angoisse.”

Personne détenue, 40 ans, condamnée à une peine de 5 ans d'emprisonnement, établissement pour peine

La méfiance de certains détenus pour les professionnels de santé intervenant en prison est décuplée envers les psychiatres. Ce sont les psychiatres qui focalisent les critiques les plus virulentes, surtout les critiques de ceux qui ne les fréquentent pas. L'image du psychiatre, c'est celle du marchand de sommeil, du pourvoyeur de trafic, de celui qui surmédicalise la détention : les psychiatres prescriraient trop ou indûment.

“- Moi, j'ai plein d'amis qui sont morts ici à cause des psychiatres, ces petits enculés. Ici, on te dit qu'il y a des gens qui font tout pour te désintoxiquer, mais c'est pas vrai, ils facilitent les somnifères, les calmants. Les psy, ils sont encore plus dingues que les malades. Les infirmières, c'est des dealers qui passent avec leurs chariots plein de subutex et de morphine. Tu vois ce que c'est le subutex ? Et bien, il y a des gens qui n'avaient rien à voir avec ça, et qui ressortent complètement irrécupérables. En fin de peine, il te faut une cinquantaine de plaquettes par jour... (rires). Non, sans rire, avec ce qu'ils te donnent ici, dehors t'es foutu. Pourtant, moi, je pense que la prison, à part le bâtiment X (SMPR), c'est la meilleure des maisons de désintoxication possible. T'as tout pour arrêter. Mais les psy, ils essayent pas de faire diminuer les traitements. Tu vois, le problème, c'est les psy, c'est avec eux que tu devrais aller parler.”

Personne détenue, 33 ans, incarcérée depuis 2 ans dans une grande maison d'arrêt

Les médicaments sont très généralement assimilés à de la drogue, assimilation facilitée par le fait que ce sont les psychiatres qui suivent les toxicomanes. Il faut d'ailleurs reconnaître que si les psychiatres intervenant en milieu pénitentiaire valorisent beaucoup dans les discours leur activité psychanalytique, les différents entretiens que j'ai menés et l'analyse des rapports sur la consommation des psychotropes en prison montrent que la thérapie privilégiée est la chimiothérapie.

On voit finalement que l'image qu'ont les détenus des professionnels de santé est très généralement teintée de frustration, de mécontentement, et plus largement de méfiance. L'image du professionnel de santé est effritée : un altruisme introuvable, une autonomie administrative mais peu de pouvoir réel, des compétences niées. Plutôt que comme des relations normées<sup>303</sup>, les relations entre professionnels et détenus peuvent être présentées comme un équilibre des méfiances.

---

<sup>303</sup>J'emprunte ici l'expression à Corinne Rostaing, *Prisons de femmes, les échanges et les marges de manoeuvre dans*  
308

La méfiance réciproque entre les professionnels de santé et les détenus fait que la relation thérapeutique en prison s'éloigne de l'idéal de relation thérapeutique, de ses standards classiques. Il reste que ces écarts sont rarement avoués par les professionnels de santé en milieu pénitentiaire car ils semblent attester de la spécificité du milieu carcéral comme milieu d'exercice particulier de la médecine. La difficulté et les enjeux de cet aveu sont particulièrement nets quand il s'agit pour certains professionnels d'évoquer les craintes liées au fait de soigner des personnes qu'ils présument dangereuses.

### **3.2. Un détenu présumé dangereux**

Les discours de certains professionnels de santé portent l'empreinte de nombreuses peurs ou craintes liées au fait d'exercer en milieu pénitentiaire, au contact de personnes détenues. Ces peurs imprègnent nombre d'actions et de représentations. Ne pas tourner le dos aux détenus est un principe de conduite, provenant des consignes données aux surveillants, qui m'a été énoncé par plusieurs professionnels de santé. Il faut noter que cette précaution se traduit par une gestuelle, une symbolique corporelle très signifiante aux yeux personnes détenues : ces professionnels de santé veillent à laisser passer leurs patients devant eux, les contournent en restant les yeux fixés sur eux, ne se retournent pas. Notons ici que ces précautions, plutôt que d'atténuer le sentiment de méfiance, tendent à rappeler en permanence aux professionnels le danger qu'ils perçoivent, à diffuser un climat de méfiance continue.

La méfiance est parfois plus nette encore. Certains laissent la porte du cabinet ouverte pendant les consultations, demandent à des surveillants de les accompagner quand "ils ne sentent pas un détenu" (sic), recherchent les motifs d'incarcération pour évaluer la "dangerosité" des détenus qu'ils rencontrent. Le sentiment de méfiance apparaît nettement aussi dans des moments "critiques", c'est-à-dire inhabituels.

"- Avec les détenus, le problème, c'est de savoir se situer. Il ne faut pas céder à tous leurs caprices. Mais dans l'ensemble, cela ne se passe pas trop mal. Certes, il y a des moments où l'on se sent un peu moins à l'aise. Une infirmière m'a raconté qu'elle s'était retrouvée une demi-heure seule avec un groupe de détenus, parce que les surveillants avaient cassé une clef dans la serrure d'une grille... Moi-même, je me suis retrouvée dans un escalier au milieu d'une vingtaine de détenus, alors que le surveillant, tout gringalet, suivait derrière... Dans ces cas-là, on n'est pas très rassuré. Il ne faudrait pas oublier qu'il y a eu une infirmière égorgée, même si c'est vieux... En 1973, je crois."

Cadre infirmier, 45 ans, 1 an d'ancienneté en milieu pénitentiaire, plein temps, grande maison d'arrêt

L'incident évoqué remonte en fait à 1971 : "Le 21 septembre, c'est l'affaire de Clairvaux : deux détenus, Buffet et Bontems, prennent en otage une infirmière et un surveillant et, après deux jours de "négociations", les tuent au moment où les forces de l'ordre donnent l'assaut"<sup>304</sup>. L'infirmière qui évoque ici l'incident de 1973 ne travaillait pas en milieu pénitentiaire à cette époque puisqu'elle vient d'être recrutée. L'incident lui a été relaté par ses collègues. Ainsi se transmet une "mémoire collective" qui sculpte les actions et les représentations. Les sentiments de peurs sont alors alimentés ou activés, par les mesures de sécurité quotidiennes.

Face à ces discours inquiets, d'autres professionnels sont particulièrement critiques. C'est particulièrement le cas des praticiens intervenant depuis longtemps (plus de dix ans) en prison, qui insistent sur la rareté des incidents et des violences.

" - Au début, on voulait absolument, soit disant pour la protection, qu'il y ait un surveillant à côté du détenu. C'était pour moi inadmissible et ma vie n'a jamais été mise en danger par un détenu. Il y a eu parfois des discussions un peu vives, des mots, mais pas plus qu'à l'extérieur. En réalité, ce que ne supporte pas la prison, c'est ce qui n'est pas directement sous son contrôle."

Médecin Psychiatre, 60 ans, 25 ans de vacations dans de grandes maisons d'arrêt

"Des milliers de consultations se déroulèrent sans le moindre incident ni la plus petite menace. (...) Même pendant les dures révoltes de 1974 dans les prisons de Lyon, les soignants qui ont toujours pu pénétrer en détention à un moment ou à un autre de ces longs jours d'effervescence, ne se sont jamais sentis menacés."

Daniel Gonin, *La santé incarcérée*, 1991, p. 73

Aucun des professionnels que j'ai rencontrés n'a évoqué d'incident vécu avec des personnes détenues. Un seul médecin a parlé de "menaces", tout en rappelant qu'elles étaient exceptionnelles.

"- Il y a certaines choses que je ne veux pas entendre, mais c'est exceptionnel, exceptionnel... genre euh..., ce que je veux pas entendre, c'est genre des menaces, des trucs comme ça.

- *D'accord.*

- Mais ça arrive rarement."

Médecin, 45 ans, 10 ans d'ancienneté en milieu pénitentiaire, à mi-temps dans une grande maison d'arrêt

---

<sup>304</sup>Claude Faugeron, "France : une politique ou des ajustements ? Révoltes et réformes", in *Problèmes politiques et sociaux*, n° 755-756, sept.-oct. 1995, La Documentation Française, p. 75

L'absence de situations réelles de danger ou d'expériences vécues permet à certains professionnels de dédramatiser l'exercice en milieu pénitentiaire ou encore de critiquer ceux qui se représentent les détenus comme des personnes dangereuses. Cette absence d'incidents vécus ne suffit néanmoins pas à convaincre les autres professionnels. La perception du détenu comme une personne dangereuse résulte de situations pensées, imaginées, projetées, fantasmées mais pas moins "réelles" pour autant. On retrouve ainsi le fameux principe de William et Dorothy Thomas selon lequel "si des hommes définissent des situations comme réelles, elles sont réelles dans leurs conséquences"<sup>305</sup>. La perception du détenu comme une personne dangereuse semble ainsi moins résulter d'une réalité de la dangerosité que d'un sentiment d'insécurité, de la construction d'un risque. Le risque, représentant l'éventualité de réalisation d'un événement, peut être compris comme une représentation sociale construite. Il s'agit ici de s'intéresser à la construction d'un risque, d'un sentiment d'insécurité ou d'une représentation de la personne détenue comme une personne dangereuse.

Qu'est-ce qui contribue à l'émergence d'un sentiment d'insécurité chez les professionnels de santé ? Comment se construit cette représentation qu'est le risque de travailler avec des personnes détenues ? Il ne s'agit pas ici de porter un jugement de valeur sur l'attitude de ces professionnels qui peuvent avoir peur occasionnellement ou en permanence, qui adoptent des mesures de "sécurité", que celles-ci soient dictées par le règlement de l'établissement ou par leur sentiment d'insécurité. Il s'agit de décrire dans quel état d'esprit interviennent les professionnels, de comprendre les fondements et les significations de cet état d'esprit sur la relation avec les personnes détenues.

Pour expliquer le sentiment d'insécurité éprouvé par certains professionnels de santé (de façon explicite ou diffuse), il faut d'abord rappeler que la perception du détenu comme un risque est portée par la prison et ses acteurs. Comme le rappelle la psychologue Simone Buffard<sup>306</sup>, la prison, ne serait-ce que par la mission de "protection" que lui confère la société, génère un sentiment de peur chez ceux qui la fréquentent. La prison, indépendamment de ses acteurs, est productrice de peurs : l'architecture, les portes, les portiques, les filets anti-suicides (censés empêcher les détenus de se suicider mais aussi de lancer des projectiles sur les surveillants ou les visiteurs), le règlement intérieur, ... construisent une représentation du détenu comme une personne dangereuse. Par ailleurs, les comportements et les discours des personnels de l'Administration Pénitentiaire ont tendance à accroître ces peurs. Le rappel continu des consignes de sécurité, les conseils, les appels à la prudence, les regards inquiets ou suspects, l'évocation des incidents sont l'occasion d'inférer la

---

<sup>305</sup>William Isaac et Dorothy S. Thomas, *The Child in America*, 1928



dangérosité de certaines personnes détenues à l'ensemble de la population pénale, selon un principe d'extrapolation : les détenus responsables d'incidents, sont jugés représentatifs de l'ensemble des détenus.

Concrètement, les professionnels de santé, comme la plupart des autres intervenants en prison, apprennent dès leur arrivée les consignes réglementaires mais aussi ces petits “trucs qui font qu'ils se sentiront plus en sécurité”, alors même que d'un point de vue extérieur, ces petits trucs semblent contribuer au contraire à cristalliser un sentiment d'insécurité. Les surveillants conseillent de ne pas tourner le dos aux détenus, de ne jamais rester derrière une porte qu'un détenu pourrait pousser brutalement. Par ailleurs, la représentation du détenu comme une personne dangereuse se construit au contact des collègues de travail. On pense par exemple à cette jeune interne, “briefée” à son arrivée par celle qui l'a précédée à son poste et qui lui a conseillé de disposer son bureau de façon parallèle à la porte (et non de face) pour qu'en cas d'incident, elle ne reste pas coincée derrière le bureau et puisse toujours sortir rapidement. On voit bien ici comment se transmet non pas une mémoire collective (puisque'il n'y a jamais eu d'incident dans cet établissement) mais une méfiance collective, liée à une représentation de la dangérosité des détenus.

A cette représentation s'ajoute d'ailleurs parfois une représentation du *patient* comme personne dangereuse. C'est particulièrement le cas chez les praticiens qui soignent des patients atteints de maladies transmissibles comme le sida ou la tuberculose. Ce danger ressenti ne s'avoue pas et constitue un tabou beaucoup plus hermétique encore que le tabou de reconnaître la peur liée au statut de détenus des patients. Certaines actions sont néanmoins révélatrices : qu'un infirmier prévienne immédiatement ses collègues de la séropositivité d'un patient montre peut-être que la peur du patient comme malade n'est pas absente. D'ailleurs, comme nous le verrons, les surveillants, mettent souvent l'accent sur le caractère cynique des professionnels de santé qui ne répondent pas à leurs angoisses de contagiosité en se retranchant derrière un secret médical qui les met personnellement à l'abri de ces angoisses. Dans le cadre particulier du milieu pénitentiaire, la peur du patient comme malade viendrait s'ajouter à la peur du patient comme détenu.

Il est donc clair que tant la perception de l'espace de travail que leurs relations avec les professionnels de l'Administration Pénitentiaire peuvent conduire les professionnels de santé à développer un sentiment d'insécurité, un climat de peur, sinon de paranoïa qui ne dépend pas nécessairement de la dangérosité réelle de leurs patients. Les professionnels de santé ne sont pas en cela un cas singulier, car la diffusion de ces peurs ou appréhensions touche bon gré mal gré la plupart des intervenants en prison. Il reste que les médecins et les infirmiers ont une particularité “professionnelle” : la force de l'idéal de neutralité affective. Dans les idéaux professionnels, les

médecins et les infirmiers sont guidés par un intérêt détaché (*detached concern*) qui traduit une orientation vers autrui et un intérêt empathique pour le patient, incompatibles avec des formes de méfiance<sup>307</sup>. Dans les faits, l'idéal professionnel ne garantit pas cette absence de méfiance. Peut alors apparaître une contradiction entre l'idéal professionnel de neutralité affective et les sentiments effectifs : il peut ainsi sembler contradictoire de s'avouer professionnel de santé (norme) et de reconnaître explicitement une méfiance pour les patients (comportement effectif). Cette tension entre d'une part les normes d'action et de représentation, d'autre part les actions et les représentations effectives, permet d'éclairer l'analyse des discours des professionnels de santé intervenant en prison.

La très grande majorité des professionnels de santé intervenant en prison nie farouchement tout sentiment de méfiance pour leurs patients. Cette négation renvoie-t-elle à une absence réelle de peurs ou à la difficulté d'avouer une peur, eu égard à l'idéal de la neutralité affective ? Sans exclure la première hypothèse — il est probable que de nombreux professionnels ne ressentent pas de méfiance —, on peut penser que la seconde hypothèse permet d'éclairer une forme de tabou chez les professionnels de santé<sup>308</sup>. Si les médecins et les infirmiers intervenant en prison n'avouent pas leurs peurs, c'est vraisemblablement parce qu'ils n'en ont pas, mais ce peut être aussi parce que la perception de la personne détenue comme une personne dangereuse apparaît contradictoire avec le principe de la neutralité affective qui structure la déontologie et par là l'idéal normatif de la relation thérapeutique. Avouer explicitement avoir peur reviendrait ici à montrer que le milieu carcéral prend le pas sur le métier de médecin ou d'infirmier. Ce serait aussi accepter de se montrer différent des professionnels intervenant en milieu libre pour qui la norme de la neutralité affective reste majeure dans les discours. Ce serait ainsi nier en partie son appartenance à *la* profession telle qu'elle se met en scène. Aussi n'est-il guère facile pour des médecins et des infirmiers de reconnaître les peurs qu'ils peuvent rencontrer au contact de leurs patients.

Quelques professionnels reconnaissent néanmoins explicitement se méfier des détenus et prendre des précautions dans leurs relations avec des patients jugés particuliers. Comment expliquer cet aveu ? Ces professionnels ne reconnaissent généralement pas dans la neutralité affective, une norme d'action. Ce sont souvent d'ailleurs des professionnels qui ne cherchent pas à se rattacher à la médecine en milieu libre. Le milieu carcéral est reconnu comme un lieu d'exercice particulier, avec ses normes d'action et de représentations particulières, ce qui rend avouable la méfiance envers les détenus.

---

<sup>307</sup>Talcott Parsons, "Social Structure and Dynamic Process : The Case of Modern Medical Practice", in *The Social System*, Glencoe, Illinois, The Free Press, 1951, chapitre X, pp. 428-479

<sup>308</sup>L'aveu courant chez les enseignants de leurs peurs tend à attester l'existence de ce tabou chez les professionnels de

Pour éclairer et appuyer cette réflexion sur le tabou de la dangerosité du détenu dans le discours de la plupart des professionnels de santé intervenant en prison, on peut s'intéresser aux discours sur la connaissance des motifs d'incarcération. Ces discours révèlent à leur tour une tension entre d'une part l'idéal normatif d'actions et de représentations, d'autre part, les actions et les représentations effectives.

### **3.3. La connaissance des motifs d'incarcération : entre connaissance ordinaire et déni déontologique**

Quand on les interroge directement sur le fait de savoir s'ils connaissent ou non les motifs d'incarcération de leurs patients, les professionnels répondent souvent négativement. Ils expliquent alors l'importance de ne pas connaître ces motifs (surtout quand il s'agit de meurtres ou d'attentats aux moeurs sur des enfants) parce que cela pourrait les influencer dans leurs actions professionnelles. Dans les faits, la connaissance des motifs d'incarcération est ordinaire, très fréquente. La négation de cette connaissance semble alors relever d'un déni déontologique, qui exprime une forte tension entre idéal normatif et comportement effectif, entre groupe de référence (des professionnels pleinement neutres) et groupe d'appartenance (des professionnels méfiants).

Dans les faits, les professionnels connaissent souvent les motifs d'incarcération de leurs patients, surtout lorsqu'il s'agit de motifs "graves". Comment apprennent-ils ces motifs ? Aux dires des professionnels, les voies de la connaissance sont diverses, souvent "indépendantes" de leur volonté. Chez certains professionnels, se dégage l'impression qu'en prison, tout se sait, sans que l'on sache vraiment comment cela se sait. Les plus petits détails sont instructifs. Par exemple, comme les détenus condamnés pour attentats aux moeurs ("les pointeurs") sont généralement rassemblés dans un même bâtiment (pour éviter les lynchages), la provenance géographique des détenus (numéro d'étage, numéro de bâtiment), fonctionne comme un étiquetage, en indiquant immédiatement aux professionnels s'il s'agit de "pointeurs" ou non.

Une première voie de connaissance des motifs d'incarcération a trait aux documents écrits transmis par l'Administration Pénitentiaire. Les personnels de direction ou de surveillance, chargés de l'écrou, transmettent aux unités de soins le signalement des personnes nouvellement écrouées pour que les professionnels de santé les rencontrent (dans le cadre de la visite d'entrée systématique). Dans plusieurs établissements, les informations transmises comportent le motif d'incarcération (avec le nom, le prénom, l'âge, le numéro d'écrou). Le motif d'incarcération est alors parfois reporté sur le dossier médical.

“- Y a-t-il les motifs d’incarcération sur les dossiers (médicaux) ?

- Hélas, oui, il y a les motifs d’incarcération. Mais je vais les faire enlever. Moi, cela me pose un problème. C’est pas bien de savoir. Même s’il y a des fois où il faut savoir : il faut connaître les motifs d’incarcération pour être prévenu que certains détenus peuvent avoir des comportements dangereux. Mais de là à connaître ces motifs systématiquement... Moi, cela me pose surtout un problème quand je veux envoyer un détenu en consultation à l’extérieur. Il ne vaut mieux pas que les motifs apparaissent dans le dossier que l’on doit transmettre. Le problème, c’est que tout le monde peut venir regarder dans le dossier pour voir les motifs d’incarcération. Et là, il y a sans doute une forme de curiosité mal placée... C’est vrai que cela peut être tentant. Mais de toutes façons, les détenus, ils parlent souvent de leur incarcération. Surtout, les toxicos.”

Cadre infirmier, 45 ans, 1 an d’ancienneté en milieu pénitentiaire, plein temps, grande maison d’arrêt

Il est intéressant de noter dans cet extrait une opposition entre un impératif pratique (“il y a des fois où il faut savoir”) et une retenue éthique ou morale (“c’est pas bien de savoir”, “il ne vaut mieux pas”). Notons d’ailleurs que ce pour quoi il ne vaut mieux pas connaître les motifs n’est pas énoncé mais passé sous silence ou sous entendu, comme s’il y avait un tabou : celui de reconnaître que la connaissance des motifs d’incarcération influence les actions. L’opposition entre l’impératif pratique et la retenue éthique apparaît en fait sous deux formes. La première (du type “il ne vaudrait mieux pas mais il faut”) met l’accent sur l’impératif pratique, permet de justifier et de “disculper” les professionnels, en montrant que la connaissance des motifs est nécessaire, qu’ils ne la choisissent pas. La seconde (du type “il faut parfois mais il ne vaudrait mieux pas”) est plus “culpabilisante” pour les professionnels car elle met l’accent sur la nécessité de la retenue éthique, plutôt que sur l’impératif pratique. Et ce qui apparaît dans la fin de l’extrait, c’est justement l’absence de cette retenue face à la tentation de savoir (“curiosité mal placée”). L’idée émergente est donc que si la plupart des professionnels connaissent les motifs, c’est moins par impératif pratique que par absence de retenue éthique.

Dans d’autres établissements, parfois à l’instigation des professionnels de santé, les motifs n’apparaissent pas dans les dossiers transmis par l’Administration Pénitentiaire aux services médicaux et soignants. Mais la voie écrite n’est pas la seule voie de connaissance des motifs. La forme orale semble même beaucoup plus propice à cette connaissance, souvent perçue comme honteuse, car elle n’apparaît pas justifiée par un impératif pratique et est donc le symbole de l’absence d’une retenue éthique. “Il y a des choses que l’on n’écrit pas”, “les écrits restent”. Il serait intéressant d’analyser pourquoi et comment l’oralité, plutôt que la scripturalité, est la voie privilégiée pour exprimer ce qui apparaît de l’ordre de l’immoral ou de l’illégitime. Nous nous contenterons ici de cerner l’importance en milieu pénitentiaire des indiscretions relatives aux motifs d’incarcération.

Les professionnels évoquent particulièrement les indiscretions des surveillants et des personnels de direction. Il s'agit rarement de formulations "franches", explicites, même si elles existent, comme le relate cette infirmière<sup>309</sup> : "- Aujourd'hui encore, on peut entendre, chez certains surveillants, des réflexions du genre : C'est pas possible de soigner un type qui a tué tant de monde...". Il reste que généralement, le dévoilement des motifs se fait plus par le biais de petites remarques incidentes, allusives, ou de rappels à la prudence. Les professionnels de santé se voient rappeler les règles élémentaires de sécurité quand ils reçoivent un détenu condamné pour des "motifs graves". S'ils ne connaissent pas toujours les motifs d'incarcération de tous les détenus, ils connaissent ainsi toujours les motifs jugés "graves". Qu'entendre par motifs "graves" ? Ici, la gravité semble recouvrir tant la violence du délit ou du crime que son caractère "amoral". Les professionnels sont ainsi avertis des motifs d'incarcération aussi bien lorsque cela concerne des patients dont les comportements peuvent être violents et dangereux que dans les cas où le crime est jugé odieux (les meurtres et les attentats aux mœurs sur les mineurs notamment), même si le patient n'est pas jugé dangereux. Or, ce sont justement ces derniers motifs d'incarcération que les professionnels disent préférer ne pas connaître. Il y a, selon eux, des motifs qui influencent plus que les autres...

Il reste que beaucoup de professionnels insistent sur le fait que ce sont les personnes détenues qui évoquent souvent d'elles-mêmes les raisons qui les ont amenées en prison. Les confidences des personnes détenues seraient ainsi la principale voie de connaissance des motifs d'incarcération.

*"- Est-ce que vous connaissez les motifs d'incarcération de vos patients ?*

- Là-dessus, on fait très attention. Je demande à ne pas voir les motifs. Ce n'est pas mon rôle, je refuse de les regarder.

(interruption liée à la visite d'un surveillant)

*- Pour ce qui est des motifs d'incarcération, vous disiez...*

- Je suis neutre. Pour moi, je ne soigne pas des détenus mais des patients. Ici, à l'infirmerie, ce n'est plus la prison. Ici, on soigne, c'est le cabinet médical. D'un autre côté, ici, on a le pompon des viols, environ 35 % des détenus. Il faut quand même le savoir. De toutes façons, les détenus, ils parlent de tous leurs problèmes ; la prison, c'est un milieu de confiance."

Médecin, 45 ans, 10 ans d'ancienneté en milieu pénitentiaire,  
intervenant à mi-temps dans une grande maison d'arrêt

On voit ici que le médecin affirme ne pas vouloir connaître les motifs d'incarcération au nom d'une neutralité que l'on pourrait qualifier de "déontologique" : il s'agit d'établir une différence nette entre l'infirmerie et la prison, le patient et le détenu. Ici, territorialisation de l'espace et dichotomisation du patient-détenu vont de pair. Mais le médecin admet dans un second temps que cette dichotomisation théorique n'est pas toujours réelle. On retrouve alors l'opposition entre la

---

<sup>309</sup>Cadre infirmier, 50 ans, 6 ans d'ancienneté en milieu pénitentiaire, intervenant à plein temps dans une grande

retenue éthique et l'impératif pratique ("il faut quand même le savoir"). Notons ici que la formulation du médecin invite à privilégier l'impératif pratique. Mais c'est le dernier argument, en forme de *conchetto*, qui nous intéresse particulièrement ici. Il faut d'abord noter la surprenante homologie entre cet extrait et celui qui le précède : "Mais de toutes façons, les détenus, ils parlent souvent de leur incarcération." et "De toutes façons, les détenus, ils parlent de tous leurs problèmes ; la prison, c'est un milieu de confiance."

Ces extraits apparaissent intéressants à deux titres. D'une part, ils invitent à se méfier d'une conception qui voudrait que tous les détenus cachent leurs motifs d'incarcération et que tout se dise à leur insu. Pour certains, le secret sur les motifs d'incarcération n'est pas une question cruciale, ni même une préoccupation (c'est moins vrai pour le secret médical). Il semble d'autre part que la récurrence de l'argument de la libre initiative des personnes détenues puisse être interrogée au regard du discours sur la déontologie. L'architecture de raisonnement que l'on retrouve dans plusieurs entretiens est révélatrice de l'importance que revêt la connaissance des motifs dans la représentation que donnent les acteurs de santé de leurs actions. La libre initiative des détenus apparaît comme l'"argument-choc" dans le discours des professionnels : celui qui emporte la conviction et fait taire les soupçons, celui qui renvoie l'interlocuteur "dans les cordes" en l'avertissant : "N'allez pas croire ou dire que c'est une dérive déontologique, les détenus eux-mêmes nous le disent".

Il s'agit principalement pour les médecins et les infirmiers de montrer que rien ne se fait finalement à l'insu de patients, contre leur volonté. L'expression "de toutes façons" est moins à comprendre dans son sens fataliste que dans un sens triomphant. C'est ici la "bonne conscience" qui l'emporte car le fait que des patients parlent d'eux-mêmes de leurs motifs d'incarcération couvre ainsi, au moins dans l'ordre du discours, les écarts à la déontologie représentés par une connaissance "indue" des motifs d'incarcération. Ici, les professionnels tentent de minimiser l'importance de la connaissance des motifs à l'insu de leurs patients par le fait que certains patients prennent l'initiative de parler de leurs motifs d'incarcération.

Les implicites de l'argumentaire autour de la connaissance des motifs d'incarcération sont particulièrement intéressants. Il y a d'abord une difficulté pour les professionnels à dire qu'ils connaissent les motifs : Je ne veux pas connaître les motifs d'incarcération (implicite : parce que cela pourrait m'influencer) mais je les connais souvent (implicite : donc cela m'influence). Aucun professionnel n'a osé prononcer ce dernier implicite : il relève de ce que l'on pourrait appeler un "tabou déontologique". La preuve que ce tabou existe, ce sont toutes les stratégies de justification (et leurs implicites) employées par les professionnels et visant à prouver autant à leur interlocuteur

qu'à eux-mêmes que le fait de connaître les motifs n'est pas un écart à la déontologie : Il faut connaître les motifs (implicite : c'est une contrainte liée au milieu d'exercice). Je les apprends souvent par les surveillants ou les directeurs, malgré moi (implicite : ce n'est pas de ma faute personnelle). A fortiori certains détenus le disent souvent eux-mêmes (implicite : tous les détenus pourraient le dire, donc ce n'est pas capital).

L'existence d'un "tabou déontologique" (conçu comme un interdit à reconnaître la difficulté d'être "neutre affectivement") est particulièrement claire dans des discours où les implicites apparaissent plus nettement encore, sous la forme de dénis. C'est le cas chez ce psychiatre qui, en début d'entretien, reconnaît utiliser le motif d'incarcération comme moyen de sélectionner les patients, et qui, en fin d'entretien, affirme l'importance de ne pas connaître les motifs :

"(après une vingtaine de minutes d'entretien)

- *Une vacation par semaine, estimez-vous que c'est suffisant, trop, trop peu ?*

- Je dirais que ce n'est pas mal mais qu'il y a plus à faire : les besoins sont plus grands que cela. (...) En fait, je voudrais voir tous les entrants, mais je manque de temps, donc je suis obligé de sélectionner les détenus selon leur motif d'incarcération ou leur fragilité supposée. (...)

(après une heure et demie d'entretien)

- *Est-ce que la connaissance des motifs d'incarcération est importante dans votre travail ?*

- En fait, je n'ai pas accès aux motifs d'incarcération si le détenu ne souhaite pas en parler. Parfois, la difficulté est justement de ne pas avoir d'éléments pour percevoir ce qui relève de la réalité. En tant que psychiatre, c'est difficile de travailler avec quelqu'un, s'il ne parle pas, ou s'il ne dit pas la vérité."

Médecin psychiatre, 45 ans, intervenant depuis six mois  
trois demi-journées par semaine dans une petite maison d'arrêt

L'analyse de ce passage appelle plusieurs remarques. Une première remarque a trait à la difficulté de faire une analyse sociologique à partir des discours. D'aucuns, arguant de la possibilité de l'acteur de mentir, pourraient conclure à la vacuité des analyses de discours et à la nécessité de recourir à l'observation directe des pratiques. Une fois encore, ce débat nous semble peu pertinent au sens où l'observation d'une action reste avant tout l'observation d'une action observée, donc elle aussi biaisée. Par ailleurs, sur un thème d'étude comme la connaissance des motifs d'incarcération, le recours au discours de l'acteur est inévitable. Enfin, la contradiction, révélée ici dans l'ordre du discours, semble particulièrement féconde du point de vue de l'analyse sociologique. L'intéressant n'est pas de considérer le discours comme vrai (il ne s'agit pas d'être aveuglé par le discours de l'acteur), mais comme signifiant. Si l'acteur ment sciemment, il reste à comprendre pourquoi il le fait à tel ou tel moment de son discours.

Une seconde remarque vise à éclairer la contradiction apparente de cet extrait à la lumière de la situation d'entretien. La première partie de l'entretien invitait le psychiatre à répondre à des questions essentiellement descriptives (nombre d'infirmiers dans le service, contacts avec des infirmiers, nombre d'heures de vacances, ...). L'entretien abordait ensuite des questions ayant trait à la déontologie (par exemple “- Est-ce qu'il y a des choses que vous n'accepteriez pas ?”), aux relations avec les surveillants et la direction de l'établissement. C'est après ces questions que se situe le second passage. Le psychiatre a été amené à reconnaître — autant à lui-même qu'à moi d'ailleurs — qu'il accepte beaucoup d' “arrangements” (sic) sans mot dire (transferts de patients, présence d'un surveillant près de la porte battante de son cabinet, volonté d'éviter les conflits, ...). Accepter d'avouer d'autres “arrangements” à la déontologie ou “compromissions” devenait de plus en plus difficile au fil de l'entretien. D'ailleurs, la fin de l'entretien fut orientée vers des questions moins “épineuses” pour réduire une tension qui avait fortement augmenté entre nous.

Une troisième remarque porte sur l'analyse du discours du professionnel. Le premier passage où le professionnel dit sélectionner les patients selon leur motif d'incarcération a peu d'enjeux en termes déontologiques puisque ce n'est pas alors le centre de l'entretien. Par contre, dans le deuxième passage, ma question est nettement comprise comme ayant trait à la déontologie. La réponse du psychiatre donne une idée assez nette, et présente dans d'autres entretiens, de la place des motifs d'incarcération dans la déontologie des professionnels de santé en milieu pénitentiaire : il s'agit de dire que rien ne doit se faire ou se dire sans l'accord du détenu. Tout se passe comme si avouer connaître les motifs d'incarcération à l'insu du patient et donc peut-être contre sa volonté, revenait à donner foi à ceux qui pensent et à ceux qui pourraient penser que la médecine en milieu pénitentiaire ne respecte pas l'un des principaux fondements du *Code de déontologie médicale*<sup>310</sup> : le respect de la liberté des patients à révéler ou à ne pas révéler des éléments de leur vie personnelle.

Que retenir de ces situations où s'exprime la difficulté des professionnels de santé à dire qu'ils connaissent les motifs d'incarcération ?

Le premier enseignement est que si les professionnels de santé connaissent dans la grande majorité des cas, volontairement ou involontairement, les motifs d'incarcération de leurs patients, surtout quand ces motifs relèvent de la criminalité, la plupart préfèrent nier cette connaissance, parce qu'elle met en péril l'image de leur métier et de leur déontologie. La déontologie telle qu'ils se la représentent et qu'ils la représentent, la déontologie rêvée et exposée, ne fait pas de place à une possible influence du motif d'incarcération sur leurs actions et représentations.

---

<sup>310</sup>cf. *Code de Déontologie*, Partie II : Devoirs envers les patients, articles 32 à 55



Le second enseignement est que ces mêmes professionnels sont bien obligés de confronter leur idéal normatif et déontologique à la réalité de leurs actions. De fait, les professionnels ressentent que les motifs d'incarcération ne sont pas sans influencer leurs actions et leurs représentations. Ce sentiment de "culpabilité" par rapport à la déontologie rêvée explique les stratégies de justification développées par certains professionnels pour montrer que la connaissance des motifs d'incarcération ne constitue pas *in fine* un écart à la déontologie. Ils se justifient ainsi :

- par l'impératif pratique lié à l'exercice en milieu pénitentiaire (il faut connaître les personnes dangereuses) ;
- par l'idée qu'ils ne sont pas responsables d'une information qui leur est souvent transmise contre leur volonté ;
- par le choix de certains patients de parler des raisons qui les ont amenés en prison.

Nous voyons bien ici que les discours des professionnels sont d'abord des mises en scène de leurs actions et représentations. Ces mises en scène sont fondamentalement révélatrices de la tension entre idéal professionnel et comportements effectifs ainsi que de la volonté de la plupart des professionnels de santé intervenant en prison de s'identifier à un groupe de référence composé des professionnels de santé au sens large.

Pour conclure sur la méfiance des professionnels de santé pour les personnes détenues, il faut rappeler que cette méfiance est diffuse, sinon généralisée. La connaissance des motifs d'incarcération, les précautions quotidiennes prises par certains professionnels, leur doutes sur la sincérité des demandes de soins et sur la véracité de la parole des détenus en sont des symboles. Mais cette méfiance ne s'avoue pas facilement parce qu'elle remet en cause un des fondements des professions de santé telles qu'elles se donnent à voir : la neutralité affective.

## **4. L'autocratie**

Nous avons vu à travers l'étude de l'impersonnalité, de la fonctionnalité et de l'impossible neutralité affective que les professionnels de santé intervenant en prison se réfèrent essentiellement au modèle extérieur pour justifier leurs actions et leurs représentations. Dans les faits, cette référence apparaît souvent illusoire car les comportements effectifs s'éloignent des normes souhaitées. Pour terminer notre parcours dans les relations entre les professionnels de santé intervenant en prison et les détenus, il reste à étudier la façon dont les médecins et les infirmiers répondent aux demandes de leurs patients en milieu pénitentiaire.

Comment les professionnels répondent-ils à ces demandes, de façon prescriptive et de façon effective ? La norme veut que les réponses soient identiques à celles qui seraient données à l'extérieur : les professionnels de santé en milieu pénitentiaire entendent montrer que leurs décisions sont prises en fonction de critères "médicaux" jugés universels et qu'elles ne dépendent donc pas du milieu pénitentiaire. Dans les faits, les réponses et la légitimité sur laquelle s'assoient ces réponses semblent liées à la position autocratique dont jouissent les professionnels de santé à l'égard des patients incarcérés. Ce qui apparaît légitime, "médical" aux yeux des professionnels de santé ne semble pas indépendant des normes du milieu pénitentiaire et plus précisément de la situation institutionnelle du détenu.

#### **4.1. Devoir dire non**

Les médecins et les infirmiers intervenant en prison évoquent souvent les demandes de détenus auxquelles ils se sentent en devoir de dire non. Le détenu apparaît souvent aux yeux des professionnels de santé comme un patient aux exigences démesurées et déplacées, un patient intéressé à qui il faut savoir dire non. Il est ainsi fréquent de voir rappelés les "excès" des détenus.

"- Un autre problème qui se pose à nous, c'est celui de savoir comment ne pas tomber aussi dans l'excès. Il y a des détenus qui profitent de l'incarcération pour faire refaire leur appareil dentaire. Ce peut être très lourd. Il y a beaucoup de détenus qui sont très demandeurs de soins. Comment faire alors pour ne pas négliger les autres qui se font oublier ?"

Cadre infirmier, 45 ans, 3 ans d'ancienneté en milieu pénitentiaire, plein temps, grande maison d'arrêt

Face au sentiment que certains de ses patients exagèrent, cet infirmier se pose ici en garant du système de protection sociale et de l'équilibre des soins au sein de la détention. Le discours adopte même finalement une posture éthique : "Comment faire alors pour ne pas négliger les autres qui se font oublier ?". On voit ainsi une combinaison d'arguments moraux, financiers et éthiques qui justifie le fait de devoir dire non. Ce sentiment n'est sans doute pas particulier au milieu pénitentiaire mais il faut néanmoins souligner la spécificité de la réponse apportée. Face au sentiment de devoir dire non, les professionnels intervenant en milieu pénitentiaire disent non, les professionnels en milieu libre, notamment dans le secteur libéral, disent souvent ne pas pouvoir dire non.

Dans la même logique d'insistance sur le caractère "déplacé", "non justifié médicalement", des demandes des détenus, les professionnels de santé intervenant en prison soulignent que certains détenus ne viennent en consultation que pour demander de meilleures conditions d'incarcération :

une cellule seule, un certificat de contre-indication à l'isolement, une douche "médicale" quotidienne. Face à ces demandes, les professionnels disent très généralement ressentir le devoir de dire non, au nom d'un impératif médical. L'exemple des douches médicales est explicite. Les détenus ont réglementairement droit à deux douches par semaine. Mais les médecins sont habilités à signer pour certains détenus des certificats pour des douches thérapeutiques quotidiennes. L'Administration Pénitentiaire exerce dans la plupart des établissements (notamment les plus anciens car les moins bien équipés en douches) une pression forte sur les médecins pour que ceux-ci limitent au maximum ces certificats. Inversement, beaucoup de détenus demandent aux médecins une douche quotidienne. La réponse des médecins à ces demandes est souvent la même : ils ne font des certificats que dans les cas où c'est "justifié médicalement". La réponse semble ainsi se suffire à elle-même. Il reste à s'interroger d'un point de vue extérieur sur ce qui est "justifié médicalement".

"- Il y a une chose que les détenus nous demandent très souvent : ils nous sollicitent en tant que *médecins* pour avoir une douche *médicale* tous les jours. Dans ce centre de détention, comme dans beaucoup d'endroits, ils n'ont en effet droit qu'à deux douches par semaine. Dans ces cas-là, j'explique toujours et je suis très clair à ce niveau-là, que je dois agir en tant que *médecin*, et que pour cela, je ne dois avoir que des exigences *médicales*, c'est-à-dire qu'à partir du moment où je juge important sur le plan *médical* que les gens aient une douche *médicale* tous les jours, je demande une douche *médicale* tous les jours. Il est bien sûr parfaitement normal de vouloir une douche tous les jours, ne serait-ce que sur le plan de l'hygiène. Ceci dit, après, il y a des problèmes d'eau chaude, il y a des problèmes d'organisation qui ne sont pas de mon ressort. J'explique donc au détenu qui vient faire une demande de douche quotidienne qui n'est pas justifiée sur le plan *médical*, que je ne souhaite pas y accéder et que je ne le souhaite pas pour la bonne et simple raison qu'il faut que je me cantonne à l'avis *médical*. Sinon, on va me dire "- Vous vous occupez de choses qui ne vous regardent pas" et du coup, quand j'aurai une demande *médicale* importante, on me dira " - Vous en faites en veux-tu en voilà", donc on ne l'exécutera pas."

Médecin, 45 ans, 10 ans d'ancienneté en milieu pénitentiaire,  
intervenant à mi-temps dans une grande maison d'arrêt

La récurrence du registre lexical de la médecine ("médical", "médecin") montre ici que c'est un enjeu central d'explication du choix de ce médecin. Tout se passe comme si l'évocation du terme "médical" suffisait à justifier ce choix. Le médical est l'alpha et l'oméga du raisonnement, un dernier rempart d'autant plus efficace qu'il n'a pas à être défini : le présupposé est que ce que le médecin dit médical est médical. Mais pour dépasser l'artifice que constitue ce présupposé, on peut s'interroger sur ce que recouvre effectivement le médical aux yeux de ce médecin. Ce médical n'est positivement défini ni par rapport à la maladie, ni par rapport à la santé mais on peut tout de même lire par l'absurde sa définition sous-jacente : "- Il est bien sûr parfaitement normal de vouloir une douche tous les jours, ne serait-ce que sur le plan de l'hygiène. Ceci dit, après, il y a des problèmes d'eau chaude, il y a des problèmes d'organisation qui ne sont pas de mon ressort." Le médical apparaît comme un reste, une fois que l'on a enlevé l'hygiène, le vœu normal d'une douche

quotidienne, les contraintes d'eau chaude. Deux choses sont intéressantes : le médical semble être défini beaucoup moins par rapport à la santé (et l'hygiène) que par rapport à la maladie. Par ailleurs, cette définition du médical dépend des contraintes de la détention. On voit ainsi que ce médical dont l'apparente évidence ne nécessite pas d'explicitation est très lié au contexte d'exercice. Par exemple, ce médecin est amené à distinguer implicitement la demande médicale de "la demande médicale importante", laissant ainsi supposer que le médical n'est pas un et indivisible. Bref, la définition du médical n'est pas indépendante du milieu pénitentiaire.

Un autre exemple permet d'éclairer la façon dont les professionnels évaluent le caractère médicalement justifié des demandes des détenus avant d'y répondre négativement ou positivement : les demandes de médicaments et la prescription médicamenteuse. Il s'agit de s'intéresser à l'influence du milieu pénitentiaire sur la prescription des médicaments et de poser un regard critique sur un préjugé institué comme une norme dans le champ médical : celui de la "bonne" prescription qui serait partout la même. La prescription de médicaments est-elle vraiment indépendante du milieu dans lequel elle se fait ? Nous touchons ici à un sujet délicat : un sociologue peut-il porter un regard critique sur la prescription des médicaments, domaine dans lequel seul le médecin a compétence reconnue ? Il est clair que je n'ai aucune compétence pour juger de la pertinence ou non d'un traitement (c'est d'ailleurs en partie cette même absence de compétence qui fait l'obscurité des décisions médicales pour la plupart des détenus). Il reste que certains discours sont évocateurs. Plusieurs praticiens, dans des établissements différents, ont reconnu qu'ils prescrivent *différemment* en milieu pénitentiaire et en milieu libre.

Les détenus sont très souvent décrits comme des personnes avides de médicaments, surmédicamentées. Selon le médecin Daniel Gonin, intervenant en maison d'arrêt, la surconsommation des psychotropes ou des tranquillisants (notamment les benzodiazépines) concerne surtout la population toxicomane à qui elle procure un effet proche des drogues douces.

"Le drogué tente d'obtenir des dosages maximaux. Le tranxène 5 ou 10 lui semble ridicule ; une "vraie" prescription ne commence qu'au comprimé de 50 mg : "le comprimé rose, docteur, le rose et pas la gélule rose et blanc ou toute rose". C'est avec les drogués que j'ai appris les couleurs de médicaments sur lesquels je ne pouvais mettre qu'un nom ou qu'une formule moléculaire difficile à retenir. (...) La prison, qui engendre déjà bien des troubles séquellaires lors du retour en vie libre, "fabrique" des toxicomanes aux médicaments."

Daniel Gonin, *La santé incarcérée*, 1991, pp. 206-207

Le constat de la surconsommation de médicaments vise donc particulièrement les toxicomanes mais il est souvent généralisé à l'ensemble des détenus. Les professionnels de santé verraient ainsi affluer

les demandes d'hypnotiques, d'antidépresseurs, de dolipranes, etc. Les demandes des détenus sont présentées comme biaisées ou plutôt orientées, c'est-à-dire que les patients viennent avec une idée du traitement. Les médecins disent aussi craindre les trafics de médicaments, reprenant ainsi à leur compte une préoccupation de l'Administration Pénitentiaire qui a longtemps justifié l'emploi des "fioles pénitentiaires" par le risque de trafic.

“- Après les fouilles, les surveillants nous rapportent les médicaments qu’ils ont trouvés dans les cellules. On cherche alors dans les dossiers médicaux des détenus pour savoir si ces médicaments leur avaient été effectivement prescrits. Force est de constater que très souvent, les médicaments trouvés ne correspondent à aucun traitement. En fait, il y a beaucoup de trafic, pour une cigarette ou pour autre chose. Il y a plein de formes de marchandages. Il paraît que le doliprane dans le coca, c’est très sympa... Il paraît que les filets de banane trempés dans l’hexoméline et séchés, c’est terrible...”

Infirmière psychiatrique, 50 ans, 10 ans d’ancienneté en milieu pénitentiaire,  
intervenant à plein-temps dans une grande maison d’arrêt

Les médecins se présentent alors comme ceux qui *doivent*, au nom d’un critère clinique, limiter la demande des patients parce que ceux-ci demandent *trop* de médicaments, parce que leur demande n’est pas justifiée *médicalement*.

“- C’est pas toujours facile de se situer car il y a aussi des détenus qui sont infernaux ; c’est comme partout, il faut faire la part des choses. Il ne faut pas qu’on se fasse prendre en sandwich entre l’Administration Pénitentiaire et les détenus. Il ne faut pas non plus qu’on dise amen à tout ce que les détenus veulent. Par exemple, il y a un détenu toxicomane qui arrive, en disant "ce que vous donnez comme sevrage, c’est du pipi de chat, ça sert à rien", il faut qu’on reste ferme sur nos positions. Sinon, on ne fait plus notre boulot.”

Médecin, 45 ans, 10 ans d’ancienneté en milieu pénitentiaire,  
intervenant à mi-temps dans une grande maison d’arrêt

Que les décisions de refus de prescription se justifient aux yeux des professionnels par des impératifs cliniques, liés à l’évaluation de la pathologie des patients, ne doit pas empêcher le sociologue de s’interroger sur la construction des façons d’évaluer une pathologie et de lui associer une médication. S’il n’est ni notre objet ni de notre compétence de juger si les praticiens prescrivent pas assez ou trop peu ou de donner raison aux détenus qui ne voient pas leurs demandes satisfaites, il convient néanmoins de s’interroger sur la façon dont se construit le critère clinique ou médical, par rapport auquel les professionnels justifient leur prescription de médicaments ou leur refus de prescription.

Dans cette perspective, il faut noter que certains médecins reconnaissent que les médecins intervenant en milieu pénitentiaire ne prescrivent pas autant qu’ils le font ou pourraient le faire en milieu libre. Certes cette reconnaissance est rare et prend souvent les contours d’une dénonciation : ces actions sont souvent imputées aux autres médecins et non reconnues pour soi-même. Mais la confrontation des entretiens permet néanmoins de supposer que ces actions, si elles sont rarement avouées, ne sont pas rares. Aussi voit-on par exemple des médecins qui prescrivent moins que l’Autorisation de Mise sur le Marché des médicaments ou refusent d’entamer des traitements de substitution, alors que ces décisions sont exceptionnelles en milieu libre.

“- On évoquait l’autre jour les problèmes d’orthodoxie. Comme c’est un marché captif, on a une orthodoxie beaucoup plus grande qu’on peut imposer. Dehors, on arrive à donner des doses de benzodiazépines quelquefois qui sont supérieures à celles qu’on peut donner en prison. Ou tout au moins à l’inverse, on peut imaginer que des médecins de médecine pénitentiaire décident de restreindre leurs prescriptions en détention en disant “- On va se tenir au strict minimum pharmacologique et puis s’ils se plaignent, tant pis pour eux. Ils peuvent pas changer de médecins et ils peuvent pas se sauver. Alors de toutes façons, c’est à prendre ou à laisser”. Or la médecine française n’a pas pour tradition de travailler sous la forme “- C’est à prendre ou à laisser”. La médecine française travaille sous la forme “- Voilà mon offre et vous pouvez prendre un autre avis”. Donc ça, c’est vraiment une des différences fondamentales qui existent entre le dedans et le dehors. On a beau dire...”

Psychiatre, 55 ans, 25 ans d’ancienneté en milieu pénitentiaire,  
intervenant à plein-temps dans une grande maison d’arrêt

Il faut d’abord noter que ce discours, en forme d’aveu implicite, a nécessité une longue mise en confiance. L’entretien se déroule ici en milieu pénitentiaire auprès d’un médecin que j’avais rencontré dans le cadre d’un autre entretien et avec qui j’avais eu des contacts téléphoniques réguliers. Lors du premier entretien, ce psychiatre s’était contenté de présenter son service, avant d’évoquer succinctement le fait que le patient ne pouvait pas choisir son médecin en milieu pénitentiaire, ce qu’il appelait un “problème d’orthodoxie”. Dans cet extrait issu de la retranscription du second entretien, le psychiatre a été invité à revenir sur cette question. Il laisse alors supposer que certains médecins intervenant en prison profitent de la situation institutionnelle du détenu pour limiter leurs prescriptions. L’évocation tardive dans nos rencontres de cette pratique laisse penser que c’est une pratique difficilement avouable et avouée.

Nous pouvons remarquer par ailleurs que le psychiatre n’évoque cette action que sur un mode conditionnel (“on peut imaginer”) et qu’il l’évoque pour la critiquer ouvertement. Le changement de sujet (“on” devient “des médecins en milieu pénitentiaire”) montre que le psychiatre tend à s’exclure du groupe des médecins qui limitent leurs prescriptions en prison : la pratique semble plus facilement avouable lorsqu’elle est attribuée à d’autres. Ces formes de précaution prennent tout leur sens si l’on sait qu’un des collègues de ce psychiatre m’a confié dans un autre entretien que l’équipe de psychiatres de l’établissement s’était donnée une règle pour la prescription de médicaments et que cette règle consistait à prescrire moins qu’à l’extérieur.

L’extrait montre que la prescription de médicaments est en partie liée à la position institutionnelle du malade en prison : le praticien est en situation de refuser ou de limiter des prescriptions, parce qu’il est en situation de monopole. Les précautions utilisées par le psychiatre montrent que cette situation est peu avouable. Elle constitue comme un tabou car elle met en lumière une opposition nette entre une norme d’action (la prescription ne doit pas dépendre du milieu d’exercice) et un comportement effectif.

On retrouve ce tabou dans d'autres entretiens qui montrent que les modes de soins prescrits par les médecins intervenant en prison ne sont pas indépendants du milieu d'exercice. Certains médecins s'autorisent ainsi des sevrages forcés, des refus de prescription (par exemple, des refus de prescrire des traitements de substitution). Les règles de prescription au sein d'un même service sont par ailleurs courantes.

“- Beaucoup de toxicomanes sont incarcérés et arrivent en état de manque ; ils demandent très vite des tranxènes, des rohypnols. Quelle attitude avoir face à ces demandes ? Est-ce que l'on doit imposer un sevrage à quelqu'un qui ne chercherait pas à se sevrer s'il n'était pas en prison ? Est-ce que l'on doit lui imposer un soin ? Est-ce que l'on doit le priver d'un produit qu'il pourrait trouver sans difficulté à l'extérieur ? Les avis sont partagés. Dans certaines maisons d'arrêt, les médecins ont supprimé les hypnotiques. Dans d'autres, non. A X, le médecin généraliste et moi-même, on s'est parfois retrouvé en porte-à-faux parce qu'un détenu venait nous voir séparément pour obtenir des médicaments que l'un avait refusé de prescrire et que l'autre était tenté de prescrire. On a donc élaboré un protocole et convenu que c'est désormais lui qui prescrit les médicaments et que je n'en prescris plus, sachant que je vois avec lui comment adapter les doses prescrites à chaque détenu.”

Médecin psychiatre, 45 ans, intervenant depuis six mois  
trois demi-journées par semaine dans une petite maison d'arrêt

Au delà de la prescription de médicaments, c'est ce qui est “justifié médicalement” — c'est-à-dire ce qui apparaît le plus indiscutable et le plus indiscuté dans la profession médicale — qui semble dépendant de la situation d'exercice. Le refus de certaines demandes des détenus s'explique le plus souvent au regard d'objectifs jugés proprement thérapeutiques. Il reste que les critères de jugement sont influencés par le milieu d'exercice. Les représentations de la santé et de la maladie des professionnels de santé intervenant en milieu pénitentiaire, et par là leurs représentations de ce qui est médical ou non, justifié ou injustifié, légitime ou illégitime sont profondément influencées par ce milieu d'exercice. Un des enjeux des discours des acteurs de santé est de nier cette influence car celle-ci remet fondamentalement en cause leur sentiment d'appartenance aux professions de santé, dont un socle semble être justement une définition commune de la santé, de la maladie et du médical.

## **4.2. Pouvoir dire non**

La définition du clinique, du contenu technique, du médical ou du sanitaire n'est pas totalement indépendante de la position institutionnelle du malade. Si les médecins et les infirmiers intervenant en prison peuvent imposer leur propre définition de la maladie et du clinique — ainsi que leur vision fonctionnelle de la relation thérapeutique —, c'est d'abord parce que le malade en prison n'est pas en position de contester ce choix. Les médecins et les infirmiers sont en situation de



pouvoir dire non à leurs patients, ce qui les différencie de beaucoup de leurs collègues intervenant en milieu libre.

La position institutionnelle du malade incarcéré est d'abord radicalement différente de celle du patient en milieu libre. Les détenus n'ont généralement pas le choix de leur médecin traitant. Dans les petits établissements, les équipes médicales et soignantes sont réduites, parfois à un médecin et un infirmier. Dans les plus grands établissements, il est courant que les médecins se répartissent les patients selon un ordre alphabétique. Quand un choix est proposé aux détenus, celui-ci reste limité car le nombre de règles d'action que se fixent les professionnels réduit largement la variété des offres de soins. Par ailleurs, l'impossibilité pour les détenus de choisir leur médecin ou leur infirmier implique aussi une quasi-impossibilité d'exprimer leur mécontentement.

“ - Quand je suis en conflit avec un détenu, je lui dis : “- On n'est pas d'accord sur tel problème ; moi, je pense que je fais bien ; vous, vous pensez que je n'ai pas raison. Et bien, écoutez, OK, il faut qu'il y ait une tierce personne qui tranche”. A ce moment-là, la tierce personne, c'est le médecin-inspecteur de la DDASS. Et je demande au détenu de lui faire une lettre pour qu'il vienne statuer. Son boulot, c'est de venir voir le dossier, de m'interroger, d'interroger le détenu et de faire un rapport. On essaye de faire au mieux, et après tout, s'il y a désaccord, c'est une tierce personne qui tranche, et c'est normal, c'est logique.”

Médecin, 45 ans, 10 ans d'ancienneté en milieu pénitentiaire,  
intervenant à mi-temps dans une grande maison d'arrêt

Les voies d'expression du mécontentement sont possibles, comme le rappelle non sans quelque cynisme ce médecin : le détenu mécontent peut en appeler à un médecin-inspecteur de la DDASS. Il reste que la complexité de ces voies d'expression — à évaluer au regard de la difficulté de nombreux détenus à écrire des lettres administratives — rend ces voies peu utilisées. Il arrive que les médecins-inspecteurs soient convoqués, mais cela ne concerne que les cas extrêmes (non assistance à personne en danger) et c'est souvent par le biais des avocats. Le détenu n'a pas ainsi cette voie de mécontentement, qui est la plus employée en milieu libre : celle de changer de médecin ou d'infirmier.

Dès lors, dans les faits, les médecins et les infirmiers se trouvent en situation de “marché captif” ou de “monopole” pour employer des termes économiques. Tels les “price makers”, ils décident du contenu de la consultation et des formes de la prescription. Les détenus, tels les “price takers”, ne peuvent qu'avaliser ces décisions. Cette situation tranche particulièrement avec l'organisation du secteur libéral de la santé en milieu libre. Certains professionnels ont d'ailleurs choisi d'intervenir en milieu pénitentiaire pour quitter ce secteur libéral qu'ils jugent trop “concurrentiel”.

*“- Vous disiez “- J'en avais marre du libéral” ...*

- Oui, j'en avais marre d'être seul. J'en avais surtout marre de faire un travail de commercial, d'infirmier commercial. Etre infirmier commercial, c'est se vendre pour s'en mettre plein les poches, c'est être en concurrence avec les collègues du quartier, c'est être toujours en forme, c'est soigner non des patients mais des clients. Et je peux vous dire que les clients, c'est ingrat. A partir du moment où ils payent, ils estiment avoir droit à tout. Ici, ce n'est pas le cas. En plus, j'avais une clientèle de cas sociaux. Et les cas sociaux, je préfère m'en occuper en prison.

- *Intervention d'une infirmière : Non, mais qu'est-ce que c'est que ça ?*

- J'exagère un peu, mais c'est vrai que ma clientèle, hormis les personnes âgées des maisons de retraite, c'étaient des cas sociaux. Il leur fallait tout, et tout de suite. Et puis ici, il faut avouer que j'ai des super horaires, que c'est une super équipe, bref j'ai trouvé un certain équilibre psychologique. (rires). Non, toute plaisanterie mise à part, c'est quand même vrai qu'on a de bonnes conditions de travail ici. C'est pas l'exploitation."

Infirmier somatique, 25 ans, 6 mois d'ancienneté en milieu pénitentiaire, intervenant à plein-temps dans une grande maison d'arrêt (entretien collectif)

Cet extrait est significatif des enjeux de la situation institutionnelle du détenu sur les modes d'actions et de représentations de certains professionnels de santé intervenant en prison. Si la référence est le milieu libéral, on peut lire en creux l'intérêt que porte cet infirmier à soigner des personnes détenues : c'est de pouvoir ne pas être toujours en forme, c'est de soigner des patients qui ne sont pas des clients en position de vouloir tout et tout de suite. Hormis cette remarque, aucun autre propos ne fait référence aux personnes détenues, ou encore aux patients. On voit ici que le détenu est conçu comme un patient qui doit accepter l'offre de soins telle qu'elle lui est proposée. Le professionnel se sent quant à lui en position d'imposer sa conception du soin. La position institutionnelle du patient et les modes d'exercice qui en résultent chez certains professionnels de santé différencient nettement le milieu carcéral et le milieu libéral. Si l'on cherche maintenant à situer la position institutionnelle du détenu dans le système de soin pénitentiaire par rapport à la position du patient dans le système public hospitalier, les différences sont certainement moins grandes, mais néanmoins persistantes.

L'asymétrie de position entre le professionnel de santé et le détenu et ses effets sur la relation thérapeutique et la prescription de soins sont d'ailleurs souvent mis en évidence par les détenus eux-mêmes. Dans l'enjeu que constitue le refus des professionnels de répondre à certaines demandes, les détenus ne sont pas dupes. Certaines demandes visent même à mettre à l'épreuve les professionnels. C'est par exemple le cas de ce détenu qui vient demander au médecin que lui soient enlevés ses tatouages.

Médecin : “- Bonjour. C'est un monsieur de l'université, il a mon accord. Asseyez-vous donc. Alors, la sortie, c'est pour bientôt ?”

Patient (qui ne s'assied pas) : “- Non, pas pour tout de suite. Mais justement, je viens vous voir parce que je voudrais me faire enlever mes tatouages. Vous voyez, ces tatouages sur les mains, c'est possible de les faire enlever ?”

Médecin : “- Ah, ça, c'est pas possible. Ça ne relève pas du service médical de la maison d'arrêt. A la sortie, si vous voulez, vous pourrez aller dans un hôpital et les faire enlever. Mais ici, ce n'est pas possible. On ne peut pas prendre cela en charge. L'hôpital ne prend pas ce genre de demande en charge.”

Patient : “- Mais, vous comprenez, c'est pour mon insertion. Quand je rencontre un employeur, s'il voit mes tatouages, c'est sûr, il ne me prend pas. C'est pas possible de le prendre en charge, si c'est pour mon insertion ?”

Médecin : “- Non, c'est pas possible. Je suis catégorique.”

Patient : “- Je viens aussi parce que j'ai très mal au ventre. J'arrive pas à digérer. Vous n'auriez pas un traitement ?”

Médecin : “- On va voir cela.”

Patient : “- Je ne peux pas pour le moment. J'ai un parloir maintenant, je suis super pressé. Je repasserai tout à l'heure.”

Médecin, 50 ans, 10 ans d'ancienneté en milieu pénitentiaire, intervenant une journée par semaine dans une petite maison d'arrêt

Ici, la demande a clairement un aspect de bravade auprès d'un médecin connu dans cet établissement comme quelqu'un de strict, peu conciliant avec les détenus. Le ton amusé et la façon peu solennelle dans lesquels a été formulée la demande semblent montrer que c'est une manière de tester ou même de provoquer un médecin jugé peu sympathique et soucieux de respecter le sérieux de la relation médicale. Il ne s'agit pas de dire ici que la personne détenue ne juge pas important ou légitime de se faire enlever ses tatouages, mais de souligner que ce détenu sait alors pertinemment que sa demande sera rejetée. Le caractère provocateur de la demande apparaît par ailleurs dans le refus par le détenu des standards de la consultation tels que les conçoit le médecin : il ne s'assoit pas alors que le médecin le lui propose, il met fin à la consultation de lui-même, en montrant que c'est lui qui maîtrise le temps de la rencontre. La furie du médecin après le départ du patient et le fait que ce dernier ne reviendra finalement pas, semblent enfin confirmer le caractère plus provocateur que “sincère” de cette demande. Il reste que la forme de l'interaction montre que le médecin s'est toujours senti en position de juger de ce qui était justifié et de l'imposer.

“- On a mis des années à discipliner l'Administration Pénitentiaire vis-à-vis du secret médical, et maintenant, on se retrouve avec des escortes dans les cabinets médicaux, et ce, à la demande des médecins ou des infirmiers. Je ne dis pas que c'est toujours un scandale. Si pour faire une radio du genou, vous devez enlever les entraves à un détenu dont vous savez qu'il a de fortes chances de vouloir s'évader, on peut comprendre. Mais qu'il y ait une surveillante pendant un accouchement, cela me chiffonne un peu. Il y a toute une culture que le CHU n'a pas. Ils font parfois des réflexions d'une candeur surprenante. D'autres fois, ce sont des réflexions d'un très grand cynisme. Je pense à un médecin qui était très fier de raconter en congrès qu'après avoir reçu une détenue voulant avorter, il a interrogé le comité d'éthique sur l'avortement... au lieu de lui prendre immédiatement un rendez-vous dans un centre I.V.G.. Quand il a eu la réponse, le délai légal était dépassé. Il ne lui est pas venu à l'idée de téléphoner à un grand ancien. S'il l'avait fait, la réponse aurait été pourtant simple : symétrie avec

l'extérieur. En plus, il était fier. Il y a d'autres exemples : un pharmacien hospitalier qui refuse de prescrire des hormones à un transsexuel. Imaginez un peu : un transsexuel incarcéré à qui on refuse des hormones : il perd ses seins, il a de la barbe, il n'est plus rien, il est fini. C'est typique des CHU, d'une culture scientifique hospitalière. Ils ne sont absolument pas préparés au milieu pénitentiaire, moins encore à être en compétition avec une autre administration."

Psychiatre, 55 ans, 25 ans d'ancienneté en milieu pénitentiaire, intervenant à plein-temps dans une grande maison d'arrêt

De par la situation institutionnelle du malade en milieu pénitentiaire, les professionnels de santé ont donc le pouvoir de ce qu'ils sentent comme leur devoir. En cela le milieu pénitentiaire permet aux acteurs de santé d'être plus proches du *Code de Déontologie* que certains de leurs confrères en milieu libre. L'article 24 interdit au médecin "tout acte de nature à procurer au patient un *avantage matériel injustifié ou illicite*", l'article 50 prévoit que le médecin doit, sans céder à *aucune demande abusive*, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit". Il est clair que les notions d'abusif, d'injustifié ou même d'illicite sont fondamentalement subjectives. On voit ici que l'application du devoir, au fondement de la déontologie médicale, apparaît très liée au milieu d'exercice.

Pour conclure cette sous-partie, on peut rappeler une nette opposition entre les normes d'action et les comportements effectifs des professionnels de santé intervenant en prison. Les normes d'action sont censées être fidèles à l'esprit de la déontologie médicale : les formes de la consultation et de la prescription en prison ne seraient ainsi pas dépendantes du milieu d'exercice et de la position institutionnelle du patient en milieu carcéral. Dans les faits, cette position institutionnelle semble expliquer de nombreux traits des actions et des représentations des professionnels de santé intervenant en prison. Ceux-ci s'autorisent des pratiques qu'ils ne peuvent ou ne pourraient s'autoriser en milieu libre. Le fait d'avoir les pouvoirs de ce qui leur paraît comme leur devoir, fait que leur définition de leur devoir est éminemment différente de celle de leurs confrères libéraux ou hospitaliers. Plus encore, ce qu'ils définissent comme "justifié médicalement" est largement lié au milieu d'exercice pénitentiaire et à la position institutionnelle du détenu. On voit ainsi que le cadre carcéral reste totalitaire pour les détenus au sens où il les prive d'un accès à la santé équivalent à l'accès en milieu libre.

## Conclusion

Au terme de ce chapitre consacré à l'exercice professionnel des médecins et des infirmiers intervenant en prison, observé à travers la relation thérapeutique, se dégagent deux enseignements majeurs.

Le premier permet d'approcher les formes de soins auxquelles ont accès les détenus en prison. Hormis quelques exceptions, les consultations sont limitées à quelques minutes et résumées à des actes proprement techniques (question initiale sur les maux ressentis, rédaction d'une ordonnance, auscultation dans de rares cas). Les professionnels de santé entendent généralement avoir des actes "fonctionnels" qui doivent se limiter à un traitement des maladies organiques. C'est ce que l'on a appelé l'organicisme des professionnels de santé. Les manifestations de cet organicisme sont nombreuses. Par exemple, le traitement de certains troubles ("coups de cafard", "maladies psychosomatiques", "choc de l'incarcération" pour reprendre des expressions courantes) — auxquels les médecins refusent le statut de "pathologies" — est refusé tant par les médecins que par les infirmiers, tant par les somaticiens que par les psychiatres. Ceux-ci préfèrent alors renvoyer les détenus sur les psychologues, à défaut sur les assistants sociaux et les visiteurs. Il est même arrivé que les somaticiens et les psychiatres se renvoient la responsabilité du suivi d'un détenu suicidaire, ne sachant pas si sa tentative de suicide avait une origine psychiatrique ou somatique. L'organicisme réduit ainsi souvent les détenus à des pathologies qu'il s'agit de répartir selon une classification organique tranchée.

Dans la même perspective organiciste, les discussions avec les patients sont réduites au minimum, souvent abrégées et refusées quand elles ne portent pas sur un symptôme organique ou clinique. Les demandes des détenus pour obtenir des douches quotidiennes, des contre-indications à l'isolement, une cellule seule sont aussi éconduites sans détours. Les professionnels de santé disent en effet avoir le devoir de refuser certaines demandes qu'ils estiment injustifiées. L'exemple le plus courant est celui des demandes insistantes de médicaments auxquels ils se sentent en devoir de résister, au nom d'un critère clinique. Il reste que certaines pratiques montrent que la perception de ce critère clinique est loin d'être universelle et est au contraire très dépendante de la situation institutionnelle du patient en prison. Le fait qu'un patient incarcéré ne puisse pas changer de médecin ou de services de soins permet ainsi à certains médecins de refuser de prescrire certains traitements (traitements de substitution notamment), de décider de prescrire moins en prison que leurs collègues ou eux-mêmes ne le font à l'extérieur.

Cette description des relations thérapeutiques montre que si les détenus ont accès à des services de soins en prison, cet état de fait est loin de leur garantir un accès équivalent à celui dont ils pourraient disposer à l'extérieur. Leur situation de personnes incarcérées semble en effet autoriser

des pratiques qui ont peut-être cours en milieu libre, mais que le patient peut généralement contourner s'il le souhaite. Il ne s'agit évidemment pas ici de prétendre que le choix des médecins ou des services de soins est entièrement libre en milieu libre<sup>311</sup>. Il s'agit de montrer comment le milieu pénitentiaire autorise des pratiques singulières du seul fait de la position institutionnelle du patient. En cela, l'institution prison reste une institution totalitaire telle que nous l'avons définie dans le chapitre 1.

Le second enseignement de ce chapitre concerne la variété des actions et des représentations des professionnels de santé intervenant en prison. En cherchant à tracer les contours généraux des relations thérapeutiques en prison, on s'aperçoit que les principes en apparence communs aux différents professionnels cachent des comportements effectifs souvent hétérogènes. Les normes de comportement sont généralement partagées par la plupart des professionnels de santé : le souci de considérer les détenus comme des patients ordinaires, la neutralité affective, le respect strict des impératifs déontologiques, la volonté d'exercer comme en milieu libre sont des principes affichés par la grande majorité des professionnels. Seuls quelques médecins et infirmiers avouent faire peu de cas de ces principes et expriment leur proximité avec les surveillants, leur peur des détenus, leur volonté de connaître les motifs d'incarcération, leur faible préoccupation pour le secret médical, la spécificité de l'exercice en milieu pénitentiaire. Hormis ces exceptions, les professionnels de santé intervenant en prison paraissent unis autour des mêmes enjeux ; ils affichent surtout leur proximité avec les professionnels extérieurs, en niant l'influence du milieu d'exercice pénitentiaire. Mais de la norme aux comportements effectifs, les écarts sont nombreux et importants.

Les relations thérapeutiques sont d'abord plus ou moins éloignées du modèle de la neutralité affective. Certains professionnels manifestent ainsi une large méfiance, parfois de la peur, à l'égard de détenus présumés dangereux. S'ils se disent attachés au principe du colloque singulier, ils reconnaissent aussi faire parfois appel aux surveillants quand ils doivent soigner certains détenus. Tout en disant vouloir ne pas connaître les motifs d'incarcération pour ne pas être influencés, certains professionnels ne sont pas opposés à les connaître, d'autres font tout pour ne pas les connaître. Certains affirment l'impératif éthique du secret médical mais disent que cet impératif est impossible à tenir en milieu pénitentiaire, tandis que d'autres font de cet impératif le centre de leurs préoccupations. On voit ainsi poindre une grande diversité d'actions et de représentations, derrière des effets d'affichage communs. Que recouvre alors le groupe des professionnels de santé en prison ? Un groupe réellement homogène ou des groupes éclatés dont l'unité ne serait préservée que

---

<sup>311</sup>On pense notamment à l'importance des revenus et de la couverture sociale dans la délimitation de l'éventail des choix de chacun.

par les seuls effets d'affichage et les seules dénominations professionnelles communes ? C'est à ces questions que nous nous proposons de répondre dans le prochain et dernier chapitre consacré aux professions de la santé en prison.





## **Chapitre 7**

# **Les logiques d'action des professionnels de santé en prison**

Pour terminer notre cheminement au coeur du monde des professionnels de santé intervenant en prison et accéder à un autre niveau de sa réalité, on se propose de recourir à un dernier angle d'analyse, une dernière technique de peinture. Après avoir observé ce monde sous un regard diachronique, sous l'optique de l'autonomie des acteurs dans le système de contraintes pénitentiaire et sous le prisme des relations thérapeutiques, il s'agit de partir des logiques d'actions pour offrir un moment de compréhension synthétique de la diversité des actions et des représentations des professionnels de santé intervenant en prison. Il s'agit ainsi de saisir les enjeux et les effets des groupes de référence, des dénominations professionnelles, des masques et des miroirs utilisés par les acteurs pour désigner ce qu'ils croient ou ce qu'ils voudraient être leur groupe d'appartenance.

Après avoir rendu compte de la diversité des actions et des représentations des professionnels de santé intervenant en prison à travers la construction d'une typologie des groupes d'action similaires, nous montrerons que les groupes de référence si souvent mobilisés par les acteurs eux-mêmes ne sont sans doute pas les mieux à même de rendre compte de cette diversité, mais qu'ils expliquent largement les façons qu'ont les acteurs de se représenter et de présenter leurs actions, plus particulièrement la façon qu'ont beaucoup de médecins et d'infirmiers intervenant en prison de nier la prégnance du milieu pénitentiaire et de se rattacher aux professions de la santé intervenant en milieu libre. Nous tenterons alors de dégager l'effet que peut avoir le milieu pénitentiaire sur les modes d'actions et de mises en scène des professionnels de santé.

# 1. Typologie des groupes d'acteurs

Il s'agit dans cette partie de construire une typologie qui rende compte de la diversité des actions et des représentations des professionnels de santé intervenant en prison. Le principe de la construction est de dresser des idéaux-types qui permettent de repérer les principaux groupes d'acteurs, selon les similarités d'actions et de représentations. Il faut rappeler que la similarité est ici jugée d'un point de vue extérieur (cf. chapitre 2). Ce rappel ne signifie pas une négation du sens que l'acteur donne à son action : la similarité des actions et des représentations de différents acteurs est jugée du point de vue de la similarité des sens que ces acteurs donnent à leurs actions. Il s'agit toutefois de ne pas superposer le discours des acteurs et l'analyse sociologique en supposant *a priori* que les groupes de référence mobilisés par les acteurs correspondent nécessairement à des actions et des représentations identiques. En d'autres termes, le fait que deux acteurs fassent référence ou pensent appartenir au même groupe d'acteurs ne signifie pas que certaines de leurs actions et représentations ne soient pas fondamentalement différentes, sinon antagonistes. L'usage d'une même référence sera jugé comme un élément de similarité entre les acteurs mais ne sera pas considéré comme une description suffisante de la dynamique des professions de santé. Nous verrons d'ailleurs dans l'ensemble de ce chapitre que beaucoup de professionnels de santé, masquant parfois sciemment leurs différences de comportement, font référence à des groupes d'acteurs qui ne semblent avoir qu'une réalité nominale ou discursive.

Quatre grands groupes d'acteurs ont pu être dégagés, à partir de l'étude des formes de similarité d'actions et de représentations chez les professionnels de santé intervenant en prison :

- les "organicistes", assurément les plus nombreux, sont ceux qui centrent leur activité autour de l'acte technique du soin ;
- les "spécialistes pénitentiaires" sont ceux qui entendent faire reconnaître une forme de spécificité de l'exercice des métiers de santé en prison ;
- les "consensuels" sont ceux qui cherchent avant tout à éviter les conflits avec les personnels pénitentiaires ;
- les "puristes" sont ceux qui font du respect de la déontologie l'alpha et l'oméga de leur activité.

Cette typologie des groupes d'acteurs a été construite en dégagant pour les différents acteurs rencontrés l'axe principal qui semblait organiser leur travail, leurs actions et leurs représentations, et plus largement leur expérience professionnelle en milieu pénitentiaire. Cet axe principal

renvoyait parfois à un modèle normatif (organicistes, puristes, spécialistes pénitentiaires), parfois à une absence apparente de modèle normatif (consensuels). Il renvoyait parfois à une forte imprégnation des comportements effectifs par les normes de comportements (spécialistes pénitentiaires, puristes), parfois à une nette dichotomie reconnue et légitimée entre les possibles aspirations normatives et les actions effectives (organicistes). L'absence ou la présence de modèles de comportement, la variété des modèles de comportement mobilisés, les différences de prégnance de ces modèles sur les comportements effectifs, la variété des façons de vivre les tensions entre les aspirations normatives et les actions concrètes ainsi que la multiplicité des ajustements trouvés pour réduire ces tensions, font que la typologie proposée sera nécessairement simplificatrice.

Cette typologie ne prétend d'ailleurs pas embrasser la complexité du réel. Elle s'appuie néanmoins sur l'idée qu'il est possible d'éclairer cette complexité en cherchant à la rendre *intelligible* : les axes principaux, autour desquels a été construite la typologie des groupes d'acteurs, sont des formes pures dont on ne retrouvera pas nécessairement la pureté chez tous les acteurs, mais sont un moyen de comprendre et d'exposer la diversité des actions et des représentations des professionnels de santé intervenant en prison.

La typologie renvoie-t-elle à un découpage exhaustif et exclusif ? Du point de vue de l'exhaustivité, il faut noter que la typologie ne fait pas de place à quelques-uns des professionnels de santé rencontrés en entretien : ce sont ceux que l'on pourrait appeler les "idéologues pénitentiaires", qui sont responsables de services de soins en prison mais qui n'y interviennent pas personnellement. Le discours de ces professionnels insiste généralement sur la nécessité de combiner les dimensions fonctionnelle et relationnelle du soin, le souci de faire de la médecine en prison une spécialité sans en faire une sous-médecine, la prise en compte des contraintes du milieu pénitentiaire tout en respectant parfaitement la déontologie médicale et soignante. On ne prendra pas en compte ces discours dans la typologie car celle-ci vise essentiellement une compréhension des articulations entre les modèles de comportement et les comportements effectifs. Les quelques "idéologues pénitentiaires" ne peuvent éclairer ces articulations car ils n'interviennent pas en prison. Leur discours permet seulement de repérer des modèles de comportement que les professionnels intervenant en prison peuvent mobiliser ou au contraire refuser. La typologie proposée se limite donc à une typologie des professionnels de santé *exerçant* en prison.

Si l'on s'intéresse maintenant à l'exclusivité des catégories de cette typologie, il doit être clair que les limites entre les différents groupes ne sont pas réellement aussi tranchées que l'énumération pourrait le laisser penser. Par exemple, tous ceux que j'aurais tendance à classer parmi les puristes

ne partagent pas exactement la même conception de la déontologie et la même représentation de sa nécessaire application en prison. Si la priorité donnée au respect de la déontologie est limpide chez certains puristes, elle peut paraître nuancée chez d'autres puristes. Le respect de la déontologie peut par ailleurs, sans constituer une priorité, représenter un modèle normatif important chez des professionnels qui se rapprochent d'autres modèles, comme ceux des organicistes ou des spécialistes pénitentiaires. Dans la même perspective, il est clair qu'aucun professionnel de santé intervenant en prison n'est totalement organiciste, qu'aucun ne l'est absolument pas. Avoir construit un groupe idéal-typique "les organicistes" permet néanmoins de caractériser tous ceux dont l'organicisme semble prendre le pas sur les autres dimensions de leur activité. On conviendra donc de considérer cette typologie comme un essai de représentation des pôles vers lesquels tendent certains comportements, plutôt que comme une représentation "verrouillée" des groupes d'acteurs.

Quelles sont les caractéristiques des quatre groupes mis en évidence ? Quels sont les modèles normatifs valorisés ? Que révèlent les discours sur les tensions ressenties entre normes de comportement et comportements effectifs ?

## **1.1. Les "organicistes"**

Tandis que certains professionnels de santé valorisent au moins dans le discours l'aspect relationnel du soin et la prise en compte du contexte de l'incarcération, les organicistes — assurément les plus nombreux parmi les professionnels de santé intervenant en prison — entendent centrer leur activité autour de l'acte technique du soin. Si l'organicisme est de fait un trait dominant des relations thérapeutiques en prison (cf. chapitre 6), il est ainsi particulièrement porté par des professionnels pour lesquels l'organicisme constitue un modèle normatif. Il s'agit alors de se limiter *volontairement* à un traitement des organes, en négligeant tout ce qui a trait à la personne dans sa globalité et plus encore au statut de personne incarcérée. Ces professionnels disent qu'ils sont médecins ou infirmiers, qu'ils ne veulent être rien d'autre ; ils disent aussi qu'ils veulent être médecins et infirmiers comme ils le seraient à l'extérieur. Ils entendent se limiter à ce qu'ils considèrent comme leur rôle de médecin et d'infirmier, en l'occurrence un rôle technique de traitement des pathologies organiques. Pour comprendre leur rationalité, les bonnes raisons qu'ils ont d'agir ainsi, il faut situer leur but : l'absence ou la résorption des maladies, tout au moins des "maladies médicalement attestées". Le moyen devient un soin hyper-fonctionnel, efficace, souvent médicamenteux. L'attachement à soigner les organes fait que tous les autres aspects du travail sont négligés, minorés, mésestimés, jugés sans importance.

De façon générale, ce sont des professionnels qui entendent ne pas s'impliquer, ne prendre position ni pour ou contre la prison, ni pour ou contre les détenus, ni pour ou contre les surveillants. Le milieu d'exercice pénitentiaire est présenté comme un milieu d'exercice comme un autre, même s'il est parfois jugé plus contraignant. Les groupes de référence de ces professionnels sont des groupes qui dépassent le milieu pénitentiaire. La plupart des organicistes se sentent appartenir ou entendent montrer appartenir à *la* grande profession de la santé, à *la* profession des médecins, à *la* profession des infirmiers, à *la* profession des hospitaliers. L'usage de tous ces groupes de référence semble permettre de nier la particularité, voire la prégnance, du milieu d'exercice pénitentiaire.

Quelles sont les actions et les représentations effectives des "organicistes" ? Il faut d'abord noter que ces professionnels parviennent généralement sans difficultés à faire correspondre leurs comportements effectifs aux modèles de comportement qu'ils défendent. De leur point de vue, le plus important pour des professionnels de santé intervenant en prison est de pouvoir soigner les pathologies organiques des détenus, ce qu'ils parviennent à faire sans grandes difficultés : ils arrivent à voir tous les détenus qu'ils ont l'intention de recevoir, même s'il faut parfois les faire attendre quelques jours ; ils n'ont guère de contraintes en termes de prescription de médicaments et d'examens biologiques et radiologiques ; ils peuvent s'appuyer sur les hôpitaux publics de rattachement pour le traitement de pathologies graves et des urgences. En termes de résultats, ces professionnels peuvent ainsi affirmer que le suivi sanitaire des détenus est convenable, satisfaisant, identique à celui du quidam en milieu libre, sinon meilleur.

Au quotidien, les organicistes enchaînent souvent les consultations, limitées à un temps minimum : celui de l'auscultation et de la prescription. Contrairement à d'autres médecins et infirmiers, ces professionnels ne disent pas manquer de temps pour effectuer leurs consultations, pour effectuer de "bonnes consultations". La bonne consultation est alors définie comme une consultation rapide, efficace. Quand le patient se perd en états d'âme, il est très vite renvoyé sur d'autres professionnels jugés plus compétents pour gérer ceux qui n'ont pas le moral ou qui ont des problèmes jugés psychologiques ou psychosomatiques. Les discussions des détenus avec les organicistes sont donc rares et éphémères. Tout ce qui a trait à des demandes jugées non organiques (appui du professionnel pour obtenir un transfert, une cellule seule, une contre-indication à l'isolement, etc.) est refusé catégoriquement. Les relations entre les organicistes et les personnes détenues sont donc très impersonnelles, limitées à des actes techniques et à un échange de formules de politesse, censées attester le statut de patients ordinaires des détenus ou encore la neutralité affective des professionnels.

Les organicistes appuient leur travail sur une représentation très clivée de la division du travail. Cette représentation porte d'abord sur la division du travail médical, qui se manifeste par une classification tranchée des pathologies. Les organicistes somaticiens ne veulent pas traiter ce qu'ils pensent avoir trait aux pathologies psychiatriques, les organicistes psychiatriques ne veulent pas gérer ce qui n'a pas trait à ce qu'ils définissent eux-mêmes comme des pathologies psychiatriques. Un exemple de ce partage est celui, évoqué par un psychiatre, d'un patient qui a tenté de se suicider en ingérant des psychotropes. Le service somatique, alerté par les surveillants, renvoie le patient sur le service psychiatrique, expliquant que les médicaments ingérés ont été prescrits par le service psychiatrique. Le service psychiatrique accepte de soigner le patient, tout en soulignant que les intoxications médicamenteuses relèvent plutôt d'une urgence somatique et qu'elle devrait être traitée par les généralistes.

Tandis que dans certains services, la division du travail entre médecins et infirmiers peut se faire en fonction de la quantité de travail ou en laissant aux infirmiers la gestion du relationnel, les organicistes sont attachés à une séparation rigide des tâches selon les pathologies : aux infirmiers les problèmes bénins, aux médecins les problèmes plus graves. La classification des pathologies est ainsi redoublée par une hiérarchisation des différentes pathologies selon leur gravité. C'est autour de cette hiérarchisation que les organicistes justifient une nette division du travail entre infirmiers et médecins.

A cette représentation organiciste de la division du travail médical et infirmier s'ajoute chez les organicistes une représentation clivée de la division du travail entre personnels de santé et personnels pénitentiaires. Les organicistes considèrent généralement qu'ils n'ont pas à traiter tout ce qui peut relever peu ou prou de la détention. C'est d'ailleurs sur ce principe qu'ils refusent de traiter les demandes que leur adressent des détenus pour obtenir une cellule seule, un transfert de convenance, etc. Sur le même principe, les organicistes se refusent généralement à porter un jugement sur les transferts-surprises de patients vers d'autres établissements : les transferts sont jugés de la compétence des pénitentiaires. Les récriminations formulées par les organicistes à l'égard des pénitentiaires se limitent souvent aux retards car ces derniers perturbent le rythme des visites et renvoient les professionnels à leur statut d'intervenants dans un milieu d'exercice particulier. Les relations entre organicistes et personnels pénitentiaires sont donc très impersonnelles : quelques formules de politesse là encore, quelques accrochages quand les retards se font trop nombreux ou quand la lenteur des surveillants peut gêner l'efficacité et la rapidité du soin.

Vis-à-vis des questions éthiques (colloque singulier, secret médical, motifs d'incarcération), les organicistes adoptent généralement des positions pragmatiques : ils veillent généralement à ce que leurs actions ne constituent pas des écarts à la déontologie, sans toutefois attacher une quelconque priorité à l'aspect éthique. Ils défendent et appliquent très généralement le principe du colloque singulier, sans renoncer à laisser exceptionnellement ouverte la porte de leur cabinet ou à demander la présence d'un surveillant quand le patient est un détenu jugé dangereux. Ils ne cherchent pas à connaître les motifs d'incarcération mais ne s'indignent pas si ceux-ci sont indiqués sur les fiches signalétiques des patients. Ils ne disent jamais à un surveillant qu'un détenu est séropositif mais ne se battent pas par exemple pour que les détenus séropositifs ne puissent pas être repérés en fonction de l'heure à laquelle ils sont convoqués. Veiller à ce que la séropositivité d'un détenu ne soit pas connue leur paraît être un vœu pieux, étant donnée la probabilité que cette séropositivité soit connue par les multiples réseaux au sein de la détention. S'ils se réfèrent souvent au *Code de Déontologie*, ils soulignent que les conditions de la détention ne permettent pas de maintenir un réel secret, que la plupart des détenus ne sont de toutes façons pas attachés ni au secret médical ni au secret sur les motifs d'incarcération, que le secret médical n'est pas plus respecté à l'extérieur qu'en prison. Quand émergent des situations de violation explicites du secret médical par les surveillants ou les personnels pénitentiaires, ils font part de leur mécontentement, sans toutefois aller jusqu'au conflit.

Qui sont-ils ? Chez les médecins, le modèle organiciste est particulièrement répandu chez les praticiens hospitaliers recrutés après la réforme de 1994. Ce sont des praticiens, essentiellement des somaticiens mais aussi des psychiatres, qui ont donc une faible ancienneté en milieu pénitentiaire et qui ont généralement un passé hospitalier. Beaucoup sont venus en milieu pénitentiaire sans grand enthousiasme, parce que cette possibilité leur offrait des opportunités d'avancement de carrière (devenir chef de service par exemple), de rapprochement géographique ou de complément de revenu. On retrouve particulièrement le modèle organiciste chez les médecins n'intervenant pas à temps plein en milieu pénitentiaire. On retrouve parmi ces derniers la plupart des "médecins TGV" pressés dans leur emploi du temps et ne supportant guère les contraintes d'un milieu qui peuvent perturber le respect de cet emploi du temps. Evoluant sur plusieurs scènes d'exercice, ils valorisent particulièrement les autres scènes, même si l'exercice en milieu pénitentiaire est parfois à son tour valorisé sur les autres lieux d'exercice. On peut ainsi penser à des psychiatres, pour lesquels l'exercice en hôpital psychiatrique reste le modèle valorisé, mais pour lesquels quelques vacations en prison leur permettent aussi d'afficher, comme le travail d'expertise, leurs connaissances et expériences criminologiques aux yeux de leurs confrères hospitaliers. On peut aussi penser à des

médecins généralistes libéraux, notables dans leurs petites villes et pour lesquels l'exercice en prison est une occasion d'afficher leur engagement, parfois leur militantisme chrétien.

Le modèle des organicistes est aussi prégnant chez les infirmiers, là encore particulièrement parmi ceux qui ont été recrutés après 1994. On retrouve ici des infirmiers d'âges assez différents (entre 25 et 45 ans) qui intervenaient auparavant soit en libéral, soit en milieu hospitalier, et qui ont pour beaucoup choisi le milieu pénitentiaire pour obtenir de meilleures horaires (notamment des services de jour) qu'ils n'avaient aucune chance d'obtenir en milieu hospitalier classique. En effet, l'exercice en prison est généralement un service de jour, aux horaires réguliers et avec peu d'astreintes de week-ends. La plupart travaillent en équipe, à plein-temps, dans de grands établissements pénitentiaires.

## **1.2. Les “spécialistes pénitentiaires”**

Les “spécialistes pénitentiaires” sont des professionnels, essentiellement des médecins, qui affirment et entendent faire reconnaître une forme de spécificité de l'exercice des métiers de santé en prison par rapport à l'exercice en milieu libre. Les positions, les modèles normatifs et les comportements réels de ces “spécialistes pénitentiaires” se construisent en opposition au modèle des organicistes. Pour tous les “spécialistes pénitentiaires”, la culture organiciste est maladroitement en milieu pénitentiaire ; ils défendent ainsi un modèle étiologique et thérapeutique qui donne beaucoup plus d'importance à la personne que ne le fait le modèle porté par les organicistes.

La définition de l'acte de soigner ne doit pas se limiter selon eux au traitement des pathologies organiques mais doit prendre en compte le poids du milieu pénitentiaire. Les prescriptions normatives sont particulièrement nombreuses dans ce groupe. Il s'agirait d'abord de prendre en compte l'effet de l'incarcération sur les patients, de ne pas dichotomiser l'organe et la personne, la pathologie et celui qui la porte : il n'y aurait ni pathologie proprement somatique, ni pathologie proprement psychiatrique, il y aurait des patients avec des troubles nécessairement psychosomatiques. Il s'agirait aussi de ne pas soigner sans tenir compte des conditions de vie dans la prison : “lorsqu'un détenu a des bronchites à répétition parce qu'il y a un carreau cassé dans sa cellule, je ne peux pas me contenter de soigner les bronchites, je dois faire un mot à la détention pour que le carreau soit changé”, souligne un médecin, critiquant implicitement certains de ses collègues jugés “indifférents et technicistes”. Il s'agirait enfin d'avoir une connaissance précise du fonctionnement du milieu pénitentiaire pour comprendre les différents enjeux du soin : les spécialistes insistent sur la nécessité de connaître le *Code de Procédure Pénale*.



Les façons qu'ont ces spécialistes de s'afficher dans des groupes d'acteurs sont particulièrement complexes. Ils se réfèrent tantôt aux groupes des professionnels de santé au sens large (c'est-à-dire sans distinction de milieux d'exercice), tantôt à un groupe que devraient constituer selon eux les médecins et les infirmiers intervenant en prison.

Comme les organicistes, ils font d'abord souvent référence à des groupes d'acteurs qui dépassent le cadre d'exercice pénitentiaire : "les médecins", "les infirmiers", "les psychiatres", "les hospitaliers", etc. Cette forme d'affichage peut se comprendre eu égard au passé des "spécialistes pénitentiaires" qui sont tous des professionnels avec une grande ancienneté en milieu pénitentiaire (au moins dix ans). Ils travaillaient en prison avant la réforme de 1994, pour certains dès les années 1970. Ils ont donc fait partie de cette génération de praticiens qui étaient dédaignés par les hospitaliers pour leur statut de vacataires et assimilés à des praticiens au rancart. Ils ont donc fait partie de cette génération de professionnels qui, en affirmant un statut de médecins à part entière, cherchaient à imposer leur autonomie vis-à-vis des personnels pénitentiaires et afficher leur compétence aux yeux des détenus. Ils ont donc aussi fait partie de cette génération de praticiens qui se sont battus en interne contre ceux des médecins intervenant en prison qui voulaient rester vacataires du Ministère de la Justice, et particulièrement contre Solange Troisier, ancien médecin inspecteur général de l'Administration Pénitentiaire (cf. chapitre 4), pour qui "le médecin de prison devait être un auxiliaire de justice", pour qui les médecins des prisons devaient "servir à la fois Thémis et Hippocrate"<sup>312</sup>. Pour la génération de spécialistes pénitentiaires, la référence aux groupes des professionnels de santé en général, était et reste un moyen de dire qu'ils ne sont pas des auxiliaires de justice, des sous-médecins, des sous-professionnels de santé, comme pouvaient le penser les praticiens extérieurs, les personnels pénitentiaires et les patients incarcérés.

Mais les "spécialistes pénitentiaires", s'ils entendent être considérés comme des praticiens aussi compétents que ceux qui interviennent en milieu libre, entendent aussi affirmer leurs différences avec les praticiens extérieurs, et plus encore avec les praticiens en prison que l'on a nommés les "organicistes". Le principal enjeu apparent est de faire reconnaître l'exercice en milieu pénitentiaire comme une spécialité médicale : ils disent que l'exigence d'une équivalence des qualités de soins en prison et en milieu libre ne doit pas cacher le fait que l'on ne peut soigner en prison de la même façon qu'on le fait à l'extérieur, parce qu'il y a des pathologies liées à l'incarcération, parce qu'il faut tenir compte des effets de l'incarcération sur la santé organique mais aussi psychique des individus, parce que des comportements, anodins à l'hôpital, peuvent constituer des dérives déontologiques dans le cadre de la prison. Ils affirment aussi une vigilance extrême par rapport aux

---

<sup>312</sup>Solange Troisier, "Médecine pénitentiaire et Droits de l'Homme", *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, tome 177, juin 1993, extrait complet cité dans le chapitre 4, § 3.1.4.

formes d'ingérence de l'Administration Pénitentiaire et critiquent ainsi implicitement le manque d'engagement des "organicismes".

"- On a mis des années à discipliner l'Administration Pénitentiaire vis-à-vis du secret médical, et maintenant, on se retrouve avec des escortes dans les cabinets médicaux, et ce, à la demande des médecins ou des infirmiers. Je ne dis pas que c'est toujours un scandale. Si pour faire une radio du genou, vous devez enlever les entraves à un détenu dont vous savez qu'il a de fortes chances de vouloir s'évader, on peut comprendre. Mais qu'il y ait une surveillante pendant un accouchement, cela me chiffonne un peu."

Psychiatre, 55 ans, 25 ans d'ancienneté en milieu pénitentiaire,  
intervenant à plein-temps dans une grande maison d'arrêt

Pour les "spécialistes pénitentiaires", s'afficher comme un groupe de praticiens singulier vise à faire reconnaître l'hétérogénéité des modèles normatifs entre les services hospitaliers classiques et les services hospitaliers en prison, ou encore à affirmer l'existence d'un segment professionnel. Si l'on adopte la perspective adoptée par Isabelle Baszanger<sup>313</sup> à propos des médecins de la douleur, on voit ici une volonté de légitimation vis-à-vis de l'extérieur, du monde médical dans son ensemble. Il y a aussi un travail de légitimation en interne, car le discours des spécialistes pénitentiaires vise à faire reconnaître aux nouveaux praticiens intervenant en prison, la compétence liée à leurs années d'expérience en prison. Les "spécialistes pénitentiaires", parmi les plus anciens des professionnels de santé en prison, ont généralement mal vécu l'arrivée — la "colonisation à l'américaine" selon un psychiatre — de nouveaux professionnels, qui doutent encore de leurs compétences, qui les dédaignent ou les accusent d'être des "vieux de la vieille", qui leur dénie leur statut de "grands anciens" :

"- Il y a toute une culture que le CHU n'a pas. Ils font parfois des réflexions d'une candeur surprenante. D'autres fois, ce sont des réflexions d'un très grand cynisme. Je pense à un médecin qui était très fier de raconter en congrès qu'après avoir reçu une détenue voulant avorter, il a interrogé le comité d'éthique sur l'avortement... au lieu de lui prendre immédiatement un rendez-vous dans un centre I.V.G.. Quand il a eu la réponse, le délai légal était dépassé. Il ne lui est pas venu à l'idée de téléphoner à un grand ancien. S'il l'avait fait, la réponse aurait été pourtant simple : symétrie avec l'extérieur. En plus, il était fier."

