



HAL
open science

La sanitarisation du social : les professionnels et l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire

Eric Farges

► **To cite this version:**

Eric Farges. La sanitarisation du social : les professionnels et l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire. *Lien social et Politiques*, 2006, 55, pp.99-112. hal-00265424

HAL Id: hal-00265424

<https://hal.science/hal-00265424v1>

Submitted on 19 Mar 2008

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.

Eric Farges, doctorant du laboratoire « Triangle », UMR ENS-LSH 5206. Institut d'Etudes Politiques de Lyon, Université Lyon 2.

Article pour la revue *Lien social et politiques*, printemps, n°55

Email : ericfarges@yahoo.fr

« La sanitarisation du social : les professionnels et l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire ».

1

Résumé : La réforme du 18 janvier 1994 déléguant la gestion des soins en prison, qui relevait auparavant de l'Administration pénitentiaire, au secteur hospitalier marque l'inscription d'une logique de santé publique en milieu carcéral. Outre la délivrance de soins primaires, le législateur fixe au personnel hospitalier une mission de prévention. Orientées vers la libération et la réinsertion du détenu, les actions d'éducation pour la santé visent également à améliorer de façon marginale la vie quotidienne en détention. Pourtant, cette démarche de prévention se heurte en milieu carcéral à de nombreux obstacles. Elle s'apparente à certains égards à un processus de « sanitarisation » de l'institution pénitentiaire. Interroger ce phénomène à partir du point de vue que les professionnels adoptent sur leur propre pratique permet de souligner les contradictions que ceux-ci éprouvent de façon quotidienne, sans pour autant délégitimer leur action.

« Une douche quotidienne tu prendras, Tes cheveux tu shampooineras [...] Les dents trois fois par jour tu brosseras, Bonne hygiène tu auras, Des microbes tu te protégeras, Bon tu sentiras, Bonne santé tu auras, Propre et heureux tu seras ». Voici un extrait de la « Charte de Monsieur Propre » distribuée aux détenus ayant participé dans une prison française à un groupe d'« éducation pour la santé » portant sur l'hygiène. Ces actions, dont la démarche est appelée indistinctement « prévention-santé », « promotion de la santé » ou « éducation pour la santé », menées aujourd'hui en prison proposent d'améliorer de façon marginale la vie quotidienne en détention mais de faciliter également à plus long terme la réinsertion des détenus par l'adoption de comportements protecteurs (une meilleure hygiène par exemple) qui n'avaient pas été acquis dans la sphère sociale d'origine. Autrefois réalisées par des associations philanthropiques, aux yeux desquelles l'adoption d'un mode de vie plus sain participait à l'amendement des détenus (Duprat, 1980), les actions de prévention sanitaire proposées en milieu carcéral sont aujourd'hui majoritairement l'œuvre de professionnels. Ce sont les enjeux liés à cette professionnalisation de la prise en charge sanitaire des détenus que se propose de questionner cet article s'inscrivant dans le cadre d'une recherche doctorale en cours².

Jusqu'à très récemment, l'Administration pénitentiaire chargée de la santé des détenus accordait, faute de moyens, peu d'importance aux politiques de prévention en prison. L'épidémie de sida ainsi que le scandale des collectes de sang contaminé fut cependant au début des années quatre-vingt-dix à l'origine d'une réforme favorable à la mise en place d'une politique de prévention en milieu carcéral. Un rapport du Haut comité de la santé publique fait ainsi de l'inscription d'une démarche préventive en prison une priorité dans la mise en place d'« une prise en charge sanitaire globale » de la population détenue (HCSP, 1993 : 42). La loi du 18 janvier 1994, qui reprend les principales propositions du rapport du Haut comité en déléguant notamment la gestion des soins au service public hospitalier, met au premier plan le

développement de projets d'éducation pour la santé³. C'est dans cet esprit que le rapporteur général du Haut comité remarque au sujet de la réforme de 1994 que « le véritable enjeu est de considérer la période de détention comme un moment propice pour élaborer une réelle démarche de santé publique auprès d'une population souvent peu soucieuse de sa santé, peu motivée, voire réticente » (Nicolas et *alii*, 1997). L'importance accordée à la santé des détenus comme élément de leur réinsertion est visible à travers les budgets réservés à ces actions de prévention ou encore la forte mobilisation du réseau de l'éducation pour la santé sur ce thème⁴. Le développement de l'éducation pour la santé en prison constitue un phénomène d'autant plus remarquable qu'il concerne de nombreux pays occidentaux⁵.

Si l'éducation pour la santé est aujourd'hui présentée comme une priorité en milieu pénitentiaire, les actions se revendiquant de cette appellation sont cependant très hétérogènes. Quoi de commun, en effet, entre une vidéo expliquant le brossage des dents, un groupe de parole sur la prévention des risques et un « atelier » sur l'alimentation ou encore des exercices de sophrologie ? Les dispositifs divergent considérablement dans leur durée, leurs objectifs et leurs modalités selon les établissements considérés. Ces actions de prévention sont également mises en œuvre par des intervenants très hétérogènes qu'on peut différencier selon leur profession (médecins, infirmières, éducateurs, chargés de projet) ainsi que selon leur institution de rattachement. Tandis que dans certains établissements l'éducation pour la santé relève du personnel hospitalier qui travaille de façon quotidienne en détention, c'est parfois les professionnels de l'éducation pour la santé, tantôt soignants tantôt éducateurs, qui prennent en charge la responsabilité de certains projets.

Quelque soit leur statut ou leur culture professionnelle, ces « préventeurs » ont pour mission de favoriser la réinsertion des détenus en les incitant à prendre soin de leur santé. Les conditions de détention sont cependant souvent mauvaises, comme en attestent les critiques régulièrement formulées par l'Observatoire international des prisons ou le Comité pour la

prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains, et semblent peu compatibles avec une démarche censée favoriser une amélioration du quotidien ou un renforcement de l'estime de soi. Les intervenants sont dès lors confrontés à de nombreuses questions : comment inciter les détenus à rester vigilants sur leur hygiène alors même que de nombreux établissements sont incapables d'assurer les trois douches réglementaires par semaine? Quel peut-être le rôle d'une diététicienne tandis que les repas sont souvent de mauvaise qualité et sont servis froids? Comment inciter de façon plus générale l'adoption de comportements protecteurs dans un environnement nocif ?⁶

Les difficultés à concilier une politique de prévention en milieu carcéral ont contribué à accentuer les contradictions qu'éprouvent les acteurs de santé dans leur pratique quotidienne en détention. Les professionnels du soin soulignent en effet fréquemment les ambiguïtés d'une institution répressive permettant aux détenus de bénéficier d'une meilleure prise en charge sanitaire que celle dont ils disposeraient en liberté (Bessin, Lechien, 2000 : 235). Paradoxalement, « les préoccupations de santé, qui n'étaient pas prioritaires à l'état de liberté, peuvent, à l'inverse, le devenir en détention » (Martin, 2000). Un conflit s'engage dès lors entre la mission thérapeutique du personnel médical et les effets délétères du milieu carcéral. La loi du 18 janvier 1994 accentue cette ambiguïté puisque, la prise en charge sanitaire s'étant subitement améliorée, la prison apparaît plus que jamais comme un lieu de soin d'une population marginalisée bénéficiant souvent pour la première fois d'une véritable prise en charge sanitaire.

