HAL
archives-ouvertes.fr

Sortir et s'en sortir? Parcours de santé et vulnérabilité de détenus qui vivent avec le VIH ou une hépatite C en Ile-de-France

Meoïn Hagège

To cite this version:

Meoïn Hagège. Sortir et s'en sortir? Parcours de santé et vulnérabilité de détenus qui vivent avec le VIH ou une hépatite C en Ile-de-France. Anthropologie sociale et ethnologie. Ecole des hautes étude en sciences sociales, 2016. Français. tel-01413030

HAL Id: tel-01413030

https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01413030

Submitted on 12 Dec 2016

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.

Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales,
Institut de Recherches Interdisciplinaires sur les enjeux Sociaux &
Institut National des Etudes Démographiques

Sortir et s'en sortir ?
Parcours de santé et vulnérabilités de détenus qui vivent avec le VIH ou une hépatite C

Thèse pour l'obtention du grade de Docteure de l'EHESS
Discipline : Sociologie

Présentée par Meoïn Hagège, le 5 décembre 2016

(Volume I)

Devant un jury composé de :
Marc Bessin, Chargé de Recherche, Centre National de la Recherche Scientifique, *Directeur de thèse*
Marcel Calvez, Professeur des Universités, Université Rennes 2, *Rapporteur*
Manuela I. Cunha, Directrice de recherche, Universidade do Minho
Aline Désesquelles, Directrice de recherche, Institut National d'Etudes Démographiques, *Directrice de thèse*
Frédéric Le Marcis, Professeur, Ecole Normale Supérieure de Lyon, *Rapporteur*

Résumé

D'un point de vue de santé publique, la santé postcarcérale pose problème. L'interruption de la prise en charge des sortants de prison est un dysfonctionnement que dénoncent les professionnels de santé et de l'aide sociale mais qui est peu documenté. Plus largement, la santé des personnes détenues ou qui sortent de prison n'est pas traitée comme un problème public mais aujourd'hui, les crises sanitaires reconnues du VIH/Sida et de l'hépatite C contribuent à mobiliser un intérêt émergeant pour la santé (post)carcérale.

Pour décrire le point de vue des patients, les parcours de santé de détenus qui vivent avec le VIH/Sida et/ou l'hépatite C ont été construits à partir d'une enquête ethnographique en trois volets (observation, séries d'entretiens biographiques et questionnaires). Conduite en prison et en ville, l'enquête permet de décrire les expériences de prises en charge, avant, pendant et après l'incarcération. Dans l'analyse, l'inclusion du travail des professionnels et des rapports des individus aux institutions permettent d'identifier les événements de santé marquants et leurs effets sur le parcours de santé.

L'hépatite C est vécue et traitée comme étant moins grave que le VIH, ce qui explique que les reports de traitement de l'hépatite C sont plus fréquents et les expériences de la maladie, moins éprouvantes et moins stigmatisantes. Les interruptions de traitements sont courtes et imbriquées dans le travail d'ajustements pluriels qu'entreprennent les patients, pour faire face à l'épreuve de la sortie de prison. Ces ajustements concernent les démarches laborieuses d'accès aux droits et aux soins mais aussi l'expérience incorporée de la sortie, l'insertion relationnelle et l'insertion par le travail. Les interactions entre les sortants, leurs proches et les professionnels qui les prennent en charge sont prises dans des rapports de domination imbriqués. L'assujettissement se conjugue à la responsabilisation des sortants pour produire à la fois des injonctions à intérioriser des normes de santé et des injonctions à se prendre en charge et devenir responsable.

Enfin, les parcours de ces hommes et ces femmes sont inscrits dans un processus de progression de la vulnérabilité sociale, exacerbée par la séropositivité, les incarcérations et les ajustements de la sortie de prison. La sortie est vécue comme un moment liminaire dans les parcours, de passage entre la prison et la ville. Sa temporalité est particulière : construite autour des activités et les relations d'aide plutôt que par le temps chronologique linéaire, la sortie est pleine d'incertitude et semble se prolonger sans fin.

Cette thèse a bénéficié du soutien de Sidaction et de l'Agence nationale pour la recherche sur le VIH et les hépatites virales.

Remerciements

Au seuil de cette étude, je remercie toutes celles et ceux qui m'ont aidé au cours de ce travail. Je remercie mon directeur Marc Bessin (CNRS) et ma directrice Aline Désesquelles (Ined), qui ont suivi l'élaboration de cette thèse. Je remercie aussi Antoinette Chauvenet, qui m'a initiée à l'enquête de terrain. Je remercie aussi les membres du jury, qui ont accepté de lire, de discuter et d'évaluer mon travail : Marcel Calvez (Université de Renne 2), Manuela Ivone Cunha (Universidade do Minho) et Frédéric le Marcis (ENS-Lyon).

Je suis tout particulièrement redevable et reconnaissante aux femmes et aux hommes détenus et sortants de m'avoir accordé leur temps et leur attention. Je remercie aussi chaleureusement les professionnels qui m'ont acceptée sur leur lieu de travail, en prison et en ville.

J'exprime ma reconnaissance à Sidaction et à l'Agence nationale pour la recherche sur le VIH/Sida et les hépatites virales, pour leur soutien indispensable à cette recherche. Grâce à l'École des hautes études en sciences sociales, à l'Institut de recherches interdisciplinaires sur les enjeux sociaux et à l'Institut national d'études démographiques, j'ai bénéficié d'un cadre de travail stimulant. Ce travail s'est déroulé dans un environnement scientifique chaleureux, dans lequel l'équipe de l'Iris à l'Université Paris 13 et mes collègues jeunes chercheurs ont joué une part importante.

À l'hôpital et en détention, je remercie plus particulièrement Olivier Ségéral pour son enthousiasme pour mon enquête ainsi que Benjamin Silbermann, Claude Foucault et Catherine Fac, Amélie, Patricia, Julie et Karine. Je remercie aussi Christine Barbier pour son appui à la direction générale de la Santé, à un moment charnière de mon travail. Je remercie enfin l'Administration pénitentiaire de m'avoir permis d'enquête en détention.