Psychiatre, 55 ans, 25 ans d'ancienneté en milieu pénitentiaire,  
intervenant à plein-temps dans une grande maison d'arrêt

Si ce psychiatre affirme clairement le principe d'une symétrie avec l'extérieur, il exprime aussi clairement son regret que les grands anciens ne soient pas reconnus par les nouveaux praticiens, particulièrement par les somaticiens issus des Centres Hospitaliers Universitaires. Comme ce psychiatre, les "spécialistes pénitentiaires" insistent souvent sur l'expérience que leur confèrent à

---

<sup>313</sup>Isabelle Baszanger, "Emergence d'un groupe professionnel et travail de légitimation, le cas des médecins de la douleur", *Revue Française de Sociologie*, avril-juin 1990, vol. XXXI, n° 2, pp. 257-282

leurs yeux leurs années d'exercice en milieu pénitentiaire. Affirmer une spécialité pénitentiaire, c'est ainsi en grande partie affirmer des différences de logiques d'actions au sein des différents professionnels de santé intervenant en prison.

Les relations des “spécialistes pénitentiaires” avec leurs patients sont d'abord différentes de celles qui lient les “organicistes” avec leurs patients. Les spécialistes cherchent souvent à se dégager des temps de discussion avec les patients, ou plutôt avec certains patients. Certains médecins aménagent leur emploi du temps au gré du déroulement des consultations et du besoin de chaque patient de parler, d'autres fixent avec les patients qu'ils ont envie de rencontrer plus longuement des rendez-vous en fin de journée pour des consultations dites “exceptionnelles”. Cette pratique ne doit pas cacher que la consultation “normale”, durant moins de cinq minutes, reste la règle générale. Ce qui fait alors la particularité des spécialistes pénitentiaires par rapport aux organicistes, c'est leur sentiment de frustration par rapport au temps de leurs consultations “normales”, par rapport au temps qu'ils voudraient consacrer à chaque détenu. Tandis que les “organicistes” se plaignent rarement du rythme des consultations parce qu'ils ont le temps de soigner comme ils l'entendent, les spécialistes pénitentiaires dénoncent des contraintes de temps qui ne leur permettent pas de soigner tel qu'ils voudraient le faire, tel qu'ils conçoivent l'acte de soigner. En ce sens, les spécialistes pénitentiaires ressentent des tensions, voire des contradictions, entre leur idéal de comportement (modèle normatif) et leurs comportements réels, que ne ressentent pas les organicistes.

Les relations avec les patients, si elles ne peuvent pas toujours être aussi approfondies que les spécialistes le souhaitent, restent néanmoins beaucoup moins marquées par le sceau de l'organicisme. Les spécialistes pénitentiaires traitent ainsi sans rechigner des demandes que les organicistes jugent ne pas avoir trait à la santé. Certains intercèdent quotidiennement auprès de l'Administration Pénitentiaire pour obtenir des aménagements de la détention de leurs patients : un changement de cellule, un transfert souhaité par le détenu, des parloirs plus fréquents par exemple. Ils acceptent d'alerter le service social pour accélérer une prise en charge, ils consentent parfois à contacter la famille. Si ces actions restent exceptionnelles au regard du nombre de consultations standardisées, elles témoignent néanmoins d'un souci de ne pas limiter le rôle du praticien au seul traitement des dysfonctionnements organiques.

Les spécialistes pénitentiaires entretiennent avec les personnels pénitentiaires des relations beaucoup moins impersonnelles que ne le font les organicistes. Au quotidien, les relations entre les spécialistes et les personnels pénitentiaires qu'ils côtoient sont souvent cordiales. Il ne s'agit pas pour eux de prendre position contre le détenu ou pour le surveillant : ils dénoncent au contraire le

caractère artificiel de la dichotomie. Travaillant depuis plusieurs années dans l'établissement, ils connaissent bien certains personnels de direction et de surveillance, échangent quelques mots quand ils les croisent, déjeunent parfois avec eux. Ils leur témoignent souvent de la compréhension quant à leurs revendications, à leurs contraintes de travail.

Il reste que les spécialistes pénitentiaires n'hésitent pas à s'opposer aux demandes des personnels pénitentiaires. Héritiers d'une génération qui a dû marquer son territoire en prison, ils ne supportent aucun signe qui pourrait symboliser une limitation de leur autonomie. Les portes des cabinets de consultation sont maintenues soigneusement fermées, les dossiers médicaux sont eux aussi rangés dans des armoires fermées à clé. Les injonctions de soins, les demandes de renseignements sur les maladies de leurs patients sont écartées avec politesse mais fermeté. Les transferts-surprises de leurs patients à leur insu, les retards que prennent parfois les transferts médicaux font l'objet de conflits verbaux importants. S'ils ne veulent pas *a priori* prendre parti pour ou contre les détenus, pour ou contre les surveillants, ils ne supportent pas les incursions du pénitentiaire dans ce qui leur semble avoir trait au suivi de leurs patients.

Les spécialistes témoignent généralement d'une grande vigilance pour ce qui a trait à l'éthique. S'ils se disent impuissants face à toutes les violations du secret que peut amener la vie en détention, ils sont particulièrement vigilants à ne pas favoriser aucune d'elle. Ils veillent à ce que les dossiers médicaux qui doivent accompagner un détenu pendant un transfert soient mis sous scellés, ils refusent vigoureusement de donner des informations à caractère médical sur les dossiers pénitentiaires, ils demandent à ce que les fiches signalétiques qui leur sont adressées ne portent pas mention des motifs d'incarcération. Les spécialistes entendent donc être vigilants sur les "grandes" questions éthiques. Par contre, ils font peu de cas de situations qu'ils jugent peu importantes ou inévitables, comme les retards, la connaissance des motifs d'incarcération. Dans leur esprit, il y a une très nette hiérarchie des priorités et des exigences éthiques. Au contraire des "puristes" (cf. infra), les spécialistes pénitentiaires réservent l'expression de leur mécontentement aux situations qu'ils jugent critiques.

Qui sont-ils ? Comme nous l'avons déjà dit, ce sont des professionnels qui interviennent depuis longtemps en prison — au moins une dizaine d'années — et qui ont pour la plupart milité pour la réforme des soins qui a abouti à la loi de 1994. Les spécialistes pénitentiaires comprennent surtout des médecins : les infirmiers les plus anciens se retrouvent plutôt dans le groupe des "consensuels" que nous dessinerons ensuite. On compte beaucoup de psychiatres parmi eux, mais aussi des

somaticiens. La plupart interviennent à temps-plein dans des UCSA et des SMPR de grands établissements pénitentiaires.

Arrivés en milieu pénitentiaire dans les années 1970 et 1980, ils ont alors choisi le milieu pénitentiaire pour diverses raisons. La plupart des psychiatres disent avoir été intéressés par la prison parce qu'elle offrait un terrain d'étude criminologique intéressant. Les somaticiens insistent plutôt sur leur volonté d'alors de travailler avec des populations marginalisées : un médecin a ainsi comparé son choix avec celui des médecins sans frontières. Si l'on peut donner foi à ces bonnes raisons, il faut aussi signaler des "bonnes raisons" moins avouables. Beaucoup de ces praticiens ont choisi le milieu pénitentiaire parce qu'ils n'avaient pas d'autres choix. Le milieu pénitentiaire était alors fortement déprécié dans la communauté médicale, même dans le champ psychiatrique où c'était l'expertise des prévenus en vue de leur procès (et non le soin des détenus) qui était valorisée. Tous ces praticiens disent avoir beaucoup souffert de leur isolement institutionnel, et plus encore du dédain que leur témoignait la communauté médicale. La réforme de 1986 pour les psychiatres, celle de 1994 pour les somaticiens leur ont un moment donné l'espoir d'être réhabilités et reconnus. Mais l'arrivée massive et le dédain des praticiens hospitaliers, qui n'ont jamais exercé en prison, ont mis fin à cet espoir.

La génération professionnelle des spécialistes pénitentiaires explique ainsi largement la façon qu'ils ont d'affirmer l'équivalence des soins entre prison et milieu libre, tout en revendiquant l'existence d'une spécialité pénitentiaire, qui exige de l'expérience et de l'ancienneté pour "bien soigner" en prison. Cependant, on ne saurait expliquer leur refus du modèle organiciste par la seule génération professionnelle. Certains professionnels arrivés à la même époque ne partagent pas leurs modèles étiologique et thérapeutique, à savoir une conviction qu'il n'y a pas de dichotomie entre le patient — qui plus est le patient incarcéré — et les pathologies rencontrées en milieu pénitentiaire.

Les deux groupes des "organicistes" et des "spécialistes pénitentiaires" recouvrent assurément la majeure partie des professionnels de santé intervenant en prison. Il reste néanmoins à évoquer deux modèles qui, sans être exceptionnels, sont moins répandus.

### **1.3. Les "consensuels"**

Les "consensuels" renvoient aux professionnels de santé intervenant en prison qui cherchent avant tout à éviter les conflits avec les personnels pénitentiaires. On retrouve ici une préoccupation portée par les organicistes, mais tandis que les organicistes utilisent l'évitement des conflits comme un moyen pour arriver à leur fin — un soin rapide des pathologies organiques —, les consensuels

semblent placer l'évitement des conflits au rang de fin. Pour les consensuels, la nature du soin importe moins que le fait de ne pas faire de vagues. Leurs discours ne permettent pas de distinguer une vision normative claire du soin. Ce qui émerge de ces discours, c'est plutôt une conception au sens large de la prison : une conception où le professionnel de santé doit se contenter de la place que les personnels pénitentiaires veulent bien lui laisser. Il y a même chez les consensuels comme un accord pour mettre l'acte médical ou soignant au second plan.

N'ayant pas de modèle normatif ou ayant un modèle assez flou du soin, les consensuels ressentent peu de tensions à propos de leurs façons de soigner en prison. Invités à décrire leur activité, ils se contentent généralement de dire qu' "ils soignent" et préfèrent orienter l'entretien vers ce que leur inspire la prison en tant qu'individus (et non en tant que professionnels de santé). La plupart se sentent isolés, en tant que professionnels intervenant en prison. Ceux qui interviennent depuis longtemps, en portant un regard nostalgique sur le passé, font souvent référence au groupe des ex-vacataires de l'Administration Pénitentiaire pour se situer dans l'espace des praticiens en prison. Ceux qui interviennent depuis peu ont visiblement du mal à trouver des repères de référence. Quand ils travaillent aussi en milieu libre, c'est à cette activité "extérieure" qu'ils font le plus souvent référence. Si beaucoup de consensuels se réfèrent aux groupes des professionnels de santé en général ("les médecins", "les infirmiers", "les psychiatres"), cette référence semble se faire par défaut, faute de trouver des dénominations qui représenteraient mieux leurs conceptions.

Les consensuels définissent avant tout leur activité en milieu pénitentiaire par les relations qu'ils entretiennent avec les personnels pénitentiaires. On retrouve chez les consensuels l'idée commune que les activités de santé sont quelque chose qui vient en plus en milieu pénitentiaire et qu'il convient donc de se faire discret. Cette position est adoptée par des professionnels qui défendent le principe d'une prison punitive ou par des professionnels, intervenant seulement quelques heures par semaine en prison, qui ne se sentent pas en position d'imposer quoi que ce soit, qui craignent par dessus tout les représailles, comme des retards intempestifs dans l'accès des détenus aux services de soins ou dans la transmission des informations. Pour tous les consensuels, il convient d'éviter les conflits avec les personnels pénitentiaires parce qu'ils sont considérés comme les maîtres légitimes des lieux.

Cette position conduit les consensuels à ne jamais exprimer de mécontentement à l'égard des actions des personnels pénitentiaires, soit parce qu'ils n'éprouvent pas de mécontentement, soit parce qu'ils craignent que l'expression d'un mécontentement durcisse leurs rapports avec les personnels pénitentiaires et par là restreigne leur autonomie déjà limitée. Dans une maison d'arrêt, un médecin dit donner des copies des certificats coups et blessures lorsque l'Administration

Pénitentiaire les lui demande, “parce qu’il ne voit pas pourquoi il ne le ferait pas”. Dans un autre établissement, une infirmière refuse de distribuer des médicaments pour une longue durée pour répondre ainsi aux angoisses des surveillants quant au trafic des médicaments et aux tentatives de suicide. Dans une petite maison d’arrêt, un psychiatre remarquant qu’un surveillant reste parfois derrière la porte battante de son cabinet, préfère parler moins fort plutôt que demander au surveillant de s’éloigner, de peur que celui-ci ne décide finalement de rester en permanence. Un autre psychiatre préfère ne pas discuter les décisions d’un directeur de transférer tous les détenus suicidaires dans un autre établissement, de peur d’un bras de fer. Toujours pour ne pas durcir la situation, le même psychiatre refuse d’intercéder auprès du directeur à propos d’un détenu, privé selon lui injustement de parler. Pour tous les consensuels, les décisions de l’Administration Pénitentiaire sont donc incontestables, soit sur le fond, soit sur la forme. Les retards dans l’accès des détenus aux services de soins, les transferts-surprises, le refus de transferts médicaux, les injonctions de soins, etc. sont acceptés sans sourciller.

On voit ici que la position consensuelle adoptée par certains professionnels de santé intervenant en prison a des incidences fortes sur le respect de l'éthique et des principes déontologiques formels. Les consensuels n'attachent pour la plupart aucune importance à ce respect. Certains revendiquent même le non respect de la déontologie officielle : un médecin et une infirmière ont ainsi estimé "éthique" le fait de donner aux surveillants les noms de personnes séropositives ou atteintes par la tuberculose, précisant que c'est l'inverse qui leur paraît "anormal". Ces professionnels ne ressentent ici aucune tension entre le modèle normatif officiel et leurs actions réelles, car ils remettent en cause la légitimité du modèle officiel. Notons ici que cette remise en cause tend à expliquer le sentiment d'isolement qu'ils ressentent au sein d'une communauté médicale dans laquelle le *Code de Déontologie*, s'il n'est pas nécessairement appliqué, reste le modèle normatif incontesté, sinon un ferment normatif.

L'accent mis sur la nécessité d'éviter les conflits avec l'Administration Pénitentiaire fait qu'inversement les relations des consensuels avec les détenus sont souvent minimales ou conflictuelles. Les consensuels, qui sont par conviction proches des préoccupations pénitentiaires, manifestent tout d'abord peu de sympathie pour les détenus. On peut penser à cette infirmière intervenant depuis dix ans dans une petite maison d'arrêt et dont nous avons évoqué les actions et les représentations au début du chapitre précédent, à propos des formes de politesse : elle refuse de serrer la main des détenus, ne leur dit bonjour que quand ils ont pris l'initiative de la saluer, refuse toutes discussions avec eux, avoue sa réticence à soigner des détenus condamnés pour moeurs ou des criminels, dénonce le sort de privilégiés que leur réserve la prison. Les autres consensuels, qui le sont moins par proximité idéologique avec les personnels pénitentiaires, que par peur de rigidifier les relations, sont aussi peu amènes avec les détenus : un psychiatre dit serrer la main aux détenus dans son cabinet pour ne pas provoquer les surveillants. Plus largement, la place du patient est peu importante dans le discours des consensuels : ils parlent d'ailleurs rarement de "patient" mais plutôt de "détenu".

En matière de soins, les consensuels se limitent à un traitement des pathologies organiques, mais alors que cette façon de soigner est un choix des organicistes, elle apparaît chez certains consensuels comme un impératif contraignant : on peut penser à ce médecin qui évite le plus possible d'ausculter les détenus, ne s'y résout que pour les cas jugés incontournables, tout en mettant des gants pour s'épargner un contact physique jugé visiblement déplaisant. Certains consensuels semblent ainsi accepter de soigner parce qu'ils se sentent bien obligés de le faire. D'autres consensuels limitent quant à eux le temps et le contenu des consultations parce qu'ils disent ne pas avoir le temps de faire plus. Ils renvoient alors souvent les détenus sur le service social.



Qui sont les consensuels ? Comme nous l'avons vu, on retrouve deux grands groupes parmi les consensuels. Le premier groupe est celui de professionnels de santé qui défendent l'idée d'une prison punitive ou qui manifestent tout au moins une proximité avec certaines logiques d'action des personnels pénitentiaires. Ce premier groupe renvoie généralement à des personnes, par exemple des ex-infirmières de la Croix-Rouge, qui interviennent depuis longtemps en milieu pénitentiaire, souvent dans des petites maisons d'arrêt, donc rarement en équipe. Quand ils travaillent au sein d'équipes, ces consensuels sont souvent stigmatisés et désignés comme des archaïsmes, sinon comme des "Kapos" (sic). A moins qu'ils ne revendiquent leur position consensuelle, ils se cherchent alors à se noyer parmi les organicistes, limitant volontairement leur activité au soin.

L'autre groupe de consensuels, cherchant à éviter les conflits par peur des représailles, est composé de médecins et infirmiers intervenant depuis peu (un à deux ans d'ancienneté), de façon isolée et à temps partiel en milieu pénitentiaire. Là encore, on les retrouve surtout dans les petits établissements où l'autonomie des professionnels de santé est encore à conquérir.

#### **1.4. Les "puristes"**

Tandis que le respect de la déontologie est un axe accessoire pour les organicistes, important pour les spécialistes pénitentiaires, mineur pour les consensuels, il apparaît comme l'axe majeur, sinon unique, d'action des puristes. Un dernier groupe d'acteurs est ainsi celui des "puristes" qui font du respect de la déontologie l'alpha et l'oméga de leur activité. Le respect de la déontologie leur apparaît certes comme une valeur mais aussi comme une fin : leur modèle normatif est tout axé autour du respect de la déontologie. Ils ne supportent aucun écart entre leurs comportements réels et les comportements déontologiques idéaux. Ce sont ces puristes qui ressentent les plus grandes tensions entre leur modèle normatif de comportement et leurs comportements réels, car tous leurs actes sont jugés à l'aune du respect de la déontologie et de l'éthique, si difficile en milieu pénitentiaire.

Les puristes vivent dans une peur permanente de la transgression de la déontologie médicale. Cette peur se manifeste par exemple à propos de la neutralité affective. Les puristes sont des professionnels qui veulent être neutres affectivement. Ils se trouvent ainsi dans une situation paradoxale où ils veulent un état qui ne peut sans doute pas se décréter par la volonté. Leur volonté de neutralité affective les conduit à vouloir éliminer tout ce qu'ils savent pouvoir les influencer. Les puristes ne supportent ainsi pas de connaître les motifs d'incarcération. Certains demandent même aux détenus de ne pas leur dire les raisons de leur incarcération. La position des puristes par rapport aux motifs d'incarcération est toutefois intenable car de nombreux éléments brisent

quotidiennement leur volonté de ne pas savoir : ce peut être une indiscretion volontaire de la part des personnels pénitentiaires, ce peut être un numéro de bâtiment ou d'étage (qui peut correspondre à des types de délit), ce peut être une fiche signalétique d'un détenu sur laquelle est portée le motif d'incarcération, etc. Dans toutes ces situations, les puristes se trouvent devant le fait accompli : ils connaissent ce qu'ils ne voulaient pas connaître pour rester neutres affectivement, ils se sentent dès lors en contradiction avec leur idéal normatif de comportement.

Beaucoup d'autres situations montrent que les puristes sont dans des positions quasi-intenables, quant au respect de leurs idéaux normatifs. Ils entendent par exemple respecter à la lettre le secret médical. Cela les conduit à maintenir les dossiers en permanence sous clé, à très peu communiquer avec les personnels pénitentiaires, perçus comme des espions aux aguets de tout détail : on retrouve ici une vigilance affichée par les spécialistes pénitentiaires. Mais les puristes se disent beaucoup plus vigilants encore : ils demandent par exemple aux médecins généralistes de leurs patients incarcérés, de leur transmettre les dossiers médicaux en les expédiant à une adresse extérieure et non au service médical de l'établissement pénitentiaire (de peur que les dossiers ne soient lus par les personnels pénitentiaires ou que le seul fait qu'un dossier soit envoyé puisse être à l'origine de rumeurs).

La vigilance des "puristes" est toujours extrême. Pour que les personnes atteintes par le sida ne puissent pas être repérées par les personnels pénitentiaires en fonction du nombre important de cachets liés aux tri- ou aux quadri-thérapies, ces personnes sont convoquées à l'infirmerie pour prendre leur traitement, mais les puristes pensent alors devoir veiller à ce que les autres détenus convoqués ne puissent pas à leur tour se douter des pathologies des codétenus : ils ménagent donc un temps personnel de distribution des médicaments, au risque que les détenus attribuent cette confidentialité de la distribution à une gravité supposée de la pathologie de leurs codétenus. Dans le même esprit de vigilance extrême, les "puristes" convoquent des personnes séronégatives aux horaires des consultations spécialisées des Centres d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine, pour que les personnes séropositives ne puissent pas être repérées en fonction des horaires de leurs venues à ces consultations dites "ciblées". Ce faisant, les soupçons de séropositivité s'étendent à de nombreux détenus. Les puristes se trouvent alors dans une situation où ils se demandent s'il faut tenter d'éteindre les soupçons et les rumeurs qui sont préjudiciables à certains de leurs patients. Mais éteindre des rumeurs pour certains détenus reviendrait à attiser les rumeurs sur ceux pour lesquels ils ne diraient rien. Il conviendrait dès lors d'éteindre les rumeurs sur tous les détenus : ce faisant, les puristes perdraient toute crédibilité aux yeux des surveillants. Au final, la seule position pour respecter le secret est le mutisme avec les personnels pénitentiaires.

Si la position du mutisme permet de maintenir une illusion de secret, elle n'est néanmoins pas tenable car elle engendre des conflits permanents avec les personnels pénitentiaires. De fait, les puristes ont des relations très tendues avec les surveillants et les directions. Leur position éthique leur fait choisir de limiter leurs relations à quelques formules de politesse. Hormis les échanges de civilités, les autres situations sont généralement très conflictuelles. Les injonctions de soins, les transferts-surprises, les demandes de certificats coups et blessures font l'objet de refus catégoriques, souvent véhéments de la part des puristes. Plus largement, toutes les situations qui les mettent en contact avec les personnels pénitentiaires sont potentiellement conflictuelles car aucune n'offre vraiment un exemple d'application stricte de la déontologie voulue par les puristes : les retards, les regards furtifs d'un surveillant dans le cabinet de consultation, la révélation par un surveillant du motif d'incarcération d'un détenu, voire la simple présence d'un surveillant au sein du service médical, rappellent aux puristes que l'exercice en prison n'est pas un exercice idéal, sans contraintes, sans présence de tiers, sans tensions. Souvent en conflit ouvert avec des "puristes" jugés dédaigneux, les personnels pénitentiaires n'hésitent pas alors à multiplier des situations qu'ils savent perturber la logique des puristes.

La position des puristes s'exprime enfin dans la relation qu'ils entretiennent avec ceux qu'ils tiennent à appeler leurs "patients". Le fait déjà évoqué de vouloir créer une neutralité affective exprime bien la façon dont les puristes conçoivent la relation thérapeutique. La relation thérapeutique est conçue comme une relation à construire selon les normes déontologiques. Les puristes s'interrogent en fait en permanence sur la bonne manière d'être en relation avec les détenus. Ils se demandent comment les saluer pour ne pas apparaître pro-surveillant, ils se demandent si leur façon de soigner n'est pas trop organiciste et s'ils ne devraient pas consacrer plus de temps à chaque détenu, ils se demandent jusqu'où accepter les discussions et comment refuser telle ou telle demande, etc. Ils se demandent surtout comment ils sont perçus par les détenus, question que peu de professionnels de santé intervenant en prison semblent se poser. Bref, les puristes s'interrogent en permanence sur la "bonne" distance, la "bonne" relation, la "bonne" façon de soigner.

Qui sont-ils ? Il faut d'abord noter qu'ils sont peu nombreux, beaucoup moins nombreux que les professionnels qui se rapprochent des autres modèles. Leur point commun est d'intervenir depuis peu (moins de deux ans) en milieu pénitentiaire, souvent de façon isolée dans des petits établissements. Ce profil conduit à émettre l'hypothèse que la position des puristes est une position initiale, adoptée par des professionnels sans expérience du milieu pénitentiaire et se repliant sur la référence à un modèle déontologique de comportement, parce qu'ils n'ont pas de collègues

intervenant en prison ou parce que ces collègues ne leur offrent pas un modèle de comportement jugé satisfaisant. Le fait qu'on ne retrouve pas de puristes chez les professionnels de santé ayant plusieurs années d'expérience en prison laisse supposer que la position de puriste est aussi une position transitoire : les puristes, constamment en position intenable, renonceraient à exercer en prison ou alors pencheraient vers des modèles de comportement (ceux des organicistes ou des spécialistes pénitentiaires) moins inaccessibles. Seule une étude diachronique permettrait de valider définitivement cette hypothèse.

Au final, on voit qu'au sein des professionnels de santé intervenant en prison, les organicistes, les spécialistes pénitentiaires, les consensuels et les puristes ont des modèles normatifs très différents, sans être nécessairement antagonistes. Les priorités d'un groupe sont des préoccupations marginales, des soucis mineurs ou des enjeux inexistantes pour les autres. Les différents groupes mis en évidence ont non seulement des conceptions différentes du soin et du rôle des professionnels de santé en prison, mais aussi des façons différentes de mettre en oeuvre ces conceptions. Ils expriment aussi des façons différentes de ressentir ou ne pas ressentir des tensions entre leurs modèles normatifs de comportement et leurs comportements effectifs. Même quand des actions paraissent similaires (des consultations standard par exemple), les sens qui leur sont donnés et les façons qu'ont les acteurs de les vivre font que ces actions sont irréductibles les unes aux autres. Derrière cette typologie, on assiste donc à un éclatement de la communauté de logiques comportementales, que semble postuler l'usage des dénominations "professionnels de santé intervenant en prison", "professionnels de santé", "médecins", "infirmiers".

Cet éclatement ne serait pas crucial si l'usage de ces dénominations était le seul fait du sociologue. Il suffirait alors de dire que l'analyse doit remplacer les dénominations globalisantes par d'autres dénominations plus précises comme les "organicistes", les "spécialistes pénitentiaires", les "consensuels" et les "puristes". Ce serait alors oublier que les dénominations globalisantes sont d'abord utilisées par les acteurs eux-mêmes pour se nommer, nommer leurs collègues en prison, nommer leurs collègues à l'extérieur. En d'autres termes, ce serait oublier que les dénominations professionnelles peuvent être des masques et des miroirs qu'utilisent les acteurs pour se mettre en scène.

Dans cette perspective, la variété des groupes d'acteurs, mise en évidence par la typologie précédente, contraste fortement avec l'image que la plupart des professionnels de santé intervenant en prison donnent d'eux-mêmes, de leurs collègues et des professionnels de santé en général, en l'occurrence l'image d'une communauté homogène d'actions et de représentations. Même si tous

les groupes d'acteurs ne font pas unanimement référence à une même communauté de professionnels, on note en effet une tendance globale à s'afficher comme appartenant à des groupes qui dépassent le cadre d'exercice pénitentiaire. On note aussi une tendance de chaque groupe à se représenter et à présenter le monde des professionnels de santé intervenant en prison, à travers des clivages nominaux traditionnels (médecins / infirmiers, somatiques / psychiatriques).

Nous voudrions essayer maintenant de synthétiser les enjeux des présentations de soi des différents acteurs de santé en prison. Que représentent les façons que les acteurs ont de nommer, de présenter et de se représenter d'une part leur appartenance à des ensembles d'acteurs, d'autre part les clivages qui les séparent des autres ensembles d'acteurs ?

## **2. La force nominale des groupes de référence**

Quels sont les principaux groupes de référence mobilisés par les professionnels de santé intervenant en prison ? Que révèle l'usage de tel ou tel groupe de référence sur la façon qu'a tel ou tel groupe d'acteurs de se représenter et de présenter l'exercice des métiers de santé en milieu pénitentiaire ? La partie précédente a déjà permis de noter que les acteurs, aux actions et aux représentations pourtant très différentes, font souvent référence à des mêmes groupes d'acteurs qui dépassent le milieu pénitentiaire : "les professionnels de santé", "les médecins", "les infirmiers", "les psychiatres", "les hospitaliers". Ils refusent ainsi généralement la pertinence d'un clivage qui opposerait les praticiens en milieu libre et les praticiens en prison. Même les "spécialistes pénitentiaires", qui entendent faire reconnaître une spécialité d'exercice, refusent un trop net clivage qui pourrait conduire à les assimiler à des sous-praticiens. Les acteurs de santé intervenant en prison semblent ainsi avoir pour rare point commun leur façon de clamer une même appartenance. La dénomination professionnelle ne sert-elle pas alors de mythe mobilisateur, de ferment nominal identitaire ?

Après avoir ébauché une réponse à cette interrogation, nous étudierons deux clivages qui, au contraire du clivage prison / milieu libre, sont souvent mis en avant dans le discours des professionnels de santé intervenant en prison : le clivage médecins / infirmiers et le clivage somaticiens / psychiatriques. La typologie établie précédemment montre que ces clivages ne sauraient à eux seuls expliquer la diversité des actions et des représentations des acteurs de santé en milieu pénitentiaire. Comment expliquer alors la prédominance de ces clivages dans l'ordre du discours ? La force nominale de ces clivages reflète-t-elle des logiques d'actions très différentes ou renvoie-t-elle à son tour à des masques et des miroirs utilisés par les acteurs ? Nous tenterons dans

une dernière sous-partie de dégager le poids du milieu pénitentiaire dans les façons qu'ont les acteurs de santé de se nommer : les présentations de soi ne s'expliquent-elles pas par la volonté de masquer la dévalorisation, sinon la disqualification du milieu pénitentiaire ?

## 2.1. Professionnels en prison / professionnels en milieu libre : un clivage passé sous silence

Même si la typologie a permis de noter que tous les groupes de professionnels de santé intervenant en prison n'ont pas exactement ni les mêmes groupes de référence ni les mêmes usages de leurs groupes de référence, on peut noter une récurrence qui consiste à taire ou nuancer le clivage qui pourrait opposer les actions et les représentations des professionnels de santé intervenant en prison à celles des professionnels de santé n'intervenant pas en prison. Les professionnels de santé intervenant en prison, hormis certains consensuels et dans des circonstances précises quelques spécialistes pénitentiaires, disent appartenir et veulent apparaître comme appartenant à des groupes d'acteurs qui ne se limitent pas au milieu pénitentiaire.

La majorité des professionnels de santé intervenant en prison se sent appartenir ou entend montrer appartenir à *la* grande profession de la santé, à *la* profession des médecins, à *la* profession des infirmiers, à *la* profession des hospitaliers, et nie la particularité, voire la prégnance, du milieu d'exercice pénitentiaire. Comment comprendre cette volonté de taire un clivage qui pourrait opposer les praticiens en prison et les praticiens en milieu libre, leur envie de taire les particularités de l'exercice en milieu pénitentiaire ?

De par leur faible ancienneté, certains professionnels de santé peuvent d'abord se sentir appartenir au groupe des hospitaliers dont ils sont issus. De par leur faible temps d'intervention en prison, d'autres acteurs peuvent construire leur groupe de référence autour de leur activité principale en milieu libre. De par leur façon de soigner, certains professionnels — les organicistes notamment — peuvent réellement ne pas se sentir très différents des praticiens extérieurs. Mais il faut aussi tenir compte de la dévalorisation du milieu d'exercice pénitentiaire pour comprendre l'effet valorisant des étiquettes professionnelles qui ne font pas mention de ce milieu (cf. infra, § 2.4.).

Il convient ainsi de rappeler que beaucoup de professionnels étaient peu enthousiastes à l'idée d'intervenir en prison, qu'en tant que praticiens extérieurs, ils avaient souvent une image dévalorisée des praticiens intervenant en prison. S'ils ont finalement choisi d'exercer en milieu pénitentiaire, c'est que la dévalorisation apparente de cet exercice était compensée par des opportunités connexes : une opportunité d'emploi en premier lieu mais aussi des opportunités de promotion hiérarchique pour certains infirmiers-cadres et chefs de service, de service de jour pour certains infirmiers hospitaliers. Une fois franchi le pas d'exercer en prison, il reste pour eux à gérer une étiquette de "praticiens en prison" qu'ils savent dévalorisée et qu'ils jugent souvent

dévalorisante. Le meilleur moyen semble être alors de nier le poids du milieu d'exercice, de taire le clivage entre les professionnels intervenant en prison et ceux qui exercent en milieu libre, en se référant toujours au monde des praticiens de santé en général.

Les “spécialistes pénitentiaires” n'échappent pas à cette façon de se référer au monde des praticiens de santé en général. Ils entendent certes faire reconnaître une spécialité pénitentiaire mais ils assoient cette spécialité sur l'expérience des années plutôt que sur l'affirmation d'un clivage prison / milieu libre. Les “spécialistes pénitentiaires” tiennent même particulièrement à afficher une appartenance à la grande profession de la santé, car cette appartenance leur a longtemps été contestée, tant qu'ils étaient vacataires de l'Administration Pénitentiaire et qu'ils ne relevaient pas des hôpitaux publics, tant qu'ils étaient considérés comme des sous-médecins. Ils semblent d'autant plus tenir à cet affichage que leur appartenance au groupe des praticiens en général est encore parfois contestée par les praticiens extérieurs et les praticiens les plus récents en prison. Les “récents” — i.e. ceux qui ont été recrutés après la réforme de 1994 — rappellent en effet parfois aux “anciens” qu'ils ne doivent leur statut d'hospitaliers qu'à la loi de 1994. Aux yeux des “récents”, l'égalité actuelle de statuts entre les anciens et les récents, ne saurait masquer les origines différentes et différemment valorisées de chacun. Aux yeux des spécialistes pénitentiaires et des consensuels les plus anciens, le fait qu'ils aient pu accéder à un statut égal témoigne au contraire de leur égalité, sinon supériorité de compétences (liée à l'ancienneté et à l'expérience).

Derrière une même référence aux groupes des professionnels de santé en général, se cachent des enjeux identitaires importants. Derrière l'affichage officiel d'une appartenance de tous les professionnels de santé intervenant en prison à un grand ensemble des professionnels de santé en général, les “organicistes” et les “puristes” tiennent à afficher leur propre proximité avec les praticiens intervenant à l'extérieur et à afficher aussi la distance qui les sépare à leurs yeux de ceux que l'on a nommés les “spécialistes pénitentiaires” et les “consensuels” (et qu'ils nomment les “anciens”, les “autres”) : il s'agit au fond de faire reconnaître leur statut de “meilleurs” médecins et infirmiers par rapport aux professionnels intervenant depuis longtemps en prison et par rapport à ceux qui acceptent des inflexions à la déontologie. Si les organicistes et les puristes taisent ainsi le clivage prison / milieu libre pour eux-mêmes, ils tendent à le souligner pour les praticiens intervenant depuis longtemps en prison et pour les moins soucieux de l'éthique : il y aurait des médecins et des infirmiers à part entière (dont ils feraient partie), il y aurait aussi des médecins et des infirmiers des prisons (les spécialistes pénitentiaires, les consensuels).



Au contraire, pour les plus anciens, notamment certains spécialistes pénitentiaires, les références répétées au groupe des praticiens de santé en général sont un moyen de nier les accusations qui leur sont faites au sein de la prison ; elles sont un moyen de s'affranchir de l'héritage stigmatisant de leur passé professionnel. Il s'agit pour eux de dire que tous les praticiens intervenant en prison sont des médecins et des infirmiers à part entière. Par l'affirmation d'une "spécialité pénitentiaire", ils entendent néanmoins dire que certains praticiens sont plus expérimentés — et donc "meilleurs" — que d'autres.

La référence aux professionnels de santé en général ne manifeste toutefois pas une volonté claire et unanime des acteurs d'affirmer des clivages internes au groupe nominal des "professionnels de santé intervenant en prison". Au contraire, au moins dans les discours publics, les professionnels de santé intervenant en prison revendiquent souvent une appartenance de l'ensemble des praticiens exerçant en prison au groupe des praticiens en général. Il s'agit d'afficher l'appartenance de *tous* leurs alter ego intervenant en prison, à un grand groupe qui dépasserait tous les milieux d'exercice, de nier la force du clivage qui oppose ceux qui interviennent en prison aux autres praticiens de santé. Il s'agit de réfuter pour tous les professionnels intervenant en prison la pertinence de les isoler des autres praticiens de santé. "Les" professions de santé, "les" médecins, "les" infirmiers deviennent des ferments nominaux identitaires qui, par delà la diversité des actions et des représentations, permettent de mettre en scène une appartenance rêvée et d'oublier la réalité dévalorisante du milieu pénitentiaire.

Cette mise en scène, visant à afficher l'homogénéité entre exercice en prison et exercice en milieu libre, conduit alors à insister sur les facteurs d'homogénéité du groupe des professionnels de santé en prison. La forme de cette mise en scène renvoie en partie à la façon dont les professions de santé en général, et la profession médicale tout particulièrement, se mettent en scène : ce sont des professions qui veulent apparaître unes et indivisibles, qui se reconnaissent officiellement dans un seul modèle normatif (*Code de Déontologie*) et qui admettent avec résistances l'émergence d'acteurs, voire de segments professionnels, affirmant des modèles d'actions et de représentations différents du reste du corps professionnel. En ce sens, le discours des professionnels de santé intervenant en prison témoignerait d'une forme d'allégeance aux principes d'unité et de cohérence du corps des professions de santé.

Mais l'enjeu principal de la mise en scène semble ailleurs : il s'agirait de ne pas affirmer des clivages internes (par exemple, ceux qui respectent scrupuleusement la déontologie / ceux qui ne la

respectent guère) qui pourraient dévaloriser l'image globale de l'exercice de la santé en prison et qui pourraient laisser penser que l'exercice en milieu pénitentiaire oblige à des prises de position qu'on ne retrouve pas ailleurs. En d'autres termes, ne pas révéler les clivages que provoque le milieu pénitentiaire permet de ne pas afficher la spécificité, voire la dévalorisation de l'exercice des métiers de santé dans ce milieu.

Avant d'approfondir cette hypothèse (cf. § 2.4.), il convient d'étudier les modes affinés de présentation de soi des professionnels de santé intervenant en prison, car si ceux-ci tiennent principalement à arborer une appartenance aux professions de santé en général, ils soulignent par ailleurs deux clivages qui permettraient de les identifier. Le premier clivage est celui qui oppose les médecins et les infirmiers. Le second clivage est celui qui oppose deux segments professionnels reconnus : les somaticiens et les psychiatres. L'étude de ces deux clivages nominaux souvent utilisés par les professionnels de santé intervenant en prison, pour se nommer et nommer ceux qu'ils jugent différents d'eux-mêmes, confirme-t-elle ou non l'analyse menée jusqu'ici ? Le recours à des clivages classiques renvoie-t-il à des formes d'action et de représentation très différentes ou seulement à des formes de présentation de soi qui permettent de ne pas insister sur les particularités du milieu d'exercice pénitentiaire ?

## **2.2. Médecins et infirmiers : un clivage illusoire ?**

Dans leurs discours, ceux que nous avons souvent appelés les “professionnels de santé intervenant en prison” ne se réclament pas toujours d'une même profession, d'un même groupe de référence. Il en est ainsi des médecins et des infirmiers. Le choix d'étudier simultanément, voire synthétiquement, les actions et les représentations des médecins et des infirmiers s'explique en grande partie par la volonté de cette étude de saisir comment le droit à la santé est mis en oeuvre en prison : il se justifie donc dans la perspective d'étudier la prison à travers ceux qui sont chargés représenter le droit des détenus à la santé. Dans une perspective de sociologie des professions, ce choix apparaît inhabituel, voire provocateur. Il est ainsi inhabituel d'unir l'étude des médecins et celle des infirmiers, alors que ces groupes d'acteurs se prétendent fondamentalement distincts et que leurs membres ont effectivement des trajectoires sociales, des profils de formation et des places dans la division (technique et morale) du travail nettement différents. Le fait que le champ sociologique ayant trait aux professions de santé ait entériné ce clivage en séparant nettement les travaux sur les médecins et ceux sur les infirmiers, tend d'ailleurs à confirmer l'irréductibilité des deux groupes.

Dans cette perspective autocritique, il ne peut pas paraître surprenant que les différents professionnels de santé intervenant en prison fassent souvent référence au clivage qui oppose les médecins et les infirmiers. L'analyse de la fonctionnalité des consultations médicales et des soins infirmiers (cf. chapitre 6) a d'ailleurs essayé de dresser quelques contours de ce clivage. Il reste que l'ensemble de l'analyse a plutôt porté sur les professionnels de santé en général. La typologie des groupes d'acteurs a même proposé des découpages qui ne recourent pas ce clivage jugé fondamental : si les “spécialistes pénitentiaires” sont essentiellement des médecins, les autres

groupes d'acteurs comprennent des médecins et des infirmiers. Comment expliquer qu'un clivage aussi central dans les discours et les représentations n'apparaisse pas plus nettement dans cette typologie ? Cet écart ne s'explique-t-il que par le parti-pris initial d'étudier indifféremment ceux qui sont chargés du droit à la santé en prison ?

Pour comprendre cet écart, deux hypothèses sur la façon qu'ont les acteurs de se mettre en scène, me semblent pouvoir être avancées. La première est que l'insistance des acteurs de santé intervenant en prison sur le clivage médecins / infirmiers sert en partie les desseins de ces différents professionnels d'afficher une homologie entre l'exercice en milieu pénitentiaire et l'exercice en milieu libre : utiliser un clivage traditionnel (ne recoupant pas l'opposition prison / milieu libre) tend à renforcer l'idée que le monde des acteurs de santé en prison est le même que le monde des acteurs de santé en milieu libre. La seconde hypothèse est que l'expression du clivage médecins / infirmiers ne recoupe pas exactement un clivage réel médecins en prison/ infirmiers en prison, mais est aussi un moyen détourné, conscient ou non, d'affirmer des clivages internes au groupe des professionnels de santé intervenant en prison. Avant d'étudier ces deux hypothèses, il convient de rappeler qu'il ne s'agit pas de prétendre ici que le clivage nominal médecins / infirmiers ne recouvre aucune différence réelle d'actions et de représentations, mais d'avancer l'hypothèse que ce clivage est peut-être réellement moins "diabolisant" que les usages qui en sont faits semblent le dire.

L'étude des fonctionnements des différents services de soins en prison montre que le recours au clivage infirmier / médecin sert d'abord de moyen d'expression de tensions qui ne recourent pas seulement ce clivage. Dans les services où les médecins interviennent à temps partiel et les infirmiers à temps plein, on note parfois de nombreuses tensions autour de la gestion du suivi des patients et du relationnel au sens large. Certains médecins — des "organicistes" principalement — estimant ne pas avoir de temps à perdre, laissent aux infirmiers la tâche de recevoir les patients, de les suivre tout au long de la semaine, de remplir les dossiers. Ceux des infirmiers — les "organicistes" notamment —, qui ne valorisent ni les relations avec les patients, ni les tâches administratives, critiquent cette forme de partage du travail imposée par "les" médecins. Le clivage que ces infirmiers "organicistes" établissent entre "les" médecins et "les" infirmiers exprime en fait une tension entre leur idéal normatif de comportement et les tâches réelles dont ils ont la charge : ce qu'ils attribuent au clivage médecin / infirmier est en fait lié à un clivage médecin organiciste intervenant à temps partiel / infirmier organiciste intervenant à temps complet.

Dans d'autres services où les médecins interviennent à temps partiel et les infirmiers à temps plein, les infirmiers expriment beaucoup moins le clivage médecin / infirmier. On retrouve dans ces

services soit des médecins qui refusent le modèle organiciste (des spécialistes pénitentiaires qui interviennent à mi-temps par exemple) et qui ne reportent donc pas toute la gestion du relationnel sur les infirmiers, soit des infirmiers qui refusent le modèle organiciste (des puristes par exemple) et qui acceptent donc sans réticence la gestion du suivi des patients.

Dans tous les autres services enfin, où se confrontent des médecins organicistes, spécialistes, consensuels, puristes, intervenant à temps partiel ou à temps complet, avec des infirmiers organicistes, spécialistes, consensuels, puristes, intervenant à temps partiel ou à temps complet, le clivage médecin / infirmier sert souvent aux acteurs de grille de lecture du fonctionnement de leur service et plus largement de tous les services de soins en prison qu'ils peuvent connaître. Il reste qu'il est surprenant de voir ce clivage si souvent mobilisé alors que d'autres clivages, pourtant fort visibles et beaucoup plus apparents pour un regard extérieur (par exemple ceux qui respectent grossièrement la déontologie / ceux qui, sciemment et volontairement, ne la respectent pas), sont négligés. On peut penser que l'insistance sur le clivage médecin / infirmier est dû à une sorte de filtre de perception, propre aux acteurs de santé (via leur socialisation professionnelle), qui leur empêcherait de voir les autres clivages, internes à leurs groupes nominaux ou transversaux aux différents groupes. On peut aussi penser que les différents modèles normatifs, portés par les professionnels, leur font privilégier les clivages traditionnels à des clivages jugés annexes. On avancera aussi l'hypothèse complémentaire que la référence au clivage traditionnel est une façon pour chaque acteur de ne pas différencier l'ensemble des professionnels de santé en prison de l'ensemble global des professionnels de santé, de ne pas stigmatiser un groupe dont chaque acteur veut donner une image intègre et unifiée, parce que cette image unifiée du groupe contribue à la valorisation de l'image que chacun veut donner de lui-même. C'est cette hypothèse complémentaire que l'on peut approfondir grâce à l'étude du clivage somaticiens / psychiatriques.

### **2.3. Somaticiens et psychiatriques : un clivage survalorisé**

Les professionnels de santé intervenant en prison mobilisent aussi très souvent le clivage nominal entre les somaticiens et les psychiatriques pour se nommer et nommer ceux qu'ils considèrent différents d'eux-mêmes. On peut noter là encore que ce clivage traditionnel ne recoupe pas le clivage milieu pénitentiaire / milieu libre. L'usage nominal de ce clivage exprime-t-il des différences de comportements réels entre les somaticiens et les psychiatriques ? Ne recouvre-t-il pas aussi des enjeux liés à la façon qu'ont les professionnels de santé intervenant en prison de vouloir afficher une image de leur groupe nominal cohérente et semblable avec l'image de l'ensemble des professions de santé ?

Le clivage entre les personnels somaticiens et les personnels psychiatriques semble particulièrement marqué en milieu pénitentiaire. Sur le terrain, pour opposer les somaticiens et les psychiatriques, les professionnels de santé parlent de “médecins” et de “psychiatres”, de “D.E.” (Diplômés d’Etat) et d’“infirmiers psy”, de “personnels UCSA” et de “personnels SMPR” ou emploient tout simplement les pronoms “eux” et “nous”. Un symbole de la force du clivage nominal somaticiens / psychiatriques est la dénomination des infirmiers. Si le décret du 23 mars 1992 a homogénéisé les études infirmières en instituant un diplôme unique (le diplôme d’Infirmiers Diplômés d’Etat)<sup>314</sup>, la distinction entre les “infirmiers psy” et les “infirmiers généralistes” perdure en milieu pénitentiaire. Cette persistance peut d’abord s’expliquer par un effet de génération : la très grande majorité des infirmiers rencontrés, tant dans le secteur somatique que dans le secteur psychiatrique, même s’ils ne travaillent que depuis peu en prison, ont été diplômés avant 1992 et gardent donc les traces de formations différentes. Mais l’on peut aussi comprendre la persistance de ces dénominations comme un révélateur du clivage qui existe, aux yeux des professionnels de santé intervenant en prison, entre les somaticiens et les psychiatriques.

Les discours des professionnels de santé semblent ainsi accréditer l’existence de deux segments dans les professions sanitaires, sinon deux professions singulières. Le fait que la typologie proposée des groupes d’acteurs de santé en prison ne légitime pas ce clivage nominal tend-il à dire que ce clivage ne recouvre aucune variété d’actions et de représentations, qu’il ne renvoie qu’à des enjeux nominaux ?

Comme pour le clivage médecin / infirmier, il ne s’agit pas de dire que les somaticiens et les psychiatriques ont des actions parfaitement similaires, ni partagent exactement les mêmes représentations. L’étude de la forme de la consultation psychiatrique par rapport à la consultation somatique révèle ainsi des logiques d’action différentes, même si l’organicisme ou le primat du fonctionnel reste dominant dans les deux types de consultation (cf. chapitre 6). Il est certain que les psychiatres et les somaticiens ne soignent pas exactement de la même façon, ne serait-ce que parce qu’ils ne soignent pas les mêmes pathologies. Leur discours tend même à accréditer l’idée qu’ils ont des façons opposées de concevoir le soin et de soigner effectivement. Les psychiatres disent avoir un “fonctionnement de paroles”, prendre le temps d’avoir une approche humaine et humaniste, tandis que selon eux, les somaticiens auraient un “fonctionnement d’actes”<sup>315</sup>, une approche déshumanisée de la pathologie et du soin. Les somaticiens disent au contraire avoir le souci de la juste médication et accusent les psychiatres de surmédicamenter les détenus, de

---

<sup>314</sup>cf. Marcel Jaeger, “L’infirmier en santé mentale : un professionnel ?”, in Pierre Aïach et Didier Fassin, *Les métiers de la santé, Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos, 1994, pp. 261-280

<sup>315</sup>Je reprends ici une distinction énoncée par un psychiatre dans un entretien cité dans le chapitre 6, § 2.2.1.

“psychotroper” (sic) la détention. Les modèles normatifs mis en oeuvre semblent ainsi accréditer l’existence de deux groupes d’acteurs distincts.

Il reste que plusieurs indices semblent montrer que les différents acteurs survalorisent dans leurs discours le clivage somaticiens / psychiatriques, qu’ils l’utilisent pour taire d’autres clivages et afficher une homologie entre les modes de structuration des professions de santé en prison et en milieu libre. S’il ne s’agit pas de dire que les somaticiens et les psychiatriques ont des actions et des représentations parfaitement similaires, il s’agit donc d’évaluer l’hypothèse selon laquelle la façon clivée, que les professionnels de santé ont de se présenter, déforme les clivages réels.

“- Le cas assez général, c’est des UCSA avec une outrageuse bonne conscience qui agissent comme si rien n’avait existé avant elles. Un exemple ? A Nantes, ils se sont réunis en congrès et ils ont osé appeler cela le 1er congrès des médecins exerçant en milieu pénitentiaire. Ils ont oublié qu’il y avait eu bien des congrès nationaux ou internationaux avant 1994. C’était comme dire : “- Maintenant, il y a le CHU, on vous apporte la lumière.”. Cela a été vécu comme une colonisation à l’américaine. Depuis, les rapports ont évolué. Dans certains cas, ils se sont adaptés. Mais dans d’autres cas, ils n’ont pas viré leur cuti. En plus, ils ont totalement dichotomisé l’organe et la personne. On se retrouve face à un kaléidoscope de chefs de cliniques qui font des prestations sur le corps, à un rythme d’enfer, en ignorant tout des cursus pénaux. Moi, il me semble que les médecins ne peuvent pas s’affranchir du fait que le patient est détenu. Toute action thérapeutique ne peut pas s’affranchir de la réalité pénitentiaire. (...)

Il y a des formes de dégagement qui contrastent avec l’engagement des médecins, comme Solange Troisier qui, malgré tout ce qu’on peut lui reprocher, était prête à ferrailer avec l’Administration Pénitentiaire. Certains étaient complètement dedans. Maintenant, on voit souvent le CHU, pourtant si fort, au garde à vous devant les procureurs. Ils n’ont aucun recul. Et on voit des choses hallucinantes : un médecin qui prévient l’Administration Pénitentiaire qu’il a retrouvé des traces de haschich dans les urines d’un détenu permissionnaire. Ou encore, un médecin qui refuse ouvertement la présence d’un toxicomane en disant “- Ici, c’est un bâtiment sans drogue.”. Ou encore, des médecins qui refusent de prescrire des rohypnols parce qu’ils peuvent être utilisés par les toxicomanes. Je ne vous donne pas les noms, mais ils se reconnaîtront facilement. Il y a plein d’exemples d’anomalies éthiques. Le pire, c’est que certains vont vous dire : “- Voilà l’éthique.”. Mais l’éthique, c’est comme les allumettes, ça ne sert qu’une fois, c’est personnel. On peut juste dire : “- Dans telle situation, voilà quel a été mon choix.””

Psychiatre, 55 ans, 25 ans d’ancienneté en milieu pénitentiaire,  
intervenant à plein-temps dans une grande maison d’arrêt

Cet extrait d’entretien est assez significatif du poids des clivages traditionnels dans les perceptions qu’ont les acteurs de santé intervenant en prison de leur groupe nominal ou des représentations qu’ils veulent en donner. Ce psychiatre attribue aux “médecins”, i.e. les médecins somatiques, désignés par des références aux UCSA (service de soins somatiques en prison) et aux CHU, des actions et des représentations fondamentalement différentes des siennes, et plus largement de toutes celles des psychiatres. Cet extrait peut en fait se comprendre comme les récriminations que porte un

“spécialiste pénitentiaire” à l’égard des autres types d’acteurs en prison, en l’occurrence ceux que nous avons appelés les organicistes, les consensuels et les puristes. Sous sa critique des somaticiens, ce psychiatre dénonce en filigrane les façons de soigner des organicistes, le faible respect de l’éthique des organicistes et des consensuels, l’inexpérience et le dédain que les professionnels récemment arrivés affichent pour les “anciens”. Il reste que les somaticiens ne sont pas les seuls à défendre une vision organiciste du soin, à s’autoriser des écarts à la déontologie, à ne pas reconnaître l’expérience et la compétence des anciens. La plupart des psychiatres, intervenant depuis peu en milieu pénitentiaire, partagent les mêmes actions et représentations. Que ce psychiatre ait reporté toutes ses critiques sur les somaticiens montre qu’il entendait sciemment taire certains clivages internes aux psychiatres intervenant en prison, en insistant sur un clivage traditionnel, qui ne met pas en péril la valorisation ou l’absence de dévalorisation qu’il essaye d’associer à l’exercice de la psychiatrie en prison.

De façon plus générale, les personnels somaticiens et les personnels psychiatriques intervenant en prison, tout en stigmatisant les actions et les représentations des autres (respectivement les psychiatriques et les somaticiens), semblent ne pas vouloir s’appesantir sur les différences d’actions et de représentations qui existeraient au sein des groupes auxquels ils appartiennent nominalelement. On peut penser que cette volonté renvoie à l’idée partagée par chaque somaticien et chaque psychiatrique qu’il y aurait réellement une communauté d’actions et de représentations entre tous les acteurs de son groupe nominal, respectivement les somaticiens et les psychiatriques.

On peut aussi avancer l’hypothèse que les psychiatres et les somaticiens intervenant en prison, même s’ils ne se sentent pas appartenir à une communauté des psychiatres et des somaticiens intervenant en prison, ne veulent pas mettre en péril l’image qu’ils donneraient d’eux-mêmes. Ainsi avouer que certains psychiatres intervenant en prison ne respectent que très marginalement la déontologie est difficile pour un autre psychiatre intervenant en prison car cela montre que la prison permet des dérives éthiques. Les psychiatres (et symétriquement les somaticiens) intervenant en prison peuvent penser que seront assimilées, dans les représentations de leurs interlocuteurs, leur groupe nominal à une communauté d’actions et de représentations. Reconnaître que des acteurs, appartenant au même groupe nominal des “psychiatres intervenant en prison” que le leur, ont des pratiques critiquables comporterait ainsi le danger de voir les critiques généralisées à l’ensemble du groupe nominal. Aussi les rares critiques ne vont-elles se porter que sur les praticiens qui présentent des caractéristiques nominales nettement différentes : un médecin intervenant en prison acceptera plus facilement de porter des critiques sur un infirmier que sur un autre médecin intervenant en prison car les risques que lui soient imputée la critique sont moins grands. Dans la même perspective, il semble plus aisé pour les anciens psychiatres, voulant affirmer leur identité, de porter



des critiques sur les somaticiens que sur d'autres psychiatres car l'attaque des somaticiens les met à l'abri d'un "retour de flamme" qui consisterait en une critique abusive des pratiques de tous les psychiatres.

Les façons que chaque acteur a de nommer ce qu'il juge être ou ce qu'il veut faire apparaître comme son ou ses groupe(s) d'appartenance, dressent ainsi un tableau des professionnels de santé intervenant en prison, assez différent de celui qui a été obtenu dans la typologie. Le plus souvent, les professionnels de santé intervenant en prison insistent sur leur appartenance aux professions de santé en général, et, minimisent le poids du milieu d'exercice pénitentiaire dans leurs actions et représentations. Ils semblent aussi ne pas vouloir s'appesantir sur les différences d'actions et de représentations qui existeraient au sein du groupe auxquels ils appartiennent nominalement. Tout au moins n'insistent-ils que sur des clivages classiques (médecins / infirmiers, psychiatres / somaticiens), en délaissant des différences plus fines, mais tout aussi visibles (par exemple, ceux qui respectent à la lettre la déontologie / ceux qui la respectent généralement / ceux qui l'ignorent).

On voit ainsi que les groupes de référence mobilisés par les acteurs ont un pouvoir descriptif déformant. Ils constituent des illusions d'optique pour le regard extérieur au sens où ils masquent les particularités du milieu pénitentiaire comme milieu d'exercice : la référence aux professions de santé en général devient un mythe mobilisateur. Les groupes de référence constituent aussi des illusions d'optique pour le regard extérieur car ils masquent la variété des actions et des représentations des professionnels de santé intervenant en prison. Les psychiatres peuvent par exemple se référer au même groupe, tout en ayant des actions et des représentations différentes, sinon antagonistes. Les clivages nominaux, mobilisés par les acteurs, ne recourent donc que partiellement les clivages réels. L'étude des usages des groupes de référence n'en est pas moins pour autant intéressante, au sens où elle permet de saisir les rapports de force internes au groupe nominal des professionnels de santé intervenant en prison, et d'approcher surtout les formes de valorisation ou de dévalorisation liées à l'exercice des métiers de santé en prison.

## **2.4. Le poids disqualifiant du milieu pénitentiaire**

Le fait que les acteurs de santé fassent référence à des groupes fort peu descriptifs de leurs actions et représentations n'est sans doute pas propre au milieu pénitentiaire. En d'autres termes, ce que nous avons dit jusqu'alors des professionnels de santé en milieu pénitentiaire (négligence du statut particulier du milieu d'exercice, insistance sur des clivages classiques) est peut-être vrai de tous les professionnels de santé, et ce quel que soit leur milieu d'exercice. Nous voudrions maintenant essayer de saisir le poids particulier que peut occuper le milieu pénitentiaire dans les présentations de soi des acteurs de santé, et par là essayer de saisir la place plus ou moins valorisée du milieu pénitentiaire parmi tous les milieux d'exercice des métiers de santé.

L'étude comparée des discours des médecins et infirmiers intervenant en prison offre une première source d'information quant à la plus ou moins grande valorisation du milieu d'exercice pénitentiaire pour ces professionnels. La comparaison des discours des acteurs de santé avec les discours d'autres acteurs (ceux de l'enseignement notamment) est une seconde source d'information. A travers ces deux sources d'information, on peut percevoir chez la plupart des professionnels de santé le sentiment qu'exercer en milieu pénitentiaire est disqualifiant.

Jusqu'au milieu des années 1980, le milieu d'exercice pénitentiaire était très largement stigmatisé par les différents médecins et infirmiers n'intervenant pas en milieu pénitentiaire (cf. chapitre 4, § 3.1.). Cette stigmatisation semblait étroitement liée à la faible marge de manoeuvre dont disposaient alors les médecins et les infirmiers intervenant en prison, ou encore au caractère très contraignant du système de contraintes pénitentiaire. Les différentes réorganisations du système de soins en prison (en 1986 pour le secteur psychiatrique, en 1994 pour le secteur somatique) ont assurément accru l'autonomie des différents acteurs de santé mais le milieu d'exercice pénitentiaire reste encore très largement stigmatisé. Tout au moins les acteurs de santé intervenant en prison estiment-ils que le fait de travailler en prison est encore très disqualifiant au sein de leur "communauté" professionnelle.

Au début des années 1990, les symboles disqualifiants étaient nombreux. Les scandales des collectes de sang en prison, la publicisation de traitements inhumains et dégradants ou de certaines violations du secret médical, la pratique des fioles pénitentiaires amplifiaient les doutes émis par les professionnels de santé intervenant en milieu libre sur l'autonomie d'exercice et la compétence des professionnels de santé intervenant en milieu pénitentiaire. Aux yeux des professionnels de santé intervenant en milieu pénitentiaire, c'était essentiellement leur statut de vacataires de l'Administration Pénitentiaire qui les mettait dans cette situation disqualifiante. Les réformes de 1986 et de 1994 en transformant le statut de vacataires en un statut de praticiens et d'infirmiers hospitaliers ont-elles changé l'image du milieu pénitentiaire dans le monde très vaste des acteurs de santé ?

Il semble en fait que les réformes de 1986 et 1994 aient plus modifié le système de contraintes connu par les acteurs de santé en milieu pénitentiaire que transformé l'image du milieu pénitentiaire au sein de l'ensemble des acteurs de santé. En d'autres termes, même si l'autonomie des professionnels de santé intervenant en milieu pénitentiaire est plus grande qu'auparavant (cf. chapitre 5), le milieu pénitentiaire reste un milieu d'exercice peu attirant, sinon disqualifié. Les signes d'une disqualification liée à l'exercice en milieu pénitentiaire restent ainsi nombreux.

Sont d'abord largement disqualifiés ou stigmatisés les professionnels de santé qui intervenaient avant les réformes de 1986 et de 1994. Ils sont notamment disqualifiés aux yeux des nouveaux praticiens intervenant en prison qui leur reprochent leur statut antérieur et leur statut actuel de "parvenus" (cf. supra, § 2.1.). Les professionnels les plus anciens doivent ainsi assumer l'héritage des années disqualifiées où ils étaient vacataires de l'Administration Pénitentiaire, où le système de soins en prison était assimilé à un sous-système de soins.

Mais les professionnels les plus anciens ne sont pas les seuls à être ou à se sentir stigmatisés par le fait d'exercer en prison. La très grande majorité des acteurs de santé sait que l'exercice en prison est encore très peu valorisé. Ceux qu'ils désignent comme leurs confrères en milieu libre mais qui ne se reconnaissent pas toujours comme des confrères les praticiens exerçant en prison, doutent encore des compétences des praticiens exerçant en prison.

"- C'est vrai que des fois, on est très mal ressenti par certains. Moi, je me rappelle avoir eu au téléphone certains médecins qui me disaient "- Ah bon, alors oui..."... Moi, je les appelais parce que justement telle personne était séropositive et que justement c'était tel médecin qui les suivait. Bon alors, maintenant les médecins qui suivent les séropositifs savent ce que l'on fait en prison, parce qu'ils ont eu beaucoup de contacts avec nous. Mais les médecins qui n'ont pas eu de contacts jusqu'à maintenant nous disent "- Oui, mais vous savez qu'il faut faire ci, tel examen, tel truc, tel machin ?". Ils ne se rendent pas compte que bon on est bien placé malheureusement pour savoir suivre ces gens-là parce qu'on en a une proportion très importante. Mais ils ont l'impression que vraiment on fait de la sous médecine, quoi, qu'on a eu notre diplôme dans une pochette surprise..."

Médecin, 45 ans, 10 ans d'ancienneté en milieu pénitentiaire, à mi-temps dans une grande maison d'arrêt

La loi de 1994 reste en fait peu connue dans le milieu sanitaire. Beaucoup d'acteurs de santé intervenant en milieu libre ne savent pas que les médecins et les infirmiers intervenant en prison dépendent maintenant des hôpitaux publics. La connaissance de ce rattachement ne suffit d'ailleurs pas à faire taire les doutes et les critiques. L'exercice de la médecine en milieu pénitentiaire reste peu valorisé, comme en attestent les difficultés rencontrées par certains responsables de services de soins en prison (UCSA ou SMPR) pour recruter des internes.

"- Quand on demande à des internes d'aller en prison, ils ont peur comme si on leur demandait de partir à la guerre. Ils n'ont pas le bon état d'esprit. Il me semble pourtant que c'est le début du métier, que c'est prioritaire. La médecine est devenue un environnement protecteur, ultra-technique. En comparaison, le milieu carcéral est très stressant. Au final, s'il y a bien une certitude, c'est que les gens ne se précipitent pas ! Pourtant, on a tout fait pour mobiliser. Notre hôpital s'est réellement mobilisé. Mais, je dois bien avouer qu'on a souvent été contraint de recruter des médecins vacataires de seconde zone. On ne trouve pas d'internes qui soient prêts à venir à la prison de X. Je voulais organiser des gardes croisées entre l'hôpital et la prison de X, et là, ça a été un refus absolu."

Praticien hospitalier, 50 ans, responsable d'une UCSA, mais n'intervenant pas en prison

Les réticences des internes et plus largement de la plupart des hospitaliers à exercer en prison symbolisent la dimension encore dévalorisée du milieu d'exercice pénitentiaire. Il aurait été très intéressant d'accéder aux données correspondant au recrutement des médecins intervenant en prison. Il aurait par exemple été intéressant de connaître le rang des praticiens au concours de l'internat pour savoir ce qui relève dans leur choix de travailler en milieu pénitentiaire d'un véritable choix ou d'une forme de pis-aller. Je n'ai pas obtenu cette information, sinon de façon partielle dans certains entretiens. Pour expliquer la désaffection pour l'exercice en milieu pénitentiaire, on peut toutefois rappeler les trois éléments qu'Antoinette Chauvenet estimait décisifs dans le choix de poste à temps-plein des médecins hospitaliers<sup>316</sup> :

“- l'intérêt scientifique (...), c'est-à-dire la possibilité de traiter des maladies plus intéressantes, avec celle d'en faire une étude approfondie et disposer ainsi de dossiers susceptibles d'être exploités en vue d'un travail scientifique.

- le confort des conditions de travail, c'est-à-dire être entouré du personnel, disposer de l'organisation matérielle nécessaire à l'exercice d'une bonne médecine et l'importance de l'unité du lieu de travail.

- une plus grande indépendance dans l'exercice de la profession :

a) Vis-à-vis du malade, c'est-à-dire n'agir qu'en tenant compte uniquement de la maladie sans être trop gêné par des répercussions possibles sur le plan client.

b) Dans le même esprit, indépendance vis-à-vis du médecin correspondant (...)"

Si l'indépendance dans l'exercice de la profession est beaucoup plus grande aujourd'hui en prison, les deux autres éléments peuvent expliquer le peu d'intérêt encore manifesté par les professionnels de santé à l'égard du milieu d'exercice pénitentiaire. En matière d'intérêt scientifique, l'exercice de la médecine en milieu pénitentiaire n'intéresse guère que quelques jeunes psychiatres (des internes par exemple) qui pensent pouvoir valoriser quelques mois ou années d'exercice en prison auprès de publics dits "difficiles". Pour les autres professionnels de santé, l'intérêt scientifique d'exercer en prison est jugé faible (sans doute à cause du poids dans ce milieu de la médecine générale qui est dévalorisée par rapport aux spécialités). L'intérêt de ceux qui exercent finalement en prison se reporte d'ailleurs souvent sur leurs activités extérieures, par exemple l'enseignement, l'expertise psychiatrique. L'inconfort des conditions de travail reste par ailleurs une caractéristique importante du fonctionnement des services de soins en prison (faiblesse du nombre et des temps de vacation des personnels médicaux et soignants, quasi-absence d'aides-soignants, exigüité des locaux, vétusté des équipements). Enfin, le milieu pénitentiaire charrie une image peu prestigieuse, liée à la dangerosité supposée des détenus. Les réactions à l'installation de services spécialisés de médecine

---

<sup>316</sup>Antoinette Chauvenet, "Idéologies et statuts professionnels chez les médecins hospitaliers", *Revue Française de Sociologie*, XIV, n° spécial 1973, pp. 61-76 (extrait cité pp. 63-64)

pénitentiaire dans les grands centres hospitaliers universitaires témoignant d'ailleurs de cette "déconsidération", comme le rappelle un médecin psychiatre :

"- Quand on a voulu installer un service de médecine pénitentiaire à l'hôpital X, ça a été assez difficile. Parce que les gens disaient : " - On essaye de faire un hôpital moderne et vous allez nous mettre un service de médecine pénitentiaire en plein milieu, qui va nous déconsidérer." . Donc, il a fallu faire au départ des panneaux très discrets pour que les gens qui venaient à l'hôpital ne sachent pas qu'il y avait un service de médecine pénitentiaire. Il y a toujours une espèce de déconsidération. Un service de médecine pénitentiaire, cela ne flatte pas l'hôpital, cela ne lui fait pas une spécialité de plus ; ce n'est pas une spécialité pointue, de haut niveau. On peut même dire que ce n'est pas une spécialité."

Médecin Psychiatre, 60 ans, 25 ans de vacations dans de grandes maisons d'arrêt

On voit ainsi poindre des raisons du faible intérêt porté par les professionnels de santé au milieu d'exercice pénitentiaire. Il reste à comprendre les motivations de ceux qui décident d'exercer dans ce milieu ou de ceux qui s'y résolvent. Il faut ici préciser que les entretiens n'ont guère porté sur ces "bonnes raisons", parce que cette dimension ne m'est apparue importante qu'au fil de l'expérience de terrain. On peut néanmoins retracer quelques bonnes raisons. Aux dires de certains, la prison constitue un lieu d'accomplissement d'une mission jugée salvatrice auprès de publics défavorisés : un médecin dit ainsi avoir décidé d'exercer en prison comme d'autres ont décidé d'exercer à Médecins du Monde. Il est sûr que l'on ne peut exclure l'hypothèse que des motivations "morales" ou "idéologiques" président au choix de certains professionnels de santé d'intervenir en milieu pénitentiaire : certains présentent ainsi leur métier comme une mission salvatrice. Mais ils sont rares. Les principales motivations évoquées par les praticiens intervenant en prison (choix géographique, opportunités de promotions hiérarchiques, horaires moins contraignants qu'à l'hôpital, ...) montrent que le milieu pénitentiaire est rarement choisi dans le but d'exercer auprès de personnes défavorisées. Le choix d'exercer en prison est rarement un choix enchanté ; il est souvent même désenchanté du fait de l'image que se voient renvoyer les praticiens en prison par leurs "collègues" intervenant en milieu libre.

Par delà la diversité des motivations des professionnels de santé intervenant en milieu pénitentiaire, ceux-ci se trouvent confrontés à un problème commun : celui de la non-reconnaissance, de la déqualification ou de la stigmatisation de leur milieu d'exercice. Le sentiment d'être disqualifié est l'un des rares points communs des professionnels de santé en milieu pénitentiaire. La prison se porte comme un poids, un stigmat.

"- Mes camarades, qui étaient enseignants et praticiens hospitaliers comme moi, me disaient : " - Mais qu'est-ce que tu vas faire là-dedans ? C'est pas un truc qui va te servir, qui va te faire monter en autorité ou en représentation, etc." . Et c'est vrai que la médecine en prison, c'est assez obscur, c'est peu connu. Cela devient

connu quand on s'occupe de gens célèbres. (...) Sinon, la médecine en prison est peu connue. (...) Moi justement, j'ai eu l'avantage d'enseigner la médecine légale et cela me permettait une forme de travail permanent sur les conditions légales d'exercice, y compris d'exercice de la médecine pénitentiaire. Autrement dit, je pouvais être en prison et ne pas me laisser envahir parce que j'étais à l'extérieur de la prison et que j'avais aussi une représentation à l'extérieur de la prison. Ce qui est important, c'est d'être reconnu à l'extérieur, comme médecin, par ses pairs, par d'autres autorités."

Psychiatre, 60 ans, 25 ans de vacations dans de grandes maisons d'arrêt

On peut ici avancer l'hypothèse qu'un enjeu majeur des présentations de soi vise à réduire cette déqualification. Pour ce psychiatre, comme pour beaucoup de médecins qui n'interviennent que quelques heures en prison, la valorisation est recherchée dans les activités extérieures (la médecine légale dans le cas de ce psychiatre). Pour les professionnels intervenant principalement ou intégralement en prison, c'est plutôt le rattachement aux médecins, aux infirmiers ou aux professionnels de santé en général, qui constitue le moyen privilégié de valorisation. Affirmer une appartenance à des groupes d'acteurs, dont les contours ne recouvrent pas le clivage exercice en prison / exercice en milieu libre, ne révèle-t-il pas dès lors une volonté de requalification de l'exercice en milieu pénitentiaire ?

Au rang des rares actions collectives du groupe nominal des "professionnels de santé en milieu pénitentiaire", on placera la bataille pour maintenir la façade d'une étiquette professionnelle unique avec les professionnels de santé intervenant dans d'autres milieux. Les dénominations usuelles utilisées par les professionnels de santé intervenant en prison révèlent dès lors moins un collectif d'acteurs, une communauté d'actions et de représentations, qu'une volonté collective de nier ou de masquer la dévalorisation du milieu pénitentiaire. Les dénominations ont donc aussi des enjeux performatifs qui s'expliquent en fonction de la dévalorisation spécifique du milieu pénitentiaire.

Le milieu pénitentiaire apparaît aujourd'hui comme un milieu d'exercice où l'autonomie des professionnels de santé, ou encore le droit d'exercer leur propre contrôle sur leur travail, ne semble plus particulièrement contestés. Il reste que les différents milieux d'exercice sont hiérarchisés non pas seulement en fonction de l'autonomie qu'ils laissent aux professionnels de santé mais aussi en fonction du prestige que retirent les professionnels à exercer dans tel ou tel milieu. Les professionnels qui interviennent dans les milieux les moins prestigieux n'auraient-ils pas alors tendance à se réclamer d'une profession au sens large, sans tenir à afficher un milieu d'exercice jugé stigmatisant ? La réponse semble être positive en ce qui concerne les médecins et les infirmiers intervenant dans les prisons françaises. Le souci qu'ont les professionnels de santé intervenant en milieu pénitentiaire d'apparaître comme des professionnels de santé parmi d'autres, sans particularités, renverrait à une volonté de masquer un milieu d'exercice dévalorisé auprès des étudiants en médecine et des acteurs de santé en général.

## **Conclusion : Les professions de santé, noms communs ou actions collectives ?**

Il apparaît que les dénominations utilisées par les professionnels de santé intervenant en milieu pénitentiaire pour s'auto-désigner — et afficher des actions et des représentations communes avec celles des professionnels intervenant en milieu libre — sont plus des mythes mobilisateurs qu'elles ne recouvrent effectivement une réelle identité d'actions et de représentations avec les professionnels à l'extérieur et entre les professionnels de santé intervenant en milieu pénitentiaire. Si l'on observe les actions et les représentations de ces professionnels de la santé, on voit se dégager différents pôles de cohérence, groupes d'action similaires.

Dans les faits, les actions et les représentations de ceux que l'on nomme et qui se nomment "professionnels de santé", "médecins" ou "infirmiers", "somaticiens" ou "psychiatres", sont extrêmement variées, parfois antagonistes, et ce à l'intérieur de chacun des groupes nominaux. Par exemple, certains défendent un organicisme strict, tandis que d'autres affirment la spécificité du soin des personnes détenues. Certains font du secret médical le fondement incontournable de leurs pratiques, d'autres se résignent sans résistance à l'incompatibilité entre secret et prison. Si certains clivages sont reconnus et nommés (par exemple, celui entre les somaticiens et les psychiatres), la plupart des divisions sont tues et masquées : les groupes ne se nomment pas, ne veulent pas se nommer ; ils ne veulent souvent ni reconnaître ni voir apparaître la spécificité de leurs actions et représentations.

Pourquoi cette diversité d'actions et de représentations ne s'affirme-t-elle pas ? Pourquoi les groupes d'acteurs ainsi dégagés ne cherchent-ils pas à affirmer leurs divergences et défendent-ils l'idée d'une appartenance inconditionnelle à la communauté devenue fictive des "médecins" ou des "infirmiers" ? On peut avancer l'hypothèse que les dénominations servent à nier l'influence d'un milieu d'exercice sur des actions sanitaires censées, d'après *le Code de Déontologie*, être totalement indépendantes du lieu dans lequel elles sont exercées. Il reste que le milieu pénitentiaire semble remettre de moins en moins en question l'autonomie des professionnels de santé (cf. chapitre 5). On avancera donc plutôt l'hypothèse que les dénominations servent à masquer une dévalorisation de l'exercice en milieu pénitentiaire au sein de la "communauté médicale et soignante".

La formulation de ces deux hypothèses tend à faire des dénominations professionnelles le produit de stratégies de présentations de soi : les acteurs voudraient sciemment masquer ou valoriser



certaines clivages dont ils auraient conscience. On peut avancer l'idée que les dénominations professionnelles renvoient aussi à des façons non réfléchies de se mettre en scène, à de réels sentiments d'appartenance commune. En ce dernier sens, les professions renvoient en partie à des actions communes, à un commun de l'action, "celui qui fait que des individus se reconnaissent comme membres d'un même ensemble social à travers des façons d'être et des valeurs constitutives d'un patrimoine" pour reprendre les termes de Claude Giraud<sup>317</sup>. Mais "ce commun n'implique pas que des salariés (les professionnels de santé dans le cas de notre étude) soient tous mobilisés pour atteindre un même but, ni même que tous les salariés partagent les mêmes représentations. Le multipositionnement des individus dans des sphères d'action différentes mais imbriquées rend illusoire l'uniformité des représentations dans un même ensemble de travail"<sup>318</sup>. L'exemple des professionnels de santé en prison semble montrer que si les professions peuvent parfois renvoyer à des actions communes, elles ne recouvrent guère d'actions collectives.

Mais ce constat n'est-il pas lié à la profession étudiée ou encore au milieu d'exercice analysé ? Pour confirmer, préciser ou amender ce constat, nous nous proposons d'étudier maintenant le monde des enseignants intervenant en prison.

---

<sup>317</sup>Claude Giraud, "La forme orale dans les pratiques de coordination de l'action", *Cahiers internationaux de Sociologie*, vol. CVI, 1999, p. 88

<sup>318</sup>Claude Giraud, 1999, op. cité, p. 88



## Conclusion de la seconde partie

L'étude des actions et des représentations des professionnels de santé intervenant en milieu pénitentiaire permet de dégager plusieurs pistes de réflexion tant sur le fonctionnement de la prison que sur ce que recouvrent les dénominations professionnelles.

Le prisme des professionnels de santé permet d'abord d'évaluer les dimensions totale et totalitaire de la prison actuelle. La prison a longtemps été un milieu totalisant pour les médecins et les infirmiers au sens où elle leur laissait peu d'autonomie, mais ces acteurs disposent dorénavant de statuts, d'une autorité et d'une autonomie potentielle très large. Que certains n'exploitent pas cette autonomie potentielle semble lié moins au poids du système de contraintes carcéral qu'aux modèles normatifs mis en oeuvre par ces professionnels de santé. Au nom de la déontologie, d'aucuns refusent toute forme de perversion du secret médical, d'aménagement du colloque singulier, d'intrusion des logiques pénitentiaires dans leur activité. Au nom du pragmatisme, d'autres préfèrent donner des informations aux surveillants, demander leur présence quand ils reçoivent un patient jugé dangereux, limiter les prescriptions en profitant du fait de la captivité de leurs patients.

Que dire alors de l'accès aux soins des personnes détenues ou encore du caractère totalitaire de la prison tel qu'il a été défini dans cette recherche : une tendance à limiter les droits dont les détenus ne sont pas juridiquement privés ? De façon générale, l'accès à la santé est aujourd'hui très large dans les prisons françaises et non conditionné au comportement des détenus. Au contraire de l'accès à certains services, l'accès aux services de santé n'est pas soumis à des exigences de calme en détention, il n'est pas interdit aux détenus placés dans les quartiers disciplinaires. Les oublis et les retards, voulus par les surveillants, dans la transmission des demandes de rendez-vous médical, ne sont certes pas exclus mais sont rares et limités aux cas qu'ils ne jugent pas urgents. Plus largement, l'accès aux services de santé est souvent conçu comme un droit sacré et inaliénable. Néanmoins, certaines pratiques professionnelles montrent que les conditions d'incarcération ne sont pas sans jouer sur les façons dont sont soignées les personnes détenues : le secret médical est difficile à tenir, certaines prescriptions sont refusées ou limitées par des professionnels de santé dont le pouvoir semble influencer le sentiment du devoir. Les positions autocratiques de certains professionnels de

santé intervenant en prison rappellent ainsi que la situation institutionnelle des détenus n'est pas sans limiter leur accès, sinon leur "droit" à la santé. En cela, la prison resterait partiellement totalitaire.

L'étude permet aussi d'analyser les professions de santé à travers le prisme de la prison. Les professions de santé intervenant en prison, loin de pouvoir être analysées comme des communautés en action, avec le prisme de l'action collective, apparaissent plutôt comme des amalgames de différents acteurs, comme des groupes assez hétérogènes rassemblant de multiples logiques d'action. Les actions et les représentations des "médecins", des "infirmiers", des "somaticiens" et des "psychiatres" sont diverses, et ce à l'intérieur de chacun des groupes nominaux. La typologie proposée de ces différents acteurs (les organicistes, les spécialistes pénitentiaires, les puristes, les consensuels) s'appuie sur la diversité constatée des modèles normatifs en cours dans ces professions, sur la multiplicité des ajustements trouvés entre modèles normatifs et contraintes du système d'action, sur la variété des tensions ressenties entre normes d'actions et comportements effectifs. Le milieu pénitentiaire, souvent supposé uniformisant, révélerait, sinon provoquerait, des fractures importantes au sein des professions de santé.

Pourtant, les acteurs de santé intervenant en prison ont tendance à passer sous silence ces fractures qui les divisent. Ils insistent sur des clivages nominaux classiques (les médecins et les infirmiers, les somaticiens et les psychiatres) qui éclairent peu la variété des actions effectives. Ils passent surtout sous silence le clivage praticiens en prison / praticiens en milieu libre, en tenant à afficher leur appartenance aux professions de santé en général. Les façons qu'ont ces acteurs de se nommer renverraient alors largement à des présentations de soi, des mises en scène, des masques et des miroirs qu'ils utiliseraient pour contester la dévalorisation du milieu d'exercice pénitentiaire dans les mondes médicaux et soignants.

A ce stade de l'analyse, ces différents enseignements ne peuvent avoir qu'un statut d'observations provisoires. Ne sont-ils pas seulement liés à la profession étudiée ou encore au milieu d'exercice analysé ? L'étude d'autres professions ne permettrait-elle pas d'éclairer les visions de la prison et des professions en général, en donnant une nouvelle focale d'analyse ? Ne permettrait-elle pas aussi de préciser la vision des professionnels de santé en prison, en offrant un repère comparatif ? Pour confirmer, préciser ou amender l'analyse menée jusqu'ici, nous nous proposons donc d'étudier maintenant le monde des enseignants intervenant en prison.

## **Troisième partie**

### **Les professionnels de l'enseignement en prison**



L'étude des actions et des représentations des enseignants intervenant en prison constitue un second prisme, et par là un prisme comparatif, d'analyse et de réponse aux hypothèses qui ont jalonné l'étude des actions et des représentations des professionnels de santé dans la partie précédente. La prison est-elle une institution totale, totalitaire, immuablement totale et totalitaire ? Que représentent les façons qu'ont les professionnels de se nommer et de se rattacher à des groupes d'actions : de réelles communautés d'actions et de représentations, des ferments nominaux identitaires, des mythes mobilisateurs ?

Cette troisième partie fera souvent référence au modèle de la santé afin d'entamer une réflexion comparative, qui permettra de comprendre les logiques qui traversent la prison moderne, mais aussi de s'interroger sur les modes de construction des professions en général. Elle est organisée autour de quatre chapitres pouvant être compris en parallèle avec les chapitres de la partie précédente. Cependant, la présentation sera souvent plus rapide car certains éclairages sur l'enseignement et les enseignants recouvrent ceux sur la santé et les professionnels de santé.

Un premier chapitre propose un regard historique, permettant une double mise en perspective. Il s'agit d'une part de s'intéresser aux façons dont s'est imposé ou ne s'est pas imposé l'enseignement en prison. L'accès à l'enseignement est-il perçu comme un droit ? Si oui, comment s'est-il construit comme un droit ? Il s'agit d'autre part d'analyser la construction historique de cet ensemble d'acteurs que recouvre la dénomination "enseignants intervenant en prison". De quel(s) modèle(s) professionnel(s) se sont inspirés ces enseignants ?

Le second chapitre s'intéresse à l'autonomie d'action des enseignants dans le système de contraintes carcéral. Nous verrons ici que les enseignants échappent beaucoup moins que les médecins et les infirmiers aux contraintes et aux contradictions du système carcéral. L'accès à l'enseignement est encore très souvent inscrit dans un système de privilèges dont l'emprise échappe aux détenus et aux enseignants.

Le troisième chapitre s'attache à une analyse des relations pédagogiques en prison, plus précisément à une analyse des façons dont les enseignants conçoivent et mettent en oeuvre les relations pédagogiques avec les personnes détenues. L'étude porte ainsi sur les différents modèles normatifs auxquels se réfèrent les enseignants, sur les comportements effectifs et sur les modes de résolution particuliers entre l'exécution effective d'une action et sa définition normative.

Un dernier chapitre tentera de synthétiser les différents résultats en proposant une typologie des enseignants intervenant en prison et en confrontant cette typologie aux façons qu'ont les acteurs de se représenter et de présenter leur(s) profession(s), leur(s) groupe(s) d'appartenance ? Quelle est la place de la prison dans ces représentations ?





## Chapitre 8

# Mise en perspective historique de l'enseignement en milieu pénitentiaire

Quelle est la place de l'enseignement dans la construction de la prison "moderne" ? Quelle est la place de la prison dans la construction des représentations professionnelles des enseignants intervenant en milieu pénitentiaire ?

Comme dans le cas de la santé, interpréter l'histoire de l'enseignement en milieu pénitentiaire apparaît indispensable pour comprendre le fonctionnement de la prison et comprendre la structuration de la profession enseignante (et plus largement de toutes les professions) par l'étude d'un lieu d'enseignement particulier. Il s'agit de mettre en évidence les spécificités du dispositif actuel au regard des particularités des dispositifs plus anciens, de retracer les moments, les difficultés, les leçons de l'implantation de l'enseignement en milieu pénitentiaire, de comprendre l'évolution des rapports entre les enseignants et l'Administration Pénitentiaire à l'aune de l'histoire de la prison et de l'histoire de l'enseignement.

Il semble ainsi impossible d'isoler l'étude de l'enseignement en prison de l'étude de l'enseignement en général voire même de l'étude de la société française dans son ensemble. Nous retrouvons ici le message d'Emile Durkheim selon lequel "lorsqu'on étudie historiquement la manière dont se sont formés et développés les systèmes d'éducation, on s'aperçoit qu'ils dépendent de la religion, de l'organisation politique, du degré de développement des sciences, de l'état de l'industrie, etc. Si on les détache de toutes ces causes historiques, ils deviennent incompréhensibles"<sup>319</sup>. La généralisation et l'institutionnalisation de l'enseignement en prison sont ainsi fortement dépendantes d'un long mouvement de généralisation et de démocratisation de l'enseignement, d'une vaste évolution de la société, des moeurs et de l'économie ou encore de ce qu'Antoine Prost nomme une "poussée lente, mais continue, et par là même irrésistible, en faveur de l'éducation"<sup>320</sup>.

---

<sup>319</sup>Emile Durkheim, *Education et sociologie*, 1ère édition 1922, p. 42

<sup>320</sup>Antoine Prost, *Histoire de l'enseignement en France 1800-1967*, Paris, Armand Colin, 1968, p. 11

Il faut préciser que ce chapitre est basé essentiellement sur des travaux d'historiens (Jacques-Guy Petit, Michelle Perrot, Antoine Prost, etc.), notamment en ce qui concerne le XIX<sup>ème</sup> siècle et la première moitié du XX<sup>ème</sup> siècle. Notons ici que les sources sur l'enseignement en prison sont beaucoup moins nombreuses que celles sur la santé, ne serait-ce que parce que l'enseignement s'est imposé beaucoup plus lentement et tardivement que la santé en milieu pénitentiaire. Cependant cette dernière explication ne saurait suffire puisque l'on note encore aujourd'hui une nette différence quantitative entre les bibliographies (rapports, articles de revues) consacrées à la santé et à l'enseignement en milieu pénitentiaire. Comment expliquer cette différence ?

On peut émettre l'hypothèse que, l'accès à la santé ayant été très tôt défini et perçu comme un droit, la question de la santé en milieu pénitentiaire est très tôt apparue comme un enjeu de santé publique : la prison, entendue comme un lieu de droit, se devait d'intégrer les médecins et les infirmiers. Par contre, l'enseignement, notamment l'enseignement pour adultes, a longtemps été défini, non comme un droit, mais comme un privilège. Que la prison, conçue comme un lieu de punitions, puisse ne pas laisser de place à l'enseignement choquait peu, jusqu'à ce que l'enseignement soit défini à son tour comme un droit à part entière. Il est clair que ces nouvelles définition et perception de l'enseignement sont étroitement liées au mouvement de professionnalisation des enseignants dans la société française. La détotalisation de la prison et la professionnalisation des enseignants semblent ici conjuguées. C'est cette hypothèse que nous voudrions garder en mémoire et éclairer tout au long de cet aperçu historique.

## **1. Jusqu'à la Libération : l'histoire d'une absence**

L'implantation de l'école dans les prisons en France est tardive si on compare la situation de la France à celle de l'Angleterre qui a, sous l'impulsion de John Howard<sup>321</sup>, introduit la première école dans les prisons dès la fin du XVIII<sup>ème</sup> siècle. Elle est aussi tardive si on la compare à l'implantation et au développement de la santé en milieu carcéral (cf. 2<sup>ème</sup> partie, chapitre 4). Tout au long du XIX<sup>ème</sup> siècle et même jusqu'à la Seconde Guerre Mondiale, la présence de l'école est fort limitée dans les prisons françaises ; sa pertinence est d'ailleurs largement contestée. Les philanthropes qui en défendent l'intérêt apparaissent comme des utopistes, dont les "momerics" et les "rêveries philosophiques"<sup>322</sup> sont ouvertement méprisées.

---

<sup>321</sup>John Howard, *The State of Prisons in England and Wales, with Preliminary Observation and an Account of some Foreign Prisons and Hospitals*, 1777 ; traduction française, *L'état des prisons, des hôpitaux et des maisons de force en Europe au XVIII<sup>ème</sup> siècle*, Paris, Les Editions de l'Atelier, 1994

<sup>322</sup>Alexis de Tocqueville, *Oeuvres Complètes*, tome IV, Paris, Gallimard, 1984, pp. 37-38

“Le plus souvent, la philanthropie n’est chez nous qu’une affaire d’imagination, du coeur elle a passé dans la tête. Pour ceux-ci c’est un passe-temps ; pour ceux-là, c’est un moyen d’avoir des émotions. Il y en a d’autres pour qui c’est une carrière dans laquelle ils font plus ou moins vite leur chemin.”

Alexis de Tocqueville, *Oeuvres Complètes*, tome IV, Paris, Gallimard, 1984, p. 38

## **1.1. 1815-1870 : une présence minimale et une légitimité contestée**

Tandis que l’enjeu de la santé en prison est très tôt débattu (cf. chapitre 4), il faut attendre la Restauration pour voir les premiers débats sur l’enseignement en prison, mais ces débats restent vains. Jusqu’à la fin du Second Empire, l’école ne trouve qu’une place minimale dans la prison. Cette place est d’ailleurs contestée par ceux qui ne voient pas dans l’instruction un moyen de combattre la criminalité ou ceux qui défendent l’optique d’une prison strictement punitive.

### ***1.1.1. Une présence minimale***

Ce n’est qu’après 1815 que les philanthropes français<sup>323</sup>, notamment La Rochefoucauld-Liancourt et Delessert, cherchent à imposer l’école en milieu carcéral, rejoignant ainsi les principes de Condorcet sur l’instruction publique complémentaire ou encore la nécessaire éducation des adultes<sup>324</sup>. La Rochefoucauld part du constat que “la plupart des crimes sont commis par des individus abrutis par une complète ignorance”, que “le plus grand nombre de criminels dans tous les Etats de l’Europe se trouve dans la classe la plus privée d’éducation”<sup>325</sup>. C’est un constat que confirment d’ailleurs les résultats de la première enquête nationale sur les maisons de peine, confiée à la Société Royale des Prisons par le Ministre de l’Intérieur, le Duc Decazes. De cette enquête ressort l’importance de la mise en oeuvre de l’instruction morale et religieuse, de l’enseignement élémentaire et du travail en prison. L’école est “conçue comme un grand service à rendre aux prisonniers (...), une occupation dans leur détention, et une occupation qui les maintient dans l’habitude de l’ordre”<sup>326</sup>. Encore facultative (elle est prise sur le temps de travail salarié du détenu), elle doit permettre l’apprentissage de la loi sociale, d’obligations et d’interdits. Laborde écrit par

---

<sup>323</sup>cf. Catherine Duprat, “Punir et guérir : en 1819, la prison des philanthropes”, in Michelle Perrot (dir.), 1980, *L’impossible prison, Recherches sur le système pénitentiaire au XIXème siècle*, Paris, Seuil

<sup>324</sup>Condorcet A. C., *Rapport à l’Assemblée*, 20 et 21 avril 1792

<sup>325</sup>La Rochefoucauld-Liancourt, *Des prisons de Philadelphie*, p. XXI (préface de 1819) et p. 46, cité par Catherine Duprat, op. cité, p. 90

<sup>326</sup>La Rochefoucauld-Liancourt, “Rapport pour préparer les instructions à adresser aux commissions départementales”, *Société Royale des Prisons*, pièce n° 7 du 25 mai 1819

exemple que les lectures doivent “rectifier les idées des détenus sur le monde, les rapports sociaux, les moyens faciles de s’élever par le travail”<sup>327</sup>.

Mais ces propositions en restent au stade des déclarations de principes, d’autant plus irréalistes que l’école, particulièrement l’enseignement primaire, commence à peine à s’instituer hors la prison. L’école a ainsi d’autant moins de chances de s’imposer en prison qu’elle ne s’est pas encore imposée dans la société française. Evoquant l’instruction primaire, Antoine Prost note que “l’ordonnance du 29 février 1816, préparée par Ambroise Rendu, Georges Cuvier et le baron de Gérando, porte bien que chaque commune est “tenue” de pourvoir à ce que les enfants qui l’habitent reçoivent l’instruction primaire, et les indigents gratuitement ; mais cette affirmation de principe n’est assortie d’aucune mesure susceptible d’en assurer l’application”<sup>328</sup>. Il faut attendre la loi Guizot du 28 juin 1833 pour que l’obligation imposée aux communes devienne effective.

Dans le milieu carcéral, le développement de l’école est beaucoup plus lent encore. L’école ne trouve une place que dans certaines prisons. C’est par exemple le cas de la maison des jeunes détenus de Paris dont le règlement, établi par Léon Faucher, prévoit deux heures de classe, “employées alternativement à la lecture, à l’écriture, au dessin linéaire et au calcul”<sup>329</sup>. C’est aussi le cas de la maison centrale de Poissy que visitent Tocqueville et de Beaumont le 26 septembre 1830. Cet établissement compte 715 détenus à cette date, dont 100 détenus âgés de 12 à 18 ans et 12 détenus âgés de moins de douze ans.

“J’ai dit que la prison de Poissy est dépourvue de tout enseignement moral et religieux. Il faut cependant faire mention d’une école qui y est établie. Les douze enfants les plus jeunes qui sont séparés de tous les autres détenus apprennent à lire et à écrire : c’est du reste à ces connaissances premières que se borne leur instruction ; il n’y a dans tout l’établissement que trois volumes : le premier est la civilité puérile et honnête ; le second les règles d’une éducation chrétienne ; le troisième, une grammaire française : voilà toute la bibliothèque de la prison. Ces enfants ont un instituteur ; cet instituteur écrit fort bien... c’est un faussaire ! quelle école, grands dieux !”

Beaumont et Tocqueville, Archives Tocqueville, XXXIII, IIB2f,  
in Tocqueville, *Oeuvres Complètes*, tome IV, Paris, Gallimard, 1984, p. 460

Ce récit illustre les traits de l’enseignement en prison au XIX<sup>ème</sup> siècle, tout au moins jusqu’au Second Empire, dans les quelques établissements où il est dispensé. C’est d’abord un enseignement circonscrit aux maisons centrales, donc adressé à des détenus condamnés à de longues peines : il est

---

<sup>327</sup>A. de Laborde, “Rapport pour s’occuper de l’instruction primaire”, *Société Royale des Prisons*, pièce n° 10 du 8 juin 1819, cité par C. Duprat, p. 82

<sup>328</sup>Antoine Prost, *Histoire de l’enseignement en France 1800-1967*, Paris, Armand Colin, 1968, p. 91

<sup>329</sup>Léon Faucher, *De la réforme des prisons*, 1838, cité par Michel Foucault, *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard, 1975, p. 12

prévu en 1840 que toutes les maisons centrales disposent d'un emploi d'instituteur à plein-temps<sup>330</sup>. Pour les prisons départementales, un règlement du 30 octobre 1841 prévoit que le préfet *puisse* nommer un instituteur dans les prisons dont la population le nécessite, mais aucune obligation n'est prévue. Pour 402 prisons, on ne compte finalement que sept instituteurs en 1869. A Paris, pour plus de cinq mille détenus, ils ne sont que deux instituteurs<sup>331</sup>.