On peut lire dans les nouvelles politiques de santé en prison, et plus spécifiquement à travers ces actions de prévention, un phénomène de « sanitarisation du social », telle que l'a défini Didier Fassin, à savoir la « traduction », au nom de la « santé publique », d'un problème social en phénomène sanitaire « où le politique se dit dans le langage du médical » (Fassin, 1998 a : 11). On appréhendera ainsi l'éducation pour la santé en prison comme la tentative de

traiter par le biais de la santé des problèmes relevant de l'Administration pénitentiaire voire de la régulation sociale. On propose d'analyser cette sanitarisation en pratique à partir de la mise en œuvre des actions d'éducation pour la santé. Il ne s'agit ainsi néanmoins pas tant d'évaluer le succès ou l'échec de ces programmes de prévention que d'observer comment se conjugue cette sanitarisation au phénomène de professionnalisation évoqué auparavant. C'est pourquoi, afin également d'éviter toute posture moralisatrice fréquemment adoptée par les sciences sociales à l'égard de l'éducation pour la santé (Berlivet, 2000), on a fait le choix de porter le regard sociologique sur la façon dont les professionnels de la prévention en prison mettent en œuvre la démarche d'éducation pour la santé. Comment les professionnels auxquels on délègue ces actions de prévention font-ils face au risque de sanitarisation évoqué précédemment et plus généralement au « rôle soignant » majeur conféré indirectement à l'institution pénitentiaire?

Pour répondre à cette question on s'appuiera sur un corpus de dix-sept entretiens semi-directifs⁷ réalisés auprès de personnes ayant mené des actions d'éducation pour la santé en détention. Outre la profession exercée, on sera attentif au positionnement des enquêtés au regard de l'institution pénitentiaire en distinguant, d'une part, les « soignants » hospitaliers qui interviennent de façon *intra-muros* (neuf interviewés) et, d'autre part, les « éducateurs » spécialistes de l'éducation pour la santé qui proviennent de l'extérieur (huit interviewés). Il est, dès à présent, possible de souligner que l'éducation pour la santé n'est pas une démarche univoque mais qu'elle est l'objet de nombreuses réappropriations par les acteurs. Tous s'inscrivent néanmoins dans une démarche de justification des actions de prévention malgré les limites et les contradictions dont ils sont le plus souvent conscients⁸. Ainsi si les risques du traitement sanitaire d'une question sociale méritent d'être soulevés, il n'en est pas moins nécessaire de comprendre quels sont les motifs qui justifient aux yeux de ceux à qui on délègue cette tâche de poursuivre leur intervention malgré les ambiguïtés que cela comporte.

On propose pour aboutir à ce constat une réflexion articulée en trois temps. Après avoir recontextualisées l'apparition et les évolutions de l'éducation pour la santé en prison, on soulignera les risques de sanitarisation de la question pénale avant, enfin, de rendre compte des principaux arguments de cette justification, restituant ainsi aux acteurs leurs raisons d'agir.

1.Promouvoir la santé et le bien être en prison

L'éducation pour la santé est une démarche de prévention qui s'inscrit dans un processus plus large de redéfinition des politiques en faveur du modèle de la santé publique. On en retracera l'historique avant de souligner la diversité d'une démarche apparemment uniforme.

•L'inscription d'une démarche de santé publique en milieu carcéral :

Malgré l'importance du modèle hygiéniste dans la France du 19^{ème} siècle (Faure, 2002), les politiques de prévention demeurèrent pendant longtemps secondaires dans les priorités sanitaires. La création du Comité français d'éducation pour la santé (CFES), en 1972, et le lancement des premières grandes campagnes de prévention contre le tabagisme au milieu des années soixante-dix marquent un premier réveil de la logique préventive en France (Berlivet, 1997). L'épidémie de sida constitua un accélérateur dans cette dynamique de santé publique, les politiques de prévention mettant désormais au premier plan la lutte contre les « pratiques à risque » (Steffen, 2001: 36-57). C'est dans le cadre de cette réorientation du dispositif sanitaire, « où prévenir devient une ambition tout aussi légitime et valorisée que guérir » (Bergeron, 1999 : 248) que l'éducation pour la santé tend à devenir un cadre conceptuel commun aux systèmes sanitaires comme en témoigne la charte d'Ottawa, issue de la première conférence internationale pour la promotion de la santé en 1986, qui marque l'internationalisation d'une discipline alors peu reconnue⁹. En France, la consolidation durant les années quatre-vingt-dix d'un réseau associatif établi au niveau départemental (CODES,

Comité départemental d'éducation pour la santé) et régional (CRES, Collège régional d'éducation pour la santé), fortement lié à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), a permis l'institutionnalisation de cette approche de santé publique. L'éducation pour la santé, majoritairement présente à l'origine dans certaines institutions telle que l'école, s'est élargie depuis les années quatre-vingt à de nouvelles populations considérées comme précaires. C'est dans ce cadre que les actions de prévention sont devenues un élément central de la politique sanitaire déployée en prison au cours des années quatre-vingt-dix.

L'inscription de l'éducation pour la santé en tant que ligne directrice des politiques sanitaires en prison s'est non seulement traduite par la multiplication des actions de prévention, qui sont passées de 15 à 127, entre 1996 et 1999 (Administration pénitentiaire, 2000), mais également par une modification de l'esprit des actions menées. La loi du 18 janvier 1994 a tout d'abord facilité la mise en place d'une logique de partenariat aussi bien de façon *intra-muros*, entre les acteurs de la prison, que de manière *extra-muros*, comme en témoigne la présence d'intervenants extérieurs. La réforme a également permis de pérenniser les actions dans le temps. Il s'agissait, comme le souligne le directeur d'un Centre régional d'éducation pour la santé « de faire moins d'opérations hyper-ponctuelles. Ne pas faire de l'éducation pour la santé une pièce rapportée mais essayer d'en faire un élément du projet d'établissement » (Entretien n°4)¹⁰. Ce changement de démarche est manifeste à travers les actions de prévention des maladies infectieuses qui sont passées du statut d'initiatives, essentiellement symboliques, se déroulant souvent le 1^{er} décembre, journée mondiale de lutte contre le sida, à celui de plan de prévention (Dhérot, Stankoff, 1998 : 42). Le passage d'une logique d'action ponctuelle à une démarche de projet s'est traduit dans plusieurs établissements pénitentiaires par la création d'un groupe d'éducation pour la santé où se rassemblent les différents services (sociaux, médicaux et pénitentiaires) de l'établissement ainsi que des partenaires extérieurs

(CODES, DDASS, DRASS). Cette transformation n'est pas sans conséquences sur les actions de prévention entreprises. Elle aurait, par exemple, permis, comme c'est le cas aux maisons d'arrêt de Lyon, d'élargir les interventions à de nouveaux thèmes, en lien avec les changements qui ont affecté l'éducation pour la santé.

•De la prévention des risques à la promotion de la santé :

Comme le rappelle Luc Berlivet, l'éducation pour la santé est née d'une rupture avec l'hygiénisme, dont elle a tenté de se détacher en adoptant un point de vue moins moralisateur et plus proche des attentes des individus (Berlivet, 2000). Ainsi, « on pourrait percevoir les messages de l'éducation sanitaire de 1942 comme *injonction morale* à se soumettre aux normes de l'enseignement médical. Pour faire contraste, on décrirait *l'éducation pour la santé* de 2002 comme une approche qui vise à aider la personne à devenir acteur de ses choix de santé » (Lecorps, 2002 : 21). Cette transformation s'est traduite par une évolution de la terminologie employée : *l'hygiène* et *l'information sanitaire* ont ainsi laissé la place à *l'éducation sanitaire* puis à *l'éducation à la santé* et enfin à *l'éducation pour la santé*. Chaque terme renvoie à une conception différente de la santé et de l'intervention censée la favoriser. Tandis que l'« éducation sanitaire » désignait jusqu'à la fin des années soixante-dix « un ensemble d'interventions qui vise à informer, motiver et aider la population à adopter et à maintenir des comportements sains » (Gilbert, 1973 : 1), un profond changement semble avoir eu lieu au début des années quatre-vingt comme en témoigne le terme d'« éducation pour la santé », défini comme « un processus à travers lequel on aide les individus et les groupes à trouver des solutions à leurs problèmes, à s'organiser pour modifier des situations sociales ou économiques dangereuses pour leur santé » (Deschamps, 1984 : 21). Cette définition est proche de celle que donne l'Organisation mondiale de la santé de la « promotion de la santé » dans la charte d'Ottawa en 1986. Même si ce nouveau terme n'a pas supplanté l'ancien, il traduit néanmoins l'esprit dans lequel se situent les actions de prévention menées

actuellement, davantage orientées vers la promotion du bien-être que vers la prévention des risques.