Merci à Richard Émerique, qui m'a aidée à y faire face et en faire sens.

Pour leur lecture attentive des chapitres à suivre, j'adresse mes remerciements à Alexandre Borrell, Fanny Chabrol, Nicolas Damont, Janina Kehr, Sophie de Quillaq, Zoé Rollin, Caroline Touraut, Mathieu Trachman et Arthur Vuattoux.

Merci aussi à mes amis et à ma famille.

Merci à Ada et Rachel MB Moussié.

Pour leur présence et leur soutien sans faille, je remercie mes parents.

Et Fred, sans qui…

À Arlette

Sommaire

REMERCIEMENTS **5**
SOMMAIRE **9**
INTRODUCTION GENERALE **11**
PREMIÈRE PARTIE – L'ÉTAT DE LA LITTÉRATURE **23**
Chapitre 1. Pour une approche processuelle de la santé postcarcérale 25
Chapitre 2. Les interventions de lutte contre le VIH/Sida et l'hépatite C, de la mobilisation à la responsabilisation 101
Synthèse de la partie I 164
DEUXIÈME PARTIE – L'ENQUÊTE **165**
Chapitre 3 : Enquêter sur le parcours de santé, dedans et dehors 167
Chapitre 4 : Qualifier et situer les parcours, enjeux méthodologiques 215
Synthèse de la Partie II 260
TROISIÈME PARTIE – LES PARCOURS **263**
Chapitre 5. Le VIH/Sida et l'hépatite C dans les parcours de santé 265
Chapitre 6. L'incarcération dans les parcours de santé 353
Synthèse de la Partie III 411
QUATRIÈME PARTIE – LA SORTIE **413**
Chapitre 7. La sortie de prison, un processus d'ajustements pluriels 415
Chapitre 8. La sortie de prison ou la progression de la vulnérabilité 477
Synthèse de la Partie IV 513
CONCLUSION GENERALE **515**
TABLES **525**
BIBLIOGRAPHIE **525**

INTRODUCTION GENERALE

« La thèse, c'est facile. Le suivi, c'est trois lignes. C'est niet. » C'est ainsi que m'accueille une infirmière d'un service de santé en prison, lorsque je me présente et lui décris mon projet de recherche lors de notre première rencontre. Les hommes détenus dans cette maison d'arrêt ont des besoins de santé importants, que les professionnels s'efforcent de traiter en dépit des contraintes de moyens et de temps liées au travail en milieu carcéral. Ceux qui sont atteints de pathologies graves ou chroniques, comme le VIH/Sida ou l'hépatite C[1], doivent continuer à être suivis une fois sortis de prison. Mais les conditions sont difficiles à réunir, en prison comme dehors.

La rupture des soins après l'incarcération est un dysfonctionnement du système de santé sur lequel s'accorde la quasi-totalité des professionnels que j'ai rencontrés. Les interruptions de prise en charge à la sortie sont délétères pour la santé des patients mais aussi pour la prévention de la contamination en population générale. Le problème est complexe, structurel, et si tous et toutes se l'expliquent d'une manière ou d'une autre, les solutions éprouvées ou imaginées sont rarement satisfaisantes. Intriguée par les enjeux d'un traitement entre deux institutions, entre la prison et l'hôpital, je me suis penchée sur les expériences des patients eux-mêmes. Objets du traitement, ils incarnent et incorporent des contraintes structurelles, institutionnelles, professionnelles. Cibles de catégorisations, ils s'en échappent en partie par leurs trajectoires et leurs pratiques, tout en s'efforçant de s'y conformer. Comment vit-on avec le VIH ou une hépatite C en prison ? Comment se passe la sortie de prison lorsque l'on a besoin de soins et de traitements ?

Ce problème se traduit par une question plus large, qui n'est une question gestionnaire qu'au premier abord. Comment fait-on pour mettre en œuvre la continuité des soins ? Les initiatives professionnelles existent mais elles sont disparates et locales. En étudiant les parcours et les expériences des patients, mais aussi le travail des professionnels, mon enquête montre qu'une part importante du suivi des patients est effectuée par les sortants eux-mêmes. Le système de santé s'assure de ce suivi en exerçant des formes de responsabilisation, qui enjoignent les sortants à réunir les conditions nécessaires à leur suivi médical et social. Au quotidien, elles sont cependant mises en tension avec une autre forme d'expérience de la domination, l'assujettissement,

[1] VIH/Sida : Virus de l'immunodéficience humain/Syndrome d'immunodéficience acquise
VHC : Virus de l'hépatite C

particulièrement visible dans les institutions carcérales et médicales. Coexistent ainsi des formes d'injonction à la prise en charge de soi, et des formes de contraintes extérieures à l'individu liées à des attentes de « bons » comportements de santé.

La réponse des patients est travaillée par une seconde tension, entre activation et exposition aux risques. Les sortants de prison répondent aux injonctions institutionnelles en sollicitant les soignants en détention, en s'appuyant sur leurs proches, ou en faisant les démarches administratives auprès de professionnels de l'aide sociale pour obtenir l'accès à leurs droits et aux services en ville[2]. Cependant, ils s'exposent aussi à des risques sociaux et de santé qui les fragilisent. Le milieu carcéral est usant pour les corps détenus, du fait des conditions de vie et de la violence institutionnelle, mais aussi de la prévalence de maladies infectieuses. A l'issue de leur incarcération, la précarité et les pratiques à risque telles que l'usage de drogues ou le report de soins, exacerbent la vulnérabilité de ces hommes – accrue par des couvertures médicales intermittentes.

Les détenus ne sont pas un groupe social homogène mais ils partagent une expérience commune, celle d'un monde social qui affecte leurs parcours de vie et de santé. Lorsque l'on s'interroge sur le traitement social d'une catégorie opprimée[3], essentiellement composée d'hommes[4] non-blancs et issus des classes populaires, un constat s'impose. La continuité des processus sociaux qui traversent leurs expériences demande de porter un regard plus large et plus compréhensif, évitant d'essentialiser la séquence temporelle de la prison. C'est en s'intéressant à leurs biographies et leurs récits avant, pendant et après l'incarcération, qu'il est possible de voir comment s'opère la continuité des soins de patients, pris entre les attentes de l'institution médicale et les expositions aux risques sociaux et sanitaires. Quels sont ces processus sociaux et quelles formes prennent-ils dans les parcours de vie et de santé ?