Par ailleurs, la présence d'un instituteur dans chaque maison centrale ne garantit pas un enseignement large. Jacques-Guy Petit note qu'à la fin du Second Empire, dans les maisons centrales, 18 % seulement des femmes peuvent fréquenter l'école, alors que 66 % sont totalement illettrées. Chez les condamnés masculins, dont près de la moitié restent illettrés (44 %), seuls 15 % sont admis à l'école<sup>332</sup>. L'enseignement s'adresse très majoritairement aux enfants (moins de douze ans) et aux adultes qui le "méritent". Très tôt en effet, l'enseignement est inscrit dans un système strict de privilèges. Ainsi, dès 1840, Rémusat n'admet plus les condamnés adultes à l'école qu' "à titre de récompense" et après "un choix judicieux"<sup>333</sup>. L'historien Jacques-Guy Petit peut ainsi affirmer que "loin d'être employée comme un agent de moralisation (contrairement à l'attente des philanthropes ou d'un Charles Lucas qui en avait fait, en 1836-1838, la base de sa théorie de réforme pénitentiaire), l'instruction n'est donc dispensée qu'à une minorité de condamnés adultes, à titre de récompense, pour ceux qui ont déjà donné des preuves de soumission et de repentir"<sup>334</sup>.

L'enseignement en prison a aussi la particularité d'être rarement dispensé par des instituteurs issus des écoles normales primaires, mais plutôt par des aumôniers ou des religieuses (dans les maisons pour femmes), parfois par des détenus, comme dans le cas de la prison de Poissy, cité par Tocqueville et Beaumont. En 1868, on ne recense que 19 instituteurs laïques parmi les enseignants des maisons centrales<sup>335</sup>. La prédominance des enseignants religieux conduit à orienter l'enseignement autour de l'éducation morale et religieuse.

Notons enfin que la marge de manoeuvre des enseignants vis-à-vis des directions locales d'établissement est assez faible. Beaucoup d'instituteurs sont principalement affectés au service de secrétariat des directeurs. Cette situation de dépendance n'est pas radicalement différente de ce qui se passe en milieu libre où les instituteurs dépendent alors étroitement du curé et du maire. Les instituteurs n'ont pas, au seuil de la Troisième République, encore conquis une complète autonomie, et ne se sont pas fait reconnaître le monopole de l'enseignement. C'est un point

---

<sup>330</sup>d'après Jacques-Guy Petit, in J.-G. Petit et alii, *Histoire des galères, des bagnes et des prisons*, 1991, p. 160

<sup>331</sup>Robert Badinter, *La prison républicaine (1871-1914)*, Paris, Fayard, 1992, p. 47

<sup>332</sup>d'après Jacques-Guy Petit, 1991, op. cité, p. 160

<sup>333</sup>Circulaire du 24 avril 1840 (*Code des Prisons*), cité par C. Duprat, op. cité, p. 100

<sup>334</sup>Jacques-Guy Petit, 1991, op. cité, p. 161

important qui les distingue ici des médecins, engagés alors dans un mouvement de professionnalisation de leur métier — la professionnalisation étant comprise ici au sens d'accès à une complète autonomie dans le travail —. La soumission des instituteurs aux directeurs des prisons ne doit donc pas surprendre.

Plus généralement, les traits qui caractérisent l'enseignement en prison ne surprennent pas, si on les rapporte aux formes de l'école dans la société française jusqu'aux lois républicaines des années 1870 et 1880. Rappelons que c'est une école qui se généralise progressivement mais qui ne se prolonge que très rarement au delà de douze ans et s'interrompt souvent avant cet âge. C'est une école où le contrôle de l'Eglise est fort (renforcé par la loi Falloux du 15 mars 1850), où les enseignements sont souvent dispensés par des congréganistes, mis à disposition par leurs ordres religieux auprès des municipalités. C'est une école qui dispense un enseignement moral, inculque des convictions, des principes d'ordre et d'autorité ; Antoine Prost note ainsi que par delà les divergences qui opposent laïcs et cléricaux, républicains et conservateurs, la nécessité de l'enseignement moral, et plus encore de l'apprentissage de la discipline et l'autorité, fait consensus. Quant à l'enseignement pour adultes, il concerne principalement les niveaux les plus élevés d'enseignement (par exemple, les cours du soir dans les écoles professionnelles, telles le Conservatoire National des Arts et Métiers ou l'Ecole Centrale). L'idée qu'un enseignement primaire puisse être adressé à des adultes analphabètes relève encore des discours philanthropiques ou d'expériences locales très limitées, comme celle de l'Association Polytechnique où des anciens élèves instruisent des ouvriers. Les formes de l'école, quasi-absente, dans les prisons au seuil de la Troisième République, reflètent donc largement les formes du système éducatif français dans son ensemble. Néanmoins, on peut aussi comprendre cette quasi-absence en la rapportant aux discours sur la prison, et plus précisément aux contestations sur la place éventuelle de l'école dans la prison.

### *1.1.2. Une légitimité contestée*

Les vœux philanthropiques d'implanter l'école en prison ont en effet été très tôt contestés. A titre d'exemple, on peut évoquer la position d'Alexis de Tocqueville et de Gustave de Beaumont. Les deux magistrats (en 1830, le premier est juge suppléant, le second est substitut) tirent de leur étude du système pénitentiaire américain (étude basée sur l'observation de plusieurs prisons américaines de mai 1831 à février 1832) et d'une comparaison avec le système français, plusieurs enseignements visant à déterminer le système d'enfermement le plus efficace du point de vue des récidives, du coût financier, de la corruption des prisonniers et de leur santé physique et mentale. Les deux auteurs défendent le modèle d'une prison sécuritaire, répressive et dissuasive, censée défendre la société plus que réformer les criminels. L'école, principal outil de la réforme des

---

<sup>335</sup>d'après Jacques-Guy Petit, 1991, op. cité, p. 160

prisonniers souhaitée par les philanthropes, perd ainsi de son intérêt. Tocqueville oppose aux philanthropes un principe simple : “Quel est l’objet principal de la peine relativement à celui qui la subit ? ... d’abord de lui apprendre à obéir”<sup>336</sup>. Le modèle carcéral doit s’inspirer, selon lui, de la prison de Walnut-Street de Philadelphie ou encore du principe de l’isolement cellulaire qui évite la corruption et donne toute sa puissance à la punition.

“L’intérieur des cellules de Philadelphie nous a présenté un coup d’oeil absolument nouveau et plein d’intérêt. Le détenu qui y est renfermé jouit en général d’une bonne santé, il est bien vêtu, bien nourri, bien couché, il trouve à sa portée des biens physiques qu’il n’a jamais rencontrés dans le monde, il se plaît à le reconnaître lui-même. Et cependant il est profondément malheureux ; le châtement tout intellectuel qui lui est infligé, jette au fond de son âme une terreur plus profonde que les chaînes et les coups. N’est-ce pas ainsi qu’une société éclairée et humaine doit vouloir punir ? Ici la peine est en même temps la plus douce et la plus terrible qui ait jamais été inventée.”

Alexis de Tocqueville, 1833, *Ecrits sur le système pénitentiaire en France et à l’étranger*,  
in Tocqueville, *Oeuvres Complètes*, tome IV, Paris, Gallimard, 1984, p. 40

Quelle est la place de l’école — ou plutôt de l’instruction — dans la réflexion de Tocqueville ? De la lecture des écrits qu’il a consacrés au système pénitentiaire émerge un premier constat : l’instruction occupe une place peu importante, sinon minimale dans ces écrits. Comment expliquer ce constat ? Tout d’abord, il faut noter que l’école et l’enseignement sont très peu développés dans les prisons américaines (bien moins qu’au Royaume-Uni) que Tocqueville prend pour modèle. Sur ce point, le modèle américain est ainsi très peu différent du modèle français. Ici apparaît une des limites du modèle comparatif tocquevillien, d’ailleurs très tôt dénoncée par Charles Lucas : en ne prenant appui que sur deux pays et en abandonnant l’étude d’autres systèmes pénitentiaires, Tocqueville et de Beaumont s’interdisent de voir les limites communes des systèmes français et américain.

Cette remarque méthodologique étant faite, quelques passages permettent d’appréhender plus précisément la perception qu’avait Tocqueville du rôle de l’instruction dans le fonctionnement de la prison. Il faut d’abord noter que sa réflexion sur l’école s’inscrit dans une appréhension large des liens entre l’instruction et la criminalité. Si Tocqueville reconnaît de façon générale les vertus de l’instruction, il refuse d’expliquer la criminalité par le manque d’instruction et suppose même que l’instruction est susceptible d’engendrer des formes de criminalité, comme dans l’extrait suivant :

---

<sup>336</sup> cité par Catherine Duprat, op. cit., p. 105  
390

“L’instruction, alors même qu’on ne la sépare point des croyances religieuses, fait naître une foule de besoins nouveaux, qui, s’ils ne sont pas satisfaits, poussent aux crimes ceux qui les éprouvent. Elle multiplie les rapports sociaux, elle est l’âme du commerce et de l’industrie, elle crée ainsi entre les individus mille occasions de fraude ou de mauvaise foi qui n’existent pas au sein d’une population ignorante et grossière. Il est donc dans sa nature d’augmenter plutôt que de diminuer le nombre des crimes.”

Gustave de Beaumont et Alexis de Tocqueville, *Le système pénitentiaire aux Etats-Unis et son application en France*, 1833, in Tocqueville, *Oeuvres Complètes*, tome IV, Paris, Gallimard, 1984, note 4, p. 210

Dans le sillage de Tocqueville, on voit se multiplier dans les années 1830 les critiques envers ceux qui attribuent à un manque d’instruction le développement de la criminalité. En 1835, l’Administration de la Justice Criminelle, ancêtre de l’Administration Pénitentiaire, remet implicitement en cause le lien entre illettrisme et criminalité à partir des données sur l’instruction des détenus, qu’elle a produites depuis 1828 dans ses *Comptes Généraux* :

“ La proportion des accusés de crimes complètement illettrés, a continué à baisser en 1835 ; elle n’est plus que de 56 sur 100, après avoir été de 59 en 1834 et en 1833 ; de 60 en 1832 et en 1831, et de 61 en 1830 et en 1829. En 1828, elle a été de 59 sur 100.”

*Compte général de l’administration de la justice criminelle en France pendant 1835*,  
cité in Louis-René Villermé, *Tableau de l’état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie*, 1840, Paris, 1989, p. 446

Si la proportion des illettrés parmi les criminels est reconnue majoritaire, sa baisse continue, alors même que la criminalité ne baisse pas, semble attester l’absence de lien de causalité entre niveau d’instruction et criminalité. Par ailleurs, l’Administration de la Justice Criminelle insiste sur l’intérêt de comparer cette proportion à la proportion des illettrés dans la population globale. Plusieurs travaux (notamment ceux de Guerry et de Quételet) comparent ainsi la proportion d’illettrés parmi les criminels avec les données du Ministère de la Guerre sur l’instruction des conscrits à la même époque et affirment la non liaison statistique entre criminalité et instruction : la proportion d’illettrés dans la population globale (aux différents âges) serait même supérieure à celle qui est observée dans la population pénale. D’aucuns en viennent à affirmer que l’instruction pourrait être une cause de la criminalité :

“Une instruction élevée, qui donne des désirs et crée des besoins qu’elle ne saurait satisfaire, n’est qu’une cause de malheur pour ceux qui l’ont reçue ! Combien d’artisans, de laboureurs, plus ambitieux que sages, ont voulu que leurs fils fussent avocats, médecins, notaires, qui, après s’être épuisés pour leur fournir les moyens d’entrer dans ces professions, ont à s’en repentir ! Sans fortune, sans influence, ils ne sauraient y soutenir leurs enfants : tous leurs sacrifices ne parviennent qu’à faire de ceux-ci des ingrats, à les éloigner des travaux manuels et à les rendre hostiles envers la société. (...) Des hommes qui avaient rêvé une position supérieure à celle de la classe d’où ils ne peuvent sortir, et voient leurs espérances trahies, leurs illusions déçues, conçoivent aisément, contre



tout ce qui est au-dessus d'eux, une haine jalouse qui les livre à toutes les mauvaises passions qu'elle fait naître.”

Baron Charles Dupin, *Discours au Conservatoire National des Arts et Métiers*, le 2 décembre 1838, cité in L.-R. Villermé, op. cit. pp. 448-449

On retrouve dans cette déclaration une thèse proche de celle que défendent les milieux catholiques les plus conservateurs, dans la lignée de De Bonald, De Maistre ou La Mennais, et qu'Antoine Prost qualifie d' "obscurantiste" : l'instruction serait source de perversion des esprits et comporterait ainsi des risques de subversion de la société. Les déclarations contre l'instruction ne sont pas toujours aussi extrémistes mais l'on note tout de même un assez large consensus autour de l'idée que le manque d'instruction ne saurait expliquer la criminalité et que l'école ne saurait être considérée comme une réponse à cette criminalité. En 1840, cette thèse est relayée et appuyée par l'analyse de Villermé.

“Une opinion générale, quoiqu'elle ait été victorieusement réfutée déjà, attribuée à l'ignorance la misère et la plupart des crimes. Si l'instruction était plus répandue parmi le peuple, dit-on sans cesse, il serait meilleur et moins pauvre ; il pratiquerait mieux ses devoirs, parce qu'il les connaîtrait mieux. Il semble, d'après cela, qu'il suffirait d'ouvrir partout des écoles pour le rendre économe, tempérant, probe, moral. J'en demande pardon à ceux qui attendent tant de bien des écoles ; leur espoir est singulièrement exagéré. (...)

En résumé, l'instruction seule ne réprime pas plus les mauvais penchants qu'elle ne les développe ; elle n'a d'action morale, elle ne diminue l'orgueil, elle ne modère l'ambition, elle ne porte au travail, elle n'apprend l'économie, elle n'éloigne des actions honteuses ou criminelles, qu'autant qu'elle est combinée avec l'éducation, l'esprit religieux et l'habitude des bonnes moeurs, avec lesquels il ne faut pas la confondre.”

Louis-René Villermé, *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie*, 1840, Paris, Etudes et Documentation Internationales, 1989, pp. 447-449

Que le médecin Villermé, l'un des plus farouches partisans d'une réforme des prisons, adopte un tel discours montre bien l'écart qui sépare alors la santé de l'enseignement en prison. La reconnaissance générale de l'absence de lien entre la criminalité et la bonne santé<sup>337</sup> est un socle sur lequel les médecins parviennent, même si c'est parfois avec difficultés, à imposer la légitimité de leur intervention en prison. Inversement, le doute sur le lien entre le manque d'instruction et la criminalité, pire encore le soupçon d'un effet négatif de l'instruction sur la criminalité sape la légitimité de l'enseignement en prison : si l'instruction peut provoquer la criminalité, pourquoi l'imposer en prison ? Dans ce concert de doutes sur le lien entre le manque d'instruction et la criminalité, d'interrogations sur l'intérêt de l'école en prison, le discours philanthropique ne résonne plus que par quelques voix dissonantes, comme celle de Victor Hugo :

“Chaque enfant qu'on enseigne est un homme qu'on gagne.

Quatre-vingt-dix voleurs sur cent qui sont au baigne  
Ne sont jamais allés à l'école une fois,  
Et ne savent pas lire, et signent d'une croix.  
C'est dans cette ombre-là qu'ils ont trouvé le crime.  
L'ignorance est la nuit qui commence l'abîme.  
Où rampe la raison, l'honnêteté périt. (...)"

Victor Hugo, *Les quatre vents de l'esprit* (extrait), 27 février 1853<sup>338</sup>

Si l'école en prison semble utile à quelques philanthropes, elle apparaît le plus souvent inutile, parfois dangereuse. Comme dans le cas de la santé (cf. chapitre 4), les limitations financières du budget des prisons sous le Second Empire marquent d'ailleurs la fin de toute velléité de réforme pénitentiaire.

L'école est finalement largement absente de la prison jusqu'à la fin du Second Empire. La prison est ainsi très peu traversée par la logique éducative, reste et se veut fondamentalement punitive. L'enseignement n'apparaît pas fondamental, tout au moins prioritaire, dans le traitement totalisant assigné aux détenus. Par ailleurs, les visées des quelques enseignements restent fortement soumises aux objectifs pénitentiaires ; l'inscription de l'école dans le système de privilèges est ainsi un symbole du caractère omnidisciplinaire de l'institution pénitentiaire.

Il faut ici noter que cette forme de prison punitive et omnidisciplinaire ne rencontre pas de fortes résistances de la part des enseignants qui interviennent en milieu pénitentiaire. De fait, ces enseignants sont peu nombreux, ont des formations et des statuts très différents. Aumôniers, détenus, instituteurs ne constituent assurément pas un groupe homogène susceptible de résister aux directions d'établissement ou de rechercher une quelconque reconnaissance de leurs compétences dans la division technique du travail. Le caractère total de la prison, qui s'exprime à travers l'autonomie minimale laissée aux enseignants, s'appuie ainsi sur la non professionnalisation de ces enseignants. Il reste que cette non professionnalisation n'est alors pas spécifique au milieu pénitentiaire. Ce n'est qu'avec la Troisième République que l'on voit l'ébauche d'un mouvement large de professionnalisation de l'enseignement, avec notamment l'émergence d'un corps constitué d'instituteurs. Comment la prison intègre-t-elle ces changements ?

---

<sup>337</sup> Quand un lien est alors établi entre la santé et la criminalité, c'est plutôt entre la mauvaise santé (notamment la santé mentale) et la criminalité, ce qui justifie plus encore la présence des médecins en prison.

<sup>338</sup> cité par Jean-Pierre Laurent, in *La lutte contre l'illettrisme en milieu pénitentiaire*, Direction de l'Administration Pénitentiaire, *Travaux et Documents*, n° 51, 1997, p. 11

## 1.2. La Troisième République : l'école oubliée

Si la situation de l'enseignement en milieu pénitentiaire était largement comparable à celle de l'enseignement primaire en milieu libre, l'écart se creuse sous la Troisième République car si l'enseignement, principalement l'enseignement primaire, devient une priorité nationale, l'enseignement en prison reste un sujet oublié. Lorsque Jules Ferry énonce que les inégalités d'éducation sont le problème du siècle et qu'il s'est fait serment de les combattre<sup>339</sup>, il ne pense assurément pas à la prison. En témoigne l'absence de la prison dans les principaux débats qui aboutissent aux "lois fondamentales" des années 1879-1889, pour reprendre l'expression d'Antoine Prost. Pourtant, l'état des lieux est connu. En 1873, la Commission d'Haussonville, après une enquête sur l'état des établissements pénitentiaires, dresse un rapport alarmant sur l'école : "Dans les prisons départementales, l'enseignement est à peu près nul"<sup>340</sup>. Rappelons en effet que pour 402 prisons, on comptait sept instituteurs en 1869.

La situation est contrastée par rapport aux pays voisins puisque la Belgique et la Hollande, par exemple, ont attaché un instituteur à chaque prison et rendu obligatoire l'enseignement pour les détenus âgés de moins de quarante ans et condamnés à plus de trois mois d'emprisonnement. Malgré ces constats, la commission d'Haussonville limite ses propositions en matière éducative au seul régime pénitentiaire des mineurs. Dans les faits, l'école ne fait que s'adapter aux changements du seuil de l'obligation scolaire : 13 ans avec les lois de Jules Ferry, 14 ans sous le Front Populaire. L'historien Michel Pierre<sup>341</sup> note certes des avancées dans les résultats obtenus par les enseignants (notamment la régression de l'illettrisme et la diffusion du français auprès des détenus qui ne parlent qu'une langue régionale), mais il souligne que ces progrès concernent principalement les enfants et les adolescents des colonies pénitentiaires. L'enseignement adressé aux mineurs plus âgés et aux adultes reste marginal, tout au long de la Troisième République, alors même que celle-ci repense profondément les formes d'enseignement primaire et secondaire.

Comment expliquer cette marginalité de l'enseignement en prison ? Il faut d'abord noter la persistance de doutes sur la négativité du lien entre l'instruction et la criminalité. Plusieurs théories prolongent les interrogations de Tocqueville, Dupin et Villermé : l'éducation encourage-t-elle ou prévient-elle les délits ? Michel Pierre résume les positions majeures : "Enrico Ferri avait foi dans les vertus du savoir. Garofalo et Gabriel de Tarde pensaient au contraire que les déviants, armés de connaissances, n'en étaient que plus dangereux. Cesare Lombroso proposait une double lecture des

---

<sup>339</sup>Jules Ferry, *Discours sur l'égalité d'éducation*, 10 avril 1870, cité par Antoine Prost, 1968, op. cité, p. 14

<sup>340</sup>Rapport d'Haussonville, 1873, p. 252, cité par Robert Badinter, 1992, op. cité, p. 47

statistiques. Il rendait l'enseignement responsable des nouveaux types de délits, tels ceux liés à l'escroquerie, mais considérait que l'instruction freinait les instincts de pure violence meurtrière<sup>342</sup>.

Il faut ici préciser ces théories évoquées par Michel Pierre, pour comprendre leur probable influence sur les débats quant à la place de l'école en prison. Les théories italiennes de l'anthropologie criminelle de Cesare Lombroso et de ses disciples Enrico Ferri et Raffaele Garofalo, par delà leur diversité, insistent sur les déterminants organiques et héréditaires du crime (notions de criminel-né, d'atavisme, de "témibilité" par exemple). L'école apparaît sinon inutile, tout au moins superflue, puisqu'elle ne peut transformer ces déterminants. Elle ne peut agir qu'à la marge sur les "conditions du milieu naturel et social" où vit le criminel ; seuls certains types criminels sont concernés : ceux qui agissent par "habitude" ou par "occasion" et non les "criminels-nés", les "aliénés" ou les "passionnés", pour reprendre les termes de Lombroso. L'inutilité de l'école en prison est ainsi très liée à une représentation du criminel et de la pénalité. On ne saurait toutefois établir un lien strict de cause à effet entre la diffusion de ces théories et la faible présence de l'école dans les prisons françaises : en effet, ces théories ont essuyé en France de nombreuses critiques, par exemple celles d'Alexandre Lacassagne, de Gabriel Tarde et d'Emile Durkheim.

Il reste que l'importance de la place de l'école dans la prison n'est guère mise en avant par les travaux de Lacassagne, Tarde et Durkheim<sup>343</sup>. Ces trois auteurs ont souligné le poids important des conditions de vie ou du milieu social, notamment le manque d'instruction, dans l'explication de la criminalité, mais aucun n'a pour autant insisté sur l'importance de l'école en prison. Lacassagne<sup>344</sup> se montre particulièrement pessimiste quant à un possible amendement des détenus dans la prison. Tarde<sup>345</sup> propose bien une réforme des prisons visant à faciliter l'amendement des détenus (réforme reposant sur la séparation des détenus selon le type de crimes et l'âge pour éviter la corruption par l'imitation, et sur le développement du patronage, de la libération conditionnelle, du régime progressif), mais n'évoque pas non plus la place de l'école : les enseignants ne font pas explicitement partie de ces "visiteurs bienfaisants" qui doivent amender les détenus. Durkheim<sup>346</sup> quant à lui, le plus proche des préoccupations pédagogiques des républicains, réfléchit moins au fonctionnement de la prison qu'aux enseignements apportés par une étude de la pénalité sur la criminalité ; il n'entend ainsi pas proposer de nouveau système pénal. Au final, trois réflexions se croisent, sans jamais évoquer explicitement l'importance de l'école en prison. Si la légitimité de

---

<sup>341</sup>Michel Pierre, "La prison républicaine, 1875-1939", in Jacques-Guy Petit et alii, 1991, op. cité, p. 282

<sup>342</sup>Michel Pierre, 1991, op. cité, p. 281

<sup>343</sup>On peut se référer ici à Robert Badinter, 1992, Chap. 7 : Du côté des sociologues, op. cité, pp. 267-276

<sup>344</sup>Lacassagne, *Discours d'ouverture du II<sup>e</sup> congrès du patronage des libérés*, Lyon, 1894

<sup>345</sup>Gabriel Tarde, 1890, *La philosophie pénale*, Paris, Editions Cujas, 4<sup>ème</sup> éd., 1972

l'enseignement en prison n'est pas vraiment contestée comme en Italie, elle n'est pas débattue plus amplement. L'école disparaît ainsi des débats sur la prison.

Comment expliquer cette disparition ? On peut avancer l'hypothèse, suivant ainsi la thèse de Robert Badinter<sup>347</sup>, que la Troisième République s'est épargné un débat sur la place de l'école dans la prison, pour ne pas remettre en question la fonction d'expiation et de dissuasion de la prison. Si les républicains cherchent à réduire le nombre de détenus, ils cherchent aussi à maintenir l'image d'une prison punitive, austère et rigoureuse. Au moment où l'instruction primaire se répand en France, l'école apparaît encore comme un privilège enviable dont les prisonniers ne pourraient bénéficier sans remettre fondamentalement en question, aux yeux de la société, l'image dissuasive de la peine. On voit ici que l'enseignement, contrairement à la santé, ne se construit pas autour de l'idée que c'est un droit (comme le droit à la santé), mais plutôt autour du principe que c'est un privilège. L'école en prison a très longtemps été considérée comme un symbole des "prisons - lieux de jouissance" (Cesare Lombroso) ou pour utiliser un néologisme, comme un attribut des "prisons quatre étoiles". On comprend ici pourquoi l'enseignement est apparu si longtemps contradictoire avec le fonctionnement de la prison.

Il est clair que cette absence de légitimité reconnue de l'enseignement a joué un grand rôle sur les représentations professionnelles des enseignants intervenant en milieu pénitentiaire. A la veille de la Seconde Guerre Mondiale, les enseignants n'ont pas la légitimité des médecins qui peuvent appuyer leurs pratiques sur la reconnaissance, même partielle, d'un droit à la santé en prison. L'enseignement n'est ainsi pas reconnu utile en prison, sinon pour les plus jeunes des enfants ; il est inscrit dans un système strict de privilèges ; il n'est pas reconnu comme un droit, alors que le droit à la santé ne fait plus guère d'oppositions et échappe généralement au système des privilèges. L'implantation de l'école en prison est donc beaucoup plus difficile que celle de la santé. Le différentiel de légitimité, ancré historiquement, me semble d'ailleurs expliquer encore aujourd'hui les modes différents d'acceptation par les personnels de surveillance, et plus largement par la société française, de la présence des enseignants et des médecins en prison (cf. chapitre 9).

Par ailleurs, pour revenir aux représentations professionnelles des enseignants en prison sous la Troisième République, il faut rappeler que si l'école se laïcise et se professionnalise dans l'ensemble de la société française (multiplication des écoles normales, élévation des diplômes requis pour être instituteur), l'école en prison reste très largement extérieure à ce double mouvement. Beaucoup de ceux qui enseignent en prison ne sont pas des enseignants

---

<sup>346</sup>Emile Durkheim, 1893, *De la division du travail social*, Paris, PUF, 11ème éd., 1986

“professionnels”, c’est-à-dire formés et occupés à cette seule tâche : ce sont souvent des anciens militaires ou des religieux. Parmi les civils, la plupart n’ont pas les diplômes équivalents à ceux qui enseignent en milieu libre (le brevet élémentaire jusqu’en 1932, puis le brevet supérieur jusqu’en 1940, puis le baccalauréat). Un rapport de 1910 sur les colonies pénitentiaires évoque ainsi le déficit de compétence de certains enseignants : “Chez la moyenne des instituteurs, pourvus uniquement du brevet de capacité, il apparaît souvent que la préparation requise fait défaut”<sup>348</sup>.

Alors que l’importance de confier la santé à des professionnels certifiés, en l’occurrence à des médecins (et non plus des officiers de santé) est apparue très tôt, le Ministère de la Justice a recours, dans le domaine de l’enseignement, à des personnes non spécialisées. Sous cette différence apparaît une façon dont est perçu l’enseignant : l’instituteur n’est pas considéré comme l’enseignant exclusif, son rôle semble pouvoir être occupé par d’autres. La spécialisation des enseignants dans la division technique du travail est ainsi contestée. Cette contestation empêche alors fondamentalement tout processus de professionnalisation des quelques instituteurs intervenant en milieu pénitentiaire.

Tout au long de la Troisième République, l’école en prison est encore largement assurée par des anciens militaires et des religieux, souvent non diplômés. Par ailleurs, tandis que les contenus se laïcisent globalement, l’enseignement en prison est encore souvent réduit à une fonction morale et expiatoire. La non sécularisation de l’enseignement en prison, qui conduit à une singularité des profils d’enseignants et des programmes enseignés en prison, conduit à une marginalisation progressive de l’enseignement et des enseignants en prison : ceux-ci ne se reconnaissent pas et ne sont pas reconnus comme des enseignants à part entière. La prison échappe ainsi tout au long de la Troisième République au mouvement de professionnalisation des enseignants.

Il est intéressant d’interpréter cette histoire de l’enseignement en milieu pénitentiaire au regard de la construction historique des représentations professionnelles des médecins. Tandis que les médecins qui interviennent en prison ont en commun une même formation et se sentent appartenir à une même communauté, les personnes qui enseignent en prison ne font généralement pas de l’enseignement leur métier. On peut ainsi dire que jusqu’à la Seconde Guerre Mondiale, il n’y a pas de profession enseignante en milieu pénitentiaire. L’écart entre le milieu pénitentiaire et le milieu libre est ici beaucoup plus important que dans le domaine de la santé : tandis que la profession enseignante — tant les instituteurs que les professeurs — voit ses contours se dessiner et s’affirmer

---

<sup>347</sup>Robert Badinter, 1992, op. cité, pp. 390-392

<sup>348</sup>Rapport sur les services pénitentiaires par l’Inspection générale des services administratifs, *Code Pénitentiaire*, 1910, p. 378, cité in Badinter, 1992, op. cité, p. 370

sous la Troisième République, il faut attendre l'après-guerre pour voir la profession enseignante investir le milieu pénitentiaire et réformer fondamentalement les contours de l'enseignement en milieu pénitentiaire.

Les logiques de l'institution pénitentiaire ne sont donc absolument pas remises en cause par la présence des quelques intervenants de l'enseignement, dont les logiques d'intervention sont inféodées au projet pénitentiaire. La plupart des intervenants sont vacataires du Ministère de la Justice, peuvent être révoqués à tout moment par le chef d'établissement et n'appartiennent à aucun corps constitué. En 1910, le *Rapport sur les services pénitentiaires de l'Inspection générale des services administratifs* souligne que les fonctions administratives des instituteurs (secrétariat, comptabilité) "restreignent fâcheusement leur rôle pédagogique"<sup>349</sup>. Les enseignements restent par ailleurs inscrits dans un système strict de privilèges, rappelant ainsi que la logique éducative est secondaire par rapport à la logique pénitentiaire. On peut dire ici que le caractère punitif, omnidisciplinaire de la prison se maintient en s'appuyant sur le caractère hétérogène du groupe des enseignants intervenant en milieu pénitentiaire.

## **2. 1945-1985 : naissance et croissance**

La Libération marque une rupture dans l'histoire de l'enseignement en prison. Si, comme pour la santé, la réforme Amor ne constitue pas une "révolution", elle engage néanmoins une réflexion sur le "reclassement" des détenus et sur le rôle des éducateurs. Il faut néanmoins attendre la fin des années 1950 pour voir se mettre en place les germes d'une profonde évolution de l'enseignement en prison, à travers le recrutement d'instituteurs de l'Education Nationale. Que révèle cette évolution sur les évolutions de la prison, sur la place des enseignants en son sein ?

### **2.1. 1945-1960 : le temps des dernières hésitations**

Dans les années de l'immédiat après-guerre, la question de l'action éducative en prison accède au plan des préoccupations affichées du Ministère de la Justice. On peut situer cette accession dans le foisonnement des projets de réforme qui touchent tant l'enseignement que la prison. En ce qui concerne l'enseignement, on pense au plan Langevin-Wallon qui, même s'il ne fut pas exécuté, proposait une refonte générale des structures et des contenus d'enseignement. Du point de vue de la prison, la réforme est portée par la commission Amor, plus précisément encore par deux de ses membres : Paul Amor, nommé en septembre 1944 Directeur général des services pénitentiaires du Ministère de la Justice, et Pierre Cannat, magistrat et secrétaire de la commission. La commission,

composée de magistrats, pour la plupart anciens prisonniers de guerre, propose parmi ses quatorze principes dits “réformateurs”, deux principes qui concernent particulièrement l’action éducative :

- “La peine privative de liberté a pour but essentiel l’amendement et le reclassement du condamné” ;
- “Le traitement infligé au prisonnier hors de toute promiscuité corruptrice doit être humain, exempt de vexations et tendre principalement à son instruction générale et professionnelle et à son amélioration.”

Que dire de ces deux principes ? Michel Foucault affirme que ces deux principes rappellent étrangement des discours du XIX<sup>ème</sup> siècle, comme celui de Charles Lucas en 1838 : “L’éducation seule peut servir d’instrument pénitentiaire. La question de l’emprisonnement pénitentiaire est une question d’éducation”<sup>350</sup>. Foucault estime que l’homologie de ces formes de discours est un indice formel du caractère a-historique de l’opposition entre les missions de réinsertion et de punition — ce qu’il appelle le “dédoublement utopique” —. Deux critiques me semblent pouvoir être émises.

Tout d’abord, l’analyse des similitudes des deux discours ne doit pas cacher ce qui les différencie fondamentalement, particulièrement le statut de leurs auteurs. Charles Lucas passe en 1838 pour un philanthrope qui critique le fonctionnement pénitentiaire de l’extérieur mais dont l’influence sur le fonctionnement réel des prisons est très faible. La réforme de 1945 est quant à elle promue par le directeur de l’Administration Pénitentiaire lui-même, ce qui relève peut-être d’un effet d’affichage ou de vitrine pour reprendre l’expression d’Erving Goffman, mais qui préfigure aussi une application plus large de ces principes.

Par ailleurs, il apparaît difficile de ne juger du fonctionnement des prisons qu’à l’aune des discours émis sur la prison, sans évaluer leur degré d’application. On retrouve ici une critique adressée précédemment aux travaux de Michel Foucault (cf. chapitre 1) : Foucault, estimant que le fonctionnement concret des établissements pénitentiaires n’a pas évolué, considère que l’étude des discours sur la prison suffit pour comprendre le sens de l’enfermement. Au contraire, il me semble qu’il y a eu des évolutions, même mineures du fonctionnement réel des établissements pénitentiaires, et que ces évolutions sont une voie intéressante, sinon incontournable, d’appréhension de la logique de la prison. L’analyse de la place de l’école dans les prisons doit prendre en compte les évolutions, certes lentes et mesurées, du dispositif d’enseignement. Ici, il me semble essentiel de remarquer que les principes de 1945, même s’ils ne renouvellent pas *in extenso* la pratique de la détention pénale, ont été plus appliqués que les déclarations d’intention de Charles Lucas. Les travaux de Claude Faugeron<sup>351</sup> ont ainsi montré que la philosophie chrétienne de cette

---

<sup>349</sup> cité in Robert Badinter, 1992, op. cité, p. 371

<sup>350</sup> cité par Michel Foucault, *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard, 1975, p. 275

<sup>351</sup> Claude Faugeron et Jean-Michel Le Boulaire, “La création du service social des prisons et l’évolution de la réforme pénitentiaire en France de 1945 à 1958”, *Déviance et Société*, 1988, vol. 12, n° 4, pp. 317-359



réforme, appuyée sur le modèle du traitement moral des détenus, a modifié le fonctionnement des établissements pénitentiaires, par exemple, avec la création du corps des éducateurs ou celle du service social des prisons.

Quelle est la vision de l'enseignement défendue dans cette réforme ? Pour l'expliquer, il faut rappeler en quelques mots la philosophie globale de la réforme de 1945. Cette réforme, inspirée par Pierre Cannat, est sous-tendue par une déclaration de foi chrétienne, affirmant le possible amendement du détenu par le travail et l'éducation, son redressement moral ou sa correction. La réforme Amor repose sur des fondements moralisateurs et sur une vision très large de l'enseignement, conçu comme un soutien à la personne, "une assistance morale et scolaire". C'est donc moins l'enseignement (général) qui est valorisé que l'éducation dans un sens très large.

Dans cette logique, la figure de proue de la réforme de l'enseignement en milieu pénitentiaire devient non l'instituteur ou le professeur, mais l'éducateur : "le but de la peine est de profiter de l'état de souffrance de l'enfermé pour parvenir à l'amendement, l'instrument en est l'éducateur que l'on installe dans la prison pour soutenir, gagner la confiance du détenu, lui montrer l'exemple et rétablir un lien social positif dans une relation directe"<sup>352</sup>. Les éducateurs forment d'ailleurs, à partir de 1949, un nouveau corps de fonctionnaires de l'Administration Pénitentiaire. Et c'est à ce corps que les promoteurs de la réforme pensent conférer et confèrent généralement la charge de l'enseignement. Si la réforme affirme l'importance de l'instruction générale, personne ne songe donc particulièrement aux instituteurs pour l'assurer. On notera ici l'exception des prisons-écoles (celle d'Oermingen pour les garçons, celle de Doullens pour les filles, créées en 1945 et 1947) et de quelques "maisons centrales réformées" où interviennent des instituteurs, parfois de façon bénévole, comme à la maison centrale de Caen à partir de 1951. Mais, dans la très grande majorité des établissements, ce sont encore des prêtres, des bénévoles, des détenus ou des éducateurs de l'Administration Pénitentiaire qui sont en charge de l'enseignement.

A travers le développement du corps des éducateurs, apparaît une première forme de professionnalisation des enseignants en milieu pénitentiaire. Il faut ici souligner les contours de cette professionnalisation : la compétence des éducateurs est d'abord une compétence carcérale, avant d'être une compétence d'enseignement. Ce n'est pas sans révéler la logique qui anime l'enseignement en milieu pénitentiaire, tout au moins jusque dans les années 1960 : l'Administration Pénitentiaire conçoit cet enseignement d'abord comme une activité en milieu pénitentiaire, ensuite comme une activité d'enseignement. La confiance donnée à des non-

---

Claude Faugeron, chapitres 10 et 11, in Jacques-Guy Petit et alii, 1991, op. cité, pp. 289-343

<sup>352</sup>Claude Faugeron, in Jacques-Guy Petit et alii, 1991, op. cité, p. 292

professionnels de l'enseignement pour prendre en charge l'instruction générale est ainsi fondamentalement révélatrice du fonctionnement de la prison et des fondements de la constitution de la profession d'éducateur. Si la prison est plus ou moins traversée par les logiques de santé publique et d'instruction, celles-ci ne sont pas portées par des acteurs ayant les mêmes ressources identitaires. Les médecins et les infirmiers, même s'ils sont vacataires de l'Administration Pénitentiaire, se savent ou pensent appartenir à des corps qui dépassent le milieu pénitentiaire. Au contraire, les éducateurs et les instructeurs qui interviennent alors en milieu pénitentiaire ne peuvent construire les représentations de leur profession que sur le milieu pénitentiaire.

Il était important de rappeler ces différents traits pour comprendre l'ancrage historique des modes actuels de construction des représentations de la profession chez les médecins et les enseignants. Par ailleurs, cette histoire montre la difficile pénétration du milieu pénitentiaire par une logique qui n'est pas la sienne. C'est une forme caractéristique du caractère total ou totalitaire de l'institution pénitentiaire. Jusqu'à la fin des années 1950, l'Administration Pénitentiaire a gardé sous sa coupe l'enseignement. On peut avancer ici l'idée que la prison n'a commencé à être traversée par l'instruction, qu'à partir du moment où ceux qui y intervenaient se sont imposés en tant que professionnels autonomes, indépendants de l'Administration. Détotalisation de la prison et professionnalisation des enseignants — comprise ici au sens d'indépendance statutaire — iraient de pair.

## **2.2. 1959-1985 : les années école primaire**

Jusqu'à la fin des années 1950, les principales initiatives en matière d'enseignement ont été consacrées à la création d'établissements spécialisés pour les jeunes détenus, comme les prisons-écoles, ou à la mise en place de formations dans les maisons centrales. Jusque-là donc, les maisons d'arrêt restent à l'écart des dispositifs d'enseignement, alors même qu'elles gèrent la détention de la grande majorité des détenus. Progressivement se fait sentir le besoin d'élargir le système d'enseignement à ces maisons d'arrêt et de former les éducateurs qui pourraient y enseigner. C'est dans cette double perspective que sont noués des contacts entre le Garde des Sceaux Edmond Michelet et le ministre de l'Education Nationale A. Boulloche. Ces contacts aboutissent à la création en 1959 d'un poste de Conseiller Pédagogique auprès de l'Administration Pénitentiaire. Dans le même esprit, sont noués des contacts entre le Haut Commissariat à la Jeunesse et aux Sports et l'Administration Pénitentiaire, contacts qui aboutissent à leur tour à la création en 1961 d'un poste de Conseiller chargé de l'éducation physique et sportive.

Chargé à l'origine de former et d'inspecter les éducateurs et les instructeurs ayant pour mission d'enseigner dans les établissements, le Conseiller Pédagogique, issu de l'Education Nationale, assure ensuite la liaison avec les services de l'Education Nationale afin de procéder, à partir de 1964, à la mise à disposition d'enseignants auprès du Ministère de la Justice. Ce choix de recourir à des enseignants de l'Education Nationale signifie l'abandon d'une vision large de l'éducation au profit d'une vision plus restrictive : l'instituteur ne serait là que pour enseigner. Comment expliquer ce changement de cap ? Nous avancerons deux explications principales : d'une part, l'évolution de la place de l'instruction dans la société française ; d'autre part, la professionnalisation de l'enseignement autour des personnels de l'Education Nationale qui se font progressivement reconnaître le monopole de l'enseignement.

Il faut d'abord comprendre le choix d'élargir l'enseignement en milieu pénitentiaire comme le fruit d'un très large mouvement de société, accordant à l'instruction une importance croissante. Selon Antoine Prost, les progrès de la scolarisation au delà de l'âge obligatoire — porté d'ailleurs à 16 ans par l'ordonnance du 6 janvier 1959 —, symbolisent un vaste mouvement des moeurs, fruit de tendances économiques (tertiairisation notamment), de politiques scolaires, d'une élévation du niveau de vie ou plus largement de la société dans son ensemble. La diffusion de l'enseignement pour adultes relève de ce vaste mouvement de société. Rappelons ici que l'UNESCO joue très tôt un rôle important dans la promotion de l'éducation des adultes. En France, se crée dans les années 1960 un Institut national pour la formation des adultes avec la revue *Education permanente*. Sans partager le diagnostic de Philippe Fritsch sur l'idéologie conservatrice qui sous-tendrait la formation des adultes, nous convenons ici que la formation des adultes puisse être considérée comme le fruit d'une orientation de la société, issue de la perception d'une inadéquation entre le système éducatif et le système économique<sup>353</sup>. Au final, il apparaît clair que le choix d'élargir le système d'enseignement en milieu pénitentiaire s'inscrit dans un vaste mouvement de société, dont la prolongation de la scolarité, la démocratisation de l'enseignement et la promotion de l'enseignement pour adultes sont les trois résultats majeurs.

Par ailleurs, il ne fait pas de doute que les raisons, qui ont conduit l'Administration Pénitentiaire à choisir de recourir à des enseignants appartenant spécifiquement à l'Education Nationale, ne sont pas indépendantes du processus de "professionnalisation" de l'enseignement dans la société française. Si l'enseignement s'est depuis les débuts de la Troisième République professionnalisé, c'est en effet avant tout par le biais de l'Education Nationale. Les enseignants de l'Education Nationale se font reconnaître peu à peu le monopole de l'enseignement, par exemple en réussissant à imposer que l'instruction religieuse soit donnée en dehors des écoles (loi du 10 mars 1941) :

---

<sup>353</sup>Philippe Fritsch, *L'éducation des adultes*, Cahiers du Centre de Sociologie Européenne, n° 7, Paris, La Haye, 1971, Mouton, pp. 152-153

l'école devient le lieu exclusif des enseignants. Ils appuient cette reconnaissance sur la spécialisation de leur formation (via les écoles normales), attestée par des diplômes de plus en plus élevés (les instituteurs doivent disposer du baccalauréat à partir de 1940). Dès lors, le nombre d'enseignants qui ne relèvent pas de l'Education Nationale (les religieux, les formateurs non diplômés notamment) décroît sensiblement à l'échelle nationale.

L'évolution de la place de l'instruction dans la société française et la professionnalisation de l'enseignement autour de l'Education Nationale conduisent à remettre progressivement en cause la pertinence de recourir à des personnes non spécialisées dans l'enseignement, comme les éducateurs ou les instructeurs, pour l'enseignement en milieu pénitentiaire. Aussi s'instaure-t-il autour du poste de conseiller pédagogique, créé en 1959, une politique de création de postes d'instituteurs à temps plein, notamment pour les plus jeunes détenus. En 1964, 13 instituteurs sont nommés à temps complet, avec un statut de mise à disposition<sup>354</sup>. La plupart interviennent au début dans les quartiers des mineurs des grandes maisons d'arrêt, mais le dispositif est peu à peu étendu à l'ensemble des détenus. Au cours des années 1960 et 1970, le recrutement d'enseignants se poursuit, ce qui contribue à former des équipes au sein des grandes maisons d'arrêt.

Qui sont ces enseignants qui s'installent dans les plus grandes maisons d'arrêt françaises au milieu des années 1960 et dans les années 1970 ? Il faut d'abord noter que la présence des professeurs est minimale, surtout après la fermeture des prisons-écoles en 1972. La très grande majorité des enseignants qui sont recrutés dans les années 1960 et 1970 pour exercer en milieu pénitentiaire sont des instituteurs *spécialisés*. Cette spécialisation renvoie au début à des profils informels : les recrutements se font parmi les instituteurs qui ont une longue expérience auprès d'enfants en difficulté, notamment dans le secteur médico-éducatif. Au fil des années, l'exigence de spécialisation se fait de plus en plus formalisée : sont recrutés des instituteurs qui ont travaillé plusieurs années dans des sections d'éducation spécialisée (créées en 1967), puis des instituteurs ayant suivi des formations dans les Troubles du Caractère et du Comportement, puis des instituteurs ayant obtenu un Certificat d'Aptitude aux Actions Pédagogiques Spécialisées d'Adaptation et d'Intégration Scolaire, généralement dans son option F (Enseignants spécialisés chargés de l'enseignement et de l'aide pédagogique auprès des adolescents et des jeunes en difficulté). L'intégration du milieu pénitentiaire dans le dispositif plus général de l'enseignement spécialisé est d'ailleurs entériné au début des années 1970 avec la création du label "écoles spécialisées" pour désigner les services scolaires en prison. L'option F du CAPSAIS, dont disposent encore beaucoup d'instituteurs intervenant aujourd'hui en milieu pénitentiaire, est une formation d'un an correspondant à une spécialisation dans les apprentissages tardifs. Il est intéressant de noter ici que

---

<sup>354</sup>cf. Jean-Gabriel Meilhac, *La formation dans les prisons*, Paris, ANDEP, 1980, p. 56

cette spécialisation n'est propre ni au milieu pénitentiaire, ni à l'enseignement pour adultes : cela montre que l'enseignement en prison est alors pensé comme un enseignement destiné à des adolescents en difficulté.

Le choix de certains instituteurs d'intervenir en milieu pénitentiaire peut ainsi s'expliquer au travers de leur intérêt pour l'enseignement auprès de publics difficiles. Cet intérêt peut à son tour sans doute être compris au regard du contexte des années 1960. Les années 1960 sont un moment d' "ébranlement du premier degré", de malaise chez certains instituteurs.

"Ebranlé dans sa cohésion par l'ampleur des recrutements latéraux et le pluralisme idéologique, menacé dans son prestige intellectuel par le succès même de la scolarisation à laquelle il s'était voué, le personnel du premier degré est tenté par toutes les évasions. Et l'ébranlement du corps des instituteurs se trouve ici solidaire de celui de la société enseignante tout entière".

Antoine Prost, *Histoire de l'enseignement en France 1800-1967*, Paris, A. Colin, 1968, p. 450

Est-ce que l'enseignement en milieu pénitentiaire constitue une évasion, à l'instar des écoles Freinet ou des Groupes d'Education Nouvelle ? Le profil des instituteurs intervenant en prison semble autoriser une réponse positive : plusieurs instituteurs rencontrés en entretien, et recrutés dans les années 1970, ont ainsi expliqué leur décision d'exercer en prison par leur déception vis-à-vis du système d'enseignement traditionnel. Ceci étant dit, il convient de ne pas généraliser cette explication. Même si les enseignants ou les responsables ne l'avouent souvent qu'à mots couverts, il faut en effet rappeler que certains enseignants intervenant alors en prison n'ont pas "choisi" la prison : quelques-uns sont des instituteurs qui ont été affectés autoritairement en milieu pénitentiaire, pour avoir rencontré des difficultés d'adaptation et de compétence dans les écoles primaires en milieu libre. Il est intéressant de noter ici que la prison est alors pour certains une voie de mise à l'écart ou de relégation. Mais ces cas restent marginaux.

Quelles que soient les raisons qui ont conduit certains enseignants à exercer en prison, il faut noter que tous les enseignants intervenant en prison sont désormais très largement des personnels issus de l'Education Nationale, qui arrivent donc avec une culture d'autonomie solidement établie. Les enseignants de l'Education Nationale disposent en effet dès les années 1960 d'une large autonomie. Cette indépendance est d'abord manifeste à l'égard du pouvoir politique : tous les enseignants de l'Education Nationale disposent d'un statut d'indépendance depuis l'ordonnance du 20 novembre 1944 qui a enlevé au préfet et confié au recteur la nomination et la possibilité de révocation des

instituteurs<sup>355</sup>. Mais comme le souligne Monique Hirschhorn<sup>356</sup>, cette indépendance se manifeste aussi à l'égard de la hiérarchie administrative, celle des inspecteurs comme celle des chefs d'établissement : les prérogatives de ces "supérieurs hiérarchiques" sont dans les faits souvent minimales, notamment dans le domaine pédagogique. Aux yeux des enseignants du primaire et du secondaire, la classe apparaît alors comme un enclos sacré que les "non-enseignants" ne sauraient investir. Dès les premiers recrutements, les enseignants "choisis" pour intervenir en prison manifestent d'ailleurs leur attachement à cette large autonomie dont ils jouissaient et dont leurs collègues jouissent à l'extérieur. Comment cette volonté d'autonomie s'est-elle alors composée avec la tradition totalisante de l'institution pénitentiaire, ou encore cette façon de limiter l'autonomie de toutes les personnes extérieures à l'Administration Pénitentiaire ?

L'arrivée des enseignants de l'Education Nationale en prison s'assimile à un choc des cultures, des représentations : la tradition d'autonomie déjà solidement établie des enseignants versus la tradition totalisante de l'institution pénitentiaire. En théorie, l'autonomie d'action des enseignants est garantie par un statut de mise à disposition : les enseignants ne sont pas vacataires de l'Administration Pénitentiaire ; ils relèvent de l'Education Nationale et ne dépendent que de tutelles "éducatives", à savoir leur inspecteur et leur recteur. Ils doivent seulement recevoir un agrément de l'Administration Pénitentiaire qui consiste principalement en une vérification du casier judiciaire.

Dans les faits, l'autonomie de enseignants en prison a longtemps été très faible et difficile à imposer. Cette implantation particulièrement conflictuelle des enseignants en prison confirme la thèse d'Eliot Freidson selon laquelle l'autonomie n'est pas une donnée consubstantielle aux professions mais le fruit d'une construction historique. Dès les premiers recrutements, de multiples conflits ont ainsi éclaté entre les enseignants de l'Education Nationale et les personnels de l'Administration Pénitentiaire autour de la définition des territoires, des devoirs, des rôles des enseignants. Sur le terrain, les directions régionales et surtout les directeurs locaux des établissements ne souhaitaient souvent pas perdre leur contrôle sur les actions des nouveaux enseignants (rappelons que jusqu'alors les instructeurs techniques et les éducateurs chargés de l'enseignement relevaient pleinement de l'Administration Pénitentiaire). Le fait que ces nouveaux enseignants ne fussent pas en position de monopole, puisque que les instructeurs et les éducateurs occupaient parfois encore des postes d'enseignement, limitait par ailleurs le pouvoir de négociation des enseignants de l'Education Nationale.

---

<sup>355</sup>Il est intéressant de noter que cette ordonnance libère les instituteurs d'une tutelle datant de la loi Parieu (1850) et dont les professeurs ont réussi à se libérer dès les débuts de la Troisième République. cf. Monique Hirschhorn, *L'ère des enseignants*, Paris, PUF, 1993, p. 35

<sup>356</sup>Monique Hirschhorn, *L'ère des enseignants*, Paris, PUF, 1993, pp. 39-42

La question des territoires est significative des conflits qui ont pu opposer les enseignants et les personnels pénitentiaires. L'espace des classes, souvent conquis sur d'anciennes cellules, avec de nombreuses résistances de la part des personnels de surveillance et de direction, est un territoire que les enseignants ont eu du mal à s'approprier. Tous les enseignants, recrutés à cette époque et que j'ai rencontrés dans le cadre d'entretiens, ont ainsi souligné les difficultés alors éprouvées pour refuser la présence de surveillants dans les salles de cours et dénoncer toutes les formes de contrôle pénitentiaire sur le contenu des enseignements. Quand les enseignants arguaient de leur statut de mise à disposition, l'Administration Pénitentiaire leur renvoyait souvent des menaces de retrait d'agrément. Selon ces enseignants, les directeurs locaux jouaient en effet sur le fait que si les enseignants de l'Education Nationale avaient un statut de mise à disposition, ils ne devaient pas moins, pour enseigner en milieu pénitentiaire, recevoir un agrément qui pouvait être retiré... L'autonomie des enseignants de l'Education Nationale était donc limitée, comme en attestaient aussi les difficultés rencontrées par les enseignants pour soustraire les activités scolaires à un système des privilèges commandé par les seuls personnels pénitentiaires<sup>357</sup>.

Pour conclure cette sous-partie, il convient de noter la nouveauté que constitue, dans l'histoire de l'enseignement en prison, la mise à disposition de personnels de l'Education Nationale dans les années 1960 et 1970. C'est la première fois que des personnels réellement extérieurs à l'Administration Pénitentiaire interviennent dans le champ de l'enseignement. C'est en cela un signe d'une première forme d'ébranlement des dimensions totale et totalitaire de la prison par rapport à l'enseignement. Ceci étant dit, ces dimensions restent encore très fortes car dans les faits, l'autonomie des enseignants est faible et l'accès des détenus au système d'enseignement est limité. De ce point de vue, les années 1980 et 1990 ne constituent d'ailleurs pas une rupture.

Elles constituent par contre une rupture importante si l'on s'intéresse aux modes de structuration des enseignants en prison. Jusqu'au milieu des années 1980, le système d'enseignement en milieu pénitentiaire est essentiellement investi par des instituteurs spécialisés, qui interviennent à plein-temps en prison, qui ont des profils, des actions et des représentations homogènes. Les années qui suivent montrent alors un recentrage du système d'enseignement autour du pôle secondaire et des professeurs. Ce recentrage est à la base d'un schisme qui peut expliquer la diversité actuelle des actions et des représentations des différents enseignants intervenant en prison.

---

<sup>357</sup>L'analyse de ce système des privilèges n'est pas ici développée car elle fait l'objet d'une partie spécifique dans le chapitre suivant.

### **3. Depuis 1985 : une nouvelle donne ?**

Depuis 1985 semble se dessiner une nouvelle donne de l'enseignement en prison. Il semble bien moins s'agir d'un élargissement ou même d'une redéfinition de l'accès à l'enseignement que d'une recomposition du groupe des enseignants intervenant en prison et d'une réforme des structures d'encadrement.

#### **3.1. 1985-1995 : les années lycée**

On observe au milieu des années 1980, une inflexion importante dans le mode de structuration du système d'enseignement en prison. C'est en effet autour de la Direction des Lycées et de ceux qui en dépendent, les proviseurs et les professeurs du secondaire, que se recentre le dispositif d'enseignement en milieu pénitentiaire. C'est par exemple le Directeur des Lycées et des Collèges qui vient représenter l'Education Nationale aux réunions Education Nationale-Justice, et non plus le Directeur des Ecoles comme auparavant :

“- Le Directeur des Lycées et des Collèges défendait une philosophie d'apport de connaissances, comme le proviseur du lycée pénitentiaire de Paris. Il a mené une entreprise de séduction vis-à-vis du Ministère de la Justice, en lui garantissant un apport de moyens — que ne pouvait plus proposer la Direction des Ecoles — en professeurs, en heures supplémentaires, en C.D.I., en Conseillères en information-orientation. A la suite de cette opération de séduction, trois lycées pénitentiaires ont été créés à Strasbourg, Marseille et Lille. Le problème, c'est que, quand on y regarde de plus près, il n'y avait nullement lieu de créer ces structures, parce qu'il n'y avait pas assez de détenus concernés. D'où des pratiques peu logiques : inventer des élèves, grossir les effectifs, se bagarrer pour décompter les personnes qui passent le C.A.P. dans le 2nd degré.”

Ex-instituteur spécialisé, 60 ans, 35 ans d'ancienneté en milieu pénitentiaire  
dans de grandes maisons d'arrêt

Le principal symbole de ce recentrage de l'enseignement en prison sur le pôle secondaire est la création en 1985 d'un premier lycée pénitentiaire à Fleury-Mérogis. Un consensus se dégage d'ailleurs alors sur la pertinence de cette création et le choix du lieu d'implantation. Le Centre Pénitentiaire de Fleury-Mérogis semble en effet l'établissement le mieux à même de rassembler un nombre suffisant de détenus intéressés par l'enseignement secondaire : plus grand établissement pénitentiaire d'Europe, il accueille un Centre de Jeunes Détenus et est proche de beaucoup d'autres prisons, susceptibles de transférer à Fleury des détenus intéressés par des formations scolaires. Dans cette lignée sont ensuite créés trois autres lycées pénitentiaires à Lille, Marseille et Strasbourg. L'optique est ainsi de calquer le système d'enseignement en prison sur le modèle de l'enseignement



en lycée. Cette optique se traduit d'abord par le recrutement de professeurs du secondaire qui exercent en lycée ou collège et qui interviennent principalement en heures supplémentaires en prison, même si certains sont recrutés à plein-temps.

Cette optique modifie aussi très vite l'organisation du système d'enseignement en prison. Dans chaque direction régionale pénitentiaire, se trouve une Unité d'Enseignement et de Formation de l'Education Nationale (U.E.F.E.N.) dont dépendent tous les enseignants intervenant dans des établissements pénitentiaires de la direction régionale. Il reste que ces U.E.F.E.N. ne possèdent pas de structure explicite, renvoyant à des textes précis. Leurs modes de fonctionnement et de direction sont donc des constructions informelles, résultant de rapports de force locaux. Concrètement, dans les quatre régions pénitentiaires possédant un lycée, ce sont les proviseurs qui prennent peu à peu la direction de l'enseignement en milieu pénitentiaire, au détriment de la Direction des Ecoles et des responsables locaux de l'enseignement, principalement issus du corps des instituteurs spécialisés. Le cas de la région parisienne symbolise cette réorganisation progressive, autour du flou des textes législatifs.

Etant donné le nombre finalement réduit d'élèves et d'enseignants dans le lycée de Fleury-Mérogis, le proviseur qui le dirige encadre progressivement les professeurs intervenant dans les autres établissements pénitentiaires de la région parisienne ainsi que les instituteurs, qui n'avaient jusque-là pas de responsable hiérarchique spécifique en dehors de l'inspecteur d'académie et du recteur. Peu à peu, la structure du réseau enseignant de la région parisienne se recentre sur le lycée de Fleury-Mérogis. La structure allant de la lutte contre l'illettrisme à l'enseignement supérieur est contrôlée par un proviseur et trois proviseurs-adjoints représentant le pôle secondaire. Aucun des quatre proviseurs n'a d'ailleurs spécifiquement en charge le pôle primaire : la répartition des tâches s'est faite selon des critères géographiques.

“- Le problème, c'est que le réseau enseignant n'est pas structuré actuellement. Sur le terrain, on en a fait une construction historique, la région parisienne en est la preuve. Comme les fonctions hiérarchiques ne sont pas clairement attribuées et délimitées, on trouve dans chacune de ces unités des personnes qui ont profité du flou de la structure pour étendre leur zone d'influence et de pouvoir.”

Entretien avec un représentant de l'Administration Pénitentiaire en 1993

Dans les autres régions qui possèdent un lycée pénitentiaire, on note aussi une restructuration du réseau enseignant autour des proviseurs et du pôle secondaire. Dans les autres régions, ce sont encore les Formateurs Pédagogiques Régionaux, très souvent des instituteurs spécialisés avec une longue expérience en milieu pénitentiaire, qui sont les responsables hiérarchiques formels, et qui maîtrisent les règles officieuses du fonctionnement des services scolaires en prison (notamment le

recrutement des enseignants). Dès lors, quelles que soient les situations locales, se multiplient des conflits locaux entre d'une part les instituteurs qui ne se reconnaissent pas dans l'autorité hiérarchique des proviseurs, d'autre part les représentants du secondaire, professeurs et proviseurs. Ces conflits sont avivés par la disparité des objectifs pédagogiques et des logiques d'intervention que nous aurons l'occasion d'étudier précisément dans les prochains chapitres : la majorité des instituteurs intervenant en prison privilégie la dimension relationnelle de l'acte pédagogique, tandis que la plupart des professeurs valorisent l'acquisition de connaissances scolaires et la préparation aux diplômes.

“- Le principal problème qui gêne l'écriture d'une convention vient des philosophies d'intervention du 1er et du 2nd degré. Il faut dire que deux logiques s'opposent. On trouve d'abord la logique du 1er degré : à l'époque, elle est principalement représentée par les Formateurs Pédagogiques Régionaux, issus de l'Education Spécialisée et qui mettent en avant une problématique d'enseignement centrée sur la pédagogie et l'approche cognitive ; pour eux, l'enjeu principal de l'enseignement en milieu pénitentiaire, c'est le public en difficulté d'insertion. En face de cette logique, on trouve la logique des proviseurs. Elle est défendue par les quatre proviseurs des lycées pénitentiaires qui raisonnent surtout en termes d'apport de connaissances. Voilà donc l'état des lieux dans les années 1990, quand on commence à réfléchir à l'écriture d'un cahier des charges : on trouve d'un côté neuf Formateurs Pédagogiques Régionaux dont la philosophie est axée sur le public en difficulté, sur l'insertion sociale. De l'autre côté, quatre proviseurs avec une logique différente, sinon opposée : pour eux, l'enjeu n'est pas le public de bas niveau, mais l'apport de connaissances, principalement au niveau du 2nd degré. Et ce, alors même qu'à l'époque, selon nous, 85 % des détenus relèvent du 1er degré. Ces positions semblent inconciliables. C'est cette double philosophie d'intervention qui empoisonne, retarde, complexifie l'écriture de la convention.”

Ex-instituteur spécialisé, 60 ans, 35 ans d'ancienneté en milieu pénitentiaire  
dans de grandes maisons d'arrêt

Les tiraillements entre instituteurs et professeurs sont d'ailleurs d'autant plus nombreux qu'ils recoupent assez largement une opposition entre les enseignants intervenant à plein-temps en prison et les enseignants intervenant en heures supplémentaires. Cette opposition se traduit concrètement sur le terrain par des comportements différents à l'égard de l'Administration Pénitentiaire. Les enseignants, qui interviennent deux à trois heures par semaine en heures supplémentaires, acceptent généralement sans maudire, un peu sur le modèle des “turbo-médecins”, ce qu'ils assimilent à des “contraintes du milieu pénitentiaire”. Ils ne contestent par exemple que très rarement le mode de recrutement de leurs étudiants. Ils le contestent d'ailleurs d'autant moins qu'ils ne connaissent pas et qu'ils n'ont pas les moyens — le temps surtout — de connaître les rouages de l'institution et le système qui régit dans certains établissements l'accès à l'enseignement : turn-over des étudiants lié à des transferts décidés par la direction, inscription forcée de détenus agités afin de les calmer, exclusion de certains étudiants pour des motifs disciplinaires, obligation faite à certains détenus de suivre des cours par correspondance, incitation à suivre les cours des bénévoles plutôt que ceux de

l'Education Nationale, ... Inversement, les enseignants intervenant à plein-temps — des instituteurs en général — sont beaucoup plus au fait du fonctionnement des établissements et se montrent beaucoup plus résistants vis-à-vis des pratiques de l'Administration Pénitentiaire.

Aussi le recentrage du système d'enseignement sur le pôle secondaire n'a-t-il pas été sans conséquences sur la place de l'enseignement et l'autonomie des enseignants en milieu pénitentiaire. Si les années 1959-1985 ont été marquées par de nombreux conflits entre l'Administration Pénitentiaire et les enseignants — majoritairement des instituteurs et des enseignants intervenant à plein-temps — avides d'autonomie dans un milieu qui leur en laissait peu, les années suivantes marquent l'avènement d'une coexistence pacifique entre les proviseurs, la majorité des professeurs et l'Administration Pénitentiaire. Cette coexistence manifeste l'acceptation par les professeurs et les enseignants intervenant en heures supplémentaires d'une marge d'autonomie limitée. La plupart des instituteurs et des intervenants à temps-plein restent alors très combatifs mais ils sont peu à peu marginalisés car ils ne sont plus les seuls représentants des enseignants en milieu pénitentiaire et ne sont guère relayés par leur nouvelle hiérarchie administrative (les proviseurs des lycées pénitentiaires). Dès lors, leur lutte pour accroître leur marge d'autonomie, perd sinon en virulence, du moins en apparente légitimité.

On voit finalement que la marge d'autonomie des enseignants intervenant en milieu pénitentiaire ne saurait seulement se comprendre au regard du fonctionnement de l'institution pénitentiaire. Les évolutions du système d'enseignement en prison semblent autant résulter de l'évolution des rapports de force entre les différents groupes d'enseignants intervenant en prison que des évolutions globales de la prison. On distingue ainsi l'intérêt de rapporter la place de l'école en prison non seulement aux logiques de l'institution carcérale, mais aussi aux formes générales de professionnalisation des enseignants dans la société française. La prison ne peut donc pas être considérée comme un monde clos. L'étude de la réforme de 1995 du système d'enseignement semble pouvoir confirmer ces enseignements.

### **3.2. Les changements de 1995**

En 1995, l'organisation de l'enseignement en milieu pénitentiaire est modifiée par deux textes que signent les Directions des Ecoles, des Lycées et Collèges, des Personnels d'Inspection et de Direction d'une part, la Direction de l'Administration Pénitentiaire d'autre part :

- La convention du 19 janvier 1995 structure le dispositif d'enseignement en créant des Unités Pédagogiques Régionales s'intégrant dans l'organisation des Directions Régionales Pénitentiaires.

- La circulaire du 27 avril 1995 définit les orientations et les objectifs de l'enseignement. Elle prévoit le développement des formations destinées aux détenus les plus démunis (particulièrement les illettrés), des actions auprès des mineurs et des jeunes détenus, des enseignements aux niveaux secondaire et supérieur, de la formation des formateurs.

La principale nouveauté de la réforme de 1995 réside dans la convention du 19 janvier 1995 qui vise à mettre un terme au flou des structures administratives du réseau enseignant en prison et à harmoniser les structures d'enseignement dans chaque Direction Régionale. Est ainsi créée dans chacune des neuf régions pénitentiaires une Unité Pédagogique Régionale, située dans les locaux des Directions Régionales de l'Administration Pénitentiaire. Le responsable de cette unité est chargé d'assurer un lien entre les Rectorats et l'Administration Pénitentiaire, parfois aussi entre les enseignants et l'Administration Pénitentiaire.

“Chaque unité pédagogique régionale en milieu pénitentiaire est rattachée administrativement à une direction régionale des services pénitentiaires. Elle est placée sous l'autorité d'un responsable, choisi parmi les personnels de direction ou parmi les personnels enseignants titulaires du diplôme de directeur d'établissements d'éducation adaptée et spécialisée.

Le responsable reçoit ses missions conjointement, pour l'Education nationale, du recteur du siège de la direction régionale et, pour l'Administration pénitentiaire, du directeur régional des services pénitentiaires.”

*Rapport annuel de l'Administration Pénitentiaire 1996, p. 139*

Cette nouvelle organisation ne modifie en fait guère les structures informelles antérieures, car elle confie souvent soit aux anciens proviseurs des lycées pénitentiaires, soit aux anciens Formateurs Pédagogiques Régionaux responsables des ex-UEFEN (cf. supra), la direction des Unités Pédagogiques Régionales. Aux yeux de certains enseignants, la convention consiste donc plus en un “tour de passe-passe” visant à légitimer des structures informelles qu'à refonder un nouveau dispositif d'enseignement :

“- La convention devait d'abord tenir compte des différences de définition de l'enseignement. Mais c'était aussi une affaire de structure. Quelle structure adopter ? Pouvait-on créer dans chaque région deux structures différentes, l'une pour le 1er degré, l'autre pour le 2nd degré, ou fallait-il une structure qui rassemble les deux ? Mais alors, à qui confier la direction de cette structure unique ? Aux plus gradés, pensaient les proviseurs ; aux plus spécialisés, pensaient les Formateurs Pédagogiques Régionaux. Tous ces problèmes expliquent qu'il a fallu quatre ans pour aboutir à la convention du 19 janvier 1995. Il a fallu quatre ans de discussions, du fait de cet environnement relativement conflictuel. Plusieurs commissions ont dû s'atteler à l'écriture de la convention. (...)  
- Comment ont été choisis les responsables des U.P.R. ?

- Ils ont été choisis parmi les personnels de direction de l'Education Nationale — les proviseurs — et les personnels titulaires du D.D.E.E.A.S. (Diplôme de Directeur d'Etablissement d'Education Adaptée et Spécialisée). En fait, ce tour de passe-passe a permis de satisfaire les deux catégories, de créer un consensus. Actuellement, sur les huit U.P.R. créées, quatre sont dirigées par des proviseurs, quatre par des directeurs D.D.E.E.A.S.”

Ex-instituteur spécialisé, 60 ans, 35 ans d'ancienneté en milieu pénitentiaire  
dans de grandes maisons d'arrêt

Que la convention de 1995 ait été une coquille vide ou un tour de passe-passe ne signifie pas pour autant qu'elle ne recouvre pas des enjeux implicites importants. Le premier enjeu consiste pour l'Administration Pénitentiaire à trouver des interlocuteurs qui puissent se faire l'écho simultanément des instituteurs et des professeurs intervenant en prison : la récurrence et la force des conflits entre instituteurs et proviseurs avaient en effet annihilé tout espoir de consensus, sinon de dialogue, dans les structures antérieures. Cette convention peut ainsi se comprendre dans la lignée de nombreuses initiatives de la Direction de l'Administration Pénitentiaire depuis la fin des années 1970, qui ont consisté à créer des postes de référents, de coordinateurs, de conseillers, de responsables locaux de l'enseignement, ... pour tenter de trouver des interlocuteurs et des intermédiaires, sinon des “médiateurs” locaux. Mais la convention de 1995, comme les initiatives antérieures, n'a finalement guère modifié ni le système d'enseignement en prison, ni les actions et les représentations des enseignants intervenant en prison.

Comme la convention du 19 janvier 1995, la circulaire du 27 avril 1995 n'a guère modifié le mode d'organisation de l'enseignement en prison. Cette circulaire rappelle certes quelques principes jugés essentiels :

“A tous les niveaux, la finalité de l'enseignement est de contribuer à ce que la personne détenue se projette autant que se faire se peut dans la vie libre et se dote des compétences nécessaires pour se réinsérer dans la vie sociale et ainsi se préserver de la récidive.

Pour tous les jeunes et adultes en détention, l'enseignement poursuit plusieurs objectifs :

- un objectif éducatif de soutien à la personne,
- un objectif de qualification et de validation des acquis,
- un objectif d'ouverture aux différentes formes d'accès au savoir.”

*Rapport annuel de l'Administration Pénitentiaire 1996, p. 139*

Il s'agit ainsi principalement d'affirmer que l'enseignement est un droit fondamental mais cette affirmation n'est ici qu'un rappel de principe puisque plusieurs textes du Conseil de l'Europe, reconnus par la France, ont déjà affirmé ce droit. C'est par exemple le cas de la recommandation 85-12 sur l'éducation en prison<sup>358</sup>. Cette recommandation affirme que le droit à l'éducation est fondamental et que les prisons ne peuvent se soustraire au devoir de dispenser un enseignement

analogue à celui qui est dispensé en milieu libre. L'enseignement en prison est censé garantir le droit d'apprendre tel qu'il est défini dans la déclaration adoptée par la Quatrième Conférence Internationale de l'UNESCO sur l'éducation des adultes :

- le droit de lire et d'écrire ;
- le droit de questionner et de réfléchir ;
- le droit à l'imagination et à la création ;
- le droit de lire sur son milieu et d'en écrire l'histoire ;
- le droit d'accéder aux ressources éducatives ;
- le droit de développer ses compétences individuelles et collectives.

La circulaire du 27 avril 1995 ne constitue pas non plus une nouveauté dans la reconnaissance par l'Administration Pénitentiaire du droit des détenus à l'enseignement puisque ce droit était affirmé dans les *Principes* de la réforme de 1945 et est reconnu depuis longtemps dans les articles D. 450 à D. 456 du *Code de Procédure Pénale* (cf. annexe 4). Dès lors, la nouveauté de la circulaire pourrait résider dans ses effets concrets. Mais contrairement à la loi du 18 janvier 1994 concernant la santé en prison, cette circulaire ne dispose d'aucune modification importante.

Dès lors les deux textes de 1995 sur l'enseignement en prison renvoient à une réforme de structure et à une pétition de principe qui ne changent pas fondamentalement le système d'enseignement en prison et l'accès des détenus à ce système. En matière d'équivalence entre le milieu libre et le milieu pénitentiaire ainsi qu'en matière de respect des droits des détenus, le contraste entre la santé et l'enseignement est important. De fait, les droits des détenus à la santé et à l'enseignement, et plus particulièrement leurs accès à des systèmes de soins et d'enseignement équivalents aux systèmes extérieurs sont très différemment respectés. Et cette différence a été accrue avec les réformes, de portées juridiques différentes, de chacun des dispositifs en 1994 et 1995 : tandis que le système de santé en prison était profondément modifié et rapproché du système extérieur par une loi, l'enseignement était amendé par une simple convention. Comment expliquer ces différences entre santé et enseignement ?

La priorité donnée à une réforme du système de soins sur le système d'enseignement s'explique d'abord par les spécificités des accès à la santé et à l'enseignement en milieu libre. Le système de santé en prison et l'accès des détenus à la santé ont été très tôt évalués en comparaison avec le système de santé et l'accès au système de santé en milieu libre. Très vite ont ainsi pu apparaître les principales défaillances de la santé en prison et leurs "solutions" possibles : le rattachement des personnels de santé intervenant en prison aux hôpitaux publics, la généralisation de la couverture sociale aux personnes détenues. Par contre, comme l'enseignement pour adultes est peu développé

---

<sup>358</sup>Conseil de l'Europe, *Education en prison*, recommandation n° 85-12, Affaires Juridiques, Strasbourg, 1990

en milieu libre, il est difficile de comparer le système d'enseignement en prison avec un autre système d'enseignement et par là d'évaluer les contraintes et les dérives du milieu pénitentiaire. Peu de structures d'enseignement — et plus encore de l'Education Nationale — sont dans une situation de confrontation avec une autre administration. Aucune autre structure d'enseignement en milieu libre, conçue pour des personnes adultes, ne rassemble des instituteurs spécialisés et des professeurs du secondaire. Les lacunes du système d'enseignement en prison apparaissent ainsi d'autant plus difficiles à déceler qu'il n'y a pas de référence extérieure permettant une comparaison.

## **Conclusion**

Pour conclure sur cet éclairage historique de l'enseignement en prison, on peut noter que l'accès des détenus à l'enseignement s'est imposé de façon tardive et a été longtemps limité, si on le compare à l'accès à la santé. Certes les plus jeunes mineurs incarcérés (enfants de moins de douze ans) ont très tôt — dès le début du XIX<sup>ème</sup> siècle — fait l'objet de mesures éducatives, les mettant au contact d'enseignants. Mais d'une part, ces mineurs étaient les rares détenus à être concernés par un dispositif d'enseignement réduit aux acquêts, d'autre part, les enseignants, chargés de les instruire, étaient rarement recrutés parmi des personnes, spécifiquement formées pour enseigner, et étaient très largement dépendantes de l'Administration Pénitentiaire. La prison constituait dès lors un espace clos et hermétique aux évolutions du système d'enseignement, manifestant ses dimensions totale (limitant l'autonomie des enseignants) et totalitaire (limitant l'accès à un enseignement, d'ailleurs longtemps assimilé plus à un privilège qu'à un droit).

Après la Libération, la place de l'enseignement et des enseignants en prison évolue sensiblement. Suivant ainsi les évolutions de la diffusion de l'enseignement dans la société française, l'enseignement en prison est présenté comme pouvant être étendu à d'autres populations que les plus jeunes détenus. Il est même peu à peu — notamment dans les deux dernières décennies — présenté comme un droit, qui devrait être accessible à tous les détenus qui le souhaitent. Cette évolution des discours a été en partie suscitée, concrétisée et renforcée par un mouvement de professionnalisation des enseignants intervenant en prison. La plupart de ceux qui sont chargés de l'enseignement en prison, sont en effet à partir des années 1960 recrutés parmi les enseignants de l'Education Nationale, et non plus parmi les militaires, les religieux ou les éducateurs. Ces nouveaux enseignants, principalement des instituteurs, se sont longtemps battus pour imposer tant leur autonomie que le respect du droit de tous les détenus à l'enseignement dans un milieu d'exercice jugé totalisant et totalitaire.

Il reste que dans les années 1980, l'arrivée massive d'enseignants du secondaire n'accomplissant qu'une minime partie de leur service en prison et le recentrage du dispositif d'enseignement en prison autour du lycée ont mis au second plan l'enjeu de l'autonomisation des enseignants vis-à-vis des personnels pénitentiaires. L'enjeu de l'autonomisation vis-à-vis de l'Administration Pénitentiaire s'est d'ailleurs aussi estompé au profit d'un enjeu interne au corps enseignant — l'enjeu de la direction des structures d'enseignement —, ce que confirme la réforme de l'enseignement en prison de 1995, qui s'assimile à une simple réforme des structures d'enseignement.

Au final, on voit depuis la Libération de nombreuses tendances qui réduisent les dimensions totale et totalitaire de la prison eu égard à la place des enseignants et de l'accès à l'enseignement en milieu pénitentiaire. Cependant, la comparaison de l'accès des détenus à l'enseignement avec l'accès à la santé et la comparaison de l'autonomie des enseignants avec celle des professionnels de santé montrent d'importants contrastes. Il convient donc maintenant d'évaluer ces contrastes au regard d'une analyse synchronique des actions et des représentations des professionnels de l'enseignement intervenant en prison : sont-ils autonomes, aussi autonomes que les médecins et les infirmiers ? Le droit à l'enseignement est-il sorti du système des privilèges qui régit l'accès des détenus à de nombreuses activités en prison ?

Si l'on s'intéresse aux professions à travers le prisme de la prison, la comparaison des historiques permet de remarquer l'apparente moins grande importance des référents extérieurs pour les enseignants que pour les professionnels de santé. Le modèle du milieu libre fournit de nombreuses normes de comportement — appliquées ou non — aux professionnels de santé intervenant en prison : l'équivalence des soins est un leitmotiv. Quant aux enseignants, la plupart entendent construire leur activité en rupture avec le milieu libre : il s'agirait justement d'adopter des pédagogies différentes et différenciées, adaptées au public adulte incarcéré. Par ailleurs, le monde des enseignants en prison apparaît moins soudé que le monde des professionnels de santé en prison. Ces constats sont-ils encore vérifiés aujourd'hui ? Que recouvre la dénomination "enseignants en prison" : une communauté professionnelle intrinsèquement homogène, une communauté rendue homogène par les conditions d'exercice en prison, une variété de comportements qu'aucun modèle normatif ne parvient à fédérer ? C'est à cette interrogation que nous nous proposons de chercher une réponse en abordant une analyse synchronique des actions et des représentations des différents enseignants intervenant en prison.



## Chapitre 9

# Les enseignants dans le système de contraintes carcéral

Après avoir posé un regard sur l'histoire de l'enseignement et des professions de l'enseignement en milieu pénitentiaire, il s'agit d'aborder une analyse de la situation actuelle, en partant d'une étude des actions et des représentations des professionnels de l'enseignement intervenant en prison<sup>359</sup>. Dans ce chapitre, nous nous intéresserons à l'autonomie actuelle des enseignants vis-à-vis des personnels pénitentiaires. La prison est-elle encore une institution totale ? Les instituteurs et les professeurs intervenant en prison sont-ils autonomes ? Quels sont les symboles et signes de leur autonomie ou au contraire de leur dépendance ? Le discours des professionnels reflète-t-il exactement la réalité de leur autonomie ou de leur dépendance ou renvoie-t-il, comme pour les professionnels de santé, à des formes de mises en scène révélatrices des modes de structuration identitaire des professionnels de l'enseignement ?

La perspective comparative avec les professionnels de santé sera l'un des axes centraux de ce chapitre. Il s'agira en effet d'évaluer l'autonomie des enseignants en la comparant avec celle des médecins et des infirmiers intervenant en prison. Après avoir vu que l'autonomie des enseignants est beaucoup plus limitée que celle des professionnels de santé, et ce malgré des statuts comparables, nous étudierons certaines situations critiques particulièrement révélatrices des différences d'autonomie entre les groupes de professionnels : les retards, les transferts, l'occupation forcée des détenus. Nous étudierons enfin ce qui fait la principale singularité de l'enseignement par rapport à la santé et aussi des enseignants par rapport aux médecins et aux infirmiers : l'inscription de l'accès à l'enseignement dans un système de privilèges. Au final, ce parcours au cœur de l'autonomie des enseignants intervenant en prison devrait permettre de porter un second regard sur les dimensions totale et totalitaire de l'institution carcérale.

---

<sup>359</sup>Comme pour la partie sur la santé et pour alléger la présentation, quelques repères formels ont été placés dans l'annexe 4 : les profils de formation de la population des personnes incarcérées, les structures d'enseignement actuelles et les textes juridiques de référence.

# 1. Une autonomie tronquée

Les différents enseignants intervenant en prison semblent disposer d'une autonomie d'action vis-à-vis de l'Administration Pénitentiaire beaucoup plus limitée que celle des professionnels de santé. Ils disposent pourtant de statuts qui leur garantissent une large indépendance et ils semblent d'ailleurs rester très libres dans la définition du contenu pédagogique de leurs enseignements. Par contre, leur autorité professionnelle semble plus contestée que celle des médecins et des infirmiers. L'accès à l'enseignement semble aussi très largement pensé comme un privilège plutôt que comme un droit. La mise à l'épreuve de ces différentes impressions devrait permettre de dresser un premier constat sur l'autonomie des enseignants intervenant en prison.

## 1.1. Un statut d'indépendance et une large autonomie pédagogique

Les enseignants professionnels — non bénévoles — intervenant en prison appartiennent généralement à l'Education Nationale<sup>360</sup>. Ils relèvent soit de la Direction des Ecoles, soit de la Direction des Lycées et Collèges, soit des GRETA (Groupements d'établissements de l'Education Nationale pour la formation professionnelle continue). Pour tous ces enseignants, la non appartenance à l'Administration Pénitentiaire est un repère identitaire fort car elle renvoie à une première forme d'indépendance vis-à-vis de l'Administration Pénitentiaire. Les enseignants des collèges et des lycées (à temps plein ou à temps partiel) interviennent sur un contingent d'heures rectorales. Certains instituteurs et professeurs des écoles interviennent sur un contingent d'heures supplémentaires fournies par la Direction des Ecoles aux différentes inspections académiques. D'autres instituteurs et professeurs des écoles sont enfin mis à disposition par l'Education Nationale auprès du Ministère de la Justice, ce qui leur permet de garder un statut Education Nationale.

*“- Etes vous vous-même personnel de l'Education Nationale ?*

*- Oui, je suis mis à disposition. Et c'est très important parce que cela permet de garder son indépendance. Je suis sous l'autorité de l'inspection académique et non sous celle de l'Administration Pénitentiaire.”*

*Instituteur spécialisé, 45 ans, 20 ans d'ancienneté dont 5 en milieu pénitentiaire,  
intervenant à plein temps dans un établissement pour peines*

---

<sup>360</sup>On trouve quelques enseignants professionnels ne relevant pas de l'Education Nationale dans certaines formations professionnelles assurées par les GRETA. Si les GRETA emploient des enseignants rattachés statutairement à l'Education Nationale, ils peuvent aussi employer des enseignants qui n'ont pas ce statut.

Beaucoup des enseignants rencontrés ont insisté sur leur appartenance à l'Education Nationale, particulièrement les enseignants intervenant à plein-temps et mis à disposition. Un instituteur a même arboré fièrement une feuille de salaire pour montrer cette appartenance. Les enseignants insistent alors sur le fait que l'Administration Pénitentiaire n'avait aucune autorité hiérarchique sur eux et qu'ils relevaient, comme leurs collègues extérieurs, de l'autorité des inspecteurs académiques. Il semble alors moins s'agir d'affirmer une identité de statut avec les enseignants en milieu libre que de manifester une indépendance à l'égard de l'Administration Pénitentiaire. Le statut, en forme d'identification négative, sert ici de signe ostentatoire de l'indépendance d'exercice, ce qui n'est pas sans importance auprès d'une population détenue pour qui l'appartenance à l'Administration Pénitentiaire symbolise souvent une impossible confiance. Le statut est ainsi un premier élément de cette "argumentation persuasive" (au sens d'Eliot Freidson<sup>361</sup>) dont disposent les enseignants pour s'imposer en tant qu'intervenants autonomes. C'est dans cette logique que l'on peut lire cet extrait d'entretien avec une formatrice GRETA dans la lutte contre l'illettrisme.

"- Ils me disent des choses, parce que je ne suis pas de la Pénitentiaire. D'ailleurs, je leur dis toujours : "- Je ne suis pas de la Pénitentiaire".

- *Est-ce qu'ils vous demandent explicitement si vous êtes personnel pénitentiaire ?*

- Oui, ils me le demandent souvent. Quand je leur fais remplir un papier ou que je prends des notes, ils me demandent "- Ça va où, ce truc ?". Je leur dis : "- C'est quelque chose que je garde pour moi, je suis formatrice G.R.E.T.A.". C'est important de le dire, d'autant qu'ils se parlent beaucoup. Petit à petit, ça se sait. Au tout début, quand je suis arrivée, j'ai eu beaucoup beaucoup de questions : "- D'où êtes-vous ? De l'Administration Pénitentiaire ? Qu'est-ce que vous faites ?". Maintenant, ils savent."

Formatrice GRETA, 35 ans, 10 ans d'ancienneté dont 3 en milieu pénitentiaire,  
intervenant à mi-temps dans un établissement pour peines

Formellement, les enseignants disposent donc, à l'instar des professionnels de santé, d'un statut qui leur garantit une autonomie d'exercice. Certains enseignants tiennent néanmoins à rappeler qu'ils doivent recevoir un agrément de l'Administration Pénitentiaire pour pouvoir enseigner en prison et les plus anciens évoquent parfois les menaces de retrait dont certains enseignants ont pu faire l'objet.

"- Un directeur m'a menacé d'un retrait d'agrément... C'était pas sérieux. J'ai écrit au Ministère, le directeur a dû rentrer dans l'ordre et retirer ses menaces."

Instituteur spécialisé, 55 ans, 25 ans d'ancienneté en milieu pénitentiaire,  
intervenant à plein-temps dans une grande maison d'arrêt

---

<sup>361</sup>Eliot Freidson, 1970, *Profession of Medicine*, New York, Harper & Row, trad. fçse : *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984  
418

“- Il y a eu aussi une tentative de retrait pour quatre enseignants syndicalistes mais la mobilisation des profs l’a fait échouer. Finalement, personne n’a jamais été foutu dehors.”

Professeur, 55 ans, 30 ans d’ancienneté dont 20 en milieu pénitentiaire, intervenant à plein-temps dans une grande maison d’arrêt

L’évocation des vaines menaces passées de retrait d’agrément, sur un ton sarcastique, fut aussi l’occasion pour ces deux enseignants de railler les menaces oratoires du sous-directeur chargé de l’enseignement dans leur maison d’arrêt. Ce sous-directeur, rencontré en entretien, a d’ailleurs effectivement évoqué le retrait possible de l’agrément, comme pour affirmer sa soif de pouvoir sur des enseignants avec qui il était en conflit ouvert.

“- L’agrément, on peut toujours le retirer. On va d’ailleurs sans doute le faire. Ça va changer. Il y a deux ans, on a menacé, les profs ont eu peur et ils ont donné un coup de collier pendant quelques mois et puis c’est retombé. Il faudrait maintenant passer à l’acte.”

Sous-directeur, 40 ans, exerçant dans une grande maison d’arrêt

Le conditionnel de la dernière phrase, prononcée sur un ton de dépit, montre que le retrait d’agrément fonctionne comme un argument dans une joute qui ne peut rester qu’oratoire. Le sous-directeur avouera par ailleurs son incapacité à “se débarrasser de ces quelques profs vétérans et indéracinables” (sic). L’agrément n’est donc pas réellement une forme de limitation de l’autonomie des enseignants intervenant en prison. Le fait que la plupart d’entre eux n’aient pas évoqué son existence dans les entretiens, montre d’ailleurs qu’il est devenu une formalité administrative sans réel enjeu actuel pour l’autonomie des enseignants.

Beaucoup d’autres situations, jadis critiques pour cette autonomie, ont d’ailleurs elles aussi disparu. Certains enseignants ont évoqué la difficulté qu’ils ont eue durant les années 1960 et 1970 à conquérir un espace propre et à en faire un territoire dans lequel les surveillants ne pénètrent pas. De fait, dans les plus vieilles maisons d’arrêt, construites au XIX<sup>ème</sup> siècle, les enseignants ont dû conquérir l’espace de classe sur d’anciennes cellules ou d’anciens locaux réservés aux surveillants. Cette conquête, tout comme d’ailleurs l’obtention de l’éclipse des surveillants pendant les cours, s’est souvent faite avec difficultés et résistances. Il reste que les espaces de classe et l’absence des surveillants sont aujourd’hui choses acquises. Il n’y a donc plus guère de conflits à propos de l’appropriation de l’espace pédagogique par les surveillants. Ce sont au contraire les enseignants qui demandent parfois la proximité des surveillants, pour limiter leurs craintes.

De même que les personnels de l’Administration Pénitentiaire ne pénètrent plus dans les classes, ils ne s’autorisent que rarement un regard sur le contenu pédagogique des enseignements. Si l’un des

instituteurs rencontrés a évoqué le contrôle par les personnels pénitentiaires du contenu des photocopies qu'il faisait au début de sa carrière en prison (au début des années 1970), aucun autre n'a évoqué de situations comparables actuellement. Les discours des personnels pénitentiaires, même s'ils évoquent parfois leur envie de savoir ce que font les enseignants, confirment ce constat.

“- Maintenant, on est à l'époque des ateliers pédagogiques personnalisés, on parle de fractionnement des acquis. Même les unités capitalisables du CAP, c'est déjà dépassé. On en est à la valorisation des acquis. Il n'y a plus de cours, de pédagogie traditionnelle. On sait bien qu'en termes d'enseignement, on est la dernière roue du carrosse : ici, on a surtout une population de banlieue, on récupère les individus après de multiples échecs scolaires ; c'est pas là qu'on va tout rattraper. En plus, on est une maison d'arrêt avec un très grand flux ; il est difficile d'organiser des parcours cohérents sur 3 ou 4 mois. Tout cela exige une autre approche de la pédagogie, une prise en charge individuelle. Sur le terrain toutefois, la pédagogie, c'est pas notre boulot, c'est le boulot de l'instituteur, mais il faut quand même bien savoir ce qui se passe, ce qui se fait.”

Directeur d'une grande maison d'arrêt, 40 ans, 10 ans d'ancienneté dont deux à ce poste

L'usage du pronom “on” et le flou qu'il recouvre — le discours ne permet pas de savoir si le pronom est utilisé dans un sens impersonnel ou personnel et qui il désigne alors — permet à ce jeune directeur d'une grande maison d'arrêt de tenir un discours sur l'évolution des contenus pédagogiques et sur les besoins de la population étudiante, comme s'il était enseignant ou proviseur. La dernière phrase montre néanmoins les retenues qu'il a à parler en tant qu'enseignant tout en justifiant en tant que directeur le “besoin de savoir”. L'autonomie pédagogique des enseignants intervenant en prison ne semble pas ici remise en cause.

“- Sur le contenu de vos cours, l'Administration Pénitentiaire exerce-t-elle un contrôle ?

- Non, ce n'est pas elle qui contrôle. Notre contrôle, c'est les services de l'Education Nationale. Certes, il y a une forme de contrôle par le biais de la commission de surveillance qui se réunit chaque année pour établir le rapport d'activité. Sur ce point, on n'est pas complètement indépendants ; c'est normal.

- En quoi consiste cette commission ?

- C'est la grand messe. Il y a tous les chefs de service, le préfet, les élus locaux, le procureur de la République, le Juge d'Application des Peines, des responsables d'associations, etc. Cela permet une transparence. C'est normal de rendre des comptes. Et à partir du moment où je fais mon travail, il n'y a aucune raison pour qu'il y ait des problèmes, ni même des pressions.”

Instituteur spécialisé, 45 ans, 20 ans d'ancienneté dont 5 en milieu pénitentiaire,  
intervenant à plein temps dans un établissement pour peines

Dans les faits, le rapport annuel d'activité n'est pas réellement l'occasion d'un contrôle. Il s'agit tout au plus d'un contrôle des effectifs d'étudiants de l'année écoulée et des résultats obtenus aux examens, mais le contenu détaillé des enseignements n'est ni détaillé, ni discuté.

De nombreux éléments semblent ainsi attester de l'autonomie des enseignants intervenant en prison : leur statut, l'absence des surveillants des salles de classe, l'absence de contrôle pénitentiaire sur le contenu pédagogique. S'ils dépendent théoriquement de l'inspection académique, les enseignants en prison apparaissent faiblement encadrés et très largement autonomes, notamment dans l'espace de la classe. Ils semblent avoir conquis cette indépendance qui caractérise les enseignants à l'extérieur de la prison.

“Alors que dans les autres administrations, la bonne marche des services repose sur le droit qu'a la hiérarchie d'“instruire”, de donner des ordres, de délimiter et de distribuer les tâches... ainsi que de contrôler et de s'assurer de l'exécution des ordres donnés, elle est assurée à l'inverse dans l'Education nationale par la limitation de ce droit. La classe, et cela est vrai même pour l'enseignement primaire, constitue en effet une sorte d'enclos sacré, le lieu d'un colloque singulier entre l'enseignant et ses élèves dans lequel nul ne saurait s'immiscer, hormis de façon ponctuelle, l'inspecteur ou le conseiller pédagogique.”

Monique Hirschhorn, *L'ère des enseignants*, Paris, PUF, 1993, p. 40

Cela dit, cette indépendance ne saurait cacher que les enseignants ne bénéficient pas de la même aura que les médecins et infirmiers. D'autres indices montrent ainsi que l'autonomie des enseignants est limitée par les contestations de leur autorité.

## **1.2. Une autonomie qui ne repose pas sur une autorité reconnue**

Le premier signe de contestation de l'autorité des enseignants est lié à l'expression de doutes sur leur compétence. Si les doutes sur la compétence des médecins et des infirmiers sont rares et circonscrits (cf. chapitre 5), les doutes sur la compétence des enseignants sont exprimés avec plus de facilité, parfois avec virulence par certains personnels pénitentiaires.

“- *Que pensez-vous du rôle des instituteurs ?*

- Les instits, je vais vous dire, je vois ça comme ça : ils viennent là pour se faire un peu de grappe en plus. Ils ne veulent pas réinsérer, même si c'est ce qu'ils disent. En général, ils sont deux ou trois détenus à aller en classe. Parfois, au début, ils sont dix-douze, mais au bout de trois semaines, il n'en reste jamais plus que deux ou trois. Quand on connaît les taux d'illettrisme en prison ... Conclusion : l'instit a mal fait son boulot. Bon, on n'assiste pas aux heures de classe, on sait pas ce qu'ils font à l'intérieur, mais enfin on voit le résultat.”