On retrouve une évolution similaire en milieu carcéral. Les actions ciblant les prises de risques en matière de maladies infectieuses ou de dépendances ont ainsi été de plus en plus rares durant les années quatre-vingt-dix¹¹, alors même qu'on assistait à l'émergence de nouveaux thèmes relevant davantage du bien-être. Les actions de prévention menées en détention ont ainsi en l'espace de quelques années considérablement évolué. Elles visent désormais non seulement le « bien-être », en facilitant la vie en détention, mais également, à plus long terme, la réinsertion des détenus. Cette rapide description pourrait cependant laisser penser que toutes les interventions effectuées en prison s'inscriraient aujourd'hui dans une démarche de « promotion de la santé ». Or, les conceptions de l'éducation pour la santé divergent fortement selon la position des intervenants ce qui n'est pas sans incidence sur le déroulement des actions de prévention proposées aux détenus.

2. Les processus de sanitarisations de la question pénale

L'éducation pour la santé n'est pas une démarche uniformément mise en œuvre dans tous les établissements pénitentiaires. Elle est, à l'inverse, traduite et réappropriée par les professionnels qui en ont la charge. Ainsi, c'est au prisme de la culture professionnelle des intervenants mobilisés qu'on peut comprendre comment la misère et la déviance des détenus fait l'objet d'une sanitarisations.

- **Le pouvoir médical dans la définition des normes de santé :**

Le dispositif de 1994 attribue aux Unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) la responsabilité d'organiser les actions de prévention, accordant ainsi un rôle prépondérant au personnel soignant au détriment des services d'insertion pénitentiaires (SPIP) ou encore des

groupes de pairs. Les programmes d'éducation pour la santé sont depuis lors le plus souvent menés par des membres de l'UCSA, parfois aidés par des éducateurs du réseau des CODES/CRES. La médecine (hospitalière) dispose, notamment dans les prisons de grande taille, d'un quasi-monopole des actions de prévention. Or, il semblerait que contrairement aux « éducateurs », les professionnels de l'éducation pour la santé, les « soignants » intervenant en détention aient une acception plus strictement bio-médicale de la santé¹². Ceci est visible tout d'abord par la terminologie employée, le médecin-chef d'une maison d'arrêt soulignant ainsi l'importance de la « formation santé » et de l'« éducation sanitaire » dans son établissement (n°15). Mais cette démarche est surtout manifeste à travers la présentation de soi que les intervenants adoptent vis-à-vis du public détenu. Tandis que les « éducateurs » extérieurs accordent peu d'importance à leur statut de médecin (lorsqu'ils le sont) et conçoivent plus leur rôle, à l'image de ce membre d'un CODES, comme « éducateur que prof de SVT [sciences de la vie et de la terre]» (n°10), les membres de l'UCSA revendiquent au contraire leur qualité de soignant comme un élément de crédibilité supplémentaire, comme en témoigne le médecin-chef d'un grand-établissement pénitentiaire: « Moi, j'impose toujours à mon équipe médicale d'être constamment en blouse blanche [...] Et je pense que ça a un effet très positif sur les actions de prévention. Parce que nous, les soignants, nous sommes un corps professionnel très respecté au sein de la détention ! » (n°11). Les personnels des UCSA, qui perçoivent leur rôle de « préventeur » en continuité avec leur statut de soignant, semblent adopter une démarche relevant plus de l'« éducation sanitaire » que de la « promotion de la santé », la connaissance prenant alors le pas sur le développement de ressources propres à l'individu. Les actions menées par les UCSA s'apparentent ainsi souvent à une transmission d'informations du médecin vers le profane, comme le rappelle le directeur d'un CRES : « Quand l'UCSA fait de l'éducation pour la santé, c'est de l'information et c'est de l'information brute et brutale. C'est par exemple : "Il ne faut pas fumer !", "L'alcool, c'est

mauvais pour la santé !". C'est : "Il faut manger lipides, glucides, protides!". De façon très carrée et très scolaire...» (n°9). Confrontée à une population précarisée, les « soignants » hospitaliers justifient cette démarche, à l'image de ce médecin-chef d'établissement, au nom d'un « droit à l'information [sanitaire]» (n°11).

On peut illustrer cette démarche d'« éducation sanitaire » à partir d'une « formation » sur l'hygiène proposée dans une maison d'arrêt visitée. Une « éducatrice » ayant assisté à plusieurs séances regrette la méthodologie employée par les infirmières de l'UCSA : « Souvent, il y avait une des deux qui posait une question et si elle estimait ne pas avoir une réponse dans les quarante secondes, systématiquement elle donnait la réponse [...] Elle avait toujours tendance à dire "Ah ben, non ! C'est pas ça... C'est pas ça la bonne réponse!" » (n°16). La formation, dont l'une des infirmières souligne que « ça ressemble un peu à Sciences Nat » (n°14), s'achève par la remise d'un certificat ainsi que d'un livret résumant les enseignements. On y trouve notamment un récapitulatif de tous les ingrédients d'« une vie saine » (« Je me lave, je suis propre, je mets des vêtements propres ; je sens bon, je suis bien dans ma peau ») ainsi que la « Charte de Monsieur Propre » évoquée initialement. Cette action, de même que le recours fréquent aux vidéos expliquant aux détenus les risques de maladies cardio-vasculaires ou le lavage des dents, n'est pas sans rappeler, toutes proportions gardées, les séances d'information mises en place dès la fin du 19^{ème} siècle sur les méfaits de l'alcoolisme, telles qu'elles se déroulaient à Fresnes¹³.

Même si elle se distingue du courant hygiéniste, où santé et morale étaient explicitement liées, l'éducation pour la santé telle qu'elle est mise en œuvre par les « soignants » comporte un pouvoir de contrainte fort sur le comportement des individus et ce d'autant plus lorsqu'elle est déployée dans un milieu où s'accumule la misère sociale. Ainsi, même dans un langage strictement médical, les actions de prévention menées en détention comportent une importante dimension éducative, comme en atteste la récurrence de la question de l'hygiène. Le manque

d'hygiène des détenus et la nécessité d'y remédier apparaissent en effet comme des thèmes constants des actions d'éducation pour la santé, même si, contrairement à la formation évoquée précédemment, ils ne sont pas abordés directement, comme l'expose le médecin d'une UCSA:

« Les détenus n'ont vraiment aucune hygiène ! Mais on a pas voulu pour autant centrer les débats sur ces thèmes car l'important c'est que le groupe réponde à leurs attentes. On a voulu leur donner un espace de parole qu'ils n'ont pas. Il s'agit de les accrocher par quelque chose qui les intéresse pour ensuite ouvrir sur des problèmes d'hygiène plus généraux. Par exemple dans un groupe de parole sur les hépatites, on va rappeler qu'on ne partage pas la même brosse à dents [...] On leur demandait de quoi ils voulaient parler, en sachant très bien qu'on allait déborder... » (n°12).

La promotion de la santé peut parfois être un outil permettant d'éduquer des individus désaffiliés comme le remarque la sous-directrice d'un établissement au sujet d'un projet visant à apporter aux détenus un sens de l'hygiène qui n'a souvent pas été acquis dans leur sphère familiale : « Les personnes n'ont aucune hygiène et donc ils font tout et n'importe quoi dans les douches. Je pense que ça relève d'un mode de comportement par rapport aux choses qui ne leur appartiennent pas [...] On peut le comparer aux tags. Ce n'est pas propre à la prison mais c'est un discours général de société et cela est issu d'un comportement de société [...] Ce sont des choses qu'ils auraient dû apprendre avant. Ce sont des choses basiques... » (n°3). Le rôle social conféré aux acteurs de santé est d'autant plus prégnant que de nombreuses actions éducatives s'adressent à la population carcérale mineure dont les carences éducatives sont fréquemment évoquées.