Lorsque l'on s'intéresse à la santé d'une telle catégorie de personnes, on se rend compte en outre que la santé des détenus est peu documentée et pourtant un sujet politiquement chargé. Les prévalences du VIH et du VHC sont connues mais des données récentes et plus approfondies sur l'état de santé des détenus font défaut. La prison est régulièrement évoquée dans l'espace public. Qu'on en signale l'indignité ou la nécessaire

---

[2] J'entends par «ville» l'ensemble des espaces non-carcéraux investis par les sortants de prison et les professionnels qui les prennent en charge. Le terme usité dans la littérature anglophone, *community*, n'est pas satisfaisant pour le contexte français, qui lui accorde une connotation plus circonscrite, à la fois spatialement et culturellement. Opposer la prison à la ville n'est pas tout à fait satisfaisant mais les espaces ruraux apparaissent rarement dans les parcours très urbains des hommes que j'ai interviewés – à l'exception d'une expérience de la sortie de prison, particulière à ceux qui souhaitent s'affranchir de la toxicodépendance en s'isolant dans un centre de soin rural.

[3] YOUNG I.M., « Five faces of oppression », *Geographic Thought. A Praxis Perspective*, 2009.

[4] En majorité masculins, j'emploie le terme « détenus », et non « détenu.e.s ». 97% des personnes détenues en France sont des hommes et (sans pourtant prétendre à une représentativité) il se trouve que 97% des personnes que j'ai interrogées dans l'enquête par entretiens ou questionnaires sont des hommes.

fonction sociale, le débat accompagne l'institution depuis sa création[5]. Cette année encore l'Inspection générale des affaires sociales et l'Inspection des services judiciaires ont publié un rapport commun sur les services sanitaires en établissements pénitentiaires[6] portant sur la période de l'enquête (2010-2014), qui dénonce le manque de connaissances et d'évaluations de la santé des personnes détenues en France[7].

La santé (post)carcérale, un objet peu étudié

Le manque de connaissances sur la santé en milieu carcéral pose problème d'un point de vue de santé publique. Les détenus sont plus fréquemment issus de classes sociales défavorisées, qui accumulent des facteurs de risque d'inégalités sociales et d'inégalités de santé. Il importe de mieux qualifier et quantifier l'état de santé de cette population à la fois plus fragile et plus exposée. Le cas du VIH et de l'hépatite C est particulier car ces pathologies sont les plus étudiées en prison, en France et dans le monde[8]. En France, les prévalences (2% pour le VIH et 4,8% pour le VHC) sont cinq à six fois supérieures à celles constatées en population générale[9]. On sait aussi que l'offre de soins en prison, et notamment l'absence de programmes de réduction des risques infectieux, contribue à un effet de réservoir viral car l'offre ne permet pas de prévenir adéquatement les transmissions ni d'assurer d'éducation à la santé. Cet effet se prolonge hors les murs par une couverture sociale faible qui freine l'accès aux soins ; ainsi, un entrant sur huit n'a pas de couverture sociale.

---

[5] ARTIÈRES Philippe, LASCOUMES Pierre et SALLE Grégory, « Prison et résistances politiques. Le grondement de la bataille », *Cultures & Conflits* (55), septembre 2004, p. 5-14.

[6] Je privilégie le terme Unités de consultations et de soins ambulatoires, ou « Ucsa », et non « Unité sanitaire » dans ce document. La réforme disposant des « unités sanitaires » est tardive dans le déroulement de l'enquête de terrain et largement ignorée par les acteurs du milieu carcéral et au-delà. Aujourd'hui, les termes « Unité sanitaire » sont plus usités.

[7] BRANCHU Christine, GUEDJ Jérôme, ZIENTARA-LOGEAY Sandrine, DE BLASI Maxime et LOPEZ Frédéric, « Evaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice », Paris, Inspection générale des affaires sociales, Inspection des services judiciaires, 2016, p. 176.

[8] Les prévalences d'autres pathologies sont soit inconnues soit datées. La prévalence mondiale des maladies infectieuses est importante : sur les 10,2 millions de personnes détenues, 3,4% vivent avec le VIH et 15,1% vivent avec le virus de l'hépatite C, DOLAN Kate, WIRTZ Andrea L, MOAZEN Babak, NDEFFO-MBAH Martial, GALVANI Alison, KINNER Stuart A, COURTNEY Ryan, MCKEE Martin, AMON Joseph J, MAHER Lisa, HELLARD Margaret, BEYRER Chris et ALTICE Fredrick L, « Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees », *The Lancet*, 2016.

[9] À l'échelle nationale, la séroprévalence parmi les personnes détenues a été évaluée par trois études en France (1997, 2005 et 2010) : la prévalence du VIH est passée de 0,9 % à 0,6 % puis à 2,0 % ; la prévalence du VHC est passée de 3 % à 2,5 % puis à 4,8 % ; la prévalence de la co-infection VIH-VHC est estimée à 0,08 % en 2010, MOUQUET Marie-Claude, DUMONT Martine et BONNEVIE Marie-Cécile, « La santé à l'entrée en prison: un cumul des facteurs de risque », *Etudes et Résultats* 4, 1999, p. 1-10 ; DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES et MOUQUET Marie-Claude, « La santé des personnes entrées en prison en 2003 », *Études et Résultats* 386, 2005, p. 12 ; SEMAILLE C., LE STRAT Y., CHIRON E., CHEMLAL K., VALANTIN M. A., SERRE P., CATÉ L., BARBIER C., JAUFFRET-ROUSTIDE M. et PREVACAR GROUP, « Prevalence of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus among French prison inmates in 2010: a challenge for public health policy », *Euro Surveillance* 18 (28), 2013.