Surveillant, 55 ans, 30 ans d'ancienneté, petite maison d'arrêt

Alors que les “résultats” des médecins et des infirmiers semblent difficiles à évaluer, l'absentéisme des détenus aux cours des enseignants apparaît aux yeux de ce surveillant comme un indice tangible de l'incompétence ou du manque de motivation des enseignants. Les critiques sont rarement aussi ouvertes mais d'autres discours montrent néanmoins que les critiques dont font l'objet les enseignants sont plus nombreuses que celles qui sont adressées aux professionnels de santé. Le

respect muet des décisions médicales contraste alors avec les prises de paroles sur les actions des enseignants. L'absence de discipline est ainsi un objet récurrent des récriminations des surveillants contre les enseignants.

“- *En général, comment percevez-vous l'action des intervenants extérieurs ?*

- Evidemment, en tant que surveillants, on veut toujours de la discipline. C'est normal. Par exemple, quand l'institut leur fait faire du volley, qu'ils gueulent et envoient les ballons sur les toits, ça nous énerve. C'est normal. Mais on peut quand même pas demander que les intervenants soient aussi stricts que nous. Le problème, c'est qu'ils ne se font pas respecter. C'est normal qu'ils n'aient pas le même comportement que nous, mais bon, il faut qu'ils respectent les consignes de sécurité.”

Surveillant, 55 ans, 30 ans d'ancienneté, petite maison d'arrêt

On voit dans ce discours un glissement d'une récrimination acceptée avec énervement — l'absence de discipline pendant les cours — à une récrimination sur l'absence de respect imposé par les enseignants, enfin à une récrimination plus cruciale encore : le respect des consignes de sécurité. L'évocation du non respect des consignes de sécurité apparaît ici comme un argument pour emporter la conviction de l'interlocuteur et le convaincre de la justesse d'une critique, jusqu'alors fondée sur des éléments peu convaincants, aux yeux mêmes du surveillant, puisque celui-ci reconnaît que les surveillants ne peuvent pas demander que les intervenants soient aussi stricts qu'eux. Le surveillant semble rechercher des arguments pour expliquer son mécontentement vis-à-vis des enseignants autrement que par un énervement, pour “légitimer” ce mécontentement. L'argument du non respect des consignes de sécurité est d'ailleurs récurrent dans le discours des surveillants à propos des intervenants extérieurs. Dans les faits, les enseignants semblent moins ne pas respecter les consignes de sécurité qu'afficher leur dédain pour ces consignes ou pour la discipline qu'on leur demande d'imposer. Les récriminations des surveillants renvoient donc sans doute à une forme de mécontentement à l'égard du dédain des enseignants pour ce qui constitue l'un des axes principaux du métier de surveillant.

Plus largement, la contestation de l'autorité des enseignants intervenant en prison peut se comprendre comme le fruit d'un mouvement général de remise en question de l'autorité pédagogique des enseignants dans la société française depuis les années 1960. Si Pierre Bourdieu et Jean-Claude Passeron<sup>362</sup> estiment en 1970 que le système d'enseignement et les actions pédagogiques reposent alors sur le maintien d'une autorité pédagogique absolue et arbitraire mais reconnue légitime par le biais de la dissimulation de la violence symbolique sous-jacente, d'autres sociologues montrent au contraire un effondrement de l'autorité pédagogique des enseignants. Cette remise en cause semble finalement due à une combinaison de multiples facteurs, que Monique

---

<sup>362</sup>Pierre Bourdieu et Jean-Claude Passeron, *La reproduction, Eléments pour une théorie du système d'enseignement*, Paris, Editions de Minuit, 1970, pp. 26-46

Hirschhorn met en exergue dans *L'ère des enseignants*<sup>363</sup>. Utilisant d'abord la typologie weberienne des sources de la légitimité, Monique Hirschhorn montre que les enseignants ont vu depuis les années 1960 contester les différentes formes (charismatique, légale-rationnelle et traditionnelle) de leur autorité. La scolarisation de masse et ses corollaires — la moindre qualification universitaire d'une partie des enseignants, le changement dans l'origine sociale du public scolaire de l'enseignement secondaire et supérieur — seraient les éléments explicatifs principaux de cette contestation, auxquels pourraient s'ajouter des transformations sociales comme l'extension des médias et le développement d'une idéologie individualiste. Comme le maintien des "inégalités des chances sociales" mis en évidence par Raymond Boudon<sup>364</sup>, la remise en question de l'autorité pédagogique constitue donc l'un des effets émergents de la démocratisation du système scolaire.

Comment se concrétise cette remise en question dans le milieu particulier que constitue la prison ? Hormis les critiques explicites déjà évoquées, certains discours montrent que l'autorité des professionnels de l'enseignement est plus largement remise en cause que celle des professionnels de santé. On peut d'abord évoquer tous ces discours qui rassemblent dans un même groupe tous les "enseignants", quels que soient leurs statuts.

*"- De façon plus précise, quelles sont les relations entre les enseignants et le personnel pénitentiaire ?*

- Les enseignants, ils interviennent dans un endroit bien spécifique : le groupe scolaire. Il n'y a pas de problèmes particuliers avec eux, d'autant qu'ils sont très bien encadrés par le directeur de l'école spécialisée. Ce directeur gère bien les relations, il organise en plus l'ensemble des enseignants : les instituteurs, les professeurs, les étudiants du Genepi."

Chef de Service Pénitentiaire, 45 ans, 15 ans d'ancienneté, grande maison d'arrêt

Comme dans cet extrait, les enseignants de l'Education Nationale et les étudiants du Genepi sont souvent comparés et assimilés. Ces étudiants sont des personnes bénévoles qui interviennent une à deux heures par semaine pour donner des cours individuels ou collectifs dans des domaines très variés : français, mathématiques, langues, échecs, code de la route, ... Aux yeux des enseignants patentés — ceux de l'Education Nationale — les thèmes des cours, leur faible volume horaire, l'absence de continuité entre les années, la volatilité des génépistes font que les cours du Genepi, s'ils sont très prisés par les détenus, s'assimilent à des occupations où la dimension de l'enseignement est minimale. Que le recrutement des génépistes ne se fasse pas sur la base d'une compétence attestée dans la matière mais plutôt par volontariat attesterait du fait que les cours du Genepi soient moins des enseignements que "des activités à mi-chemin entre le cours particulier et

---

<sup>363</sup>Monique Hirschhorn, *L'ère des enseignants*, Paris, PUF, 1993, pp. 141-150

<sup>364</sup>Raymond Boudon, *L'inégalité des chances, La mobilité sociale dans les sociétés industrielles*, Paris, Armand Colin, 1973



le centre de vacances”, pour reprendre l’expression d’un instituteur. Quel que soit le jugement porté par les enseignants patentés sur les bénévoles du Genepi, il est clair que le statut, la compétence certifiée, le temps et la régularité d’intervention, le contenu des activités proposées, ... font des enseignants de l’Education Nationale et des génépistes des types d’intervenants très différents. Qu’ils soient pourtant souvent étiquetés sous un même label “enseignants” est une manifestation des doutes des personnels pénitentiaires sur la compétence des enseignants patentés.

L’assimilation des enseignants de l’Education Nationale à des étudiants qui viennent donner aux détenus quelques séances de formation aux échecs et au code de la route révèle les représentations de l’enseignement et de la compétence des enseignants dans certains discours. Alors que les médecins et les infirmiers sont reconnus comme les seuls compétents dans leurs domaines, le fait que les enseignants de l’Education Nationale soient mis en équivalence ou en concurrence avec d’autres “enseignants” symbolise la particularité de la compétence enseignante : c’est une compétence qui ne semble pas nécessiter comme la compétence médicale un haut degré de spécialisation et de formation. C’est tout au moins une compétence qui apparaît cumulative, acquise par l’expérience et qui semble donc autoriser de pouvoir assimiler les enseignants bénévoles et statutaires, néophytes et patentés, etc.

Plus largement, la contestation de l’autorité des enseignants semble reposer sur l’*a priori* que tout le monde est plus ou moins capable d’enseigner. La diffusion de cet *a priori* doit là encore se comprendre au regard du développement de la scolarisation de masse et de l’élévation des niveaux d’études des personnels recrutés pour travailler en prison. Cet *a priori* constitue l’une des grandes différences qui oppose les professions médicales et enseignantes : alors que les médecins et les infirmiers construisent leur métier autour d’une compétence reconnue exclusive, les enseignants apparaissent comme titulaires d’une compétence partagée. On ne semble pas pouvoir être médecin sans être professionnel, on semble pouvoir être enseignant sans nécessairement être un professionnel de l’enseignement.

Le fait que la charge de l’enseignement ait pu dans le passé être confiée à des anciens militaires, à des religieux, à des éducateurs ou des instructeurs techniques de l’Administration Pénitentiaire, tend d’ailleurs à renforcer cette représentation de la compétence enseignante comme une compétence partagée, non exclusive. Ce trait n’est pas propre au milieu pénitentiaire. Dans *L’ère des enseignants*, Monique Hirschhorn montre que les usagers ont un rôle important dans le fonctionnement des établissements scolaires : l’Etat a ainsi donné aux usagers “la possibilité dans l’enseignement secondaire de participer par l’intermédiaire de leurs représentants aux conseils de classe, d’exprimer leurs vœux en matière d’orientation et de redoublement, voire de s’opposer aux

décisions des enseignants”<sup>365</sup>. On peut penser que cette reconnaissance de certains droits aux usagers, et plus particulièrement aux parents d’élèves, est en partie liée à cette vision de l’enseignement comme un savoir partagé, inégalement peut-être, mais partagé tout de même : chacun semble avoir son mot à dire sur le contenu de l’enseignement, tandis que le contenu médical reste abscons.

Au final, l’autorité professionnelle des enseignants intervenant en prison apparaît beaucoup plus contestée que celle des médecins et des infirmiers. Cette contestation n’est pas propre au milieu pénitentiaire mais elle est renforcée dans un milieu où la charge de l’enseignement a longtemps été confiée à des non-spécialistes de l’enseignement ou à des personnels pénitentiaires comme les instructeurs techniques. Cette contestation semble par ailleurs renforcée par la difficile reconnaissance de l’accès à l’enseignement comme un droit inaliénable.

### **1.3. Une conception de l’enseignement et de son accès comme des privilèges**

Plus encore que la compétence des enseignants, c’est la notion de droit des détenus à l’enseignement qui semble être contestée dans certains discours des personnels pénitentiaires. Il semble que cette contestation ne soit pas propre aux personnels pénitentiaires mais qu’elle soit diffuse dans de nombreuses représentations sociales : l’accès des détenus à l’enseignement n’est pas toujours conçu comme un droit, tout comme l’accès des adultes en général. On peut ainsi faire l’hypothèse que la perception de l’accès à l’enseignement comme un droit est très attachée à l’obligation scolaire : auraient *droit* à l’enseignement ceux qui seraient concernés par l’obligation de scolarité, c’est-à-dire les moins de seize ans. Pour les autres, l’enseignement apparaîtrait plus comme une chance, un privilège. Il reste à donner corps à cette hypothèse qui repose jusque-là sur des impressions.

En ce qui concerne la prison, plusieurs textes (cf. chapitre 8 et annexe 4) — ceux du Conseil de l’Europe notamment — stipulent que l’accès à l’enseignement doit être un droit. Il reste que cette prescription n’est pas encore acceptée par tous, et particulièrement par les personnels de surveillance. L’accès à l’enseignement est beaucoup moins reconnu comme un droit que l’accès à la santé. Cette situation renvoie à un héritage historique long, comme nous l’avons vu dans le chapitre précédent. En 1980, pour illustrer les difficultés d’imposer la formation comme un droit, Jean-

---

<sup>365</sup>Monique Hirschhorn, 1993, op. cité, p. 39

Gabriel Meilhac<sup>366</sup> citait un représentant syndical des personnels pénitentiaires : “l’idée très répandue dans l’opinion publique qu’on en fait plus pour les voleurs ou les assassins que pour les malades et les infirmes, pour des gens qui, en tout état de cause, entreront de nouveau en récidive dès leur sortie, ferme toute espèce de compréhension chez certains membres du personnel à l’effort légitime et naturel de réinsertion dès la prison”. Actuellement, cette représentation reste encore vivace chez certains personnels pénitentiaires : les détenus sont encore souvent présentés comme des privilégiés, des assistés sûrs de leurs bons *droits*, alors que l’accès à l’enseignement, comme l’accès à d’autres activités est conçu comme quelque chose qui doit se mériter.

“- Les détenus me mettent la pression pour que je fasse tout à leur place. Et ça, je ne le veux pas. Non, non, non. Est-ce parce qu’ils sont fainéants ou qu’ils ont l’habitude d’être assistés ? Je ne le sais pas. En tous cas, quand un détenu vient me voir et me dit “- J’ai droit à cela.”, déjà, cela part mal. Je le recadre très vite : “- Non, vous n’avez droit à rien. Ou plutôt si : vous avez des droits, mais il faut donner des choses en contrepartie.”. La prison doit recadrer les choses, sinon qui le fera ? A l’extérieur, la plupart des détenus sont des assistés, qui vivent avec les allocations familiales ou le R.M.I. Ici, beaucoup sont très exigeants, et cela, je ne peux pas le supporter. Mon rôle n’est pas de compatir. J’exige certaines choses des détenus, et d’abord qu’ils respectent un contrat moral. Par exemple, un détenu me demande un emploi. Je fais le point avec lui sur son cursus scolaire et lui demande avant toutes autres choses de rédiger une lettre de motivation et un C.V. S’il ne le fait pas, c’est soit qu’il en est incapable — je l’oriente alors vers l’école —, soit qu’il n’en a pas envie. S’il le fait, je l’oriente vers ce qui lui correspond le mieux. Il ne faut pas oublier ce que je suis : un conseiller.”

Conseiller d’Insertion et de Probation, 25 ans, 2 ans d’ancienneté,  
exerçant à plein-temps dans une grande maison d’arrêt

Le discours de ce jeune éducateur — les ex-éducateurs sont désormais baptisés Conseillers d’Insertion et de Probation — est caractéristique d’une certaine aigreur que partagent certains personnels pénitentiaires à l’égard des *droits* des détenus, car l’idée de droit des détenus renvoie à l’existence de *devoirs* des personnels pénitentiaires. Certains éducateurs, comme certains surveillants, supportent difficilement d’être en devoir de servir les détenus, de leur donner sans condition accès à certains services. Ils supportent encore moins que les détenus fassent référence à des droits car ils ne veulent pas se sentir en obligation de satisfaire à des demandes formulées parfois sur le ton de la provocation ou de l’exigence. “- Non, vous n’avez droit à rien. Ou plutôt si : vous avez des droits, mais il faut donner des choses en contrepartie”. Cette réponse permet à l’éducateur de remettre le détenu en situation de demande plutôt que d’exigence. Alors que certains droits semblent absolus (le droit à la santé, par exemple), d’autres droits sont présentés comme des droits exigeant des contreparties. Pour beaucoup de personnels pénitentiaires, le droit à l’enseignement appartient explicitement à ces droits qui demandent des contreparties. L’accès à l’enseignement est perçu comme un privilège qui doit se mériter.

---

<sup>366</sup>Jean-Gabriel Meilhac, *La formation dans les prisons*, Paris, ANDEP, 1980

La difficile acceptation du droit des détenus à l'enseignement peut aussi se comprendre au regard des contraintes concrètes qu'impliquent ce droit dans le travail des personnels pénitentiaires : prise en charge des effectifs à l'aller et au retour du centre scolaire, fouilles corporelles et fouilles des salles, supposition de risques de mouvements collectifs, de complicités et de compromissions, ...

“- Comment sont perçus les intervenants par les surveillants en général ?

- Mal. Un intervenant, c'est mal perçu, car il donne du travail supplémentaire : de la surveillance supplémentaire, des fouilles supplémentaires. Dans ce sens-là, les intervenants sont mal perçus. Mais parmi les surveillants, quelques-uns perçoivent des résultats positifs ; par exemple, un détenu qui se calme. Je n'ai pas du tout la même logique. Pour moi, plus il y a d'intervenants, mieux c'est. Pour eux, c'est le contraire. Mais cela dépend de l'ancienneté. Les plus anciens se réfèrent à la vieille époque et ils ne comprennent pas pourquoi il y a maintenant tant de gens qui interviennent. D'ailleurs, il y en a qui refuseraient carrément de vous parler. Ils sont durs, ils sont blasés : pour eux, c'est d'abord la sécurité. D'un autre côté, c'est bien aussi qu'ils soient là : la prudence, même s'il ne faut pas en faire une psychose, c'est pas mal non plus.”

Premier Surveillant, 40 ans, 20 ans d'ancienneté, petite maison d'arrêt

Comme l'exprime ce premier surveillant, la reconnaissance des droits des détenus et l'acceptation de la présence d'intervenants est très liée aux générations professionnelles. Les plus réfractaires sont ainsi les surveillants les plus anciens — ceux de la “vieille époque” — qui ont connu un temps où les activités d'enseignement et le nombre d'enseignants étaient très limités. Les surveillants les plus jeunes, en partie parce qu'ils n'ont pas connu les dispositifs anciens, en partie parce qu'ils ont reçu une autre formation, sont plus ouverts, même si certains discours restent très critiques.

“L'Administration Pénitentiaire s'est trouvée, en peu d'années, confrontée à des difficultés de fonctionnement disproportionnées. Améliorer les conditions de vie matérielle des détenus revient inévitablement à alourdir la charge de travail. Or, les recrutements de personnels sont toujours insuffisants, alors que les rythmes de travail se font plus pesants.

Surpopulation, accroissement des activités, multiplication d'intervenants extérieurs, et aujourd'hui prise en charge hospitalière, ne concourent pas à faciliter la tâche des personnels, mais engendrent des stress supplémentaires.

Nos coursives sont devenues des autoroutes.

Les “Conditions de travail” apparaissent dès lors comme une pieuse volonté pervertie.

Pour inverser cette situation, seul un apport massif en personnel et en matériel améliorerait l'ordinaire des agents.”

*L'espoir pénitentiaire*, Journal du Syndicat National Pénitentiaire Force Ouvrière, 4ème trimestre 1996, n° 16-138, p. 14 (passages soulignés dans le texte original)

On voit ici que ce sont sans doute moins les droits des détenus qui sont critiqués que les contraintes qu'ils engendrent, comme en témoigne la revendication finale aspirant non à un retour en arrière et à une restriction des droits des détenus mais à un apport en personnel et en matériel. Il reste que les différents droits des détenus sont diversement acceptés : l'accès à l'enseignement est beaucoup moins bien accepté que l'accès à la santé. Les formes de contraintes impliquées par les activités d'enseignement ne peuvent expliquer ici pourquoi leur accès est souvent considéré comme un privilège plutôt que comme un droit. L'accès au service de santé et la présence des médecins et des infirmiers impliquent quasiment autant de contraintes, sans que le droit à la santé ne soit réellement contesté. En fait, l'enseignement apparaît souvent comme une activité superflue. Que les détenus puissent suivre des cours par correspondance tend par ailleurs à renforcer l'idée que la présence des enseignants est peut-être superflue, que l'accès des détenus au service scolaire est plus un privilège qu'un droit.

Les professionnels de l'enseignement ne disposent donc pas d'une autorité aussi grande que celle des professionnels de santé. Certes, ils disposent de statuts qui les mettent théoriquement à l'abri des pressions de l'Administration Pénitentiaire. Certes aussi, ils disposent réellement d'une large autonomie quant à la définition du contenu pédagogique et à la conduite de leurs enseignements. Il reste que leur autorité est beaucoup plus contestée que celle des médecins et des infirmiers car leur compétence ne semble pas exclusive. Par ailleurs, le *droit* des détenus à l'enseignement ne fait pas encore consensus chez les personnels pénitentiaires et peut-être même chez les enseignants eux-mêmes. Dès lors, les bases sur lesquelles s'appuient les actions enseignantes sont beaucoup plus fragiles que les bases de l'exercice médical et soignant en prison. Comment se concrétise cette fragilité ?

## **2. Une autonomie en situation critique**

On retrouve ici des situations décrites par les professionnels de santé : celle des retards dans l'accès des détenus aux différents services, celle des transferts, celle des injonctions de l'Administration Pénitentiaire. Il reste que toutes ces situations montrent des difficultés plus grandes pour les enseignants que pour les professionnels de santé à faire reconnaître leur autorité et leur autonomie.

### **2.1. Les retards**

Les retards, s'ils ne sont pas nécessairement plus longs, sont plus contraignants pour les enseignants que pour les professionnels de santé : les médecins et les infirmiers contournent habituellement les

retards en organisant le planning des visites en fonction de l'arrivée progressive des patients, alors que les enseignants sont généralement obligés d'attendre l'ensemble des étudiants avant de commencer leur cours.

*“- Quelles sont vos principales contraintes d'exercice ?*

- La plus grosse contrainte, c'est la présence des détenus à l'heure prévue. Au départ, pour qu'ils descendent en cours, on devait même appeler les surveillants aux étages. On voyait les détenus arriver au compte-gouttes, parfois avec trois quarts d'heure de retard. C'était difficile. Après, je me suis habituée. Mais c'est une vraie contrainte : on ne sait pas à quelle heure on va démarrer le cours ; on ne sait pas si on va avoir tout le monde.”

Formatrice GRETA, 35 ans, 10 ans d'ancienneté dont 3 en milieu pénitentiaire, intervenant à mi-temps dans un établissement pour peines

Pour éviter les redondances, nous ne reprendrons pas ici les explications conduites dans le chapitre 5 à propos des formes de rigidité des organisations pénitentiaires — architecture des prisons, poids des règles, longueur de la ligne hiérarchique — et des conflits entre les surveillants et leur hiérarchie d'une part, entre les surveillants et les détenus d'autre part. Ces explications s'appliquent autant à l'analyse des professions de santé que des professions de l'enseignement. Le fait que le droit à l'enseignement ne soit pas reconnu autant que le droit à la santé tend néanmoins à un accroissement des retards pour le service scolaire. Dans le cas de la santé, l'urgence de certaines situations et la gravité possible des conséquences d'un retard limitent fortement la marge de latitude des surveillants. Dans le cas de l'enseignement, les surveillants et les détenus se trouvent réellement dans une relation de transaction dans laquelle il s'agit d'échanger du calme en détention contre le “privilège” d'arriver à l'heure.

Si l'on analyse les retards comme enjeux des rapports de force entre les différents professionnels et les personnels pénitentiaires, on retrouve aussi des traits communs avec l'analyse conduite pour les professionnels de santé. Les retards peuvent ainsi être l'expression par les surveillants d'un mécontentement à l'égard du mépris des enseignants pour leur travail ou leurs personnes. Les formes de politesse révèlent là encore des formes de proximité plus ou moins grandes entre les enseignants et les surveillants. Dans une grande maison d'arrêt, l'équipe d'enseignants refusait ouvertement de serrer la main aux surveillants, sauf à ceux qui travaillaient au sein du centre scolaire. Dans une petite maison d'arrêt par contre, l'instituteur affichait sans réticence sa sympathie pour les personnels pénitentiaires. Il est certain que ces différentes formes de proximité peuvent expliquer les plus ou moins grands retards dans l'accès des détenus au service scolaire.

De plus, les retards sont aussi nettement différents selon qu'il s'agit d'intervenants à temps-plein ou en heures supplémentaires. Comme dans le cas des professionnels de santé, les intervenants les plus pressés sont rarement les mieux “servis”, encore que ce constat dépend beaucoup des situations

locales. Dans un établissement où j'ai pu rencontrer plusieurs professeurs intervenant quelques heures par semaine et qui ne manifestaient pour certains d'entre eux aucune sympathie et patience envers les surveillants, la question des retards ne se posait pas car elle était gérée par le responsable local de l'enseignement qui, lui, intervenait à plein-temps et avait des relations courtoises, parfois privilégiées avec les personnels pénitentiaires.

*"- Est-ce que vous avez beaucoup de retards dans l'accès des détenus ?*

- Oui, de manière ponctuelle et conjoncturelle. Il y a parfois des problèmes, mais pas davantage. On n'en est pas au stade du dysfonctionnel. Les retards peuvent être dus à de multiples raisons : de petits incidents en détention, la mauvaise volonté des surveillants, la mauvaise volonté des détenus eux-mêmes. Quand un gars ne vient pas en cours, je sais tout de suite pourquoi, parce que je téléphone à l'étage. Je sais très vite si c'est le surveillant qui ne fait pas son travail ou si c'est le détenu qui ne veut pas venir. En plus, il y a des retards à cause des mouvements. Si l'on tient compte des mouvements et des horaires pour les ateliers, les parloirs, le service social, les promenades, le sport, le service scolaire, l'infirmerie, cela fait un grand nombre de paramètres. J'aménage mes cours en fonction."

Responsable Local de l'Enseignement, 45 ans, 20 ans d'ancienneté dont 5 en milieu pénitentiaire, intervenant à plein temps dans un établissement pour peines

Dans un autre établissement par contre, les conflits étaient plus ouverts entre tous les enseignants et la question des retards, voire même des absences contre le gré des détenus, était récurrente.

*"- Il y a aussi les retards, parfois très importants. Ici, par exemple, on a un surveillant des écoles. Il faut attendre le temps qu'il aille chercher le détenu ; ensuite, le temps que le détenu se prépare ; etc.. Il y a des pertes de temps incroyables."*

Instituteur spécialisé, 55 ans, 30 ans d'ancienneté dont 25 en milieu pénitentiaire, intervenant à plein-temps dans une grande maison d'arrêt

Les retards que connaissent les enseignants semblent accrus par le fait que l'enseignement n'est pas conçu par certains surveillants comme un droit. Tout au moins la "gravité" des retards est-elle minimisée aux dires des surveillants quand il s'agit du service scolaire : "quelques minutes de retard pour un cours, ils vont quand même pas en mourir" s'est ainsi exclamé un surveillant avec qui je m'entretenais avant un entretien avec un enseignant.

La principale différence entre les professionnels de santé et les enseignants à propos de la question des retards semble avoir trait aux réactions qu'elle suscite dans les discours. Alors que la question des retards semble constituer un enjeu identitaire fort pour les médecins et les infirmiers, elle semble acceptée avec moins de révolte sinon plus de fatalisme par les enseignants. Les retards ne constituent visiblement pas pour tous les enseignants un enjeu important dans la façon qu'ils ont de se représenter et de présenter leur activité. Beaucoup insistent d'ailleurs sur le fait que ce peuvent

être aussi les détenus qui sont à l'origine des retards. De la même manière, la question des transferts montre une acceptation assez large et diffuse par les enseignants de contraintes qui ont pourtant un effet important sur le déroulement de leurs enseignements.

## 2.2. Les transferts

La question des transferts montre plus nettement que celle des retards des différences d'autonomie entre les professionnels de santé et les professionnels de l'enseignement intervenant en prison. Tout d'abord, il faut noter que certains détenus ne peuvent accéder au service scolaire parce qu'ils peuvent être transférés à tout moment. Dans une grande maison d'arrêt, une division était ainsi réservée aux détenus susceptibles de faire l'objet de "transfèvements-désencombremments" et qui n'avaient pas pour cette raison accès aux principales activités de la prison (travail, formation professionnelle, enseignement, ...).

Dans d'autres établissements, la question des transferts semble pouvoir être en partie négociée. Ceux des enseignants qui sont en bons termes avec les chefs d'établissement, sont parfois avertis de certains transferts par l'intermédiaire des directions locales. Ils peuvent alors chercher à négocier un report avec la Direction Régionale qui décide des transferts.

*"- Est-ce que vous avez des problèmes avec les transferts ?*

- Oui, cela arrive. Tout ce qui est transferts, on ne le maîtrise pas trop. Il est arrivé qu'un détenu soit transféré la veille d'un examen. Maintenant, on a obtenu l'assurance de la D.R. (Direction Régionale) que si on la prévient à l'avance que certains détenus ont des examens, elle reportera leur transfert. Parfois, on peut aussi obtenir le report de transfert pour un détenu en formation, s'il est sérieux.

Instituteur spécialisé, 55 ans, 30 ans d'ancienneté dont 25 en milieu pénitentiaire,  
intervenant à plein-temps dans une grande maison d'arrêt

Mais comme le reconnaît implicitement cet instituteur, le report d'un transfert dépend finalement beaucoup moins des interventions des enseignants que du profil des détenus concernés. En d'autres termes, les enseignants obtiennent parfois des reports des transferts, mais seulement quand le transfert n'est pas jugé urgent ou d'ordre disciplinaire. Les enseignants sont par ailleurs souvent mis devant le fait accompli : ils sont avertis *a posteriori* des transferts de certains de leurs élèves. Le fait que l'Administration Pénitentiaire ne tienne que très peu compte des formations engagées dans ses décisions de "transferts-surprises" montre ici la faible autonomie des enseignants, et plus encore le caractère parfois encore totalisant de l'institution pénitentiaire.



“- Il y a aussi les transferts de dernière minute, les extractions non annoncées. J’essaye de m’arranger au mieux, dans la mesure du possible. Par exemple, pour ceux qui doivent passer le brevet, je fais une note au chef d’établissement et à la Direction Régionale, pour qu’ils essayent d’éviter un transfert.

- *Etes-vous averti des transferts ?*

- Non, les transferts sont tenus secrets. J’arrive généralement à en être averti, car j’ai de bonnes relations. Mais c’est officieux. Normalement, c’est tenu secret.”

Instituteur spécialisé, 45 ans, 20 ans d’ancienneté dont 5 en milieu pénitentiaire,  
intervenant à plein temps dans un établissement pour peines

Les transferts ont d’importantes conséquences sur le contenu pédagogique des enseignements. Le turn-over des étudiants, déjà élevé en raison des libérations et des transferts en établissement pour peines, est ainsi accru par les transferts disciplinaires ou les transfèvements-désencombres. Le suivi des étudiants et les bilans de formation sont quasiment impossibles. Cette difficulté vient alors s’ajouter à la contrainte liée à l’arrivée incessante de nouveaux arrivants pour rendre problématique la cohérence des cours.

“- Tenez, je pense à une autre contrainte du milieu : on ne sait jamais pour combien de temps on va les avoir. On aimerait faire des bilans en fin de formation, on aimerait pouvoir leur faire passer un test avant qu’ils partent, parce que l’on sent des évolutions et que l’on voudrait voir tout cela de façon concrète. Mais c’est très difficile. J’essaye bien de faire de petits bilans intermédiaires. Malgré tout, les entrées et les sorties, cela reste une contrainte au niveau pédagogique.”

Formatrice GRETA, 35 ans, 10 ans d’ancienneté dont 3 en milieu pénitentiaire,  
intervenant à mi-temps dans un établissement pour peines

Pourtant, l’acceptation des transferts reste là encore assez générale. Aucun enseignant n’a dit s’être “opposé” à des transferts, comme peuvent le faire certains médecins. Cette différence renvoie sans doute à des différences de marge d’autonomie réelle mais aussi peut-être aux façons que les acteurs ont de se représenter leur pouvoir et leur rôle dans la prison. Certains enseignants acceptent même les transferts sans maugréer, à partir du moment où les partants sont remplacés. C’est le cas de cet intervenant en formation professionnelle.

“- *Est-ce que les transferts de détenus sont des contraintes ?*

- Non, avec les transferts, on n’a pas de problèmes. Lorsqu’un stagiaire est transféré, il est immédiatement remplacé. Et puis, les transferts, cela relève de l’Administration Pénitentiaire ; moi, je n’y peux rien, je ne m’immisce pas dedans. Il arrive que des stagiaires soient transférés, mais ce n’est pas une généralité. Les détenus s’en plaignent peut-être, mais je ne le sais pas.”

Formateur GRETA, 30 ans, 5 ans d’ancienneté dont 3 en milieu pénitentiaire,  
intervenant à mi-temps dans une grande maison d’arrêt

Le fait que cet enseignant estime que les transferts ne posent pas de problèmes parce que les partants sont immédiatement remplacés, montre que les détenus sont perçus comme interchangeables. Cet enseignant entend prioritairement garder un effectif maximum, même si c'est au prix d'un important turn-over des stagiaires : le souci de stabilité numérique prime ainsi sur le souci de stabilité des détenus. La plupart des enseignants critiquent vertement de telles pratiques qui consistent à faire du "remplissage" (sic) au prix d'une totale absence de suivi. Leurs critiques sont d'autant plus virulentes que la logique du "remplissage" renvoie à leurs yeux à une logique portée par les personnels pénitentiaires, pour lesquels l'essentiel est de maintenir dans chacune des activités un effectif important, selon le principe "un détenu en vaut un autre" (formule d'un professeur).

Si quelques enseignants acceptent, voire favorisent une logique de remplissage, la grande majorité manifeste ainsi souvent en entretien son mécontentement à propos des transferts. Il reste que ces mêmes enseignants s'avouent alors totalement impuissants face à ces transferts et ne vont jamais jusqu'au conflit avec les personnels pénitentiaires : "la prison est la maîtresse-femme" reconnaît un instituteur. Apparaît ici une assez nette différence avec les professionnels de santé, dont certains s'opposent farouchement aux "transferts-surprises". On peut penser que l'opposition tient à des marges de manoeuvre différentes de chaque groupe professionnel. On peut aussi avancer l'hypothèse que les enseignants sont moins attachés au principe du suivi des étudiants que certains médecins ne le sont au principe du suivi des patients. Cet attachement différentiel ne renvoie-t-il pas à des formes différentes de perception des droits à l'enseignement et à la santé ? La privation de l'accès à l'enseignement, perçue moins comme un droit que comme un privilège, apparaîtrait ainsi moins scandaleuse que la privation de l'accès à la santé et du suivi médical. Cette hypothèse est-elle confirmée par cette autre situation critique que constitue l'occupation forcée de certains détenus ?

### **2.3. L'occupation forcée des détenus**

Une autre situation critique qui permet de réfléchir à la marge d'autonomie des enseignants dans le système de contraintes carcéral renvoie aux injonctions d'enseigner, ou plutôt aux injonctions d'occuper. Les actions éducatives sont assurément des facteurs de calme dans les prisons où l'oisiveté est souvent présentée comme un facteur de désordre et d'insécurité. Le fait que les vacances scolaires coïncident souvent avec des moments de fortes tensions, difficilement contenues par la mise en place dans certains établissements d'activités de remplacement, semble attester de ce rôle apaisant des enseignements. Ce rôle accessoire de l'enseignement est d'ailleurs ouvertement apprécié, sinon recherché.

“- C’est certain qu’un détenu qui sort trois, quatre, cinq fois par jour, en plus des obligations prévues comme les promenades, provoque un surcroît de travail. Mais au fond, je peux tout de même vous dire que la multiplication des intervenants, c’est pas mal. Au niveau des tensions, il y a beaucoup moins de suicides et d’automutilations ; on a beaucoup plus de soupapes de sécurité. Il faut dire que les intervenants sont aussi là pour ça : ils donnent des moyens de calmer. Certes, ce n’est pas voulu, mais on peut quand même apprécier ces interventions.”

Sous-directeur, 55 ans, 25 ans d’ancienneté, petite maison d’arrêt

Dire que “les intervenants sont aussi là pour ça” montre que la dimension “dormitive” de l’enseignement, si elle est jugée annexe, n’en est pas moins jugée essentielle. On retrouve cette conception de façon diffuse dans le discours des personnels pénitentiaires qui assimilent les enseignants à des “réducteurs de tension” ou des “soupapes de sécurité”. La réduction des tensions est même parfois conçue comme l’enjeu principal, la fonction première de l’enseignement. On retrouve cette logique dans plusieurs entretiens avec les personnels pénitentiaires.

*“- Quels sont les cas où la logique des contremaîtres n’est pas complémentaire de la vôtre ?*

- Les contremaîtres, ils veulent rentabiliser leurs ateliers. Nous, on cherche à mettre un maximum de détenus dans les ateliers, pour les stabiliser. Là où cela coince, c’est qu’ils voudraient des super travailleurs, alors que nous, on voudrait placer les gens à problèmes qui n’ont pas toujours la meilleure productivité — par exemple, les indigents ou ceux qui sont des problèmes potentiels comme les agressifs ou les dépressifs.”

Chef de Service Pénitentiaire, 45 ans, 15 ans d’ancienneté, grande maison d’arrêt

“- Un détenu qui est occupé, qui suit des cours pendant la journée, qui travaille un peu une fois rentré en cellule, ne posera pas de problème à la détention. Ceux que l’on craint, ce sont ceux qui végètent dans leur cellule, qui ne foutent rien de la journée et restent vautrés sur leur lit devant la télévision. Au moins, les détenus occupés déchargent leurs tensions, voient passer leurs journées plus rapidement et ont donc moins de raisons de se révolter contre l’institution. Quand je rencontre des inos, désemparés, désœuvrés, je leur conseille d’aller au centre scolaire.”

Sous-directeur, 40 ans, exerçant dans une grande maison d’arrêt

La mise en exergue du rôle “occupationnel”, distrayant et lénitif des activités éducatives dans les institutions fermées n’est pas nouvelle. Erving Goffman l’analyse en montrant que la participation à une activité implique une acceptation par le reclus d’une identification que propose l’institution : “lorsqu’il participe à une activité donnée, le reclus contracte l’obligation de s’engager lui-même dans cette activité du moment. Par cette orientation, par cette mobilisation de son attention et de ses efforts, il fonde de toute évidence son attitude envers l’établissement, et implicitement la conception qu’il a de lui-même que lui offre cet établissement”<sup>367</sup>. Si l’on suit Goffman, on pourrait dire que les détenus, en suivant des enseignements, acceptent en partie des rôles que l’institution, et plus précisément les directions des établissements, leur proposent. Les enseignants

---

<sup>367</sup>Erving Goffman, *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux*, 1961, Paris, Editions de Minuit, Collection Le sens commun, 1968, p. 242

reconnaissent d'ailleurs sans difficulté qu'ils servent en partie des buts de domestication de la population détenue. Il reste que le rôle occupationnel de l'enseignement est très généralement présenté comme un rôle incident, non intentionnel. Certaines situations rappellent pourtant aux enseignants que ce rôle n'est pas aussi accessoire qu'ils tendent à le présenter.

Comme les médecins et les infirmiers reçoivent parfois des injonctions de soins, les enseignants reçoivent parfois le conseil, sinon l'ordre, d'admettre dans leur cours des étudiants qu'ils n'ont pas eux-mêmes recrutés. Ce sont souvent des détenus agités et violents, particulièrement des "DPS" (Détenus Particulièrement Signalés) ou des "inos" (inoccupés) qu'il s'agit de calmer en leur donnant une occupation.

"- Il y a les D.P.S. qu'on nous envoie, sans qu'ils n'aient rien demandé. Les surveillants nous disent qu'ils n'ont pas pu écrire de lettre mais qu'ils ont demandé à venir. En fait, les surveillants nous les envoient parce qu'ils savent que l'école, c'est une activité occupationnelle, qui fait souvent changer les comportements. Nous, on ne peut pas accepter cela, donc on ne garde les détenus qu'on nous envoie, que s'ils ont envie de rester. On veut bien être des réducteurs de tension, mais cela doit rester un effet secondaire."

Instituteur spécialisé, 55 ans, 30 ans d'ancienneté dont 25 en milieu pénitentiaire, intervenant à plein-temps dans une grande maison d'arrêt

Les personnels pénitentiaires cherchent ainsi souvent à "classer" (selon les termes des enseignants) des détenus, c'est-à-dire à leur faire intégrer, parfois contre leur gré, une classe du service scolaire. L'existence de ces pratiques prouve que les personnels pénitentiaires ne reconnaissent pas totalement l'autonomie des enseignants ou la spécificité de la logique de l'enseignement en prison. Mais contrairement aux retards et aux transferts, ces pratiques sont rarement acceptées par les enseignants.

Le refus d'avaliser l'occupation forcée des détenus est l'une des rares situations où les enseignants intervenant en prison adoptent une stratégie de *Voice* à l'égard des actions de l'Administration Pénitentiaire. Si la stratégie de prise de parole a longtemps été utilisée par les pionniers de l'enseignement en prison, qui avaient un espace à conquérir et une légitimité à asseoir, elle n'est plus guère aujourd'hui d'actualité. Seuls les plus anciens semblent encore tentés par une logique de conflit permanent avec l'Administration Pénitentiaire, mais ils sont de plus en plus marginalisés ; cette marginalisation les conduit alors à préférer les stratégies d'*Exit* aux stratégies de *Voice*. Les autres enseignants préfèrent souvent taire leur mécontentement et afficher une forme de loyauté à l'égard de l'institution dans laquelle ils exercent. Quelques situations débouchent néanmoins sur des prises de parole.

“- Les conflits avec l’A.P., oui, il peut y en avoir. Ca me rappelle un incident il y a deux ans. Le directeur de détention décide de classer un détenu violent et agité pour qu’il se calme. Mais il n’en parle pas aux enseignants. Le mec n’avait même pas passé les tests de niveau. Au bout d’une heure de cours, le prof a décidé de l’exclure car il était violent et il avait aucune envie de rester en classe. Le soir, ce détenu a tenté d’égorger son codétenu. Et qu’est-ce qu’on apprend le lendemain via les détenus et les surveillants ? Que c’est la faute aux profs. Tout ça, c’était une rumeur, des on dit. On s’est senti diffamé, on a exigé des excuses et un éclaircissement des on dit. Ce qu’ils voulaient en fait, c’est que la prochaine fois qu’ils nous amènent un détenu violent, on le prenne en fermant notre gueule, en nous rappelant bien les conséquences qu’un refus pourrait avoir.”

Professeur, 55 ans, 30 ans d’ancienneté dont 20 en prison, plein-temps, grande maison d’arrêt

Les formes collectives d’expression du mécontentement des enseignants intervenant en prison sont rares (sans doute parce que ces enseignants ne constituent pas un groupe homogène). Cet extrait, évoquant un conflit ouvert, permet de réfléchir aux formes, et plus précisément aux seuils d’expression du mécontentement. C’est le refus de voir l’Administration Pénitentiaire se servir *ouvertement* des activités d’enseignement comme des moyens de maintien de l’ordre en détention qui déclenche ici une réaction collective. L’incident évoqué montre un double refus : celui que l’Administration Pénitentiaire puisse “classer” un détenu sans concerter les enseignants, celui de se sentir coupables de refuser cette pratique. L’enjeu est de montrer que les enseignants ne peuvent accepter de jouer un rôle explicite et premier de “réducteurs de tension”. L’occupation forcée des détenus, si elle est quelques fois acceptée de façon tacite et voilée, provoque des conflits ouverts dès qu’elle apparaît au grand jour et qu’elle remet en cause le rôle que les enseignants entendent officiellement jouer en prison.

Pour conclure sur les situations critiques, on remarque que les retards, les transferts, les injonctions de l’Administration Pénitentiaire contraignent autant, sinon plus, les enseignants que les professionnels de santé. Alors que les seconds limitent la portée de ces contraintes en s’appuyant sur leur autorité professionnelle peu contestée et sur la reconnaissance de la sacralité du droit à la santé, les enseignants éprouvent souvent des difficultés à faire admettre l’importance de leur autonomie. Ils acceptent d’ailleurs souvent sans maudire des contraintes que les médecins et les infirmiers contestent plus ouvertement. Ces acceptations différentes renvoient sans doute à des marges d’autonomie différentes, mais peut-être aussi à des seuils d’acceptation différents : les restrictions de l’accès à l’enseignement sont moins discutées que les restrictions de l’accès à la santé. L’enseignement apparaît finalement souvent sous l’emprise des logiques pénitentiaires. Et son inscription dans le système des privilèges qui régit le fonctionnement de l’institution pénitentiaire confirme cette impression.

### **3. Une autonomie encadrée par un système des privilèges**

Tous les détenus sont en théorie reçus par un représentant du service scolaire dans les jours qui suivent leur incarcération. Les enseignants, après un court entretien et des tests d'évaluation, peuvent alors proposer aux détenus de suivre certains enseignements. Il reste que les détenus doivent alors recevoir l'autorisation de la direction de l'établissement. Pour les prévenus, la direction vérifie qu'elle a l'accord du juge d'instruction, qu'il n'y a pas de secret de l'instruction et donc d'interdiction de communiquer à faire respecter. Dans les autres cas, la décision de répondre à une demande de scolarisation est à l'entière discrétion de l'administration. Force est alors de reconnaître que l'accès au service scolaire s'inscrit dans un système strict des privilèges. Erving Goffman rappelait à propos des asiles, qu'un système des privilèges se compose généralement de trois éléments : le règlement intérieur, ses prescriptions et ses interdictions ; les récompenses et les faveurs en cas de totale soumission au règlement ; les punitions encourues s'il y a violation au règlement. Comment s'inscrit l'accès à l'enseignement dans le système des privilèges qui régit le fonctionnement des prisons ?

#### **3.1. Un système rôdé**

Dans beaucoup d'établissements, seuls les détenus qui sont calmes et qui coopèrent avec les personnels pénitentiaires peuvent accéder à l'enseignement. L'accès à l'enseignement est posé comme une faveur, une récompense, en échange de discipline. Un sous-directeur d'une grande maison d'arrêt, chargé du secteur scolaire, a ainsi reconnu sans détour l'existence d'un "contrat moral" avec les détenus :

"- Je passe un "contrat moral" avec les détenus avant de les classer. S'ils veulent profiter des avantages du service scolaire, ils doivent s'engager en contrepartie à travailler, à être assidus aux cours, à rester calmes en détention. Si un détenu rompt ce contrat en ne travaillant pas, en étant absent ou en perturbant la vie en détention, je le déclasse. (...) Tant que l'on n'apprendra pas aux détenus à se laver, à ne pas se vautrer devant la télévision, à s'habiller correctement et surtout à être plus disciplinés en classe, la réinsertion sera une lubie. Moi, un élève qui fait le con en classe ou qui manque la classe parce qu'il a regardé des matchs ou des films porno toute la nuit, je le déclasse."

Sous-directeur, ancienneté 10 ans, grande maison d'arrêt

On voit d'abord dans cet extrait que l'accès à l'enseignement est soumis à des exigences de comportement en détention. La première exigence est celle du calme c'est-à-dire l'absence de chahut, de conflits avec les surveillants (violences, insultes, respect des ordres, ...). D'autres

exigences implicites renvoient à une perception morale et moralisatrice. Un détenu qui “se vautre” ou qui regarde des films pornographiques apparaît ici comme un détenu dépravé et devant être sanctionné. Dans l’un des établissements visités, le directeur m’a autorisé à observer les procès-verbaux du prétoire qui décide des sanctions disciplinaires. Deux détenus avaient ainsi écopé de plusieurs jours de mitard pour n’avoir pas accepté d’obtempérer à un surveillant qui leur demandait de ne pas rester allongés sur leurs lits. Derrière la discipline exigée par certains personnels pénitentiaires, se cache une vision assez conservatrice des normes de conduite.

On retrouve ici un enseignement énoncé au début des années 1980 par Michel Fize<sup>368</sup> selon lequel l’idéologie pénitentiaire repose sur des valeurs d’ordre — la discipline, la hiérarchie, le travail, ... — et des valeurs de différenciation — le classement, le diplôme, ... —. C’est ainsi que l’on peut interpréter les demandes répétées dont font l’objet les enseignants dans certaines maisons d’arrêt, pour qu’il y ait plus de discipline en classe, pour que l’assiduité fasse l’objet de contrôles, pour que des valeurs jugées fortes comme le diplôme, la promotion ou le classement soient encensées en classe. Qu’un directeur de détention puisse décider de déclasser un détenu pour des comportements en détention jugés moralement incorrects montre que l’accès à l’enseignement est soumis à l’acceptation et au respect d’une discipline stricte des corps et des esprits, pour reprendre la formule de Michel Foucault.

Il faut aussi noter dans l’extrait cité que le directeur s’autorise à “déclasser” un détenu s’il manque de discipline en classe. Cette pratique montre que la classe n’est pas entièrement un espace à part au sein de la prison, que les enseignants ne sont pas totalement autonomes, puisque ce sous-directeur juge de la discipline en classe et des sanctions à apporter à l’indiscipline dans cet espace. L’espace de la classe est donc soumis au règlement intérieur, à ses prescriptions et ses interdictions. Il faut néanmoins nuancer ce constat. Dans beaucoup d’établissements, les directeurs laissent les enseignants libres de la discipline en classe ainsi que des sanctions ou de l’absence de sanctions à donner à l’indiscipline. L’accès à l’enseignement n’en demeure pas moins réservé aux détenus les plus calmes en détention. Les enseignants ne maîtrisent donc que très partiellement le recrutement de leurs élèves. Qu’un directeur d’un établissement pénitentiaire puisse me dire qu’ “il concocte des groupes aux petits oignons” (sic) pour les nouveaux enseignants prouve d’ailleurs que c’est lui qui maîtrise la constitution des groupes.

L’autorisation d’accès à l’enseignement reste aussi inscrite dans le système des privilèges des prisons en ce qu’elle peut être retirée à tout moment. Les détenus étudiants savent que le privilège

---

<sup>368</sup>M. Fize, “La formation professionnelle en milieu carcéral”, *Déviance et Société*, vol. 5-3, 1981, pp. 247-259  
438

de l'enseignement peut être repris ou limité à tout moment, que la classe peut être supprimée pour des "fautes disciplinaires" au sein de la prison. Le régime disciplinaire des détenus, mis en place en 1996 (articles D. 249 à D. 251-8 du *Code de Procédure Pénale*), prévoit ainsi diverses formes de sanctions, dont le déclassement et la privation d'activité. En 1997, 2 363 déclassements et 702 privations d'activités ont été prononcés, ce qui correspond respectivement à 6,7 % et 2,0 % des sanctions prononcées<sup>369</sup>. L'ensemble de la liste des fautes disciplinaires susceptibles d'être sanctionnées est donné en annexe 5 à titre informatif, mais un aperçu de quelques-unes de ces fautes suffit à montrer que l'accès aux activités est soumis à une discipline stricte et omniprésente : négliger de préserver ou d'entretenir la propreté de sa cellule ou des locaux communs (faute 3F), jeter des débris ou tout autre objet par les fenêtres de l'établissement (faute 3H), faire un usage abusif ou nuisible d'objets autorisés par le règlement intérieur (faute 3J), pratiquer des jeux non autorisés par le règlement intérieur (faute 3K), inciter un codétenu à commettre l'un des manquements énumérés au présent article (faute 3M), etc. Toutes ces fautes disciplinaires peuvent conduire à une suspension des activités, dont l'enseignement.

“- Une autre contrainte, ce sont les interruptions, lorsque les détenus sont mis à l'isolement. Là-dessus, on ne peut absolument rien : la prison est la maîtresse femme. On n'y peut rien, rien.”

Instituteur spécialisé, 60 ans, 30 ans d'ancienneté en milieu pénitentiaire,  
intervenant à plein-temps dans une grande maison d'arrêt

Les enseignants ne maîtrisent absolument pas l'effet des mesures disciplinaires. Cela montre que l'accès à l'enseignement n'est pas perçu comme un droit, à l'inverse de l'accès à la santé. Les détenus, placés au mitard, ne cessent pas d'être soignés. Au contraire, un détenu placé au mitard est privé d'enseignement, ce qui tend à renforcer l'image de l'enseignement comme un privilège plutôt qu'un droit.

L'accès à l'enseignement s'inscrit donc dans un système des privilèges rôdé, les détenus devant sans cesse donner des gages pour préserver cet accès et les avantages qui l'entourent. Et ces avantages sont divers, ce qui tend à redoubler le privilège d'être scolarisé. Dans certains établissements, les étudiants du centre scolaire ont le droit d'être seuls en cellule, l'accès à la bibliothèque et à d'autres activités — les représentations théâtrales, les concerts par exemple — leur est facilité. Au sein du centre scolaire d'une grande maison d'arrêt, un boulodrome a été installé pour que les détenus puissent jouer à la pétanque durant les récréations. Pendant l'été, quand les enseignants sont en vacances, les surveillants de cet établissement aménagent des activités spécifiques pour les détenus scolarisés : des tournois de scrabble, de tennis de table, de pétanque,

---

<sup>369</sup>Rapport annuel d'activité 1997 de l'Administration Pénitentiaire, p. 141



etc. Les étudiants de cette grande maison d'arrêt bénéficient donc d'un rythme et d'un mode de vie radicalement différent de ceux que connaissent les non-scolarisés. Au delà du simple accès à l'enseignement, l'administration contrôle donc le comblement du vide : l'occupation du temps et la lutte contre l'ennui. Dans un autre établissement, la répartition de l'ensemble des cellules se fait en fonction du calme et des activités des détenus. Que les détenus scolarisés bénéficient des meilleures cellules montre que le privilège de l'accès à l'enseignement est souvent renforcé par d'autres privilèges.

“- Dans mon bâtiment, il y a quatre niveaux. On met les inoccupés et les gens à problème au rez-de-chaussée, parce que c'est plus facile d'accès et aussi parce que l'on veut privilégier les détenus sans problème qui sont dans les étages et qui n'ont donc pas à supporter les ordures des autres. Il faut vous expliquer qu'en forme de protestation, les détenus jettent souvent leurs ordures par les fenêtres ; et les ordures se retrouvent devant les fenêtres des cellules du rez-de-chaussée. Sinon, au premier étage, on met les travailleurs ; au deuxième étage, on met les inoccupés tranquilles ; au troisième, les détenus qui sont au centre scolaire ou en formation professionnelle et les inoccupés très tranquilles ; souvent, les inoccupés très tranquilles, ce sont des détenus qui sont là pour de grosses affaires criminelles.”

Chef de Service Pénitentiaire, 45 ans, 15 ans d'ancienneté, grande maison d'arrêt

Il faut ajouter à ces avantages annexes que procure le fait d'être scolarisé en prison, l'espoir pour certains détenus d'obtenir des remises de peine supplémentaires par le biais de la réussite à des examens.

“- ... *Vous avez des relations avec les enseignants ?*

- Non.

- *Vous les avez vus ?*

- Oui, mais il n'y a rien de réjouissant. Je suis pas quelqu'un de pessimiste mais je ne suis pas dupe, je ne suis pas aveugle. Je vois ce qui se passe. Il y a des gens — des détenus — qui s'inscrivent pour bénéficier de remises de peine. La remise de peine, c'est le plus gros enjeu. Au bout, ils savent qu'ils auront peut-être deux mois supplémentaires. Peut-être, parce que rien n'est jamais acquis ici : on vous appâte mais il faut rester tranquille. C'est comme le père qui dit à son enfant : “- Si tu te tiens tranquille, tu regarderas la télé à ta guise.”. Ici, c'est la même chose.”

Personne détenue, 45 ans, condamnée à une peine de 4 ans, incarcérée depuis 3 ans, établissement pour peine

La réussite aux examens, à l'instar de la bonne conduite en détention (i. e. l'absence de condamnations au mitard), sont des critères souvent pris en compte par les commissions de l'application des peines et par les Juges d'Application des Peines pour proposer et prononcer des remises de peine, des libérations conditionnelles, des mesures de semi-liberté, ... L'article 721-1 du *Code de Procédure Pénale* prévoit ainsi explicitement une réduction supplémentaire de la peine (“RSP” dans le jargon de la prison) :

Article 721-1 : “Après un an de détention, une réduction supplémentaire de la peine peut être accordée aux condamnés qui manifestent des efforts sérieux de réadaptation sociale, notamment en passant avec succès un examen scolaire, universitaire ou professionnel traduisant l’acquisition de connaissances nouvelles ou en justifiant de progrès réels dans le cadre d’un enseignement ou d’une formation.”

L’enseignement, dont l’accès est réservé aux détenus les plus disciplinés, peut ainsi devenir lui-même un instrument de modulation de la peine. Michel Foucault écrit dans *Surveiller et Punir* que la prison porte l’idée que “la juste durée de la peine doit varier non pas seulement avec l’acte et ses circonstances, mais avec la peine elle-même telle qu’elle se déroule concrètement. Ce qui revient à dire que si la peine doit être individualisée, ce n’est pas à partir de l’individu-infracteur, sujet juridique de son acte, mais à partir de l’individu puni, objet d’une matière contrôlée de transformation, l’individu en détention inséré dans l’appareil carcéral, modifié par lui ou réagissant à lui.”<sup>370</sup>. Il est difficile de partager en tous points la thèse sous-jacente à ce diagnostic foucauldien qui, sous couvert d’une critique des modulations parfois iniques de la durée des châtiments, conduit à postuler une forme d’irresponsabilité du détenu face à ses comportements en détention : l’emprise de l’appareil carcéral (postulat structuraliste) tendrait ainsi à réduire le détenu à un individu qui ne peut être tenu responsable de ses actes.

La thèse foucauldienne présente néanmoins l’intérêt de mesurer l’importance du pouvoir des personnels pénitentiaires de décider si un détenu peut ou non accéder à l’enseignement et à terme obtenir une réduction de peine, selon que ce détenu est calme ou agité, respectueux ou réfractaire. Le pouvoir d’accepter ou de refuser une demande de scolarisation fait partie d’un pouvoir de moduler la peine en fonction du comportement de l’individu en détention. C’est la preuve que le pénitentiaire est un “supplément disciplinaire” (Michel Foucault) par rapport au judiciaire, et que l’enseignement est imbriqué dans ce supplément disciplinaire.

Le fait que la réussite aux examens puisse procurer des aménagements de peine — certes non automatiques mais courants — confirme l’imbrication du scolaire et du pénitentiaire en prison. De façon comparative, on peut noter qu’un détenu qui se rend souvent à l’infirmerie ou qui accepte de se soigner<sup>371</sup> n’a pas une plus grande probabilité qu’un autre d’obtenir des remises de peine. Cette différence peut apparaître logique si l’on conçoit la réussite d’un examen comme révélatrice d’un mérite alors que la rémission d’une maladie est souvent jugée indépendante de la volonté du malade. Elle n’en révèle pas moins les formes d’imbrication différentes entre accès à l’enseignement, accès à la santé et modulation de la peine. Plus profondément, elle est un symbole des représentations courantes en prison qui voudraient que l’accès à la santé ne puisse pas être

---

<sup>370</sup>Michel Foucault, *Surveiller et Punir, Naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1975, p. 248

<sup>371</sup>L’acceptation et le suivi de traitement sont néanmoins parfois considérés comme des gages de volonté de

limité en fonction du comportement des détenus, alors que l'accès à l'enseignement et aux privilèges qui l'accompagnent, devrait être réservé aux plus méritants. L'enseignement semble ainsi, plus que la santé, une technique disciplinaire qui participe de la régulation de la vie en détention. Le "droit" à l'enseignement des détenus est en grande partie restreint par le système des privilèges qui régit la vie carcérale.

Que l'enseignement fasse partie du système des privilèges qui régit le fonctionnement des établissements pénitentiaires a aussi des conséquences sur l'autonomie et plus largement les actions des enseignants intervenant en milieu pénitentiaire. Les enseignants ne sont pas réellement maîtres du recrutement de leurs étudiants et du suivi de ces étudiants. Par ailleurs, le fait que la classe soit un quartier de récompense pour les "bons" détenus, rend cet espace homogène à l'ensemble de la prison. Le fait que l'Administration Pénitentiaire tente parfois de scolariser certains détenus agités contre leur gré et contre le gré des enseignants renforce d'ailleurs cette homogénéité. Les enseignants doivent aussi souvent se battre contre ce qu'ils présentent aux détenus comme un "miroir aux alouettes" (sic) : les remises de peine pour réussite à un examen. Non seulement les détenus n'y ont pas toujours le droit en raison de leur catégorie pénale ou de la durée de la peine initiale, mais en plus, cette remise n'est pas accordée de manière automatique. Les enseignants se sentent souvent obligés de convaincre les détenus que l'enseignement a une valeur intrinsèque — l'acquisition de connaissances ou la recherche de certifications — autre que celle de pouvoir réduire la longueur de la peine. Ce sentiment d'obligation est un des premiers effets apparents du poids du système des privilèges carcéral sur les actions et les représentations des enseignants intervenant en prison.

Au final, l'autonomie des enseignants, qui est large quant au contenu pédagogique des enseignements et au contrôle des surveillants de l'espace de classe, est limitée par un système des privilèges qui fait que tous les détenus ne peuvent accéder aux enseignements et que l'accès des détenus reste lié à un comportement calme dans le reste de la détention. Cette autonomie est aussi fortement limitée par la concurrence des autres activités, inscrites elles-aussi dans le système de privilèges de la prison.

### 3.2. L'enseignement en concurrence

Le poids du système des privilèges sur l'enseignement est renforcé par la concurrence des activités au sein de la prison. Si l'accès à l'enseignement apparaît comme un privilège pour les détenus disciplinés, ce n'est pas le seul privilège proposé. Cette concurrence des privilèges conduit à une réduction tant du droit à l'enseignement des détenus que de l'autonomie des enseignants.

Dans certains établissements, l'enseignement est directement en concurrence avec le travail et la formation professionnelle qui sont rémunérées. Dès lors, l'enseignement est une activité réservée soit aux détenus qui ont les moyens financiers de ne pas travailler, soit aux détenus qui n'ont pas pu obtenir de place dans les ateliers.

“- Il faut mieux aménager l'articulation travail pénal / service scolaire. Beaucoup des indigents qui ont besoin de travailler, sont aussi illettrés. Au départ, ils doivent donc faire un choix, souvent cornélien. Avec l'Administration Pénitentiaire, on est donc arrivé à un arrangement : j'ai obtenu, pour certains gars qui vont à l'atelier, la possibilité de venir à l'école quelques fois par semaine, sans être déclassés de l'atelier. C'est un compromis moyennement satisfaisant, car l'école représente un manque à gagner pour ces gars-là. En fait, il faudrait réaménager la journée pénitentiaire : par exemple, le travail le matin, les autres activités l'après-midi. Mais ce n'est pas simple.”

Instituteur spécialisé, 45 ans, 20 ans d'ancienneté dont 5 en milieu pénitentiaire,  
intervenant à plein temps dans un établissement pour peines

Cette concurrence fait que l'enseignement n'est pas réellement un droit offert à tous les détenus. Ceux que les personnels pénitentiaires appellent les indigents et qui ont souvent priorité sur les autres détenus pour travailler, ont rarement la possibilité de combiner travail et enseignement. Au contraire, pour ceux à qui n'est pas offerte la possibilité de travailler, l'enseignement peut devenir un pis-aller, à défaut d'avoir obtenu un travail ou une formation salariés. Dans un système des privilèges où l'enseignement n'est pas le plus grand privilège, il peut ainsi devenir une sorte de punition. Comme l'Administration Pénitentiaire évite de proposer en cours d'année aux détenus scolarisés des activités qui les amèneraient à abandonner leur cursus, certains détenus préfèrent ne pas s'engager dans des études, qui sont certes un privilège mais qui ne constituent pas le plus grand des privilèges.

Dans la même perspective, l'enseignement peut être en concurrence avec d'autres activités comme le sport et les parloirs. Aux yeux des enseignants, cette concurrence est moins cruciale que la concurrence avec le travail et la formation professionnelle. Aux yeux de certains, elle présente même l'avantage de tester la motivation des étudiants.

*“- Quelles sont vos principales difficultés ?*

- J'ai été confrontée à un problème principal : l'assiduité. Il faut dire que l'année dernière, j'étais en concurrence avec le sport, et que cette année, j'étais en concurrence avec le parloir, au niveau de mes horaires de cours. Dans ces cas-là, l'école passe après. A tel point qu'il y a un élève qui a dit qu'il ne passerait pas l'épreuve du Brevet, parce qu'elle se déroulait un jour où il avait un parloir avec sa mère. Le responsable local lui a dit que ce n'était pas la peine de revenir l'année prochaine. Sa mère était plus importante que l'épreuve du Brevet. Cela me semble tout de même inconcevable de ne pas passer une épreuve pour un parloir, pas vous ? Cela montre qu'ils ne raisonnent pas comme nous. L'intérêt porté à l'école reste très relatif.”

Professeur (collège), 45 ans, intervenant en heures supplémentaires  
depuis deux ans dans un établissement pour peines

L'incompréhension de cette enseignante pour un élève qui préfère un parloir avec sa mère à une épreuve du brevet peut sans doute s'expliquer par la déception liée au fait d'avoir préparé “vainement” un étudiant durant plusieurs mois. Cette incompréhension manifeste aussi une foi inébranlable, partagée par d'autres enseignants, dans l'importance des diplômes. Cela étant dit, il faut rappeler que peu de détenus partagent cette foi dans les diplômes, même si beaucoup acceptent de jouer le rôle d' “élève motivé” pour avoir accès à des enseignements qui offrent de nombreux privilèges annexes. La plupart des détenus doutent ainsi de l'importance d'un diplôme comme le brevet dans une hypothétique réinsertion. On peut alors comprendre, en se plaçant du point de vue des détenus, que certains attachent finalement peu d'importance aux diplômes et placent avant toutes choses le maintien des liens familiaux dans un milieu qui tend à les distendre.

On voit ainsi combien la concurrence des différentes activités, toutes inscrites dans un système hiérarchisé de privilèges, rend l'enseignement encore très dépendant du fonctionnement de la prison et des décisions de l'Administration Pénitentiaire.

La réduction de l'autonomie de certains enseignants est aussi très nette lorsque l'on s'intéresse aux différentes formes d'enseignement proposées aux détenus. Trois formes principales sont proposées dans les différents établissements : l'enseignement par les enseignants “patentés” de l'Education Nationale ou des GRETA, les cours par correspondance, l'enseignement par les étudiants bénévoles du Genepi.

La première concurrence oppose les enseignements classiques et les cours par correspondance. Le choix du mode d'enseignement correspond généralement à un niveau d'études : les détenus préparant des diplômes universitaires ou spécialisés sont souvent inscrits par correspondance, parfois accompagnés dans leurs études par des enseignants du centre scolaire. Mais il arrive aussi que ce soit la direction de l'établissement qui impose les cours par correspondance pour des raisons

disciplinaires (détenus violents). Les cours par correspondance apparaissent dans ce dernier cas comme une sanction car ils enlèvent l'un des principaux attraits connexes de l'enseignement pour les détenus : celui de sortir de cellule. Les enseignants intervenant en prison, en ne maîtrisant pas toujours le mode d'enseignement proposé aux détenus, perdent ainsi une marge d'autonomie.

La seconde concurrence est plus marquée encore et oppose les enseignements des bénévoles — particulièrement ceux des étudiants du Genepi — et ceux des enseignants professionnels. Dans la plupart des établissements, les détenus qui veulent suivre des cours du centre scolaire — ceux des enseignants professionnels — doivent s'engager dans un cursus complet : les détenus ayant un niveau correspondant à un niveau collège, doivent par exemple suivre des cours de mathématiques, de français, d'histoire-géographie, de langues et de biologie. Ils ne peuvent pas ne suivre qu'un des cours et doivent accepter le principe de la préparation au brevet des collèges. Le système des cours à la carte est ainsi refusé par la majeure partie des enseignants de l'Education Nationale.

“- Les cours à la carte, ce n'est pas la politique de la maison : le responsable local est opposé à ce principe. Il dit que ce serait plus facile d'avoir beaucoup de candidats, mais que pour avoir des gens motivés, il faut faire une sélection. Il pense que c'est notre intérêt que les élèves soient motivés. Et c'est vrai qu'il leur en faut de la motivation aux élèves pour suivre quinze heures de cours par semaine. Moi, sur le fond, cela ne me dérangerait pas de faire des cours à la carte.”

Professeur (collège), 45 ans, intervenant en heures supplémentaires  
depuis deux ans dans un établissement pour peines

*“- Que pensez-vous de cette formule des cours à la carte qui existe dans d'autres établissements ?*

- C'est une toute autre démarche. Au niveau de l'organisation, ce doit être beaucoup plus difficile à mettre en place. Et puis, c'est alors impossible de mesurer les résultats. Si l'on en juge par ceux qui ont eu le brevet l'année dernière, le diplôme est un plus, surtout au niveau psychologique. C'est une réussite dans un parcours où il y a souvent des échecs. C'est pour cela que je suis plutôt favorable au choix de la préparation au brevet. Cela dit, cela permettrait à d'autres détenus de voir différentes formations possibles ; on toucherait un autre public. Il y en a qui renoncent parce qu'ils ont peur que le rythme soit trop lourd. De fait, il est réellement très lourd et difficile à suivre pour certains. Il n'empêche que ceux que l'on a eus, ont progressé, et s'ils ont progressé, c'est d'abord grâce au suivi. Le suivi est très important. Et je ne sais pas si l'absence de suivi n'est justement pas le danger des cours à la demande.”

Professeur (collège), 55 ans, intervenant en heures supplémentaires  
depuis un an dans un établissement pour peines

Si, comme ces deux professeurs, les enseignants de l'Education Nationale intervenant en prison ne se disent pas toujours farouchement opposés au principe des cours à la demande, sur le terrain, quasiment tous les services scolaires ont refusé ce principe et imposé le modèle de cursus complets de formation, visant la préparation au Certificat de Formation Générale et au Brevet des Collèges. Il s'agit pour les enseignants d'affirmer une logique de formation plutôt qu'une logique d'occupation.

Il s'agit aussi d'affirmer une logique professionnelle par rapport à la logique portée par les bénévoles.

En effet, les bénévoles portent généralement une toute autre logique d'enseignement. Les étudiants du Genepi répondent aux demandes éclatées des détenus, en donnant des cours individuels ou collectifs, dans les différentes matières, en n'imposant pas d'assiduité, ni même de test de motivation. Dans certains établissements, ces bénévoles sont chapeautés par un représentant de l'Education Nationale qui les répartit comme il le souhaite auprès des détenus demandeurs. Mais dans d'autres établissements, la logique des bénévoles vient en concurrence directe avec celle des enseignants professionnels. Dans ces établissements, les personnels pénitentiaires jouent alors parfois sur la "concurrence des privilèges".

Dans une des maisons d'arrêt visitées, les détenus avaient ainsi le choix explicite, et "publicisé" par les surveillants, de demander des cours au centre scolaire ou au Genepi. Beaucoup de détenus choisissaient les cours des génépistes parce qu'ils étaient moins contraignants, provoquant un vide important dans les structures de l'Education Nationale. La direction de l'établissement, parce qu'elle était en conflit avec les enseignants, laissait faire ce mouvement parce que le vide des structures du centre scolaire lui donnait un argument-choc pour critiquer la compétence des enseignants. Elle encourageait même ce mouvement en facilitant l'accès aux cours du Genepi pour les détenus les plus accommodants. Dans l'éventail des propositions d'enseignement, le centre scolaire apparaissait alors comme une sorte de punition, sinon de repoussoir. On retrouve l'idée que dans un système des privilèges où l'enseignement des enseignants professionnels n'apparaît pas le plus grand privilège, il peut ainsi apparaître comme une sorte de punition.

Le système des privilèges dans lequel est inscrit l'enseignement en prison ne se résume donc pas pour les détenus à une simple alternative entre la possibilité et l'impossibilité de suivre des enseignements. La diversité des enseignements possibles et de toutes les activités proposées est l'occasion d'une nouvelle distribution de privilèges. Avoir la possibilité de suivre les cours des enseignants professionnels apparaît dès lors moins comme un droit tel le droit à la santé, que comme un privilège réservé aux plus calmes ou un semi-privilège pour certains détenus qui n'ont pas trouvé meilleure façon d'occuper le temps de leur détention.

Si l'on adopte maintenant le point de vue des enseignants, l'existence d'un strict système des privilèges et la concurrence d'autres activités font qu'ils ne sont pas les maîtres du jeu dans le recrutement de leurs étudiants. Au contraire, ils doivent parfois accepter des mesures —

composition des groupes d'étudiants par la direction de l'établissement, exclusion d'étudiants du centre scolaire pour des motifs extra-scolaires, voire scolarisation de détenus agités — qui leur renvoient l'image d'une faible autonomie professionnelle.

## Conclusion

En guise de conclusion de cette partie sur l'autonomie des professionnels de l'enseignement en prison, on peut rappeler les principaux traits qui distinguent ces derniers des professionnels de santé. Comme les médecins et les infirmiers, les enseignants de l'Education Nationale disposent de statuts qui les mettent théoriquement à l'abri des pressions de l'Administration Pénitentiaire. Ils disposent aussi d'une large autonomie quant à la définition du contenu pédagogique et à la conduite de leurs enseignements. Il reste que leur autorité est beaucoup plus contestée que celle des médecins et des infirmiers car leur compétence ne semble pas exclusive. Contrairement à l'accès à la santé qui inspire un respect quasi sacré, l'accès à l'enseignement est aussi moins reconnu comme un droit que comme un privilège. Il est ainsi inscrit dans un système des privilèges qui le limite souvent aux détenus les plus calmes. Dès lors, les bases sur lesquelles s'appuient les actions enseignantes sont beaucoup plus fragiles que les bases de l'exercice médical et soignant en prison. Les enseignants subissent plus que les médecins et les infirmiers les retards, les transferts inopinés de détenus, les injonctions de l'Administration Pénitentiaire. Leur autonomie est nettement fragilisée par rapport à celle des professionnels de santé.

Observée à travers le prisme de l'enseignement plutôt qu'à travers le prisme de la santé, l'institution pénitentiaire apparaît ainsi beaucoup plus totale (limitant l'autonomie des professionnels extérieurs) et totalitaire (restreignant les droits des détenus). Comment ces dimensions se concrétisent-elles dans les relations pédagogiques qui lient les enseignants et les détenus ? Les actions et les représentations des enseignants intervenant en prison sont-elles homogènes ou manifestent-elles, comme pour les médecins et les infirmiers, une grande variété de normes de comportements et d'ajustements à ces normes ? Y a-t-il seulement comme pour les professionnels de santé un modèle idéal de relation pédagogique ? Ne faut-il pas parler d'une diversité de relations pédagogiques, sans modèle de référence commun ?



## Chapitre 10

# L'exercice professionnel à travers l'acte d'enseigner

Le chapitre précédent a proposé une première analyse des actions et des représentations des enseignants intervenant en prison, en évaluant le système de contraintes dans lequel ils se trouvent placés, ou encore leur autonomie. L'optique de ce chapitre est de poursuivre l'étude des actions et des représentations de ceux que recouvre la dénomination "enseignants en milieu pénitentiaire", en se centrant sur les façons dont les différents enseignants conçoivent l'enseignement en prison et mettent en oeuvre leurs conceptions. Quels sont les modèles normatifs de ces enseignants ? Observe-t-on, comme pour les professionnels de santé, des écarts importants entre ces modèles et les comportements réels ? Que revêt l'étiquette "enseignants en prison" : un groupe réel aux actions et représentations homogènes, un ferment nominal identitaire, un leurre pour l'observateur extérieur ? Que révèlent les formes de relations pédagogiques en prison sur les modes de structuration des "professions" de l'enseignement ? Que peut-on enfin retirer d'une comparaison des actions et des représentations des professionnels de la santé et de l'enseignement intervenant en prison sur le mode de fonctionnement des prisons et le mode de structuration des professions ?

L'étude comparée des actions et des représentations des professionnels de santé et des enseignants intervenant en prison permet de noter de sensibles différences tant du point de vue de l'ouverture de la prison aux professionnels dits "extérieurs" que du point de vue des façons qu'ont les professionnels de présenter et de se représenter leur appartenance à des groupes d'acteurs. Si la référence aux professions médicales et soignantes en général et les normes de comportement extérieures sont un enjeu rhétorique majeur pour les médecins et les infirmiers intervenant en prison, les enseignants intervenant en prison semblent faire peu référence au(x) modèle(s) extérieur(s) d'enseignement. Au contraire, la cohésion des enseignants intervenant en prison semble s'appuyer sur l'idée que l'enseignement en prison ne peut être comme à l'extérieur. Il reste que comme dans le cas des professionnels de santé, de très nets clivages font éclater ces consensus apparents : les conceptions de l'enseignement renvoient à des modèles normatifs différents et recouvrent des actions et des représentations parfois divergentes.

Après avoir analysé deux éléments qui semblent faire consensus au sein des enseignants intervenant en prison — l’espoir de réinsertion et la nécessité de l’individualisation —, nous verrons que le groupe des enseignants intervenant en prison s’affiche de façon beaucoup plus éclatée que le groupe des professionnels de santé. Nous étudierons comment se manifestent les principaux désaccords entre les différents enseignants, à travers la comparaison de leurs modèles normatifs, puis des écarts entre ces modèles et les comportements effectifs. Une troisième et dernière sous-partie tentera de saisir ce que révèlent les discours des enseignants sur leurs relations avec les détenus. L’analyse de la relation thérapeutique a montré que derrière une apparence de neutralité affective, c’est plutôt la méfiance qui caractérise les relations entre les détenus et les professionnels de santé intervenant en prison. Qu’en est-il de la relation pédagogique, apparemment moins soumise au modèle de la neutralité affective ?

## **1. Les éléments d’entente entre enseignants**

Les différents enseignants intervenant en prison semblent partager un espoir — celui de favoriser une forme de réinsertion de leurs étudiants — et se reconnaître dans la nécessité d’individualiser leurs enseignements pour les adapter aux besoins du public détenu. Ces deux points de consensus s’appuient sur le postulat d’une différence radicale entre l’enseignement en prison et l’enseignement à l’extérieur de la prison. Contrairement à l’équivalence des soins chez les professionnels de santé, c’est la différence des enseignements qui semble constituer chez les enseignants intervenant en prison le référent rhétorique majeur et le “ferment nominal identitaire”.

### **1.1. La réinsertion : un rêve partagé**

Depuis 1945, l’Administration Pénitentiaire affiche l’enseignement général comme l’un des principaux moyens mis en oeuvre pour assurer la réinsertion des détenus (cf. chapitre 8). Si cet affichage n’est qu’un reflet déformé de ce qui se passe dans les prisons, il est révélateur de l’image que l’Administration Pénitentiaire veut donner de l’enseignement. Dans l’organigramme de l’Administration Pénitentiaire, le bureau chargé de l’enseignement (GB2) est placé dans la sous-direction de la réinsertion. Par ailleurs, chaque année, les *Rapports d’activité* dressent les contours du système d’enseignement dans un chapitre consacré à “la réinsertion sociale et professionnelle”<sup>372</sup>. Comment les enseignants se situent-ils vis-à-vis de la réinsertion comme objectif de l’Administration Pénitentiaire et vis-à-vis de la réinsertion en général ?

---

<sup>372</sup>C’est ainsi le cas dans le dernier *Rapport annuel d’activité 1997* : chapitre 1 de la partie 2, pp. 165-208

“- Je ne crois plus à la réinsertion et aux beaux discours que tient l’AP (Administration Pénitentiaire). J’ai décidé d’arrêter de cautionner une telle hypocrisie. C’est de l’escroquerie. Ils font croire qu’ils font des choses dans la réinsertion, mais en fait, c’est seulement une occupation.”

Instituteur, 55 ans, 30 ans d’ancienneté dont deux en milieu pénitentiaire,  
intervenant en heures supplémentaires dans une petite maison d’arrêt

“- Le problème, c’est qu’on ne réinsère pas en enfermant dans une boîte. Ce n’est pas en emprisonnant tous les délinquants quels que soient leurs délits, dans une même institution, qu’on fera de la réinsertion. Tant que la prison ne changera pas, la réinsertion sera un leurre.”

Professeur, 55 ans, 30 ans d’ancienneté dont 20 en milieu pénitentiaire,  
intervenant à plein-temps dans une grande maison d’arrêt

Comme dans ces extraits, l’évocation de la “réinsertion” suscite instinctivement une large méfiance chez la plupart des enseignants rencontrés. La polysémie du terme oblige en fait à dégager les différents sens dans lesquels il peut être compris et utilisé par les enseignants. Lorsque le mot est compris comme une référence à l’objectif affiché de l’Administration Pénitentiaire, les discours se font critiques et acerbes. Un instituteur parle d’un “bien grand mot”, d’autres enseignants de “mascarade”, “hypocrisie”, “escroquerie”.

*“- Peut-on dire selon vous que la formation contribue à la réinsertion ?*

- Pour ce qui est de la réinsertion, je vais paraître désabusé... ou réaliste. Les organisations de formation sont très fortes pour sortir des bilans extraordinaires et grandiloquents. Mais lorsque je regarde les choses au quotidien, j’entretiens le plus grand cynisme autour de la réinsertion. Je ne dis pas qu’il ne faut pas faire de formation, mais la réinsertion n’est qu’un objectif lointain. (...) La formation professionnelle permet un contrôle global de la population pénale : ça, c’est le point de vue cynique. La formation permet aussi à la population pénale de gagner de l’argent, de se prendre en charge au lieu d’être perpétuellement assistée. Mais vous savez, les interprétations sont relatives : on vous dira que se lever à 6h30, prendre ses repas à heures fixes, faire du sport, suivre une formation, etc., c’est de la réinsertion, mais on peut aussi dire qu’une formation, c’est une soupape de sécurité, un habillage de l’enfermement, une occupation, qui permet aux détenus de ne pas gamberger. Tout comme le sport est un défouloir, la formation professionnelle est une carotte pour les détenus qui se tiennent bien. Moi, je ne crois ni à un idéalisme absolu, ni à un cynisme absolu de la réinsertion.”

Formateur GRETA, 30 ans, 5 ans d’ancienneté dont 3 en milieu pénitentiaire,  
intervenant à mi-temps dans une grande maison d’arrêt

Aucun des enseignants rencontrés n’a évoqué de façon positive l’inscription de l’enseignement dans la politique de réinsertion affichée par l’Administration Pénitentiaire. Tous les enseignants qui se sont prononcés sur ce thème ont au contraire dénoncé la vacuité de cet affichage et plus encore le double langage de l’Administration Pénitentiaire. Pour cet enseignant de l’Education Nationale, intervenant dans des modules de formation professionnelle d’une grande maison d’arrêt, la dénonciation du double langage pénitentiaire recouvre ce qu’il appelle un point de vue cynique. Les

activités d'enseignement apparaissent alors comme des moyens de contrôler les détenus, une "soupape de sécurité", un "habillage de l'enfermement", ... Pour d'autres enseignants, le double langage pénitentiaire est lié à une opposition des objectifs entre la Direction centrale d'une part, les directions locales et les surveillants d'autre part. De fait, si l'Administration centrale affiche l'objectif de la réinsertion, les directions locales et les surveillants insistent beaucoup plus sur la dimension sécuritaire.

"- Si on laisse aller un DPS (Détenu Particulièrement Signalé) à l'école et qu'il s'échappe ou qu'il tue un élève, vous croyez qu'on nous félicitera pour notre politique de réinsertion ? Ici, il n'y a pas que des voleurs de poules. La bonne prison, c'est celle où il ne se passe rien, celle dont on ne s'évade pas. Allez donc demander aux surveillants s'il est possible de faire de la réinsertion."

Sous-directeur, grande maison d'arrêt

Le discours de ce sous-directeur, d'ailleurs chargé du secteur scolaire dans son établissement et en conflit ouvert avec les enseignants, montre que la politique officielle de réinsertion ne fait pas toujours l'unanimité localement. Les enseignants, rarement en contact avec les représentants nationaux, mais quotidiennement en relation avec les directions locales et les surveillants, manifestent dès lors souvent leur volonté de démythifier le discours officiel sur la réinsertion. Cette démythification leur permet par ailleurs d'affirmer leur volonté d'autonomie vis-à-vis de l'Administration Pénitentiaire, et leur refus de servir de faire-valoir à la politique de cette administration. S'ils se reconnaissent parfois dans un objectif de "réinsertion", ce n'est donc jamais dans le sens de la politique de "réinsertion" prônée par l'Administration Pénitentiaire.

C'est en lui donnant un sens plus restreint que certains enseignants se réapproprient le terme "réinsertion". Certains enseignants utilisent ainsi le terme en se dégageant du sens porté par les discours pénitentiaires.

"- Un des projets de l'U.P.R. (Unité Pédagogique Régionale), c'est de donner du sens à l'enseignement. Je m'explique : l'U.P.R. veut intégrer l'enseignement dans une logique plus vaste, celle de la réinsertion. Par exemple, pour les mineurs, on voudrait des définitions de parcours personnels, une remobilisation sur des parcours d'éducation. De même, on essaye de promouvoir un livret de suivi, selon la logique du portefeuille des compétences. Ce livret a un en-tête U.P.R., ce qui permet de ne pas stigmatiser les détenus à leur sortie."

Directeur d'une Unité Pédagogique Régionale

L'acceptation de la référence à la réinsertion renvoie dans cet extrait à une définition de la réinsertion beaucoup plus précise que celle que recouvrent les discours officiels de l'Administration Pénitentiaire. Ici, la réinsertion renvoie à une "remobilisation sur des parcours d'éducation". C'est

donc dans un sens proprement pédagogique que certains enseignants acceptent de se reconnaître dans une logique de réinsertion. Plusieurs autres extraits montrent que si l'objectif de réinsertion est rejeté quand il renvoie au discours pénitentiaire, il peut être accepté et espéré dans un sens plus large, renvoyant à "la reconstruction de l'individu", à une "reprise de confiance", à un "encouragement à l'initiative personnelle", à la volonté de "faire remarquer les mécanismes de pensée" :

"- Je ne suis pas du tout dans la réinsertion. Mon travail, il est ici. A la limite, j'ai un travail très en amont dans la reconstruction de l'individu, dans la reprise de confiance mais c'est au détenu de se réadapter lui-même. (...) Même si on tape apparemment à côté, on enclenche peut-être le processus de réinsertion... Du moins, cela, c'est l'idéologie. Dans la réalité, c'est plus dur. Mais si je n'y croyais pas un tout petit peu, je ne serais pas là. Mon objectif est de faire remarquer les mécanismes de pensée."

Instituteur spécialisé, 55 ans, 30 ans d'ancienneté dont 25 en milieu pénitentiaire,  
intervenant à plein-temps dans une grande maison d'arrêt

"- La réinsertion ? Le pipeau ou la symphonie complète ? Je plaisante : j'y crois pour un millième. J'espère profondément qu'une des conneries que j'ai pu dire en classe empêchera un jour un mec de revenir ici, ou plutôt lui permettra de ne pas revenir. J'espère que cela encourage l'initiative personnelle. "

Professeur, 55 ans, 30 ans d'ancienneté dont 20 en milieu pénitentiaire,  
intervenant à plein-temps dans une grande maison d'arrêt

Beaucoup d'enseignants rappellent qu'un détenu ne se réinsérera pas nécessairement, à sa sortie de prison, grâce à sa formation. Mais beaucoup avouent aussi avoir au fond d'eux-mêmes un secret espoir de servir à quelque chose. C'est en s'inspirant d'une démarche maïeutique que les enseignants cités ci-dessus semblent définir leur rôle : ils entendent faire découvrir à leurs étudiants les capacités et les compétences qu'ils portent en eux. Les enseignants pensent ainsi jouer un rôle dans une sorte de pré-insertion qui vise à engager l'individu dans un processus de reconstruction de soi.

D'autres enseignants, aux logiques d'action pourtant très différentes parce que finalisées sur l'obtention de diplômes et donc organisées autour de la préparation aux examens, partagent le même espoir de participer à une forme de réinsertion. Pour quelques-uns, l'obtention d'un examen est le gage d'une possible réinsertion. Pour d'autres, c'est moins l'obtention d'un examen que l'effort qu'exige la préparation à l'examen qui constitue l'axe prometteur de réinsertion.

*"- Vous disiez tout à l'heure que vous ne faisiez pas que préparer à l'examen, qu'il y avait aussi la socialisation, l'intégration..."*

- Oui, il y a quelque chose au delà de l'enseignement, au delà des leçons apprises. Suivre la filière Brevet, c'est une manière pour les détenus de se situer par rapport à quelque chose de national. Bien souvent, ils manquent de

repères et le Brevet est un moyen de se comparer, de se repérer à des choses stables, comme des programmes, des matières, des horaires, des personnes. Je ne possède pas le vocabulaire socio-péda, mais je crois que c'est un moyen de se relatéraliser par rapport à des choses moins mouvantes.

Cela est peut-être surtout vrai avec le travail plus profond des instits, mais chacun a son rôle à tenir. A mon niveau, je sens aussi des évolutions. Par exemple, quand ils passent le premier Brevet blanc, ils se rendent compte que ce qu'ils font, ils ne le faisaient pas deux mois avant. Et moi, j'insiste bien là-dessus, car ils doutent. Il faut leur rabâcher que ce qu'ils font, ils n'étaient pas capables de le faire auparavant. Ils entrent alors en confiance, par rapport aux profs, mais surtout par rapport à eux-mêmes. Ils retrouvent une sociabilité par rapport aux choses scolaires, par rapport au monde aussi. Ils peuvent parler plus ouvertement de violence, de liberté, d'incarcération, de justice, etc.

En cours d'année, on voit bien les évolutions par rapport au début. Au début, quand on leur propose un thème, ils reviennent toujours sur des problèmes internes à la prison et ils n'ont d'intérêt que pour les thèmes en écho avec la prison. Au fil de l'année, cela disparaît progressivement. Ils s'ouvrent, ils s'intéressent à autre chose, ils apprennent à épouser des arguments qui ne sont pas les leurs, ils débattent. Et le meilleur des retours que l'on peut recevoir, c'est quand ils nous disent : “- C'est bien parce qu'ici je ne m'embête pas.” ou “- Ici, je fais autre chose que regarder la télé.”.

Professeur (collège), 45 ans, intervenant en heures supplémentaires  
depuis quatre ans dans une grande maison d'arrêt

L'enseignement est ici perçu comme une manière de trouver des repères, un “moyen de se relatéraliser”, une façon de reprendre confiance en soi-même, une ouverture sur le monde. Ce discours peut être éclairé par le profil atypique, plus précisément “militant”, de ce professeur que la typologie classique d'Antoine Prost<sup>373</sup> invite à classer parmi les “pédagogues” : après avoir enseigné plusieurs années le FLE (Français Langue Etrangère) dans différents pays, il affirme son bonheur d'enseigner dans un collège que la plupart de ses collègues jugent “difficile”. Il affirme aussi s'être impliqué dans de nombreuses activités péri-scolaires (musique, théâtre) pour “permettre aux gamins d'exprimer ce qu'on ne leur permet pas d'exprimer au collège” : on retrouve ici cet “envahissement de la vie personnelle par l'activité professionnelle” que Monique Hirschhorn note chez les “pédagogues”<sup>374</sup>. L'offre d'enseigner en prison lui a été faite par le responsable régional de l'enseignement, en raison de son militantisme enseignant, de son engagement pédagogique. Son discours sur les vertus de l'enseignement en prison peut finalement être compris au regard de cet engagement pédagogique qui accorde une place minimale à la seule acquisition des connaissances et une place majeure aux modes d'expression de l'enseigné.

---

<sup>373</sup> Antoine Prost, *Eloge des pédagogues*, Paris, Le Seuil, 1985

<sup>374</sup> Monique Hirschhorn, *L'ère des enseignants*, Paris, PUF, 1993, p. 234

Si tous les enseignants intervenant en prison n'expriment pas cet engagement pédagogique, il faut noter un espoir commun de participer à une forme large de réinsertion, de ne pas être que de simples "soupapes de sécurité" ou "réducteurs de tensions". Tout comme la critique de la politique de réinsertion affichée par l'Administration Pénitentiaire, le secret espoir d'avoir "tout de même" un rôle dans une forme de réinsertion de leurs étudiants est un point commun aux enseignants intervenant en prison. La combinaison de cette critique et de cet espoir montre les difficultés qu'éprouvent les enseignants pour trouver leur place en prison et plus précisément pour définir leur rôle. Les discours sur la réinsertion évoquent tant le besoin d'affirmer une autonomie encore contestée vis-à-vis de l'Administration Pénitentiaire que la recherche d'un sens à l'action d'enseigner en prison.

Cette recherche de sens semble montrer que l'acte d'enseigner suscite plus d'interrogations chez les enseignants que l'acte de soigner ne le fait chez les professionnels de santé. Les médecins et les infirmiers intervenant en prison ne ressentent guère de difficultés pour définir leur rôle, car celui-ci semble être défini universellement, indépendamment du milieu d'exercice. Même si leurs comportements effectifs peuvent diverger, les médecins et les infirmiers accordent ainsi largement un même sens à leurs actions. Les enseignants se trouvent quant à eux dans une situation beaucoup plus complexe car l'acte d'enseigner est souvent présenté comme un acte qui doit s'adapter au public visé. Dès lors, la référence au modèle extérieur d'enseignement apparaît périlleuse car elle semblerait remettre en cause leur capacité d'adapter leur enseignement. Cette situation explique que les enseignants intervenant en prison soient en position de s'interroger sur leurs actions, de rechercher le sens ou le rôle de ces actions.

La prison est donc l'occasion pour les enseignants de réfléchir au contenu de l'acte d'enseignement et au rôle de l'enseignant, en fonction des publics visés et donc des milieux d'exercice. La place centrale que les différents enseignants intervenant en prison accordent dans leurs discours à la nécessité d'individualiser les enseignements semble d'ailleurs confirmer cette hypothèse d'une réinterrogation du sens de l'enseignement et du rôle de l'enseignant en fonction du public visé.

## **1.2. Le consensus apparent sur l'individualisation**

La plupart des enseignants rencontrés ont extrêmement valorisé l'individualisation des enseignements dans leur discours. L'individualisation semble alors généralement renvoyer, par opposition au cours magistral, à une façon d'enseigner qui consiste à prévoir un cours et des exercices spécifiques pour chaque étudiant, ou en des termes plus techniques, à travailler en ateliers

pédagogiques personnalisés. Que reflète ce large accord sur la volonté d'individualiser les enseignements ?

La valorisation de l'individualisation par les enseignants intervenant en prison peut d'abord se comprendre comme le fruit d'un large mouvement de société ayant conduit à une remise en question des savoirs et plus spécifiquement à une remise en cause du cours magistral. Dans *L'ère des enseignants*, Monique Hirschhorn évoque ainsi la montée dès la fin des années 1960 d'une "critique du cours magistral, qui en tant que support d'une information verticale et descendante apparaît comme l'expression d'une pédagogie inadaptée et dépassée"<sup>375</sup>. Cette critique s'appuierait sur le succès et la diffusion de la non-directivité rogérianne<sup>376</sup>, sur des relectures de la théorie piagétienne de la connaissance, sur la diffusion de théories sociologiques renvoyant l'analyse de l'échec scolaire à une incapacité de l'institution scolaire à transmettre des connaissances, ou encore sur le développement de la "pédagogie institutionnelle", sur la remise en question du scientisme, etc.<sup>377</sup>. L'importance d'individualiser les enseignements renverrait donc largement à un *leitmotiv* qui dépasse le seul milieu des enseignants intervenant en prison et qui rend rare l'envie pour un enseignant de se proclamer un fervent du cours magistral.

Mais la valorisation de l'individualisation renvoie sans doute aussi à des traits particuliers aux enseignants intervenant en prison. On peut d'abord penser que le grand nombre d'instituteurs spécialisés — formés spécifiquement aux méthodes d'individualisation — explique la force particulière de ce *leitmotiv* parmi les enseignants intervenant en prison. Il reste que la place accordée dans les discours à l'individualisation semble aussi liée au souci, apparemment partagé par tous les enseignants intervenant en prison, de s'adapter aux particularités du public détenu.

“- Avez-vous rencontré des difficultés du point de vue pédagogique ?

- J'ai trente ans d'expérience, donc je ne suis pas pris de cours comme un jeune qui débute. Mais c'est vrai que cet enseignement est très particulier. Et ce, d'abord parce que l'on s'adresse à des adultes de niveaux très différents. Au début de l'année, sur sept ou huit élèves en filière Brevet, il y avait sept ou huit niveaux différents, allant d'un petit niveau 5ème au niveau 2nde. En plus, les niveaux se creusent rapidement, car les élèves n'avancent pas tous à la même vitesse, car ils ne travaillent pas tous autant. Il est donc difficile de faire un travail global ; on est obligé d'avancer individuellement. (...) Et quand je parle d'individualisation, je ne pense pas à ce que l'on peut faire au collège où l'on travaille parfois en ateliers. En prison, personne n'a les mêmes bases ; il faut donc pousser l'individualisation des enseignements à son maximum, il faut travailler avec des dossiers personnels.”

Professeur (collège), 55 ans, heures supplémentaires depuis un an dans un établissement pour peines

---

<sup>375</sup>Monique Hirschhorn, 1993, op. cité, p. 213

<sup>376</sup>Carl R. Rogers, *Le développement de la personne*, Paris, Dunod, 1966 et *Liberté pour apprendre*, Paris, Dunod, 1972 (pour les traductions françaises)

<sup>377</sup>Monique Hirschhorn, 1993, op. cité, pp. 212-224



Comme ce professeur, beaucoup d'enseignants intervenant en prison évoquent l'individualisation comme une nécessité imposée par la variété des niveaux, des capacités et des motivations des détenus scolarisés. Ils affirment le souci d'adapter les méthodes d'enseignement aux particularités du public rencontré. Il reste que l'expression de ce souci semble moins renvoyer à des comportements effectifs qu'à une norme de comportement, rêvée mais rarement atteinte.

Le fait que le discours sur l'individualisation révèle plus une norme de comportement que des comportements effectifs apparaît dans le discours de certains enseignants sur leurs propres actions et celles de leurs collègues. Plusieurs enseignants ont d'abord reconnu être contrariés dans l'application du principe de l'individualisation. Apparaît ainsi dans certains discours une tension entre la norme de comportement souhaitée et les comportements effectifs, entre la façon idéale d'enseigner en prison et la façon réelle. Cette tension est parfois explicite.