Le risque d'assujettir une population marginalisée à un savoir médical normalisateur fait l'objet de nombreuses critiques de la part des professionnels de l'éducation pour la santé qui, confrontés à des contradictions similaires auprès d'autres publics précaires, ont développé une réflexion appelée « éthique » sur les contraintes et les limites de la démarche préventive en milieu carcéral (Lecorps, 1995 ; Martin, 2000 ; Larrose, 2002). Ces contributions tentent de questionner la démarche et de redéfinir la portée de l'éducation pour la santé en prison, rappelant par exemple qu'elle « ne peut s'inscrire ni dans une logique didactique de

transmissions de connaissances biomédicales [...] ni dans une logique d'injonction comportementale moralisatrice [...] mais elle visera à développer une logique éducative et éthique qui accompagne le vécu du sujet et l'aide à le questionner pour restaurer sa personne dans toutes ses dimensions » (Goudet, 1997). Ces professionnels soulignent également le risque que l'éducation pour la santé vienne se substituer à la pauvreté dont souffre l'Administration pénitentiaire. La prévention n'est-elle qu'un expédient aux carences de la prison ? Une éventualité que refuse une éducatrice qui rappelle que « l'éducation pour la santé, ne doit pas être palliative au manque de moyens structurels » (Martin, 2000). C'est également la position d'un conseiller d'insertion lorsqu'il déclare que « l'éducation pour la santé n'est pas dissociable d'un droit à l'hygiène » (Raynal, 2001). C'est pour éviter de tels biais que les « éducateurs » privilégient, à l'encontre d'une démarche fondée sur l'information sanitaire, la dimension socio-éducative des actions de prévention. Si elle est dépourvue de connotations autoritaires, cette nouvelle démarche n'en favorise pas moins la sanitarisation de la misère des détenus.

- **Eduquer par la santé : l'émergence d'une « bio-légitimité »**

Contrairement aux personnels hospitaliers, les professionnels de l'éducation pour la santé tendent à minimiser la dimension sanitaire de leur action comme en témoigne la forme de leurs interventions. Ils refusent par exemple de revendiquer leur statut de soignant ou encore d'imposer des règles trop strictes aux participants. Ces intervenants tentent de se démarquer d'un modèle jugé trop scolaire pour adopter une intervention plus souple. Les « éducateurs » proscrivent ainsi le plus souvent les exposés magistraux et les questionnaires pour privilégier les groupes de paroles. Au-delà de la forme, les sujets abordés dans les groupes vont, contrairement aux formations décrites précédemment, bien au-delà du thème initial (maladies infectieuses, tabac, sommeil, alimentation, etc.) et même de la dimension médicale. Très vite,

les discussions débordent dans l'intimité des détenus comme en témoigne un médecin ayant animé des groupes de parole sur le sida : « Il y avait beaucoup d'histoires de divorce ou des histoires d'enfance très difficiles avec des familles déchirées. Ils racontaient leur vie... [...] C'était toujours très violent... Émotionnellement très violent... » (n°12). Loin d'être évité, l'investissement personnel des participants est le plus souvent recherché par les animateurs car il participerait à une « prise de conscience », comme en atteste un éducateur :

« Et ils parlent de leur vie extérieure? Au-delà de l'aspect santé?

Bien sûr! Et pour moi c'est essentiel parce que c'est ce qui va les amener à une prise de conscience. Dès qu'il commencent à dire "moi je", je suis en plein dans ce que je voulais faire ». (n°10)

En pénétrant dans l'intimité des individus, les actions de prévention constitueraient bien plus qu'une éducation pour la santé, tel que l'affirme un médecin spécialiste de la prévention des maladies infectieuses:

« Le groupe de paroles dépassait donc largement le cadre de notre objectif initial. Ça allait bien plus loin que le Sida [...] Et l'éducation à la santé pour moi, c'est cela. Ce n'est pas de faire de la prévention du Sida ou du dépistage du cancer [...] C'est pour cela que le terme d'éducation à la santé ne convient pas très bien au milieu carcéral. Pour moi, c'est davantage une *éducation à la vie* »¹⁴ (n°5)

L'éducation pour la santé dépasse largement la dimension sanitaire et on peut dès lors s'interroger sur le rôle conféré au personnel médical dans ces actions de prévention. Les médecins, le savoir et les institutions dont ils sont les représentants, ne sont-ils pas investis d'une mission sociale d'autant plus cruciale qu'ils s'adressent à des détenus? C'est ce que semblent confirmer les propos de ce médecin évoquant l'ambiguïté de sa position face aux confessions que lui livraient certains participants :

« Pour moi, c'était très difficile de me positionner. Parce qu'ils attendaient toujours une espèce d'absolution... C'est comme si le fait d'être médecin me donnait à leurs yeux cette capacité à les pardonner. C'est l'aumônier, vous savez, lorsqu'il dit : "Je t'absous de tes péchés !"... Au fond, c'était ça qu'ils attendaient de moi !

Vous pensez qu'ils s'adressaient à vous ?

Ce à quoi ils s'adressaient, c'était à une certaine représentation de l'autorité... » (n°12).

L'éducation pour la santé est parfois amenée à traiter sous l'angle de la santé des questions relevant du vécu personnel, de l'estime de soi, voire du sens de l'existence. Cette démarche

n'est bien sûr pas anodine en prison où les personnes sont caractérisées par des trajectoires biographiques ponctuées de nombreuses ruptures. Ainsi, qu'elles s'apparentent à une simple transmission d'information ou qu'elles tentent de prendre en compte la complexité du vécu de chaque détenu, les actions de prévention en prison sont amenées à aborder des problèmes sociaux sous l'angle de la santé. L'éducation pour la santé ne constitue t-elle pas un moyen pour pallier l'insuffisance des politiques de réinsertion, voire même pour assujettir des individus marginalisés à des normes sociales dont ils étaient restés à l'écart?

Ces hypothèses trouvent un écho dans la théorisation qui a été faite de la démarche préventive ou plus largement de la santé publique. Que ce soit dans le sens d'un contrôle tutélaire et totalitaire exercé par l'Etat (Gori, 2004) ou une tentative de responsabilisation des individus par l'intériorisation des normes (Berlivet, 2004), plusieurs auteurs ont ainsi tenté de voir dans l'éducation pour la santé une nouvelle forme de la « biopolitique » décrite par Michel Foucault. Ces approches présupposent néanmoins que les actions de santé publique transforment concrètement la conduite des individus. A défaut de pouvoir en rendre compte, ce qui demanderait d'aller voir du côté des participants, il nous semble préférable de s'interroger, comme le fait Didier Fassin, sur la « biolégitimité » c'est-à-dire « la manière dont les problèmes sociaux trouvent, non pas leur solution, mais leur expression la plus autorisée dans le langage de la santé publique » (Fassin, 1998 b : 40). Le fait que la misère des détenus, voire parfois leur délit, soit aujourd'hui traitée non plus dans le cadre des services socio-éducatifs pénitentiaires mais par l'intermédiaire du personnel sanitaire illustre cette nouvelle légitimité conférée à la santé et à ses principaux représentants. Il s'agit dès lors de voir comment les professionnels concernés font face à ce risque de sanitarisation de la question pénale.

3. La sanitarisation à l'épreuve de ses acteurs

Si les intervenants rencontrés sont conscients des limites et des risques que présente leur intervention, ils n'en justifient pas moins leur démarche. Ceci est d'autant plus vrai pour les personnels hospitaliers qui sont amenés à légitimer des actions qui contribuent elles-mêmes à les légitimer en tant que soignants.