La réforme du soin en milieu carcéral a néanmoins permis des progrès importants en termes d'offre et de qualité de soin. Depuis 1994, les services de santé sont rattachés à l'hôpital, signant la fin de la médecine carcérale et permettant à des professionnels de formation hospitalière de travailler auprès des détenus. Ainsi, ces détenus deviennent aussi des patients et bénéficient d'une couverture médicale spécifique. Mais plus de vingt ans plus tard, les services de santé en prison proposent une offre de soins « très disparate et encore insuffisante », selon le même rapport des Inspections récemment publié[10].

La forte prévalence du VIH et du VHC en prison, et le manque d'autres données sur l'état de santé des détenus amènent à s'interroger sur les raisons de la centralité de ces deux infections dans les préoccupations scientifiques et politiques. Comment comprendre que l'hépatite C soit investie comme un enjeu scientifique et politique prioritaire, aux côtés du VIH ? Quel est l'effet du contexte historique français et mondial de ces épidémies sur les interventions sanitaires de lutte contre le VIH et l'hépatite C ? D'un point de vue sociologique, ce rapprochement entre VIH et VHC s'explique par son intérêt heuristique. Il n'est pas évident *a priori* : les infections diffèrent en termes de stigmatisation des patients, de stratégies de prévention individuelles et de traitements. Mais elles partagent certains modes de contamination, ce qui conduit à faire converger des populations identifiées comme à risque et des types d'interventions sanitaires. Décrire et comparer les expériences du VIH et celles du VHC du point de vue des détenus permet d'éclairer différentes dimensions du traitement social de la maladie d'individus dominés.

Du point de vue des soignants, ces expériences posent problème du fait du risque d'interruption de soins et d'inobservance – un risque inquiétant et probable mais non documenté. Or, en observant la sortie de prison du point de vue des patients, on s'aperçoit que certains hommes, notamment ceux qui ont des parcours d'errance longue et de toxicodépendance forte, restent en lien et sollicitent les professionnels du médicosocial dès les premiers jours de la sortie. Comment se fait-il que ces hommes, réputés « patients difficiles » ou « difficiles à atteindre » par certains intervenants et chercheurs, sollicitent l'aide sociale et le soin et qu'ils s'investissent activement dans les démarches d'accès aux droits et aux soins ? Que se passe-t-il dans les parcours de santé et au moment particulier de la sortie, qui puisse expliquer à la fois les recours rapides et les reports de soins ?

[10] BRANCHU Christine, GUEDJ Jérôme, ZIENTARA-LOGEAY Sandrine, DE BLASI Maxime et LOPEZ Frédéric, « Evaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice », *op. cit.*

Étudier les parcours de santé, une approche processuelle

L'objet dont je me suis saisie pour explorer ces questions est le parcours de santé. Je l'entends comme l'évolution de l'état de santé et des recours aux soins d'un individu, mais aussi de ses rapports aux institutions qui le gouvernent. Appréhendée par le biais des pratiques des acteurs impliqués, l'étude du parcours induit de décrire l'expérience individuelle mais aussi le travail des professionnels. Ce travail, dans sa diversité, permet de situer cette expérience individuelle des sortants de prison et de la relier aux politiques sanitaires et sociales. Pour mieux comprendre le travail de santé des patients et des professionnels, j'ai appréhendé la santé au sens large, c'est-à-dire comme une pluralité de conditions qui peut affecter la progression et l'expérience de la maladie. Ainsi, les situations sociales, le logement, le soutien des proches, la protection sociale, les rapports avec les professionnels de l'aide sociale et de la santé participent à cette définition de la santé. Je me suis ainsi intéressée à tous les professionnels, les plus dominants, comme les médecins, et ceux dont le travail est moins visible, comme les infirmières, les travailleurs sociaux et les militants. Ce sont eux qui, collectivement, mais pas toujours en collaboration, donnent forme à la prise en charge postcarcérale. Que font les patients détenus et sortants pour prendre soin d'eux ? Quels sont les facteurs d'inégalités d'accès et de qualité des soins pour les sortants séropositifs ? Dans quels rapports aux professionnels et à l'institution sont-ils pris ? Comment y résistent-ils ? Dans quelles mesures les institutions et leurs professionnels constituent-ils des contraintes ou des ressources ?

Plus précisément, j'entends qualifier les parcours de ces hommes en éclairant les événements de santé, ces faits marquants qui infléchissent les biographies et les conditions de recours possibles aux institutions médicales, d'aide sociale et de justice. Pour cela, je prends au sérieux les enjeux temporels des parcours en les abordant comme des produits de rapports sociaux de domination, imbriqués aux rapports sociaux de classe, de sexe et de racialisation[11]. Il s'agit à la fois d'une démarche méthodologique induite par l'étude des parcours et d'une démarche scientifique, qui mobilise les temporalités comme un analyseur social des situations et de leur transformation. En effet, le rapport au temps n'est pas uniforme et s'inscrit dans des situations sociales spécifiques et dynamiques. Ainsi, la mobilisation des ressources dépend du temps, de celui de l'individu mais aussi de celui des autres, et des capacités inégales à s'en saisir et à agir sur lui. Pour les sortants sous traitement, le temps des prises en charge de maladies considérées comme chroniques constitue le cœur du problème : l'accès et la qualité de

[11] BESSIN Marc, « Parcours de vie et temporalités biographiques : quelques éléments de problématique », *Informations Sociales* (6), 2009, p. 12-21.

ces suivis dépend de la disponibilité des patients, de la charge de travail des médecins, du temps qu'ils et elles peuvent consacrer à chaque consultations, etc.

J'aborde ces rapports sociaux de domination dans une perspective structurelle, situationnelle et relationnelle. Autrement dit, je considère la classe, le genre, la racialisation et les temporalités comme des systèmes de pouvoir, qui se jouent dans le cadre d'interactions situées entre des individus et des institutions. Pour ce qui relève du genre par exemple, cette approche permet de concevoir la masculinité au pluriel, en termes de pratiques situées socialement et éprouvées en référence à des normes de genre[12]. Ceci implique de s'inscrire dans une approche processuelle, sur le temps long, à la fois pour considérer les processus sociaux qui se déroulent avant, pendant et après l'incarcération, pour qualifier les ruptures et mettre en évidence les continuités.