“- X : Ce qui m'intéresserait, c'est de faire de la pédagogie différenciée et de l'interdisciplinarité. Ce n'est pas possible dans la filière Brevet.

- Y : De la pédagogie différenciée, ce n'est pas possible d'en faire dans cette filière. Par exemple, en sciences naturelles, il y a une progression obligatoire dans l'acquisition des connaissances. On ne peut pas suivre les élèves séparément. C'est pour cela que le responsable local de l'enseignement a pensé un moment inscrire les détenus au C.N.E.D. et nous faire jouer le rôle de répétiteurs.”

X : Professeur (collège), 45 ans, intervenant en heures supplémentaires  
depuis quatre ans dans une grande maison d'arrêt

Y : Professeur (lycée), 50 ans, intervenant en heures supplémentaires  
depuis quatre ans dans une grande maison d'arrêt

La plupart des professeurs du secondaire qui interviennent deux à trois heures par semaine et qui ont été recrutés pour préparer les détenus à des examens du secondaire, reconnaissent avoir les pires difficultés pour individualiser les enseignements : le programme est souvent désigné comme une contrainte qui brise les velléités de différencier la pédagogie, d'individualiser l'enseignement. Que certains responsables de l'enseignement envisagent de ne faire jouer aux enseignants qu'un rôle de répétiteur des cours CNED montre d'ailleurs les difficultés rencontrées pour mettre en place des enseignements réellement individualisés, notamment dans les filières du secondaire. La tension entre idéal d'individualisation et comportement réel peut alors être particulièrement forte chez les enseignants. Certains résolvent cette tension en attribuant l'impossible individualisation des enseignements aux attitudes des détenus.

“- Dans ces groupes, les élèves n'ont pas le même niveau. La consigne qu'on nous donne alors, c'est d'individualiser au maximum. Le problème, c'est que beaucoup m'ont dit justement que ce qu'ils aimaient, c'étaient les cours de groupe, les discussions collectives. L'année dernière, ils m'ont dit : “- Ce qu'on aime bien avec vous, c'est que cela fait classe.”. D'autres enseignants donnent des travaux séparés à chacun. Moi, je ne

fais pas comme cela. J'aborde un point du programme, par exemple le passé. Ensuite, je les fais parler en leur demandant de me raconter un événement passé. Après, j'explique les points de grammaire à tout le monde. Et après seulement, je donne des exercices qui sont un peu séparés."

Professeur (collège), 45 ans, intervenant en heures supplémentaires depuis deux ans dans un établissement pour peines

"- J'ai essayé de leur préparer des travaux écrits, des fiches sur lesquelles ils pouvaient travailler individuellement, mais ils préférèrent travailler en groupe, pour discuter, pour ne pas bosser, comme des gamins. J'ai construit des documents, mais ils ont été très réticents. Ils me disaient : "- On préfère quand vous parlez, on apprend mieux." Mon oeil ! (rires). En fait, ils repoussent le moment où ils sont confrontés à eux-mêmes sur une tâche. En début d'année, je les entends souvent me dire "- Je comprends rien, c'est trop dur." Ils essayent de me faire revenir à un cours oralisé. Je me suis dit que mes documents étaient peut-être trop compliqués, pas assez adaptés et qu'il faudrait peut-être les simplifier. Je les ai montrés au responsable de l'enseignement qui m'a dit : "- C'est pas en simplifiant que l'on apprend mieux.""

Professeur (collège), 30 ans, intervenant en heures supplémentaires depuis deux ans dans un établissement pour peines

Les deux discours mettent en avant les réticences et les résistances des détenus devant l'individualisation des enseignements. Il convient néanmoins de situer ces discours pour en évaluer le sens caché. Aucun des instituteurs rencontrés n'a évoqué de telles résistances de la part des détenus. Ce sont ici deux professeurs qui enseignent dans une filière Brevet, en l'occurrence des enseignants largement contraints par le programme et par l'objectif de l'examen. Ce sont aussi deux enseignants qui ont reconnu par ailleurs réutiliser parfois intégralement les cours qu'ils avaient préparés pour le collège. Aussi l'argument des résistances des détenus pour justifier l'impossibilité d'individualiser les enseignements apparaît-il largement artificiel. Dans de nombreux cas, le discours sur l'individualisation correspond plus à un artifice qu'à une réalité de l'enseignement en prison. Comment expliquer alors la force de cet artifice qui semble obliger les enseignants à prétendre souhaiter faire ce qu'ils ne font pas réellement ou ce qu'ils disent ne pas pouvoir faire ?

Il faut d'abord noter que l'individualisation est un discours qui est particulièrement porté par les responsables locaux et régionaux de l'enseignement en milieu pénitentiaire. Si certains de ces responsables exercent aussi en tant qu'enseignants, plusieurs occupent à plein-temps leur fonction de responsable. Pour ceux-là, la tension entre idéal normatif et comportement réel est donc beaucoup moins grande, sinon absente, car ils n'ont pas à mettre en pratique leur discours. Cette position de théoriciens de l'enseignement qui ne sont plus des praticiens est particulièrement critiquée par certains enseignants :

“- L’individualisation des enseignements ? Pour des gens qui, comme moi, sont dans la pratique, il y a un décalage énorme entre la conceptualisation et la pratique. Plus on monte, plus on fait des études, plus on élabore des constructions intellectuelles pertinentes, mais en quoi cela améliore-t-il les choses ? C’est comme si je disais que je vais étudier les habitudes alimentaires des pauvres. Sympathique, non ? Je ne dis que la recherche est inutile, je dis que c’est savant, et que ce sont des préoccupations sans incidence concrète, pratique. Souvent, on plane. Mais si vous voulez vraiment comprendre la réalité, il faut s’occuper pendant deux ou trois mois d’illettrés dans une maison d’arrêt, et vous aurez tout compris. (...) Dans l’école, on observe une dérive de type universitaire. Comme si, pour apprendre à lire et à écrire, il fallait absolument une licence en sciences de l’éducation. Moi, je pense qu’une grand-mère, avec un certificat d’études, est tout aussi capable d’apprendre à lire à ses petits enfants que ceux qui ont une licence.”

Instituteur, 55 ans, 30 ans d’ancienneté dont deux en milieu pénitentiaire,  
heures supplémentaires, petite maison d’arrêt

A l’inverse de cet instituteur, particulièrement critique envers l’organisation de l’enseignement en prison ainsi qu’envers le profil et le discours des responsables de l’enseignement, la plupart des enseignants reprennent les discours portés par les responsables de l’enseignement, largement influencés par le discours socio-pédagogique. Ce faisant, ils reprennent les discours officiels, transformés en normes de comportement. Que la norme de comportement que représente l’individualisation soit appliquée ou non importe moins que le fait qu’elle soit mobilisée dans les discours. Cette mobilisation semble en fait renvoyer à des enjeux identitaires ou encore à des façons de se mettre en scène, des façons d’afficher une appartenance à un groupe d’acteurs particulier. C’est le cas notamment des professeurs intervenant quelques heures par semaine : pour eux, reprendre le discours des responsables de l’enseignement, sans nécessairement avoir les moyens de le mettre en oeuvre, est sans doute une façon d’afficher un même souci de cohérence entre l’enseignement et les attentes du public, que celui que manifestent les enseignants intervenant à plein-temps. Le consensus très large autour de l’objectif d’individualiser les enseignements semble ainsi moins descriptif d’une réalité de tous les enseignements en prison que d’une volonté de certains enseignants d’afficher leur appartenance à un groupe très large que seraient les enseignants intervenant en prison.

Il est aussi intéressant de comparer cette norme de comportement aux normes qui guident les actions et les représentations des professionnels de santé. Alors même que les médecins et infirmiers disent vouloir soigner en prison comme ils le font à l’extérieur, les enseignants affirment, à des degrés divers, leur impossibilité d’enseigner comme à l’extérieur, comme pour affirmer leur capacité à prendre en compte les caractéristiques du public détenu. Cette affirmation renvoie d’ailleurs sans doute en partie à l’idéal d’une relation pédagogique souvent pensée comme une relation personnalisée, au contraire d’une relation thérapeutique censée être impersonnelle et indépendante du public visé.

Au final, les points d'entente apparents entre les enseignants intervenant en prison permettent de révéler l'existence de normes de comportement dont la particularité par rapport aux professionnels de santé est qu'elles semblent être construites en rupture avec les modèles extérieurs. Ceci dit, l'étude des discours sur ces normes permet comme pour les professionnels de santé, de montrer d'une part des écarts entre les normes et les comportements réels, d'autre part des différences d'actions et de représentations chez les enseignants intervenant en prison. L'étude des éléments d'entente permet ainsi d'éclairer l'enjeu rhétorique de normes de comportement, par rapport auxquelles s'éclairent à leur tour les différences de comportements réels des différents enseignants.

## **2. Les pommes de discorde entre enseignants**

Au delà d'un secret espoir partagé d'oeuvrer pour une forme de réinsertion et d'un large accord sur la nécessité de l'individualisation des enseignements, l'étude des discours des enseignants montre l'existence de désaccords profonds sur ce que doit être l'enseignement en prison. Les formes de désaccords au sein du monde enseignant intervenant en prison semblent d'ailleurs beaucoup plus importantes que celles qui caractérisent le monde des professionnels de santé. Est-ce à dire que les actions et les représentations des différents enseignants sont beaucoup plus hétérogènes que celles des médecins et des infirmiers ? Ou est-ce que les clivages sont beaucoup plus faciles à exprimer dans *la* profession enseignante que dans *la* profession médicale ou *la* profession infirmière ? *La* profession enseignante est-elle seulement un "ferment nominal identitaire" pour les différents enseignants, comme le sont la profession médicale pour les médecins ou la profession infirmière pour les infirmiers ? Ces questions qui guideront l'analyse jusqu'à son terme peuvent recevoir une première réponse avec l'étude des trois principales pommes de discorde qui opposent les enseignants intervenant en prison : la gestion des motivations, la certification des acquis, le contenu des enseignements.

### **2.1. Des désaccords sur la gestion des motivations**

Aux yeux des différents enseignants, la façon dont chacun d'eux peut choisir de conditionner ou non l'accès à ses enseignements à une réelle motivation des détenus révèle des ajustements professionnels différents et des représentations différentes du détenu. Pour certains, l'accès à l'enseignement doit être le plus ouvert possible, étant donnés les passés scolaires des personnes incarcérées et le poids de l'incarcération. Pour d'autres enseignants, l'accès au service scolaire doit être réservé à ceux qui manifestent une réelle motivation. Aux yeux des premiers, le choix des seconds renvoie à la contradiction entre d'une part la volonté exprimée de considérer les détenus comme des adultes avec des difficultés d'apprentissage, d'autre part des actions effectives où ces

derniers sont comparés voire assimilés à des adolescents : le manque de motivation serait assimilé, à l'instar du manque de motivation de certains adolescents en collège ou en lycée, à un manque de maturité des détenus. Aux yeux des fervents d'une sélection par la motivation, le choix de ne pas sélectionner renvoie à une "conception fourre-tout" (sic) de l'enseignement, à une logique occupationnelle. La gestion des motivations des détenus est ainsi souvent présentée comme un premier révélateur des différences — cette fois reconnues et proclamées — d'actions et de représentations des différents enseignants. Que recouvrent ces différences proclamées ?

"- Face aux détenus, on peut avoir plusieurs attitudes. On peut leur présenter l'ensemble des enseignements proposés, comme s'ils étaient une clientèle traditionnelle ; on compte alors sur le fait que ce public va répondre de lui-même à l'invitation, qu'il sera spontanément suffisamment motivé. L'autre logique — et c'est celle que je défends — est beaucoup plus volontariste : on va vers les illettrés, on profite de leur moindre intention pour essayer de leur faire construire une demande un peu plus ambitieuse. Il faut qu'ils relient leur projet à quelque chose de plus intéressant que le fait de sortir deux heures par semaine de cellule."

Directeur d'une Unité Pédagogique Régionale

Comme ce directeur d'une Unité Pédagogique Régionale, certains enseignants considèrent inopportun sinon "contre-productif" le choix de sélectionner les étudiants sur l'expression d'une motivation claire. Beaucoup ne limitent d'ailleurs pas cette considération à la seule lutte contre l'illettrisme. Il est intéressant de noter que ces enseignants, lorsqu'ils sont invités à dresser le profil des détenus rencontrés, évoquent spontanément le manque de motivation de l'ensemble des détenus et cherchent à comprendre les raisons de ce manque général d'intérêt. Au contraire, les autres enseignants préfèrent évoquer le profil des étudiants très motivés qu'ils ont pu rencontrer. Ces choix révèlent deux conceptions radicalement différentes du rôle de l'enseignement en prison.

Les premiers enseignants conçoivent le manque de motivation de la population pénale comme leur priorité. Il s'agit pour ces enseignants, non de se consacrer aux détenus motivés, mais plutôt de susciter la motivation chez la majeure partie des détenus, grâce à des modes de recrutement larges et peu sélectifs. Ce sont ces mêmes enseignants qui, pour expliquer, justifier, sinon comprendre le manque de motivation des détenus, insistent le plus sur le poids du passé scolaire, sur le choc que peut constituer l'incarcération pour un individu, sur les difficultés du travail scolaire provoquées par les conditions de détention. Leur discours insiste aussi sur toutes les formes de repli qui peuvent conduire les détenus à exclure les activités d'enseignement de leurs préoccupations ou horizons temporels. Ce discours évoque l'analyse que mène Erving Goffman dans *Asiles* au sujet des formes d'adaptation à l'institution. Ces différentes formes d'adaptation peuvent expliquer la faible motivation des détenus à l'égard d'un investissement dans les activités scolaires.

“- *Vous avez tous rencontré un enseignant en arrivant ?*

- *M* : Non, moi, j’ai pas vu d’enseignant, j’ai vu le service social.

- *A* : Mais si, on voit tous un enseignant. Le mec, il vient voir tous les arrivants, c’est son job. Il te fait remplir un formulaire et il te propose des cours. Si tu veux, tu peux y aller tous les jours. Le problème, c’est qu’ils te traitent comme du bétail : tu viens, tu t’assois, tu prends ton bouquin, et tu te démerdes... Ils font rien pour nous. Y en a un qui ne savait pas lire, pas écrire ; ils ont rien fait pour lui.

- *M* : Si tu comptes sur la prison pour t’en sortir, t’as de la route à faire. Faut se démerder tout seul.

- *A* : Les enseignants, ils proposent rien de sérieux, rien de concret. Que des idées vagues. Avec ça, on a rien du tout dehors.

- *S* : De toutes façons, on en a rien à foutre de l’école. Si on est là, c’est tous à cause de problèmes d’argent. Déjà à l’extérieur, on s’en foutait de l’école, alors c’est pas là, dans ces conditions, que cela va nous intéresser. L’école, ça peut juste intéresser un gars qui n’a pas pu aller aussi loin qu’il voulait, mais c’est rare. Pour nous, y a rien d’intéressant ici.

- *A* : Dans les 13 000, c’est mieux structuré, c’est plus facile d’accéder aux cours. T’es encadré.

- *M* : Ouais, mais si tu vas au cours pour rien faire... Le problème, c’est qu’ils ne s’occupent pas des illettrés.

- *A* : En fait, ils préfèrent les illettrés que des mecs intelligents. Les illettrés, ils restent calmes dans leur coin, alors que les mecs intelligents, ils peuvent toujours répondre aux surveillants.”

Entretien collectif avec des personnes détenues, incarcérées dans une grande maison d’arrêt,  
âges et durées d’incarcération : A (25 ans, 1 an), M (33 ans, 8 ans), S (23 ans, 1 mois)

Cet extrait de retranscription d’entretien avec différentes personnes incarcérées montre que les raisons du manque d’intérêt de la plupart des détenus pour les activités scolaires sont jugées nombreuses, à savoir successivement : la faible implication des enseignants en prison, l’absence de projet crédible de réinsertion par la prison, le flou des contenus enseignés, la primauté d’autres préoccupations, le poids du passé scolaire, l’utilisation de l’école pour calmer les détenus. Certains détenus refusent d’abord en bloc toute participation aux activités proposées au sein de la prison, prenant ainsi de la distance par rapport aux personnages qu’ils pensent que l’Administration Pénitentiaire voudraient leur faire jouer : “prescrire une activité, c’est prescrire un univers ; se dérober à une prescription, ce peut être se soustraire à une identification” rappelle Erving Goffman<sup>378</sup>. Ces détenus, par crainte d’être manipulés, refusent le schéma officiel de ce qu’ils peuvent attendre de l’institution pénitentiaire et refusent plus profondément la conception d’eux-mêmes à laquelle ils sont censés devoir s’identifier.

Par ailleurs, le temps de l’incarcération est pour beaucoup de détenus un temps de mise en veille, de repli sur soi qui permet de mieux vivre le temps de la détention. Plusieurs enseignants ont ainsi évoqué le cas de détenus qui ne veulent pas s’investir dans le temps de la détention, qui se recroquevillent dans une situation léthargique où l’attente ponctue le rythme de vie : attente, de la libération, du jugement, de la visite, de la promenade, ... La monotonie du rythme carcéral serait un moyen de se replier et de faire du temps de la peine un exil total. Le repli sur soi se manifeste

souvent par l'absence d'horizon à long terme. En quelque sorte, les détenus vivent et parfois entendent vivre une situation présente où l'avenir est bloqué. Le fait que les enseignements de l'Education Nationale soient conçus sur le modèle de cursus longs tend selon certains enseignants à accroître le désintérêt pour les activités scolaires de ceux qui se replient.

A ces facteurs de "dé motivation" liés à l'incarcération, s'ajoute le poids des échecs scolaires qu'ont connus de nombreux détenus. L'expérience passée de nombreux détenus en matière d'enseignement a souvent été limitée et négative, ce qui rend très vague l'idée de ce qu'ils pourraient retirer de leur participation à des cours de l'enseignement général. Il y a une forme de saturation des motivations scolaires qui fait que le rejet de l'enseignement en prison est aussi un rejet de l'école dans son ensemble. Ce peut être aussi un rejet des enseignants, jugés parfois trop peu impliqués, trop proches des surveillants ou simplement trop semblables à l'image des enseignants extérieurs.

Tous ces facteurs font du manque d'intérêt des détenus pour l'enseignement un phénomène très large, sinon général. Aux yeux de certains enseignants qui insistent sur le poids de ces éléments de situation et de trajectoire, la lutte contre le désintérêt des détenus devient l'enjeu central : la priorité est pour eux de susciter la motivation de la majorité des détenus, plutôt qu'entretenir celle des rares détenus spontanément motivés. Ces enseignants insistent souvent sur le fait que la motivation doit être créée car ils sont en face d'adultes certes, mais des adultes qui ont connu des échecs scolaires et qui connaissent avec l'incarcération une période difficile.

"- La volonté d'apprendre vient presque toujours en cours de route. Il faut pas s'attendre à ce que les détenus soient hyper-motivés. Il faut avoir une conception dynamique de la motivation et considérer le manque de motivation réelle comme quelque chose de transitoire et non de définitif. Nous au moins (i.e. les instituteurs), on ne fait pas de sectarisme, même pour un mec qui va lire dans le coin de la classe sans participer. J'accepte ceux qui ne viennent que pour écouter."

Instituteur spécialisé, 55 ans, 30 ans d'ancienneté dont 25 en milieu pénitentiaire,  
intervenant à plein-temps dans une grande maison d'arrêt

"- Le plus souvent, on a des gens qui ne sont pas intéressés par l'étude... C'est à la tâche qu'ils y prennent goût. Si c'est en forgeant qu'on devient forgeron, c'est peut-être en venant en classe que l'on devient étudiant. Les liens avec l'école ne sont pas rompus mais douloureux : à nous de les réconcilier avec l'enseignement."

Professeur, 55 ans, 30 ans d'ancienneté dont 20 en milieu pénitentiaire,  
intervenant à plein-temps dans une grande maison d'arrêt

Comme ces deux enseignants intervenant à plein-temps en maison d'arrêt, beaucoup d'enseignants acceptent le manque de motivation voire même la présence de motivations secondaires chez les détenus qu'ils scolarisent. La notion de "motivation secondaire" renvoie à la notion de dérivatif chez Erving Goffman qui désigne ainsi des "activités poursuivies sans intentions sérieuses, mais suffisamment passionnantes et absorbantes pour faire sortir de lui-même celui qui s'y livre et lui faire oublier pour un temps sa situation réelle"<sup>379</sup>. Certains enseignants acceptent ainsi que des détenus viennent suivre leurs enseignements pour occuper le temps, sortir de cellule, parler avec des co-détenus, ... Selon eux, l'enjeu est bien moins que des détenus arrivent avec une motivation affirmée que le fait que les détenus les moins intéressés — en l'occurrence la majorité — viennent tout de même en classe et découvrent alors peut-être des occasions de s'investir plus profondément. Certains enseignants veillent néanmoins à ce que la compréhension qu'ils témoignent aux détenus ne soit pas utilisée par les détenus eux-mêmes comme un argument déresponsabilisant :

"- Certes, il y a des difficultés liées à des lacunes de lecture ou à des situations d'échec scolaire, mais il faut reconnaître qu'il y a aussi une grosse flemme intellectuelle de leur part. Une flemme qui peut provenir de leur passé scolaire ou de la prison. Et de fait, quand on visite les cellules, on comprend qu'ils puissent devenir passifs. En plus, il y a des problèmes de motivations, qui sont, disons, diverses et variées... (rires). Il y en a un, par exemple, qui a un comportement d'un gamin de quatorze ans ; il refuse tout le temps de travailler. Je lui ai dit : "Pourquoi vous venez là ?". Il m'a répondu : "- Pour sortir de cellule en apprenant.". J'ai répondu : "- Pour ce qui est de sortir de cellule, c'est réussi, mais pour ce qui est d'apprendre, non.". Sa réponse, ça a été de dire : "- Ouais, mais Madame, faut voir d'où je viens.". En fait, il mélange tout, sa vie en prison, son enfance. Je lui ai dit que j'étais bien consciente des difficultés de la vie en prison, mais qu'il doit se mettre devant ses responsabilités. Quand on leur parle de leurs responsabilités, ils ne peuvent pas entendre. Il y a une espèce de déresponsabilisation de leur part : "- C'est la faute à ma mère.", "- C'est la faute à mon quartier.". C'est jamais de leur faute, quoi qu'il en soit. Quand je dis "ils", je généralise, mais je parle en fait dans le cadre de cette personne. Mais c'est vrai que souvent les détenus fonctionnent comme cela. C'est jamais de leur faute."

Professeur (collège), 30 ans, intervenant en heures supplémentaires  
depuis deux ans dans un établissement pour peines

Certains enseignants cherchent ainsi à mettre des limites à la compréhension qu'ils témoignent aux détenus quant à leurs manques de motivation, d'assiduité ou d'implication. Il semble ici s'agir moins de nier l'existence de difficultés pour les détenus à suivre des enseignements que d'essayer de lutter contre les effets pervers que pourrait générer l'affichage d'une trop nette indulgence. En l'occurrence, cette enseignante souhaite que l'argument des difficultés ne soit pas approprié par les détenus pour justifier n'importe quel comportement. Les enseignants qui refusent une sélection par la motivation peuvent ainsi se sentir confrontés à des effets inattendus ou pervers.

---

<sup>379</sup>Erving Goffman, op. cité, pp. 113-114



Le choix de ne pas sélectionner les détenus sur leur motivation, reconnu louable par la grande majorité des enseignants intervenant en prison, est contesté plus radicalement par certains enseignants car il a pour contrepartie d'autres effets pervers ou non recherchés importants. Pour certains, le choix de ne pas sélectionner les étudiants sur la motivation conduit d'abord à servir les buts officiels de l'Administration Pénitentiaire ou encore à faire de l'enseignement une activité occupationnelle parmi d'autres, comme le sport ou les promenades. Au delà du contenu occupationnel souvent dénoncé, il s'agit aussi pour ces enseignants d'afficher une délimitation nette entre le métier d'enseignant et le métier d'éducateur.

Pour limiter ces effets pervers, ces enseignants affirment que l'admission des détenus au centre scolaire doit se faire d'après un critère principal de motivation. Pour ces enseignants, les motivations secondaires des détenus ne sont acceptables, ni durablement, ni momentanément. S'ils disent parfois témoigner une certaine compréhension pour les difficultés rencontrées par les détenus, ils préfèrent juger les détenus comme des étudiants "classiques" : "il vaut mieux être strict au départ pour qu'ils sachent qu'on les traite comme on le ferait à l'extérieur : il ne faut pas faire de discrimination" souligne un professeur interrogé sur les modes de recrutement. Certains attendent même des étudiants une motivation supérieure, justement parce qu'ils sont adultes. Le manque de motivation est alors expliqué moins par les contraintes du milieu carcéral que par le caractère infantile ou immature de certains détenus.

"- Ce que j'ai appris aussi, comme je vous l'ai dit au début, c'est le fait d'intégrer que les gens raisonnent différemment et qu'il faut respecter ces différences. Mais il faut aussi les mettre face à leurs responsabilités. L'idée, c'est "- Si tu veux travailler, tu peux.". C'est important qu'ils entendent ce discours adulte. Si l'école ne joue pas ce rôle-là, elle n'est pas structurante. De ce point de vue, j'aurais dû être plus ferme en certaines occasions. Par exemple, je pense à un détenu qui est venu en cours avec sa bouteille de coca. Je me laisse avoir, parce que je les prends encore trop pour des adultes... de fait, ils sont adultes, mais pas vraiment dans leur tête."

Professeur (collège), 30 ans, intervenant en heures supplémentaires  
depuis deux ans dans un établissement pour peines

On retrouve dans cet extrait une représentation qui assimile le manque de motivation de certains détenus à leur caractère infantile ou immature. L'enseignant se perçoit alors comme un adulte ("c'est important qu'ils entendent ce discours adulte") face à des "semi-adultes" ("ils sont adultes, mais pas vraiment dans leur tête"). La foi qu'il exprime dans le principe "Si tu veux travailler, tu peux" montre que la faiblesse de motivations des détenus, si elle est jugée par tous les enseignants comme un phénomène normal au sens de phénomène général, est parfois considérée comme un phénomène anormal au sens de phénomène inadmissible ou inacceptable.

Au lieu de centrer leur argumentation sur la faible motivation de la grande majorité des détenus, les enseignants, qui défendent le principe de la sélection sur la motivation, préfèrent évoquer le cas de quelques détenus dont la motivation est jugée exceptionnelle et exemplaire. Plusieurs enseignants ont ainsi évoqué cette figure devenue quasi-mythique d'un détenu ayant repris des études en prison et réussi finalement un doctorat d'histoire. Plusieurs autres, encouragés à évoquer le meilleur souvenir de leur expérience d'enseignement en prison, ont répondu en dressant le portrait de l'étudiant qu'ils ont préféré. Ce portrait renvoie généralement à un détenu très motivé, qui s'est réinvesti dans les études et qui a même trouvé dans les études un nouvel horizon. Que cette figure de l'étudiant très motivé, spontanément ou naturellement motivé, devienne un modèle révèle les conceptions portées par certains enseignants : la motivation est alors perçue comme un facteur qui ne relève pas de la compétence de l'enseignant, mais plutôt comme un facteur extérieur à la relation pédagogique, intrinsèque à l'enseigné.

Les façons de concevoir la motivation des détenus et de lier ou non l'accès au système d'enseignement à l'affirmation claire d'une motivation sont ainsi l'occasion pour les différents enseignants intervenant en prison d'exprimer un profond point de désaccord. Cette première opposition d'actions et de représentations recouvre par ailleurs d'autres clivages très profonds au sein du groupe nominal des enseignants intervenant en prison.

## **2.2. Des désaccords sur la certification des acquis**

La certification des acquis est aussi à l'origine de profonds désaccords, d'une nette opposition d'actions et de représentations au sein des enseignants intervenant en prison. Tandis que certains finalisent explicitement leurs enseignements vers l'obtention de diplômes ou à défaut valorisent l'évaluation et la certification des acquis, d'autres refusent très nettement que les formes d'évaluation et de certification des acquis organisent leur enseignement.

Certains enseignants manifestent une foi importante dans la valeur des diplômes. On trouve parmi eux la plupart des professeurs du secondaire qui interviennent en heures supplémentaires en prison : recrutés expressément pour préparer au Brevet des Collèges, ils ont généralement endossé ce rôle avec facilité car la plupart interviennent en collège en milieu libre et préparent des élèves de troisième au Brevet. Mais la foi dans les diplômes et la certification est aussi partagée par certains instituteurs, particulièrement les derniers recrutés, et par la plupart des responsables des Unités Pédagogiques Régionales. Se mettent ainsi en place des filières où l'essentiel de l'enseignement est

tourné vers la préparation au Certificat de Formation Générale et au Brevet des Collèges, parfois au Baccalauréat.

“- Si vous deviez faire un bilan de votre expérience ?

- A quel niveau ?

- Disons, à tous les niveaux.

- Au niveau des réussites, il faut dire que deux élèves sont partis en cours d'année — ils ont été libérés —, alors qu'ils avaient de bonnes chances de réussir le Brevet. Sinon, on avait cinq candidats potentiels. Un a renoncé à cause des parloirs. Il y en a un autre que je n'ai pas vu, parce qu'il était à l'isolement. Finalement, quand j'ai surveillé l'épreuve, il y avait trois élèves, un pour le Brevet des Collèges, deux autres pour le Brevet technologique. Mais ces deux-là ne l'auront sans doute pas, du moins en ce qui concerne l'anglais. Sur quatre cents détenus, quatre candidats, un seul qui réussit : ça revient cher, surtout que l'on est payé en heures supplémentaires. Je me demande si cette filière va continuer. Si l'on raisonne en termes de rentabilité, cela va sans doute s'arrêter. (...)

- Le Brevet, est-ce une contrainte au niveau pédagogique ?

- Non, c'est un objectif, tant pour les élèves que pour les enseignants, même si on a parfois l'impression que c'est surtout nous qui avons envie qu'ils l'aient. ”

Professeur (collège), 45 ans, intervenant en heures supplémentaires  
depuis deux ans dans un établissement pour peines

Que ce professeur, invité à dresser un bilan de son expérience en milieu pénitentiaire, pense d'abord à un bilan des réussites aux examens révèle ses priorités pédagogiques. Comme il le reconnaît à la fin de l'extrait, l'objectif des examens est même parfois en apparence plus important pour les enseignants que pour les détenus eux-mêmes. L'intérêt que portent certains enseignants à la réussite aux examens s'exprime sans doute d'abord par la sympathie qu'ils éprouvent pour leurs étudiants. Il peut aussi s'expliquer par l'image que cette réussite leur renvoie de leur enseignement : aux yeux des enseignants, que certains détenus avec des passés scolaires difficiles réussissent un examen, atteste de la qualité de leurs enseignements. L'intérêt pour les taux de réussite peut aussi s'expliquer par le fait que la réussite aux examens est le principal indicateur retenu par l'Administration Pénitentiaire pour évaluer et présenter les actions d'enseignement en prison.

Tant au niveau local qu'au niveau national, la réussite aux examens est ainsi une vitrine particulièrement chérie par l'Administration Pénitentiaire. Si l'on observe le chapitre que consacrent annuellement les *Rapports d'activité* à l'enseignement, on note ainsi une place prépondérante accordée aux réussites d'examens. Pour l'Administration Pénitentiaire, les résultats aux examens sont des données quantifiées explicites, des signes extérieurs de la réussite de la greffe de l'enseignement sur la prison. Dans le *Rapport 1997*, on apprend par exemple qu'en 1997, sur les 28 018 détenus ayant fréquenté des cours, 2 033 détenus ont obtenu un Certificat de Formation Générale, 372 un CAP ou un BEP, 42 un Baccalauréat, 41 un Diplôme d'Accès à l'Enseignement

Supérieur, 50 un diplôme de l'Enseignement Supérieur ; au final, un détenu scolarisé sur dix a réussi un examen. Il n'est absolument pas notre objet ici de dévaloriser ces résultats, ni même de critiquer l'utilisation qui en est faite dans les *Rapports annuels d'activité*. Il convient seulement de noter que cette forme de publicisation des résultats d'examens tend à valoriser les enseignants qui font de la préparation au diplôme l'ossature de leurs enseignements.

Aux yeux de certains enseignants intervenant en prison, l'étudiant idéal devient celui qui s'investit énormément dans l'enseignement, qui prépare activement les examens et les réussit. Ces enseignants soulignent d'ailleurs souvent que ce sont les détenus eux-mêmes qui leur demandent de finaliser leur enseignement sur l'objectif des examens.

*“- Au niveau pédagogique, qu'est-ce qui vous a surpris ?*

- J'ai connu des difficultés à me positionner. Ce fut difficile de comprendre ce que les détenus désiraient et comment être le plus efficace possible. Au début, j'ai cru pouvoir faire ce que je faisais déjà au collège, c'est-à-dire de la découverte de textes. Mais je me suis vite rendu compte qu'il fallait être plus pragmatique, plus proche de l'objectif de l'examen. En effet, beaucoup des détenus que j'ai en cours ont un objectif principal, sinon unique : le diplôme. Cette année, j'ai donc travaillé sur des sujets de Brevet. Mon travail, c'est de les préparer au Brevet, en étant le moins ennuyeuse possible.”

Professeur (collège), 45 ans, intervenant en heures supplémentaires  
depuis un an dans un établissement pour peines

La surprise qu'a eue cette enseignante devant la centralité de l'objectif du diplôme pour ses étudiants doit être largement relativisée. Dans cet établissement en effet, la politique du responsable local de l'enseignement est de ne recruter au niveau collège que ceux qui s'engagent à passer le Brevet des Collèges. Dès lors, il apparaît logique de retrouver dans cette filière des détenus particulièrement intéressés par le Brevet, les autres ayant renoncé à s'inscrire ou n'ayant pas été autorisés à le faire.

Un autre indice montre la centralité des diplômes dans l'organisation de certains enseignements. Dans certaines maisons d'arrêt, en théorie pour s'adapter au turn-over important du public scolarisé, les responsables locaux ont obtenu que plusieurs sessions du Certificat de Formation Générale (CFG) soient organisées dans l'année : “Il y a une telle mouvance dans les maisons d'arrêt qu'on n'est pas sûr que quelqu'un qui rentre en octobre soit encore là en juin”, explique un responsable local. L'optique est de permettre à la très grande majorité des détenus scolarisés de passer le CFG. Ce rêve d'universalité souligne la place primordiale accordée par certains enseignants à la certification. A défaut de certification par la réussite aux examens, les mêmes enseignants valorisent d'ailleurs la certification des acquis, notamment par le biais des “portefeuilles de compétence”. L'idée des portefeuilles de compétence a été conçue pour que tout détenu ayant suivi des

enseignements puisse garder une trace écrite qui atteste des compétences qu'il a acquises et des enseignements qui ont été suivis. Mais l'enjeu central des portefeuilles de compétences n'est-il pas alors moins la certification des acquis que la certification des enseignements suivis ? C'est la question critique qu'adressent ceux qui refusent le principe de la certification à ceux qui le valorisent.

D'autres enseignants sont ainsi beaucoup plus réticents à l'égard de l'évaluation et de la certification des acquis. On les trouve surtout parmi les instituteurs spécialisés et parmi les professeurs intervenant à plein-temps, mais certains professeurs intervenant en heures supplémentaires se montrent eux-aussi très critiques. Pour ces différents enseignants, plusieurs raisons justifient leur dédain sinon leur aversion pour la préparation aux diplômes.

Le diplôme n'apparaît d'abord pas comme un moyen d'attirer beaucoup de détenus, car seuls quelques-uns sont d'emblée intéressés par cette perspective. Cet argument est particulièrement avancé par les enseignants qui soulignent l'importance de créer et susciter la motivation et donc de ne pas sélectionner strictement les étudiants selon leur motivation (cf. supra).

“- Les détenus n'en ont souvent rien à foutre de passer le CFG. On nous demande de les y inciter... C'est aberrant. Le diplôme à l'échelon primaire n'a pas grande valeur. En fin de parcours, tout sera comme avant, qu'ils aient ou non réussi des examens. Ce qu'il faut, c'est des pratiques ouvertes. Quand on décide de lutter contre l'échec scolaire, c'est justement qu'on ne croit pas que les diplômes font tout dans la vie.”

Instituteur spécialisé, 55 ans, 30 ans d'ancienneté dont 25 en milieu pénitentiaire,  
intervenant à plein-temps dans une grande maison d'arrêt

Dans cet extrait, l'instituteur reprend les arguments utilisés par beaucoup de détenus pour justifier leur désintérêt pour les diplômes. Le refus de préparer aux diplômes apparaît alors cohérent avec le choix de ne pas sélectionner les étudiants sur la motivation scolaire. Il est aussi cohérent avec une approche spécifique de l'échec scolaire : l'échec scolaire est alors moins pensé comme un échec personnel de l'enseigné que comme un échec du système scolaire qui n'aurait pas su créer les conditions d'une réussite. Comme l'atteste la dernière phrase de l'extrait, aux yeux de cet instituteur spécialisé, l'enjeu de l'enseignement serait justement de trouver de nouvelles voies qui autoriseraient une réussite que la voie classique — celle des diplômes — n'aurait pu construire.

Pour ces enseignants, faire passer le Certificat de Formation Générale ou le Brevet des Collèges, c'est aussi infantiliser les détenus car cela les renvoie à l'image d'un enfant ou d'un adolescent. Ce serait comme leur faire recommencer un cursus raté, comme leur faire combler un retard : “- Ce qui

m'intéresse, c'est pas de savoir si un détenu a acquis le niveau pour rentrer en sixième... à trente ans ! C'est de savoir s'il se sent mieux" s'est ainsi emporté un instituteur face à un professeur qui durant une pause vantait les mérites des diplômes. De la même manière, le principe de l'évaluation des acquis en cours d'année est vertement critiqué par certains enseignants.

“- Avec l'évaluation, on saucissonne, on multiplie les objectifs. Mais qu'en est-il alors du vrai problème : quel est le niveau de base pour pouvoir être compétent ? Aujourd'hui, on nous parle de la validation des acquis, du portefeuille des compétences : chaque détenu détient un portefeuille de compétences. Entre nous, à l'école, on appelle cela un “dossier scolaire” ! Je trouve cela très très très intéressant !!! (rires). Allez leur demander aux détenus ce qu'ils en pensent de leur portefeuille de compétences ? A mon avis, le portefeuille de compétences, c'est utile à d'autres personnes qu'au détenu lui-même.”

Instituteur, 55 ans, 30 ans d'ancienneté dont deux en milieu pénitentiaire, intervenant en heures supplémentaires dans une petite maison d'arrêt

Si beaucoup de professeurs peuvent s'appuyer sur le discours de leurs étudiants pour justifier l'intérêt des diplômes, les instituteurs peuvent à leur tour étayer leur critique de l'évaluation et de la certification des acquis à partir du discours des détenus. Loin d'être paradoxaux, ces usages différents du discours des détenus proviennent d'une relative diversité des publics rencontrés par les différents enseignants. Cette diversité renvoie autant à une diversité des niveaux d'étude et des motivations des détenus rencontrés qu'à des formes différentes de sélection des étudiants : les instituteurs refusent souvent de sélectionner sur la motivation, tandis que beaucoup de professeurs restreignent leur enseignement aux étudiants souhaitant préparer un examen. Dès lors, il n'est guère surprenant de retrouver dans le public côtoyé par les professeurs des détenus fervents de la certification et dans le public côtoyé par les instituteurs des détenus beaucoup plus critiques.

Pour une majorité d'instituteurs, confrontés à un public en grande difficulté d'apprentissage, le fait de certifier les progrès ne doit pas devenir une *fin* mais seulement un *moyen* d'encourager certains détenus. Ils peuvent alors critiquer la conversion d'un moyen en une fin : “- A mon avis, le portefeuille de compétences, c'est utile à d'autres personnes qu'au détenu lui-même”. Certains critiquent aussi la généralisation du principe de la certification qui n'intéresse dans les faits que certains détenus et qui a pour effet pervers de déplacer aux yeux de tous l'enjeu apparent de l'enseignement : “- C'est la course à l'attestation : les détenus cherchent plus à obtenir l'attestation qu'à faire ce que l'attestation atteste” dit un enseignant sur un ton insurgé au cours d'un repas. Aux yeux de certains enseignants, un autre effet pervers que peut provoquer la “survalorisation” des diplômes est aussi d'entériner une démarcation entre les bons étudiants et les mauvais étudiants :

*“- Vous me parliez tout à l’heure du travail des instituteurs. J’ai ressenti comme une sorte d’envie...”*

- Oui, c’est vrai que l’on ne fait pas le même travail que le leur avec les élèves, disons plutôt avec les apprenants. Nous, on les prépare à un examen et on se cantonne à cela. C’est souvent mal perçu par les instits, d’autant que certains détenus en filière Brevet se démarquent des autres détenus en disant : “- Nous, on prépare un examen.”. On nous a alors reproché de provoquer une scission mentale au sein des détenus, en faisant de l’examen une sorte de promotion éducative. En tous les cas, si cela s’est fait, cela s’est fait malgré nous.”

Professeur (collège), 45 ans, intervenant en heures supplémentaires  
depuis quatre ans dans une grande maison d’arrêt

Ce professeur évoque dans cet extrait des arguments que certains instituteurs m’ont effectivement avancés au cours d’entretiens ou de conversations informelles : les filières à diplôme contribueraient à créer ou approfondir une “scission mentale” au sein des détenus, certains se sentant plus valorisés que d’autres. Un instituteur a même critiqué derrière la préparation au diplôme ce qu’il juge être “l’éternelle reproduction des formes d’inégalités” (sic). On peut noter incidemment que l’enjeu de la certification, s’il suscite une scission mentale au sein des détenus, semble aussi susciter une scission au sein des enseignants. L’enjeu de la certification devient ainsi un révélateur des façons qu’ont les différents enseignants de concevoir l’enseignement en prison et de se représenter leurs groupes d’appartenance.

*“- Qu’est-ce qu’on veut au fond : enseigner à des gosses bien gentils, avec des noms sans consonance asiatique ou maghrébine, et les amener à d’excellents niveaux ? Le problème avec ces gosses, c’est que ce ne sont pas les enseignants qui les amènent à ces niveaux-là, c’est leur niveau socioculturel. Moi, enseigner à des adolescents qui habitent Neuilly, cela ne m’intéresse pas. Ma cible, ce sont les bas niveaux de qualification. C’est cela, mon boulot ; et là, il ne s’agit pas de reléguer les mauvais élèves au fond de la classe, mais de s’occuper d’eux.”*

Instituteur spécialisé, 60 ans, 30 ans d’ancienneté en milieu pénitentiaire,  
intervenant à plein-temps dans une grande maison d’arrêt

Cet extrait montre que le refus par certains enseignants de la valorisation, qui est faite par d’autres enseignants de l’évaluation, de la certification et plus largement des formes “classiques” d’enseignement, renvoie à un refus du stéréotype de l’élève idéal que semble porter cette valorisation. Ce refus est aussi un enjeu identitaire au sens où il permet à cet instituteur d’affirmer la spécificité des instituteurs spécialisés par opposition aux autres enseignants. La virulence de la dernière phrase (“il ne s’agit pas de reléguer les mauvais élèves au fond de la classe, mais de s’occuper d’eux”) montre que le discours constitue une attaque en règle d’autres conceptions de l’enseignement, particulièrement celles qui sont portées par beaucoup d’enseignants en milieu libre et par la majorité des professeurs intervenant en prison, plus généralement par les enseignants non “spécialisés”.

Le regard de ces derniers sur le discours des instituteurs spécialisés éclaire d'ailleurs en retour l'enjeu de la certification des acquis dans la constitution de groupes de référence différents au sein des enseignants intervenant en prison. Pour une grande partie des professeurs mais aussi pour certains instituteurs intervenant depuis peu en prison, le refus que manifestent sèchement les instituteurs spécialisés les plus anciens de la certification et de l'évaluation renverrait surtout à une peur de ces derniers de voir par ce biais être évalués leurs enseignements. Refuser de préparer aux diplômes, ce serait d'abord refuser une évaluation de ses propres enseignements. A leur tour, les instituteurs refusent ce type d'argumentaire en affirmant que les diplômes ne sont pas un moyen pertinent de les évaluer.

“- Les diplômes, c'est une approche biaisée des résultats de notre action. Objectivement, on est là pour remplir le Rapport d'exercice... Un point c'est tout, et c'est grave. Il faudrait plutôt raisonner en termes d'acquis, de comportement. C'est avec le détenu lui-même qu'il faut évaluer la formation qu'on lui donne.”

Instituteur spécialisé, 55 ans, 30 ans d'ancienneté dont 25 en milieu pénitentiaire,  
intervenant à plein-temps dans une grande maison d'arrêt

Au final, on voit que les désaccords sur l'évaluation et la certification des acquis révèlent des actions et des représentations très différentes au sein du monde des enseignants intervenant en prison. Cette diversité ne recouvre pas seulement des façons différentes de concevoir l'enseignement. Elle renvoie aussi à des façons qu'ont les enseignants de se mettre en scène, d'afficher leur appartenance à des groupes d'acteurs dont la simple dénomination “enseignants” ne saurait rendre compte.

### **2.3. Des désaccords sur les contenus**

Les désaccords sur l'enjeu de la certification des acquis recourent de profonds désaccords sur ce que doit être le contenu même des enseignements. L'étude du discours des enseignants sur les contenus, réels ou rêvés, permet en effet de repérer des actions et des représentations très différentes. Deux grands pôles apparaissent : ceux qui privilégient l'acquisition de connaissances et la primauté du contenu, ceux qui insistent sur l'épanouissement et la primauté des intérêts de l'apprenant. On retrouve ici en filigrane la célèbre typologie magister/pédagogue dégagée par Antoine Prost<sup>380</sup> et affinée dans les plus récents travaux de sociologie des enseignants, tels ceux de Jean-François Blin<sup>381</sup> et de Monique Hirschhorn<sup>382</sup>.

---

<sup>380</sup> Antoine Prost, *Eloge des pédagogues*, Paris, Le Seuil, 1985

<sup>381</sup> Jean-François Blin, *Représentations, pratiques et identités professionnelles*, Paris, L'Harmattan, 1997





Les enseignants qui privilégient l'acquisition de connaissances se retrouvent principalement chez ceux qui reconnaissent dans le diplôme une valeur centrale. Leur enseignement, souvent axé autour de la préparation aux examens, engage une conception de l'enseignement comme un contenu plus que comme un contenant. Cette conception de l'enseignement comme un contenu, qui aboutit à privilégier l'accumulation des connaissances, se manifeste par la volonté de suivre les programmes et la crainte de ne pas les terminer, par l'utilisation courante des manuels scolaires, par une prédilection pour le cours magistral, par l'idée qu'il faut répéter un cours tant que les élèves ne l'ont pas compris. Dans la même perspective, certains enseignants admettent qu'ils font essentiellement du bachotage.

“- Au début, j'ai commencé par faire des remises à niveau en travaillant surtout sur le programme de 4ème mais peu à peu je me suis retrouvé embrigadé dans le système de la préparation au Brevet. Depuis deux-trois mois, je fais plus ou moins du bachotage. J'ai avancé très vite, j'ai balancé les grands thèmes du programme de 3ème. Pédagogiquement, je suis allé trop vite. J'ai peur qu'ils n'aient pas pu assimiler les derniers mois de cours. Mais il fallait bien qu'ils aient vu au moins une fois toutes les notions qui pouvaient tomber au Brevet.”

Professeur (collège), 55 ans, intervenant en heures supplémentaires  
depuis un an dans un établissement pour peines

Certains enseignants évoquent la course au temps dans laquelle ils se trouvent engagés et voudraient engager leurs étudiants. Le temps est alors perçu comme une denrée rare : il faut gagner du temps, aller vite. On peut noter que cette représentation va à l'encontre de la façon dont beaucoup de détenus vivent le temps en prison : un temps mort, pesant, qu'il faut “tirer” ou “tuer”. Ce professeur ressent quant à lui une tension forte entre le temps qu'il faudrait consacrer à chaque thème et sa gestion réelle du temps : il dit aller très vite, *trop* vite. C'est l'impératif de l'examen qui lui permet apparemment de résoudre cette tension. La construction de son argumentation et particulièrement la dernière phrase montrent ainsi qu'il lui paraît légitime (“il fallait bien”), tout au moins incontestable, de donner la priorité à un aperçu exhaustif du programme plutôt qu'à un travail approfondi (allant jusqu'à l'assimilation ou l'appropriation des connaissances) sur quelques points du programme. Ce choix, comme nous le verrons, est très contesté par d'autres enseignants intervenant en prison. Il reste qu'il n'est pas unique et qu'il est représentatif d'une certaine représentation de l'enseignement.

La représentation de l'enseignement comme une activité qui doit être centrée sur la diffusion d'un contenu et qui doit viser une acquisition de connaissances se manifeste clairement dans la chasse aux pertes de temps menée par certains enseignants. La question des discussions avec les détenus est ainsi particulièrement révélatrice de cette représentation. Aucun enseignant n'a jamais dit refuser toute discussion avec les détenus, mais beaucoup ont dit limiter au maximum ces moments qui ne sont pas jugés comme faisant partie intégrante de l'enseignement.

“- Est-ce que vous acceptez tous les sujets de conversation ?

- Je limite les sujets, sinon on n'en finit pas. Je recadre vite : “- J'entends votre problème, mais ici, c'est l'école.”. S'ils veulent parler, il y a les visiteurs, les travailleurs sociaux, les psychiatres. Il y a une territorialité à respecter. Si la question est facile et rapide à régler, j'y réponds, mais sinon je renvoie aux personnes compétentes.”

Instituteur spécialisé, 45 ans, 20 ans d'ancienneté dont 5 en milieu pénitentiaire, intervenant à plein temps dans un établissement pour peines

“- Le problème, c'était plutôt de gérer des digressions. Par exemple, quand le cours portait sur l'alimentation, on en arrivait à “- La bouffe de la prison est dégueulasse.”. C'est ce que le directeur adjoint appelle le syndrome “société pourrie”. Dans ces cas-là, je leur laissais un peu de temps pour parler ou se plaindre, et puis on reprenait. Je régulais par le temps. Mais cela pose tout de même des questions : est-ce que notre rôle, c'est de les laisser parler ?”

Professeur (collège), 30 ans, intervenant en heures supplémentaires depuis deux ans dans un établissement pour peines

Ces deux enseignants représentent une position radicale à l'égard des moments de parole investis par les détenus. Le premier renvoie les détenus vers d'autres professionnels, montrant qu'il juge que la discussion avec les détenus n'est pas un élément à part entière de la relation pédagogique. Cette pratique n'est pas sans rappeler celles des médecins généralistes qui renvoient les détenus qui n'ont pas le moral vers les psychiatres, qui à leur tour se “déchargent” sur les psychologues (cf. chapitre 6). Les formes de délégation de ce qui n'est pas perçu comme de son ressort ou de ce qui est perçu comme du sale boulot permettent ainsi d'éclairer la façon que chacun a de se représenter sa tâche. Le second enseignant accepte certains moments de parole déconnectés des savoirs enseignés. Cette acceptation est toutefois très limitée. L'enseignant semble l'accepter par dépit, faute de ne pas pouvoir l'empêcher. La dernière interrogation quelque peu cynique (“est-ce que notre rôle, c'est de les laisser parler ?”) montre la réticence que lui inspire l'acceptation forcée des moments de parole, mais révèle surtout en creux la façon dont il conçoit son métier : un rôle fonctionnel de transmission des connaissances qui n'a guère besoin des interventions de l'enseigné. Beaucoup d'enseignants intervenant en prison semblent partager cette conception du métier, même si leur refus des discussions “extra-scolaires” n'est pas aussi catégorique.

“- Ils ont besoin de parler. Dans ces cas-là, il faut les écouter, éviter de prendre des positions strictes, donner des avis neutres. Parfois, il faut les ramener au cours, quand les débats débouchent sur la police, la justice, etc. ; ils sont écorchés vifs. Je ne les barre pas mais de temps en temps, je leur dis “- Allez, on repart.”. J'écoute toujours un moment, parce qu'ils ont besoin de parler. Souvent, ils viennent nous parler pendant la récréation ou à la fin du cours. Ils nous racontent leur vie, nous parlent des nouvelles qu'ils ont reçues ou non, de leurs enfants qu'ils voient ou non. Nous, on est des interlocuteurs privilégiés, des personnes nouvelles.”

Professeur (collège), 55 ans, intervenant en heures supplémentaires

Cet enseignant énonce une position que l'on retrouve chez la plupart des professeurs intervenant quelques heures par semaine en prison : les discussions ne sont pas refusées, au nom du besoin des détenus de parler. L'enseignant accepte même une position d'interlocuteur privilégié. Mais les discussions ne sont pas conçues comme un élément à part entière de l'enseignement. Les phrases “- Il faut les ramener au cours” ou “- Allez, on repart” montrent que cet enseignant, s'il est ouvert à des discussions, a une représentation dichotomique de ce qui relève de l'enseignement et de ce qui relève de l'extrascolaire. Les moments de discussion sont dès lors pensés comme des moments de pause, de suspension de l'enseignement. Le “véritable” enseignement, ce serait ainsi le moment où est transmis un contenu, où sont transmises verticalement les connaissances de l'enseignant à l'enseigné. On retrouve ici les tenants du cours magistral.

D'autres enseignants ont une vision très différente de ce que doit être le contenu des enseignements. Cette vision s'inscrit en complète rupture avec la vision précédente. Pour certains enseignants, l'enseignement ne peut d'ailleurs même pas être défini par un contenu. Il est alors conçu comme un contenant ou un médium.

“- Ernest Renan le dit mieux que moi : l'essentiel dans l'éducation, c'est l'éveil, pas l'enseignement. Mon but, c'est d'éveiller l'individu, lui permettre de prendre de la distance, l'aider à se construire lui-même. Ce que j'enseigne n'est qu'un médium, pas une fin.”

Instituteur spécialisé, 55 ans, 30 ans d'ancienneté dont 25 en milieu pénitentiaire,  
intervenant à plein-temps dans une grande maison d'arrêt

Cet enseignant refuse une vision qui ferait de l'enseignement une fin plus qu'un moyen. Il avance plutôt une vision centrée sur la relation pédagogique et la place de l'enseigné. On retrouve ici une conception déjà évoquée à propos de la façon dont certains enseignants conçoivent la réinsertion. S'inspirant d'une démarche maïeutique, cet instituteur entend faire découvrir à ses étudiants les capacités et les compétences qu'ils portent en eux. C'est une conception proche de ce que Jean-François Blin appelle une représentation de type pédagogue qui “exprime des choix plus centrés sur l'apprenant et sur le processus “former” où l'enseignant guide les élèves dans leurs apprentissages et prévoit des remédiations à leurs difficultés”<sup>383</sup>.

---

<sup>383</sup>Jean-François Blin, 1997, op. cité, p. 116

Cette vision se manifeste par exemple dans une plus large acceptation des discussions. Ces enseignants peuvent ainsi se servir des discussions que d'autres jugent extra-scolaires comme d'un matériau ou d'un médium de l'enseignement. Cet usage renvoie à une conception du "scolaire" très large, qui dépasse les limites classiques des programmes ou des manuels.

"- La salle (de classe), c'est surtout un lieu de parole, de parole libre : on peut exprimer ce que l'on veut, sans crainte. Avec mes collègues, on est d'accord pour laisser la parole libre. Si un type se lève et m'insulte, je ne le déclasse pas. Il faut des moments de relâche : le détenu parle de lui, de ses problèmes avec sa famille, de son affaire, de la détention. Soit c'est très personnel et j'organise vite quelque chose pour les autres. Soit c'est moins confidentiel et on bâtit la séance autour de ça. Attention, ça veut pas dire qu'on fait tout et n'importe quoi. Mais on essaye de ne pas oublier les préoccupations des personnes en route."

Instituteur spécialisé, 55 ans, 30 ans d'ancienneté dont 25 en milieu pénitentiaire, intervenant à plein-temps dans une grande maison d'arrêt

"- *Quelles sont vos relations avec les personnes détenues ?*

- On parle de tout et de rien, souvent de l'actualité, car beaucoup ont la télé dans leur cellule. En histoire-géo, parler de l'actualité, c'est intéressant, d'autant qu'ils ont une toute autre maturité que les élèves de collège. C'est aussi plus concret."

Professeur (collège), 50 ans, intervenant en heures supplémentaires depuis deux ans dans un établissement pour peines

Pour ces deux enseignants, les discussions sont l'occasion de ne pas négliger les attentes des détenus en partant de leurs préoccupations. Le sujet évoqué n'est plus qu'accessoire par rapport à l'enjeu principal de l'enseignement qui n'est plus la maîtrise de savoirs disciplinaires, mais le développement de la créativité ou l'épanouissement personnel. Beaucoup d'instituteurs ont ainsi évoqué leur volonté de privilégier l'appropriation sur l'assimilation des connaissances. On retrouve ici largement la logique des pédagogues libertaires que décrit Monique Hirschhorn et qui subordonnent le choix des méthodes pédagogiques aux intérêts et aux motivations de l'élève, qui recherchent avant tout "le développement et l'affirmation de la personnalité de chaque individu, quitte à ne pas respecter les contraintes scolaires"<sup>384</sup>.

Cette vision de l'enseignement conduit à une dispersion, sinon à une disparition des "contenus". Plusieurs enseignants ont dit vouloir laisser aller l'enseignement là où les enseignés avaient envie qu'il aille : "je ne peux pas vous dire ce que je ferai demain, je navigue à vue, en fonction des besoins des élèves", explique un instituteur. Ce choix est congruent avec un refus très large de tout ce qui a trait aux programmes. Ces enseignants rejoignent d'abord un doute porté par de nombreux enseignants en milieu libre : Monique Hirschhorn note que "la complexité, l'encyclopédisme, l'absence de cohérence, que l'on retrouve sous une forme plus ou moins accusée dans la plupart des

programmes, font qu'ils n'apparaissent plus aux enseignants comme des textes auxquels ils peuvent se référer, mais seulement comme des contraintes qu'ils ne respectent véritablement que s'ils enseignent dans une classe d'examen"<sup>385</sup>. S'ajoute à ce doute une critique plus virulente sur l'inadaptation des programmes "extérieurs" au public détenu. Dès lors, beaucoup d'enseignants refusent de suivre un programme et critiquent ouvertement ceux qui pensent pouvoir s'y conformer.

Cependant, certains enseignants semblent avoir quelques réticences à dire qu'ils ne suivent aucune ligne directrice car cela tend à renforcer les critiques que leur adressent les responsables de l'enseignement et plus largement les enseignants de type magister. Le discours sur l'individualisation permet alors à ces personnes de trouver un repère pédagogique valorisé qui les met à l'abri d'une critique qui voudrait qu'ils ne fassent plus d'enseignement, mais seulement de l'occupationnel.

Finalement, l'expression des désaccords des différents enseignants intervenant en prison sur la gestion des motivations, l'enjeu de la certification des acquis et le contenu des enseignements permet de repérer tant la diversité des relations pédagogiques que les façons qu'ont ces enseignants de se mettre en scène, d'afficher leur appartenance à des groupes d'acteurs dont la simple dénomination "enseignants" ne saurait rendre compte. On retrouve ici des traits observés chez les professionnels de santé intervenant en prison. Il faut néanmoins noter que les professionnels de santé intervenant en prison cherchent plutôt à paraître unis, tandis que les enseignants semblent moins réticents à affirmer leurs différences. Les façons de concevoir les relations avec les détenus confirment-elles ces différences ?

### **3. Le cas des relations avec les détenus**

Les discours des enseignants intervenant en prison sur leurs relations avec les détenus manifestent-ils des éléments d'entente ou renforcent-ils au contraire la variété des actions et des représentations de ces enseignants ? L'analyse des relations thérapeutiques a montré que derrière une apparence de neutralité affective, c'est plutôt la méfiance qui caractérise les relations entre les détenus et les professionnels de santé intervenant en prison. Qu'en est-il de la relation pédagogique, apparemment moins soumise au modèle de la neutralité affective ? Sur quelles bases normatives se construisent les relations entre les enseignants et les détenus ? Comment les différents enseignants conçoivent-ils une relation idéale ? Quelles sont les relations effectives ? Ce sont des interrogations auxquelles

---

<sup>384</sup>Monique Hirschhorn, 1993, op. cité, p. 235

<sup>385</sup>Monique Hirschhorn, 1993, op. cité, p. 209

nous chercherons à répondre en étudiant successivement des couples de principes autour desquels semblent se structurer les discours des enseignants : une relation verticale ou horizontale, l'indifférence ou la sympathie, la méfiance ou la confiance.

### **3.1. Une relation verticale ou horizontale ?**

L'étude des discours des enseignants intervenant en prison montre un souci largement partagé de considérer la relation avec les détenus comme une relation horizontale d'adulte à adulte, en rupture avec le modèle extérieur de relation d'enseignement auprès d'enfants ou d'adolescents. Cette volonté est-elle une nouvelle norme de comportement ou renvoie-t-elle à des actions et des représentations effectives de l'ensemble des enseignants intervenant en prison ? Y a-t-il parfois des écarts, des tensions entre ce discours et les comportements réels ?

La volonté de considérer les détenus comme des adultes se manifeste principalement dans les discours expliquant l'usage des formules de politesse. Il est intéressant de rappeler ici que l'emploi des formules de politesse par les médecins et les infirmiers s'explique en grande partie par la norme de comportement que constitue pour eux l'idéal de neutralité affective. Pour les enseignants, la neutralité affective constitue moins un repère normatif positif qu'une référence négative, sinon répulsive. L'idéal de la relation pédagogique semble plutôt être une relation personnalisée. En ce qui concerne les enseignants intervenant en milieu pénitentiaire, la volonté de personnalisation semble se manifester par une volonté de montrer qu'ils ne considèrent pas les détenus comme des collégiens ou des lycéens, des enfants ou des adolescents. Ce que beaucoup font apparaître comme le plus symbolique dans l'usage des formules de politesse, c'est l'équivalence ou non des formules utilisées en prison et à l'extérieur, c'est aussi la réciprocité ou non des règles de politesse entre les détenus et eux-mêmes. L'étude des discours permet-elle de comprendre ces usages ?

La grande majorité des enseignants choisissent de vouvoyer les détenus, de les appeler "Monsieur" ou "Madame", par leur nom ou leur prénom et attendent en retour les mêmes formes de politesse de la part des détenus.

*"- Comment les appelez-vous ?*

- Je les vouvoie. Je les appelle "Monsieur", et non par leur prénom. Il y a assez de distance. Ce sont des adultes. La plupart ont 23-24 ans, mais ce sont des adultes. D'où le vouvoiement, alors que les élèves du collège, je les tutoie."

Professeur (collège), 50 ans, intervenant en heures supplémentaires depuis deux ans dans un établissement pour peines

“- Comment les appelez-vous au quotidien, et comment vous appellent-ils en retour ?

- Je les vouvoie et les appelle par leur prénom. Au début, je dis “- Monsieur Machin, Monsieur Truc.”, mais c’est très vite lourd, car je les vois six heures par semaine. Le prénom et le vouvoiement, c’est bien. Eux aussi me vouvoient et m’appellent par mon prénom. Beaucoup m’appellent Mme Julie, parce qu’il y en a un qui m’appelait comme ça pour rigoler. C’est rigolo, et d’un autre côté c’est une preuve de respect.”

Formatrice GRETA, 35 ans, 10 ans d’ancienneté dont 3 en milieu pénitentiaire,  
intervenant à mi-temps dans un établissement pour peines

Ces deux extraits montrent des choix différents de civilités mais des justifications semblables. Pour le premier professeur, le vouvoiement et le refus d’utiliser le prénom comme au collège sont des signes du respect qu’il entend témoigner à des détenus qu’il entend percevoir avant tout comme des adultes. Pour la seconde formatrice qui avoue être attachée aux preuves de respect, l’adoption réciproque du prénom permet une forme de personnalisation de la relation, un moyen de laisser se développer une relation moins verticale et plus conviviale que la relation pédagogique traditionnelle.

Pour beaucoup d’enseignants qui adoptent des règles de politesse semblables, basées sur la réciprocité, les formes de civilité permettent de manifester, outre le respect, une relation horizontale d’adulte à adulte, et par là d’afficher la spécificité de la relation pédagogique en milieu pénitentiaire. Pour les enseignants qui interviennent aussi à l’extérieur, en école, collège ou lycée, ce choix permet d’opérer une nette distinction de leurs publics. Aux yeux de certains enseignants, le choix de la réciprocité est même un symbole particulièrement important pour les détenus car ceux-ci se mettraient souvent d’eux-mêmes dans une situation d’infériorité par rapport aux enseignants.

“- Plus jeune, je tutoyais les détenus mais plus maintenant, du fait de mon âge... En tous cas, ce n’est plus systématique. En retour, je leur demandais de me tutoyer mais beaucoup n’y arrivaient pas car je bénéficiais auprès d’eux d’une auréole que je n’avais pas.”

Professeur, 55 ans, 30 ans d’ancienneté dont 20 en milieu pénitentiaire,  
intervenant à plein-temps dans une grande maison d’arrêt

La proposition faite aux détenus de pouvoir tutoyer les enseignants est alors conçue comme un signe d’une volonté d’instaurer une relation pédagogique horizontale, d’égal à égal. Ce discours sur la volonté de considérer les détenus comme des adultes est-il une norme que les comportements réels contredisent parfois ? Il est ici difficile d’évaluer les écarts entre la volonté déclarée de considérer les détenus comme des adultes et la réalité de cette considération, car je n’ai guère pu observer les pratiques professionnelles *in vivo* (cf. chapitre 3, § 2.1. : l’observation, difficile ou impossible). Certains comportements, tels qu’ils sont évoqués par les enseignants eux-mêmes,



semblent néanmoins révéler une représentation infantilisée des détenus qui peut apparaître contradictoire avec les formes de politesse utilisées.

“- La dernière fois qu’il est venu, il est arrivé comme une fleur à 9h10 et c’était visiblement pour parler à son copain, comme au collègue... Je lui ai demandé de se concentrer. Ensuite, il s’est mis à parler à tors et à travers sur le sujet que l’on étudiait. Je lui ai dit “- Quand vous aurez réfléchi, vous aurez le droit à la parole.”. Il a pris ses affaires, il est parti. C’est vraiment très difficile d’avoir une discipline. Quand il y a des problèmes, le responsable de l’enseignement convoque les détenus, il leur fait des grands discours, en leur disant que les cours, c’est une aide à la réinsertion. Ils écoutent comme des collégiens, tout penauds, en disant qu’ils regrettent. Et puis, cela recommence. Il faut dire que la discipline est assez cool ; les surveillants les laissent venir quand ils veulent. (...)

Peut-être que je me trompe. Mais avec les petits délinquants, j’ai vraiment l’impression de retrouver mes élèves de collègue. Ils sont aussi difficiles. Ils attendent en fait de l’autorité, de la fermeté, même s’il faut y mettre les formes. Là, dans l’épisode que je vous ai raconté, c’était la première fois que j’étais aussi ferme : “- Vous vous taisez, vous parlerez quand vous aurez réfléchi.”. Vous voyez, cela s’est passé comme avec des mêmes en cours.”

Professeur (collège), 45 ans, intervenant en heures supplémentaires  
depuis un an dans un établissement pour peines

Pour cette professeur qui insiste par ailleurs sur la nécessité de “voir dans les détenus des adultes à part entière” (sic), la référence reste l’enseignement au collège. Tout au long de l’entretien, elle compare les détenus auxquels elle enseigne en prison avec des collégiens. Même si l’usage du “comme” (“ils écoutent *comme* des collégiens”, “cela s’est passé *comme* avec des mêmes en cours”) semble attester du fait qu’elle n’assimile pas totalement les deux publics, la comparaison est récurrente. Cette récurrence rhétorique exprime une forme de tension entre la volonté exprimée de considérer les détenus comme des adultes et la tendance permanente à les considérer comme des adolescents. Et la façon qu’elle utilise pour résoudre les conflits avec les détenus — une discipline qu’elle-même juge calquée sur la discipline au collège — montre que c’est plutôt la représentation infantilisée qui guide ses actions. On voit ainsi une tension assez forte entre l’énonciation de normes de comportement et leur mise en oeuvre effective.

Il faut aussi noter que le modèle normatif que semble constituer chez beaucoup d’enseignants une relation horizontale d’égal à égal entre les détenus et eux-mêmes, n’est pas partagé par *tous* les enseignants. Plusieurs discours montrent que certaines actions enseignantes engagent une représentation du détenu assez éloignée de celle que la plupart des enseignants intervenant en prison pensent véhiculer par un emploi de civilités différent de celui qu’ils font ou feraient avec des adolescents. C’est par exemple le cas de cette institutrice qui dit appeler les détenues par leur prénom et les tutoyer, mais qui dit leur demander en retour de l’appeler “Madame X”, avant de se

justifier : “- C’est normal, il faut garder une certaine distance pour garder son autorité”. C’est aussi le cas de certains enseignants qui manifestent une représentation infantilisée du détenu. Cette infantilisation est particulièrement nette chez les enseignants qui entendent créer la même relation en milieu carcéral qu’au collège ou au lycée, qui refusent explicitement de traiter les détenus dans une relation d’égal à égal.

*“- Comment appelez-vous vos élèves ?*

- Depuis que j’enseigne l’anglais, j’appelle toujours mes élèves par des prénoms anglais ; j’essaie de les amener dans le monde britannique ou américanisé. L’année dernière, quand je leur ai demandé s’ils avaient envie de changer d’identité pendant mon cours, ils ont tous répondu “oui”. Il y en a même un qui a voulu reprendre le prénom anglais qu’il avait eu quand il était en sixième. Cette année, c’était “non” à l’unanimité. Je les appelle donc par leur prénom. Eux m’appellent “Madame” — au collège, ils m’appellent “Teacher”, mais là, ce sont des adultes —, sauf un qui a très très vite tenté de m’appeler par mon prénom., ce que j’ai refusé.”

Professeur (collège), 45 ans, intervenant en heures supplémentaires  
depuis deux ans dans un établissement pour peines

Cet extrait montre que la relation pédagogique en prison n’est pas toujours conçue sur un modèle d’adulte à adulte, tout au moins sur un modèle différent du modèle du collège ou du lycée. La seule concession faite par cette professeur d’anglais est que les détenus ne l’appellent pas “Teacher”. Sinon, elle reproduit les procédés qu’elle emploie au collège : l’emploi de prénoms anglophones, le refus d’être appelée par son prénom et par là de la réciprocité des formes d’interpellation semblent manifester une conception verticale, asymétrique, quasi “maternaliste” de la relation pédagogique. La relation pédagogique en prison est ici pensée ou calquée sur le modèle extérieur.

Au final, on perçoit une large diversité des façons de concevoir la relation avec les détenus. Beaucoup d’enseignants entendent créer une relation d’égal à égal, sur le modèle d’une relation d’adulte à adulte différente de la relation pédagogique au collège ou au lycée. Il reste que cette volonté est contredite par certains comportements et qu’elle n’est pas partagée par tous. Si le respect de l’enseignant pour l’enseigné semble être la norme de comportement la plus répandue, c’est une norme beaucoup moins ferme que celle de la neutralité affective pour les professionnels de santé.

### 3.2. L'indifférence ou la sympathie

Si la neutralité affective n'est pas une norme de comportement ni même un idéal pour les enseignants, un de ses pendants — l'indifférence — semble pourtant souvent caractériser les relations entre enseignants et enseignés en prison. Les relectures des entretiens menés auprès d'enseignants m'ont en effet permis de dégager un élément qui ne m'était pas apparu au cours des entretiens : la large indifférence de certains enseignants intervenant en prison pour les enseignés. Cette indifférence se manifeste en fait par l'absence d'expression de sentiments (sinon le respect), par l'absence de propos personnalisés sur certains étudiants et par la faible place des enseignés dans les bilans que dressent les enseignants de leur expérience en milieu pénitentiaire. Il reste que si certains enseignants se montrent nettement indifférents à l'égard de leurs élèves, d'autres entendent leur manifester des formes de sympathie. Le couple indifférence-sympathie semble ainsi permettre d'éclairer la variété des comportements professionnels des enseignants intervenant en prison.

Il faut d'abord noter que peu d'enseignants ont concrètement parlé de leurs étudiants — par exemple de façon nominative —, sinon pour évoquer le cas de détenus jugés très dangereux. Certes, beaucoup d'enseignants, suivant ainsi le modèle des pédagogues, ont évoqué la place centrale que doit occuper l'enseigné dans l'enseignement. Mais cet enseigné dont il était question semblait virtuel. La relation pédagogique apparaissait largement décharnée. Ce constat peut être lié à la situation d'entretien : les enseignants rencontrés pensaient peut-être devoir parler en tant que représentants des enseignants en prison et pouvaient ainsi penser être en situation de devoir généraliser leur expérience. Cependant, l'argument de la situation d'entretien ne saurait expliquer entièrement la large indifférence témoignée par certains enseignants. Alors qu'ils étaient invités à dresser le bilan de leur activité, certains ont très peu évoqué la place des enseignés.

“- Si vous deviez dresser un bilan de cette année...

- Je vais me lancer des fleurs (*rires*) : je pense sincèrement que je ne m'en suis pas mal sortie. Mais c'est vrai que je n'avais pas pensé avoir autant de difficultés. J'avais fait pas mal de choses et je pensais m'en sortir plus facilement.”

Professeur (collège), 45 ans, intervenant en heures supplémentaires  
depuis un an dans un établissement pour peines

“- Si vous deviez dresser un bilan ?

- Je trouve que cette expérience a été très positive. Sur un plan personnel, cela m'a permis de découvrir un milieu que je ne connaissais pas, de voir les détenus sous un autre angle. Au bout de quelque temps, on voit les choses différemment, on voit l'aspect humain et non plus la peine, la condamnation. “

Professeur (collège), 50 ans, intervenant en heures supplémentaires  
depuis deux ans dans un établissement pour peines

“- Je peux dire que la prison m’aide à intégrer les différences de fonctionnement. Ce qui est intéressant, c’est que ce que l’on apprend à la prison peut être réinjecté à l’extérieur. C’est l’intérêt que je perçois du point de vue tant professionnel que personnel. Depuis que j’enseigne, j’ai appris que le relationnel était primordial, mais on n’est pas formé pour cela ; on n’a aucune formation en psychologie.”

Professeur (collège), 30 ans, intervenant en heures supplémentaires  
depuis deux ans dans un établissement pour peines

La juxtaposition de ces trois extraits dans lesquels les enseignants dressent un bilan de leur activité est significative de la place quasi virtuelle de l’enseigné dans leurs représentations : la place de l’enseigné est renvoyée à l’aspect humain, au relationnel. Dans le reste de leur discours, on ne trouve d’ailleurs chez ces trois enseignants aucune référence à des personnes effectives. On retrouve cette forme de désincarnation de l’enseigné dans les discours de plusieurs enseignants intervenant en prison. Cette désincarnation s’accompagne souvent d’une absence d’expressions concernant des émotions, des sentiments — hormis celui de la peur, comme nous le verrons plus tard — qui auraient pu être éprouvés au contact des détenus. Les champs lexicaux de la sympathie ou de l’affection sont ainsi singulièrement absents des entretiens avec ces enseignants. Souvent exprimée en creux, la large indifférence pour les enseignés se manifeste aussi plus explicitement dans certains extraits.

*“- Quelles sont vos relations avec les personnes détenues ?*

- Ce sont des relations normales, avec parfois quelques frictions sur les absences et sur leur mode de travail. Je suis assez clair avec les gars. Je veux qu’ils me repèrent comme enseignant, pas comme autre chose.

*- Comment les appelez-vous ?*

- Je les appelle par leur nom et je les vouvoie, sauf certains que je connais depuis longtemps. C’est une question de respect.

*- Et eux, comment vous appellent-ils ?*

- Un ou deux me tutoient, mais c’est rare.”

Instituteur spécialisé, 45 ans, 20 ans d’ancienneté dont 5 en milieu pénitentiaire,  
intervenant à plein temps dans un établissement pour peines

Cet extrait permet de montrer que les formes de politesse et le respect qu’elles sont censées manifester, sont aussi souvent perçues comme l’occasion de maintenir une distance entre l’enseignant et l’enseigné. Cet instituteur entend ainsi être repéré uniquement comme enseignant, “pas comme autre chose” : cette vision semble renvoyer à une définition sobre et austère, sinon rigoriste de l’enseignement, qui exclut toute forme de familiarité ou proximité. Le fait qu’il caractérise ses relations avec les personnes détenues de “normales”, montre bien l’absence d’émotion ou l’indifférence qu’il ressent ou qu’il entend ressentir. Pour d’autres enseignants, l’absence d’émotion est aussi explicitement recherchée.

“- Je fais attention, car je ne veux pas de relation ambiguë ; je crains que les relations deviennent trop familières. C’est pour cela que je ne souhaite pas particulièrement qu’ils m’appellent par mon prénom. ”

Professeur (collège), 45 ans, intervenant en heures supplémentaires depuis deux ans dans un établissement pour peines

L’emploi du prénom, que d’aucuns considèrent comme une façon s’assouplir la rigidité de la relation magistrale, est ici considéré comme un signe de familiarité et plus encore d’ambiguïté. Cet extrait montre un souci de maintenir les distances, au nom du maintien d’une relation pédagogique perçue comme une relation qui doit exclure la familiarité. L’indifférence est donc souvent un élément contrôlé, voulu. On retrouve d’ailleurs ce souci de maintenir une relative indifférence chez d’autres enseignants.

*“- Quelles sont vos relations avec les détenus ?*

- On rencontre des gens sympa, qui pourraient être des copains. On se demande alors comment ils ont pu atterrir en prison. Peut-être des dédoublements de personnalité. C’est pour cela que c’est important de garder de la distance.”

Professeur (collège), 30 ans, intervenant en heures supplémentaires depuis deux ans dans un établissement pour peines

Cette enseignante qui avoue trouver des détenus “sympa” et reconnaît un sentiment spontané de sympathie manifeste là encore un souci des distances. En permanence sur ses gardes, elle semble assimiler la sympathie à un moment d’égarement qui pourrait la mettre en danger.

*“- Comment les appelez-vous ?*

- Je les appelle “Monsieur”, car tout le monde fait comme ça. Le vouvoiement est aussi de rigueur. Eux m’appellent “Mr X”. Parfois, il y a un “- Prof” qui s’échappe : “- Prof, vous ne pouvez pas me dire... ?”. Par devoir de réserve, je leur donne mon nom, mais je ne leur dis pas d’où je viens et ce que je fais précisément.”

Professeur (collège), 45 ans, intervenant en heures supplémentaires depuis quatre ans dans une grande maison d’arrêt

Le souci de ce professeur de ne pas dire d’où il vient et ce qu’il fait précisément au nom du “devoir de réserve” laisse penser que le sentiment d’indifférence que manifestent certains enseignants pour les détenus peut en fait cacher un sentiment de crainte. Il semble ainsi s’agir d’en dire le moins possible pour se préserver une intimité dont la violation serait porteuse de risques.

Les contours de la large indifférence que manifestent certains enseignants intervenant en prison à l'égard des détenus étant dressés, il convient de préciser que tous les enseignants ne répondent pas à ce modèle. D'autres d'enseignants manifestent une beaucoup plus grande proximité à l'égard des détenus que les enseignants précédents. Cette proximité se concrétise d'abord par un plus grand engagement, sinon enthousiasme.

*“- Vous avez des relations privilégiées avec certains enseignants ?*

*- Avec certains, oui.*

*- Ça tient à quoi ?*

*- A leurs personnalités. Et à certains actes. L'année dernière, deux profs — le prof de français et le prof de maths — sont venus spécialement pour moi le 1er et le 8 mai. Ils sont venus spécialement pendant trois heures chacun. Cette année, le prof d'histoire-géo — il est très très bien et puis, je m'en sens proche parce que je suis intéressé par la matière — est venu le 11 novembre. Cela montre leur engagement. Vous devriez les rencontrer.”*

*Personne détenue, 40 ans, condamnée à une peine de perpétuité,  
incarcérée depuis 5 ans, établissement pour peine*

*“- C'est une année où j'étais heureux d'aller en cours le jeudi après-midi. J'ai toujours éprouvé du plaisir, ce qui n'est pas toujours le cas au collège. Je termine l'année très content de l'expérience que j'ai vécue. J'ai eu beaucoup de satisfaction. Certes, j'étais mort de fatigue après mes trois heures de cours où il avait fallu voltiger constamment d'élève en élève ; j'étais un zombie, mais j'étais content. On a l'impression d'être utile à quelque chose. Imaginez les yeux qui s'émerveillent chez les enfants. En prison, il y en qui disent tout à coup : “- Formidable, ça y est, j'ai compris.”. On apporte une petite étincelle et ils en font un feu resplendissant. C'est très gratifiant pour nous. Je suis très content de cette année. Ce n'est pas une corvée d'enseigner là-bas. J'y suis allé en plus le 1er mai, pendant les vacances ou même ce matin, parce que je ne voulais pas les lâcher. On sent qu'il faut qu'on le fasse. Ce n'est pas un gagne-pain, même s'il ne faut pas dire que l'on crache sur l'argent. Il ne faut pas non plus être démagogique.”*

*Professeur (collège), 55 ans, intervenant en heures supplémentaires  
depuis un an dans un établissement pour peines*

La comparaison de ces deux discours d'un détenu et d'un enseignant qui se côtoient dans le même établissement montre que les relations entre les détenus et les enseignants ne sont pas toujours marquées du sceau de l'indifférence. Si les détenus rencontrés ont parfois évoqué le manque d'implication de certains enseignants, ils le faisaient souvent pour souligner à l'inverse l'engagement d'autres enseignants. Certaines situations montrent une proximité de certains enseignants à l'égard de leurs étudiants : pendant les pauses, certains demandent des nouvelles régulières de l'avancée des procès, évoquent les relations familiales ou le vécu de l'enfermement.

“- Avec les enseignants, ça se passait comment ?

- On avait un bon prof. On plaisantait bien avec lui. Il était pas coincé. Il était pas juste là pour faire ses heures et repartir chez lui. Franchement, il était mieux que les profs de stage à l’extérieur. Il était pas endormi, il discutait, il était motivé. C’était pas “ - Je fais mes huit heures et je rentre chez moi.””

Personne détenue, 28 ans, incarcérée depuis cinq ans dans une maison d’arrêt

Les situations hors cadre pédagogique servent en fait souvent de révélateur des représentations des enseignants intervenant en prison. Comme la plupart des professionnels de santé, certains enseignants ne serrent la main aux détenus que lorsqu’ils les rencontrent dans le centre scolaire : dans le reste de la détention, ils se contentent d’un “bonjour” souvent collectif. D’autres enseignants profitent au contraire des rencontres au sein de la détention, pour dialoguer et plaisanter naturellement avec les détenus. C’est par exemple le cas de cet échange entre un instituteur et un de ses ex-élèves qui rejoignait sa cellule, un papier à la main :

“- Qu’est-ce que tu trimalles là ? A coup sûr, tu viens d’en prendre pour cinq ou six ans en plus ! (rires)

- Non, non, c’est pour me faire un dossier de C.A.P. (Commission d’Application des Peines). Avec le certificat scolaire que vous allez me faire et les appréciations que vous allez y mettre, je suis sûr de faire sauter au moins trente mois ! (rires)

- Compte pas trop sur moi ! Tu vas voir un peu ce que je vais écrire ! (rires)”

Les tabous font quelquefois l’objet de plaisanteries qui témoignent d’une certaine complicité entre enseignants et détenus. Certains enseignants utilisent d’ailleurs aussi parfois les rencontres avec les détenus au sein de la détention pour manifester une proximité, par bravade à l’égard des personnels pénitentiaires.

Finalement, le couple indifférence / sympathie permet d’éclairer la diversité des modes de relations qu’ont les différents enseignants avec les personnes détenues en prison. Certaines relations semblent naturellement indifférentes ou proches. L’indifférence et la sympathie semblent aussi parfois calculées, comme chez ces enseignants qui ont peur de trop s’engager, qui se sentent soumis à un devoir de réserve. Le choix de l’indifférence ne manifeste-t-il pas alors une méfiance importante envers les détenus ?

### 3.3. Entre méfiance et confiance

“- On a créé des filières Brevet dans tous les établissements de la région, sauf dans celui de X, car je n’ai trouvé aucun professeur qui veuille y enseigner, du fait de la mauvaise réputation de l’établissement.”

Directeur d’une Unité Pédagogique Régionale

L’aveu de ce responsable régional de l’enseignement rappelle que la prison suscite des peurs, tout au moins des fantasmes, qui en font souvent un lieu de répulsion pour ceux qui seraient susceptibles d’y intervenir. Se construit autour de la prison, surtout des maisons centrales, une représentation des détenus comme des personnes dangereuses. Nous ne reviendrons pas sur l’analyse de cette construction qui a déjà été conduite dans le chapitre 6 (§ 3.2 : un détenu présumé dangereux). Il convient néanmoins d’évoquer ici ce qui distingue les enseignants des professionnels de santé.

Le poids de la neutralité affective comme norme de comportement engage souvent les professionnels de santé à nier la méfiance qu’ils peuvent ressentir envers les détenus. L’absence de cette norme de comportement rend-elle les enseignants plus libres d’exprimer les craintes qu’ils pourraient ressentir ? Si oui, expriment-ils souvent des craintes ?

Une première lecture des entretiens permet de remarquer que plusieurs enseignants ont reconnu, sans guère de réticences et précautions oratoires, la peur qu’ils ont pu ressentir en prison. Le récit des “premières fois” (la première visite, le premier cours en prison) est ainsi souvent centré sur les craintes éprouvées au contact des détenus, alors même que ce thème est largement tabou chez les professionnels de santé.

“- En fait, je suis rentrée à la prison par hasard, il y a un an et demi. Le responsable local qui me connaissait m’a appelée et m’a proposé de m’occuper des cours dans la filière Brevet. J’ai accepté (...). Après la réponse, il a fallu passer à l’acte, avec toutes les craintes, les appréhensions, les peurs que cela signifiait, notamment les peurs que m’ont données les autres, par exemple, mon compagnon de l’époque ou les copines qui s’inquiétaient ou avaient peur pour moi : “- Mais qu’est-ce que tu fais ?”.”

Professeur (collège), 30 ans, intervenant en heures supplémentaires  
depuis deux ans dans un établissement pour peines

“- Le premier cours, c’était un mercredi matin. Je me souviens des portes qui se refermaient et qui claquaient derrière moi. C’était comme dans un film. L’instituteur n’était pas là ce jour-là. Quand j’ai vu le surveillant, je lui ai dit : “- Je vais être toute seule avec eux ?”. Il m’a répondu : “- Vous avez peur ? Mais qu’est-ce que vous voulez qu’ils vous fassent ? La seule chose que vous pouvez craindre, c’est une prise d’otage... Non, je plaisante.”. Pour me rassurer, il m’a dit qu’il passerait pendant le cours derrière la porte de la classe, qui a une partie vitrée. Il est passé quelques fois. Mais c’est vrai que ce premier jour, j’ai eu peur. D’autant que je ne savais pas comment réagiraient les détenus face à une femme. Ce qui me faisait le plus peur, c’étaient



d'entendre les réactions de mes proches, de mes parents, de mes enfants quand je leur disais que j'allais travailler à la prison. J'ai eu peur le premier matin. Mais je me suis vite rendu compte qu'il n'y avait pas à avoir peur des relations avec les détenus."

Professeur (collège), 45 ans, intervenant en heures supplémentaires depuis deux ans dans un établissement pour peines

Dans ces deux extraits, l'origine des craintes d'exercer en prison sont principalement attribuées à l'environnement familial, comme pour justifier un sentiment perçu comme peu avouable. Il reste que, quelle que soit son origine, un sentiment de peur est avoué par ces deux enseignantes, comme par plusieurs autres enseignants rencontrés en entretien, alors même que l'expression d'un tel sentiment est largement tabou chez les professionnels de santé. Un enseignant a ainsi reconnu laisser la porte de la salle de classe ouverte pour se rassurer. Plusieurs enseignantes, intervenant dans des établissements pour hommes, ont dit veiller scrupuleusement à la façon de s'habiller pour "ne pas provoquer les détenus", "limiter les risques de dérapages" (sic). Le discours sur les motifs d'incarcération est lui aussi beaucoup plus libre que chez les médecins et les infirmiers. Certains enseignants n'hésitent pas à dire qu'ils connaissent certains motifs, qu'ils demandent parfois à les connaître ou à ne pas les connaître pour ne pas être influencés. Plusieurs enseignants ont d'abord dit demander les motifs d'incarcération.

"- Quand je sens mal quelqu'un, je vais demander, je vais à la pêche aux informations. Je veux savoir à qui j'ai affaire, pour ne pas tomber dans la naïveté de base.

- *En quoi peut consister cette naïveté ?*

- Elle consiste à ne pas voir certaines réalités. Un gars, qui est ancré dans la délinquance, peut être vraiment dangereux. Il ne faut pas délirer ou fantasmer. On peut tendre des perches, mais pas plus. Il faut doser. Ce n'est pas toujours facile. Regardez, par exemple, le gars qui est venu tout à l'heure me demander une photocopie, derrière les apparences, c'est un proxénète pas vraiment angélique."

Instituteur spécialisé, 45 ans, 20 ans d'ancienneté dont 5 en milieu pénitentiaire, intervenant à plein temps dans un établissement pour peines

Il est intéressant de comparer l'argumentaire de cet enseignant avec l'argumentaire développé par la majorité des professionnels de santé. Tandis que ces derniers expriment souvent une tension entre la volonté de ne pas savoir au nom d'un impératif de neutralité affective et la nécessité de savoir au nom d'un impératif pratique, cet instituteur ne ressent aucune "contradiction professionnelle" au fait de demander les motifs d'incarcération. Le fait de ne pas vouloir connaître les motifs n'est pas assimilé à une norme souhaitable mais à de la naïveté. Pour cet instituteur spécialisé, la norme de comportement consiste moins à ne pas vouloir connaître les motifs qu'à vouloir voir la réalité en face.

Le fait que la neutralité affective ne constitue pas chez les enseignants un modèle normatif de comportement semble leur permettre de reconnaître beaucoup plus facilement que les médecins et les infirmiers leur volonté de connaître les motifs d’incarcération. Le discours des enseignants sur les motifs d’incarcération apparaît dès lors moins comme un double discours que le discours des professionnels de santé. Dans cette logique, certains enseignants peuvent même reconnaître, sans ambages, tenir compte des motifs d’incarcération dans la sélection des étudiants.

*“- La sélection des élèves se fait-elle seulement sur des critères de motivation ?*

- Non, pas seulement. Cette année, il y a deux élèves qui voulaient venir en cours mais que le responsable n’a pas inscrits. Il m’a dit : “- Dans ces deux-là, il y a un racketteur et un gros caïd. J’ai pas envie que tu aies ces gens dans ton groupe.” Je crois que c’est à la fois pour me protéger et pour qu’il se dise au sein de la détention qu’en classe Brevet, on ne prend pas n’importe qui. Il ne veut pas que ce soit la porte ouverte.”

Professeur (collège), 45 ans, intervenant en heures supplémentaires  
depuis deux ans dans un établissement pour peines

Dans le chapitre précédent, nous avons vu que ce sont essentiellement les pratiques de l’Administration Pénitentiaire — en l’occurrence des directions locales — qui font de l’accès aux divers enseignements un privilège réservé aux “bons” détenus. Cet extrait propose un nouvel éclairage sur le système de privilèges dans lequel est inscrit l’accès à l’enseignement en prison. En effet, on voit que certains responsables de l’enseignement n’hésitent pas à refuser l’accès à l’enseignement aux détenus qu’ils jugent dangereux ou indésirables. Dans certains établissements, l’accès à l’enseignement semble ainsi soumis à un barrage des enseignants eux-mêmes qui pensent légitime de refuser la scolarisation de certains détenus. On retrouve ici une situation semblable à celle de certains médecins qui, de par la situation institutionnelle du malade en prison, ont le pouvoir de ce qu’ils sentent comme leur devoir et par là ont une grande latitude dans la définition de ce qu’ils pensent être leur devoir (cf. chapitre 6, § 4). Dans certains établissements, les responsables de l’enseignement sont aussi dans une position autocratique qui leur permet de ne pas répondre aux demandes des détenus et de limiter l’accès à l’enseignement en prison. Cette position potentiellement autocratique rend prépondérant l’enjeu de la méfiance que peuvent ressentir certains enseignants pour certains détenus.

Il convient néanmoins de ne pas exagérer le poids de la méfiance éprouvée par l’ensemble des enseignants envers les détenus. Comme beaucoup de professionnels de santé, beaucoup d’enseignants n’ont ainsi pas évoqué de craintes, ni même de situations vécues comme dangereuses. La principale différence avec les médecins et les infirmiers ne semble donc pas résider dans l’importance des craintes ou des retenues ressenties, mais plutôt dans l’apparente plus grande facilité de certains enseignants à avouer des craintes et des retenues. L’influence de la connaissance

des motifs d'incarcération est par exemple assez nettement affichée par certains enseignants, ce qui est rare chez les professionnels de santé.

“- Je préfère ne pas savoir. Tenez, il y a un élève que j'aime bien. Cette semaine, j'ai dit au responsable : “- J'espère que cet élève, on va le réinscrire l'année prochaine.”. Indirectement, il m'a répondu : “- Tu sais, il est M.A. 0.”, ce qui veut dire qu'il est là pour moeurs. En plus, le responsable m'a dit : “- Tu sais de quoi je veux parler : on en parle beaucoup en ce moment, surtout chez les enseignants.”. Vous voyez, maintenant, j'ai trois mois pour oublier qu'il est là pour pédophilie. J'avais pas envie de le savoir. A la limite, l'élève qui en a pour perpétuité et qui est là pour des attaques de bandes, cela me dérange moins. Mais, les moeurs, ça me dérange. Je n'ai pas envie de savoir les raisons pour lesquelles ils sont là ; je veux continuer à toujours voir en eux des élèves.”

Professeur (collège), 45 ans, intervenant en heures supplémentaires  
depuis deux ans dans un établissement pour peines

Loin de vouloir dénier l'influence de la connaissance des motifs sur sa pratique, cette enseignante reconnaît ses réticences à enseigner à des détenus condamnés pour attentats aux moeurs. Alors que le discours des professionnels de santé sur la connaissance des motifs d'incarcération et l'influence de celle-ci sur les pratiques est saturé de références à la norme de la neutralité affective, le discours des enseignants ne montre guère de tensions entre modèle normatif et réalité. Certes, cette enseignante dit préférer ne pas savoir : on retrouve ici une retenue morale et éthique éprouvée par de nombreux professionnels de santé. Mais contrairement à beaucoup d'infirmiers et médecins, cette enseignante ne manifeste aucune réticence à dire qu'elle connaît certains motifs et à reconnaître que cela peut l'influencer. Je n'ai par ailleurs trouvé dans aucun entretien avec des enseignants des formes qui s'apparenteraient aux dénis déontologiques évoqués pour les professionnels de santé (cf. chapitre 6, § 3.3.).

Au final, la méfiance qu'éprouvent certains enseignants intervenant en prison pour les personnes auxquelles ils enseignent apparaît plus facilement avouée que celle que ressentent certains professionnels de santé. Si un sentiment de méfiance est souvent avoué par les enseignants les plus récents, il convient néanmoins de préciser que la question de la peur ou celle de la confiance ne se posent pas pour la plupart des enseignants les plus anciens. On voit ici que l'ancienneté d'exercice joue beaucoup sur les modes de relations qu'entretiennent les différents enseignants avec les détenus. Ces modes de relation sont finalement extrêmement variés, ce qui révèle et renforce l'hétérogénéité des modes d'action et de représentation des enseignants intervenant en prison.

## Conclusion

L'analyse conduite dans ce chapitre montre la diversité des actions et des représentations des enseignants intervenant en prison, alors même que ceux-ci se trouvent placés dans un système de contraintes assez contraignant, beaucoup plus contraignant que celui dans lequel se trouvent placés les professionnels de santé intervenant en prison. Le degré de cohérence d'une profession ne semble donc pas lié strictement à la nature du système de contraintes.

Si les différents enseignants intervenant en prison partagent quelques repères normatifs ou espoirs communs (l'objectif de réinsertion, l'individualisation des enseignements, l'idée que l'enseignement en prison ne peut être comme à l'extérieur), ils s'opposent largement sur la gestion des motivations, la certification des acquis, la question des contenus. Ces désaccords traduisent des oppositions de modèles normatifs mais aussi des oppositions d'actions effectives. Dans la même perspective, les modes de relation qu'entretiennent les différents enseignants avec les détenus sont divers et épars. Les relations avec les détenus sont généralement voulues horizontales, basées sur la confiance et teintées de sympathie, mais elles sont beaucoup plus contrastées dans les faits.

L'étiquette "enseignants en prison" semble dès lors moins recouvrir un groupe d'acteurs aux actions et représentations homogènes, qu'une constellation de groupes aux logiques différentes. Peut-on établir une typologie de ces différents groupes ? Comment expliquer les oppositions d'actions et de représentations entre les différents enseignants : sont-elles liées à la structuration de la profession enseignante dans son ensemble et/ou sont-elles dues à la singularité du milieu d'exercice pénitentiaire ? Comment les différents enseignants se situent-ils les uns par rapport aux autres : observe-t-on, comme chez les professionnels de santé, une volonté de s'afficher unis ou au contraire un souci d'afficher ses différences ? L'étude des actions et des représentations des enseignants en prison ne conduit-elle à reformuler les enseignements, énoncés dans la seconde partie, sur la nature des professions et du milieu d'exercice pénitentiaire ?