- **Des acteurs conscients des limites de leur intervention :**

Les professionnels menant des actions d'éducation pour la santé en détention sont conscients que les conditions dans lesquelles ils interviennent ne sont pas favorables à une démarche de prévention. Le directeur d'un CRES souligne ainsi qu'« il y a des limites très fortes liées à l'environnement » (n°4). Un médecin d'UCSA travaillant dans un établissement extrêmement vétuste constate avec un sentiment d'impuissance les obstacles auxquels sont confrontés les actions d'éducation pour la santé : « Par exemple à un moment on voulait parler des problèmes de dos mais ils ont des lits tout cassés. Qu'est-ce qu'on peut aller faire une école du dos s'ils dorment dans des lits tout cassés [...] Vous parlez d'hygiène et tout ça mais voilà... Vous parlez de soins dentaires, qu'il faut qu'ils se brossent les dents mais il y a des réalités ! [...] Alors l'éducation pour la santé, elle ne peut pas construire une douche. Elle peut juste expliquer aux gens pourquoi il faut se laver, pourquoi faut se brosser les dents » (n°2). Tous les interviewés reconnaissent la contradiction entre les injonctions auxquelles les détenus sont soumis et leur réalité quotidienne. « En fait, souligne le médecin d'une maison d'arrêt, on allait un peu au casse pipe. On leur parlait de se laver et ils nous répondaient qu'ils avaient toujours de l'eau froide » (n°12). Une infirmière qui regrette que l'Administration pénitentiaire n'ait pas tenu compte de ses recommandations afin d'améliorer l'hygiène déclare avoir « un peu l'impression de prêcher dans le vide » (n°14).

Même si les recommandations faites aux détenus ne sont pas toujours immédiatement applicables en détention, elles se justifient néanmoins aux yeux de nombreux intervenants dans une perspective à long terme. En effet, tous les professionnels rencontrés s'accordent ainsi pour reconnaître que l'éducation pour la santé doit nécessairement viser au-delà de la vie en détention : « Ce dont on parlait dans ces groupes servait selon moi, déclare un médecin, avant tout à l'extérieur, à leur libération. Il y a une vie après la prison et je crois que ça leur faisait du bien de l'entendre » (n°12). La prévention contribuerait, de même que le soin, à la réinsertion des sortants de prison en les restaurant dans un état d'équilibre aussi bien somatique que psychologique. Mais surtout les actions d'éducation pour la santé comportent, comme le souligne un rapport d'évaluation de la loi de 1994, « une dimension de réinsertion, de reconstruction personnelle et de redécouverte de sa dignité d'être humain » (IGAS-IGSJ, 2001). C'est ce qu'expose le responsable d'une unité d'hospitalisation pour détenus :

« L'éducation pour la santé si vous voulez pour moi, c'est l'inscription dans la durée de personnes qui sont habituées à vivre dans l'immédiateté, dans le jour le jour [...] Et pour protéger son capital santé, il faut avoir conscience de valoir quelque chose soi-même à ses yeux et aux yeux des autres [...] Et ce n'est qu'à partir du moment qu'ils sont passés de la négligence du risque à un intérêt pour eux-mêmes que l'éducation pour la santé aura porté ses fruits. Sinon c'est un travail de Sisyphe... » (n°6)

L'éducation pour la santé favoriserait la réinsertion en permettant une reconnaissance du détenu en tant qu'individu doté de liberté. Cette liberté (de choix) est cependant très restreinte en milieu carcéral du fait des nombreuses contraintes qui y sont présentes. L'éducation pour la santé est une démarche qui suppose un milieu ouvert et qui peut difficilement être conciliable dans un environnement fortement réglementé¹⁵. La démarche d'éducation pour la santé affronte dès lors un obstacle qui semble insurmontable : « Peut-on aspirer à l'autonomie individuelle en milieu d'enfermement ? » (Martin, 2000). Les professionnels interviewés sont très largement conscients de ces limites. Le directeur d'un CRES remarque ainsi « des contradictions fortes » : « L'éducation pour la santé, c'est normalement un système qui promeut des choix, qui se construit sur la liberté des personnes. Or, il y a très peu de choix en

prison et le système est justement un système qui ne laisse pas de place aux détenus » (n°4). Un autre directeur de CRES reconnaît que « le milieu carcéral n'est pas très favorable parce qu'on est porteur d'une logique d'émancipation et qu'on va susciter un certain nombre de revendications » (n°5). Le détenu est alors soumis, comme le note un médecin, à des injonctions contradictoires : « On voit bien qu'il y a un écartèlement de la personne détenue. Il y en a qui le tirent d'un côté et il y en a qui le tirent de l'autre » (n°6).

L'éducation pour la santé est confrontée en prison à de nombreux obstacles au regard de ses deux objectifs : l'amélioration de la vie en détention et la réinsertion future des détenus. Loin d'être naïfs, les professionnels de l'éducation pour la santé sont pleinement conscients de ces limites. Mais comment font-ils face à ces ambiguïtés?

- **La justification des actions d'éducation pour la santé : entre « devoir de faire » et recherche d'une légitimité**

Même s'ils reconnaissent les difficultés auxquelles ils sont confrontés, les intervenants rencontrés tendent pourtant à justifier leur démarche de prévention. Tous refusent en premier lieu l'idée selon laquelle il existerait un « seuil critique » des conditions de détention à partir duquel il ne serait plus possible d'intervenir. Selon le directeur d'un CRES, « l'éducation pour la santé aura toujours un rôle à jouer parce que c'est le renforcement des compétences psychosociales et, justement, il faut les aider à supporter la situation » (n°9). Beaucoup d'interviewés estiment que les mauvaises conditions de détention, loin de rendre impossible la démarche d'éducation pour la santé, justifient à l'inverse leur intervention, comme c'est le cas de cette intervenante : « Pour moi, ça a beaucoup de sens de faire de l'éducation pour la santé en prison. Malgré le reste... Au contraire ! » (n°17).

Pour légitimer leur démarche, les professionnels rencontrés soulignent les conséquences qui peuvent découler d'actions de prévention sur la vie quotidienne des détenus. Ils remarquent,

par exemple, que les groupes de paroles facilitent une libération du stress accumulé en détention et une amélioration rapide de la vie quotidienne, comme le souligne un cadre de l'Administration pénitentiaire : « Il y a un bienfait qui se fait sentir tout de suite même au niveau du comportement. Les gens deviennent moins agressifs, ils reprennent confiance en eux » (n°7). Pour répondre aux contraintes de la vie carcérale plusieurs établissements proposent des groupes de relaxation (yoga, sophrologie, etc.) qui permettraient, selon une sophrologue, une meilleure acceptation de l'enfermement :

« Pour éviter le stress, il faut mieux s'adapter. C'était un peu ce que je disais aux détenus. Plus on lutte et plus on stresse. Se battre, ça veut dire être dans la revendication ou l'agressivité. Beaucoup étaient dans ce cas là [...] J'ai vu des femmes changer au niveau de l'acceptation de la situation. Elles étaient moins dans la rébellion mais plutôt dans l'acceptation » (n°17).

Mais au-delà des bénéfices que peuvent en retirer les détenus, tous les intervenants, aussi bien extérieurs qu'intérieurs à la détention, justifient leur action par un impératif : la nécessité d'agir. Le directeur d'un CRES part ainsi de l'idée selon laquelle « ce qui ne te détruit pas te renforce », pour conclure que « tout ce qui permettra à ces gens d'avancer, de progresser, même de façon aussi limitée soit-il » apparaît légitime (n°9). Malgré le pessimisme qui transparaît dans de nombreux entretiens, beaucoup de professionnels estiment que leur intervention se justifie à partir d'un seul détenu. Evoquant le cas d'un participant ayant choisi de se soigner suite à un groupe de paroles, un médecin précise : « La question bien sûr c'est celle de leur libération. Et dehors ? Ça serait malhonnête d'extrapoler. On a des espoirs. Pour des gens, j'ai vraiment beaucoup espéré [...] Comme le disait Olivenstein [dans le soin des toxicomanes], il suffit qu'un seul s'en sorte pour que l'effort soit justifié ...» (n°12). De la même façon, un médecin chef estime que « même si on ne touche que 5 % des détenus, il faut le faire... » (n°11). Malgré leurs nombreuses limites, les actions de prévention apparaissent nécessaires car, comme le rappelle un membre de l'INPES, « le devoir de faire est incontournable » (Brixi, 1997).