Cette attention aux liens entre l'intérieur et l'extérieur de l'institution carcérale n'est pas nouvelle dans les études sur la prison. Les premiers exemples apparaissent dès les années 1970 dans le cas des travaux étasuniens[13]. Elle connait un regain d'intérêt de la part de la socio-anthropologie contemporaine, qui propose un cadre stimulant et pluridisciplinaire pour repenser les cadres d'interprétation dominants, ceux de l'institution totale d'E. Goffman ou de l'institution disciplinaire de M. Foucault[14]. L'objet de la sortie de prison peut ainsi être saisi par la sociologie mais aussi par l'anthropologie, la géographie ou l'histoire. En étudier la dimension temporelle mais aussi spatiale permet de poser un regard plus large et compréhensif sur des questions disparates aux premiers abords. C'est ainsi que, pour mieux comprendre la sortie de prison et ses enjeux, il devient possible de puiser dans des bibliographies et des objets attenants comme, par exemple, la sortie de guerre en tant qu'objet d'histoire.

L'approche processuelle permet ainsi d'éclairer la continuité des contraintes structurelles qui pèsent sur les parcours, tout en décrivant les manières dont les acteurs s'en accommodent au quotidien. Je mets l'accent sur les situations qui répondent aux rapports sociaux de domination de classe, de sexe et de racialisation mais aussi sur les processus qui produisent les expériences de domination, tels que la responsabilisation des administrés et des patients, en tension avec celles d'assujettissement des corps détenus ou malades[15]. Quelles sont les formes de parcours de vie et de santé d'hommes qui vivent avec le VIH ou une hépatite et qui ont été incarcérés ? Quels sont les effets des

---

[12] CONNELL Raewyn, « Hégémonie, masculinité, colonialité », *Genre, sexualité & société* (13), juin 2015.

[13] RHODES Lorna A., « Toward an Anthropology of Prisons », *Annual Review of Anthropology* 30, 2001, p. 72.

Et peu après en France, avec des travaux de démographie carcérale et de sociologie, voir le chapitre 1.

[14] GOFFMAN Erving, *Asylums*, Garden City, New York, Anchor Bay Doubleday and Company, Inc., 1961 ; FOUCAULT Michel, *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1975.

[15] MARTUCCELLI Danilo, « Figures de la domination », *Revue française de sociologie* 45 (3), 2004, p. 469-497.

événements de santé qui les jalonnent, sur les situations sociales des individus et sur ceux qui les entourent ? De quelles manières les pratiques de soin et d'attention à soi sont-elles prises dans des injonctions à être responsable ou à intérioriser des normes de prévention ?

Parmi ces processus directeurs des parcours, la toxicodépendance tient une place significative. Presque tous les détenus que j'ai rencontrés dans l'enquête consomment ou ont consommé des produits psychoactifs. Pour certains, dépendants et désaffiliés, cet usage se vit comme une « expérience totale », une « ligne biographique (...) [qui] domine et parasite l'ensemble des engagements de la vie quotidienne pour organiser l'essentiel de l'existence autour d'un domaine d'activité, d'un objet, ici l'usage de drogues[16]. » L'usage se décline et varie selon les situations socio-économiques et les préférences en termes de produit et de mode de consommation. Ponctuées de prises en charge médicosociales tributaires des politiques sanitaires et pénales, les trajectoires de traitements de substitution se confondent avec celles des incarcérations et des sorties de prison, mêlant pauses et polyconsommation[17]. Mon enquête doit ici beaucoup aux travaux et aux conseils de F. Fernandez, notamment à son choix d'envisager le fait social de l'usage de drogues dans toute sa complexité, entre expérience sensible et prise en charge institutionnelle éclatée.

Les parcours apparemment chaotiques des usagers et des sortants de prison appellent à pleinement rendre compte de l'agentivité des acteurs. Dans cette recherche, je m'attache à rendre compte de leurs capacités d'agir en tant qu'acteurs, à éprouver des situations de domination mais aussi à y résister ou à les contourner. Je n'envisage pas ces hommes comme les cibles de mécanismes de pouvoir systémiques, qui les assigneraient à l'immobilité, au présentisme, à la pauvreté ou à la maladie, du fait de leur situation sociale. Je les considère plutôt comme des acteurs dotés de marges de manœuvre mais pris dans des contraintes : leurs ressources limitées par des situations de pénuries appellent à la débrouille et à la résistance lorsqu'elles sont possibles. Je choisis ce regard large pour permettre d'éclairer les ambivalences des expériences de la sortie de prison, de la séropositivité et des prises en charge.

Cette ambivalence se prolonge dans le regard sociologique porté sur les acteurs professionnels et institutionnels, qui contribuent à infléchir les parcours. En observant les soignants, j'interroge à la fois les pratiques de soins et de surveillance des patients ; en observant les travailleurs sociaux, je cherche à saisir les pratiques d'accompagnements et de contrôle, de soutien et d'assistance. Dans ces interactions, l'attention doit également

---

[16] FERNANDEZ Fabrice, *Emprises. Drogues, errance, prison: figures d'une expérience totale*, Bruxelles, Larcier, 2010, p. 29.

[17] FERNANDEZ Fabrice, *Emprises. Drogues, errance, prison: figures d'une expérience totale*, *op. cit.*

être portée à la marge de manœuvre des professionnels de l'aide sociale, qui, loin de se limiter à dispenser systématiquement des services à des demandeurs éligibles, exercent plutôt un pouvoir discrétionnaire[18] ou usent de la débrouille pour faire face à un contexte de gestion de la rareté. Cette marge rend incertain l'accès de l'usager, pourtant éligible, à des droits et services médicosociaux effectifs et de qualité. Ces traitements et ces contraintes institutionnelles partagent un socle commun d'intervention : celui de la dépendance des hommes séropositifs, en prison et en ville, aux ressources et aux soins que les intervenants maîtrisent. Le délitement de la protection sociale et la précarisation du travail au cours des dernières décennies a provoqué une incertitude grandissante face aux risques sociaux, tels que la maladie ou le chômage. Les hommes de mon enquête, qui ont moins de supports que d'autres pour y faire face, y sont particulièrement vulnérables. Quels sont les ressorts de cette vulnérabilité ? De quelles manières les épreuves de la séropositivité, de l'incarcération et de la sortie de prison contribuent-elles à rendre les sortants plus vulnérables ?