# Chapitre 11

## Les logiques d'action des professionnels de l'enseignement en prison

Comme le chapitre 7 visait à offrir un moment de compréhension synthétique de la diversité des actions et des représentations des professionnels de santé intervenant en prison, ce chapitre vise à synthétiser les enseignements des chapitres précédents sur les actions et les représentations des enseignants intervenant en prison. Nous nous appuierons d'abord sur une typologie des groupes d'enseignants intervenant en prison, à partir d'une analyse des similarités d'actions et de représentations, d'une analyse des tensions exprimées entre modèles normatifs et comportements effectifs. Cette typologie établie, nous essayerons de dégager dans une seconde sous-partie les effets et les enjeux des groupes de référence, des dénominations professionnelles, des masques et des miroirs utilisés par les enseignants pour désigner ce qu'ils croient ou ce qu'ils voudraient être leur groupe d'appartenance. Nous chercherons finalement à dégager la place plus ou moins valorisée du milieu d'exercice pénitentiaire parmi tous les milieux d'exercice rencontrés par les enseignants.

Ce regard porté sur les enseignants intervenant en prison, croisé avec le regard porté sur les professionnels de santé intervenant en prison, devrait finalement permettre d'approcher les différentes façons dont se construisent et s'organisent les professions de la santé et celles de l'enseignement. Il devrait aussi permettre d'analyser le poids du milieu d'exercice pénitentiaire dans les manières qu'ont les différents acteurs de se mettre en scène. Quels sont les acteurs qui valorisent le fait d'exercer en milieu d'exercice pénitentiaire ? Pourquoi ?

# 1. Typologie des groupes d'acteurs

Sans revenir ici sur les principes de construction d'une typologie exposés en introduction de la première partie du chapitre 7, on rappellera qu'il s'agit ici de rendre compte des principaux axes autour desquels se structurent les actions et les représentations des différents enseignants intervenant en prison. Comme pour les professionnels de santé, l'absence ou la présence de modèles de comportement, la variété des modèles de comportement mobilisés, les différences de prégnance de ces modèles sur les comportements effectifs, la variété des façons de vivre les tensions entre les aspirations normatives et les actions concrètes ainsi que la multiplicité des ajustements trouvés pour réduire ces tensions, font que la typologie proposée est nécessairement simplificatrice. Elle devrait néanmoins permettre d'approcher les spécificités de la population des enseignants intervenant en prison.

Il faut ici préciser que l'essai de typologisation des enseignants intervenant en prison présente une difficulté que ne présentait pas l'essai de typologisation des professionnels de santé : même si aucun ne s'intéresse aux enseignants intervenant en milieu pénitentiaire, de nombreux travaux, historiques ou sociologiques, ont déjà proposé des typologies des groupes d'enseignants. On pense notamment aux travaux d'Antoine Prost<sup>386</sup>, de Lise Demailly<sup>387</sup>, de Monique Hirschhorn<sup>388</sup>, de Jean-François Blin<sup>389</sup>. Quelle place donner à ces typologies dans un essai de typologisation des enseignants intervenant en prison ? Sans renoncer à faire référence à ces travaux, la typologie proposée dans ce chapitre prend le parti inductif de partir des entretiens, plutôt qu'un parti déductif qui consisterait à vérifier si les typologies déjà établies peuvent rendre compte du monde enseignant en milieu pénitentiaire.

Une difficulté vient néanmoins du fait que les typologies existantes, si elles peuvent être négligées d'un point de vue analytique, n'en ont pas moins des effets dans le réel. On pense notamment à la distinction entre les pédagogues et les magister, établie par Antoine Prost. La plupart des enseignants connaissent cette distinction et l'utilisent dans leur discours, dans leur façon de se présenter et de se mettre en scène. La plupart tendent d'ailleurs à s'affirmer proches du modèle des pédagogues et éloignés du modèle des magister. Cette affirmation est sans doute liée à l'ordre historique d'apparition des deux modèles : récuser le modèle le plus ancien des magister permettrait

---

<sup>386</sup>Antoine Prost, *Histoire de l'enseignement en France 1800-1967*, Paris, A. Colin, 1968

<sup>387</sup>Lise Demailly, *Pédagogie du français et rapports sociaux*, Thèse de troisième cycle, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 1979

<sup>388</sup>Monique Hirschhorn, *L'ère des enseignants*, Paris, PUF, 1993

<sup>389</sup>Jean-François Blin, *Représentations, pratiques et identités professionnelles*, Paris, L'Harmattan, 1997

d'afficher sa "modernité". Par ailleurs, le modèle des pédagogues est très valorisé dans le travail pionnier d'Antoine Prost et surtout dans son prolongement<sup>390</sup>. Se référer au modèle des pédagogues devient dès lors un incontournable dans la "profession" enseignante. Et les enseignants intervenant en prison n'échappent pas à la règle : quasiment tous valorisent le modèle des pédagogues, même s'ils ne s'entendent pas sur ce qu'il peut recouvrir. Aussi se trouve-t-on devant une situation où les acteurs semblent valoriser un modèle normatif, essentiellement parce qu'il est difficile de reconnaître en valoriser un autre. Mais il est néanmoins probable que ces acteurs ont d'autres modèles normatifs sous-jacents qui guident effectivement leurs actions. L'essai de typologie doit alors viser à dégager ces modèles normatifs sous-jacents, au delà des effets d'affichage.

Trois grands groupes d'acteurs ont pu être dégagés, à partir de l'étude des formes de similarité d'actions et de représentations chez les enseignants intervenant en prison :

- les "bellicistes" entendent prioritairement lutter contre toutes les formes d'intrusion des logiques d'action des personnels pénitentiaires dans le fonctionnement du système d'enseignement.
- les "magister malgré eux" sont des enseignants dont les façons d'enseigner, centrées sur la transmission des connaissances, apparaissent en décalage avec leur discours sur les spécificités de l'enseignement en prison.
- les "pédagogues spécialisés" centrent leur activité autour de l'affirmation d'une pédagogie spécialisée, adaptée au public adulte rencontrant des difficultés d'apprentissage, mais non spécifique au milieu pénitentiaire.

Quelles sont les caractéristiques des trois groupes mis en évidence ? Quels sont les modèles normatifs valorisés ? Que révèlent les discours sur les tensions ressenties entre normes de comportement et comportements effectifs ?

## 1.1. Les "bellicistes"

Le premier groupe des "bellicistes" rassemble des enseignants qui se distinguent et se définissent prioritairement par leurs conflits récurrents avec les personnels de l'Administration Pénitentiaire, par un rapport conflictuel à l'institution. Dans leurs discours, cette dimension conflictuelle prend nettement le pas sur les aspects pédagogiques de leur métier. Ce sont très largement des enseignants anciens en milieu pénitentiaire (plus de quinze ans d'ancienneté), souvent des instituteurs intervenant à plein temps, mais aussi quelques professeurs intervenant à temps-plein, souvent des PEGC.

---

<sup>390</sup>Antoine Prost, *Eloge des pédagogues*, Paris, Le Seuil, 1985



Les bellicistes inscrivent leurs actions dans une tradition de lutte avec l'Administration Pénitentiaire, de refus d'implication dans le fonctionnement de la prison. La description de leur activité se fait en termes d'acquisitions et de conquêtes faites ou à faire. Ils rappellent d'abord avec insistance les conflits violents qui les ont opposés à l'Administration Pénitentiaire, au sujet de la conquête du territoire de la classe, de la conquête d'une complète autonomie pédagogique. La visite des locaux scolaires s'accompagne par exemple de commentaires sur la présence passée des surveillants, dans la classe, derrière la porte de la classe ou dans le centre scolaire. Le discours des bellicistes est focalisé sur les luttes avec les personnels pénitentiaires, et les luttes passées leur fournissent un vivier d'exemples. Mais l'esprit critique des bellicistes — "l'esprit rebelle" pour reprendre l'expression d'un instituteur à son sujet — ne focalise pas que leur discours, il semble aussi focaliser leur activité d'enseignement.

Les bellicistes présentent les aspects de leur activité en réfléchissant toujours au rôle de cette activité dans la prison. S'ils se disent satisfaits d'enseigner à des personnes en difficulté, ils regrettent que l'enseignement joue un rôle apaisant ou lénitif dans la prison. S'ils disent tenir à ne pas sélectionner les détenus pour ne pas décourager les velléités de ces derniers, ils disent immédiatement regretter que ce choix de non sélectivité puisse être exploité par les personnels pénitentiaires pour tenter de placer les détenus violents, agités ou désœuvrés. Ils jugent ainsi tous les aspects de leur activité à l'aune des fonctions latentes de cette activité, jugées perverses parce que contraires à leur volonté. Ils voudraient pouvoir enseigner sans que cette activité ne serve aucunement à réguler la prison, à réduire les tensions, à occuper les inoccupés. Ils expriment alors leur continuelle insatisfaction car de leur point de vue, "la" prison, souvent personnifiée dans leurs discours, parvient toujours à exploiter et par là à dénaturer leurs actions.

Les discours insatisfaits des bellicistes apparaissent très engagés et sont centrés sur des dénonciations. Hormis les luttes passées, les conflits actuels avec les personnels pénitentiaires, autour de la maîtrise du recrutement et du suivi des étudiants, sont les principaux thèmes évoqués spontanément par les bellicistes. Ceux-ci disent ne pas supporter toutes les formes d'ingérence de l'Administration Pénitentiaire dans le recrutement. Ils refusent de rencontrer systématiquement les détenus dans les premiers jours de leur arrivée pour ne pas participer au "rituel d'entrée" dans l'institution, pour ne pas être assimilés à des personnels de l'institution ; ils préfèrent organiser eux-mêmes leur système d'information et de rencontre avec les nouveaux détenus. Ils rentrent en conflit ouvert avec les personnels de direction quand ceux-ci refusent l'accès de certains détenus jugés dangereux ou au contraire tentent d'imposer la scolarisation des détenus inoccupés. Ils dénoncent tous les modes d'organisation qui restreignent l'accès des détenus au système d'enseignement ; un instituteur d'une grande maison d'arrêt dénonce par exemple le choix de la direction de son

établissement de rassembler tous les détenus transférables dans une division et de les priver autoritairement d'accès au système d'enseignement, sous prétexte qu'ils peuvent être transférés d'un jour à l'autre. Les bellicistes dénoncent aussi toutes les décisions pénitentiaires qui peuvent nuire à la continuité des enseignements : retards intempestifs liés à des conflits entre les surveillants et les détenus, suspensions d'activité pour motif disciplinaire, transferts-désencombres, transferts disciplinaires.

Au sein des différents enseignants intervenant en prison, les bellicistes se sentent les plus exposés aux décisions pénitentiaires. La plupart sont des instituteurs qui se chargent des bas niveaux d'enseignement. Ce sont leurs structures qui sont le plus fréquemment utilisées par les personnels pénitentiaires pour essayer de placer les détenus qu'ils veulent occuper, car ces structures n'exigent pas de niveau d'entrée. Les professeurs enseignant dans les filières Brevet rencontrent rarement des tentatives d'affectation autoritaire de détenus. Par contre, les instituteurs sont plus souvent en situation de devoir gérer la présence de détenus peu motivés mais présents parce que les personnels pénitentiaires les ont invités ou incités à suivre une formation scolaire.

Les bellicistes s'affichent comme des militants qui ont un discours protestataire à énoncer et qui entendent le clamer haut et fort. Le thème de la réinsertion est critiqué vertement parce qu'il renvoie selon eux à un affichage trompeur de l'Administration Pénitentiaire. Il était très difficile d'aborder avec ces enseignants certaines dimensions de leur activité, comme les relations qu'ils avaient avec les détenus ou le contenu de leur enseignement, car ils jugeaient ces dimensions périphériques, mineures. L'important à leurs yeux est moins le contenu de l'enseignement que l'usage qui est fait des activités d'enseignement dans la prison. Les relations avec les détenus sont souvent qualifiées d'excellentes mais les bellicistes ne s'attardent pas sur la description de ces relations.

Si les bellicistes sont peu prolixes sur leur façon d'enseigner, on peut néanmoins dresser les contours de cette façon d'enseigner. Si, comme nous le verrons, leurs collègues se réfèrent à des modèles normatifs stables, les bellicistes semblent dépourvus de modèles qui définissent la "bonne façon" d'enseigner. Ils ne définissent cette bonne façon que par la négative, en critiquant les façons de faire des autres enseignants intervenant en prison. Ils dénoncent ainsi ceux qui centrent leur enseignement sur la diffusion et la transmission des connaissances et sur la préparation aux examens. Ils dénoncent aussi les discours formels des "théoriciens des sciences de l'éduc" (sic) qui disent s'intéresser à l'apprenant plus qu'à la connaissance, qui définissent la connaissance comme un médium et non une finalité. Pour les bellicistes, la première façon d'enseigner est inadaptée aux attentes du public incarcéré, la seconde façon est un discours qui ne renvoie à aucune pratique concrète.

On trouve chez les bellicistes une critique ferme de toutes les pratiques magistrales. S'ils entendent clamer leur refus du modèle magistral qu'ils voient dans les pratiques des professeurs intervenant en heures supplémentaires, les bellicistes ont néanmoins des difficultés à préciser leur modèle normatif d'enseignement, sinon par la négative. Sans modèle normatif ferme, les bellicistes éprouvent d'ailleurs des difficultés à trouver une façon d'enseigner qui leur conviennent. Un instituteur avoue ne pas savoir comment arrêter ce qu'il juge être des "débordements bien compréhensibles mais gênants". Un professeur critique les enseignants qui suivent le programme, mais avoue quelques minutes plus tard qu'il aimerait bien avoir un programme. La certification des acquis et la préparation aux examens font l'objet de critiques acerbes, mais les bellicistes ne leur trouvent pas de substituts plus attractifs. Les évaluations standardisées de niveau sont jugées insatisfaisantes ou inutiles mais les bellicistes les utilisent tout de même, "faute de mieux".

La façon d'enseigner des bellicistes semble finalement pouvoir se comprendre au regard de leur logique contestataire à l'égard de la prison. Un professeur reconnaît dans cette perspective admettre toutes les discussions avec les détenus parce qu'il est moins un enseignant qu'un citoyen. Aux yeux des bellicistes, tout ce qui a trait au contenu de l'enseignement apparaît d'une importance mineure, au regard du caractère central des conflits avec l'Administration Pénitentiaire. Tout ce qui permet d'affirmer une altérité avec les personnels pénitentiaires est valorisé. Les bellicistes tiennent à s'afficher pro-détenus, par exemple en leur serrant ostensiblement la main devant des surveillants à qui ils ne serrent pas la main. Il s'agit pour eux de défendre moins une façon d'enseigner que la place des enseignants dans la relation surveillants-détenus, que la place du système d'enseignement au sein de la prison.

Souvent en conflit ouvert avec les personnels pénitentiaires, notamment les directeurs locaux, la perspective d'un entretien avec un étudiant en sociologie leur offrait l'occasion de formuler un mécontentement qui ne trouve plus que rarement d'échos. En effet, les responsables locaux de l'enseignement défendent généralement d'autres logiques d'action (cf. infra) et cherchent à éviter les discussions jugées sans fin avec les bellicistes. Les enseignants intervenant en heures supplémentaires ont, quant à eux, rarement l'occasion et le temps de rencontrer ceux qui travaillent à plein-temps. Les bellicistes ne trouvent donc de réels interlocuteurs qu'en leur propre sein. Dans les grandes maisons d'arrêt où beaucoup d'enseignants interviennent généralement à plein-temps et depuis de nombreuses années, les bellicistes sont très représentés et constituent le cœur des équipes enseignantes. Le bellicisme devient l'expression d'un militantisme structuré et organisé, d'un mécontentement collectif. En ce sens, on peut dire que les bellicistes constituent parfois des collectifs ou encore, selon les termes de Patrice Mann, des systèmes d'interaction caractérisés par

des relations stables et suivies, une faible distance entre ses membres, un faible renouvellement et une forte homogénéité culturelle<sup>391</sup>.

---

<sup>391</sup>Patrice Mann, *L'action collective*, Paris, A. Colin, 1991

Il reste à expliquer pourquoi les bellicistes expriment leur mécontentement à travers une logique protestataire (*voice*) et ne choisissent pas plutôt une logique de défection (*exit*) pour reprendre la typologie énoncée par Albert O. Hirschman<sup>392</sup>. Deux explications peuvent être avancées. La première renvoie aux perspectives de reconversion qui s'offrent aux bellicistes en milieu libre. Les bellicistes, qui interviennent depuis de nombreuses années en prison — plus de quinze ans, parfois trente ans — peuvent certes théoriquement rejoindre l'enseignement en milieu libre, de par leur statut Education Nationale. Mais la plupart n'imaginent pas retrouver une classe d'enfants (pour les instituteurs) ou d'adolescents (pour les professeurs), d'abord parce qu'ils disent ne pas en avoir envie, ensuite parce que beaucoup ne s'en sentent plus la compétence. Les enseignants les plus anciens en milieu pénitentiaire — même les instituteurs spécialisés — se sentent très dépendants du milieu pénitentiaire car leurs compétences dans l'enseignement pour adultes avec des difficultés d'apprentissage ne leur offrent guère de portes de sortie dans les systèmes d'enseignement en milieu libre. Ils ont généralement acquis sur le terrain des compétences (par exemple en Français Langue Etrangère) qu'il est difficile de faire valoir dans les structures extérieures car celles-ci demandent généralement des compétences certifiées par des diplômes. Les bellicistes se trouvent donc dans une situation où une stratégie de défection comporterait beaucoup plus de coûts que d'avantages.

Une seconde explication qui explique le rejet d'une logique de défection est le sentiment que partagent les bellicistes que leur mode d'implication dans la prison reste le meilleur de tous ceux que peuvent adopter les différents enseignants. En ce sens, les bellicistes se veulent des enseignants militants, qui ne sont pas satisfaits de la partie congrue à laquelle est réduite l'enseignement en prison. Il ne s'agit plus guère pour eux de se battre pour accroître le rôle de l'enseignement et le désolidariser des logiques pénitentiaires : les bellicistes disent généralement avoir perdu leurs illusions sur la possibilité d'isoler l'enseignement des modes de régulation voulus par l'Administration Pénitentiaire. Mais leur présence reste à leurs yeux la garantie que l'enseignement garde un poids dérangeant dans le fonctionnement de la prison. Ne pas renoncer à l'exercice en prison, malgré toutes les insatisfactions qu'il procure, leur semble impérieux pour ne pas laisser la prise en charge de l'enseignement en prison à des étudiants génépistes non professionnels ou à des enseignants par correspondance dont l'absence physique en prison serait très accommodante pour les personnels pénitentiaires. Les bellicistes entendent avant tout maintenir une présence protestataire.

Par cette présence protestataire, même désabusée, ils entendent aussi briser un satisfecit qu'ils jugent intolérable au sein des enseignants intervenant en prison. Comme nous le verrons, les autres

---

<sup>392</sup>Albert O. Hirschman, *Exit, Voice and Loyalty*, Harvard University Press, trad. française, *Face au déclin des entreprises et des institutions*, Paris, Editions ouvrières, 1972

enseignants privilégient des logiques d'action qui se désintéressent largement des rôles latents de l'enseignement dans la prison, ainsi que des modes d'intrusion des personnels pénitentiaires dans le recrutement et le suivi des détenus scolarisés. Pour les bellicistes, ces logiques d'action, en pensant se centrer sur l'enseignement, servent les projets pénitentiaires et détruisent ainsi l'héritage de plusieurs décennies de conquête et de protestation enseignantes en prison. Les positions protestataires des bellicistes s'expliquent ainsi en grande partie comme la volonté que les nouveaux enseignants, et particulièrement les professeurs intervenant en heures supplémentaires, n'anéantissent pas ce qu'ils ont commencé à construire depuis les années 1960 : une place "dérangeante" du système d'enseignement en prison.

Le bellicisme protestataire de certains enseignants en prison vise donc non seulement à imposer un système d'enseignement dans lequel les décisions des personnels pénitentiaires n'auraient plus aucune prise, mais aussi à dénoncer le mode d'implication ou plutôt de désimplication des autres enseignants. Comment les autres enseignants perçoivent-ils cette critique des bellicistes ? Quelles sont leurs principales préoccupations, actions et représentations ?

## **1.2. Les "magister malgré eux"**

Comme les organicistes chez les professionnels de santé, on trouve un ensemble d'enseignants qui limitent leur activité en prison à l'acte d'enseigner, compris alors comme un acte de transmission de connaissances. Ce sont essentiellement des enseignants qui n'interviennent que quelques heures par semaine (deux ou trois heures) en prison. La plupart sont des professeurs, qui interviennent à titre principal en collège ou en lycée, et qui effectuent des heures supplémentaires en prison. Ces derniers interviennent généralement dans les filières préparant aux différentes séries du Brevet. Dans les plus grands établissements, notamment dans les lycées pénitentiaires, on trouve aussi quelques "magister malgré eux", intervenant, parfois à temps complet, dans des filières qui préparent au Baccalauréat.

Pourquoi avoir choisi ce terme de "magister malgré eux" ? Les façons d'enseigner de ces enseignants renvoient largement au modèle des comportements professionnels des "magister" : cours magistraux, centralité des savoirs et de leur transmission dans l'acte d'enseigner, respect linéaire du programme, multiplication des exercices évalués, non individualisation des enseignements. En d'autres termes, leurs actions manifestent un attachement fort aux contraintes scolaires traditionnelles. Mais ces enseignants, s'ils peuvent être nommés "magister" en raison de leurs façons d'enseigner, sont aussi des "magister malgré eux" car ils ne se réfèrent pas au modèle

des magister. La plupart le critiquent même ouvertement et préfèrent se référer à des modèles normatifs différents, comme le modèle des pédagogues. Les “magister malgré eux”, que l’on pourrait aussi appeler des “pédagogues contrariés”, sont donc des enseignants qui ressentent souvent une tension très forte entre leur idéal normatif et leurs comportements réels.

Ce qui caractérise d’abord les magister malgré eux, c’est leur apparent refus du modèle classique du magister. Ce refus se manifeste essentiellement par des discours qui expriment la volonté de favoriser le développement de la personnalité de l’étudiant plutôt que la simple acquisition de connaissances et qui valorisent l’individualisation des méthodes d’enseignement. En ce sens, les magister malgré eux valorisent des modèles normatifs qui font de l’étudiant, et non plus du savoir, l’enjeu central de l’action d’enseigner. L’étudiant, non plus enseigné mais apprenant, retrouverait ainsi une place centrale que lui dénie la triade enseignant-savoir-enseigné, classique dans le modèle du magister.

Il faut ici préciser que le refus du modèle du magister n’est pas aussi catégorique chez tous ceux que l’on nomme ici “magister malgré eux”. Ce refus est plus ou moins catégorique selon les enseignants et dépend aussi beaucoup de la définition que se donne chacun des enseignants de ce que peuvent être un magister, ses actions et ses représentations. Certains enseignants refusent dans le modèle du magister l’absence totale de pédagogie. D’autres refusent que la pédagogie devienne une fin en elle-même, ne soit plus subordonnée à la transmission de connaissances. D’autres entendent refuser une relation qu’ils jugent magistrale, parce que verticale, entre eux et leurs étudiants : le refus du modèle du magister renvoie alors à un refus de traiter les détenus comme des enfants ou des adolescents. Plus largement, le refus du modèle magistral semble renvoyer à une volonté cette fois commune de tous les “magister malgré eux” de ne pas enseigner en prison comme ils le feraient à l’extérieur en collège ou en lycée.

Ces diverses formes de refus de ce qui est considéré comme un modèle magistral rappellent d’abord que le coût de l’adhésion au modèle normatif du magister est très élevé pour les enseignants. Comme le rappelle Monique Hirschhorn<sup>393</sup>, les changements dans l’attitude du public scolaire, l’évolution des savoirs à transmettre et surtout la concurrence des différents modèles normatifs rendent le modèle du magister peu attractif. Postuler que le savoir vaut en lui-même et pour lui-même, s’affirmer magister, dans un environnement qui valorise extrêmement d’autres modèles, est ainsi très coûteux. Le coût de cette adhésion est sans doute encore plus important en milieu carcéral qu’en milieu libre car les professeurs intervenant en prison sont confrontés à des instituteurs

---

<sup>393</sup>Monique Hirschhorn, *L’ère des enseignants*, Paris, PUF, 1993, p. 239-244

spécialisés, dont l'aversion pour ce qui leur semble avoir trait au magistral est affichée, sinon scandée. Il se pourrait alors que “pour éviter les conflits ou pour obtenir la gratification que procure le fait d’être d’accord avec les autres, l’enseignant (ici le magister malgré lui) soit amené à prendre des positions ou à adopter des comportements qui ne correspondent pas à ses choix de valeurs”<sup>394</sup>.

C’est une première hypothèse qui permet d’approcher les actions et les représentations de certains “magister malgré eux” : la tension apparente entre les modèles normatifs et les comportements réels de certains “magister malgré eux” s’expliquerait ainsi par le fait que ces enseignants valorisent sciemment et artificiellement dans leur discours un modèle, dans lequel ils ne se reconnaissent pas réellement, mais qui a le mérite d’être valorisant et valorisé. Leurs actions réelles seraient en fait très conformes au modèle normatif magistral qu’ils portent “en secret” ou de façon latente. Les discours de certains enseignants semblent pouvoir confirmer cette hypothèse car ils affichent une faible tension entre un modèle pédagogique, officiellement valorisé, et des comportements réels reconnus très magistraux. On peut par exemple penser à ces deux enseignants qui disent souhaiter faire des enseignements très individualisés mais qui y renoncent sans grand regret pour satisfaire les souhaits exprimés par leurs étudiants de recevoir des cours magistraux (cf. chapitre 10, § 1.2. : le consensus apparent sur l’individualisation). Comme nous l’avons dit dans le chapitre précédent, la négation du modèle du magister, sans nécessairement avoir les moyens de la concrétiser, est sans doute une façon pour les professeurs intervenant en heures supplémentaires, d’afficher le même souci de cohérence entre l’enseignement et les attentes du public, que celui que manifestent les instituteurs spécialisés et plus largement les enseignants intervenant à plein-temps.

Il reste que le discours d’autres enseignants ne permet pas de généraliser cette hypothèse. Certains “magister malgré eux” semblent ressentir une tension réelle entre leur idéal et leur façon effective d’enseigner en prison. Certains manifestent ainsi une grande frustration dans le fait de devoir centrer leurs enseignements sur la préparation aux examens, sur le “bachotage”, alors qu’ils souhaiteraient faire de la pédagogie différenciée ou de l’interdisciplinarité. Mais ces enseignants, ayant été recrutés pour enseigner dans des filières préparant à des examens, se sentent obligés de respecter les programmes. La volonté des quelques rares détenus réellement intéressés par la préparation d’un examen, les oblige à respecter un programme qui fait fuir la très grande majorité des autres détenus. Il reste que le respect du programme, imposé par la logique de recrutement des filières d’enseignement secondaire en prison, n’est pas la seule explication qui fait de la plupart des professeurs intervenant en heures supplémentaires en prison des “magister malgré eux”.

---

<sup>394</sup>Monique Hirschhorn, 1993, op. cité, p. 241



La tension ressentie entre idéal de comportement et comportements professionnels réels s'explique en grande partie par le faible nombre d'heures que les "magister malgré eux" passent en milieu pénitentiaire. Tous les enseignants qui n'interviennent que deux à trois heures par semaine en prison, éprouvent des difficultés à mettre en oeuvre un idéal inspiré soit de leur propre mode d'implication en milieu libre, soit du mode d'implication des enseignants intervenant à temps plein en prison. On retrouve d'abord chez les "magister malgré eux" des enseignants très investis dans leur collège ou lycée, dans l'accompagnement (parfois périscolaire) de leurs élèves en milieu libre. Certains souhaiteraient pouvoir s'investir autant en milieu pénitentiaire, pouvoir avoir le même suivi avec les détenus que celui qu'ils ont avec leurs élèves à l'extérieur. Mais leur faible temps d'intervention et les exigences de préparation aux examens brisent la plupart de leurs velléités.

On retrouve aussi chez les "magister malgré eux" des professeurs intervenant en heures supplémentaires qui voudraient pouvoir accomplir le même travail que les enseignants à plein-temps, particulièrement ceux que nous appellerons les "pédagogues spécialisés" (cf. infra). Si l'on trouve parmi les "magister malgré eux" des enseignants qui avouent ne venir enseigner que pour les rémunérations supplémentaires, la plupart passent beaucoup de temps dans la préparation des cours, valorisent beaucoup les heures en prison par rapport aux heures à l'extérieur. Certains accomplissent leurs heures les jours fériés, restent plus longtemps en classe, corrigent de nombreux travaux des détenus. Mais cet investissement suffit rarement à combler leur frustration quant au caractère superficiel de leur travail en prison.

*"- Savez-vous ce que les instits font précisément dans la maison d'arrêt ?*

- Ils font des trucs très intéressants : de gros projets. Ils se défoncent. Eux, ils pensent la chose pédagogique. Par exemple, pour l'écriture, ils ont décidé de s'intéresser aux détenus a-scolaires, à ceux qui ne voulaient pas venir en classe. Ils sont allés les voir en cellule et ont ciblé les besoins. Finalement, ils ont fait un atelier d'écriture de lettres. C'est un travail de fond. Ils ne se fixent pas une mission de rééducation, mais un objectif de redonner confiance aux détenus dans les choses scolaires. Par exemple, à partir d'un film vidéo sur le Cambodge, ils ont embayé sur la géographie. C'est cela, la vraie pédagogie. Des gens qui réfléchissent. Ils réclament un C.D.I, alors qu'ils ont déjà une bibliothèque. Pourquoi ? Parce qu'ils savent très bien que tout le monde ne va pas à la bibliothèque. Leur demande est très pensée : c'est un nouveau maillon ; ce n'est pas une opération de prestige. A côté, on fait plus dilettante. D'ailleurs, nos programmes, nos brevets blancs, ça les fait sourire. Pour eux, on est ceux qui viennent avec leur attaché-case."

Professeur (collège), 45 ans, intervenant en heures supplémentaires  
depuis quatre ans dans une grande maison d'arrêt

Le discours de ce professeur montre les frustrations qu'il peut ressentir au contact des instituteurs spécialisés exerçant en prison. Il oppose des instituteurs qui "se défoncent", qui font "un travail de fond", qui font de la "vraie pédagogie", qui "réfléchissent" et des professeurs qui font "plus dilettante", qui viennent "avec leur attaché-case", dont les programmes et les brevets blancs font

“sourire”. Comme ce professeur, beaucoup de “magister malgré eux” définissent leurs modes d’action en creux par rapport aux autres enseignants en prison, tout au moins par rapport aux “pédagogues spécialisés” (cf. infra). Le modèle des “bellicistes” est par contre très peu envié, voire largement contesté. Les critiques des “magister malgré eux” se portent en effet essentiellement sur les enseignants les plus anciens.

*“- Avez-vous eu des contacts avec d’autres enseignants intervenant en milieu pénitentiaire ?*

- Oui, le responsable régional m’a fait rencontré un prof d’anglais qui intervient dans la prison de X. Sur le coup, j’ai été un peu découragée. Pour lui, l’enseignement en prison, c’était la routine. Alors que nous, on a encore du punch. Il faut dire qu’il est détaché de l’Education Nationale : il est trop en prison. Pour lui, cela revient à vivre derrière les barreaux, alors que pour moi — je le dis sincèrement —, c’est ma bouffée d’oxygène. Il m’a conseillé une méthode d’anglais, que j’ai achetée d’ailleurs, mais je ne l’ai quasiment jamais utilisée : c’est une méthode complètement dépassée. Il devait partir à la retraite un ou deux ans après ; en gros, il me disait “- Je vous plains ; c’est votre tour.””

Professeur (collège), 45 ans, heures supplémentaires, depuis deux ans dans un établissement pour peines

Comme ce professeur qui estime que certains enseignants sont “trop en prison”, les “magister malgré eux” comprennent rarement la logique d’action des bellicistes qui leur semble fort étrangère. En fait, les formes d’engagement des deux groupes dans la prison sont nettement différentes. Tandis que les bellicistes travaillent à plein-temps et entendent défendre la place du système d’enseignement en prison, les “magister malgré eux” n’interviennent que quelques heures par semaine et entendent limiter leur action à l’enseignement, dans la salle de classe. Les “magister malgré eux” n’ont guère l’occasion, ni même l’envie, de s’intéresser à l’environnement carcéral ; ils bornent généralement leur regard au centre scolaire, aux seules personnes détenues scolarisées. Ils ne s’interrogent pas sur les façons dont sont recrutés les étudiants, sur les motifs des interruptions ou des transferts. Leur faible temps d’intervention en prison fait qu’ils ne gèrent absolument pas le recrutement et le suivi des détenus, qui sont alors gérés par un responsable local, souvent un “pédagogue spécialisé” intervenant à plein-temps.

Les rapports des “magister malgré eux” avec les personnels de l’Administration Pénitentiaire sont largement standardisés. Les enseignants en heures supplémentaires rencontrent généralement une à deux fois par an les personnels de direction (au moment de la rentrée scolaire et de la commission de surveillance qui établit le rapport d’activité), tiennent à maintenir des relations distancées mais respectueuses avec les personnels de surveillance qu’ils croisent. Si certains disent savoir que les activités d’enseignement contribuent en partie à la régulation de la prison et qu’elles sont inscrites dans un système de privilèges, ils acceptent cet état de fait comme un “mal incontournable”, un “effet incontrôlable”. L’important à leurs yeux reste que les détenus qu’ils rencontrent soient satisfaits des enseignements qui leur sont offerts. Les raisons pour lesquels ces enseignants ne

rencontrent pas plus de détenus ne les intéressent pas. Les raisons de la démotivation de certains de leurs étudiants ne les intéressent guère, les faibles effectifs ne les interpellent pas. L'essentiel semble être que leurs élèves aient leur diplôme en fin d'année.

Plus largement, les “magister malgré eux” ne veulent pas se laisser déborder par ce qui n'aurait pas un lien direct avec les connaissances qu'ils ont à transmettre. Ils se replient volontairement sur ce qu'ils considèrent comme des savoirs disciplinaires. Les magister malgré eux sont d'abord ceux qui font le plus souvent référence à la matière qu'ils enseignent. Ce repli est sans doute en partie lié au fait que ces enseignants sont essentiellement des professeurs, spécialisés dans l'enseignement d'une matière. Mais cette raison ne saurait suffire car on trouve aussi des professeurs parmi les “bellicistes” et les “pédagogues spécialisés”, pour lesquels le découpage disciplinaire est sans importance. Le repli disciplinaire, observé dans les discours, se traduit dans les pratiques professionnelles des magister malgré eux, par un refus des discussions avec les détenus, dès que ces discussions paraissent déborder du sujet de l'enseignement. C'est ainsi que l'on peut comprendre ce discours d'un professeur en biologie : “Il faut savoir arrêter le débat au moment où il le faut. Moi, par exemple, quand je fais un cours sur l'origine de la vie et qu'ils commencent à parler de Dieu, du rapport avec la religion, je sais qu'il vaut mieux couper court”.

Les relations des magister malgré eux avec les détenus dépendent beaucoup de la motivation des différents détenus. Elles sont excellentes avec ceux qui travaillent énormément et qui manifestent une forte motivation. Les enseignants tiennent d'ailleurs souvent à exprimer l'admiration qu'ils portent à ces détenus qui parviennent, malgré les circonstances difficiles de la détention, à s'investir ou à se réinvestir dans les études. Les relations avec ces détenus sont jugées d'autant plus enrichissantes qu'elles contrastent avec les relations que les enseignants disent entretenir avec les adolescents auxquels ils enseignent en collège ou en lycée. Les magister malgré eux soulignent la richesse des relations avec les adultes, la profondeur des discussions, la force des témoignages des détenus.

Les relations des magister malgré eux avec les détenus qui manifestent une faible motivation sont par contre beaucoup plus tendues. Là encore, les enseignants comparent généralement ces détenus aux adolescents qu'ils rencontrent à l'extérieur, mais cette fois, pour souligner la proximité des deux publics. Dans certains discours, les détenus adultes sont même assimilés à des adolescents non matures. La maturité des détenus semble ainsi liée, dans l'esprit des magister malgré eux, au degré d'implication de ces détenus dans les études. On voit ici que la relation des magister malgré eux avec les enseignés dépend étroitement de la façon dont ces derniers se situent par rapport au savoir enseigné. On voit aussi que les représentations de ces enseignants, leurs manières d'appréhender

l'enseignement en prison, restent très largement imprégnées par l'exercice à l'extérieur de la prison, en collège ou en lycée.

Les “magister malgré eux” ont donc des conceptions largement opposées à celles des “bellicistes”. Si les modèles normatifs des deux groupes se rapprochent parfois pour valoriser l’individualisation des enseignements et plus encore la place de la pédagogie dans la façon d’enseigner en prison, les comportements réels sont très nettement différents. Tandis que les bellicistes entendent combattre toutes les décisions pénitentiaires (recrutement, transferts, suspensions d’activité, ...) qui révèlent l’intrication du système d’enseignement et de la gestion de la détention, les magister malgré eux bornent leur regard à la salle de classe. Tandis que les premiers relaient la transmission des connaissances au rang d’arrière-plan de leur métier, les seconds en font une priorité absolue. Chacun des groupes fait de l’autre groupe un pôle de répulsion, un contre-exemple. Mais les conflits directs sont rares car les différents enseignants ont rarement l’occasion de se rencontrer.

La variété du monde enseignant en prison est accrue par la présence d’un troisième groupe d’enseignants qui se situent en bien des points à la croisée des deux premiers groupes.

### **1.3. Les “pédagogues spécialisés”**

D’une analyse croisée des modèles normatifs et des comportements réels des enseignants intervenant en prison, se dégage un troisième ensemble d’enseignants : celui des “pédagogues spécialisés”. Ce sont des enseignants qui centrent leur activité autour de l’affirmation d’une pédagogie spécialisée, adaptée au public adulte rencontrant des difficultés d’apprentissage, mais non spécifique au milieu pénitentiaire. Leurs actions et leurs représentations s’écartent sensiblement de celles des “bellicistes” et des “magister malgré eux”. Ces enseignants interviennent généralement à plein-temps, avec des anciennetés très variables, et ce sont principalement des instituteurs, parfois “instituteurs spécialisés”. Ils occupent souvent une fonction de Responsable Local de l’Enseignement. Il faut ici préciser que l’adjectif “spécialisé” dans l’expression “pédagogue spécialisé” ne recouvre pas entièrement la spécialité institutionnelle des “instituteurs spécialisés”, c’est-à-dire une année de formation supplémentaire. Tous les “instituteurs spécialisés” ne se rapprochent pas du modèle des “pédagogues spécialisés” évoqué ici (beaucoup sont en effet proches du modèle des bellicistes). Par ailleurs, certains enseignants “non spécialisés” au sens institutionnel (des instituteurs, quelques professeurs et formateurs) se rapprochent du modèle des “pédagogues spécialisés”.

Les “pédagogues spécialisés” sont d’abord “pédagogues” au sens où ils valorisent extrêmement la pédagogie. De ce point de vue, ils sont très proches des “bellicistes” et des “magister malgré eux”, qui, s’ils n’ont pas la même vision de la pédagogie, valorisent cette dimension dans leurs discours. Il reste que les discours des “pédagogues spécialisés” sur la pédagogie sont différents au sens où ils

sont très formalisés, saturés de références aux sciences de l'éducation et aux dernières recherches sur la lutte contre l'illettrisme. Les mentors de ces enseignants se nomment Philippe Meirieu et Alain Bentolila. L'acte pédagogique est censé être centré sur l'apprenant (terme préféré à celui d'élève ou à celui d'enseigné) et non sur la connaissance, présentée comme un médium, plus que comme une finalité en soi. Les "pédagogues spécialisés" entendent penser leurs pratiques pédagogiques, les charpenter avec un solide outillage pédagogique. Ils s'opposent ici nettement aux "bellicistes" qui, s'ils valorisent implicitement la dimension pédagogique, dénoncent les discours formels des "théoriciens des sciences de l'éduc" (cf. supra). Ils s'opposent aux "magister malgré eux" qui, s'ils valorisent aussi nettement la dimension pédagogique, avouent ne pas avoir de compétence formalisée en la matière (outils des sciences de l'éducation notamment) et reconnaissent souvent ne pas avoir les moyens de leurs aspirations ou prétentions.

Autant que les discours, les pratiques professionnelles des "pédagogues spécialisés" sont assez éloignées des actions des autres enseignants. Ils sont d'abord les plus fervents défenseurs de l'usage des outils standardisés de repérage de l'illettrisme et des différents niveaux d'apprentissage. Quand ils sont responsables du service scolaire, ils sont généralement parvenus à imposer rapidement un repérage systématique du niveau d'apprentissage des nouveaux détenus : le repérage se fait ainsi par informatique grâce aux tests Lecture et Population Pénitentiaire, produits par Alain Bentolila. Les "pédagogues spécialisés" valorisent aussi beaucoup la certification des acquis, les unités capitalisables, les portefeuilles de compétences, les livrets de suivi, les tests de niveaux au cours de l'année scolaire. Ils tiennent à imposer le travail en ateliers pédagogiques personnalisés, même si les détenus sont réticents et souhaitent plutôt des cours magistraux.

Les actions des pédagogues spécialisés se distinguent aussi de celles des bellicistes et des magister malgré eux, en ce qu'elles sont très fortement articulées avec les actions d'autres intervenants, à l'intérieur et à l'extérieur de la prison. A l'intérieur de la prison, les "pédagogues spécialisés" entendent d'abord jouer un rôle de coordination de toutes les actions pédagogiques. Tandis que les bellicistes critiquent vertement la concurrence des cours par correspondance et la présence des étudiants génépistes, les pédagogues spécialisés considèrent que les différentes actions sont complémentaires. Dans la même logique, les "pédagogues spécialisés" collaborent souvent avec les formateurs professionnels, parfois avec les conseillers d'insertion et de probation, les assistants sociaux, les psychologues et les personnels de santé. Ils s'instituent en fait comme les référents centraux de tous les intervenants qui exercent dans le cadre de la politique officielle de réinsertion de l'Administration Pénitentiaire. Ils acceptent d'ailleurs sans réticence de porter cette politique. Certains ont accepté ou visent par exemple des postes de responsable d'Unités Pédagogiques Régionales au sein des Directions Régionales de l'Administration Pénitentiaire.

Les actions des “pédagogues spécialisés” sont aussi souvent articulées avec celles d’intervenants extérieurs à la prison. Ces enseignants ont ainsi des relations étroites avec les structures extérieures comme les missions locales, les GRETA, les CIO (Centres Information Orientation) et les PAIO (Permanences d’Accueil Information et Orientation). Tandis que les bellicistes entendent avant tout avoir un rôle d’ “agitateurs de la prison”, tandis que les “magister malgré eux” entendent dispenser un enseignement le plus efficace possible dans les heures qui leur sont imparties, les “pédagogues spécialisés” entendent jouer un rôle majeur dans le processus de réinsertion des personnes détenues. Les discours affichent une volonté de donner de la cohérence aux parcours de formation, de préparer des relais à la sortie. L’affichage de ces objectifs, enviés par la plupart des “magister malgré eux”, est la risée des bellicistes. Aux yeux de ces derniers en effet, l’envergure des objectifs affichés par leurs collègues, est démentie quotidiennement par les faibles effectifs d’étudiants, par les usages disciplinaires que font les personnels pénitentiaires du système d’enseignement. Pire, selon les bellicistes, l’implication des pédagogues spécialisés servirait de caution à l’administration pénitentiaire, de faire-valoir de l’institution pénitentiaire.

Ces critiques, qui se traduisent par de fortes tensions au sein des équipes enseignantes entre les bellicistes et les pédagogues spécialisés, montrent que les modes d’implication des enseignants en prison, notamment ceux qui interviennent à plein-temps, sont différents, parfois opposés. Les pédagogues spécialisés pensent généralement leurs relations avec l’Administration Pénitentiaire sur le modèle de la collaboration en bonne intelligence, tandis que les bellicistes privilégient un mode conflictuel de relations. Pour les pédagogues spécialisés, les luttes des bellicistes sont dépassées, infondées ou inutiles.

*“- Certains enseignants disent que l’Administration Pénitentiaire transforme l’enseignement en une activité d’occupation des détenus..”*

- Cela me rappelle un article dans le journal du S.N.U.I.P.P. d’un enseignant qui travaille à Fresnes. Moi, je n’ai pas ce problème-là ici, parce que j’ai fait mon trou. Je ne veux pas dresser un tableau idyllique, mais ici, on n’est pas dans les grandes maisons d’arrêt de la région parisienne. D’ailleurs, travailler à Fresnes ou à Fleury, ça me ferait peur. Ici, je n’ai pas de problèmes. C’est lié à plusieurs choses : d’abord, c’est un moyen établissement. Ensuite, j’ai installé des habitudes dans les relations avec les différents personnels. Enfin, le directeur et le sous-directeur vont dans le sens de la collaboration.

*- Est-ce que l’ancienneté peut expliquer le désabusement de certains enseignants ?*

- Cela dépend. Pour certains vieux dinosaures, il y a effectivement des formes de découragement ou de déréliction liées à la bouteille ou à l’expérience. Mais d’autres gardent la pêche, même s’ils ont un regard très lucide, plus posé, moins manichéen. Avec l’expérience, la part de naïveté et d’angélisme tombe : la prison cristallise des fantasmes très manichéens, mais la réalité est bien différente.

*- En quoi peut consister cette naïveté ?*

- Elle consiste à ne pas voir certaines réalités. Un gars, qui est ancré dans la délinquance, peut être vraiment dangereux. Il ne faut pas délirer ou fantasmer. On peut tendre des perches, mais pas plus. Il faut doser. Ce n’est

pas toujours facile. Regardez, par exemple, le gars qui est venu tout à l'heure me demander une photocopie, derrière les apparences, c'est un proxénète pas vraiment angélique.”

Instituteur spécialisé, 45 ans, 20 ans d'ancienneté dont 5 en milieu pénitentiaire, intervenant à plein temps dans un établissement pour peines

Dans cet extrait, cet instituteur spécialisé dresse un portrait négatif de ceux que l'on a appelés les bellicistes. S'il estime d'abord que leurs prises de position peuvent être comprises en relation avec la taille des établissements, il montre aussi que ces prises de position sont manichéennes et naïves. Prendre par principe le parti des détenus conduirait à ses yeux à ne pas voir certaines réalités, à privilégier une vision idéologique et trompeuse de la prison. S'opposer par principe aux décisions de l'Administration Pénitentiaire est plus largement une position à laquelle se refusent les “pédagogues spécialisés”. Les plus anciens de ceux-là, qui se sont parfois fortement opposés par le passé à l'Administration, disent que cette position n'aboutit à rien, sinon à rigidifier le fonctionnement du système scolaire et à manquer à ce qu'ils jugent comme la priorité des enseignants en prison : l'enseignement lui-même plutôt que la lutte contre les usages détournés qui peuvent être faits de l'enseignement dans la prison. Les plus jeunes des “pédagogues spécialisés” trouvent aussi souvent les combats des bellicistes infondés car la place du système d'enseignement en prison leur apparaît “convenable”, en termes d'effectifs enseignants.

Que l'Administration Pénitentiaire ait un regard, voire un poids important, dans le recrutement des élèves leur paraît “normal”, légitime. Que certains détenus soient suspendus d'activités pour des motifs disciplinaires leur paraît logique au regard de la mission en partie punitive de la prison. Que certains détenus soient transférés sans prise en compte de leur engagement dans un cursus scolaire leur paraît dommageable, mais lié à un fonctionnement qu'ils ne se sentent pas en mesure ou en droit de critiquer. Seules les tentatives des personnels pénitentiaires de classer autoritairement les détenus violents ou inoccupés, font l'objet d'un mécontentement clairement exprimé. Les pédagogues spécialisés relaient donc au rang de dimension accessoire ce que les bellicistes placent au rang de priorité : le combat pour imposer un système d'enseignement indépendant des logiques pénitentiaires. Ils préfèrent adopter, soit par conviction, soit par pragmatisme, une attitude plus ouverte envers les personnels pénitentiaires.

Si la logique d'action des pédagogues spécialisés se distingue nettement de celle des bellicistes, elle se distingue aussi de celle des “magister malgré eux”. Tout d'abord, les pédagogues spécialisés entendent donner la priorité à l'enseignement sur les bas niveaux de formation (à savoir les niveaux VI, V et V bis), alors que les “magister malgré eux” interviennent principalement sur le niveau brevet et valorisent ce type d'enseignement. Les magister malgré eux, qui interviennent en heures supplémentaires en prison, puisent dans leur activité principale en milieu libre, en collège ou en



lycée, leur façon d’enseigner en prison : leurs actions gardent ainsi de nombreux traits de l’enseignement à des adolescents sans difficultés d’apprentissage particulières. Au contraire, les pédagogues spécialisés, intervenant généralement à plein-temps en prison, parfois à mi-temps, se construisent des modèles d’action spécifiques à ce milieu et à une population d’adultes ayant des difficultés d’apprentissage. La prison devient leur lieu d’exercice et de réflexion central. La critique des méthodes d’enseignement classique devient un trait récurrent de leur discours. On peut rappeler ici les propos d’un instituteur spécialisé : “Moi, enseigner à des adolescents qui habitent Neuilly, cela ne m’intéresse pas. Ma cible, ce sont les bas niveaux de qualification. C’est cela, mon boulot ; et là, il ne s’agit pas de reléguer les mauvais élèves au fond de la classe, mais de s’occuper d’eux”<sup>395</sup>.

On voit ici que les oppositions entre enseignants intervenant en prison se disent souvent explicitement, au contraire de ce qui peut se passer au sein des professionnels de la santé intervenant en prison. L’expression de ces oppositions révèle-t-elle un mode de construction spécifique de la profession enseignante ? Et/ou révèle-t-elle le fait que l’exercice en milieu pénitentiaire, largement dévalorisé par les professionnels de santé, est un enjeu majeur de valorisation de leur métier pour les enseignants intervenant en prison ? Que nous apprend la typologie des groupes d’acteurs sur la profession enseignante et sur le milieu d’exercice pénitentiaire ?

## **2. La profession enseignante entre actions et dénominations**

### **2.1. Le mythe d’une communauté professionnelle**

Le premier enseignement de la typologie dressée dans la partie précédente est que les comportements des enseignants en prison, tout comme ceux des professionnels de santé, recouvrent des actions et des représentations très différentes. Ce constat sur les contrastes et les divergences des actions et des représentations de ceux que l’on peut placer d’autorité de taxinomiste sous une même appellation professionnelle, remet en cause la pertinence des pratiques taxinomiques usuelles, la pertinence de définir la cohérence d’une profession par la seule place que ses membres occupent dans la division du travail. En d’autres termes, ce n’est pas parce que les enseignants ont tous à enseigner qu’ils enseignent tous de la même façon. Le fait de donner un même nom à des acteurs, ayant une même place dans une division du travail perçue de façon globale, est trompeur au sens où il laisse supposer une cohérence qui est largement factice. Nommer “enseignants” des individus qui ont une même “fonction” sociale, qui ont même, dans le cas de notre étude, un même

---

<sup>395</sup>Extrait cité plus complètement dans le chapitre 10, § 2.2.

statut d'appartenance à l'Education Nationale, est trompeur : l'unicité de la dénomination tend en effet en partie à masquer la variété des actions et des représentations.

Dans la même perspective, on peut dire que l'usage de catégories classiques comme celles des "instituteurs", des "professeurs" est aussi largement trompeur. Certes, il semble avoir le mérite de ne pas être aussi globalisant que l'usage du terme "enseignants". Mais il cache tout autant la variété des actions et des représentations de ceux qu'il désigne sous une même catégorie nominale. Si l'on prend le cas des instituteurs intervenant en prison, on peut dire que l'usage de la dénomination "instituteur" ne permet guère de repérer les principaux pôles d'actions et de représentations similaires : on trouve des instituteurs chez les bellicistes, chez les pédagogues spécialisés, aussi chez les magister malgré eux ; on trouve aussi des "professeurs" dans chacun de ces groupes. Au contraire, la dénomination "instituteur" tendrait même à gêner le travail de repérage des actions et des représentations similaires car elle focalise le regard sur des clivages périphériques.

Le sociologue doit ici pouvoir rompre les forces — ses propres résistances en premier lieu — qui le retiennent de placer sous une même nouvelle catégorie nominale des acteurs traditionnellement séparés ou d'utiliser plusieurs nouvelles catégories nominales pour des acteurs traditionnellement regroupés. Il n'est par exemple pas évident de se résoudre à ne pas utiliser les découpages des PCS si souvent utilisés dans les travaux sociologiques. Regrouper certains acteurs de deux PCS différentes (par exemple certains instituteurs et certains professeurs du secondaire) sous une même nouvelle catégorie paraît iconoclaste. En ce sens, la force de l'usage des PCS devient un obstacle dans la perception des actions et des représentations de ceux que recouvrent ces différentes PCS. Et ce qui vaut pour les PCS vaut sans doute pour toutes les catégories nominales usuelles. Le sociologue se trouve dans une situation où il doit rompre avec les catégories usuelles, potentiellement trompeuses. Il reste que cet espoir de totale rupture épistémologique, qui permettrait au sociologue de saisir la réalité en s'écartant des effets déformants de l'usage des catégories nominales usuelles, est vain par essence car le sociologue est bien obligé de formuler ses résultats en des termes qui sont eux-mêmes des catégories nominales usuelles. A défaut d'inventer un nouveau langage, il convient d'essayer de prendre conscience des effets de ces catégories.

Dans cette optique, un des enseignements de cette étude sur les enseignants en prison est l'intérêt qu'il y a à ne pas limiter l'approche des professions à une approche qui en ferait *a priori* des communautés homogènes d'actions et de représentations. Sous la dénomination "enseignants" comme sous les dénominations "instituteurs" et "professeurs", se cachent des actions et des représentations en partie convergentes, en partie aussi divergentes, en partie communes ou collectives, en partie aussi éclatées. On retrouve ici un enseignement énoncé à propos des

“professionnels de santé”, des “médecins” et des “infirmiers”, des “psychiatres” et des “somaticiens” intervenant en prison. L’usage des termes “professionnels de santé”, “médecins”, “infirmiers”, “psychiatres” et “somaticiens” ne permet guère d’approcher la diversité des actions et des représentations de ceux que ces termes subsument nominalement et paraissent rassembler réellement.

Un des enseignements de l’étude des professions de la santé et de l’enseignement en prison sur l’analyse des professions, et notamment sur l’articulation entre actions et dénominations, consiste donc à dire que, s’il n’y a aucune raison de postuler que les dénominations professionnelles ne renvoient à aucune similitude d’action et de représentation, il convient de ne traiter la dénomination professionnelle que comme un point commun parmi d’autres points communs et points de divergence qui caractérisent ceux que l’on nomme usuellement sous une même dénomination. Cet enseignement mérite toutefois d’être précisé en s’intéressant aux dénominations qu’utilisent les différents acteurs pour se nommer eux-mêmes.

## **2.2. Des clivages largement affichés par les enseignants**

Comme nous avons pu l’entrevoir dans la typologie de la première partie, les enseignants intervenant en prison manifestent souvent des divergences de points de vue et de pratiques qui les divisent et autour desquelles a d’ailleurs été en partie construite la typologie. Même s’ils ne forment pas leurs oppositions dans les termes utilisés dans cette typologie, ceux que l’on a nommés les “bellicistes” critiquent ostensiblement ceux que l’on a nommés les “magister malgré eux” et les “pédagogues spécialisés” ; les “magister malgré eux” critiquent particulièrement les “bellicistes” ; les “pédagogues spécialisés” tiennent à afficher leurs différences avec les autres enseignants intervenant en prison. En d’autres termes, les oppositions d’actions et de représentations que l’on a dégagées dans la typologie sont largement conscientes et exprimées par les différents enseignants intervenant en prison. On touche ici à une différence fondamentale entre le monde des enseignants et le monde des professionnels de santé intervenant en prison.

Avant de comparer les modes de présentation de soi des enseignants aux présentations de soi des professionnels de santé, il convient de préciser les façons dont s’affirment les clivages au sein des enseignants intervenant en prison. Quand les “bellicistes” et les “pédagogues spécialisés” utilisent l’étiquette “enseignants”, ils en dénoncent vite le caractère artificiel, pour insister sur la variété des comportements des différents enseignants intervenant en prison. A leurs yeux, l’étiquette “enseignants” est trop globalisante. Pour afficher leurs singularités, certains pédagogues spécialisés

tiennent par exemple à ne pas se nommer et à ne pas être nommés “enseignants” ; ils tiennent aussi à employer des étiquettes singulières comme celles d’ “instituteurs spécialisés” ou de “responsable local de l’enseignement”. Plus largement, beaucoup d’enseignants, parmi les bellicistes et les pédagogues spécialisés, affichent leurs différences par l’usage différencié des pronoms personnels “eux” et “nous”.

Les rares enseignants intervenant en prison qui se présentent comme des “enseignants”, qui englobent sous ce terme la totalité des enseignants intervenant en prison, qui défendent l’idée d’un monde enseignant en prison (usage d’un “nous” globalisant), sont généralement des “magister malgré eux”, plus particulièrement des professeurs de lycées et de collèges intervenant en heures supplémentaires en prison. Ces enseignants minorent ce qui peut afficher leurs singularités au sein des enseignants intervenant en prison : par exemple, certains “professeurs” ne se désignent pas comme tels, mais préfèrent se définir comme “enseignants”. Afficher une appartenance commune avec les autres enseignants intervenant en prison, et particulièrement avec ceux que l’on a appelés les “pédagogues spécialisés”, semble être une façon pour ces “magister malgré eux” de s’afficher aux côtés de ceux dont ils envient le mode d’implication, les façons d’enseigner en prison.

Ce mode de présentation peut être éclairé par celui qu’a observé Monique Hirschhorn dans *L’ère des enseignants* : “se dire enseignant d’abord, c’est admettre que la compétence professionnelle n’est plus tant fondée sur la maîtrise d’un savoir que d’un savoir-faire pédagogique. Ce terme (le terme “enseignants”) va donc recueillir l’adhésion de tous ceux qui pour une raison ou une autre (absence de statut, statut dévalorisé, difficultés pédagogiques) doutent de la valeur des hiérarchies universitaires”<sup>396</sup>. Dans le cas particulier de l’enseignement en prison où la valeur des hiérarchies universitaires est très contestée et où les savoir-faire pédagogiques dans l’enseignement pour adultes sont nettement valorisés, la dénomination enseignant reste un “terme refuge”. Mais, contrairement à ce qui se passe en milieu libre, le terme recueille alors l’adhésion de ceux qui ont les diplômes universitaires les plus élevés et qui possèdent le moins de savoir-faire pédagogiques dans l’enseignement pour adultes : en premier lieu, les professeurs intervenant en heures supplémentaires, mais aussi quelques instituteurs non spécialisés, c’est-à-dire la majorité de ceux que l’on retrouve dans le groupe des “magister malgré eux”.

Les dénominations professionnelles révèlent ainsi la force des enjeux identitaires qui distinguent les différents enseignants intervenant en prison. On retrouve ici un enseignement énoncé à propos des professionnels de santé. Mais tandis que les différents professionnels de santé intervenant en prison se font rarement l’écho des clivages qui peuvent les opposer, les différents enseignants mettent

---

<sup>396</sup>Monique Hirschhorn, *L’ère des enseignants*, Paris, PUF, 1993, p. 20

souvent l'accent sur les fractures qui traversent le monde enseignant en prison : les dénominations ne semblent pas servir chez les enseignants de ferment nominal, de mythe mobilisateur. Par ailleurs, les clivages que les enseignants mettent en avant semblent beaucoup moins déformants que ceux qu'avancent les professionnels de santé (cf. chapitre 7, § 2.2. et 2.3.). Certains enseignants recourent bien à des clivages classiques comme ceux qui distinguent les professeurs et les instituteurs, les instituteurs et les instituteurs spécialisés, mais la plupart insistent sur d'autres dimensions qui semblent refléter, mieux que les clivages énoncés par les professionnels de santé, la variété d'actions et de représentations des acteurs au sein de la prison. Comment expliquer ces différences de présentation de soi au sein des deux groupes d'acteurs étudiés ?

Deux hypothèses principales peuvent être explorées. La première expliquerait ces différences de présentation de soi en fonction des modes de structuration globaux des professions de santé et d'enseignement ; par "globaux", nous entendons ici des modes de structuration qui dépassent le milieu d'exercice pénitentiaire. La seconde hypothèse, qui mérite d'être explorée, expliquerait les différences de présentation de soi en fonction du poids plus ou moins valorisant que peut avoir le milieu d'exercice pénitentiaire pour chacune des professions.

### **2.3. L'intérêt d'afficher sa différence**

Comment expliquer que les enseignants intervenant en prison insistent largement sur les clivages qui les opposent, tandis que les professionnels de santé ont plutôt tendance à afficher la cohérence de leur(s) groupe(s) ? Ces différences s'expliquent-elles par des différences réelles de cohérence ? Et / ou renvoient-elles à des enjeux de mises en scène ? Les modes de présentation de soi utilisés par les enseignants et les professionnels de santé intervenant en prison ne s'expliquent-ils pas par les façons qu'ont les enseignants et les professionnels de santé en général de se mettre en scène ?

Une première réponse explicative à notre interrogation initiale sur les différences de présentation de soi consisterait à dire que le monde enseignant en prison est plus éclaté que le monde des professionnels de santé : les actions et les représentations des enseignants intervenant en prison seraient beaucoup moins homogènes que celles des professionnels de santé intervenant en prison. Il semble toutefois difficile de comparer l'homogénéité des deux mondes professionnels en question, car il faudrait disposer pour cela d'outils qui permettent de comparer la proximité de deux actions enseignantes et la proximité de deux actions sanitaires. A défaut de disposer de ces outils, on peut noter que l'étude des actions et des représentations de chaque groupe d'acteurs fait apparaître des différences importantes, et ce à l'intérieur de chaque groupe. En cela, les actions et les représentations des professionnels de santé intervenant en prison semblent aussi hétérogènes que

celles des enseignants intervenant en prison. La variété des modèles normatifs, la multiplicité des applications de ces modèles, la diversité des tensions ressenties entre modèles d'actions et actions effectives, caractérisent autant les professionnels de santé que les enseignants intervenant en prison. Si le monde enseignant n'est effectivement pas plus éclaté que le monde des professionnels de santé, comment expliquer alors qu'il le paraisse dans le discours des différents acteurs ?

Les modes de présentation de soi utilisés par les enseignants et les professionnels de santé intervenant en prison ne s'expliquent-ils pas par des enjeux de mises en scène propres aux enseignants et aux professionnels de santé en général ? La lecture des travaux sociologiques sur les professions de la santé et de l'enseignement en général me semble permettre d'apporter une réponse affirmative à cette interrogation.

Si l'on s'intéresse d'abord aux professions de santé, on peut rappeler le principal enseignement qui a été retiré de la critique des travaux fonctionnalistes de Talcott Parsons et de William J. Goode, selon lesquels la profession médicale pouvait être considérée comme une communauté intégrée, homogène, cohérente, unie autour des mêmes valeurs, des mêmes rôles, des mêmes intérêts et de la même éthique de service. Des travaux aussi différents que ceux d'Eliot Freidson<sup>397</sup>, de Terry Johnson<sup>398</sup>, de Jean-Michel Chapoulie<sup>399</sup> et de François Bourricaud<sup>400</sup>, montrent en effet que l'homogénéité des actions, la cohérence des représentations, le consensus des valeurs étaient moins des caractéristiques réelles de la profession établie médicale que des images que voulaient renvoyer les médecins. D'autres éléments semblent d'ailleurs pouvoir confirmer cette critique et mettre en avant le poids des effets d'affichage dans les modes de présentation de soi des professionnels de santé.

On a d'abord pu montrer que le non affichage des différences entre professionnels de santé intervenant en prison et professionnels de santé intervenant en milieu libre renvoie à la force du principe selon lequel la façon de soigner ne doit pas dépendre du milieu d'exercice. Par ailleurs, on peut rappeler le poids des principes déontologiques qui empêchent, au moins théoriquement, un médecin de critiquer ses "confrères". L'article 56 du *Code de Déontologie Médicale* du 6 septembre 1995 rappelle le principe selon lequel "les médecins doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité. Un médecin qui a un différend avec un confrère doit rechercher une conciliation (...). Les médecins se doivent assistance dans l'adversité". Ce principe limite largement

---

<sup>397</sup>Eliot Freidson, 1970, *Profession of Medicine*, New York, Harper & Row, trad. fçse : *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984

<sup>398</sup>Terry J. Johnson, *Professions and Power*, Londres, Mac Millan, 1972

<sup>399</sup>Jean-Michel Chapoulie, "Sur l'analyse sociologique des groupes professionnels", *Revue Française de Sociologie*, XIV, 1973, pp. 86-114

<sup>400</sup>François Bourricaud, *L'individualisme institutionnel. Essai sur la sociologie de Talcott Parsons*, Paris, PUF, 1977

les critiques internes au sein d'une profession voulue une et indivisible. Loin d'être un principe purement formel, ce vœu d'une profession une et indivisible se répercute dans les actions et les représentations des médecins, par exemple dans les résistances affichées à l'égard de ceux qui tentent de s'autonomiser, d'imposer un nouveau segment médical ou de jouir du rôle de référent que la Sécurité Sociale entend leur faire jouer<sup>401</sup>.

Au final, on peut dire que si les médecins et les infirmiers intervenant en prison évoquent rarement des divergences d'actions et de représentations, c'est sans doute moins parce qu'ils estiment leurs actions et leurs représentations effectivement très proches que parce qu'ils tiennent à afficher l'unité et la cohérence des professions de santé. S'afficher différents pour les professionnels de santé intervenant en prison des autres professionnels de santé comporterait le risque de voir contestée l'autorité que leur reconnaissent les personnels pénitentiaires, en raison justement de leur appartenance apparente aux professions de santé en général. S'afficher différents reviendrait à se reconnaître en marge d'une profession nominale à laquelle l'appartenance assure largement la reconnaissance par les tiers d'une autorité professionnelle. En d'autres termes, la tentation de certains professionnels de santé intervenant en prison de faire reconnaître au sein des mondes médical et soignant une spécialité pénitentiaire est étouffée par la peur que cette éventuelle reconnaissance ébranle l'autorité dont disposent les professionnels de santé au sein du monde pénitentiaire — autorité qui s'appuie largement sur le principe d'une non spécificité des soins en milieu pénitentiaire (cf. chapitre 5, § 1 : une autonomie élargie) —.

Si l'on s'intéresse maintenant aux professions de l'enseignement en général (et pas seulement en prison), on peut remarquer qu'elles semblent beaucoup plus éclatées que les professions de santé. C'est le cas dans les pays anglo-saxons où les enseignants ne disposaient pas du statut de profession établie mais plutôt de celui d'occupation ou de semi-profession. C'est aussi le cas en France, comme cela apparaît au travers des travaux sociologiques qui ont été consacrés aux enseignants. Par exemple, les travaux de Jean-Michel Chapoulie à propos des professeurs de l'enseignement secondaire<sup>402</sup>, ont montré quelles étaient, dans le contexte des années 1970, les formes de différenciation internes de ce groupe, liées au recrutement et à la carrière, à l'insertion dans la société et aux conditions d'exercice dans chaque établissement. Selon Jean-Michel Chapoulie, dans les années 1970, les réorganisations des filières d'étude, le redécoupage des établissements, la transformation des limites du corps enseignant, les transformations des caractéristiques sociales et

---

<sup>401</sup>On citera à titre d'exemple la plainte déposée le 16 septembre 1999 par certains médecins auprès du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Paris, à l'encontre d'autres médecins censés avoir profité d'une campagne publicitaire de la Caisse Régionale de l'Assurance Maladie sur le rôle des médecins référents.

<sup>402</sup>Jean-Michel Chapoulie, *Les professeurs de l'enseignement secondaire, un métier de classe moyenne*, Paris, Edition de la Maison des Sciences de l'Homme, 1987

scolaires des élèves des établissements secondaires ont fondamentalement ébranlé l'unité du corps des enseignants du secondaire, unité qui reposait jusqu'alors sur des dispositions institutionnelles communes (définition des services d'enseignement, indépendance à l'égard de l'Etat et des parents d'élèves, procédures de recrutement et de titularisation). On aurait donc assisté dans les années 1970 à un éclatement de la profession des enseignants du secondaire.

D'autres travaux plus récents ont aussi montré l'hétérogénéité interne de ce que l'on pourrait nommer hâtivement *la* profession enseignante. Les travaux, cités au début de ce chapitre, qui établissent des typologies des enseignants, des professeurs ou des instituteurs, partent de ce constat d'un éclatement des modèles de référence, des actions et des représentations des différents enseignants. Cet éclatement est en partie lié à une diversité des modes de recrutement (Concours des professeurs des écoles, Capes, Agrégation, etc.), des niveaux d'enseignement (primaire, secondaire, supérieur), des lieux (écoles, collèges, lycées professionnels, lycées généraux et technologiques, enseignements post-baccalauréat, etc.), des secteurs (public, privé sous contrat, privé hors contrat), des publics rencontrés. Mais ces différents facteurs ne sauraient tout expliquer de l'éclatement apparent de la profession enseignante, puisque les professions de santé, apparemment plus cohérentes, connaissent elles aussi des modes de recrutement, des lieux, des secteurs, des publics différents. L'hypothèse d'effets d'affichage propres à chaque profession mérite ainsi d'être explorée.

Le degré de cohérence apparente d'une profession tiendrait en partie dans des effets d'affichage. De ce point de vue, la profession enseignante ne dispose pas, à l'inverse des professions de santé, de codes de déontologie et plus encore d'un ordre professionnel, censés réguler la vie interne du groupe. La profession enseignante ne dispose donc pas d'une des principales ressources qui explique la force des effets d'affichage chez les professionnels de santé et particulièrement chez les médecins. Plus fondamentalement encore, les professions de l'enseignement se distinguent de celles de la santé à propos d'une influence souhaitée ou non du milieu d'exercice sur la façon d'exercer.

La plupart des professionnels de santé construisent leur discours autour du principe selon lequel la façon de soigner ne doit pas dépendre du milieu d'exercice et du public rencontré. La plupart des enseignants construisent au contraire leur discours autour de l'idée que la bonne façon d'enseigner doit prendre en compte les caractéristiques du public visé. On retrouve ici la prégnance du modèle normatif pédagogique et de l'individualisation nécessaire des méthodes d'enseignement. Cette prégnance permet d'expliquer le fait que les différents enseignants tiennent à afficher la particularité de leurs logiques d'actions et à afficher ainsi des divergences au sein de *la* profession enseignante. Afficher la singularité de sa façon d'enseigner, c'est en effet en partie s'afficher



comme un “bon” enseignant. Tandis que l’unicité des dénominations professionnelles joue souvent le rôle d’un ferment nominal identitaire pour les professionnels de santé, elle est un pôle répulsif pour beaucoup d’enseignants.

Au final, on peut estimer que l'éclatement apparent de la profession enseignante, en prison mais aussi en milieu libre, est lié en partie à des modes d'actions et de représentations effectivement différents, en partie aussi à une volonté des différents enseignants d'afficher et d'accentuer leurs singularités. Les façons qu'ont les enseignants intervenant en prison de se mettre en scène s'expliqueraient ainsi par des formes de présentation de soi, qui sont largement diffuses dans l'ensemble du monde enseignant et qui dépassent le cadre d'exercice pénitentiaire. On peut néanmoins s'interroger sur la place particulière que peut occuper le milieu pénitentiaire dans les formes de présentation de soi des enseignants.

## **2.4. Le poids valorisant du milieu pénitentiaire**

La seconde hypothèse, qui mérite d'être explorée pour expliquer les différences de présentation de soi chez les professionnels de santé et les enseignants intervenant en prison, est celle du potentiel de valorisation que constitue le milieu d'exercice pénitentiaire pour chacune des professions. Il s'agit en d'autres termes d'évaluer le prestige que retirent les différents professionnels à exercer en milieu pénitentiaire. En ce qui concerne les professionnels de santé intervenant en prison, on a montré (cf. chapitre 7, § 2.4) que l'exercice en milieu pénitentiaire était souvent considéré comme stigmatisant et disqualifiant. Très peu d'entre eux valorisent le fait d'exercer en prison ; la plupart cherchent au contraire dans les façons de se mettre en scène à atténuer le poids de leur milieu d'exercice et à s'afficher comme membres de groupes dont les contours ne recouvrent pas les clivages exercice en prison / exercice en milieu libre. Qu'en est-il des enseignants intervenant en prison ? Leur milieu d'exercice est-il jugé stigmatisant, dévalorisant ? Quel est le poids de ce milieu dans leurs façons de se présenter ?

Contrairement à la plupart des professionnels de santé intervenant en prison, la plupart des enseignants intervenant en prison valorisent énormément le fait de travailler en prison. Si les formes de valorisation sont différentes selon les groupes d'enseignants, on note ainsi une valorisation nette dans les différents discours. Si les "bellicistes" dénoncent la faible marge de manoeuvre dont ils disposent par rapport à l'Administration Pénitentiaire et qui les réduit à des professionnels sans grande autonomie, ils restent néanmoins attachés au fait d'exercer en prison. Ils tiennent ainsi à afficher leurs différences avec ceux qu'ils nomment les "enseignants de l'extérieur" dans lesquels ils comprennent les enseignants qui n'exercent pas en prison mais aussi la majorité des enseignants intervenant en heures supplémentaires en prison (souvent des "magister malgré eux"). Selon les bellicistes, l'enseignement en prison exige des savoir-faire et surtout des modes d'implication différents de ceux que mettent en oeuvre les "enseignants de l'extérieur".

Les “pédagogues spécialisés”, s’ils n’insistent pas sur le mode d’implication dans l’institution, valorisent eux-aussi le fait d’exercer en milieu pénitentiaire, en tenant à s’afficher différents des “enseignants de l’extérieur”. Ces “pédagogues spécialisés” tiennent particulièrement à afficher leurs compétences dans l’enseignement pour adultes et dans l’enseignement pour les personnes ayant des difficultés d’apprentissage. C’est le cas par exemple de cet instituteur spécialisé.

“- Il y a un clivage entre les enseignants spécialisés et les enseignants à l’extérieur. Les différences se sentent : les enseignants du circuit traditionnel nous regardent de travers. Pourtant nous, les enseignants spécialisés, on a eu une spécialisation de deux ans : un an de C.A.P.S.A.I.S. à l’I.U.F.M. et un an de terrain. Avec en plus un diplôme et une inspection. On est à l’échelon supérieur et cela se sent d’ailleurs au niveau financier. En plus, on récupère les boulettes qu’ils font dans l’enseignement traditionnel : les détenus, ce sont souvent des personnes qui ont été mises dans des classes pièges, lorsqu’ils étaient au primaire ou au collège.”

Instituteur spécialisé, 60 ans, 30 ans d’ancienneté en milieu pénitentiaire,  
intervenant à plein-temps dans une grande maison d’arrêt

Dans le discours de cet instituteur spécialisé, les différentes logiques enseignantes sont expliquées par le clivage enseignants spécialisés / enseignants non spécialisés et plus largement par le clivage enseignants en prison / enseignants à l’extérieur appelés aussi “enseignants traditionnels”, avec toute la charge péjorative associée au terme tradition. S’affirmer enseignant en prison revient à s’affirmer comme un enseignant non traditionnel, un enseignant qui doit “récupérer les boulettes” (sic) que font les autres enseignants. Ici, comme dans la majorité des discours des “pédagogues spécialisés”, le fait d’exercer en milieu pénitentiaire est mis en avant pour afficher les différentes logiques d’actions au sein d’un monde enseignant vécu comme un monde très hétérogène.

Quant aux “magister malgré eux”, qui sont pour la plupart des enseignants qui interviennent à titre principal en milieu libre, ils valorisent aussi énormément l’enseignement en prison. A leurs yeux, l’exercice en prison fait apparaître les limites d’un enseignement souvent magistral au collège et en lycée : les magister malgré eux disent souvent avoir beaucoup appris en prison sur la bonne façon d’enseigner. La possibilité de côtoyer des élèves adultes, les particularités de ce public sont très nettement valorisées par rapport à l’enseignement auprès d’adolescents. La valorisation de l’exercice en milieu pénitentiaire est particulièrement nette dans les groupes de référence que mobilisent les “magister malgré eux” : ceux-ci s’affichent comme des enseignants en prison, ils se réfèrent aux “pédagogues spécialisés” en prison et avouent souvent ressentir une distance, forte et grandissante, entre leurs collègues de milieu libre et eux-mêmes.

“- On ne se rend pas toujours compte de notre tendance à ne pas prendre en compte les différences de valeurs ou de fonctionnement des élèves. Or, en prison, les gens n’ont pas le même système de valeurs que le notre et le discours moralisateur ne passe absolument pas. Je peux dire que la prison m’aide à intégrer les différences de

fonctionnement. Ce qui est intéressant, c'est que ce que l'on apprend à la prison peut être réinjecté à l'extérieur. C'est l'intérêt que je perçois du point de vue tant professionnel que personnel. Depuis que j'enseigne, j'ai appris que le relationnel était primordial, mais on n'est pas formé pour cela ; on n'a aucune formation en psychologie. (...)

- *Comment êtes-vous arrivé en milieu pénitentiaire ?*

- J'ai accepté pour plusieurs raisons. D'abord, parce que je m'ennuyais. Ici, au collège, c'était terne. Dans les collèges difficiles, il y a obligatoirement des discussions, des réflexions sur la pédagogie, l'apprentissage. Ici, au collège, non, il n'y avait rien et cela me manquait. (...) Ensuite, je me suis dit que travailler en prison, c'était une occasion d'aller voir ce que personne ne voit. Enfin, troisième raison, j'avais envie de revenir au contact de la délinquance car c'est un milieu qui m'intéresse. Voilà les trois raisons qui ont motivé ma réponse."

Professeur (collège), 30 ans, intervenant en heures supplémentaires  
depuis deux ans dans un établissement pour peines

On retrouve dans cet extrait une très nette valorisation de l'exercice en prison par rapport à l'exercice en collège. L'exercice en prison est jugé attirant parce qu'il excite la curiosité ("c'était une occasion d'aller voir ce que personne ne voit") mais aussi parce qu'il suscite des interrogations pédagogiques qui sont rares en milieu libre. Comme le montre la première partie de l'extrait, chez ce professeur, intervenant principalement en collège et deux heures par semaine en prison, c'est la prison qui nourrit l'exercice en milieu libre, plutôt que l'inverse.

La prison est ainsi très largement mobilisée dans les discours qu'affichent tous les enseignants intervenant en prison, et ce quelles que soient leurs différentes logiques d'action. Au rang des rares actions communes des enseignants intervenant en prison, on peut donc placer la volonté, voire la fierté, d'afficher des différences de pratiques avec les enseignants exerçant dans d'autres milieux. Ce constat tranche nettement avec celui qui a été établi pour les professionnels de santé. Comment expliquer cette valorisation de l'exercice en prison chez les enseignants ?

On peut d'abord rappeler que si les professionnels de santé intervenant en prison tirent avantage de l'affichage d'une appartenance aux professions de santé en général et d'une non spécialité d'exercice — car cet affichage assoit leur autorité et leur autonomie vis-à-vis des personnels pénitentiaires (cf. supra, chapitre 11, § 2.3.) —, les enseignants ne tireraient sans doute guère d'avantages d'un affichage d'une appartenance aux professions de l'enseignement en général et d'une non spécificité de l'exercice de l'enseignement en prison. En effet, ce qui apparaît parfois contesté par les personnels pénitentiaires, c'est moins la compétence des seuls enseignants intervenant en prison, que l'exclusivité de l'autorité technique des enseignants en général et que l'utilité globale de l'enseignement en prison (cf. chapitre 9, § 1 : une autonomie limitée). Si les enseignants valorisent le fait d'exercer en prison, ce peut donc d'abord être parce qu'ils n'ont pas de bonnes raisons de ne pas le valoriser.

Une autre hypothèse explicative de la valorisation de l'exercice en prison par les enseignants intervenant en prison — hypothèse que j'évoquerai avec prudence car le matériau recueilli en entretien ne permet guère de l'explorer — pourrait concerner les profils de socialité des enseignants. Sans adopter une démarche déterministe qui lierait strictement les actions et les représentations des acteurs à leur origine sociale et à leur socialisation, on peut supposer que les parcours de socialité les plus courants sont très différents chez les enseignants et chez les professionnels de santé. Les formes de parcours professionnel pourraient ainsi expliquer les formes différentielles d'implication dans la prison et de valorisation de celle-ci. Le mode d'implication de certains enseignants est ainsi assurément lié à des formes d'engagement syndical, politique, parfois religieux, que l'on ne retrouve pas chez la plupart des professionnels de santé. Une perspective de recherche pourrait consister à préciser l'influence de ces profils de socialité, seulement soupçonnée ici parce que non explorée systématiquement dans les entretiens que j'ai menés.

L'hypothèse principale que l'on peut avancer pour expliquer la valorisation par les différents enseignants de leur activité en prison est que les conditions d'enseignement en prison, et particulièrement l'hétérogénéité des caractéristiques du public détenu, permettent de mobiliser des repères normatifs qui sont très valorisés dans le monde enseignant : la pédagogie, l'individualisation des enseignements, mais aussi la prise en charge de publics adultes auprès de qui l'enseignement traditionnel a révélé ses limites. Comme il l'a été écrit plus haut, afficher la singularité de sa façon d'enseigner permet de s'afficher comme un "bon" enseignant. Plus encore, s'afficher comme enseignant auprès de détenus qui ont souvent connu des échecs scolaires, est une façon d'afficher un engagement pédagogique fort, un engagement très valorisé dans le monde enseignant.

Finalement, le milieu d'exercice pénitentiaire apparaît comme un milieu relativement prestigieux pour les enseignants qui y exercent, quelques heures par semaine ou à plein-temps. Ce prestige explique que les enseignants intervenant en prison tiennent à afficher leur singularité vis-à-vis des enseignants qui interviennent en milieu libre. Mais cette volonté commune d'afficher sa singularité ne saurait cacher les profondes fractures qui traversent le monde des enseignants en prison. Les actions et les représentations des enseignants intervenant en prison sont loin d'être homogènes, unies, collectives. On retrouve ici un constat établi pour les professionnels de santé, mais tandis que ces derniers tendent à taire leurs clivages internes, les enseignants affirment leurs différences. L'éclatement des logiques d'action est parfois même clairement revendiqué. Loin d'être des ferments nominaux mobilisateurs, les dénominations professionnelles deviennent des enjeux de différenciation.

## Conclusion : L'éclatement du monde enseignant en prison

Comme le monde des professionnels de santé intervenant en prison, le monde des enseignants intervenant en prison rassemble des acteurs aux actions et représentations fort différentes. Certains enseignants — les “bellicistes” — entendent prioritairement lutter contre toutes les formes d'intrusion des logiques d'action des personnels pénitentiaires dans le fonctionnement du système d'enseignement. D'autres enseignants — les “pédagogues spécialisés” — centrent leur activité autour de l'affirmation d'une pédagogie spécialisée, adaptée au public adulte rencontrant des difficultés d'apprentissage, mais non spécifique au milieu pénitentiaire. D'autres enfin — les “magister malgré eux” — sont des enseignants dont les façons d'enseigner, centrées sur la transmission des connaissances, apparaissent en net décalage avec leur discours sur les spécificités de l'enseignement en prison.

Ceux que l'on pourrait placer d'autorité de taxinomiste sous une même appellation professionnelle “enseignants” ont ainsi des actions et des représentations fort différentes, dans un milieu pénitentiaire laissant pourtant peu de marges d'autonomie et d'initiative aux enseignants. Les formes de structuration de la profession enseignante en prison conduisent ainsi à saper la légitimité d'une croyance qui ferait d'une profession, ou d'un ensemble d'acteurs ayant une même place dans la division du travail, une communauté nécessairement unie, cohérente, homogène. On retrouve ici un constat empirique énoncé par Claude Giraud à propos du monde enseignant en général : “au cours des années quatre-vingt-dix, ce n'est plus tant la forme militante d'un collectif d'enseignants à construire et à faire vivre que la recherche de dénominateurs communs aux enseignants qui semble être devenu l'enjeu central. Non seulement l'expertise des enseignants est en crise du fait de l'hétérogénéité des publics et des enseignants eux-mêmes ainsi que de l'éclatement des demandes sociales mais le collectif des enseignants est au mieux une “*ligne Maginot*” sans effet sur les incertitudes du métier d'enseignant et au pire une utopie”<sup>403</sup>.

Dans le cadre de cette étude, le caractère illusoire d'une croyance qui assimilerait des professions à des communautés homogènes d'acteurs apparaît d'ailleurs d'autant plus nettement que les enseignants eux-mêmes — contrairement aux professionnels de santé — insistent sur la variété de leurs actions et représentations professionnelles. Les enseignants intervenant en prison tiennent d'abord à afficher leurs différences avec les enseignants en milieu libre. Mais tout autant que leurs différences avec les enseignants extérieurs, ils tiennent aussi à afficher leurs clivages internes. L'éclatement des logiques d'action est parfois clairement revendiqué : refusant que le terme “enseignant” serve de dénomination commune, ceux que l'on a nommés les “bellicistes” assimilent

---

<sup>403</sup>Claude Giraud, *L'intelligibilité du social. Chemins sociologiques*, Paris, L'Harmattan, 1999, p. 42

par exemple ceux que l'on a nommés les “magister malgré eux” à des “enseignants de l'extérieur”. Loin d'être des ferments nominaux mobilisateurs comme chez les professionnels de santé, les dénominations professionnelles deviennent un enjeu de différenciation. Chez les professionnels de santé comme chez les enseignants intervenant en prison, les dénominations semblent donc devoir être comprises plus comme le produit de stratégies de présentation de soi, que comme un fidèle reflet des actions et des représentations de ceux que ces dénominations englobent.





## Conclusion de la troisième partie

Au terme de cette troisième partie et avant de revenir dans une conclusion générale sur les enseignements d'une comparaison entre les professionnels de l'enseignement et les professionnels de la santé intervenant en prison, nous voudrions ici rappeler les principaux résultats de l'étude des actions et des représentations des enseignants intervenant en milieu pénitentiaire.

Le prisme des enseignants permet d'abord d'éclairer les dimensions totale et totalitaire de la prison actuelle. Si l'on s'intéresse à la dimension totale de la prison conçue comme une tendance de l'institution à limiter l'autonomie des acteurs exerçant une mission censée ne pas relever pas de la compétence des personnels pénitentiaires, l'étude du monde enseignant conduit à nuancer fortement le constat établi pour les professionnels de santé. Certes, les enseignants disposent de statuts qui les mettent théoriquement à l'abri des pressions pénitentiaires. Certes, ils sont très libres dans la définition du contenu de leurs enseignements. Mais leur autonomie reste très limitée. Leur autorité professionnelle est d'abord beaucoup moins reconnue que celle des professionnels de santé. Au delà de cette autorité, il semble même que ce soit l'utilité ou la pertinence de l'accès des détenus à l'enseignement qui soit souvent remis en cause. Au quotidien, les enseignants ne maîtrisent donc que très rarement le recrutement de leurs étudiants et le suivi de leur scolarité, car les décisions pénitentiaires (transferts, suspensions d'activité, déclassements) restent prééminentes. Que certains enseignants refusent avec véhémence mais vainement ces décisions ou que d'autres les acceptent au titre de contrainte incontournable ou légitime ne change pas le constat global : l'autonomie des enseignants est fort restreinte, la prison reste ici un milieu totalisant.

Il est aussi intéressant de réinterroger la dimension totalitaire de la prison conçue comme une tendance à restreindre des droits dont les détenus ne sont pas juridiquement privés, à l'aune de l'accès des détenus à l'enseignement. Là encore, le constat est assez différent de celui qui a été établi à propos de l'accès aux services de santé. De fait, l'accès à l'enseignement n'est pas perçu comme un droit mais plutôt comme un privilège, susceptible d'être accordé aux détenus les plus calmes, d'être refusé aux détenus les plus retors, d'être retiré aux détenus pour des motifs extra-scolaires. L'accès à l'enseignement fait pleinement partie de ce qu'Erving Goffman appelait le

système des privilèges des *total institutions* : il est conditionné à des comportements, contrairement à l'accès aux services de santé. Le fait que cet accès se soit largement diffusé depuis deux siècles et dans les deux dernières décennies ne semble pas avoir modifié la nature de cet accès, largement inféodé à la mission de maintien de l'ordre dont sont investies les prisons.

L'étude des enseignants intervenant en prison permet aussi de dégager une vision des professions à travers le prisme d'un milieu d'exercice particulier. C'est une vision différente de celle qui est offerte par l'étude des professionnels de santé, car la prison constitue un système de contraintes beaucoup plus rigide pour les enseignants que pour les professionnels de santé. Le caractère contraignant du milieu pénitentiaire pour les enseignants tend-il à homogénéiser leurs actions et leurs représentations ? L'étude montre que la profession enseignante n'existe pas plus réellement que n'existent les professions de santé : la dénomination "enseignants intervenant en prison" recouvre des actions et des représentations fort différentes, des amalgames bien plus que des communautés ou des collectivités d'acteurs. Là encore, la typologie proposée de ces différents enseignants (les bellicistes, les pédagogues spécialisés, les magister malgré eux) s'appuie sur la diversité constatée des modèles normatifs en cours dans ces professions, sur la multiplicité des ajustements trouvés entre modèles normatifs et contraintes du système d'action, sur la variété des tensions ressenties entre normes d'actions et comportements effectifs. Cette variété de logiques d'action, en partie liée à la variété des temps d'intervention (plein-temps, heures supplémentaires) et des lieux d'exercice principaux (en prison, en milieu libre), en partie liée à la variété des anciennetés dans la métier et dans l'exercice en prison, remet ainsi en question la pertinence d'un postulat qui voudrait qu'un milieu contraignant uniformise les pratiques. Elle remet aussi en question la cohérence des ensembles d'acteurs nommés sous des mêmes étiquettes nominales.

Le caractère artificiel de la cohérence que laissent transparaître les dénominations professionnelles est d'ailleurs dénoncé par la plupart des enseignants intervenant en prison. Ces "enseignants" affichent d'abord leurs différences avec les "enseignants" intervenant en milieu libre. Beaucoup d'entre eux affichent aussi des clivages internes, reflétant à leurs yeux la variété des actions et des représentations des différents enseignants intervenant en prison. L'usage des dénominations professionnelles constitue même un argument majeur des présentations de soi, des masques et des miroirs utilisés par les acteurs pour se mettre en scène. Les dénominations professionnelles les plus souvent mobilisées montrent la variété des groupes de référence qui sont mobilisés par les acteurs d'une même profession nominale. Cette variété des présentations de soi remet en question la pertinence d'un découpage des professions qui ne tiendrait pas compte des façons dont les acteurs se sentent ou non appartenir aux groupes qui sont censés les agréger.

## Conclusion

“Nous devons nous persuader que certains usages qui nous sont propres, considérés par un observateur relevant d’une société différente, lui apparaîtraient de même nature que cette anthropophagie qui nous semble étrangère à la notion de civilisation. Je pense à nos coutumes judiciaires et pénitentiaires. A les étudier du dehors, on serait tenté d’opposer deux types de sociétés : celles qui pratiquent l’anthropophagie, c’est-à-dire qui voient dans l’absorption de certains individus détenteurs de forces redoutables le seul moyen de neutraliser celles-ci, et même de les mettre à profit ; et celles qui, comme la nôtre, adoptent ce qu’on pourrait appeler l’*anthropémie* (du grec *émeïn*, vomir) ; placées devant le même problème, elles ont choisi la solution inverse, consistant à expulser ces êtres redoutables hors du corps social en les tenant temporairement ou définitivement isolés, sans contact avec l’humanité, dans des établissements destinés à cet usage. A la plupart des sociétés que nous appelons primitives, cette coutume inspirerait une horreur profonde ; elle nous marquerait à leurs yeux de la même barbarie que nous serions tentés de leur imputer en raison de leurs coutumes symétriques.”

Claude Lévi-Strauss, *Tristes Tropiques*, Paris, Plon, 1955, pp. 447-448

Que pourraient penser les membres de sociétés, qui ne recourent pas à la détention, de cette *anthropémie* choisie et généralisée dans notre société comme sanction principale des crimes et des délits ? Que diraient-ils de ce qui se passe en prison, s’ils pouvaient y porter leur regard ? Cette invitation de Claude Lévi-Strauss à l’imagination serait mal exploitée si elle devait justifier par le relativisme culturel l’impossibilité de juger de certains usages sociaux à l’aune de critères qui seraient universels. Elle semble beaucoup plus féconde si l’on veut bien y voir un conseil formulé à l’intention des anthropologues, sociologues et autres observateurs du social, de se placer en situation d’étrangeté imaginaire pour comprendre ce qu’ils observent. De fait, l’observation des mœurs, des institutions de sa propre société semble être rendue difficile par l’appartenance de celui qui observe à ce qu’il observe. Incapable de se désolidariser réellement du cadre qui l’entoure, l’observateur serait réduit à se faire étranger en imagination, à prendre de la distance par rapport à sa place indigène.

Comment construire une distance avec l’objet prison ? La question peut paraître saugrenue puisque la prison apparaît justement comme une institution distante, isolée, coupée du reste de la société, invisible au regard extérieur. Plutôt que de construire une distance, le sociologue de la prison ne devrait-il pas tenter de déconstruire la distance physique et symbolique instituée entre la prison et le reste de la société ? La première difficulté serait ainsi de prendre conscience de la présence de la

prison, de s'intéresser à ce qui s'y passe, alors même que les localisations géographiques des prisons, leur architecture et les missions qui leur sont données en font des angles morts pour le regard extérieur. C'est d'ailleurs en enseignant bénévolement deux ans dans la prison de Fresnes que les premières questions sur le rôle de cette institution dans la société me vinrent à l'esprit, comme s'il fallait "expérimenter" la prison pour s'interroger sur sa place dans la société. Et c'est là que la question initiale retrouve toute sa pertinence : comment construire une distance avec l'objet prison ?

La prison, lieu largement méconnu ou fantasmé à l'extérieur, est un lieu qui laisse rarement indifférent. Au moins dans les premiers temps, l'intervenant extérieur est souvent amené à prendre position vis-à-vis de la rigueur des règlements, vis-à-vis du couple détenu-surveillant, vis-à-vis du vécu de l'enfermement par les détenus. Comment dans un lieu qui paraît aussi dramatique et tragique pour ceux qu'il incarcère, poser un regard sociologique espéré "neutre", "objectif" ? A cette nécessaire mais difficile prise de distance par rapport aux émotions que produit le milieu pénitentiaire chez ceux qui le côtoient s'ajoute une difficulté inverse pour le sociologue : comment rompre avec le sentiment d'une "normalité" de la prison chez la plupart de ceux qui ne la côtoient pas ? Force est en effet de reconnaître que la pertinence de l'usage de l'emprisonnement comme sanction principale aux crimes et aux délits fait rarement l'objet d'interrogations, ne suscite guère de remises en question. La question des alternatives de la prison n'est pas par exemple d'actualité<sup>404</sup> : l'emprisonnement apparaît normal tant il est général. Ne faudrait-il pas alors se poser sur la prison des questions que l'on ne se pose pas *naturellement* ? L'invitation de Claude Lévi-Strauss à se construire une étrangeté imaginaire retrouve ici tout son sens. Mais comment concilier finalement toutes ces exigences ?

Le prisme des professionnels de santé et de l'enseignement intervenant en prison concilie-t-il ces exigences ? A travers le choix d'abandonner mes activités de bénévole et de ne rencontrer que des professionnels, il s'est agi de prendre de la distance par rapport à mes premières expériences de la prison en tant qu'étudiant bénévole enseignant en prison. Le choix de ce prisme était censé *a priori* me permettre de poser un regard froid — ou refroidi — sur la prison. Il s'agissait autant que possible de substituer au regard de l'intervenant bénévole un regard d'apprenti-sociologue. Mais cette volonté d'extériorité n'aurait-elle pas conduit à négliger ce qu'un regard impliqué permet de trouver étrange dans la prison ? Projeter d'analyser le milieu pénitentiaire comme un milieu

---

<sup>404</sup>Ceux qui se nomment les "abolitionnistes" de la prison sont marginaux en France.

d'exercice parmi d'autres n'aurait-il pas conduit à en nier *a priori* la particularité, à s'interdire d'en percevoir l'étrangeté ?