Si les intervenants sont unanimes pour justifier *in fine* la nécessité d'agir, ils sont cependant partagés quant au rôle de l'institution pénitentiaire vis-à-vis de la prévention. Tous les « éducateurs » rencontrés estiment que la prison peut être propice à cette démarche « parce qu'on a un public captif et il y a des problématiques de santé réelles » (n°16) ou encore parce que « les gens sont demandeurs » et « être détenu ça amène à réfléchir sur soi et ça peut amener à des changements de comportement » (n°17). A l'inverse, les « soignants » des UCSA considèrent, à l'image de ce médecin, que l'incarcération n'est « pas du tout » opportune mais qu'« il s'agit de leur faire perdre le moins de temps possible, d'utiliser ce temps à quelque chose d'utile » (n°12). De façon surprenante, un autre médecin hospitalier ayant justifié pendant plus d'une heure l'utilité de l'éducation pour la santé en prison reconnaît en fin d'entretien que l'incarcération n'est « pas du tout opportune » pour ces actions (n°11). On peut *a priori* s'étonner que les soignants qui s'évertuent à faire de la prévention en détention considèrent qu'il s'agit pourtant d'un milieu très défavorable. Cette ambivalence traduit les ambiguïtés que représente pour les personnels des UCSA une institution souvent présentée comme restauratrice. La position des soignants est souvent partagée entre la volonté de faire progresser la prise en charge dont bénéficient les détenus et la conscience que cette amélioration renforce la contradiction de la prison en tant que lieu de soin qui n'en est pas un, comme en témoigne ce médecin :

« On arrive au point où le fait d'être malade favorise le fait d'aller en prison [...] Les JAP [juge d'application des peines] préfèrent les laisser en prison parce qu'au moins ici ils sont mieux suivis. Comme ils le disent : "En prison, ils se refont une santé".

Et c'est faux ?

Non, c'est vrai. C'est sûr qu'ici au moins, même si c'est pas bon, ils ont une vraie alimentation et c'est mieux que de bouffer de l'héroïne ! Une fois qu'on sait que la prison ne sert à rien et que c'est même parfois nuisible, alors on se dit pourquoi on ne se soignerait pas en prison ? De toute façon, ils les mettraient en prison [...] Alors mieux vaut améliorer les conditions en détention plutôt que ne rien faire ».

Le rapport entre santé et prison s'apparenterait selon l'expression d'un médecin à une « équation insoluble » (Hoffman, 2002). Comment interpréter dès lors le discours des soignants travaillant en détention qui tout en critiquant la médicalisation croissante de la

prison justifient pourtant l'amélioration de la prise en charge sanitaire et le développement d'actions de prévention ? Cette position traduit bien sûr le « devoir de faire » auquel sont soumis ces professionnels mais elle marque peut-être également une représentation *volontairement* idéalisée de la prison dont la mission coercitive serait compensée par ses opportunités thérapeutiques. La mise en avant du rôle soignant de la prison n'est-elle pas un moyen pour eux de donner une justification, dans le langage sanitaire, à l'incarcération et de se démarquer ainsi de la logique de l'institution au sein de laquelle ils interviennent ? De la même manière on peut se demander si la forme de prévention privilégiée (strictement médicale d'un côté, plus sociale de l'autre) n'est pas en partie liée, outre la culture professionnelle des individus, à la position des intervenants au regard de la prison. Le besoin de se légitimer en se distinguant du cadre pénitentiaire amènerait les soignants de l'UCSA à recourir à une forme plus médicale d'intervention, comme en témoigne le port de la blouse ou la place du savoir médical dans les « formations » proposées. A l'inverse, les intervenants extérieurs seraient suffisamment légitimes du fait de leur institution d'origine pour pouvoir adopter une posture plus globale et moins autoritaire. C'est, par conséquent, peut-être parce qu'elle les légitime en tant que soignants que les personnels hospitaliers justifient une démarche de prévention dont ils sont conscients des limites.

Conclusion : Vers une sanitarisation de la souffrance des détenus

Le développement d'actions de prévention en milieu carcéral depuis 1994, présenté comme une mission de santé publique, comporte de nombreuses ambiguïtés. L'éducation pour la santé confère en premier lieu un pouvoir considérable à l'institution médicale et à ceux qui la représentent. C'est ainsi au nom de la santé publique qu'un médecin peut être aujourd'hui amené non seulement à imposer certaines normes de santé mais surtout à entrer parfois dans l'intimité des détenus. Ces processus font néanmoins l'objet d'appropriations variées selon les

intervenants. Tandis que les soignants *intra-muros* tendent à limiter leur rôle à une simple transmission d'informations sanitaires, les professionnels de l'éducation pour la santé extérieurs à la prison semblent davantage concevoir leur intervention comme un élément de remise en question globale du détenu. Quelque soit la forme de l'action entreprise celle-ci conduit néanmoins à traiter dans le langage de la santé des questions relevant de l'Administration pénitentiaire, voire de la régulation sociale. Tous les intervenants sont conscients des ambiguïtés et des limites des actions de prévention mais tentent néanmoins d'en justifier la nécessité par les retombées positives. Ce travail de légitimation est néanmoins d'autant plus délicat pour les soignants qui sont confrontés de façon quotidienne aux contradictions qui existent entre la mission qui leur incombe et les conditions de détention. L'invocation d'un « devoir de faire » ou « il suffit qu'un seul » apparaît alors comme le dernier recours pouvant justifier leur intervention. Cette difficile justification de l'éducation pour la santé en milieu carcéral s'explique peut-être par la légitimité que l'inscription d'une démarche de santé publique confère à des soignants souffrant d'un manque de légitimité. On peut, dès lors, émettre l'hypothèse selon laquelle la priorité accordée à l'éducation pour la santé, et plus largement à la réforme de l'organisation des soins, traduisent tout autant la reconnaissance des détenus en tant que citoyens à part entière que la revalorisation d'une spécialité médicale déconsidérée.

Les professionnels n'en sont pas moins dotés d'esprit critique et beaucoup s'interrogent sur la transformation effective du comportement des détenus que permet l'éducation pour la santé, comme en atteste la multiplication des évaluations¹⁶. La plupart aboutissent à l'impossibilité de rendre compte de l'impact réel de ces actions notamment en terme de réinsertion. Mais quelque en soit l'effectivité, l'émergence de dispositifs prétendant « gouverner la(es) vie(s) » des détenus au nom de leur santé amène à s'interroger sur l'identité de ceux qui y participent. Le fait que le corps puisse aujourd'hui être utilisé comme ressource n'est pas sans impact,

comme le soulignent Didier Fassin et Dominique Memmi, sur la formation des subjectivités (Fassin, Memmi, 2004 : 27). C'est par exemple ce qu'ont pu observer Marc Bessin et Marie-Hélène Lechien dans le recours que font les détenus aux services médicaux. A travers l'« investissement du statut de malade », soulignent-ils, « la maladie peut contribuer à la mise en distance de la condition carcérale : mise à distance physique avec les extractions régulières [...] ou les convocations très fréquentes au service médical et mise à distance plus symbolique, la maladie autorisant une reconquête de la dignité qui atténue l'épreuve de l'incarcération » (Bessin, Lechien, 2000 : 362). On peut s'interroger de la même façon sur l'incidence qu'ont les programmes de prévention sur la subjectivité des détenus. Le fait qu'aujourd'hui la précarité des détenus ne s'exprime pas tant par leur niveau de diplôme ou de revenu que par leur état de santé ou encore que leur réinsertion passe tout autant par l'adoption de certains comportements protecteurs (se laver les dents par exemple) que par l'obtention d'un emploi n'implique t-il pas une nouvelle représentation de soi ? C'est peut-être le signe que le corps serait aujourd'hui l'expression la plus légitime de la souffrance sociale des détenus.