La sortie de prison est en effet une épreuve particulière et moins connue de la sociologie de la prison. Moment difficile à saisir pour l'observatrice extérieure, il interroge par la diversité de ses expériences et par le sentiment de flou qui semble le caractériser aux premiers abords. Entre-deux, à la marge entre le monde carcéral et le monde des Autres, la sortie de prison est le passage de la prison à la ville. Mais les récits des sortants ne sont pas tous ceux d'une réinclusion ou d'un retour à l'ordinaire. Comment expliquer cette diversité des expériences individuelles, dans un moment circonscrit par les prises en charge individuelles ?

Ces questions préliminaires délimitent une dernière ambition de cette recherche, celle de contribuer à penser l'envers de ces notions de sortie, de vulnérabilité, de précarité et de maladie – et d'interroger des dichotomies qu'elles sous-tendent : comment l'étude de la sortie de prison permet-elle de mieux comprendre l'intérieur de l'institution ? Comment l'étude d'un processus perçu comme une rupture peut-elle en éclairer les continuités ? Comment l'étude de situations de vulnérabilité permet-elle d'éclairer la protection et les supports sociaux ? Enfin, comment l'étude des situations de maladie peut-elle éclairer les conditions possibles pour être en « bonne » santé ?

Les parcours de santé apparaissent ainsi comme des objets à mêmes de répondre à ces interrogations et d'en décrire les multiples facettes. A partir du faisceau d'interrogations sociologiques que je propose, le problème de départ, celui de l'interruption des prises en charge médicales à la sortie de prison, peut servir de tremplin pour en proposer un autre : celui de la tension entre responsabilisation et

[18] DUBOIS Vincent, « Politiques au guichet, politique du guichet », *in* BORRAZ Olivier et GIRAUDON Virginie (dir.), *Politiques publiques 2*, Paris, Presses de Sciences Po, 2012.

assujettissement dans les expériences du traitement social de la déviance d'une population fragilisée. Cette tension permet d'illustrer les ressorts de la vulnérabilité sociale croissante d'individus fragiles et surexposés aux risques sociaux[19].

L'enquête, dedans et dehors

L'enquête que j'ai menée vise à décrire les ressorts des parcours de ces hommes et les rapports sociaux qui les infléchissent. Le défi de l'enquête est de décrire l'ordre social et politique qui reproduit la maladie et la précarité. Pour appréhender les parcours et les états de santé des détenus et des sortants, je recours à un dispositif d'enquête conçu pour saisir la complexité de l'objet, sur un terrain difficile d'accès. C'est ainsi que j'ai conduit une enquête en trois volets : par observation ethnographique, par entretiens biographiques répétés et par questionnaires.

L'enquête s'est déroulée dans deux maisons d'arrêt, situées en Ile-de-France. Le recrutement territorial et la centralisation de l'institution pénitentiaire expliquent que ces établissements enferment une population de détenus similaires. Plus précisément, la situation francilienne explique la proportion importante de détenus étrangers et de détenus en situation de précarité économique et sociale, par rapport aux autres maisons d'arrêt françaises.

L'observation et la participation sont difficiles en maison d'arrêt, voire impossibles selon certains[20], car le cloisonnement de l'espace et du traitement de la population pénale laisse à voir un nombre déconcertant de portes fermées et de comportements policés. L'Administration pénitentiaire s'est pourtant ouverte aux chercheurs dans les dernières décennies[21], en détention et dans les espaces périphériques d'échanges avec ses professionnels. Accueillie en tant que stagiaire des services sanitaires en détention, j'ai mené une enquête ethnographique entre 2011 et 2013, en multipliant les périodes de présence en détention et les interactions avec les agents pénitentiaires et les soignants.

Pour recueillir le point de vue des détenus, j'ai conduit des entretiens biographiques dans l'une des deux maisons d'arrêt. Les récits de vie qu'il m'ont livrés au cours d'entretiens et d'échanges répétés en détention, puis en ville au moment de leur

---

[19] CASTEL Robert, « La dynamique des processus de marginalisation: de la vulnérabilité à la désaffiliation », *Cahiers de recherche sociologique* (22), 1994, p. 11–27 ; SOULET Marc-Henry (dir.), *Vulnérabilité: de la fragilité sociale à l'éthique de la sollicitude*, Fribourg, Suisse, Academic press, 2014.

[20] LIEBLING Alison, « Thrown In or Drawn In? On sinking and swimming in prison research and ethnography », *in Resisting the Eclipse An International Symposium on Prison Ethnography*, Open University, Milton Keynes, 2012.

[21] Contrairement au contexte étasunien, où les opportunités de recherche s'amenuisent, WACQUANT Loïc, « The Curious Eclipse of Prison Ethnography in the Age of Mass Incarceration », *Ethnography* 3 (4), 2002, p. 371-397.

sortie de prison, m'ont permis de construire leurs parcours de santé. L'enquête est ainsi devenue multi-située, me conduisant à mener des entretiens dans les divers lieux que les sortants fréquentaient : l'hôpital, les centres et associations de prise en charge de la toxicomanie, les centres d'hébergement social, les lieux de sociabilité publique de quartier, comme les cafés.