Avant de dresser les enseignements de cette recherche, je voudrais revenir sur ses espoirs initiaux. Le choix de l'objet d'étude — les professionnels de la santé et de l'enseignement intervenant en prison — apparaissait tout d'abord comme un moyen d'observer la prison de façon sinon étrangère, tout au moins étrange et décalée. Il ne s'agissait pas de vouloir défendre un nouvel angle d'analyse seulement parce qu'il était nouveau par rapport à d'autres prismes déjà exploités. Le prisme des professionnels de la santé et de l'enseignement n'était pas le prisme parfait : il n'était pas censé permettre de tout voir de la prison. Il offrait néanmoins l'espoir d'éclairer des zones d'ombre ou d'obscurité que les autres prismes ne permettaient pas d'approcher. Il offrait surtout l'espoir de porter un regard différent, parce que non saturé par les lectures déjà faites de la prison, dont la diffusion peut participer des préjugés portés "naturellement" sur cette institution. L'entrée par les professionnels de la santé et de l'enseignement n'était-elle pas un moyen de réinterroger une réalité de la prison dont la lecture foucauldienne avait pensé avoir saisi la totalité ?

Parallèlement, le choix d'étudier les professionnels de la santé et de l'enseignement intervenant en prison apparaissait aussi comme un moyen d'observer de façon décalée des professions, entendues comme des groupes d'acteurs réunis sous la même dénomination du fait de leur place dans une division macrosociale du travail. L'observation des logiques d'action de professionnels de santé et de l'enseignement dans un milieu d'exercice qui n'était pas leur milieu d'exercice habituel n'offrait-elle pas *a priori* un moyen de percevoir des traits que l'observation de l'hôpital, du collège ou du lycée par exemple, n'aurait pas permis de voir ? Le choix du prisme de la prison pour étudier ce que recouvrent des ensembles professionnels s'appuyait sur deux espoirs. Le premier était de dégager des liens entre l'exercice professionnel — les actions et les représentations des différents acteurs d'une même profession nominale — et le poids des systèmes de contraintes environnant. Le second espoir était de comprendre les formes de valorisation ou de dévalorisation attachées par chaque professionnel aux différents milieux dans lesquels il était susceptible d'exercer.

Le développement de cette recherche a-t-il répondu à ces différents espoirs et aux hypothèses qui les sous-tendent ? Quels sont les enseignements de cette double lecture — une lecture de la prison à travers le prisme des professionnels de la santé et de l'enseignement qui y exercent, une lecture des professions à travers le prisme de la prison — ? La fécondité espérée de ces prismes d'analyse est-elle confirmée ?

# La prison à travers le prisme des professions

Pour dresser les principaux enseignements d'une lecture de la prison à travers le prisme des professionnels de la santé et de l'enseignement qui interviennent dans ce milieu, on se propose de reprendre les trois axes qui ont structuré notre regard :

- La prison est-elle toujours une institution totale ?
- La prison est-elle encore une institution totalitaire ?
- La prison, entre permanence et changements.

## La prison est-elle toujours une institution totale ?

La première interrogation concernait le caractère totalisant de la prison, entendu ici comme une tendance du milieu à limiter l'autonomie de ceux qui y exercent une mission censée ne pas relever de la compétence des personnels pénitentiaires. La recherche a d'abord montré que les professionnels de la santé intervenant en prison disposent d'une large autonomie d'exercice, basée sur un statut de personnels des hôpitaux publics (et donc non vacataires de l'Administration Pénitentiaire), sur une reconnaissance large par les personnels pénitentiaires de l'autorité technique des médecins et des infirmiers, ainsi que sur une acceptation diffuse d'un "droit" à la santé des détenus. Si certaines situations critiques perdurent (des retards, des injonctions de soins, des pressions sur le secret médical par exemple), notamment dans les petits établissements pénitentiaires, les professionnels de santé sont très généralement en position de force pour refuser, quand ils le souhaitent, certaines demandes des personnels pénitentiaires et faire valoir des exigences thérapeutiques. La présence de surveillants pendant les consultations, les violations du secret médical, la réponse donnée à des injonctions de soins des personnels pénitentiaires semblent alors moins le produit d'une pression incontournable du milieu d'exercice pénitentiaire que le fruit d'une volonté délibérée de certains professionnels (par exemple, ceux que nous avons appelés les "consensuels") ou de l'indifférence d'autres professionnels (par exemple, les "organicistes"). Les actions et les représentations de certains professionnels de santé ("les spécialistes pénitentiaires", les "puristes") montrent que l'autonomie réelle est foncièrement dépendante des négociations locales que les acteurs sont prêts ou non à entreprendre pour rendre effective l'autonomie formelle dont ils disposent.

Le constat établi pour les professionnels de la santé contraste avec celui qui peut être établi pour les enseignants intervenant en prison. Certes, ces derniers disposent aussi de statuts d'extériorité à l'Administration Pénitentiaire (généralement appartenance à l'Education Nationale) qui leur garantissent théoriquement une indépendance d'exercice. Certes aussi, ils disposent d'une quasi-complète autonomie dans la définition du contenu pédagogique de leur enseignement. Mais leur autorité technique et l'utilité de leur présence sont beaucoup plus contestées par les personnels pénitentiaires. Plus généralement, l'accès à l'enseignement est moins perçu comme un droit inaliénable que comme un privilège pouvant être accordé aux détenus les plus dociles et pouvant être retiré aux détenus devenus récalcitrants. Dès lors, l'autonomie réelle des enseignants est beaucoup plus restreinte que celle dont peuvent user les professionnels de santé. Les enseignants ne maîtrisent pas toujours le recrutement de leurs étudiants ; ils ne parviennent que rarement à s'opposer à des transferts ou à l'exclusion d'étudiants du centre scolaire pour des motifs extra-scolaires ; ils doivent aussi parfois lutter durement pour faire valoir leur refus de prendre en charge des détenus que les personnels pénitentiaires veulent voir à tout prix occupés. Face à ces pratiques courantes, certains enseignants (les "bellicistes") adoptent des positions catégoriques ou intransigeantes mais ces prises de position sont généralement vaines, car la concurrence d'autres activités fait qu'ils ne peuvent pas maîtriser le recrutement de leurs étudiants. La plupart des autres enseignants (les "magister malgré eux", les "pédagogues spécialisés") préfèrent d'ailleurs ne pas "discuter" des décisions de recrutement ou de suspensions d'activité, jugeant qu'elles ne relèvent pas de leur autorité. Au final, l'autonomie des enseignants intervenant en prison apparaît beaucoup plus limitée que celle des professionnels de santé.

La comparaison de l'autonomie des différents professionnels de la santé et de l'enseignement intervenant en prison permet alors de dégager deux enseignements majeurs. Il convient d'abord de préciser que de façon globale, les deux ensembles d'acteurs ont des marges d'autonomie très différentes. En ce sens, le milieu pénitentiaire n'apparaît pas comme un milieu uniformément totalisant. On peut dès lors émettre l'hypothèse selon laquelle l'autonomie de chaque groupe en prison devrait s'expliquer non pas seulement en fonction des contraintes propres au milieu pénitentiaire, mais aussi dans un contexte social plus large. Les perceptions de l'accès à la santé comme un droit et de l'accès des adultes à l'enseignement comme un privilège ne trouveraient-elles pas leurs racines à l'extérieur de la prison ? Les formes différentielles d'acceptation par les personnels pénitentiaires de l'autorité des professionnels de la santé et de l'enseignement ne renvoient-elles pas à des "images sociales" différentes de ces professions, à des représentations sociales différentes de l'utilité et de l'exclusivité des compétences de chaque groupe ? Ne



dépendent-elles de ce qu'Everett Hughes appelle les "licences" et les "mandats", propres à chaque "profession"<sup>405</sup> ? Plus globalement, la prison ne reflète-t-elle pas la société qui l'entoure ?

Un second enseignement de l'étude comparée des marges d'autonomie des différents acteurs conduit à se méfier d'une vision des professions — comme celle des fonctionnalistes Talcott Parsons<sup>406</sup> et William Goode<sup>407</sup> — qui ferait des acteurs, nommés sous une même appellation professionnelle, des acteurs disposant d'une même autonomie. Il ne s'agit pas d'avancer ici l'hypothèse selon laquelle la marge d'autonomie d'un ensemble d'acteurs devrait être rapportée aux différents établissements dans lesquels ils exercent ; cette hypothèse, pour être pertinente, aurait exigé un travail de typologisation des différents établissements pénitentiaires selon la marge d'autonomie qu'ils laissent aux intervenants extérieurs. L'étude permet par contre d'avancer que les acteurs d'une même profession nominale, ont des façons d'agir qui s'appuient autant sur une autonomie formelle propre à "la" profession dans son ensemble, que sur une autonomie négociée quotidiennement et localement sur le lieu de travail<sup>408</sup>. Certains professionnels disposent d'une autorité potentielle (liée à leur statut, la reconnaissance de leur autorité et de l'utilité, voire de la sacralité de leur mission) dont ils n'usent pas. Les logiques d'acteurs ne peuvent donc pas être seulement rapportées à un système de contraintes qui serait totalement indépendant des acteurs, mais doivent être saisies au regard de la façon dont les acteurs perçoivent et modifient ce système de contraintes. En d'autres termes, s'il existe des contraintes objectives, les contraintes que rencontrent les différents acteurs sont elles mêmes largement dépendantes des représentations des acteurs. On peut ainsi comprendre pourquoi de deux médecins, dans des établissements semblables, l'un a accepté la présence d'un surveillant derrière la porte de son cabinet à titre de contrainte jugée incontournable, l'autre a exigé et obtenu que les surveillants soient cantonnés à l'extérieur du service médical. L'autonomie réelle dépend en partie de formes de négociations locales. Ce résultat permet de saisir l'éclatement des formes d'autonomie dont semblent disposer des professionnels rassemblés pourtant sous de mêmes dénominations professionnelles.

On voit ici que la prison permet d'approcher ce que recouvrent les "professions", entendues comme des ensembles d'acteurs rassemblés sous des mêmes dénominations du fait de leur place dans une division macrosociale du travail. Mais avant d'aborder les enseignements d'une telle approche, on peut poursuivre sur les enseignements d'une analyse de la prison par le prisme des professions de la

---

<sup>405</sup>Everett Hughes, *Men and their work*, chap. 6 : Licence and mandate, 1958, in *Le regard sociologique*, op. cité, 1996, pp. 99-106

<sup>406</sup>Talcott Parsons, "The Professions and Social Structure", in *Essays in Sociological Theory, Pure and Applied*, 1939, 2ème éd., Glencoe, Illinois, The Free Press, 1958, pp. 34-49

<sup>407</sup>William J. Goode "Community within a community : the professions", *American Sociological Review*, 1957, vol. 22, n° 2, pp. 194-200

<sup>408</sup>On retrouve ici un enseignement énoncé par Eliot Freidson dans *Profession of Medicine*, 1970, New York, Harper & Row, trad. fçse : *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984

santé et de l'enseignement qui y exercent. On conclura d'abord que si la prison reste une institution totale — entendue ici comme un milieu d'exercice très contraignant — pour certains professionnels dits extérieurs (ceux de l'enseignement), elle n'est pas un milieu uniformément totalisant : les actions de certains professionnels de santé révèlent une autonomie large et élargie. Le fait que d'autres professionnels de santé ne semblent pas disposer de cette autonomie s'explique peut-être plus par les auto-restrictions des professionnels eux-mêmes que par des contraintes objectives du milieu pénitentiaire. En d'autres termes, les formes d'autonomie réelle des professionnels dépendent en grande partie des normes des différents acteurs, ou encore de ce qu'ils jugent admissible ou souhaitable de faire.

## **La prison est-elle encore une institution totalitaire ?**

La seconde hypothèse qui a structuré notre étude de la prison à travers le prisme des professionnels de la santé et de l'enseignement qui y exercent, interrogeait le caractère totalitaire de la prison. La prison est-elle une institution totalitaire, en ce qu'elle priverait les détenus d'un accès à des services auxquels ils ont formellement droit, en ce qu'elle les priverait d'un accès semblable à celui dont ils pourraient disposer en milieu libre ? L'étude amène à avancer une réponse nuancée à cette double question. Il faut d'abord distinguer l'accès à la santé et l'accès à l'enseignement. Comme nous l'avons déjà dit, l'accès à la santé est largement reconnu comme un droit inaliénable. Certes, il arrive que certains détenus soient obligés d'adresser plusieurs demandes de rendez-vous avant que celles-ci soient réellement transmises par les surveillants aux personnels de santé. Certes, les retards dans l'accès des détenus aux services de soins sont fréquents. Certes aussi, des situations de non assistance à personne en danger ont été dénoncées. Mais sans vouloir aucunement relativiser la gravité de ces dernières situations, il convient de noter que ces situations sont rares. De façon très générale, l'accès des détenus aux services de santé est large et non conditionné : au contraire de l'accès à l'enseignement, il n'est pas soumis à des exigences de calme en détention, il n'est pas interdit à certains détenus. Le droit à la santé est par ailleurs continu : le fait que les médecins aient parmi leurs obligations celle de visiter les détenus placés dans les quartiers disciplinaires ou d'isolement montre que le droit à la santé couvre l'ensemble de la prison.

Le constat de "détotalitarisation" de la prison au regard de l'accès à la santé contraste ici avec celui que l'on peut établir à propos de l'accès à l'enseignement. Certes, il semble aussi y avoir une tendance diachronique vers un accès plus large à l'enseignement. Certes, la plupart des détenus qui le souhaitent peuvent suivre des enseignements. Mais certaines pratiques montrent néanmoins une différence radicale entre l'accès à la santé et l'accès à l'enseignement. Dans certaines maisons d'arrêt, les détenus que l'Administration Pénitentiaire entend pouvoir transférer à tout moment, ne

peuvent accéder aux services d'enseignement. Dans d'autres, l'accès des détenus à l'enseignement est strictement contrôlé par les personnels pénitentiaires qui refusent les détenus ne s'engageant pas à un contrat moral portant sur leurs comportements en détention. Dans ces établissements, la suspension d'enseignement est un recours courant dans les sanctions disciplinaires utilisées. Dans la plupart des prisons enfin, les transferts (souvent décidés par la direction régionale de l'Administration Pénitentiaire et avalisés par les directions locales, mais aussi parfois commandés par ces dernières) sont décidés sans prise en compte de l'engagement de certains détenus dans des formations, sans prise en compte non plus de la possibilité donnée ou non aux détenus de continuer leur formation dans le nouvel établissement. Pour beaucoup de personnels pénitentiaires, l'accès à l'enseignement appartient explicitement à des droits qui demandent des contreparties : “- Non, vous n'avez droit à rien. Ou plutôt si : vous avez des droits, mais il faut donner des choses en contrepartie” résume un conseiller d'insertion et de probation. En d'autres termes, l'accès à l'enseignement est perçu comme un privilège qui doit se mériter, il n'est pas perçu comme un droit.

Si l'on juge du caractère totalitaire de la prison au regard des droits qu'elle respecte et de ceux qu'elle travestit, la dimension totalitaire de la prison est faible pour la santé, forte pour l'enseignement. Si l'on entend maintenant juger du caractère totalitaire du milieu pénitentiaire par comparaison avec le milieu libre, on notera que l'accès des détenus au service de santé, s'il est aujourd'hui large et non conditionné, n'est pas toujours équivalent à celui dont ils pourraient disposer en milieu libre. La diversité de fonctionnement des services de santé en milieu libre et la diversité des conditions d'accès à ces services (du fait de la diversité des couvertures sociales notamment) interdit ici une comparaison hâtive qui opposerait les services de santé en prison et ceux en milieu libre. Néanmoins, l'étude des actions et des représentations de certains professionnels de santé intervenant en prison montre que la prison engendre ou autorise des pratiques singulières, propres à ce milieu.

L'accès à la santé en prison est ainsi généralement un accès sans secret médical. Même lorsqu'ils sont soignés par des médecins et des infirmiers (par exemple, des “puristes”) particulièrement soucieux de protéger le secret médical, les détenus ont peu de chances de pouvoir préserver, s'ils le souhaitent, la nature de leurs pathologies. En dehors des négligences, volontaires ou non, des professionnels de santé, les indiscretions favorisées par la promiscuité, les consultations fléchées (par exemple, convocations collectives des personnes séropositives pour rencontrer des spécialistes extérieurs), le nom ou le nombre de médicaments ingérés (notamment pour les tri- ou quadri-thérapies) empêchent toute forme de secret. On peut aussi rappeler que certains médecins, de par la situation institutionnelle des malades en milieu pénitentiaire, s'autorisent des pratiques que leurs confrères ou eux-mêmes ne s'autorisent pas en milieu libre : par exemple, profitant du fait que le patient ne peut pas changer de médecin ou de service de soins, certains refusent des prescriptions ou

prescrivent moins que leurs collègues ou eux-mêmes ne le font à l'extérieur. On voit ainsi que si les détenus ont aujourd'hui un accès quasiment garanti aux services de soins en prison, les façons dont ils sont soignés ne sont pas totalement indépendantes de leur condition de détenu.

Pour conclure sur le caractère totalitaire de la prison, on notera que si l'accès des détenus aux services de soins est largement perçu comme un droit et respecté comme tel, l'accès des détenus à l'enseignement est plutôt perçu comme un privilège et utilisé comme tel. En ce sens, en ce qui concerne l'enseignement, la prison ne se limite pas aujourd'hui à une simple privation de liberté ; elle prive parfois les détenus de droits dont ils ne sont pas juridiquement privés. L'enseignement semble ainsi faire encore partie de ce supplément disciplinaire évoqué par Foucault, selon lequel le dispositif carcéral peut excéder dans ses pratiques réelles les conditions de la détention légale. Même en ce qui concerne l'accès à la santé, il convient d'ailleurs de noter que cet accès, s'il n'est plus limité comme auparavant, est un accès à des pratiques de soins qui ne sont pas indépendantes de la situation institutionnelle des détenus. En ces termes, la prison reste largement totalitaire.

## **La prison, entre permanence et changements.**

La troisième et dernière interrogation, qui a structuré le regard porté sur la prison à travers le prisme des professions de la santé et de l'enseignement qui y exercent, portait enfin sur la permanence et les changements de la prison. La prison est-elle aussi invariable que ne le supposait Foucault dans *Surveiller et Punir* ? Le regard historique posé dans les chapitres 4 et 8 me semble imposer une réponse nuancée. Mais avant de préciser cette réponse, il est important de rappeler combien s'est focalisé notre regard.

Le prisme d'analyse des professions de la santé et de l'enseignement pour analyser la prison ne permet pas de tout voir de la prison, ni de façon synchronique, ni de façon diachronique. La présente étude de la permanence ou des changements de la prison se limitera donc aux évolutions ayant trait à l'autonomie des professionnels de la santé et de l'enseignement, aux accès des détenus à la santé et à l'enseignement. Même si ces évolutions sont peut-être des révélateurs de modifications plus profondes de la prison, on se gardera de les considérer comme des évolutions de l'institution prison dans son ensemble. Il est clair par exemple que notre regard ne permet pas d'évaluer les permanences ou les changements de la prison du point de vue des usages de la prison dans la pénalité ou des relations détenus-surveillants. En d'autres termes, la réponse que nous apporterons dans cette partie se veut proportionnée à la dimension du prisme d'analyse retenu.

Par ailleurs, s'interroger sur la permanence ou les évolutions de la prison oblige à réfléchir au statut de la réflexion diachronique et historique dans une recherche sociologique, principalement basée sur une enquête empirique qui, même si elle s'est étendue sur plusieurs années, est principalement transversale. Les entretiens avec les professionnels ayant une grande ancienneté en milieu pénitentiaire (jusqu'à 30 ans d'ancienneté) permettent certes d'approcher des évolutions de la prison depuis le milieu des années 1960, mais la volonté d'une mise en perspective historique plus large m'a obligé à recourir à des matériaux de seconde main, en l'occurrence des analyses historiques, des analyses sociologiques et philosophiques ayant une approche historique. Sans vouloir aucunement relativiser la validité de cette approche historique, il me semble ainsi convenir pour en expliquer les contours, de souligner la diversité des conditions de production des matériaux utilisés.

Ces remarques étant faites, il est fondé de souligner certains changements de la prison tout autant que certaines permanences. L'analyse, loin de pouvoir trancher catégoriquement sur les permanences et les changements de la prison, invite à un regard différencié. Si l'on s'intéresse d'abord à l'autonomie des professionnels de la santé et de l'enseignement exerçant en prison, il faut noter que cette autonomie s'est fortement élargie au cours des deux derniers siècles. Ce constat concerne particulièrement les professionnels de la santé dont nous avons vu que l'autonomie d'exercice est aujourd'hui très large, alors que leur faible nombre, leur statut de vacataires de l'Administration Pénitentiaire en ont longtemps faits des acteurs peu autonomes. Le constat d'un élargissement de l'autonomie mérite par contre d'être nuancé pour les enseignants. De façon longitudinale, les enseignants intervenant en prison ont assurément gagné en autonomie : par exemple, la présence de surveillants dans les salles de classe, le contrôle du contenu des enseignements, autrefois règles courantes, ont aujourd'hui disparu. Mais, comme nous l'avons vu précédemment, l'autonomie des enseignants reste encore très inaboutie. Elle l'est surtout si l'on compare leur autonomie à celle des professionnels de santé : l'autonomisation des enseignants intervenant en prison a été plus tardive que celle des professionnels de santé ; elle est aussi aujourd'hui beaucoup moins aboutie que cette dernière.

On retrouve ce constat différencié si l'on s'intéresse aux accès des détenus aux soins et à l'enseignement. Le constat d'un élargissement de l'accès à la santé contraste avec le constat du maintien d'un accès limité à l'enseignement. On peut certes noter une généralisation dans tous les établissements pénitentiaires de la présence d'intervenants de santé et d'enseignement ou encore un accroissement des effectifs de ces intervenants. On peut aussi noter la croissance continue du nombre de détenus ayant accès aux services de santé et d'enseignement. Mais la croissance au cours des deux derniers siècles du nombre de personnes détenues accédant à ces différents services, ne doit pas cacher la différence fondamentale qui oppose l'accès aux soins et l'accès à l'enseignement

des détenus. L'accès aux soins s'est vu progressivement reconnaître comme un droit, tandis que l'accès à l'enseignement a été et reste considéré et utilisé comme un privilège.

Le regard historique posé sur les permanences et les évolutions de la prison à travers le prisme des professions de la santé et de l'enseignement invite ainsi à un constat nuancé. L'autonomisation des professionnels de la santé et l'élargissement de l'accès à la santé des détenus constituent assurément des évolutions majeures de la prison. Par contre, le maintien de l'accès à l'enseignement dans un système de privilèges et les conséquences de ce maintien sur l'autonomie des enseignants en prison invite à pondérer ce constat : la permanence de la prison apparaît ici plus marquée que ses évolutions.

Un regard sociologique porté sur la prison à travers le prisme des professions permet ainsi de connaître quelques contours d'une institution très largement utilisée dans la pénalité moderne, alors même que son fonctionnement reste pourtant largement méconnu. Cette connaissance n'est-elle pas une invitation, sinon un préalable nécessaire à une réflexion plus large sur les enjeux du choix de l'emprisonnement dans la pénalité, ou encore sur les conséquences d'une pratique "anthropémique" qui consiste, pour reprendre les termes de Claude Lévi-Strauss, à vomir les êtres redoutables hors du corps social ?

## **Des professions à travers le prisme de la prison**

Il reste maintenant à approcher les enseignements de notre second prisme d'analyse : les professions vues à travers la prison. On résumera ici l'analyse à deux principaux constats dont nous dégagerons les enseignements dans l'optique d'une analyse sociologique des professions : d'une part, la diversité des actions et des représentations des acteurs regroupés sous des mêmes dénominations professionnelles ; d'autre part, le poids et les enjeux des effets d'affichage liés à l'usage de dénominations professionnelles dans les présentations de soi.

### **La diversité des actions et des représentations professionnelles**

Le premier constat concerne la diversité des actions et des représentations de ceux qui sont généralement nommés sous la même étiquette professionnelle. Tout d'abord, les actions et les représentations de ceux que l'on nomme et qui se nomment "professionnels de santé", "médecins"

ou “infirmiers”, “somaticiens” ou “psychiatres”, sont extrêmement variées, parfois antagonistes, et ce à l’intérieur de chacun des groupes nominaux. Les types que nous avons établis selon les modèles normatifs les plus valorisés, selon l’axe principal qui semble organiser les actions de chacun, montrent des oppositions nettes : les priorités des uns sont accessoires ou incompréhensibles pour d’autres. Les “organicistes” défendent le principe de consultations efficaces, technicisées, limitées à un traitement des pathologies organiques ; les demandes jugées psychologiques, psychosomatiques sont renvoyées vers d’autres professionnels ; les discussions avec les détenus sont écourtées ou refusées ; les questions déontologiques sont jugées périphériques. Les “puristes” vivent au contraire en permanence dans le souci de respecter les normes déontologiques, particulièrement celles qui sont liées au secret médical. Les “consensuels” cherchent avant tout à éviter les conflits avec les personnels pénitentiaires, en se souciant aussi peu du contenu du soin que du respect des normes déontologiques. Les “spécialistes pénitentiaires” enfin entendent affirmer la spécificité du soin des personnes détenues, en refusant un organicisme jugé inadapté aux besoins des personnes détenues, un purisme jugé intenable en milieu pénitentiaire et un “consensualisme” jugé déshonorant. Observé par le prisme des logiques d’action, le monde des professionnels de santé intervenant en prison apparaît ainsi éclaté.

C’est aussi le cas des professionnels de l’enseignement. Les “pédagogues spécialisés” centrent leur activité autour de l’affirmation d’une pédagogie spécialisée, adaptée au public adulte rencontrant des difficultés d’apprentissage, mais non spécifique au milieu pénitentiaire. Soit par conviction, soit par pragmatisme, ils ne discutent pas les pratiques de l’Administration Pénitentiaire, comme le regard porté sur le recrutement des étudiants, la suspension des cours à titre disciplinaire, les transferts-surprises. Les “bellicistes” au contraire entendent prioritairement lutter contre ces décisions qu’ils assimilent à des formes d’intrusion des logiques d’action des personnels pénitentiaires dans le fonctionnement du système d’enseignement. Enfin, les “magister malgré eux” sont des enseignants dont les façons d’enseigner, centrées sur la transmission des connaissances, apparaissent en net décalage avec leur discours sur les spécificités de l’enseignement en prison. Là encore, le prisme des logiques d’action fait apparaître un monde éclaté.

Les acteurs que j’avais au départ placés d’autorité sous de mêmes appellations “professionnels de santé” et “professionnels de l’enseignement” ont ainsi des actions et des représentations fort différentes, alors même qu’ils exercent dans un milieu restreint et pour certains très contraignant. Que retirer de ce premier constat ? Ce constat sape d’abord la légitimité d’une croyance qui ferait d’une profession, ou d’un ensemble d’acteurs ayant une même place dans une division macrosociale du travail, une communauté nécessairement unie, cohérente, homogène. Il y a certes parfois des actions collectives (la lutte pour l’abandon de la dilution des médicaments dans des “fioles pénitentiaires” par exemple) mais elles touchent rarement l’ensemble de la profession et

elles sont aussi rarement étendues dans le temps. Les professions apparaissent dès lors comme des constellations d'acteurs aux actions parfois communes, mais plus généralement d'acteurs rarement mobilisés. Ce constat a une première conséquence importante en termes méthodologiques pour l'analyse sociologique des professions : il exprime l'impossibilité d'analyser *a priori* les professions comme des communautés ou avec le prisme de l'action collective. Il exprime ainsi l'impératif d'analyser les groupes professionnels, en s'intéressant aux actions et aux représentations individuelles.

L'étude permet aussi d'interroger l'effet des systèmes de contraintes sur les pratiques des acteurs qu'ils englobent. Même si l'on admet que certaines contraintes soient incontournables, les actions semblent mériter d'être comprises en fonction des façons dont les acteurs comptent gérer ce caractère incontournable, et donc en relation avec leurs modèles normatifs. On peut prendre l'exemple de la possibilité donnée à un directeur d'établissement pénitentiaire de suspendre pour des motifs disciplinaires extra-scolaires un détenu de l'enseignement scolaire. Cette possibilité est assurément, en l'état actuel de l'enseignement en prison, une contrainte incontournable pour les enseignants. Mais les différents enseignants ne prennent pas en compte cette contrainte incontournable de la même manière. Certains n'en font pas mention (les "pédagogues spécialisés", les "magister malgré eux"), d'autres la dénoncent à chaque occasion (les "bellicistes"). Les logiques d'action des premiers sont peu perturbées par une contrainte qui leur paraît légitime dans un milieu jugé à vocation prioritairement punitive. Les logiques d'action des seconds sont au contraire centrées sur le refus d'une contrainte qui leur paraît arbitraire dans un milieu qu'ils voudraient voir valoriser autant la réinsertion que la punition. Si les contraintes sont des données incontournables, elles n'en ont donc pas moins des effets différents selon les façons qu'ont les acteurs d'accepter ou non ces données. En des termes plus généraux, émerge l'impossibilité d'analyser les professions par le biais des systèmes de contraintes, sans prendre en compte les modèles normatifs des acteurs soumis à ces systèmes.

On remarquera aussi, de façon incidente, que le constat de la diversité des actions des différents professionnels permet de contester l'hypothèse selon laquelle un milieu très contraignant tendrait à homogénéiser les actions et les représentations de ceux qui y interviennent. Comme nous l'avons dit, les enseignants ont des marges d'autonomie bien moins importantes que les professionnels de santé intervenant en prison. Leurs logiques d'actions ne semblent pas pour autant homogènes. On ne retrouve donc pas ici un résultat formulé dans d'autres recherches, par exemple celle de Jean-François Blin<sup>409</sup> qui évoque à propos de l'enseignement agricole une étroite dépendance entre les représentations et les pratiques professionnelles d'une part, la force des systèmes d'emprise (coercition institutionnelle, pression sociale) s'exerçant sur la situation d'autre part. L'hypothèse

---

<sup>409</sup>Jean-François Blin, *Représentations, pratiques et identités professionnelles*, Paris, L'Harmattan, 1997



qu'un milieu contraignant homogénéiserait nécessairement les actions et les représentations de ceux qui y exercent, semble ici infirmée.

## **Le poids et les enjeux des présentations de soi**

Le second constat majeur, établi à partir d'une analyse des professions de la santé et de l'enseignement par le prisme de la prison, concerne le poids et les enjeux des effets d'affichage liés à l'usage de dénominations professionnelles dans les présentations de soi. Les différents acteurs affichent en effet plus ou moins les clivages internes à leur profession nominale.

Dans le secteur de la santé, certains clivages sont reconnus et nommés (par exemple, les clivages opposant les médecins et les infirmiers, les somaticiens et les psychiatres), mais beaucoup d'autres clivages, pourtant nets, sont passés sous silence. Le recours à des clivages nominaux classiques semble ainsi permettre à la plupart des acteurs de masquer des clivages réels qu'ils ne souhaitent pas voir apparaître. Les professionnels de santé intervenant en prison tiennent d'abord à nier la force du clivage praticiens en prison / praticiens en milieu libre, à afficher leur appartenance aux professions de santé en général. Cette affirmation révèle une volonté diffuse de ne pas recourir à une étiquette jugée stigmatisante et de fait largement stigmatisée chez les professionnels intervenant en milieu libre : celle de l'exercice en prison. Par ailleurs, les professionnels de santé intervenant en prison mettent aussi rarement en avant des clivages internes (par exemple, ceux qui respectent peu ou prou la déontologie / ceux qui ne la respectent absolument pas) : au delà de la force du principe déontologique qui interdit à des praticiens de santé de critiquer ouvertement leurs confrères (image voulue d'une profession une et indivisible), ces silences révèlent peut-être aussi un souci de ne pas affirmer des clivages qui pourraient mettre en péril l'image, donnée au regard extérieur, des professionnels de santé intervenant en prison. Les groupes de référence les plus souvent mobilisés ("les médecins", "les infirmiers", "les psychiatres", "les professionnels de santé"), en ne faisant pas référence à l'exercice en milieu pénitentiaire, semblent ainsi plus jouer un rôle de mythes mobilisateurs et de ferments nominaux identitaires que permettre d'approcher la réalité des actions et des représentations des différents professionnels de santé intervenant en prison.

Les différents enseignants, par contre, insistent souvent sur la variété de leurs actions et représentations professionnelles. Les enseignants intervenant en prison tiennent d'abord à afficher leurs différences avec les enseignants en milieu libre. La force de cet affichage semble être liée à la prégnance dans le monde enseignant, en prison et peut-être aussi en milieu libre, d'un modèle normatif pédagogique qui voudrait que les enseignements soient adaptés, individualisés en fonction des publics rencontrés. Ce modèle normatif semble ainsi très prégnant dans la façon qu'ont les enseignants intervenant en prison de se présenter, même si ce modèle ne se traduit pas par ailleurs toujours en actes (par exemple chez les "magister malgré eux"). Afficher la singularité de ses façons

d'enseigner en prison (par rapport aux façons d'enseigner en milieu libre), ce serait ainsi s'afficher comme un enseignant qui prend en compte les difficultés particulières de son public, ce serait s'afficher comme un "bon" enseignant auprès de tous ceux qui stigmatisent le modèle normatif de l'enseignant-magister. De plus, tout autant que leurs différences avec les enseignants n'intervenant qu'en milieu libre, les enseignants intervenant en prison tiennent à afficher leurs clivages internes. L'éclatement des logiques d'action est parfois clairement revendiqué : ceux que l'on a nommés les "bellicistes" assimilent par exemple ceux que l'on a nommés les "magister malgré eux" à des "enseignants de l'extérieur". Loin d'être des ferments nominaux, des mythes mobilisateurs comme chez les professionnels de santé, les groupes de référence les plus souvent mobilisés ("les instituteurs spécialisés", "les enseignants pour adultes" par exemple, pour les enseignants intervenant à plein-temps), montrent des volontés de différenciation.

Chez les professionnels de santé comme chez les enseignants intervenant en prison, les groupes de référence mobilisés — ou encore les dénominations professionnelles — semblent donc devoir être compris plus comme le produit de stratégies identitaires de présentation de soi, que comme un fidèle reflet des actions et des représentations de ceux que ces dénominations englobent. Quels enseignements retirer de ce constat dans l'optique d'une sociologie globale des professions ? On dégagera deux enseignements majeurs.

Le premier concerne l'articulation entre les représentations individuelles et les représentations sociales des groupes professionnels. Comme nous l'avons dit dans le chapitre 2, les formes de présentation de soi des professionnels peuvent en partie s'expliquer par un usage, non réfléchi par les acteurs, de catégories socioprofessionnelles qui constituent aujourd'hui des découpages ordinaires, des références quasi-naturelles de la vie sociale, des "représentations cognitives", pour reprendre l'expression de Laurent Thévenot et Alain Desrosières<sup>410</sup>. On peut penser que deux personnes, classées généralement par le sociologue taxinomiste dans la même PCS, seront très souvent classées et se classeront elles-mêmes dans le même groupe de travail, même quand il ne s'agit pas de produire un découpage statistique, même quand il s'agit de préciser leurs actions et leurs représentations. Néanmoins, on ne saurait résumer toutes les formes de présentation de soi des professionnels à des usages inconscients de catégories ou de représentations qui leur échapperaient largement. Dans cette optique, il semble fécond d'envisager les formes de présentation de soi comme le produit de stratégies conscientes des différents acteurs. Evoquant les façons dont les gens de la banque s'autodésignent, Yves Grafmeyer montre que "chacun opère un compromis entre les désignations officielles, les attentes de son milieu de travail, et sa propre manière de se situer dans

---

<sup>410</sup>Alain Desrosières et Laurent Thévenot, *Les catégories socio-professionnelles*, Paris, Découverte, 1988, p. 34  
546

l'espace socioprofessionnel"<sup>411</sup>. On retrouve ces formes de compromis en prison. Le refus par beaucoup d'enseignants intervenant en prison de se définir par des étiquettes nominales traditionnelles ("enseignants", "instituteurs", "professeurs") montre que les acteurs ne sont pas dupes des catégories qu'ils utilisent. De même, les étiquettes traditionnelles auxquelles ont recours la plupart des professionnels de santé ("médecins", "infirmiers", "psychiatres") apparaissent en grande partie comme des images que *veulent* renvoyer les professionnels pour masquer l'image jugée disqualifiante de l'exercice en milieu pénitentiaire, pour masquer les formes différentielles et peu avouables d'intégration dans la profession. Cet enseignement confirme ici plus largement l'intérêt de considérer l'acteur comme un individu disposant d'une autonomie relative et de représentations singulières qu'il mettrait en scène dans les formes de présentation de soi.

Le second enseignement de l'analyse des enjeux et des effets des présentations de soi des professionnels de l'enseignement et de la santé intervenant en prison, a trait aux modes de structuration des ensembles professionnels, et plus particulièrement aux modes d'expression des différences internes d'actions et de représentations. Les travaux des interactionnistes<sup>412</sup> se sont souvent intéressés aux professionnels qui cherchaient au sein d'une profession à faire reconnaître leur singularité, à s'imposer en tant que "segment". L'exemple des professionnels en prison éclaire ces analyses en montrant des formes inabouties de segmentation des professions, en éclairant des tensions interindividuelles : par exemple, au sein des professionnels de santé intervenant en prison, apparaissent clairement des tensions entre ceux qui seraient tentés par l'affirmation d'une spécialité pénitentiaire (les "spécialistes pénitentiaires") et les autres professionnels. Mais l'exemple des professionnels en prison permet aussi de percevoir des tensions intra-individuelles liées à cette possible segmentation : les "spécialistes pénitentiaires" souhaitent faire reconnaître leur expérience au travers de la reconnaissance d'une spécialité pénitentiaire, mais ils redoutent en même temps que cette éventuelle reconnaissance n'ait un effet pervers de stigmatisation de leur exercice. Les façons qu'ont les professionnels de se mettre en scène révèlent donc des enjeux identitaires autant vis-à-vis de leurs confrères que vis-à-vis d'eux-mêmes. La compréhension des enjeux de la segmentation des professions semble ainsi mériter de remonter aux actions et représentations individuelles.

Un regard sociologique porté sur les professions à travers le prisme de la prison permet ainsi d'ébaucher des axes pour une sociologie des professions en général. La perspective générale consiste à remonter de l'analyse des dénominations à l'analyse des actions et des représentations que ces dénominations sont censées synthétiser, pour comprendre les effets et les enjeux des

---

<sup>411</sup>Yves Grafmeyer, *Les gens de la banque*, Paris, PUF, 1992, p. 157

<sup>412</sup>Rue Bucher et Anselm Strauss, "Professions in Process", *American Journal of Sociology*, 1961, n° 66-4, pp. 325-334. Traduction française : "La dynamique des professions", in Anselm Strauss, *La trame de la négociation. Sociologie* 547

dénominations. Elle vise donc à comprendre l'articulation entre l'acte de nommer d'une part, les actions et les représentations d'autre part. Les professions, plutôt que d'être considérées *a priori* comme des communautés en action, semblent mériter d'être analysées en étant comprises comme des ensembles, plus ou moins cohérents, de différents acteurs. La cohérence, réelle ou affichée, d'une profession semble mériter d'être interrogée comme le produit des actions, des représentations et des présentations de soi individuelles des différents acteurs. S'il n'y a aucune raison de négliger le poids des milieux d'exercice sur les actions individuelles, l'analyse montre qu'il serait aussi abusif d'assimiler les comportements professionnels aux produits d'un système de contraintes : s'impose ainsi la nécessité d'accéder au sens que l'acteur donne à ses actions, d'analyser les modèles normatifs qui peuvent le guider, de saisir les tensions entre modèles normatifs et actions effectives. L'analyse sociologique des professions pourrait alors reposer sur une étude des modes d'agrégation de ces actions, représentations et présentations de soi.

## Epilogue

Au terme de ce voyage au coeur de la prison et des professions de la santé et de l'enseignement qui y exercent, s'ouvrent différentes perspectives de recherche.

L'analyse de la prison par le prisme des professions de la santé et de l'enseignement pourrait être renforcée par l'analyse des actions d'autres professionnels (les formateurs, les intervenants culturels, les prêtres, ...) ou de bénévoles, par une enquête diachronique qui permettrait d'affiner le regard sur les permanences et les changements de l'institution, par une approche comparative internationale qui permettrait de saisir la singularité ou la banalité du fait social carcéral en France. Mais la principale ouverture heuristique de cette analyse me semble résider dans les confrontations critiques qu'elle pourrait susciter avec les autres perspectives d'analyse de la prison, comme celles qui s'intéressent aux relations détenu(e)s-surveillant(e)s à la profession des surveillants à la place de la prison dans la pénalité moderne<sup>413</sup>.

L'analyse des actions, des représentations, des présentations de soi des professionnels de la santé et de l'enseignement intervenant en prison pourrait à son tour être renforcée par l'étude d'autres

---

*qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, 1992, pp. 67-86

<sup>413</sup>Je pense aux différents travaux de Corinne Rostaing, Antoinette Chauvenet, Françoise Orlic, Georges Benguigui, Claude Faugeron (cf. bibliographie).

milieux d'exercice et par la comparaison qui pourrait en résulter. Les valeurs et les normes des différents acteurs s'expliquent-elles par des formes de socialisation et des trajectoires professionnelles particulières ? Ne doit-on pas plutôt les analyser en s'en tenant, comme le propose Raymond Boudon dans *Le sens des valeurs*, au postulat du *Verstehen* : “voir — sauf preuve du contraire — dans le sens pour l'acteur de ses croyances et de ses actions — *i.e.* dans les raisons fortes qui les fondent à ses yeux — la cause desdites actions et croyances”<sup>414</sup> ? Là encore, la confrontation avec d'autres choix analytiques et thématiques pourrait être féconde pour mettre en perspective les modes d'agencement des acteurs de santé et de l'enseignement<sup>415</sup>, sinon des professions au sens large.

Finalement, le cheminement au coeur de la prison et des professions de la santé et de l'enseignement qui y exercent, s'il résout certaines interrogations, ouvre aussi de nombreuses perspectives d'analyse de la prison et des professions. La fécondité d'une analyse ne résiderait-elle pas d'ailleurs autant dans les enseignements qu'elle dégage que dans les *a priori* qu'elle bouscule et les doutes qu'elle instille ? A titre personnel, ce cheminement initiatique au coeur de la prison et de la recherche sociologique m'a renforcé dans la conviction de la fécondité et de la pertinence de la posture et du raisonnement sociologiques. Il m'a aussi permis d'entrevoir la richesse des sociologies de l'action ou encore la fertilité heuristique d'une posture méthodologique qui entend analyser les phénomènes collectifs à partir d'une analyse des actions individuelles, qui affirme la nécessité de comprendre les actions en accédant au sens que leur confère celui qui les produit, qui ne réduit pas l'individu aux effets d'un conditionnement sans en faire pour autant un acteur indépendant de ce qui l'entoure. En ce sens, ce cheminement m'a permis de *comprendre* cette fameuse phrase qu'adressait Max Weber à Robert Liefmann :

“Si je suis finalement devenu sociologue (comme l'indique mon arrêté de nomination) c'est essentiellement afin de mettre un point final à ces exercices à base de concepts collectifs dont le spectre rôde toujours. En d'autres termes : la sociologie, elle aussi, ne peut procéder que des actions d'un, de quelques, ou de nombreux individus séparés. C'est pourquoi elle se doit d'adopter des méthodes strictement individualistes”.

Max Weber, *Lettre à Robert Liefmann*, 9 mars 1920, cité in Raymond Boudon et François Bourricaud, *Dictionnaire critique de la sociologie*, Paris, PUF, 1982, p. 1

---

<sup>414</sup>Raymond Boudon, *Le sens des valeurs*, Paris, PUF, 1999, p. 67

<sup>415</sup>Je pense aux travaux d'Anne-Marie Arborio, Isabelle Baszanger, François Laplantine sur les médecins, à ceux de Jean-Michel Chapoulie, Monique Hirschhorn sur les enseignants (cf. bibliographie).

# Bibliographie

## Ouvrages et articles

ACHARD Pierre, "L'écriture intermédiaire dans le processus de recherche en sciences sociales", *Communications*, n° 58, L'écriture des sciences de l'homme, 1994, pp. 149-156

*Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, "De l'Etat social à l'Etat pénal", n° 124, septembre 1998

AIACH Pierre et FASSIN Didier, *Les métiers de la santé, Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos, 1994

ARBORIO Anne-Marie, "Quand le "sale boulot" fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital", *Sciences sociales et santé*, sept. 1995, vol. 13, n° 3, pp. 93-126

ARBORIO Anne-Marie, *Les aides-soignantes à travers l'hôpital : trajectoires sociales et ajustements institutionnels*, sous la direction de Claudine HERZLICH, Thèse de doctorat de sociologie, EHESS, 1996

ARNAUD André Jean (sous la dir.), *Dictionnaire encyclopédique de théorie et de sociologie du Droit*, article *Déontologie*, Paris, Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence, 1993, pp. 174-176

ARON Raymond, *Les étapes de la pensée sociologique*, Paris, TEL Gallimard, 1967

AUBY Jean-Marie, "Règles juridiques, règles déontologiques et règles éthiques dans le domaine de la santé", *Sociologie de la Santé*, mars 1990, n° 2, pp. 43-58

AYMARD Nadia et LHUILLIER Dominique, *Sécurité et identité professionnelle des personnels de surveillance*, Paris, GERAL, rapport de recherche, 1993

BADINTER Robert, *La prison républicaine (1871-1914)*, Paris, Fayard, 1992

BAJOIT Guy, "Exit, Voice, Loyalty... and Apathy. Les réactions individuelles au mécontentement", *Revue Française de Sociologie*, avril-juin 1988, vol. XXIX, n° 2, pp. 325-345

BARDIN Laurence, *L'analyse de contenu*, Paris, PUF, 1991

BARRAL O., BUFFARD S., DO J.-P. et GONIN D., "Le médecin en institution pénitentiaire", *Médecine et Hygiène*, n° 42, 1984, pp. 1198-1200

BARRÉ Marie-Danielle et TOURNIER Pierre, "Erosion des peines perpétuelles", *Travaux et Documents*, Ministère de la Justice, Direction de l'Administration Pénitentiaire, n° 16, 1984

BARRÉ Marie-Danielle et TOURNIER Pierre, *La mesure du temps carcéral. Observation suivie d'une cohorte d'entrants*, Paris, CESDIP, Déviance et Contrôle social, 1988, n° 48

BASZANGER Isabelle, "Emergence d'un groupe professionnel et travail de légitimation, le cas des médecins de la douleur", *Revue Française de Sociologie*, avril-juin 1990, vol. XXXI, n° 2, pp. 257-282

- BASZANGER Isabelle, *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*, Paris, Editions du Seuil, Coll. La couleur des idées, 1995
- BAUER Charlie, *Fractures d'une vie*, Paris, Editions du Seuil, 1990
- BEAUD Stéphane, "L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'«entretien ethnographique»", *Politix*, n° 35, 1996, pp. 226-257
- BEAUD Stéphane et WEBER Florence, *Guide de l'enquête de terrain : produire et analyser des données ethnographiques*, Paris, Ed. La Découverte, 1997
- BECKER Howard, *Outsiders, Etudes de sociologie de la déviance*, 1963, Paris, Editions Métailié, 1985
- BELBOT Barbara A. et DEL CARMEN Rolando V., "AIDS in Prison : Legal Issues", *Crime and Delinquency*, Etats-Unis, 1991, vol. 37, n° 1, pp. 135-153
- BENIGUI George, "Contrainte, négociation et don en prison", *Sociologie du Travail*, 1997, n° 1/97, pp. 1-17
- BENTOLILA Alain, RIVIERE Jean-Philippe, *L'illettrisme des entrants en détention, Enquête sur 6500 détenus en maison d'arrêt*, Rapport de recherche, décembre 1995
- BERTAUX Daniel, *Les récits de vie*, Paris, Nathan, Coll. 128, 1997
- BERTAUX Philippe et SANCHEZ Françoise, *La prise en charge de l'infection à VIH en milieu carcéral : étude sur quatre sites, pré-enquête*, décembre 1991, Groupe Recherche Expérimentation Santé (GRES)
- BESSETTE Jean-Michel, *Sociologie du crime*, Paris, PUF, 1982
- BESSETTE Jean-Michel, "La sociologie criminelle", in DURAND Jean-Pierre, WEIL Robert, *Sociologie contemporaine*, Paris, Vigot, 1990, pp. 491-509
- BESSIN Marc, LECHIEN Marie-Hélène, ZELEM Marie-Christine et CAMBON Laurence, *Soigner en prison, Logiques et pratiques des acteurs de la réforme des soins en milieu pénitentiaire, Etude pilote sur deux sites*, Groupe de Recherche sur la Socialisation, Lyon, 1997
- BIZEUL Daniel, "Le récit des conditions d'enquête : exploiter l'information en connaissance de cause", *Revue Française de Sociologie*, octobre-décembre 1998, vol. XXXIX, n° 4, pp. 751-787
- BLANCHET Alain et GOTMAN Anne, *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, Paris, Nathan, Coll. 128, 1992, pp. 94-101
- BLIN Jean-François, *Représentations, pratiques et identités professionnelles*, Paris, L'Harmattan, Collection Action et Savoir, 1997
- BOGELOT G., "Le rôle du médecin dans la prison", *Bulletin de la Société Générale des Prisons, Revue Pénitentiaire*, juillet 1891, 15<sup>ème</sup> année, n° 7, pp. 1004-1007
- BON François, *Prison*, Lagrasse, Editions Verdier, 1997
- BOUDON Raymond, *L'inégalité des chances, La mobilité sociale dans les sociétés industrielles*, Paris, Armand Colin, 1973
- BOUDON Raymond, *Effets pervers et ordre social*, 1977, Paris, PUF, Collection Sociologies, 2<sup>ème</sup> éd. 1979
- BOUDON Raymond, *La logique du social, Introduction à l'analyse sociologique*, 1979, Paris, Hachette, Collection Pluriel, 1983



- BOUDON Raymond, *La place du désordre, Critique des théories du changement social*, 1984, Paris, PUF, Quadrige, 1991
- BOUDON Raymond, *L'idéologie ou l'origine des idées reçues*, Paris, Fayard, Collection Idées-Forces, 1986
- BOUDON Raymond, *L'art de se persuader des idées douteuses, fragiles ou fausses*, 1990, Paris, Seuil, Collection Points, 1991
- BOUDON Raymond, *Le sens des valeurs*, Paris, PUF, Collection Quadrige, 1999
- BOUDON Raymond, "Action", in BOUDON Raymond (sous la dir.), *Traité de sociologie*, Paris, PUF, 1992, pp. 21-55
- BOUDON Raymond et BOURRICAUD François, *Dictionnaire critique de la sociologie*, Paris, PUF, 1982
- BOURDIEU Pierre et PASSERON Jean-Claude, *La reproduction, Eléments pour une théorie du système d'enseignement*, Paris, Editions de Minuit, Collection Le sens commun, 1970
- BOURDIEU Pierre, *Le sens pratique*, Paris, Editions de Minuit, 1980
- BOURDIEU Pierre, *Ce que parler veut dire. L'économie des échanges linguistiques*, Paris, Fayard, 1982
- BOURDIEU Pierre, "Comprendre", in Pierre BOURDIEU (dir.), *La misère du monde*, Paris, Le Seuil, 1993, pp. 903-939
- BOURGOIN Nicolas, *Le suicide en prison*, Paris, L'Harmattan, 1994
- BOURRICAUD François, "Contre le sociologisme : une critique et des propositions", *Revue Française de Sociologie*, vol. XVI, suppl. 1975, pp. 583-603
- BOURRICAUD François, *L'individualisme institutionnel. Essai sur la sociologie de Talcott Parsons*, Paris, PUF, 1977
- BOURMANNE Martine, "Armée, prison : institutions totalitaires ?", *Revue Interdisciplinaire d'Etudes Juridiques*, 1988, n° 20, pp. 89-166
- BRAMOULLE Sophie, INGOLD Rodolphe, INGOLD Sylvie et VAIDIS Claude, "Toxicomanes en prison", *Esprit*, n° 121, déc. 1986, pp. 55-65
- BUFFARD Simone, *Le froid pénitentiaire, l'impossible réforme des prisons*, Paris, Seuil, Collection Esprit, 1973
- BUFFARD Simone, "Y a-t-il une évolution de la prison ?", *Déviance et Société*, Genève, 1977, vol. 1, n° 2, pp. 203-208
- CAMPIOLI G. et De CONINCK G. , "Paroles de détenus", *Déviance et Société*, 1977, vol. I, n° 2, pp. 219-237
- CARLIER Christian et CIRBA Laurence, *La lutte contre l'illettrisme en prison, enquête exploratoire conduite dans cinq établissements*, Service des Etudes et de l'Organisation, Administration Pénitentiaire, mai 1988
- CASADAMONT Guy, *La détention et ses surveillants. Représentations et champ carcéral*, Paris, EHESS, 1984
- CASSINAT Guy et GAILLARD Jean, "L'enseignement et la formation professionnelle dans les prisons", *Revue pénitentiaire et de droit pénal*, vol. 108, n° 2, 1984, pp. 121-134

- CASTEL Robert, "Les médecins et les juges", in *Moi, Pierre Rivière, ayant égorgé ma mère, ma soeur et mon frère... Un cas de parricide au XIXème siècle présenté par Michel Foucault*, Paris, 1973, Gallimard, Folio Histoire, 1994, pp. 379-399
- CASTEL Robert, *L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme*, Paris, Minuit, 1976
- CASTEL Robert, "Institutions totales et configurations ponctuelles", in CASTEL Robert, COSNIER Jacques, JOSEPH Isaac et alii, *Le parler frais d'Erving Goffman*, Paris, Editions de Minuit, Coll. Arguments, 1989, pp. 31-43
- CASTEL Robert, COSNIER Jacques, JOSEPH Isaac et alii, *Le parler frais d'Erving Goffman*, Paris, Editions de Minuit, Coll. Arguments, 1989
- CHAMBAZ Christine, MAURIN Eric et TORELLI Constance, "L'évaluation sociale des professions en France. Construction et analyse d'une échelle des professions", *Revue Française de Sociologie*, janvier-mars 1998, vol. XXXIX, n° 1, pp. 177-226
- CHAMBOREDON Hélène, PAVIS Fabienne, SURDEZ Muriel et WILLEMEZ Laurent, "S'imposer aux imposants. A propos de quelques obstacles rencontrés par des sociologues débutants dans la pratique et l'usage de l'entretien", *Genèses*, n° 16, 1994, pp. 114-132
- CHAPOULIE Jean-Michel, "Sur l'analyse sociologique des groupes professionnels", *Revue Française de Sociologie*, janvier-mars 1973, vol. XIV, n° 1, pp. 86-114
- CHAPOULIE Jean-Michel, *Les professeurs de l'enseignement secondaire, un métier de classe moyenne*, Paris, Edition de la Maison des Sciences de l'Homme, 1987
- CHAPOULIE Jean-Michel, "E. C. Hughes et la tradition de Chicago", in HUGHES Everett, *Le regard sociologique, Essais choisis*, Paris, Editions de l'EHESS, 1996, pp. 13-57
- CHAUVENET Antoinette, "Idéologies et statuts professionnels chez les médecins hospitaliers", *Revue Française de Sociologie*, 1973, vol. XIV, n° spécial, pp. 61-76
- CHAUVENET Antoinette, "L'échange et la prison", in FAUGERON Claude, CHAUVENET Antoinette, COMBESSIE Philippe (sous la dir.), *Approches de la prison*, 1996, pp. 45-70
- CHAUVENET Antoinette, ORLIC Françoise, BENGUIGUI Georges, *Le personnel de surveillance des prisons, Essai de sociologie du travail*, Centre d'Etudes des Mouvements Sociaux, mai 1992
- CHAUVENET Antoinette, ORLIC Françoise, BENGUIGUI Georges, "Les surveillants de prison : le prix de la sécurité", *Revue Française de Sociologie*, juillet-septembre 1993, vol. XXXIV, n° 3, pp. 345-366
- CHAUVENET Antoinette, ORLIC Françoise, BENGUIGUI Georges, "Sécurité, insécurité et prisons", *Revue internationale d'action communautaire*, 1993, 30/70, pp. 135-143
- CHAUVENET Antoinette, ORLIC Françoise, BENGUIGUI Georges, *Le monde des surveillants de prison*, Paris, PUF, 1994
- CIPRIANI-CRAUSTE Marie, "Enseignement supérieur en milieu carcéral et image de soi", *Annales de Vaucluse*, n° 25, 1986-2, pp. 63-71
- CLEMMER Donald, *The prison community*, 1940, Rinehart & Winston, New York, 1958
- COMBESSIE Philippe, *Prisons des villes et des campagnes, Etude d'écologie sociale*, Paris, Les Editions de l'Atelier/Editions Ouvrières, 1996
- COMBESSIE Philippe, "Ecosystème social et distribution des pouvoirs en prison", in FAUGERON Claude, CHAUVENET Antoinette, COMBESSIE Philippe (sous la dir.), *Approches de la prison*, 1996, pp. 71-99

- CONEIN Bernard, "Pourquoi dit-on bonjour ? (Goffman relu par Harvey Sacks)", in CASTEL Robert, COSNIER Jacques, JOSEPH Isaac et alii, *Le parler frais d'Erving Goffman*, Paris, Ed. Minuit, Coll. Arguments, 1989, pp. 196-208
- CRESSEY Donald R. (éd.), *The prison. Studies in institutional organization and change*, New York, Holt, Rinehart & Winston Inc., 1961
- DAVID Michel, *Psychiatrie en milieu pénitentiaire*, Paris, PUF, Série Nodules, 1993
- DORMOY Odile (sous la dir.), *Soigner et/ou punir ? Questionnement sur l'évolution, le sens et les perspectives de la psychiatrie en prison*, Paris, L'Harmattan, 1995
- DE COSTER Michel, PICHAULT François (dir.), *Traité de sociologie du travail*, Bruxelles, De Boeck, 1994
- DEMAILLY Lise, *Pédagogie du français et rapports sociaux*, Thèse de troisième cycle, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 1979
- DEMAILLY Lise, "La qualification ou la compétence professionnelle des enseignants", *Sociologie du Travail*, XXIX-1, 1987, pp. 59-69
- DEMAZIERE Didier et DUBAR Claude, *Analyser les entretiens biographiques. l'exemple de récits d'insertion*, Paris, Nathan, Coll. Essais et Recherches, 1997
- DESROSIERES Alain et THEVENOT Laurent, *Les catégories socio-professionnelles*, Paris, La Découverte, Collection Repères, 1988
- DUBAR Claude, *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, Armand Colin, 1991
- DUBAR Claude et TRIPIER Pierre, *Sociologie des professions*, Paris, Armand Colin, Collection U, 1998
- DUPRAT Catherine, "Punir et guérir : en 1819, la prison des philanthropes", in Michelle PERROT (sous la dir.), *L'impossible prison, Recherches sur le système pénitentiaire au XIXème siècle*, Paris, Seuil, 1980
- DURKHEIM Emile, *De la division du travail social*, 1893, PUF, 11ème éd., 1986
- DURKHEIM Emile, *Les règles de la méthode sociologique*, 1895, Paris, PUF, Quadrige, 23ème éd., 1987
- DURKHEIM Emile, *Le suicide*, 1897, PUF, Quadrige, 10ème éd., 1986
- DURKHEIM Emile, "Deux lois de l'évolution pénale", *Année Sociologique*, IV, 1899-1900
- ESPINOZA Pierre (Dr), "L'ombre du second choc sida. Sida, toxicomanie et système pénitentiaire", *Revue française des Affaires Sociales*, Hors-Série : les années SIDA, octobre 1990, pp. 63-96
- Esprit*, "Le monde des prisons", avril 1955
- Esprit*, "Toujours la prison", novembre 1979
- Esprit*, "Prisons à la dérive", octobre 1995
- FABIANI Jean-Louis, SOLDINI Fabienne, *Lire en prison. Une étude sociologique*, Paris, Centre Pompidou, Bibliothèque Publique d'Information, 1995
- FABIANI Jean-Louis, SOLDINI Fabienne, "Des lieux et des objets de lecture en milieu carcéral", in FAUGERON Claude, CHAUVENET Antoinette, COMBESSIE Philippe (sous la dir.), *Approches de la prison*, 1996, pp. 199-217

- FAUGERON Claude, Chap. 10 : “De la Libération à la guerre d’Algérie”, Chap. 11 : “Les prisons de la V<sup>e</sup> République”, in PETIT Jacques-Guy et alii, *Histoire des galères, des bagnes et des prisons*, Toulouse, Privat, 1991, pp. 289-343
- FAUGERON Claude (sous la dir.), “Prisons et politiques pénitentiaires”, *Problèmes politiques et sociaux*, n° 755-756, La Documentation Française, septembre-octobre 1995
- FAUGERON Claude, “La dérive pénale”, *Esprit*, octobre 1995, n° 215, pp. 132-144
- FAUGERON Claude et LE BOULAIRE Jean-Michel, “La création du service social des prisons et l’évolution de la réforme pénitentiaire en France de 1945 à 1958”, *Déviance et Société*, 1988, vol. 12, n° 4, pp. 317-359
- FAUGERON Claude et LE BOULAIRE Jean-Michel, “Prisons, peines de prison et ordre public”, *Revue Française de Sociologie*, janvier-mars 1992, vol. XXXIII, n° 1, pp. 3-32
- FAUGERON Claude, CHAUVENET Antoinette, COMBESSIE Philippe (sous la dir.), *Approches de la prison*, Presses de l’Université de Montréal, Presses de l’Université d’Ottawa, De Boeck Université, 1996
- FIZE Michel, “Formation professionnelle en milieu carcéral et devenir judiciaire des jeunes sortant de prison”, *Travaux et Documents*, Ministère de la Justice, Direction de l’Administration Pénitentiaire, n° 7, avril 1981
- FIZE Michel, “Etude sur la formation professionnelle en milieu carcéral. Pour quelle adaptation ?”, *Travaux et Documents*, Ministère de la Justice, Direction de l’Administration Pénitentiaire, n° 11, novembre 1981
- FIZE Michel, “Qui sont-ils ? Essai de définition de la population des entrants de prison”, *Travaux et Documents*, Ministère de la Justice, Direction de l’Administration Pénitentiaire, n° 13, décembre 1981
- FIZE Michel, “La formation professionnelle en milieu carcéral”, *Déviance et Société*, 1981, vol. 5, n° 3, pp. 247-259
- FIZE Michel, “L’impossible socialisation des jeunes dans des conditions de contraintes maximales : l’exemple de la prison”, *Annales de Vaucresson*, n° 28, 1988-1, pp. 201-210
- FIZE Michel, *Une prison dans la ville... Histoire de la “prison-modèle de la Santé”, 1<sup>ère</sup> époque 1867-1914, 2<sup>de</sup> époque 1914-1983*, Centre National d’Etudes et de Recherches Pénitentiaires, juin 1983
- FOUCAULT Michel, *Naissance de la clinique*, 1963, Paris, PUF Quadrige, 5<sup>ème</sup> éd., 1997
- FOUCAULT Michel, *Surveiller et Punir, Naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1975
- FREIDSON Eliot, *Patient’s Views of Medical Practice*, New York, Russel Sage Foundation, 1961
- FREIDSON Eliot, *Profession of Medicine*, 1970, New York, Harper & Row, trad. fçse : *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984
- FREIDSON Eliot, “The division of labor as social interaction”, *Social Problems*, n° 23, february 1976, pp. 304-313
- FREIDSON Eliot, “Les professions artistiques comme défi à l’analyse sociologique”, *Revue Française de Sociologie*, XXVII, 1986, pp. 431-443
- FRITSCH Philippe, *L’éducation des adultes*, Cahiers du Centre de Sociologie Européenne, n° 7, Paris, La Haye, 1971, Mouton
- GANNE Bernard, “Filmer le changement industriel ? Filigranes d’une expérience”, *Sociologie du Travail*, 1994, n° 2, pp. 211-223

- GENTILINI Marc (sous la dir.), *Problèmes sanitaires dans les prisons : maladies infectieuses, toxicomanies, état d'avancement de la loi du 18.01.1994, avant, pendant et après l'incarcération*, Paris, Flammarion, Médecines-Sciences, 1997
- GERVAIS Richard, "Soignés, soignants en perte d'équilibre", *Criminologie*, Montréal, vol. XXI, n° 2, 1988, pp. 91-95
- GIDDENS Anthony, *La constitution de la société, Eléments de la théorie de la structuration*, 1984, PUF Sociologies, 1987
- GILLOT Claude, "La décision médicale : éthique et déontologie", *Sociologie Santé*, décembre 1991, n° 5, pp. 77-99
- GILQUIN Marcel, "Le rôle de la formation professionnelle dans la rééducation des délinquants", *Revue Pénitentiaire et de droit pénal*, 1956, pp. 976-984
- GIRAUD Claude, *L'action commune : essai sur les dynamiques organisationnelles*, Paris, L'Harmattan, Coll. Logiques Sociales, 1993
- GIRAUD Claude, *Concepts d'une sociologie de l'action. Introduction raisonnée*, Paris, L'Harmattan, Coll. Logiques Sociales, Série Théories sociologiques, 1994
- GIRAUD Claude, *Histoire de la sociologie*, Paris, PUF, 1997
- GIRAUD Claude, "Action rationnelle, action collective et action commune : trois modèles d'intelligibilité de l'action organisée", Lyon, Cahiers du GLYSI-CNRS, octobre 1997, pp. 7-22
- GIRAUD Claude, "Les temporalités de l'action", Lyon, Cahiers du GLYSI-CNRS, octobre 1997, pp. 23-32
- GIRAUD Claude, "La forme orale dans les pratiques de coordination de l'action", *Cahiers internationaux de Sociologie*, vol. CVI, 1999, pp. 57-93
- GIRAUD Claude, *L'intelligibilité du social. Chemins sociologiques*, Paris, L'Harmattan, 1999
- GLASER Barney et STRAUSS Anselm, *The discovery of Grounded Theory : Strategies for Qualitative Research*, 1967, Chicago, Aldine
- GOFFMAN Erving, *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux*, 1961, Paris, Editions de Minuit, Collection Le sens commun, 1968
- GOFFMAN Erving, *La mise en scène de la vie quotidienne*, tome 1 : *La présentation de soi*, 1953, tome 2 : *Les relations en public*, 1971, Paris, Editions de Minuit, Collection Le sens commun, 1973
- GOFFMAN Erving, *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*, 1963, Paris, Editions de Minuit, Collection Le sens commun, 1973
- GONIN Daniel, *La santé incarcérée. Médecine et conditions de vie en détention*, Edition de l'Archipel, Paris, 1991
- GOODE William J., "Community within a community : the professions", *American Sociological Review*, 1957, vol. 22, n° 2, pp. 194-200
- GRAFMEYER Yves, *Les gens de la banque*, Paris, PUF, Collection Sociologies, 1992
- HATTEM Tina, "Vivre avec ses peines : les fondements et les enjeux de l'usage de médicaments psychotropes saisis à travers l'expérience de femmes condamnées à l'emprisonnement à perpétuité", *Criminologie*, Montréal, 1991, vol. XXIV, n° 1, pp. 49-61
- HERRENSCHMIDT Noëlle, *Carnets de Prisons*, Albin Michel, 1998

- HERZLICH Claudine, *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, Paris, Ecole Pratique des Hautes Etudes, Mouton, 1969
- HERZLICH Claudine, "Types de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière", *Revue Française de Sociologie*, 1973, vol. XIV, n° spécial, pp. 41-59
- HIRSCHHORN Monique, *Max Weber et la sociologie française*, Paris, l'Harmattan, 1988
- HIRSCHHORN Monique, *L'ère des enseignants*, Paris, PUF, Collection Sociologies, 1993
- HIRSCHMAN Albert O., *Exit, Voice and Loyalty*, Harvard University Press, trad. fçse, *Face au déclin des entreprises et des institutions*, Paris, Editions ouvrières (Economie et Humanisme), 1972
- HOWARD John, *L'état des prisons, des hôpitaux et des maisons de force en Europe au XVIIIème siècle, 1777*, Paris, Les Editions de l'Atelier, 1994
- HUGHES Everett, *Le regard sociologique, Essais choisis*, Paris, Editions de l'EHESS, 1996
- INGOLD François-Rodolphe et INGOLD Sylvie, "Drogue et prison : processus de la dépendance et dynamique de l'incarcération", *Echanges Santé*, oct-déc 1986, vol 46, n° 10/12, pp. 12-16
- IRWIN John et CRESSEY Donald, "Thieves, convicts and the inmate culture", *Social Problems*, 1962, n°10, pp. 142-155
- JAEGER Marcel, "L'infirmier en santé mentale : un professionnel ?", in AIACH Pierre et FASSIN Didier, 1994, *Les métiers de la santé, Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos, pp. 261-280
- JEAN Jean-Paul (dir.), Chapitre 4 : "SIDA et milieu carcéral", *SIDA : l'enjeu du droit*, Ecole Nationale de la Magistrature, Agence Française de Lutte contre le SIDA, Bordeaux, 1991, pp. 203-223
- JEAN Jean-Paul, "L'inflation carcérale", *Esprit*, oct. 1995, n° 215, pp. 117-131
- JOSEPH Isaac, *Erving Goffman et la microsociologie*, PUF Philosophies, 1998
- KIRCHHEIMER Otto et RUSCHE Georg, *Punishment and social structures*, 1939, trad. fçse, *Peine et structure sociale, Histoire et "Théorie Critique" du régime pénal*, Les Editions du Cerf, Paris, 1994
- KRAMARZ Francis, "Déclarer sa profession", *Revue Française de Sociologie*, janvier-mars 1991, vol. XXXII, n° 1, pp. 3-27
- KUPER Adam and KUPER Jessica, *The Social Science Encyclopedia*, Routledge & Kegan Paul, Londres, 1984, article *Professions*
- L'évolution psychiatrique*, "Pratiques psychiatriques en milieu carcéral ?", 1993, tome 58, janvier-mars, Dunod
- LAMOTHE Pierre, "Problèmes quotidiens de psychiatrie pénitentiaire à travers les changements du paysage psychiatrique et pénitentiaire français", *Criminologie*, Montréal, vol. XXI, n° 2, 1988, pp. 63-81
- LAPLANTINE François, *Anthropologie de la maladie*, Paris, Payot, 1986
- LAPLANTINE François, *La description ethnographique*, Paris, Nathan, Coll. 128, 1996
- LAVOINE Jean-René et OSTAPZEFF Georges, "Mythe du traitement pénal", *Déviance et Société*, 1981, vol. 5, n° 2, pp. 133-152
- LAZARUS Antoine, "Le médecin pénitentiaire entre deux demandes", *Connexions*, 1976, n° 20, pp. 63-75
- LAZARUS Antoine, "Les surveillants de prison : un corporatisme sans issue ?", *Déviance et Société*, Genève, 1977, vol. I, n° 2, pp. 209-218

- LEONARD Jacques, “Les médecins des prisons en France au XIXème siècle”, in PETIT Jacques-Guy (sous la dir. ), *La prison, le bague et l'histoire*, 1984, pp. 141-149
- LE PENNEC Jean-Jacques, “A propos d'un avatar d'une enquête sociologique, le recours au secret professionnel”, *Sociologie de la Santé*, mars 1990, n° 2, pp. 25-40
- LE PROUX DE LA RIVIERE Colette, “Détection du SIDA. Secret médical et prisons”, *Revue de Science Criminelle et de Droit Pénal Comparé*, 1991, n° 3, pp. 550-554
- LEVI-STRAUSS Claude, *Tristes Tropiques*, Paris, Plon, 1955
- LINTON Ralph, *The study of man*, 1936, trad. fçse, *De l'homme*, Ed. de Minuit, 1968
- LIVROZET Serge, *Aujourd'hui la prison*, Paris, Hachette, 1976
- MANN Patrice, *L'action collective*, Paris, A. Colin, 1991
- MARCHETTI Anne-Marie (avec la collaboration de Philippe COMBESSIE), *La prison dans la ville*, Paris, Desclée de Brouwer, 1996
- MAURICE Marc, “Propos sur la sociologie des professions”, *Sociologie du Travail*, 1972, n° 2, pp. 213-225
- MEILHAC Jean-Gabriel, *La formation dans les prisons*, Paris, ANDEP, 1980
- MEMBRADO Monique, “La construction médicale de la relation thérapeutique. Pour une définition des enjeux”, *Ethnologie française*, 1993, vol. 23, n° 4, pp. 526-533
- MERCIER Christian, *Secret médical et contraintes carcérales*, dir. : COLIN Michele, mémoire de l'Ecole Nationale d'Administration Pénitentiaire, 1994
- MERTON Robert King, *Eléments de théorie et de méthode sociologique*, 1953, Paris, Plon, 1965
- MILLY Bruno, *Le rôle de l'action éducative en milieu carcéral dans la réinsertion sociale et professionnelle des détenus. L'enseignement général dans les maisons d'arrêt*, Mémoire de maîtrise, dir. : François GRESLE, ENS Cachan, Université Paris X-Nanterre, 1993
- MILLY Bruno, *Les pratiques de santé en milieu carcéral*, Mémoire de DEA, dir. : François GRESLE, ENS Cachan, Paris I-Panthéon-Sorbonne, 1996
- MINVIELLE Philippe, *Médicaments et milieu carcéral*, dir. : CRISTAU B., Pharmacie, Paris, 22 Juillet 1991, Université d'Aix-Marseille
- MONCEAU Madeleine et JAEGER Marcel, *La consommation des médicaments psychotropes en prison*, Toulouse, Editions Erès, 1996
- MONCEAU Madeleine, JAEGER Marcel, GRAVIER Bruno et CHEVRY Pascal, “La consommation des tranquillisants et des hypnotiques en prison : logiques à l'oeuvre et enjeux”, in FAUGERON Claude, CHAUVENET Antoinette, COMBESSIE Philippe (sous la dir.), *Approches de la prison*, 1996, pp. 153-176
- MONJARDET Dominique, “Compétence et qualification comme principes d'analyse de l'action policière”, *Sociologie du Travail*, XXIX-1, 1987, pp. 47-58
- MONTANDON Cléopâtre, “Problèmes éthiques de la recherche en sciences sociales : le cas d'une étude en milieu carcéral”, *Revue suisse de sociologie*, 2, 1983, pp. 215-234
- MORRIS Terence et MORRIS Pauline, *Pentonville. A sociological study of English prison*, Londres, Routledge & Kegan Paul, 1963

- MOURET Brigitte et UHALDE Marc, *Lutte contre l'illettrisme en milieu pénitentiaire*, Administration Pénitentiaire, G.P.L.I., novembre 1991
- NORMANDEAU André, "Politiques et réforme pénitentiaire : le cas de la France (1789-1875)", *Revue de Science Criminelle et de Droit Pénal Comparé*, juillet-septembre 1970, vol. XXV, n° 3, pp. 605-621
- OBSERVATOIRE INTERNATIONAL DES PRISONS, *Rapports annuels*, 1995, 1996, 1997
- OGIEN Albert et TOLEDO Michael, "Les métiers de psychiatrie, Notes sur la notion d'autonomie professionnelle", in AIACH Pierre et FASSIN Didier, *Les métiers de la santé, Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos, 1994
- PANNETIER J-D., *Evaluation des actions pédagogiques mises en oeuvre dans les établissements pénitentiaires*, Etude du CNEFASES, Ministère de la Justice; Direction de l'Administration Pénitentiaire, février 1990
- PAPELARD Alain Lucien Albert, *Histoire de la médecine pénitentiaire en France*, sous la direction de L. DEROBERT, Thèse de médecine, 1968, Université de Paris V
- PARSONS Talcott, "The Professions and Social Structure", 1939, in *Essays in Sociological Theory, Pure and Applied*, 2ème éd., Glencoe, Illinois, The Free Press, 1958, pp. 34-49
- PARSONS Talcott, "Social Structure and Dynamic Process : The Case of Modern Medical Practice", in *The Social System*, Glencoe, Illinois, The Free Press, 1951, chapitre X, pp. 428-479
- PARSONS Talcott, article *Professions*, in *International Encyclopedia of the Social Sciences*, The Macmillan Company & The Free Press, New York, 1972, pp. 536-547
- PAUGAM Serge (sous la dir.), *L'exclusion, l'état des savoirs*, Paris, La Découverte, 1996
- PERROT Martyne et DE LA SOUDIERE Martin, "L'écriture des sciences de l'homme : enjeux", *Communications*, n° 58, L'écriture des sciences de l'homme, 1994, pp. 5-21
- PERROT Michelle (sous la dir.), *L'impossible prison, Recherches sur le système pénitentiaire au XIXème siècle*, Paris, Seuil, 1980
- PERROT Michelle, *Introduction à Alexis de TOCQUEVILLE, Ecrits sur le système pénitentiaire en France et à l'étranger*, tome IV des *Oeuvres Complètes* de Tocqueville, Paris, Gallimard, 1984, pp. 7-44
- PETIT Jacques-Guy (sous la dir.), *La prison, le bagne et l'histoire*, Genève, Editions Médecine et Hygiène, Paris, Méridiens Klincksieck, 1984
- PETIT Jacques-Guy, *Ces peines obscures. La prison pénale en France (1780-1875)*, Paris, Librairie Arthème Fayard, 1990
- PETIT Jacques-Guy, CASTAN Nicole, FAUGERON Claude, MICHEL Pierre et ZYSBERG André, *Histoire des galères, des bagnes et des prisons XIII<sup>e</sup>- XX<sup>e</sup> siècles, Introduction à l'histoire pénale en France*, Préface de Michelle PERROT, Toulouse, Bibliothèque historique Privat, 1991
- PINATEL Jean, "La crise pénitentiaire", *L'Année Sociologique*, 1973, vol. 24, pp. 13-67
- PINÇON Michel et PINÇON-CHARLOT Monique, *Voyage en grande bourgeoisie. Journal d'enquête*, Paris, PUF, Collection Sciences Sociales et Sociétés, 1997
- POSTEL Jacques et QUETEL Claude, *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Paris, Dunod, 1994
- PROST Antoine, *Histoire de l'enseignement en France 1800-1967*, Paris, Armand Colin, 1968



- PROST Antoine, *Eloge des pédagogues*, Paris, Le Seuil, 1985
- RABIER Jean-Claude, *Introduction à la sociologie du travail*, Nanterre, Editions européennes, Erasme, 2ème éd., 1990
- REYNAUD Jean-Daniel et TOURAINE Alain, “Enquête sur les étudiants en médecine”, in STEUDLER François, *Sociologie médicale*, 1972, Paris, A. Colin, pp. 275-313
- RIVIERE Pierre, *Moi, Pierre Rivière, ayant égorgé ma mère, ma soeur et mon frère... Un cas de parricide au XIXème siècle présenté par Michel Foucault*, Paris, 1973, Gallimard, Folio Histoire, 1994
- ROBERT Philippe, “Au théâtre pénal. Quelques hypothèses pour une lecture sociologique du crime”, *Déviance et Société*, Genève, 1985, vol. 9, n° 2, pp. 89-105
- ROBERT Philippe, *Les comptes du crime*, Paris, Le Sycomore, 1985
- ROBERT Philippe, “La prison française au XIX ème siècle... Prison d'hier, prison d'aujourd'hui... à propos de Patricia O'Brien”, *L'Année Sociologique*, 1990, vol. 40, pp. 371-378
- ROSTAING Corinne, *Prisons de femmes, les échanges et les marges de manoeuvre dans une institution contraignante*, sous la direction de Dominique SCHNAPPER, Thèse de doctorat de sociologie, EHESS, 6 décembre 1994
- ROSTAING Corinne, “Les détenues : de la stigmatisation à la négociation d’autres identités”, in Serge PAUGAM, *L'exclusion. L'état des savoirs*, Paris, Editions La Découverte, 1996, pp. 354-362
- ROSTAING Corinne, “Les relations entre surveillantes et détenues”, in FAUGERON Claude, CHAUVENET Antoinette, COMBESSIE Philippe (sous la dir.), *Approches de la prison*, 1996, pp. 101-125
- ROSTAING Corinne, *La relation carcérale, Identités et rapports sociaux dans les prisons de femmes*, Paris, PUF, Collection Le lien social, 1997
- SALAS Denis, “Pour une nouvelle intelligence de la peine”, *Esprit*, oct. 1995, n° 215, pp. 145-161
- SALAS Denis, “ Vingt ans après, le grand silence ”, *Esprit*, oct. 1995, n° 215, pp. 104-116
- SCHABAUER Frank, *L'accès aux soins en milieu pénitentiaire*, dir. : BONNECHERE M., DEA Politiques sociales et société, Université de Paris I - Panthéon Sorbonne, 1994
- SCHRAG Clarence, *Social types of a Prison Community*, Master Thesis, University of Washington, 1944
- SCHRAG Clarence, “Leadership among prison inmates”, *American Sociological Review*, février 1954, n° 19, pp. 37-42
- SEYLER Didier, *Médecine et prison en 1993 : la place incontournable de la médecine générale*, sous la direction de François BAUMANN, Thèse de santé publique, 1993, Université Paris V
- SEYLER Monique, *La consommation dans les établissements pénitentiaires, De la survie à la parole retrouvée*, Thèse de doctorat de sociologie, sous la direction de Philippe ROBERT, Paris, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 1985
- SEYLER Monique, “Vivre avec son temps : les cantines des prisons”, *Déviance et Société*, Genève, 1988, vol. 12, n° 2, pp. 127-145
- SEYLER Monique, “Le mal être des prisons”, *Esprit*, janvier 1993, n° 188, pp. 146-148
- SIM J., *Medical Power in Prisons. The prison medical service in England 1774-1989*, Milton Keynes, Open University Press, 1990, 212 p.
- STEUDLER François, *Sociologie médicale*, 1972, Paris, Armand Colin, Collection U2

- STEUDLER François, “Hôpital, profession médicale et politique hospitalière”, *Revue Française de Sociologie*, 1973, vol. XIV, n° spécial, pp. 13-40
- STRAUSS Anselm Leonard, *Miroirs et Masques. Une introduction à l'interactionnisme*, 1959, Paris, Editions Métailié, 1992
- STRAUSS Anselm Leonard, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, textes réunis et présentés par Isabelle BASZANGER, Paris, L'Harmattan, 1992
- SYKES Gresham, *The society of captives, a study of a maximum security prison*, Princeton, Princeton University Press, 1958
- SYR Jean-Hervé, “Le contrôle dans les prisons : revue de littérature”, in FAUGERON Claude, CHAUVENET Antoinette, COMBESSIE Philippe, *Approches de la prison*, 1996, pp. 245-270
- TALANDIER Jean, *Travail et Prison*, Rapport du Conseil Economique et Social, 1987
- TARDE Gabriel, *La philosophie pénale*, 1890, Paris, Editions Cujas, 4ème éd. 1972
- TOCQUEVILLE Alexis (de), *Ecrits sur le système pénitentiaire en France et à l'étranger*, tome IV de ses *Oeuvres Complètes*, établi par Michelle PERROT, Paris, Gallimard, 1984
- TRAPIER Pierre, *Du travail à l'emploi. Paradigmes, idéologies et interactions*, Bruxelles, Editions de l'Université de Bruxelles, 1991
- TROISIER Solange, “Médecine pénitentiaire et Droits de l'Homme”, *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, juin 1993, tome 177, n° 6, pp. 999-1012
- TROISIER Solange, *J'étais médecin des prisons, L'affaire des grâces médicales*, 1985, Paris, La Table Ronde
- VARET Bruno, “SIDA et éthique médicale”, in *SIDA : l'enjeu du droit*, sous la direction de JEAN Jean-Paul, Ecole Nationale de la Magistrature, Agence Française de Lutte contre le SIDA, Bordeaux, 1991, pp. 94-103
- VILLERME Louis-René, *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie*, 1840, Paris, Etudes et Documentation Internationales, 1989
- VILLEY Raymond, *Déontologie médicale*, Paris, Masson, 1982
- VRANCKEN Didier, “De la profession au marché du travail”, in De Coster Michel, Pichault François (dir.), *Traité de sociologie du travail*, Bruxelles, De Boeck, 1994, p. 253-274
- WARNER Kewin, “L'éducation en prison”, *Bulletin d'information pénitentiaire*, n° 13-14, juin-décembre 1989, pp. 4-12
- WEBER Max, *Economie et Société*, 1922, Paris, Plon, 1971
- WEBER Max, *Essais sur la théorie de la science*, 1918, Paris, Plon, 1965
- WELZER-LANG Daniel, MATHIEU Lilian et FAURE Michaël, *Sexualité et violences en prison*, Paris, OIP-Aléas Editions, 1996
- ZARCA Bernard, “Identité de métier et identité artisanale”, *Revue Française de Sociologie*, avril-juin 1988, vol. XXIX, n° 2, pp. 247-273

# Dossiers et documents

*Circulaire n° 45 DH / DGS / DSS / DAP* du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale, Ministère des Affaires Sociales de la Santé et de la Ville, Ministère de la Justice, publication des journaux officiels n° 94 / 11 bis

*Code de la Santé Publique*, 1995, Dalloz

*Codes de déontologie médicale*, Décrets n° 47-1169 du 28 juin 1947, n° 55-1591 du 28 novembre 1955, n° 79506 du 28 juin 1979, n° 95-1000 du 6 septembre 1995, Conseil National de l'Ordre des Médecins

*Code de Procédure Pénale*, 39ème édition, 1997-1998, Dalloz

*Commentaires du Code de déontologie médicale du 28 juin 1979*, Ordre National des Médecins, 1987

*Education en prison*, Conseil de l'Europe, recommandation n° 85-12, Affaires Juridiques, Strasbourg, 1990

*Guide d'Exercice Professionnel*, Ordre National des Médecins, tome 1, Masson, Paris, 1991, 16ème édition

*Journées européennes de médecine pénitentiaire*, Conseil de l'Europe des 1er et 2 décembre 1972, Strasbourg, Ministère de la Justice, Direction de l'Administration Pénitentiaire, Etudes et Documentation, 1974

*Justice et psychiatrie*, Ecole Nationale de la Magistrature, Association d'Etudes et de Recherches de l'Ecole Nationale de la Magistrature, Editions Bergeret, 1993

*La culture en prison, quel enjeu ?*, Colloque de Reims, Ministères de la Culture et de la Justice, La Documentation Française, 1985

*La formation professionnelle en milieu carcéral*, Actualité de la Formation Permanente, n° 109, décembre 1990, pp. 53-150

*La lutte contre l'illettrisme en milieu pénitentiaire*, Direction de l'Administration Pénitentiaire, Service de la Communication des Etudes et des Relations Internationales, Travaux et Documents, n° 51, mai 1997

*Médecine en milieu carcéral. Soins et hygiène*, Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi, Ministère chargé de la Santé et de la Famille, Bulletin Officiel n° 88-2 bis

*Médecine pour la prison de l'an 2000*, 1er congrès mondial de médecine pénitentiaire francophone, Paris, 25 et 26 octobre 1996, Palais du Luxembourg, 1997

*Prison, SIDA et Confidentialité*, Rapport et Avis du Conseil National du SIDA sur les situations médicales sans absolue confidentialité dans l'univers pénitentiaire, 12 janvier 1993, Conseil national du SIDA

*Rapports annuels d'activité*, ex Rapports généraux sur l'exercice, Ministère de la Justice, Direction de l'Administration Pénitentiaire, Service de la Communication des Etudes et des Relations Internationales

*Rapport sur les problèmes de santé dans les établissements pénitentiaires*, Dr BROUELLE, Dr AVRIL et Dr TCHERIATCHOUKINE, Inspection Générale des Affaires Sociales, mai 1984

*Réflexion sur les soins en milieu pénitentiaire*, Actes de colloque, Association des Personnels Soignants des Prisonniers, Paris, 29 et 30 janvier 1988

*Santé en milieu carcéral*, Dossier n° 16, Santé de l'homme, n° 315, janvier-février 1995

*Santé en milieu carcéral : rapport sur l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus*, Haut Comité de la Santé Publique, mission confiée à CHODORGE Gilbert et NICOLAS Guy ; rapporteurs : COLIN Michèle et FUCHS Daniele, 1993, Avis et Recherches du Haut Comité de la Santé Publique

*Soigner absolument, pour une médecine sans rupture entre la prison et la ville*, Actes de colloque, Ministère de la Justice, Direction de l'Administration Pénitentiaire, Paris, 4 et 5 avril 1992

## Filmographie abrégée

*Jeunes en prison*, 1998, réalisateur Laurent CATHERINE, Sylicone / Canal +

*Justice en France*, 1993, série proposée par Philippe BOUCHER, Daniel KARLIN et Tony LAINE, enquêtes de Rémi LAINE, Paris, VF Films Production, France 2 production, composée de *La justice passe*, 1992, *Chroniques de la justice ordinaire*, 1993, *Des hommes en prison*, 1993.

*Les enfants des prisons*, 1992, réalisateur Jean-Michel CARRE, Paris, France 2, Les films du grain de sable.

*Les femmes de Fleury*, 1990, réalisateur Jean-Michel CARRE, Paris, TF1 production.

*Si bleu, si calme*, 1996, réalisatrice Eliane DE LATOUR, Canal + / CNRS AV / AATON / Les films d'ici

## **Annexes**

Annexe 1 : Présentation statistique du milieu pénitentiaire en France.

Annexe 2 : Les personnes rencontrées en entretien.

Annexe 3 : Données sur la santé en milieu pénitentiaire.

Annexe 4 : Données sur l'enseignement en milieu pénitentiaire.

Annexe 5 : Système disciplinaire et système des privilèges.

# Annexe 1 : Présentation statistique du milieu pénitentiaire en France

“La crise pénitentiaire que connaissent bon nombre de pays européens a son langage : celui des chiffres. On mesure, mois par mois — du moins dans certains pays — la progression du nombre de détenus, on constate l'écart qui se creuse avec le nombre de places disponibles, on extrapole à plus ou moins long terme les tendances observées, exercice périlleux dont on tire la conclusion qu'il faut absolument faire quelque chose. ”

Pierre Tournier, “La crise pénitentiaire en Europe. Inflation carcérale et alternatives”,  
*Revue Pénitentiaire et de Droit Pénal*, 1994, n° 4, p. 331

Bien conscient que le “langage des chiffres” ne suffit pas à expliquer le fait social carcéral français, je voudrais toutefois, par une rapide présentation statistique, esquisser les contours d'un milieu souvent méconnu, sinon fantasmé. Il s'agit plus particulièrement d'évaluer le volume de la population carcérale en France et d'en dégager les spécificités socio-démographiques. L'analyse de données internationales devrait par ailleurs permettre de distinguer les caractéristiques communes aux pays industrialisés et celles qui relèvent *in fine* d'une forme d' “effet sociétal” français.

En tâchant d'avoir un regard critique sur les statistiques brutes qui peuvent comporter des biais, nous nous appuierons sur plusieurs types de données :

- les données du dernier *Rapport annuel d'activité de l'Administration Pénitentiaire* paru, à savoir le *Rapport 1997*, qui consacre un chapitre aux caractéristiques pénales et démographiques des hommes et des femmes détenues en France au 1er janvier 1998.

- les renseignements des *Rapports annuels de l'Observatoire International des Prisons*, qui s'intéressent aux conditions de détention des personnes incarcérées dans le monde, et dont les données internationales permettront de situer les spécificités éventuelles du cas français.

- les indications d'une enquête menée Pierre Tournier en 1992, qui s'appuie sur la Statistique Pénale Annuelle du Conseil de l'Europe (système SPACE) (cf. article précité).

# 1. Population et établissements pénitentiaires

## 1.1. Le volume de la population carcérale

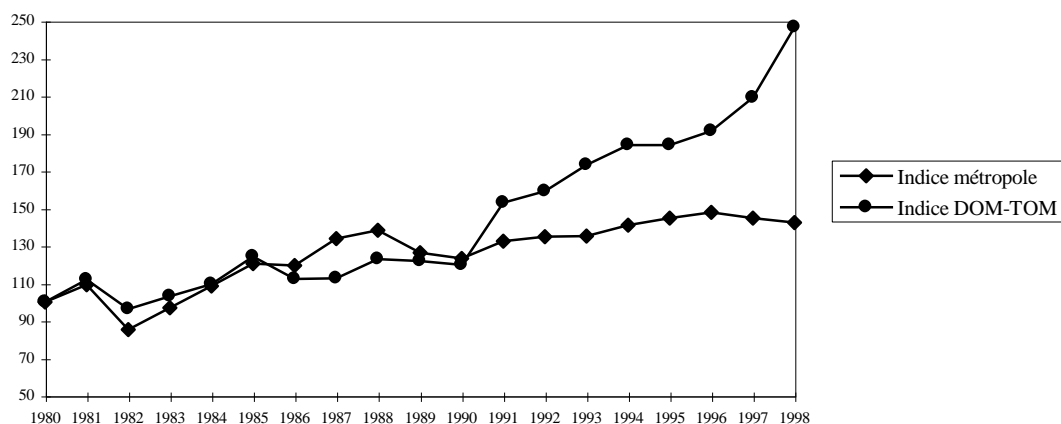
Au 1er janvier 1998, 53 845 personnes étaient incarcérées dans les prisons françaises. Les établissements pénitentiaires de métropole prenaient en charge 50 744 détenus, ceux d'Outre-Mer 3 101.

**Tableau 1 : Evolutions brute et indicielle de la population incarcérée en métropole et dans les DOM-TOM depuis 1980**

Année	Effectif métropole	Indice métropole	Effectif DOM-TOM	Indice DOM-TOM
1980	35 655	100,00	1258	100,00
1981	38 957	109,26	1408	111,92
1982	30 340	85,09	1211	96,26
1983	34 579	96,98	1297	103,10
1984	38 634	108,36	1376	109,38
1985	42 937	120,42	1561	124,09
1986	42 617	119,53	1412	112,24
1987	47 694	133,77	1418	112,72
1988	49 328	138,35	1546	122,89
1989	44 981	126,16	1534	121,94
1990	43 913	123,16	1507	119,79
1991	47 160	132,27	1923	152,86
1992	48 113	134,94	2002	159,14
1993	48 164	135,08	2178	173,13
1994	50 240	140,91	2311	183,70
1995	51 623	144,78	2312	183,78
1996	52 658	147,69	2404	191,10
1997	51 640	144,83	2629	208,98
<b>1998</b>	<b>50 744</b>	<b>142,31</b>	<b>3101</b>	<b>246,50</b>

On peut s'interroger sur l'intérêt d'une telle distinction entre les données de la France métropolitaine et celles des DOM-TOM. En fait, la plupart des présentations statistiques de l'Administration Pénitentiaire désagrègent leurs données entre la Métropole et l'Outre-Mer ; s'il est parfois possible d'agréger *a posteriori* ces données — ce que nous ferons alors, certaines statistiques ne concernent que la France métropolitaine et ne trouvent pas leur équivalent pour les DOM-TOM dans le *Rapport annuel*. Cette présentation produit une forme d'artefact, sinon un biais statistique, qui réduit incidemment la population carcérale de plus de 3 000 détenus chaque année. Le graphique ci-dessous, qui présente l'évolution indicielle des populations incarcérées en métropole et dans les DOM-TOM (indice base 100 en 1980 pour les deux zones), montre les déformations que peut produire un tel artefact, surtout depuis 1990.

**Graphique 2 : Evolutions indicielles de la population incarcérée en métropole et dans les DOM-TOM depuis 1980**

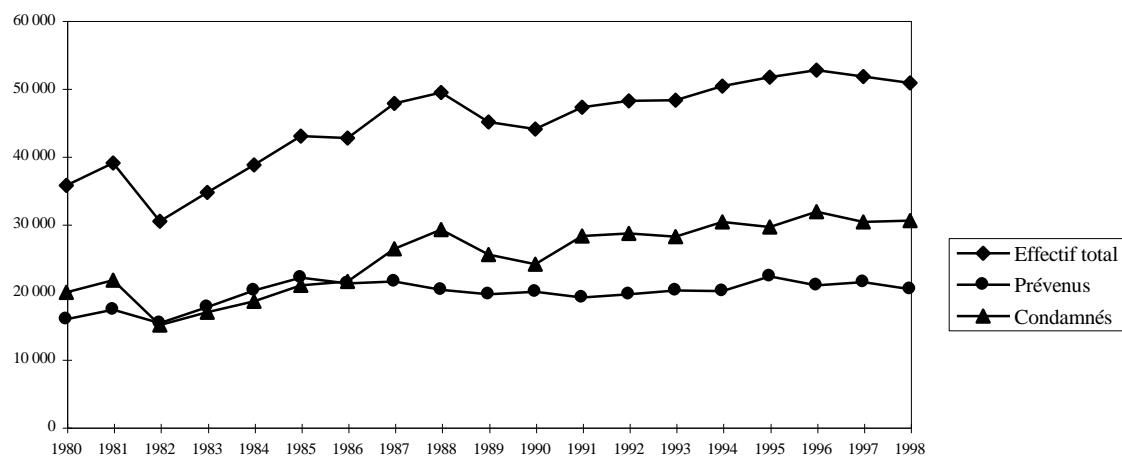


Quelles que soient les données retenues, la population pénale s'appréhende d'abord par son volume, qui s'est accru énormément depuis plus de trente ans. En 1971, la population incarcérée en métropole comprenait moins de 30 000 personnes. Depuis 1980, elle a progressé de près de 45 %. Seuls les décrets de grâces collectives et les lois d'amnistie (celles du 4 août 198, du 20 juillet 1988 et du 3 août 1995) ont permis de ralentir temporairement — ponctuellement mais non durablement — cette croissance.