Entretiens :

Entretien n°1 : Chargée de mission d'un Collège régional d'éducation pour la santé intervenant en maison d'arrêt depuis 2 ans. Entretien effectué le 28/11/2002, durée 1h30.

Entretien n°2 : Médecin dans une maison d'arrêt menant des actions d'éducation pour la santé. Entretien effectué le 02/02/2002, durée 1h10.

Entretien n°3 : Directrice adjointe d'une maison d'arrêt depuis 1999. Entretiens effectués les 13/02/2003 et 1/07/2003, durée 4h25.

Entretien n°4 : Médecin, directeur d'un Collège régional d'éducation pour la santé intervenant en maison d'arrêt. Entretien effectué le 25/02/2002, durée 1h10.

Entretien n°5 : Médecin d'une Consultation de dépistage (CDAG) ayant animé des groupes de parole en maison d'arrêt entre 1995 et 1998. Entretien effectué le 07/04/2003, durée 1h10.

Entretien n°6 : Médecin, responsable d'une unité d'hospitalisation pour détenus. Entretien effectué le 18/04/2003, durée 2h15.

Entretien n°7 : Responsable du bureau sanitaire d'une Direction régionale des services pénitentiaires. Entretien effectué le 22/04/2003, durée 2h20.

Entretien n°8 : Médecin d'une Consultation de dépistage du sida (CDAG) effectuant une Consultation de dépistage en maison d'arrêt. Entretien effectué le 7/05/2003, durée 50 min.

Entretien n°9 : Médecin, directeur d'un Centre régional d'éducation pour la santé intervenant en détention depuis 1995 sur plusieurs établissements pénitentiaires. Entretien effectué le 23/09/2005, durée 1h20.

Entretien n°10 : Educateur animant pour le compte d'un CODES des ateliers sur la prévention du sida et des hépatites depuis 1999 dans une maison d'arrêt d'Ile-de-France. Entretien effectué le 28/09/2005, durée 1h45.

Entretien n°11 : Médecin-chef d'une grande maison d'arrêt d'Ile-de-France animant des groupes de parole depuis 1994. Entretien effectué le 6/10/2005, durée 1h10.

Entretien n°12 : Médecin d'une grande maison d'arrêt d'Ile-de-France animant des groupes de paroles depuis 1992. Entretien effectué le 6/10/2005, durée 1h00.

Entretien n°13 : Infirmière animant des actions d'éducation pour la santé en maison d'arrêt depuis 1995. Entretien effectué le 11/10/2005, durée 40 minutes.

Entretien n°14 : Infirmière animant des actions d'éducation pour la santé en maison d'arrêt depuis 2002. Entretien effectué le 11/10/2005, durée 30 minutes.

Entretien n°15 : Médecin-chef d'une maison d'arrêt responsable de la politique d'éducation pour la santé de son établissement depuis 1995. Entretien effectué le 11/10/2005, durée 50 minutes.

Entretien n°16 : Animatrice d'un Comité régional d'éducation pour la santé (CRES) intervenant en maison d'arrêt depuis 2004. Entretien effectué le 11/10/2005, durée 2 heures.

Entretien n°17 : Sophrologue étant intervenue en maison d'arrêt et en centre de détention pendant deux ans. Entretien effectué le 11/10/2005, durée 1h15.

Bibliographie

ADMINISTRATION PENITENTIAIRE, DIRECTION GENERALE DE LA SANTE. 2000. *Etat des lieux des actions d'éducation pour la santé menées en milieu pénitentiaire*, document ronéotypé.

BERGERON, Henri. 1999. *L'Etat et la toxicomanie, histoire d'une singularité française*. Paris, Presses Universitaires de France.

BERLIVET, Luc. 2004. « Une biopolitique de l'éducation pour la santé. La fabrique des campagnes de prévention » dans Didier FASSIN et Dominique MEMMI, éd. *Le gouvernement des corps*. Paris, Editions de l'EHESS : 37-75.

BERLIVET, Luc. 2000. « De l'éducation sanitaire à la promotion de la santé : la santé publique face aux accusations de moralisme », dans Alain GARRIGOU, *La santé dans tous ses états*. Biarritz, Editions Atlantica : 243-270.

BERLIVET, Luc. 1997. « Naissance d'une politique symbolique : l'institutionnalisation des « grandes campagnes de prévention » ». *Quaderni*, 33 : 97-177.

BESSIN Marc et Marie-Hélène LECHIEN. 2000. *Soignants et malades incarcérés. Conditions, pratiques et usages des soins en prison*. Paris, Rapport de recherche EHESS.

BRIXI, Omar. 1997. « Quelle place pour l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire ? » dans GUIBOURGE, Florence, Anne-Marie PALICOT, Omar BRIXI et Odile CHOUKROUN. *Promotion de la santé et milieu pénitentiaire*. Paris, Editions du Comité français d'éducation pour la santé.

CHOUKROUN, Odile. 1995. « Education pour la santé et insertion sociale », *La santé de l'homme*, 315 : 31-32.

CODES 35. 2001. *Education et promotion de la santé en milieu pénitentiaire*. Colloque de Rennes, 2-3 avril 2001, document ronéotypé.

CODES 35. 1994. *Prévention et éducation pour la santé en prison*. Actes du séminaire national, Rennes, 14-15-16 décembre 1994, document ronéotypé.

- DESCHAMPS, Jean-Pierre. 1984. « Porter un regard nouveau sur l'éducation pour la santé », *Environnement et santé publique*, 34, 11 : 18-24.
- DHEROT, Jean et Sylvie STANKOFF. 2002. *Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral*. Direction générale de la santé, Direction de l'Administration pénitentiaire : 42p.
- DUPRAT, Catherine. 1980. « Punir et guérir. En 1819, la prison des philanthropes », dans Michelle PERROT, éd. *L'impossible prison*. Paris, Seuil : 64-122.
- FARGES, Eric, 2003. *La gouvernance de l'ingérable. Quelle politique de santé publique en milieu carcéral ? Analyse du dispositif soignant des prisons de Lyon et perspectives italiennes*. Mémoire DEA, IEP-Lyon.
- FASSIN, Didier et Dominique MEMMI. 2004. « Le gouvernement de la vie, mode d'emploi » dans Didier FASSIN et Dominique MEMMI, éd. *Le gouvernement des corps*. Paris, Editions de l'EHESS : 9-33.
- FASSIN, Didier. 1998 a. « Les politiques de la médicalisation » dans P. AÏACH et D. DELANOË. *L'ère de la médicalisation*. Paris, Editions Economica : 1-14.
- FASSIN, Didier. 1998 b. « Politique des corps et gouvernement des villes. La production locale de santé publique. » dans Didier FASSIN, éd.. *Les figures urbaines de la santé publique*. Paris: La Découverte : 7-46.
- FAURE, Olivier. 2002. « Hygiène, hygiénisme et santé publique en France, XIX^{ème}-XX^{ème} siècle », dans Didier NOURISSON, éd. *Education à la santé. XIX^{ème}-XX^{ème} siècle*. Rennes, Editions de l'Ecole nationale de santé publique : 13-30.
- GILBERT, Jules. 1973. *L'éducation sanitaire*. Montréal, PUM. Cité dans *Concepts en santé, points de vue d'auteurs*, troisièmes rencontres internationales francophones de promotion de la santé, Lille, 1994.
- GONIN, Daniel. 1991. *La santé incarcérée. Médecine et conditions de vie en détention*. Paris, Editions. De l'archipel.
- GOUDET, Bernard. 1997. « Education pour la santé : facteur d'insertion des détenus » dans Florence GUIBOURGE, Anne-Marie. PALICOT, Omar BRIXI et Odile CHOUKROUN. *Promotion de la santé et milieu pénitentiaire*. Paris, Editions du Comité français d'éducation pour la santé.
- GOUDET, Bernard, Bruno LARROSE, Vincent TRIAS et Marie NOURY. 1995. « Education pour la santé et réinsertion des détenus », *La santé de l'homme*, 315 : 32.
- GORI, Roland. 2004. *La santé totalitaire: essai sur la médicalisation de l'existence*. Paris, Denoël.
- HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE. 1993. *Santé en milieu carcéral*. Rennes, Editions de l'Ecole nationale de la santé publique, Collection Avis et Rapports du HCSP.
- HOFFMAN, Axel. 2002. « Santé et prison : une équation insoluble », *Santé conjugée*, 22 : 105.
- INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES et INSPECTION GENERALE DES SERVICES JUDICIAIRES. 2001. *L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation*. Paris.
- JOURDAIN-MENNINGER, Danièle et Mathilde LIGNOT-LELOUP. 2003. *Comparaisons internationales sur la prévention sanitaire*. Paris, Rapport de l'Inspection générale des affaires sanitaires et sociales n°2003/003.
- LARROSE, Bruno. 2002. « La visée éthique de l'éducateur pour la santé en milieu carcéral », *Santé en milieu pénitentiaire. Forum régional d'échanges et de réflexions*. CRES Picardie : 8-13.
- LECORPS, Philippe. 1995. « Ethique, santé et milieu carcéral », *La santé de l'homme*, 315 : 32.
- LECORPS, Philippe. 2002. « 1942-2002 : de l'éducation sanitaire à l'éducation pour la santé », *La santé de l'homme*, 362 : 21-23.