Le consensus que j'évoquais plus haut, sur le problème présupposé de l'interruption de soins des professionnels de santé et de la lutte contre le VIH/Sida et les hépatites, a donné lieu à des attentes de production scientifique sur le sujet. Financée par l'association Sidaction puis par l'Agence nationale de la recherche sur le VIH/Sida et les hépatites virales, ma recherche visait aussi à suggérer des facteurs d'interruption ou de continuité des soins à la sortie de prison. Avec l'aide d'Aline Désesquelles, j'ai ainsi élargi le dispositif méthodologique à un volet d'enquête par questionnaires. L'objectif était de produire des données de cadrage concernant les situations sociodémographiques et pénales, les ressources et le soutien des détenus séropositifs aux VIH ou au VHC. Les personnes que j'ai interrogées sont en grande partie des hommes, du fait de leur présence très majoritaire dans le système carcéral.

Conçus ainsi, les trois outils du dispositif d'enquête partagent un même objet et invitent à une imbrication des données dans la restitution des résultats et de l'analyse. Ce dispositif à méthodes complémentaires vise à construire un ensemble de cas, c'est-à-dire de parcours de santé, pour décrire la singularité des situations et les situer sociologiquement. Les hommes qui ont participé à cette enquête ne constituent pas un groupe social ; ils partagent une expérience du monde carcéral et de la séropositivité que cette recherche s'applique à décrire. Identifiés par leur séropositivité et leur situation pénale au moment de l'enquête, ils constituent une catégorie identifiée comme « difficile à atteindre » par la recherche biomédicale et l'intervention sanitaire.

Cette notion traduite de l'anglais « *hard to reach* » est paradoxale dans cette enquête, où ces hommes sont captifs et à proximité spatiale des soignants pendant la durée de leur incarcération. Dans l'une des deux maisons d'arrêt, les cellules sont situées à moins de 100 mètres des lieux de consultation médicale. L'organisation de la vie en détention, le flux important de détenus et la difficile prévisibilité des sorties concourent à rendre l'obtention d'un face-à-face avec un détenu incertain. Ceci rend le suivi intracarcéral laborieux, pour les soignants mais aussi pour l'intervenante extérieure. La dureté des conditions de vie et de travail concourent à une expérience usante pour tous. En ville, la continuation de l'enquête dépendait de la disponibilité des sortants, libres de ne pas répondre à mes sollicitations, et de la précarité de leur situation, qui rendait les domiciliations et les numéros de téléphones peut fiables.

L'enquête est résolument sociologique mais s'inscrit dans une littérature pluridisciplinaire et internationale, que je traite dans la première partie de ce travail. La santé postcarcérale est un objet de santé publique, mieux documenté par les travaux étasuniens et britanniques que français. Dans le premier chapitre, je traite ces publications de santé publique et de sciences biomédicales comme un corpus, qui permet d'objectiver le traitement de la santé postcarcérale par certains corps professionnels sur le terrain. Le présupposé de l'interruption du suivi postcarcéral s'appuie sur une certaine conception du parcours de soins coordonné. Je pars de cet objet pour situer le parcours de santé, un objet sociologique. Il permet d'étudier les pratiques des patients mais aussi le cadre institutionnel et politique de leurs prises en charge. Dans le second chapitre, je décris le contexte politique national et international de ces parcours de santé, pour faire sens d'un paradoxe apparent : si la mauvaise santé des détenus fait consensus, pourquoi les acteurs impliqués, notamment les décisionnaires politiques, ne se mobilisent-ils pas pour y remédier ? Dans ce débat, le VIH et l'hépatite C tiennent une place particulière, qui doit à la mobilisation extraordinaire contre le VIH/Sida, à l'échelle de la santé globale.

La deuxième partie est consacrée aux méthodes et à l'expérience d'enquête. Dans les troisième et quatrième chapitres, je décris le dispositif d'enquête pour montrer comment, à partir d'outils complémentaires et de plusieurs corpus de matériaux, je construis des parcours de santé d'hommes vivant avec le VIH ou une hépatite C et ayant été incarcérés. Je traite ces parcours comme un ensemble de cas, singuliers car irréductibles aux parcours d'autres hommes détenus ou d'autres hommes séropositifs. L'objectif de l'enquête est donc de décrire cette singularité et d'identifier les contextes sociaux et temporels qui rendent l'existence de ces parcours possibles. Cette partie aborde aussi mon expérience de l'enquête, en prison et en ville, et analyse de manière intersectionnelle mes rapports avec les détenus et les sortants, éclairant les conditions qui rendent dicible l'expérience de l'incarcération et de la séropositivité.

Les troisième et quatrième parties présentent les résultats concernant les parcours de santé et la sortie de prison. Leurs chapitres traitent des résultats de l'enquête multisituée et sont enrichis par le sens que l'on peut donner à l'expérience d'enquête. Le cinquième chapitre décrit ainsi les parcours de vie et de santé des hommes interviewés, leurs expériences et les personnes qui les entourent. Il pose la question de l'effet de la prison sur la santé et de la santé sur l'expérience carcérale. Dans la continuité, le sixième chapitre approfondit la compréhension de la prise en charge médicale du VIH et de l'hépatite C en milieu carcéral. Le soin en prison fait l'objet de tensions entre soignants et soignés mais aussi entre professionnels et professions du milieu carcéral. Je décris le soin comme objet de pratiques relevant de traitements et de contraintes, par les

professionnels de santé mais aussi par les agents pénitentiaires. Observer leur travail et leurs discours, en détention et dans des lieux d'échanges pluriprofessionnels en ville, m'a permis d'identifier des types de raisonnements et de positions sur la santé carcérale, qui forment l'espace du débat sur la question, du point de vue des détenus mais aussi de ceux qui les prennent en charge.