**Tableau 3 et graphique 4 : Evolution de la population incarcérée en métropole depuis 1980 selon la catégorie pénale (prévenus / condamnés)**

Année	Effectif métropole	Prévenus	% total	Condamnés et contraints par corps	% total
1980	35 655	15 849	44,45	19 806	55,55
1981	38 957	17 313	44,44	21 644	55,56
1982	30 340	15 274	50,34	15 066	49,66
1983	34 579	17 643	51,02	16 936	48,98
1984	38 634	20 080	51,97	18 554	48,03
1985	42 937	22 060	51,38	20 877	48,62
1986	42 617	21 146	49,62	21 471	50,38
1987	47 694	21 411	44,89	26 283	55,11
1988	49 328	20 251	41,05	29 077	58,95
1989	44 981	19 526	43,41	25 455	56,59
1990	43 913	19 909	45,34	24 004	54,66
1991	47 160	19 047	40,39	28 113	59,61
1992	48 113	19 550	40,63	28 563	59,37
1993	48 164	20 101	41,73	28 063	58,27
1994	50 240	20 026	39,86	30 214	60,14
1995	51 623	22 159	42,92	29 464	57,08
1996	52 658	20 899	39,69	31 759	60,31
1997	51 640	21 366	41,37	30 274	58,63
<b>1998</b>	<b>50 744</b>	<b>20 301</b>	<b>40,01</b>	<b>30 443</b>	<b>59,99</b>



## 1.2. Les causes de l'inflation carcérale

Les raisons de la croissance de la population pénale sont difficiles à cerner : la croissance est-elle due à une augmentation du nombre des entrées (recours accru à l'incarcération) et / ou à une augmentation des durées de détention ? Les deux hypothèses méritent d'être étudiées.

- l'observation des flux d'incarcérations amène à un premier constat : celui de l'existence d'importantes fluctuations d'une année sur l'autre : - 9,2 % de 1992 à 1993, + 6,6 % de 1993 à 1994. Si l'on a recours à des moyennes quinquennales, les résultats sont plus probants : l'évolution du nombre annuel d'incarcérations peut expliquer la croissance de la population pénale jusqu'au milieu des années 1980, mais elle ne saurait constituer une explication valable après cette date.

**Tableau 5 : Nombre annuel d'incarcérations : moyennes quinquennales**

Moyennes quinquennales	Total incarcérations	Moyenne annuelle	Variation
1969-1973	376 153	75 231	
1974-1978	386 980	77 396	+ 2,9 %
1979-1983	427 548	85 510	+ 10,5 %
1984-1988	434 332	86 866	+ 1,6 %
1989-1993	411 178	82 236	- 5,3 %
1993-1997*	324 297	81 074	- 1,4 %

\* moyenne quadriennale

- l'étude de l'évolution des durées moyennes de détention montre que celle-ci a une grande influence sur l'accroissement de la population pénale<sup>416</sup>. L'indicateur de la durée moyenne de détention calculé pour l'ensemble de la population incarcérée en métropole s'élève à 8,1 mois en 1997 (contre 7,8 en 1996 et 7,1 mois en 1994). Cette durée a augmenté de plus de 75 % en 15 ans (4,6 mois en 1980). Cette augmentation semble être le facteur explicatif principal de l' "inflation carcérale".

<sup>416</sup>L'indicateur de la durée moyenne de détention s'obtient en effectuant le quotient du nombre moyen de détenus sur l'année n (P) par le nombre d'incarcérations (E) :  $d = 12 \times P/E$  (en mois)

### 1.3. Condamnés et prévenus

Comme le montrent le tableau 3 et le graphique 4, un nombre agrégé peut cacher des réalités extrêmement diverses, des situations très hétérogènes. La population incarcérée rassemble notamment *des personnes prévenues et des personnes condamnées*. On entend par prévenus l'ensemble des personnes détenues en cours d'instruction, en attente de comparution, en appel ou en pourvoi, donc *des personnes présumées innocentes*. Il faut noter leur poids écrasant dans l'ensemble de la population pénale française : ils représentent 40,1 % de cette population (40,01 % en métropole). Même si elle a tendance à baisser ces dernières années (44,5% en métropole en 1980), cette proportion de personnes prévenues au sein de la population incarcérée est exceptionnellement élevée en France par rapport aux autres pays (cf. tableau 6). Sont mis en cause, pour expliquer ce taux "anormalement" élevé, la durée et la lenteur des procédures (instruction, audiencement, jugement, examen des voies de recours), mais aussi le retard culturel des autorités judiciaires en matière de condamnations : la prison reste la matrice de toutes les condamnations...

"L'incarcération par la voie de la détention provisoire prend l'allure d'un processus ordinaire qui se situe dans la continuité de l'arrestation et de la garde à vue par la police et s'apparente plus, dans sa forme, à l'aboutissement d'un enchaînement de décisions administratives qu'à une décision judiciaire".

Claude Faugeron et Jean-Michel Le Boulaire, "Prisons, peines de prison et ordre public",  
*Revue Française de Sociologie*, vol. XXXIII, 1992, p. 5

Selon les données de l'enquête menée en 1992 par Michel Tournier sur les prisons en Europe, la France connaissait à cette époque le second plus fort taux d'incarcérations initiales avant condamnation (après le Portugal). Des données internationales récentes confirment ce constat.

**Tableau 6 : Données comparatives internationales sur les indicateurs pénitentiaires (au 1er janvier 1997)<sup>417</sup>**

	Population carcérale	Taux pour 100000 habitants	Taux de prévenus	Nombre d'établissements	Capacité d'accueil	Taux d'occupation	PNB par habitant en \$
France	54 496	94	41,5	187	49791	109,4	25 060
Allemagne	70 355	86	31,6	222	71164	98,9	27 620
Canada	33 779	114	16,2	221	31650	106,7	19 360
Etats-Unis	1 600 000	602	nc	3272	nc	nc	27 830
Japon	47 398	38	22,1	192	65173	72,7	38 850
Pays-Bas	11 931	77	nc	104	11 908	100,2	23 700
Royaume-Uni	56 351	90 <sup>1995</sup>	20,5	135	48813 <sup>1995</sup>	98,8 <sup>1995</sup>	17 970

<sup>417</sup>Tableau construit à partir des données du *Rapport annuel de l'Observatoire International des Prisons 1997* (nc = non communiqué)

## 1.4. Les établissements pénitentiaires et la “surpopulation” carcérale

Pour accueillir les 50 744 personnes incarcérées en métropole au 1er janvier 1998, la France dispose de 183 établissements pénitentiaires représentant 47 079 places. Il y a donc un sureffectif de près de 3 665 détenus par rapport aux capacités d'accueil, soit un taux réel d'occupation de 107,8 %. Sur ce point encore, la France est singulièrement mal placée vis-à-vis des pays qui ont sensiblement le même PNB par habitant (cf. tableau 6 avec des données agrégées Métropole-DOM-TOM, au 1er janvier 1997).

On distingue généralement trois types d'établissements :

- **les maisons d'arrêt** reçoivent théoriquement les prévenus et les condamnés dont le reliquat de peine est inférieur ou égal à un an. Dans les faits, elles accueillent aussi des personnes condamnées à de plus longues peines, en attente de transfert ou d'affectation dans un établissement pour peines. Les services pénitentiaires considèrent en effet qu'il est inopportun (pour des raisons de sécurité et de calme en détention) de transférer dans les établissements pour peines un nombre de condamnés supérieur à leur capacité d'hébergement ; ce sont donc les maisons d'arrêt qui prennent en charge les sureffectifs de détenus, soit plus de 3 500 détenus en 1998. Ceci explique que le taux d'occupation des maisons d'arrêt atteigne 119 % au 1er janvier 1998, selon le *Rapport 1997* de l'Administration Pénitentiaire. Il reste qu'il est très difficile de connaître les bases de calcul de ce taux : ce dernier est-il calculé d'après les “capacités pratiques” ou les “capacités maximales” ?

“La capacité pratique se définit à partir de la capacité théorique, en calculant les possibilités de doublement ou de triplement des lits dans les limites du supportable en tenant compte des conditions de sécurité, de détention, etc. La capacité maximum correspond au seuil de saturation des installations (douches, cuisines, etc.). ”

Notes de l'Administration Pénitentiaire du 17 février 1979 et du 15 janvier 1982

Par exemple, la maison d'arrêt de la Santé disposait en 1983 d'une capacité pratique de 1335 détenus et d'une capacité maximale de 1800 places<sup>418</sup> pour 1933 détenus, soit des taux d'occupation respectifs de 145 % et 107 %. Aussi comprend-on que le choix de la base de calcul des taux d'occupation soit un secret soigneusement gardé... Il est finalement très difficile d'accéder aux chiffres réels de “surpopulation” et d' “encombrement” des établissements, pour reprendre les termes de l'Administration Pénitentiaire. Une certitude demeure toutefois : concrètement, le sureffectif de personnes incarcérées engendre de la promiscuité, et d'un point de vue médical, des

---

<sup>418</sup> d'après Michel Fize, *Une prison dans la ville... Histoire de la « prison-modèle de la Santé », 2<sup>de</sup> époque 1914-1983*, Centre National d'Etudes et de Recherches Pénitentiaires, juin 1983, p. 15

problèmes d'hygiène et de prophylaxie, qui s'ajoutent aux problèmes d'insalubrité dus à l'ancienneté des bâtiments.

“- La difficulté est aussi due aux conditions matérielles : il n'y a aucun confort, les détenus sont quatre dans 4 mètres sur 3, les lits sont superposés, il n'y a pas de placard, à peine un rideau pour la tinette, sans compter les punaises, les cafards, etc. ”

Entretien avec un infirmier en maison d'arrêt

De plus, quand les tensions deviennent trop grandes dans les maisons d'arrêt surchargées, l'Administration a recours aux “transfèremments-désencombremments” qui consistent à transférer une partie des détenus vers d'autres prisons jusqu'à ce que celles-ci ne puissent à leur tour gérer les tensions, d'où des mouvements permanents de “flux” et de “reflux”. Ces mouvements ont des répercussions directes sur les pratiques soignantes et enseignantes. En effet, il est difficile d'engager des traitements, des actions de formation, de prévention et d'information de longue durée.

- **les établissements pour peines** sont réservés à des personnes condamnées et regroupent les centres de détention, les maisons centrales et les centres pénitentiaires. Les centres de détention accueillent les condamnés considérés comme présentant les perspectives de réinsertion les meilleures. Les maisons centrales reçoivent les condamnés les plus “sensibles” ; leur régime est essentiellement axé sur la sécurité, c'est-à-dire sur la prévention des évasions et des désordres. Enfin, les centres pénitentiaires sont des établissements mixtes comportant à la fois un quartier maison d'arrêt et un quartier maison centrale ou centre de détention. Ces établissements ont un taux d'occupation de 79 % au 1er janvier 1995.

- **les centres de semi-liberté** reçoivent les condamnés admis au régime de la semi-liberté, c'est-à-dire un régime où l'on peut, à l'extérieur et sans surveillance, exercer une profession, recevoir une formation, tout en étant astreint à rejoindre l'établissement pénitentiaire à l'expiration de ces activités.

## 2. Les caractéristiques du public détenu

Si la population pénale s'appréhende d'abord par son volume, il ne faut pas oublier que les 50 744 personnes qui sont incarcérées en France (métropolitaine) sont autant de cas particuliers dont un nombre agrégé ne saurait rendre compte. Il faut donc considérer la diversité des situations au 1er janvier 1998.

### 2.1. La structure par catégorie pénale

Comme nous l'avons vu précédemment, un premier facteur de différenciation de la population pénale réside dans la distinction entre les prévenus et les condamnés, dont les situations pénales sont radicalement différentes. Il reste qu'au sein même de ces deux groupes, les situations sont variées.

**Tableau 7 : Répartition des prévenus en France métropolitaine au 1er janvier 1980 et au 1er janvier 1995**

Situation des prévenus	Effectif 1980	%	Effectif 1998	%
En cours d'instruction	11 302	71,3	14 452	71,2
En attente de comparution	2 347	14,8	3 302	16,3
Comparution immédiate	463	2,9	671	3,3
En appel ou pourvoi	1 737	11,0	1 876	9,2
<b>TOTAL</b>	<b>15 849</b>	<b>100,0</b>	<b>22 159</b>	<b>100</b>

La proportion des prévenus en cours d'instruction est élevée et relativement stable : 71,3 % en 1980, 71,2% en 1998. Ce chiffre tend à confirmer l'impact de la lenteur des procédures judiciaires sur le taux de prévention dans les prisons françaises.

Au sein des condamnés, il faut surtout distinguer ceux qui purgent une peine correctionnelle (donc relative à un délit) et ceux qui exécutent une peine criminelle. On observe depuis une vingtaine d'années l'allongement progressif des durées moyennes de détention de ces deux catégories :

- parmi les détenus qui exécutent une peine correctionnelle, la proportion des condamnés à moins d'un an n'est plus que de 32,4 % (49,1 % en 1980) ; celle des condamnés à plus de 5 ans est passée de 4,1% en 1980 à 22,3% en 1998.

- parmi les détenus condamnés à une peine criminelle, la proportion de ceux qui purgent une peine supérieure à 10 ans est passée de 38 % en 1980 à 84,4 % en 1998.

**Tableau 8 : Répartition des condamnés en France métropolitaine au 1er janvier 1998**

Situation des condamnés	Effectif	%
<b>Peines correctionnelles</b>	<b>23 479</b>	<b>77,1</b>
Moins de 6 mois	3 516	11,5
6 mois à 1 an	4 097	13,5
1 an à 3 ans	6 733	22,1
3 à 5 ans	3888	12,8
5 ans et plus	5245	17,2
<b>Peines criminelles</b>	<b>6696</b>	<b>22,0</b>
5 à 10 ans	1043	3,4
10 à 20 ans	4667	15,3
Plus de 20 ans	986	3,3
<b>Contraintes par corps</b>	<b>268</b>	<b>0,9</b>
<b>TOTAL</b>	<b>30443</b>	<b>100</b>

Il est ici certain que l'allongement des condamnations joue un rôle prééminent sur l'évolution des durées moyennes de détention et par là sur l'accroissement de la population pénale.

## 2.2. La structure par sexe

Au 1er janvier 1998, le taux de féminité est de 4,0 % en métropole, de 3,0 % dans les DOM-TOM. On remarque une tendance à une légère hausse de ce taux depuis 1980.

**Tableau 9 : Structure par sexe de la population incarcérée en France métropolitaine au 1er janvier 1980 et au 1er janvier 1998**

Sexe	Effectifs 1980	%	Effectifs 1998	%
Femmes	1 121	3,1	2 041	4,0
Hommes	34 534	96,9	48 703	95,9

<b>TOTAL</b>	<b>35 655</b>	100,0	<b>50 744</b>	<b>100</b>
--------------	---------------	-------	---------------	------------



## 2.3. La structure par âge

Au 1er janvier 1998, la population incarcérée en métropole a une moyenne d'âge de 34,1 ans. Cette moyenne croît régulièrement depuis plus d'une décennie (30 ans en 1980), et surtout les dernières années. L'âge moyen des prévenus est de 33,2 ans en 1998 (31,6 ans en 1995), celui des condamnés de 34,6 ans en 1998 (32,6 ans en 1995). Les segments d'âge surreprésentés dans la population pénale sont les tranches 18-25 ans et 25-30 ans.

**Tableau 10 : Structure par âge de la population incarcérée en France métropolitaine au 1er janvier 1998**

Tranches d'âge	Population incarcérée	%	Population française	Taux de détention pour 100 000 habitants
13 à 18 ans	622	1,2	3 947 921	15,8
18 à 25 ans	11 871	23,4	5 417 091	219,1
25 à 30 ans	10 130	20,0	4 317 564	234,6
30 à 40 ans	14 660	28,9	8 708 145	168,3
40 à 50 ans	8 631	17,0	8 543 065	101,0
50 à 70 ans	4 830	9,6	11 708 024	41,3
<i>Total 13 à 70 ans</i>	<i>50 744</i>	<i>100,0</i>	<i>42 641 810</i>	<i>119,0</i>
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>50 744</b>	<b>100,0</b>	<b>58 722 571</b>	<b>86,4</b>

Sans céder à une tentation quantophrénique, on peut retenir de cette approche statistique du milieu carcéral français que la population pénale est très hétérogène et aussi que la prison constitue en France une forme privilégiée de pénalité ou plutôt de pré-pénalité (taux de prévenus très élevé).

## **Annexe 2 : Les personnes rencontrées en entretien**

Les profils des 73 personnes rencontrées en entretien sont évoqués et commentés dans le chapitre 3 (§ 1.2.1). Cette annexe permet de préciser chacun des profils, tout en veillant à respecter le réel anonymat auquel je m'étais engagé. Les âges et les anciennetés ont été arrondis. Les établissements sont distingués de façon grossière : petite maison d'arrêt, grande maison d'arrêt, établissement pour peines.

### **1. Les professionnels de santé**

#### **1.1. Les infirmiers**

1. Infirmier somatique, 25 ans, 6 mois d'ancienneté en milieu pénitentiaire, intervenant à plein-temps dans une grande maison d'arrêt
2. Infirmière somatique, 30 ans, 18 mois d'ancienneté en milieu pénitentiaire, intervenant à plein-temps dans une grande maison d'arrêt
3. Infirmière somatique, 35 ans, 3 ans d'ancienneté en milieu pénitentiaire, intervenant à plein-temps dans une grande maison d'arrêt
4. Infirmière psychiatrique, 40 ans, 3 mois d'ancienneté en milieu pénitentiaire, intervenant à mi-temps dans une petite maison d'arrêt
5. Cadre infirmier, femme, 45 ans, 1 an d'ancienneté en milieu pénitentiaire, intervenant à plein-temps dans une grande maison d'arrêt
6. Cadre infirmier, femme, 45 ans, 3 ans d'ancienneté en milieu pénitentiaire, intervenant à plein-temps dans une grande maison d'arrêt
7. Cadre infirmier, femme, 50 ans, 6 ans d'ancienneté en milieu pénitentiaire, intervenant à plein-temps dans une grande maison d'arrêt
8. Infirmière somatique, 50 ans, 7 ans d'ancienneté en milieu pénitentiaire, intervenant à plein-temps dans une grande maison d'arrêt
9. Infirmière psychiatrique, 50 ans, 10 ans d'ancienneté en milieu pénitentiaire, intervenant à plein-temps dans une grande maison d'arrêt
10. Infirmière somatique, 55 ans, 10 ans d'ancienneté en milieu pénitentiaire, intervenant à mi-temps dans une petite maison d'arrêt

## **1.2. Les médecins**

1. Psychiatre, femme, 30 ans, 6 mois d'ancienneté en milieu pénitentiaire, intervenant à plein-temps, SMPR, grande maison d'arrêt
2. Psychiatre, homme, 40 ans, 5 ans d'ancienneté en milieu pénitentiaire, intervenant à mi-temps, SMPR, grande maison d'arrêt
3. Psychiatre, homme, 45 ans, 6 mois d'ancienneté en milieu pénitentiaire, intervenant trois demi-journées par semaine dans une petite maison d'arrêt
4. Psychiatre, femme, 45 ans, 2 ans d'ancienneté en milieu pénitentiaire, intervenant une journée par semaine dans une petite maison d'arrêt
5. Somaticien, femme, 45 ans, 10 ans d'ancienneté en milieu pénitentiaire, intervenant à mi-temps dans une grande maison d'arrêt
6. Somaticien, homme, 50 ans, 10 ans d'ancienneté en milieu pénitentiaire, intervenant une journée par semaine dans une petite maison d'arrêt
7. Somaticien, homme, 50 ans, responsable d'une UCSA d'une grande maison d'arrêt, mais n'intervenant pas en prison
8. Psychiatre, homme, 55 ans, 20 ans d'ancienneté en milieu pénitentiaire, intervenant une journée par semaine dans une petite maison d'arrêt
9. Psychiatre, homme, 55 ans, 25 ans d'ancienneté en milieu pénitentiaire, intervenant à plein-temps dans une grande maison d'arrêt
10. Psychiatre, homme, 60 ans, 25 ans de vacations dans de grandes maisons d'arrêt

## **1.3. Les responsables administratifs de la santé**

1. Médecin, responsable de la santé en milieu pénitentiaire, Direction de l'Administration Pénitentiaire
2. Chargé de mission, responsable de la santé en milieu pénitentiaire, Direction des Hôpitaux
3. Responsable de l'Action Sanitaire dans une Direction Régionale des Services Pénitentiaires

### **1.4. Répartition des infirmiers et des médecins**

## 1.4. Les principales répartitions

### Répartition selon la spécialité

	Somatique	Psychiatrique	Total
Infirmiers	8	2	10
Médecins	3	7	10
Total	11	9	20

### Répartition selon le genre

	Femmes	Hommes	Total
Infirmiers	9	1	10
Médecins	3	7	10
Total	12	8	20

### Répartition selon l'âge

	Moins de 30 ans (inclus)	Entre 30 ans (exclus) et 40 ans (inclus)	Entre 40 ans (exclus) et 50 ans (inclus)	Plus de 50 ans (exclus)	Total
Infirmiers	2	2	5	1	10
Médecins	1	1	5	3	10
Total	3	3	10	4	20

### Répartition selon l'ancienneté en milieu pénitentiaire

	Moins d'un an (inclus)	Entre un an (exclus) et 4 ans (inclus)	Plus de 4 ans (exclus)	Total
Infirmiers	3	3	4	10
Médecins	2	1	6	9

Total	5	4	10	19
-------	---	---	----	----

## Répartition selon le temps d'intervention

	Moins d'un mi-temps	Mi-temps	Plein-temps	Total
Infirmiers	0	2	8	10
Médecins	5	2	2	9
Total	5	4	10	19

## Répartition selon le type d'établissement

	Petite maison d'arrêt	Grande maison d'arrêt	Total
Infirmiers	2	8	10
Médecins	4	5	9
Total	6	13	19

nb : les trois derniers tableaux concernent 19 personnes car ils ne prennent pas en compte le praticien hospitalier, responsable d'une UCSA mais qui n'exerce pas en tant que praticien en milieu pénitentiaire.

## 2. Les professionnels de l'enseignement

### 2.1. Les instituteurs

1. Instituteur spécialisé, 45 ans, 20 ans d'ancienneté dont 5 en milieu pénitentiaire, intervenant à plein temps dans un établissement pour peines
2. Instituteur, 55 ans, 30 ans d'ancienneté dont 2 en milieu pénitentiaire, intervenant une demi-journée par semaine (heures supplémentaires) dans une petite maison d'arrêt
3. Institutrice spécialisée, 55 ans, 30 ans d'ancienneté dont 5 en milieu pénitentiaire, intervenant à plein-temps dans une petite maison d'arrêt
4. Instituteur spécialisé, 55 ans, 30 ans d'ancienneté dont 25 en milieu pénitentiaire, intervenant à plein-temps dans une grande maison d'arrêt
5. Instituteur spécialisé, 60 ans, 30 ans d'ancienneté en milieu pénitentiaire, intervenant à plein-temps dans une grande maison d'arrêt

## **2.2. Les professeurs**

1. Professeur (collège), femme, 30 ans, 2 ans d'ancienneté en milieu pénitentiaire, intervenant en heures supplémentaires dans un établissement pour peines
2. Professeur (collège), femme, 45 ans, 1 an d'ancienneté en milieu pénitentiaire, intervenant en heures supplémentaires dans un établissement pour peines
3. Professeur (collège), femme, 45 ans, 2 ans d'ancienneté en milieu pénitentiaire, intervenant en heures supplémentaires dans un établissement pour peines
4. Professeur (lycée), homme, 45 ans, 3 ans d'ancienneté en milieu pénitentiaire, intervenant en heures supplémentaires dans une grande maison d'arrêt
5. Professeur (collège), homme, 45 ans, 4 ans d'ancienneté en milieu pénitentiaire, intervenant en heures supplémentaires dans une grande maison d'arrêt
6. Professeur (collège), homme, 50 ans, 2 ans d'ancienneté en milieu pénitentiaire, intervenant en heures supplémentaires dans un établissement pour peines
7. Professeur (lycée), homme, 50 ans, 4 ans d'ancienneté en milieu pénitentiaire, intervenant en heures supplémentaires dans une grande maison d'arrêt
8. Professeur (collège), homme, 55 ans, 1 an d'ancienneté en milieu pénitentiaire, intervenant en heures supplémentaires dans un établissement pour peines
9. Professeur, 55 ans, homme, 30 ans d'ancienneté dont 20 en milieu pénitentiaire, intervenant à plein-temps dans une grande maison d'arrêt
10. Professeur, 60 ans, homme, 20 ans d'ancienneté en milieu pénitentiaire, intervenant à plein-temps dans une grande maison d'arrêt

## **2.3. Les responsables**

nb : on n'évoquera pas ici les responsabilités locales exercées par des enseignants en exercice, donc déjà décrits ci-dessus.

1. Responsable de l'enseignement, Direction de l'Administration Pénitentiaire
2. Proviseur d'un lycée pénitentiaire
3. Directeur d'une Unité Pédagogique Régionale, Direction Régionale des Services Pénitentiaires

## **2.4. Autre**

1. Formatrice GRETA, 35 ans, 10 ans d'ancienneté dont 3 en milieu pénitentiaire, intervenant à mi-temps dans un établissement pour peines

## 2.5. Les principales répartitions

### Répartition selon le genre

	Femmes	Hommes	Total
Instituteurs	1	4	5
Professeurs	3	7	10
Total	4	11	15

### Répartition selon l'âge

	Moins de 30 ans (inclus)	Entre 30 ans (exclus) et 40 ans (inclus)	Entre 40 ans (exclus) et 50 ans (inclus)	Plus de 50 ans (exclus)	Total
Instituteurs	0	0	1	4	5
Professeurs	1	0	6	3	10
Total	1	0	7	7	15

### Répartition selon l'ancienneté en milieu pénitentiaire

	Moins d'un an (inclus)	Entre un an (exclus) et 10 ans (inclus)	Plus de 10 ans (exclus)	Total
Instituteurs	0	3	2	5
Professeurs	2	6	2	10
Total	2	9	4	15

### Répartition selon le temps d'intervention

	Heures supplémentaires	Plein-temps	Total
Instituteurs	1	4	5
Professeurs	8	2	10



Total	9	6	15
-------	---	---	----

### Répartition selon le type d'établissement

	petite maison d'arrêt	grande maison d'arrêt	établissement pour peines	Total
Instituteurs	2	2	1	5
Professeurs	0	5	5	10
Total	2	7	6	15

## 3. Les professionnels de la formation professionnelle

### 3.1. Les formateurs

1. Formateur GRETA, 30 ans, 5 ans d'ancienneté dont 3 en milieu pénitentiaire, intervenant à mi-temps dans une grande maison d'arrêt
2. Formateur professionnel, entreprise privée, 40 ans, 3 ans d'ancienneté en milieu pénitentiaire, intervenant à mi-temps dans une grande maison d'arrêt
3. Formateur GRETA, 50 ans, 3 ans d'ancienneté en milieu pénitentiaire, intervenant à mi-temps dans un établissement pour peines

### 3.2. Les responsables

1. Responsable d'une association intermédiaire chargée de la formation professionnelle dans une petite maison d'arrêt
2. Responsable de la formation professionnelle, Direction Régionale des Services Pénitentiaires

## 4. Les personnes détenues

nb : Le profil d'une des personnes rencontrées ne sera pas évoqué, conformément à ses vœux (cf. chapitre 3).

1. Homme, 22 ans, condamné à une peine de neuf mois, libérable dans le mois, grande maison d'arrêt \*
2. Homme, 23 ans, condamné à une peine d'un mois, libérable dans le mois, grande maison d'arrêt \*
3. Homme, 25 ans, condamné à une peine d'un an, libérable dans le mois, grande maison d'arrêt \*
4. Homme, 25 ans, condamné à une peine de trois mois, libérable dans le mois, grande maison d'arrêt \*
5. Homme, 28 ans, ouvrier non qualifié de type industriel, niveau d'études secondaire, condamné à une peine de cinq ans, libérable dans le mois, grande maison d'arrêt
6. Homme, 33 ans, condamné à une peine de deux ans (qui s'ajoute à six années de détention pour d'autres peines), libérable dans le mois, grande maison d'arrêt \*
7. Homme, 40 ans, sans profession, condamné à une peine d'un mois, libérable dans le mois, grande maison d'arrêt \*
8. Homme, 40 ans, technicien, niveau d'études supérieur, condamné à une peine de 5 ans d'emprisonnement, incarcéré depuis 4 ans, dans un établissement pour peine
9. Homme, 40 ans, sans profession, niveau d'études secondaire, condamné à une peine de perpétuité, incarcéré depuis 5 ans, dans un établissement pour peine
10. Homme, 45 ans, employé de l'hôtellerie, niveau d'études primaire, condamné à une peine de 4 ans, incarcéré depuis 3 ans, dans une grande maison d'arrêt

\* Les six profils désignés par ce symbole renvoient à des personnes rencontrées en entretien collectif. Je n'ai pas abordé avec elles la question des professions avant l'incarcération et la question des niveaux d'études.

## **5. Les personnels de l'Administration Pénitentiaire**

### **5.1. Les personnels de surveillance de l'Administration Pénitentiaire**

1. Surveillant, moniteur de sport, 35 ans, 5 ans d'ancienneté, grande maison d'arrêt
2. Surveillant, 40 ans, 15 ans d'ancienneté, grande maison d'arrêt
3. Premier Surveillant, 40 ans, 20 ans d'ancienneté, petite maison d'arrêt
4. Chef de Service Pénitentiaire, 45 ans, 15 ans d'ancienneté, grande maison d'arrêt
5. Première surveillante, 45 ans, 20 ans d'ancienneté, grande maison d'arrêt
6. Surveillant, 55 ans, 30 ans d'ancienneté, petite maison d'arrêt

### **5.2. Les personnels de direction de l'Administration Pénitentiaire**

1. Sous-directrice, 40 ans, ancienneté non évoquée, grande maison d'arrêt
2. Directeur, 40 ans, 2 ans d'ancienneté dans ce poste, grande maison d'arrêt
3. Sous-directeur, 40 ans, 5 ans d'ancienneté dans ce poste, établissement pour peine
4. Sous-directeur, 40 ans, 10 ans d'ancienneté dans ce poste, grande maison d'arrêt
5. Sous-directeur, 55 ans, 25 ans d'ancienneté dans ce poste, petite maison d'arrêt

### **5.3. Les personnels des services sociaux de l'Administration Pénitentiaire**

1. Conseiller d'Insertion et de Probation, 25 ans, 2 ans d'ancienneté, exerçant à plein-temps dans une grande maison d'arrêt
2. Conseillère d'Insertion et de Probation, 35 ans, 5 ans d'ancienneté en milieu pénitentiaire, exerçant à plein-temps dans une grande maison d'arrêt
3. Assistante sociale (relevant de l'Administration Pénitentiaire), 35 ans, 10 ans d'ancienneté en milieu pénitentiaire, intervenant à plein-temps dans une petite maison d'arrêt

## **6. Autre**

1. Directeur d'une agence privée chargée du fonctionnement de plusieurs services d'un établissement 13 000, 50 ans, 5 ans d'ancienneté en milieu pénitentiaire

## Annexe 3 : Données sur la santé en prison

1. Les contours épidémiologiques de la population pénitentiaire

2. Les structures d'accueil

2.1. Les Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA)

2.2. Les Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR)

2.3. Les services sanitaires des établissements 13 000

2.4. Les Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales (UHSI)

2.5. L'Établissement Public de Santé National de Fresnes (EPSNF)

3. Les bases juridiques et déontologiques

3.1. Les bases juridiques

- *Le Code de la Santé Publique*

- *Le Code de Procédure Pénale*

3.2. Les bases déontologiques

- *Le Serment d'Hippocrate* et le *Serment d'Athènes*

- *Le Code de Déontologie Médicale*

Cette annexe vise à dresser les contours épidémiologiques de la population des personnes incarcérées en France, à donner une vision synthétique des structures de soins dont il est question dans cette recherche, à rappeler enfin succinctement les bases juridiques et déontologiques de l'exercice des métiers de santé en prison.

# 1. Les contours épidémiologiques de la population pénitentiaire

Une approche sociologique approfondie des contours épidémiologiques de la population incarcérée aurait mérité de dégager la diversité des représentations de la maladie des personnes détenues et des professionnels de santé intervenant en prison. Il aurait ainsi fallu, à la manière de François Laplantine dans *Anthropologie de la maladie*<sup>419</sup>, centrer les entretiens sur les différentes façons par lesquelles ces différentes personnes se représentent la morbidité et la santé. Si j'ai cherché à approcher ces modèles thérapeutiques et étiologiques dans les entretiens (cf. chapitre 6), il faut reconnaître que cette étude est restée périphérique par rapport aux enjeux que constituait l'étude de la construction des professions de santé.

Aussi s'agit-il dans cette sous-partie de présenter les principales pathologies dont souffrent les personnes malades incarcérées, à partir de données épidémiologiques externes, c'est-à-dire non construites dans le cadre de cette étude. Le mode de construction de ces données mérite alors d'être soumis à un regard critique. Les principaux travaux sociologiques sur la maladie apprennent en effet que la logique d'exposition des recueils épidémiologiques ne renvoie généralement qu'à une représentation médicale et organiciste de la maladie et cache la diversité des représentations des malades. Un inventaire de différentes pathologies "médicalement attestées" ne conduit-il pas en effet à négliger le fait que la maladie est "un état de déséquilibre dans le fonctionnement de l'être humain total, considéré à la fois comme un système biologique et comme un processus d'ajustements sociaux et personnels" (François Steudler<sup>420</sup>) ? Les recueils épidémiologiques ne conduisent-ils pas à penser la santé comme une simple absence de maladie, plutôt que comme une notion normative qui dépasse le seul état corporel (Georges Canguilhem) ou un état d'équilibre croisant des sentiments de bien-être physique et physiologique, d'efficience dans l'activité, d'accomplissement et d'harmonie dans les relations avec les autres (Claudine Herzlich<sup>421</sup>) ?

Certes, la statistique épidémiologique distingue en théorie le dénombrement des maladies médicalement attestées par diagnostic et le dénombrement des maladies ressenties par les individus qu'il y ait eu diagnostic médical ou non. Mais dans les faits, les principales sources épidémiologiques, par exemple celles que produit l'INSERM, se limitent à un inventaire des troubles dits "organiques". Les recueils épidémiologiques sur la prison n'échappent pas à cette règle

---

<sup>419</sup>François Laplantine, *Anthropologie de la maladie*, Paris, Payot, 1986

<sup>420</sup>François Steudler, *Sociologie médicale*, Paris, Armand Colin, 1972

<sup>421</sup>Claudine Herzlich, *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, Mouton, 1969

d'usage. Aussi devra-t-on considérer cette partie comme une présentation essentiellement informative et descriptive.

Les sources d'informations sur l'état de santé des détenus sont peu nombreuses et souvent parcellaires parce qu'elles ciblent des pathologies particulières (toxicomanie, alcoolisme, SIDA) ou concernent des établissements limités. Il n'existe pas encore de recueil systématique des données relatives à l'état de santé de l'ensemble de la population pénale. Aussi nous référerons-nous particulièrement à la dernière enquête sanitaire de grande ampleur relative au milieu carcéral, à savoir le *Rapport* de 1993 du Haut Comité de la Santé Publique<sup>422</sup> :

“L'accent peut-être tout particulièrement mis sur les conduites addictives, très fréquemment rencontrées parmi les détenus : 15 % des détenus sont toxicomanes, environ 30 % consommaient des quantités importantes d'alcool, plus de 80 % sont des fumeurs à plus d'un paquet par jour et environ 30 % prennent habituellement des médicaments.

Outre la vulnérabilité psychique liée à ces comportements de dépendance, les détenus présentent le plus souvent des tableaux cliniques lourds :

- plus de 80 % d'entre eux nécessitent des soins dentaires ; les hépatites B et C sont très fréquentes et le taux de prévalence du VIH est dix fois plus important que dans la population générale ;
- il y a également trois fois plus de tuberculoses dépistées en milieu carcéral qu'à l'extérieur ;
- enfin, les pathologies dermatologiques, digestives, cardio-vasculaires, pulmonaires, traumatiques, les suicides, grèves de la faim et automutilations sont très répandus en prison ;
- quant aux troubles de la santé mentale, ils touchent une partie importante de la population pénale et prennent les formes les plus diversifiées : troubles réactionnels à l'incarcération, angoisse, anxiété, psychopathies, voire parfois des psychoses.”

*Santé en milieu carcéral : rapport sur l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus,*  
Haut Comité de la Santé Publique, 1993, pp. 19-20

Sur le plan somatique, il faut noter la prédominance des maladies infectieuses, comme la tuberculose, les hépatites, le sida, ... et ce, particulièrement chez les toxicomanes. Or, la fréquence des conduites addictives dans la population carcérale est élevée, même si les situations sont extrêmement variables selon les établissements. En moyenne, 15 % des détenus sont toxicomanes, mais certains médecins, comme Nicole Gery<sup>423</sup>, estiment à 30 % voire 40 % le nombre de toxicomanes dans les maisons d'arrêt de la région parisienne, ce qui pose des problèmes de sevrage ou de mise en oeuvre de programmes de substitution (méthadone notamment) ; il apparaît par ailleurs que près de 20 % de ces détenus toxicomanes sont séropositifs, que 60 % sont menacés par

---

<sup>422</sup>*Santé en milieu carcéral : rapport sur l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus*, Haut Comité de la Santé Publique, 1993, Avis et Recherches du HCSP

<sup>423</sup>Nicole Gery, “Toxicomanie et prison”, Université du Cri : *Maladie et mort en prison*, 1995

l'hépatite C. Ces caractéristiques expliquent la présence d'antennes de lutte contre la toxicomanie dans les plus grandes maisons d'arrêt.

La pathologie psychiatrique tient elle aussi une place considérable en milieu pénitentiaire. Un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) évaluait en 1992 entre 7 000 et 10 000 le nombre de détenus souffrant de pathologie mentale, auquel s'ajoutent 500 à 1 000 personnes souffrant de handicap mental<sup>424</sup>.

Comme le note le Dr Pierre Barlet<sup>425</sup>, la population pénale devrait par son âge et son sexe se situer au niveau de morbidité le plus bas. En fait, les caractéristiques de la population pénale sont celles d'une population en situation de marginalité sinon d'exclusion par rapport à l'accès aux soins :

“C'est une population à risque, car provenant de milieux où sévissent les problèmes sociaux les plus graves, et qui peut être considérée comme particulièrement exposée aux troubles du comportement. Elle a également la particularité d'avoir eu rarement accès aux dispositifs d'éducation sanitaire et de soins avant son incarcération et de méconnaître ses droits sociaux, alors qu'elle présente des pathologies lourdes de conséquences pour elle-même et pour son environnement.”

*Santé en milieu carcéral*, Haut Comité de la Santé Publique, 1993, op. cité, p. 18

“Les détenus sont fréquemment issus de milieux défavorisés et ils ont peu accès au système de santé, même à l'extérieur. Il faudrait profiter de leur incarcération pour leur donner une véritable éducation sanitaire et faciliter ainsi leur réinsertion. Avec un but : que le détenu, en matière de santé, apprenne à être autonome.”

Annie Mathieu, infirmière générale à l'hôpital de Fresnes, *Le Monde*, 7 avril 1992

Longtemps, l'ampleur des problèmes sanitaires des détenus a été attribuée à leur morbidité antérieure à l'incarcération. Rejetant cette position doctrinaire, beaucoup de médecins affirment aujourd'hui qu'il existe des pathologies spécifiquement dues à la détention :

“La morbidité antérieure à l'incarcération indique qu'il serait hâtif d'attribuer à la iatrogénie du milieu carcéral toute la fragilité qu'on y observe”. Mais l'importance des effets de l'incarcération sur la santé et “leur fâcheuse synergie avec les facteurs originels de morbidité indiquent bien que toute la pathologie observée en détention ne peut être imputée à la fragilité structurelle de la personne.”

Pierre Barlet, “La santé en prison”, Dossier n° 16, *Santé de l'homme*, n° 315, janv.-fév. 1995, pp. 5-6

---

<sup>424</sup>d'après Jean-Paul Jean, “ L'inflation carcérale ”, *Esprit*, oct. 1995, n° 215, p. 120

<sup>425</sup>Pierre Barlet, “La santé en prison”, in “Santé en milieu carcéral”, Dossier n° 16, *Santé de l'homme*, n° 315, janvier-février 1995, p. 5



“- Y a-t-il des maladies spécifiquement dues au milieu carcéral ?

- Il y a les mycoses qu'on attrape en prison parce que les douches sont dégoûtantes, il y a aussi les petites bêtes qui se trimballent dans les coins, il y a la gale. Il y a aussi le manque de sommeil, les troubles du sommeil qui sont dus au fait qu'on vit avec un type qui a l'habitude de se coucher à deux heures du matin et qui regarde la télé à plein tube... Il y a les ulcères qui en découlent. La surpopulation, les conditions de vie, le stress multiplient les pathologies.”

Entretien avec un médecin, 45 ans, 10 ans d'ancienneté en milieu pénitentiaire, intervenant à mi-temps dans une grande maison d'arrêt

Selon le Dr Daniel Gonin<sup>426</sup>, la prison provoque des troubles des cinq sens, soit en les hypertrophiant, soit en les anesthésiant. L'ensemble de l'organisme est concerné, ce que Daniel Gonin résume par la formule lapidaire : “Douleurs et maladies à tous les étages” (p. 115). Les pathologies dentaires, digestives (ulcères, vomissements, ...) et dermatologiques (allergies, meurtrissures, mortifications, ...) sont les plus fréquentes ; s'ajoutent les nombreux troubles de la sexualité :

“Le sexe, tout comme la liberté, est banni des lieux pénitentiaires, mais à titre officieux. (...) Il importe surtout que le moindre plaisir reste occulte. Le sexe porte le poids de la dénégation, et paraît plus honteux encore que dans la société extérieure. Il rejoint dans l'opprobre la sexualité incongrue et "vicieuse" du vieillard.”

Daniel Gonin, *La santé incarcérée*, 1991, pp. 189-190

En 1991, un rapport intitulé “Conditions de vie en détention et pathologies somatiques”<sup>427</sup> mettait particulièrement l'accent sur l'impact de la durée et des conditions de détention sur l'état de santé des détenus : le choc de l'incarcération, la surpopulation pénale, la restriction de l'espace, la rupture de la vie familiale, les conditions d'hygiène en détention contribuent à l'apparition ou à l'aggravation de certaines pathologies : augmentation de l'anxiété, troubles sensoriels (vue, ouïe), troubles de la digestion, douleurs musculaires sont l'apanage quotidien d'un nombre important de détenus. Ce même rapport distinguait quatre périodes dans le temps de la détention qui ont chacune un effet spécifique sur l'état de santé du détenu :

“- la 1ère période (de 7 jours à 4 mois) marque le temps de l'explosivité, de l'agressivité tournée contre soi et les autres. C'est le temps des grèves de la faim, de la soif, des automutilations, des tentatives de suicide, de l'anxiété ;

- la 2nde période (de 4 à 8 mois) est celle où culmine une symptomatologie de la rentrée en soi : maux de tête, douleurs de la poitrine, de la digestion, symptômes dermatologiques, etc. ;

- la période qui va de 8 à 12 mois est celle de “l'adaptation” constatée à travers la baisse du nombre de consultations et de traitements médicamenteux ;

---

<sup>426</sup>Daniel Gonin, 1991, *La santé incarcérée. Médecine et conditions de vie en détention*, l'Archipel, Paris

<sup>427</sup>*Conditions de vie en détention et pathologies somatiques*, Association lyonnaise de criminologie et d'anthropologie sociale, sous la direction de Daniel Gonin, juin 1991

- enfin, survient le temps de la “réparation” après un an de détention, avec un pourcentage de prise en charge qui reste stable tout au long de la détention.”<sup>428</sup>

La détention entraînerait aussi une augmentation de la consommation médicamenteuse :

“Bien que les avis divergent sur l’importance exacte de la consommation médicamenteuse des détenus, on ne se trompe guère en la qualifiant de considérable pour une population aussi jeune. Les psychotropes que le détenu peut recevoir constituent un objet et un temps important dans sa vie quotidienne.”

Philippe Minvielle, *Médicaments et milieu carcéral*, Thèse de pharmacie, 1991 Université d’Aix-Marseille

Selon Daniel Gonin, la surconsommation des psychotropes ou des tranquillisants (notamment les benzodiazépines) concerne surtout la population toxicomane à qui elle procure un effet proche des drogues douces.

“Le drogué tente d’obtenir des dosages maximaux. Le tranxène 5 ou 10 lui semble ridicule ; une “vraie” prescription ne commence qu’au comprimé de 50 mg : “le comprimé rose, docteur, le rose et pas la gélule rose et blanc ou toute rose”. C’est avec les drogués que j’ai appris les couleurs de médicaments sur lesquels je ne pouvais mettre qu’un nom ou qu’une formule moléculaire difficile à retenir. (...) La prison, qui engendre déjà bien des troubles séquellaires lors du retour en vie libre, “fabrique” des toxicomanes aux médicaments.”

Daniel Gonin, *La santé incarcérée*, 1991, pp. 206-207

Il convient enfin, dans cette présentation de la situation épidémiologique de la population pénale, d’évoquer les conduites suicidaires. En 1997, l’Administration Pénitentiaire a recensé 1022 tentatives de suicide (contre 507 en 1993) et 125 suicides (contre 101 en 1993, 60 en 1987). Parmi les personnes qui se sont suicidées, 76 étaient prévenues et 49 condamnées : ces proportions rappellent que le passage à l’acte intervient majoritairement dans l’année qui suit l’incarcération et plus particulièrement au cours des premiers mois (qui sont généralement des périodes de détention préventive). Le taux de suicide des détenus (22 pour 10 000 en 1997) est près de dix fois plus élevé que celui de la population générale et l’écart a tendance à se creuser. La typologie des suicides d’Emile Durkheim permet de proposer une première explication aux taux élevés de suicide en prison. Le suicide des détenus pourrait s’expliquer comme un suicide “fataliste” ; ce suicide que Durkheim définit comme l’opposé du suicide anémique, résulte d’une trop forte régulation sociale des passions :

“Le suicide fataliste est celui qui résulte d’un excès de réglementation ; celui que commettent les sujets dont l’avenir est impitoyablement muré, dont les passions sont violemment comprimées par une discipline oppressive. C’est le suicide des époux trop jeunes, de la femme mariée sans enfant.”

E. Durkheim, *Le suicide*, 1897, PUF, Quadrige, 1986, p. 311

---

<sup>428</sup>d’après *Santé en milieu carcéral : rapport sur l’amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus*, Haut 593

Toutefois, comme l'a montré l'étude de Nicolas Bourgoïn, il paraît difficile de déterminer une causalité unique et générale qui puisse rendre compte de manière satisfaisante du suicide en milieu carcéral :

“Si, pour le prisonnier, "les projections dans l'avenir sont inhibées", ce mécanisme ne prend pas les mêmes effets suivant ses attaches sociales et familiales, ses caractéristiques socio-démographiques qui contribuent, tout autant que les modalités de son incarcération, à définir en termes d'attentes la situation affective dans laquelle le place l'emprisonnement. En ce sens, la multiplicité des motifs de suicide apparents ou invoqués ne fait que traduire le jeu complexe de ces variables entre elles.”

Nicolas Bourgoïn, *Le suicide en prison*, Paris, L'Harmattan, 1994, p. 228

Au terme de ce parcours dans les données épidémiologiques en milieu pénitentiaire, on peut retenir que la population carcérale est une population qui est généralement avant l'incarcération en situation de marginalité par rapport à l'accès aux soins. Le milieu pénitentiaire est donc souvent l'occasion d'un premier contact avec le système de soins hospitaliers.

## **2. Les structures d'accueil**

Nous décrivons succinctement dans ce paragraphe les principaux dispositifs de l'organisation actuelle de l'activité sanitaire en milieu pénitentiaire, dont il a été question dans la recherche. Ces dispositifs sont variés et sont spécialisés selon leur secteur d'intervention (somatique / psychiatrique), selon les établissements concernés (établissements 13 000, hôpital de Fresnes, unités hospitalières sécurisées interrégionales).

### **2.1. Les Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA)**

Dans chaque établissement pénitentiaire (hors programme 13 000, cf. infra), se trouve aujourd'hui une UCSA, composée de médecins et d'infirmiers relevant tous du secteur public hospitalier. La mise en place des UCSA s'est faite depuis 1994 par la passation d'un protocole entre l'établissement pénitentiaire et un hôpital dit de rattachement, appartenant au service public hospitalier et choisi pour des raisons de proximité et de plateau technique. Les UCSA sont des unités ambulatoires, ce qui signifie qu'elles n'ont pas vocation à être des services d'hospitalisation. Les hospitalisations se font dans l'hôpital de rattachement, en “milieu libre”, dans des services organisés pour recevoir des personnes détenues (“chambres sécurisées”, présence de policiers, ...).

Elles peuvent aussi se faire à l'hôpital de Fresnes ou dans des unités hospitalières sécurisées interrégionales (cf. infra).

Le principe des UCSA a été énoncé par la loi du 18 janvier 1994, et s'il a été parfois difficile à mettre en place (la passation des protocoles a attendu parfois plus de deux ans dans certains établissements), il est aujourd'hui généralisé. La plupart des UCSA ont pris la place des anciennes "unités médicales". Mais le vote de la loi et ses décrets d'application ont impliqué d'une part la construction de nouveaux locaux ou la rénovation des plus anciens, d'autre part une augmentation importante des effectifs en personnels et des budgets. Les données concernant ces effectifs ne m'ont cependant pas été accessibles.

*"- Sur un plan global, somatique et psychiatrique, quels sont les changements ?*

- Avec la loi de 1994, au plan national, il y a un doublement des effectifs et de l'enveloppe budgétaire.

- *Quels sont actuellement les effectifs ?*

- Et cela va vous avancer à quoi d'avoir un nombre ? (énervement) Ah, les effectifs, les effectifs, c'est rassurant... Nous, on raisonne en données budgétaires, en équivalent temps-plein. Par exemple, on associe 0,1 équivalent temps-plein en masse budgétaire pour 100 détenus ; cela peut correspondre, par exemple, à deux vacations de trois heures par semaine. Les équivalents temps-plein, cela ne donne pas les effectifs. Sur les sites, chaque protocole spécifie l'effectif mais on va pas s'amuser à faire le total..."

Entretien avec un chargé de mission de la Direction des Hôpitaux

Aucun document officiel ne donne des chiffres bruts sur les effectifs sanitaires, ce qui peut laisser penser que tous les établissements n'ont pas bénéficié également de l'augmentation du budget lié à la loi de 1994. La forme emportée et le fond peu convaincant de la réponse que m'a faite cette représentante de la Direction des Hôpitaux semblent d'ailleurs confirmer la présence d'un enjeu de cet ordre. Il reste que tous les établissements pénitentiaires que j'ai fréquentés ont vu leurs effectifs sanitaires augmenter avec le passage aux UCSA, parfois de façon importante.

Il serait erroné d'assimiler les UCSA à des services proprement somatiques. Dans la plupart des établissements, les UCSA sont les seuls services de soins. Elles regroupent dès lors tous les personnels sanitaires, quelles que soient leurs profils : médecins, psychiatres ou somaticiens, infirmiers, psychologues, ... Par contre, dans les quelques établissements où se trouvent aussi des SMPR (cf. infra), les psychiatres et les "infirmiers psychiatriques" ne dépendent pas des UCSA, qui deviennent alors des services proprement somatiques. Nous avons vu que cette distinction n'est pas neutre car elle permet d'expliquer des modes de structuration locaux des professions de santé intervenant en prison.

## **2.2. Les Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR)**

D'une manière générale, dans les établissements pénitentiaires, les actions de prévention et les soins courants en psychiatrie sont dispensés par les secteurs de psychiatrie générale locaux, en l'occurrence par des psychiatres et des infirmiers dépendant des hôpitaux psychiatriques publics et intégrés au sein des UCSA en prison. Lorsque la prise en charge psychiatrique de la personne détenue dépasse les possibilités offertes localement, celle-ci est transférée, non dans l'hôpital psychiatrique le plus proche, mais dans un établissement pénitentiaire siège de SMPR.

Les SMPR sont des services spécialisés dans la psychiatrie. Services hospitaliers, implantés en milieu pénitentiaire, les SMPR disposent de locaux individualisés à l'intérieur de la détention et notamment d'une unité d'hospitalisation, ce qui les distingue fondamentalement des UCSA. Chaque SMPR constitue la structure de recours pour la prise en charge psychiatrique intensive des personnes détenues dans un ensemble d'établissements pénitentiaires constituant un secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire.

Cette organisation des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire, instaurée en 1986, n'a pas été modifiée par la loi de 1994 même si elle a été complétée par la création de six nouveaux secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire et le renforcement des équipes des SMPR existants. Au nombre de 26 en 1998, les SMPR se trouvent dans les plus grands établissements pénitentiaires et rassemblent des médecins psychiatres et des infirmiers psychiatriques. En principe, et ce depuis l'unification du Diplôme d'Infirmier d'Etat, il n'y a plus à proprement parler d' "infirmiers psychiatriques". Il reste que la plupart des infirmiers des SMPR que j'ai rencontrés s'affirment encore comme des "infirmiers psychiatriques", soit parce qu'ils ont été diplômés avant 1992, soit parce qu'ils ont reçu des formations complémentaires en psychiatrie, soit enfin parce qu'ils travaillent au contact des psychiatres et dans un service dit "psychiatrique".

## **2.3. Les services sanitaires des "établissements 13 000"**

Dans le cadre de la loi du 22 juin 1987 sur le service public pénitentiaire, le Ministère de la Justice a confié à des groupements d'entreprises la conception, la construction et la gestion partielle du fonctionnement de 21 nouveaux établissements pénitentiaires, représentant 13 000 places. Parmi les fonctions confiées au secteur privé figure l'activité sanitaire. L'organisation sanitaire des établissements 13 000 reste ainsi à la charge des sociétés privées.

## **2.4. Les Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales (UHSI)**

Dans quelques grands centres hospitaliers universitaires se trouvent des unités hospitalières sécurisées interrégionales, ex-services spécialisés de médecine pénitentiaire, dont l'implantation avait d'ailleurs rarement suscité l'enthousiasme des hôpitaux publics (coût financier et prestige) :

“- Quand on a dû installer un service de médecine pénitentiaire à l'hôpital X, cela a été assez difficile. Parce que les gens disaient : "on essaye de faire un hôpital moderne et vous allez nous mettre un service de médecine pénitentiaire en plein milieu, qui va nous déconsidérer.". Il a donc fallu faire au départ des panneaux très discrets pour que les gens qui venaient à l'hôpital ne sachent pas qu'il y avait un service de médecine pénitentiaire. Il y a toujours une espèce de déconsidération. Un service de médecine pénitentiaire, cela ne flatte pas l'hôpital, cela ne lui fait pas une spécialité de plus.”

Entretien avec un médecin psychiatre, 60 ans, 25 ans de vacations dans de grandes maisons d'arrêt

Les UHSI, comportant quelques dizaines de lits, sont censées permettre aux personnes détenues et aux professionnels de santé de bénéficier d'un plateau technique (par exemple, en neurochirurgie) dont ne dispose pas l'hôpital de Fresnes, tout en offrant une haute surveillance policière. Ces unités ont en fait vocation à accueillir la grande majorité des hospitalisations de personnes détenues et éviter ainsi aux hôpitaux de proximité et à l'Administration Pénitentiaire une prise en charge jugée risquée des détenus hospitalisés.

## **2.5. L'Établissement Public de Santé National de Fresnes (EPSNF)**

Cet établissement, dont la dénomination change périodiquement au gré des projets de réforme (en 1993, c'était l'Établissement d'Hospitalisation Public National de Fresnes), a une capacité d'accueil de 200 lits et un plateau technique choisi sur le modèle d'une polyclinique. Il se définit théoriquement par sa vocation nationale (il reçoit des détenus de toute la France) et prend en charge, conformément à l'article D. 382 du *Code de Procédure Pénale*, les malades nécessitant une hospitalisation qui ne présente pas un caractère d'urgence.

“Article D. 382 : Au cas où le médecin de l'établissement estime que les soins nécessaires ne peuvent être donnés sur place ou s'il s'agit d'une affection épidémique, les détenus malades sont envoyés dans un établissement pénitentiaire mieux approprié ou dans un établissement pénitentiaire spécialisé. Toutefois si leur état de santé interdit leur transfèrement ou s'il y a urgence, ils doivent être admis dans le service hospitalier le plus proche.”

La loi de 1994 remettait implicitement en cause les missions de cet hôpital pénitentiaire, puisqu'elle prévoyait que chaque établissement pénitentiaire devait recourir, en cas d'hospitalisation, à

l'établissement hospitalier signataire du protocole : l'hôpital de Fresnes n'avait donc plus réellement de place dans le dispositif sanitaire logique, sinon légal, en milieu pénitentiaire. Dans les faits, l'hôpital de Fresnes est resté une solution pour l'hospitalisation des détenus jugés dangereux, ou pour adopter la terminologie pénitentiaire, des "DPS" (Détenus Particulièrement Signalés).

*"- Y aura-t-il encore des hospitalisations à l'hôpital de Fresnes ?*

- Oui, Fresnes reste un recours nécessaire. Dans les hôpitaux publics, l'hospitalisation d'un détenu mobilise énormément de forces de police : c'est très coûteux. On aura donc recours à l'hôpital de proximité pour les choses très pointues, mais sinon, on continuera à envoyer les malades à Fresnes, et ce, notamment pour des raisons de sécurité. Tout dépendra en fait de la personnalité des détenus, à savoir la raison de leur incarcération, leur reliquat de peine..."

Entretien avec un sous-directeur, 40 ans, grande maison d'arrêt

*"- Sur quels critères le médecin d'une UCSA qui doit hospitaliser un détenu choisit-il entre l'hôpital de Fresnes et l'hôpital public de proximité ? Y a-t-il des raisons "extra-médicales", par exemple sécuritaires ?*

- Non, la raison est toujours médicale. Il reste que l'hôpital de Fresnes présente l'avantage d'allier les soins à la sécurité. Parallèlement, l'hospitalisation d'un détenu dans un hôpital de proximité nécessite le recours à des forces de police importantes, ce qui a un coût élevé. Pendant la vague d'attentats sur Paris, on nous a envoyé beaucoup plus de détenus-malades, pour récupérer des forces de police. De même, on nous a envoyé ceux qui appartenaient au GIA, pour des raisons de sécurité. A cet égard, il ne faut pas se leurrer : l'hôpital de Fresnes est d'abord une prison, puis un hôpital."

Entretien avec un représentant de l'hôpital de l'EPSNF

Voici donc rappelées succinctement les différentes structures d'accueil auxquelles il a été fait référence dans cette recherche.

### **3. Les bases juridiques et déontologiques**

Cette sous-partie rappelle les principes juridiques et déontologiques qui structurent l'exercice des métiers de santé en prison et dont nous avons vu l'importance dans la seconde partie de cette thèse, particulièrement les chapitres 4 et 5. Cette présentation invite à s'interroger sur l'articulation entre le domaine juridique et déontologique. D'un point de vue sociologique, la déontologie peut être perçue comme une manifestation d'autonomie d'un groupe professionnel dans la société : il s'agit ainsi de rendre un ordre professionnel autonome dans le champ normatif. Cette autonomisation peut s'avérer indépendante des normes juridiques classiques : le serment d'Hippocrate est ainsi longtemps resté sans interférence avec le droit étatique. Il reste que la déontologie peut aussi être institutionnalisée au sein de l'ordre juridique étatique, par exemple lorsqu'elle devient un *Code*, fruit d'un décret, ce qui est le cas du *Code de Déontologie Médicale*. "L'Etat accorde valeur de loi à

la norme déontologique et il abandonne aux organes de l'ordre professionnel une parcelle de la souveraineté étatique dans le champ juridique. De facteur de distanciation par rapport à l'ordre juridique étatique, la déontologie se transforme alors en facteur de discrimination dans le droit étatique<sup>429</sup>. La présence d'un *Code de Déontologie* est donc un symbole fort de l'autonomie d'une profession au sein d'une société. Le fait que les médecins intervenant en prison se réfèrent beaucoup plus au *Code de Déontologie Médicale* qu'au *Code de Procédure Pénale* n'est ainsi pas un signe anodin mais renvoie à des formes de représentation de l'autonomie du corps médical en prison et plus encore dans la société.

### 3.1. Les bases juridiques

L'exercice des métiers de santé en prison est d'abord défini par deux *Codes*, le *Code de la Santé Publique* et le *Code de Procédure Pénale*. Cette dualité des bases juridiques n'est pas sans exprimer un premier dilemme auxquels sont confrontés les professionnels de santé en milieu pénitentiaire : s'ils tendent à nier l'importance du milieu d'exercice dans leurs actions et représentations, l'existence du *Code de Procédure Pénale* leur rappelle que le milieu carcéral reste un milieu d'exercice particulier.

#### - Le *Code de la Santé Publique*<sup>430</sup>

Les articles R. 711-7 à R. 711-20 (Livre VII, titre 1er, chapitre II, section III), rassemblés sous la rubrique "Soins dispensés aux détenus par certains établissements de santé assurant le service hospitalier et actions de prévention exercées par ces établissements" définissent les premières bases juridiques de l'exercice de la santé en prison.

Article R. 711-7 : "(...) le préfet de région désigne, pour chaque établissement pénitentiaire de la région, l'établissement public de santé, situé à proximité de l'établissement pénitentiaire, qui est chargé de dispenser les soins aux détenus et de concourir aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées en milieu pénitentiaire. (...)”

Les articles suivants fixent les conditions de passation des protocoles entre les établissements pénitentiaires et les hôpitaux publics. Ce sont ces protocoles qui régissent pratiquement les modalités d'intervention (soins courants, consultations, programmes de prévention et d'éducation

---

<sup>429</sup>André Jean Arnaud (sous la dir.), *Dictionnaire encyclopédique de théorie et de sociologie du Droit*, article *Déontologie*, 1993, p. 175

<sup>430</sup>*Code de la Santé Publique*, Livre VII, titre 1er, chapitre II, section III, Dalloz, 1995, pp. 941-945



pour la santé, hospitalisations, répartition des dépenses afférentes, etc.) des établissements publics de santé en milieu carcéral.

Article R. 711-16 : Le protocole (...) définit notamment, dans le respect de la réglementation à laquelle est soumis l'établissement pénitentiaire :

1. Les conditions dans lesquelles les personnels de l'établissement de santé assurent l'examen systématique des détenus arrivant dans l'établissement pénitentiaire et dispensent à ceux-ci des soins courants et, éventuellement, spécialisés, notamment sous forme de consultations ;
2. L'organisation des soins et le fonctionnement médical de la structure de soins (...);
3. Les conditions dans lesquelles les détenus ont accès, pour des consultations ou des examens médico-techniques, aux équipements médicaux situés dans l'établissement de santé ;
4. Les modalités de mise en oeuvre du programme de prévention et d'éducation pour la santé (...);
5. La composition de l'équipe hospitalière exerçant dans la structure implantée dans l'établissement pénitentiaire ;
6. L'aménagement et l'équipement des locaux (...);
7. Les conditions dans lesquelles l'établissement de santé établit et archive le dossier médical des patients (...);
8. Le système d'information permettant l'analyse de l'activité (...);
9. Les modalités de remboursement par l'Etat des frais de transport des produits et matériels (...);
10. Les modalités de concertation périodique entre l'établissement pénitentiaire et l'établissement de santé sur les conditions d'application du protocole ;
11. Les modalités de règlement des dépenses qui donnent lieu à remboursement à l'établissement de santé par l'établissement pénitentiaire ;
12. Les conditions dans lesquelles l'administration pénitentiaire assure la sécurité des personnes et des biens dans les locaux de soins ; (...).”

## - Le *Code de Procédure Pénale*<sup>431</sup>

“- On a beaucoup insisté pour qu'il y ait une spécialisation en médecine pénitentiaire, une spécialisation parce qu'encore une fois il y a des principes du droit qu'on doit connaître. Par exemple, pour exercer la médecine à l'extérieur, on n'est pas obligé de connaître le *Code de Procédure Pénale*. Or, il y a des articles de ce *Code* qui nous concernent en tant que médecins pénitentiaires.”

Entretien avec un médecin psychiatre, 60 ans, 25 ans de vacations dans de grandes maisons d'arrêt

L'organisation des services sanitaires dans les établissements pénitentiaires est décrite dans les articles D. 364 à D. 401-1, rassemblés dans cinq paragraphes (3ème partie, livre V, titre 2, chapitre VIII, section II : *Du service sanitaire*, § 1 à 5). Nous résumons ici sommairement ces paragraphes.

Paragraphe 1 : Organisation sanitaire : A chaque établissement pénitentiaire sont attachés un ou plusieurs médecins généralistes, un chirurgien-dentiste, une équipe psychiatrique, un infirmier à temps complet ou à temps partiel. Selon la taille de l'établissement, peuvent leur être adjoints des internes en médecine ou en

---

<sup>431</sup>*Code de Procédure Pénale*, 3ème partie, livre V, titre 2, chapitre VIII, section II : *Du service sanitaire*, § 1 à 5, articles D. 364 à D. 401-1, Dalloz 1997-1998, pp. 1110-1119

pharmacie, des médecins spécialistes et d'autres infirmiers. Le contrôle des soins est assuré par l'Inspection Générale des Affaires Sociales.

Paragraphe 2 : Rôle du médecin dans l'établissement : Le médecin est chargé de vérifier l'observation des règles d'hygiène et de veiller à la santé physique et mentale des détenus. Pour cela, il visite obligatoirement les détenus qui viennent d'être écroués, ceux qui sont signalés malades ou qui se déclarent tels, ceux qui sont placés à l'isolement, etc.

Paragraphe 3 : Traitement médical : Les détenus bénéficient gratuitement des soins qui leur sont nécessaires. Selon les cas, les traitements médicaux sont administrés dans les cellules ou à l'infirmerie ; le médecin peut aussi recourir au transfert dans un établissement pénitentiaire spécialisé ou, s'il y a urgence, dans le service hospitalier le plus proche, mais il lui est rappelé que " le séjour des détenus dans les hôpitaux doit être réduit au temps strictement nécessaire " (art. D. 388).

Paragraphe 4 : Soins divers : La prophylaxie des maladies vénériennes et de la tuberculose est assurée par le biais d'exams et de traitements obligatoires. Sont aussi organisées des consultations d'hygiène mentale.

Paragraphe 5 : Maternité : Les détenues enceintes peuvent bénéficier d'un régime aménagé de détention et être transférées, au terme de la grossesse dans un hôpital ou une maternité. Après réincarcération, les enfants peuvent être laissés auprès de leur mère, jusqu'à l'âge de dix-huit mois.

Si les pratiques quotidiennes s'écartent souvent des normes juridiques énoncées, on peut observer que certains des conflits qui peuvent survenir entre les professionnels de santé et les représentants pénitentiaires trouvent leurs sources dans les marges d'interprétation que laisse la rédaction des articles du *Code de Procédure Pénale*. On peut citer en exemple l'article D. 369 :

"Article D. 369 : Les détenus malades bénéficient, selon les prescriptions médicales et dans toute la mesure du possible, des conditions matérielles de détention et du régime alimentaire nécessités par leur état." (texte non souligné dans la version officielle)

La formulation de cet article permet de légitimer, voire légaliser le fait qu'un détenu ne dispose pas, du fait des conditions de détention, de la douche quotidienne que pourrait lui prescrire un médecin. On remarque que l'article est délibérément flou, de façon à ne pas faire des mauvaises conditions de détention des situations d'infraction à la loi, sinon de non-droit.

## 3.2. Les bases déontologiques

“- Je vais vous dire, j’ai relu mon *Code de déontologie* quand je suis arrivé en prison. Jusque-là, je n’en avais pas eu franchement besoin, et là, je me suis dit "quand même, il y a des trucs qui ne fonctionnent pas ; il faut que je relise mes droits, ceux des détenus et ceux de l’administration".”

Entretien avec un médecin, 45 ans, 10 ans d’ancienneté en milieu pénitentiaire, intervenant à mi-temps dans une grande maison d’arrêt

Cette partie rassemble les différents textes déontologiques ayant trait à l’exercice des métiers de santé en prison. Les fondements historiques de ces textes sont étudiés dans le chapitre 4.

### - Le *Serment d’Hippocrate* et le *Serment d’Athènes*

Le premier de ces textes, le *Serment d’Hippocrate*, date du XV<sup>ème</sup> siècle ; il définit les devoirs et obligations des médecins envers leurs maîtres, leurs confrères, leurs malades et envers la société, et souligne l’importance du secret professionnel. Il est généralement prêté au moment de la soutenance de thèse :

“Je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité dans l’Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l’indigent et n’exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l’intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s’y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l’instruction que j’ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d’opprobre et méprisé de mes confrères si j’y manque.”

Un autre texte s’adresse plus spécifiquement aux professionnels de santé intervenant en milieu carcéral, En 1979 est élaboré le *Serment d’Athènes*, qui est adopté à l’unanimité par le Conseil international des Services Médicaux Pénitentiaires, et reconnu par les Nations-Unies :

“Nous, membres de professions de santé exerçant dans les prisons, réunis à Athènes le 10 septembre 1979, prenons l’engagement, dans l’esprit du serment d’Hippocrate, de prodiguer les meilleurs soins possibles à ceux qui sont incarcérés à quelque titre que ce soit, sans porter atteinte au respect de nos éthiques professionnelles respectives.”

cité in Solange Troisier, “Médecine pénitentiaire et Droits de l’Homme”,  
*Bulletin de l’Académie Nationale de Médecine*, tome 177, juin 1993, p. 1004

Comme nous l’avons dit dans la mise en perspective historique, ce texte doit avant tout se comprendre dans son contexte historique : il s’agissait alors pour les médecins de se raccrocher à un corps médical qui tendait à prendre ses distances avec les professionnels intervenant en prison. Que

Solange Troisier ait fait référence à ce texte en 1993 ne doit pas tromper sur sa dimension peu actuelle. De fait, aucun des médecins et des infirmiers que j'ai rencontrés n'a fait référence ni au *Serment d'Hippocrate*, ni au *Serment d'Athènes*... La référence commune était par contre le *Code de Déontologie Médicale*.

### **- Le Code de déontologie médicale**

Le *Code de déontologie médicale*, préparé par le Conseil National de l'Ordre des Médecins, puis soumis à l'examen du Conseil d'Etat, est promulgué sous forme de décret. La version actuelle constitue le Décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995. Il faut noter qu'un article est spécifiquement consacré à l'exercice en milieu pénitentiaire.

Article 10 : "Un médecin amené à examiner une personne privée de liberté ou à lui donner des soins ne peut, directement ou indirectement, serait-ce par sa seule présence, favoriser ou cautionner une atteinte à l'intégrité physique ou mentale de cette personne ou à sa dignité.

S'il constate que cette personne a subi des sévices ou des mauvais traitements, il doit, sous réserve de l'accord de l'intéressé, en informer l'autorité judiciaire.

Toutefois, s'il s'agit des personnes mentionnées au deuxième alinéa de l'article 44, l'accord des intéressés n'est pas nécessaire."

2ème alinéa de l'article 44 : "S'il s'agit d'un mineur de quinze ans ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique (le médecin) doit, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives."

Cet article entérine la reconnaissance de la spécificité du milieu carcéral, en tant que milieu d'exercice différent et propice aux dérives déontologiques.

# Annexe 4 : Données sur l'enseignement en prison

1. Les profils de formation de la population pénitentiaire
2. Les structures d'enseignement
  - 2.1. Les enseignements de l'Education Nationale
  - 2.2. L'enseignement par correspondance
  - 2.3. Les enseignements bénévoles du GENEPI
3. Les bases juridiques

Dans la continuité de l'annexe précédente, cette annexe rappelle les profils de formation des personnes incarcérées en France, donne une vision synthétique des différentes structures d'enseignement en prison, évoque enfin succinctement les bases juridiques de l'exercice des métiers de l'enseignement en prison.

## 1. Les profils de formation de la population pénitentiaire

Cette partie s'appuie principalement sur les données du dernier *Rapport d'activité* de l'Administration Pénitentiaire paru, en l'occurrence le *Rapport 1997*.

**Tableau 1 : Structure par niveau d'instruction de la population incarcérée en France (métropole) au 1er janvier 1998 et évolution depuis 1994**

Niveau d'instruction	Effectif 1998	%	Effectifs 1994	Variation effectif 1994/1998
Illettrés déclarés	6 736	13,3	8 207	-17,9%
Instruction primaire	27 405	54,0	30 274	-9,5%
Instruction secondaire	16 603	32,7	13 142	+26,3%
<b>TOTAL</b>	<b>50 744</b>	<b>100</b>	<b>51 623</b>	<b>-1,7%</b>

Si la disparité des niveaux de formation des détenus est considérable, il existe cependant un noyau dur caractérisé par un niveau d’instruction primaire : 67,3% des détenus ont un niveau qui ne dépasse pas le certificat d’études et ont connu des échecs scolaires à répétition. On note néanmoins une tendance à la hausse de la proportion des détenus ayant un niveau d’instruction secondaire (32,7 % en 1997 contre 22,3% en 1993).

Des données<sup>432</sup> sur les seules personnes incarcérées au cours de l’année scolaire 1996-1997 confirment cette hausse (36% des détenus entrés en 1996-1997 ont un niveau d’études secondaire) et permettent de préciser la répartition de la population selon les niveaux de diplôme : 55 % sont sans diplôme, 6 % ont un diplôme équivalent au Certificat d’Etudes Primaires ou au Certificat de Formation Générale, 19 % ont un diplôme équivalent au CAP, 4 % ont un diplôme équivalent au BEP, 6 % ont un diplôme équivalent au Brevet, 4 % ont un diplôme équivalent au Baccalauréat, 3 % ont un diplôme de l’enseignement supérieur, 3 % sont non francophones.

Les résultats aux tests “Lecture et population pénale” proposés aux personnes sans diplôme ou ayant un diplôme équivalent au Certificat d’Etudes Primaires permettent aussi de préciser différents niveaux de difficultés de lecture ou d’illettrisme<sup>433</sup> : 20 % des entrants en prison en 1996-1997 présentaient un illettrisme jugé grave, soit un taux quatre fois supérieur au taux constaté dans les centres de circonscription de l’armée.

**Tableau 2 : Effectifs scolarisés et diplômes visés**

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
<b>Effectifs scolarisés</b>								
Détenus fréquentant des cours	16158	16185	17110	19588	22876	24552	29742	28018
Enseig. 1er degré	13411	13009	13794	14945	16683	17036	19615	17522
Enseig. 2nd degré; 1er cycle et CAP	2304	2688	2907	4131	5250	4928	7526	7737
Enseig. 2nd cycle, DAEU, Bac	287	251	227	317	684	2269	2195	2365
Enseig. supérieur	156	237	182	195	259	319	406	394
<b>Examens</b>								
Admis aux CEP, CFG	1945	1357	1537	1651	1765	1691	1909	2033
Admis aux CAP, BEP	112	88	122	133	137	178	448	372
Admis au baccalauréat	39	46	21	40	38	42	50	42
Admis aux ESEU, DAEU	63	85	41	53	60	79	55	41
Admis à un diplôme de l'enseig. sup.	36	26	27	59	83	60	51	50

source : *Rapport annuel d’activité 1997*, p. 174

<sup>432</sup>*Rapport annuel d’activité 1997* de l’Administration Pénitentiaire, p. 180

<sup>433</sup>cf. *La lutte contre l’illettrisme en milieu pénitentiaire*, Direction de l’Administration Pénitentiaire, SCERI, *Travaux et Documents*, n° 51, mai 1997

28 018 détenus ont suivi des cours en 1997 ; soit une baisse sensible par rapport à 1996 (29 742 détenus). Ces chiffres absolus doivent être rapportés au flux de personnes détenues pendant ces années (132 596 personnes en 1996 et 127 378 en 1997). L'enseignement concernait ainsi sur ces deux années 22% de la population pénale. Par ailleurs, les données de l'Administration Pénitentiaire ne disent rien sur la longueur moyenne de suivi des enseignements. Les enseignants, rencontrés en entretien, mettaient pourtant l'accent sur le nombre extrêmement important d'abandons en cours d'année. Le nombre de personnes fréquentant des cours devrait donc être largement relativisé par la durée moyenne de fréquentation.

Plutôt que sur les durées de fréquentation, les *Rapports d'exercice de l'Administration Pénitentiaire* préfèrent insister chaque année sur le nombre de personnes reçues aux examens et sur les taux de réussite aux examens.

**Tableau 3 : Fréquentation scolaire, présentation et réussite aux examens en 1997**

	Niveaux VI et V bis	1er cycle	Préparation CAP-BEP	2nd cycle	Préparation Bac-DAEU	Supérieur
Fréquentation	17522	5009	2728	1395	970	34
Présentation aux diplômes correspondants	2440	282	455		201	87
Réussite aux diplômes correspondants	2033	181	319		83	50

source : *Rapport annuel d'activité 1997*, pp. 173 et 181

Si l'on rapporte le nombre de personnes reçues au nombre de personnes présentées (tableau 3), les taux de réussite sont voisins des taux de réussite extérieurs, parfois supérieurs. En 1997, parmi l'ensemble des personnes détenues scolarisées, 3 465 personnes se sont présentées à un examen et 2 668 ont été reçues (soit un taux de réussite global de 77,0 %), mais les taux de réussite varient énormément selon les diplômes préparés : 83,3 % pour le CFG, 59,5 % pour les CAP et BEP, 64,2 % pour le Brevet, 47,2 % pour le baccalauréat, 58,7 % pour les diplômes "bac + 2", 54,2 % pour les licences et maîtrises.

Par contre, si l'on rapporte le nombre de personnes reçues au nombre de personnes fréquentant des cours (tableau 3), les taux sont beaucoup moins élevés. Par rapport au nombre de personnes détenues de niveau VI et V bis ayant fréquenté des cours (en 1997), le taux de présentation aux examens est de 13,9 %, le taux de réussite de 11,6 %. Pour les personnes détenues, ayant suivi des cours préparant *spécifiquement* au brevet, le taux de présentation aux examens est de 5,6 %, le taux de réussite de 3,6 %. Pour les personnes détenues ayant fréquenté des cours de préparation à un CAP et BEP, le taux de présentation aux examens est de 16,7 %, le taux de réussite de 11,7 %. Ces

données confirment les abandons de scolarité de nombreux détenus en cours d'année. Elles semblent ainsi remettre en cause la pertinence de centrer les enseignements sur la préparation à des examens, qui d'une part n'intéresse que peu de détenus, et d'autre part n'aboutit que rarement sur la présentation effective à l'examen : les scolarités restent très largement perturbées voire interrompues par les transferts ou les sanctions disciplinaires.

## **2. Les structures d'enseignement**

L'enseignement en milieu pénitentiaire est pris en charge par différentes structures. C'est d'ailleurs la diversité des logiques qui animent les enseignants de ces structures et des pratiques qui en résultent, qui m'a amené au choix de ne m'intéresser qu'aux professionnels de l'Education Nationale. La présentation de ces différentes structures s'appuie là encore sur le *Rapport annuel d'activité 1997* de l'Administration Pénitentiaire.

### **2.1. Les enseignements de l'Education Nationale**

C'est la structure que nous avons étudiée dans cette recherche. On rappellera ici seulement les données d'effectifs pour l'année 1997.

Au cours de l'année 1997, 307 enseignants à temps plein et environ 750 enseignants à temps partiel ont assuré plus de 9 000 heures de cours par semaine, soit un taux d'encadrement moyen national de 25 heures d'enseignement (par an) pour 150 détenus. Dépendants des inspections et des rectorats d'académie, ces différents enseignants sont aussi placés sous l'autorité d'une Unité Pédagogique Régionale, implantée dans chaque région pénitentiaire, rattachée administrativement à la direction régionale des services pénitentiaires et dirigée par un personnel de direction de l'Education Nationale (proviseurs ou personnels titulaires du Diplôme de Directeur d'Etablissement d'Education Adaptée et Spécialisée). Les différents enseignants doivent recevoir un agrément de l'Administration Pénitentiaire pour pouvoir exercer en prison.

Parmi les 307 enseignants exerçant à temps plein en 1997, on compte 277 instituteurs et professeurs des écoles, souvent spécialisés, et 30 enseignants des collèges et des lycées. Ces effectifs se répartissent comme suit (d'après le Rapport annuel d'activité 1997, page 172) :

- aucun enseignant à temps plein ou à mi-temps : 25 sites ;
- un enseignant à mi-temps : 5 sites ;
- un enseignant à temps plein : 63 sites ;
- un poste et demi d'enseignants : 7 sites ;



- deux enseignants à temps plein : 34 sites ;
- trois enseignants à temps plein : 17 sites ;
- quatre enseignants à temps plein : 11 sites ;
- cinq à sept enseignants à temps plein : 7 sites ;
- dix enseignants à temps plein : 1 site.

25 sites ne disposent d'aucun enseignant à temps plein ou à mi-temps, ce qui est contraire à l'article D. 452 du *Code de Procédure Pénale* (cf. infra, § 3.) qui dispose que "l'enseignement primaire est assuré dans tous les établissements pénitentiaires" et que "les condamnés qui ne savent pas lire, écrire ou calculer couramment doivent bénéficier de cet enseignement". Le *rapport annuel d'activité 1997* note que "parmi les 25 établissements ne disposant même pas d'un mi-temps se trouvent des établissements aussi importants que le centre pénitentiaire de Clairvaux". De fait, les directeurs d'Unités Pédagogiques Régionales disent éprouver souvent des difficultés à recruter des enseignants souhaitant exercer dans les établissements pour peines, particulièrement dans les maisons centrales. Le taux d'encadrement moyen des détenus (25 heures annuelles pour 150 détenus) cache donc de fortes disparités locales : ce taux est nul dans certaines maisons centrales, il est très faible dans les petites maisons d'arrêt où un enseignant n'intervient qu'une ou deux demi-journées par semaine, il est beaucoup plus fort dans les grandes maisons d'arrêt implantées dans les grandes villes françaises.

Pour être complet, il convient de préciser que certaines actions d'enseignement général (notamment de lutte contre l'illettrisme) sont prises en charge par des GRETA (Groupements d'établissements de l'Education Nationale pour la formation professionnelle continue) dont certains personnels ont un statut relevant de l'Education Nationale — mais ce n'est pas automatique —.

## 2.2. L'enseignement par correspondance

2 829 personnes détenues ont suivi des cours par correspondance en 1997. Les enseignements à distance sont principalement dispensés par l'intermédiaire du CNED (Centre National d'Enseignement à Distance) et de l'association Auxilia (association de professeurs bénévoles qui dispense des cours par correspondance gratuits). En 1997, 1 809 détenus ont suivi des cours par Auxilia, 906 par le CNED<sup>434</sup> (plus de 80 % de ceux-là ont bénéficié d'une contribution aux frais d'inscription prévue par une convention passée entre l'Administration Pénitentiaire et le CNED). La primauté de l'association bénévole sur le CNED s'explique principalement par la gratuité de ses prestations.

---

<sup>434</sup>d'après le *Rapport annuel d'activité 1997* de l'Administration Pénitentiaire, p. 182  
608

Qui sont les détenus qui suivent des cours par correspondance ? Ce sont d'abord des détenus dont les niveaux et les souhaits de formation ne correspondent pas à des formations de l'Education Nationale dispensées sur place : cela concerne notamment les niveaux de formation relevant en milieu libre des lycées et des établissements du supérieur (Universités, STS, IUT notamment). Ces personnes sont souvent accompagnées dans leur scolarité par les enseignants des centres scolaires. Ce sont aussi les détenus incarcérés dans des établissements pénitentiaires où n'intervient aucun enseignant (cf. supra). Ce sont enfin des détenus à qui les directions pénitentiaires refusent l'accès au centre scolaire, soit à titre sécuritaire (par exemple des "pointeurs" — personnes condamnées pour attentats aux mœurs — que la violence des autres détenus met en danger), soit à titre disciplinaire. On peut en effet rappeler que les cours par correspondance constitue une des façons courantes utilisées par les directions locales pour moduler le privilège que constitue l'accès à l'enseignement (cf. chapitre 9, § 3.2. : l'enseignement en concurrence).

### **2.3. Les enseignements bénévoles du GENEPI**

Outre les enseignements par correspondance de l'association Auxilia, des enseignements bénévoles sont aussi dispensés par les étudiants du GENEPI (Groupement Etudiant National d'Enseignement aux Personnes Incarcérées). 867 génépistes sont intervenus en 1997 dans 142 établissements pénitentiaires différents auprès de 4 200 personnes détenues. Ces étudiants interviennent généralement quelques heures par semaine en cours individuel et collectif. Leur action, longtemps coordonnée par les services sociaux des établissements pénitentiaires, est désormais souvent coordonnée par les responsables des centres scolaires (RLE : Responsables Locaux de l'Enseignement). Dans ce dernier cas, ils sont souvent employés comme tuteurs ou répétiteurs pour les personnes détenues qui suivent des cours traditionnels dans le centre scolaire ou de cours par correspondance, ce qui permet de gérer une concurrence des enseignements.

Dans certains établissements, cette concurrence est toutefois entretenue par les personnels pénitentiaires et s'inscrit pleinement dans le système des différents privilèges offerts aux personnes détenues. L'accès aux cours du Genepi est souvent réservé aux détenus les plus coopératifs pour lesquels l'Administration accepte qu'ils cherchent dans l'enseignement une simple façon de passer le temps et de sortir de cellule : les cours du Genepi sont d'ailleurs souvent nommés les "cours loisirs". L'accès aux cours du centre scolaire, plus contraignants quant à l'assiduité et à la motivation, devient ainsi parfois un moyen de priver les détenus les moins dociles de ces "cours loisirs" (cf. chapitre 9, § 3.2. : l'enseignement en concurrence).

### 3. Les bases juridiques

Le texte juridique qui définit les bases de l'accès à l'enseignement général en milieu pénitentiaire est le *Code de Procédure Pénale*<sup>435</sup>. Si l'on rappelle que les conditions de l'accès à la santé en milieu pénitentiaire sont à la fois définies par le *Code de Procédure Pénale* et le *Code de la Santé Publique*, on note un écart important entre l'accès à l'enseignement et l'accès à la santé : l'accès à l'enseignement des détenus n'est pas défini dans un autre texte que celui qui régit le fonctionnement des établissements pénitentiaires. C'est sans doute un indice de la fragilité de sa reconnaissance sociale en tant que droit : tandis que le Conseil de l'Europe<sup>436</sup> définit l'accès des détenus à l'enseignement en termes de droit, le *Code de Procédure Pénale* définit cet accès en termes de possibilités "compatibles avec les exigences de la discipline et de la sécurité" (D. 450), avec les situations pénales et les conditions de détention (D. 453).

Cette fragilité est d'ailleurs aussi accentuée par l'absence de *Code de Déontologie* de la profession enseignante. Chez les professionnels de santé, le *Code de Déontologie médicale* constitue souvent un rempart contre ce qu'ils peuvent considérer comme des manquements au droit des détenus à un accès aux services de santé. Les professionnels de l'enseignement ne disposent pas de ce rempart qui leur permettrait de justifier, sinon légitimer, leur mécontentement face à ce qu'ils peuvent considérer comme des manquements au droit des détenus à l'enseignement.

Dès lors, les écarts entre les textes juridiques et la réalité effective sont souvent plus grands en ce qui concerne l'accès à l'enseignement qu'en ce qui concerne l'accès à la santé. On rappellera ici le contenu des sept articles censés définir les bases de l'accès à l'enseignement en prison.

*Article D. 450* : les détenus doivent acquérir ou développer les connaissances qui leur seront nécessaires après leur libération en vue d'une meilleure adaptation sociale.

Toutes facilités compatibles avec les exigences de la discipline et de la sécurité doivent être données à cet effet aux détenus aptes à profiter d'un enseignement scolaire et professionnel et, en particulier, aux plus jeunes et aux moins instruits.

*Article D. 451* : Le règlement intérieur de l'établissement pénitentiaire détermine les conditions dans lesquelles sont assurés l'enseignement, y compris l'éducation civique, la formation professionnelle et les activités physiques et sportives.

---

<sup>435</sup>*Code de Procédure Pénale*, 3ème partie, livre V, titre 2, chapitre X : *Des actions de préparation à la réinsertion des détenus*, section III : *De l'enseignement*, articles D. 450 à D. 457, Dalloz 1997-1998, pp. 1130-1131

<sup>436</sup>*Education en prison*, Conseil de l'Europe, Recommandation n° 85-12, Affaires Juridiques, Strasbourg, 1990.

*Article D. 452* : L'enseignement primaire est assuré dans tous les établissements pénitentiaires.

Les condamnés qui ne savent pas lire, écrire ou calculer couramment doivent bénéficier de cet enseignement.

Les autres détenus peuvent y être admis sur leur demande.

Des cours spéciaux sont organisés pour les illettrés ainsi que pour ceux qui ne parlent ni n'écrivent la langue française.

Le règlement intérieur détermine les horaires et les modalités dudit enseignement.

*Article D. 453* : Les détenus peuvent se livrer à toutes études compatibles avec leur situation pénale et les conditions de leur détention.

Il leur est permis de disposer du matériel et des fournitures scolaires ainsi que des documents pédagogiques nécessaires.

*Article D. 454* : Dans tout établissement, les détenus peuvent recevoir et suivre les cours par correspondance organisés par les services du ministère de l'éducation nationale.

Ils peuvent également recevoir d'autres cours avec l'autorisation du chef d'établissement qui, en cas de difficulté, en réfère au ministère de la justice. Lorsque la prison est dirigée par un chef de maison d'arrêt ou un surveillant chef, la décision appartient au directeur régional.

Dans l'un et l'autre cas, les détenus doivent effectuer les exercices que comporte cette forme d'enseignement et ils en supportent les frais, sauf convention particulière entre l'administration pénitentiaire et un organisme d'enseignement à distance.

D'autre part, le régime de semi-liberté peut être accordé dans les conditions fixées aux articles D. 136 et suivants afin que soit suivi, à l'extérieur de l'établissement, un enseignement qui ne pourrait être dispensé en détention ou reçu par correspondance et qui apparaîtrait nécessaire au reclassement du sujet.

*Article D. 455* : Les détenus qui reçoivent un enseignement primaire sont admis à subir les épreuves des examens qui le sanctionnent lorsque l'instituteur estime leur préparation suffisante.

Les détenus peuvent, après avis des services compétents du ministère de l'éducation nationale, se présenter aux épreuves écrites ou orales de tous autres examens organisés à l'établissement sauf opposition du chef d'établissement s'il s'agit d'un membre du personnel de direction, sinon du directeur régional.

Si les épreuves ne peuvent se dérouler à l'établissement, les candidats sont extraits de la prison ou, si leur situation le permet, bénéficient d'une permission de sortir dans les conditions prévues à l'article D. 143.

Les examens donnent lieu à la délivrance de certificats, brevets ou diplômes qui ne font pas apparaître l'état de détention des intéressés.

*Article D. 456* : Le service de l'enseignement, comme la charge d'aider ou de conseiller les détenus qui ont été admis à poursuivre des études personnelles, doit être assuré par des personnes qualifiées, tout particulièrement des membres du corps enseignant qui auront reçu un agrément du directeur régional.

Ce service est assuré par des personnels enseignants affectés selon les procédures en vigueur à l'éducation nationale et agréés par l'administration pénitentiaire.

Par ailleurs le directeur régional peut accepter les concours bénévoles que les visiteurs des prisons, les membres des comités de probation et d'assistance aux libérés seraient susceptibles de lui offrir.

## **Annexe 5 : Système disciplinaire et système des privilèges**

Cette annexe rappelle l'ensemble des fautes disciplinaires qui peuvent conduire à des sanctions disciplinaires au titre du régime disciplinaire des détenus, mis en place en 1996 (articles D. 249 à D. 251-8 du *Code de Procédure Pénale*).

Le régime disciplinaire des détenus prévoit diverses formes de sanctions (avertissement, privation de subsides, privation de cantines, confinement, cellule disciplinaire, travaux de nettoyage, travaux de réparation, mise à pied d'un emploi, déclassement, privation d'un appareil, parloir avec séparation, privation d'activité), selon les fautes commises. Comme nous l'avons vu dans le chapitre 9 (§ 3.1 : un système rôdé), les déclassements (2 363 en 1997, soit 6,7 % des sanctions prononcées) et les privations d'activité (702 en 1997, soit 2,0 % des sanctions prononcées) rappellent la différence de statut entre l'accès à la santé (perçu comme un droit) et l'accès à l'enseignement (perçu comme un privilège pouvant être retiré à titre disciplinaire). L'inventaire des fautes disciplinaires susceptibles d'être sanctionnées souligne cette différence en montrant que l'accès à l'enseignement est en fait soumis à une discipline stricte et omniprésente :

### **“Constitue une faute disciplinaire du premier degré le fait, pour un détenu :**

1A d'exercer des violences physiques à l'encontre d'un membre du personnel de l'établissement ou d'une personne en mission ou en visite dans l'établissement pénitentiaire ;

1B de participer à toute action collective de nature à compromettre la sécurité de l'établissement ;

1C de détenir des stupéfiants ou tous objets ou substances dangereux pour la sécurité des personnes et de l'établissement, ou de faire trafic de tels objets ou substances ;

1D d'obtenir ou de tenter d'obtenir par menace de violences ou contrainte, un engagement ou une renonciation ou la remise d'un bien quelconque ;

1E d'exercer des violences physiques à l'encontre d'un codétenu ;

1F de participer à une évasion ou à une tentative d'évasion ;

1G de causer délibérément de graves dommages aux locaux ou au matériel affecté à l'établissement ;

1H de commettre intentionnellement des actes de nature à mettre en danger la sécurité d'autrui ;

1I d'inciter un codétenu à commettre l'un des manquements énumérés par le présent article.

**Constitue une faute disciplinaire du deuxième degré le fait, pour un détenu :**

- 2A de proférer des insultes ou des menaces à l'égard d'un membre du personnel de l'établissement ou d'une personne en mission ou en visite au sein de l'établissement pénitentiaire ;
- 2B de participer à des actions collectives de nature à perturber l'ordre de l'établissement, hors le cas prévu au 1B ;
- 2C de commettre ou tenter de commettre des vols ou toute autre atteinte frauduleuse à la propriété d'autrui ;
- 2D de causer délibérément un dommage aux locaux ou au matériel affecté à l'établissement, hors le cas prévu au 1G ;
- 2E d'imposer à la vue d'autrui des actes obscènes ou susceptibles d'offenser la pudeur ;
- 2F de refuser de se soumettre à une mesure de sécurité définie par les règlements et instructions de service ;
- 2G de se soustraire à une sanction disciplinaire prononcée à son encontre ;
- 2H de se livrer à des trafics, des échanges non autorisés par les règlements ou tractations avec des codétenus ou des personnes extérieures ;
- 2I de détenir des objets ou substances non autorisés par les règlements ou de se livrer à leur trafic, hors le cas prévu au 1C ;
- 2J de se trouver en état d'ébriété, ou d'absorber sans autorisation médicale des substances de nature à troubler son comportement ;
- 2K de provoquer un tapage de nature à troubler l'ordre de rétablissement ;
- 2L de mettre en danger la sécurité d'autrui par une imprudence ou une négligence ;
- 2M de tenter d'obtenir d'un membre du personnel de l'établissement ou d'une personne en mission au sein de l'établissement, un avantage quelconque par des offres, des promesses, des dons ou des présents ;
- 2N d'inciter un codétenu à commettre l'un des manquements énumérés au présent article.

**Constitue une faute disciplinaire du troisième degré le fait, pour un détenu :**

3A de formuler des outrages ou des menaces dans les lettres adressées aux autorités administratives et judiciaires ;

3B de formuler dans les lettres adressées à des tiers, des menaces, des injures ou des propos outrageants à l'encontre de toute personne ayant mission dans l'établissement ou à l'encontre des autorités administratives et judiciaires, ou de formuler dans ces lettres des menaces contre la sécurité des personnes ou de l'établissement ;

3C de proférer des insultes ou des menaces à l'encontre d'un codétenu ;

3D de refuser d'obtempérer aux injonctions des membres du personnel de l'établissement ;

3E de ne pas respecter les dispositions du règlement intérieur de l'établissement ou les instructions particulières arrêtées par le chef de l'établissement ;

3F de négliger de préserver ou d'entretenir la propreté de sa cellule ou des locaux communs ;

3G d'entraver ou de tenter d'entraver les activités de travail, de formation, culturelles ou de loisirs ;

3H de jeter des détritrus ou tout autre objet par les fenêtres de l'établissement ;

3I de communiquer irrégulièrement avec un codétenu ou avec toute autre personne extérieure à l'établissement ;

3J de faire un usage abusif ou nuisible d'objets autorisés par le règlement intérieur ;

3K de pratiquer des jeux non autorisés par le règlement intérieur ;

3L de multiplier, auprès des autorités administratives et judiciaires, des réclamations injustifiées ayant déjà fait l'objet d'une décision de rejet ;

3M d'inciter un codétenu à commettre l'un des manquements énumérés au présent article. ”

d'après le *Rapport annuel d'activité 1997* de l'Administration Pénitentiaire, pp. 138-139