MARTIN, Dorothee. 2000. « Réflexion sur le sens éthique de l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire », *La lettre de l'espace éthique*, 12 -13 -14 : 41-42.

MEMMI, Dominique. 2003. *Faire vivre et laisser mourir : le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*. Paris, La Découverte.

NICOLAS, Guy, Louis DESSAINT et Christine NICOLAS. 1997. « La santé en prison : un enjeu de santé publique », *Revue française des affaires sociales*, 1 : 33-39.

RAYNAL, Florence. 2001. « Education pour la santé en milieu pénitentiaire. Un nouvel outil pour l'insertion », *Actualités sociales hebdomadaires*, 2217 : 19-20.

STEFFEN, Monika. 2001. *Les Etats face au Sida en Europe*. Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble.

VIGARELLO, Georges. 1997. « L'éducation pour la santé. Une vraie attente scolaire », *Esprit*, 2 : 72-82.

¹ Je tiens à remercier Jérôme Aust, Marc Bessin, Luc Berlivet, Renaud Payre ainsi que le Séminaire Triangle d'Écriture sur le Politique (STEP) pour les critiques et les conseils qui m'ont été adressés, les erreurs et les maladresses demeurant bien sûr de ma responsabilité.

² *Sociogénèse d'un processus réformateur et transformations de l'action publique. Réformer la médecine pénitentiaire en France de 1945 à nos jours*, travail de thèse de science politique sous la direction de Gilles Pollet, Institut d'Études Politiques de Lyon.

³ L'article 2 de la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 instaure une réorganisation complète des soins en milieu carcéral en transférant la prise en charge sanitaire des détenus, qui relevait auparavant de l'Administration pénitentiaire, au Ministère de la santé et plus spécifiquement au secteur hospitalier. Chaque hôpital de proximité s'engage à créer une Unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) en détention. Cette réforme marque aux yeux de ses principaux auteurs la disparition de l'ancienne médecine pénitentiaire, largement discréditée, et l'inscription d'une logique de santé publique en milieu carcéral.

⁴ A titre d'exemple, on peut citer le séminaire national de Rennes, en décembre 1994, la conception d'un guide méthodologique, en octobre 1997, ou encore le colloque national de Rennes, en avril 2001.

⁵ C'est, par exemple, le cas au Canada, en Belgique ou encore au Royaume-Uni (Jourdain-Menninger, 2003). La loi italienne de réforme de la médecine pénitentiaire, qui délègue la gestion des soins au Ministère de la santé, affirme également l'éducation pour la santé comme une priorité de la nouvelle politique sanitaire en milieu carcéral. Il semblerait cependant que cette disposition soit demeurée lettre morte dans la plupart des établissements, reflétant la difficile mise en œuvre de la réforme mais aussi la faible culture préventive du système sanitaire italien. (Farges, 2003).

⁶ Pour une présentation de la prison comme milieu pathogène, on se reportera au célèbre ouvrage du docteur Gonin (Gonin, 1991).

⁷ Ce corpus est composé de deux séries d'entretiens réalisées à trois ans d'intervalle. Une première série de huit entretiens a été tout d'abord réalisée, de novembre 2002 à juin 2003, dans le cadre d'une étude du dispositif sanitaire des prisons de Lyon où la question de l'éducation pour la santé avait été longuement abordée. (Farges, 2003) Ce premier échantillon fut complété par une seconde série de neuf entretiens spécifiquement consacrés aux actions de prévention en prison réalisée, en octobre 2005, auprès de professionnels soignants et éducatifs intervenant dans les prisons d'Ile-de-France et d'Amiens. Tous les entretiens sont présentés en fin d'article. Je tiens à remercier ici celles et ceux sans qui cette recherche n'aurait pas été possible.

⁸ Cette homogénéité des prises de position des professionnels rencontrés ne traduit bien sûr pas un consensus sur la place de l'éducation pour la santé en milieu carcéral. Elle résulte avant tout d'un biais de sélection des entretiens qui furent tous réalisés auprès de personnes volontaires menant des actions de prévention en détention et qui, par conséquent, malgré leur regard plus ou moins critique, ne se situent jamais dans une position de refus radical. Il ne nous fut pas possible, pour des raisons d'accessibilité, d'entrer en contact avec des soignants ou des éducateurs refusant d'intervenir en prison dont plusieurs interviewés ont pourtant fait mention.

⁹ Cette charte constitue le texte de référence pour les acteurs intervenant dans le champ de la promotion et de l'éducation pour la santé.

¹⁰ On indiquera dorénavant les entretiens utilisés par un simple chiffre renvoyant aux sources présentées en fin d'article.

¹¹ Ainsi, tandis que parmi les 28 projets présentés en 1994, treize concernaient le sida, deux la toxicomanie et cinq l'alcool (CODES 35, 1994), sur les soixante actions présentées en 2001, seulement quatre concernaient spécifiquement les problèmes de dépendance (toxicomanie, alcoolisme et tabagisme) et deux les maladies infectieuses, l'essentiel des projets portant sur l'hygiène et la santé au sens large. (CODES 35, 2001).

¹² Il semblerait qu'un second clivage soit présent parmi les « soignants » entre les anciens « médecins pénitentiaires » et ceux arrivés après 1994. Les seconds ayant une conception plus stricte de l'« éducation sanitaire » que les premiers, probablement en raison de leur culture hospitalière.

¹³ « La séance se tient dans une sorte d'amphithéâtre à gradins, ces derniers sont faits de petites cellules individuelles munies chacune d'une fenêtre grillagée permettant aux détenus de voir l'estrade sur laquelle un médecin en redingote déroule sa conférence en s'appuyant sur des planches qu'il leur montre. Éclairé par cette information sanitaire administrée par un homme de science, chaque détenu est supposé avoir compris à quelle dégradation il expose son organisme en s'adonnant à la boisson et quelle attitude immorale et violente il exposera son environnement quand il aura retrouvé la liberté, s'il ne se libère pas » (Goudet, 1995).

¹⁴ Souligné par nous.

¹⁵ On peut remarquer que l'école, souvent décrite comme un terrain favorable, présente à un moindre degré des difficultés similaires à l'institution carcérale. Georges Vigarello remarque ainsi la contradiction entre les valeurs portées

par l'éducation pour la santé et l'esprit de l'établissement scolaire qui reste dominé par des modes d'apprentissages classiques. (Vigarello, 1997).

¹⁶ Suivant la méthodologie développée par le réseau de l'éducation pour la santé, chaque action de santé fait l'objet d'une évaluation, le plus souvent sous la forme de questionnaires remis aux participants.