Enfin, les septième et huitième chapitres abordent un moment particulier des parcours, la sortie de prison. Je décris cette expérience comme une épreuve qui impose un travail d'ajustements au sortant. Ces ajustements diffèrent selon les situations sociales individuelles mais se décline en six dimensions : la dimension incorporée, où le corps éprouve et signifie les effets de l'enfermement et du retour à la ville ; la dimension administrative, où le sortant engage des démarches d'accès aux droits et aux services, notamment de logement, en interagissant avec des professionnels de l'aide sociale ; la dimension sanitaire, où le patient s'efforce de répondre aux attentes de soins et de traitement en dépit des démarches et de ses conditions de vie précaires ; la dimension relationnelle, où le conjoint, le père, le proche ou l'usager de services d'aide sociale ou de santé s'ajuste à la sortie et aux nouvelles conditions de sociabilité avec ses proches et les professionnels ; la dimension de travail, où l'employé, le demandeur d'emploi ou « l'inactif » négocie sa place sur le marché du travail ou non ; et enfin, la dimension temporelle, où la sortie s'impose comme un moment pour réfléchir à soi, à son futur, à la possibilité d'infléchir son parcours pour ne plus se retrouver détenu (ou toxicodépendant) ou « s'en sortir ». Cette expérience de la sortie est un moment flou, qui pose la question du passage entre la prison et la ville. Floue, indéfinie dans le temps et caractérisée par une incertitude qui parait sans fin, la sortie peut se concevoir comme le moment liminaire, d'entre-deux d'un rite de passage. Cette liminalité et les registres d'interactions avec les institutions qui administrent les sortants produisent les conditions de vulnérabilisation de sortants de prison déjà fragiles et surexposés aux risques sociaux.

PREMIÈRE PARTIE – L'état de la littérature

Chapitre 1. Pour une approche processuelle de la santé postcarcérale

Introduction

Quelles sont les approches de la santé postcarcérale privilégiées dans les travaux de sciences biomédicales ? Comment peut-on décrire le traitement de ce problème, à partir du corpus des recherches en sciences sociales sur la prison et la santé ? Pour éclairer ces deux premières questions, j'ai rassemblé un corpus d'articles scientifiques issus de publications d'épidémiologie, de médecine et de sciences de la vie, pour les situer par rapport aux connaissances de sciences sociales. Dans ces publications, la santé postcarcérale est pensée comme un problème de santé publique, en référence à un cadre théorique biomédical. Celui-ci met en jeu des connaissances médicales et épidémiologiques et incorpore les données démographiques ou sociologiques en tant que facteur de risque sanitaire. Ces travaux mettent en exergue un problème principal concernant la santé postcarcérale : la discontinuité des soins à la sortie de prison. Quel est l'effet de concevoir ainsi l'interruption de la prise en charge médicale comme le nœud du problème de santé publique ? On verra qu'il suppose une rupture entre les soins en détention et à l'hôpital. Formulé ainsi, le problème appelle une réponse par le renforcement de l'adhésion du patient, développée dans le chapitre suivant. Si la prise en charge est assurée par l'Ucsa puis par l'hôpital, comment l'institution médicale conçoit-elle d'agir sur la continuité des soins ?

Une fois cette approche de la santé postcarcérale décrite, je la discute au regard des travaux de sciences sociales des prisons et de la santé. Ceux-ci mettent en exergue les continuités des processus sociaux à l'œuvre dans les institutions, mais aussi dans les parcours des patients détenus et le travail des professionnels. Quelles sont ces continuités et comment s'expliquent-elles ? On abordera l'interprétation commune de ces deux institutions comme des institutions totales et le lien privilégié de l'Ucsa à son hôpital de rattachement. L'objectif de ce chapitre est de situer l'approche scientifique et méthodologique qui fonde cette recherche.

Le problème ainsi posé du point de vue des institutions et de leurs professionnels appelle à explorer le point de vue des patients détenus et des sortants de prison – et c'est ce point de vue que je m'attache à situer et décrire dans cette recherche. Tout en montrant et en qualifiant les ruptures dans leurs parcours, je mets en lumière les formes de continuités, notamment en termes de processus sociaux sous-jacents. C'est pourquoi

je plaide dans ce chapitre pour une approche processuelle de l'incarcération et de la sortie de prison. En éclairant les récurrences et les continuités, elle complète l'approche de la sortie comme rupture de soin et fournit une approche pertinente et méthodologiquement féconde pour saisir les enjeux de la santé postcarcérale. Pour étayer cette approche et la situer au regard des connaissances disponibles, je propose une analyse des travaux de sciences sociales sur la sortie. Elle pose les bases du parti pris scientifique de la recherche, faisant de la sortie de prison un moment de rupture institutionnelle et de continuité biographique.

La santé postcarcérale : un objet de santé publique

Pour décrire la santé carcérale du point de vue de la santé publique, je m'appuie sur l'analyse d'un corpus de publications de sciences biomédicales[22] rassemblé pour rendre compte de la place et de la conception de cet objet par les professionnels de santé et la recherche médicale. Pris comme l'expression de la problématisation de la question dans la discipline, le corpus montre d'abord que la santé postcarcérale est conçue comme un problème sanitaire pour les professionnels de santé. Il est construit sur un présupposé, celui d'une rupture dans le parcours de soins des personnes détenues, entre l'incarcération et la sortie de prison. Cette problématisation biomédicale est le point de départ de la réflexion qui m'a amenée à concevoir un cadre interprétatif et méthodologique. Ce cadre me permet à la fois de rendre compte des différentes facettes de cette problématisation et de la confronter à des descriptions de situations qui l'interrogent : élaborée dans les chapitres 1 et 2, c'est une approche processuelle de la santé, à travers l'étude des parcours de santé des détenus qui a guidé la recherche.

Des données médicales et épidémiologiques largement anglaises et étasuniennes

La majorité des études sur la santé des personnes sortant de prison relèvent du domaine de la santé publique et de l'épidémiologie. Bien plus fournie aux États-Unis entre les années 2000 et 2015, la littérature sur les populations carcérales françaises se développe depuis moins d'une dizaine d'années. J'examine d'abord la littérature de sciences biomédicales étasunienne, puis les études françaises émergentes et enfin en sciences sociales. Le corpus compte 148 publications[23] de sciences biomédicales sur la

[22] J'inclus dans les sciences biomédicales les disciplines suivantes : l'épidémiologie et la santé publique, les sciences de la vie et la médecine.

[23] Une recherche bibliographique des publications recensées sur la plateforme « Pubmed » le 15 juin 2015 (avec les critères de recherches suivants : articles publiés entre 2000 et 2015, mots-clés « prison* release* health » et les références citées par ces articles), relève 148 études sur la santé somatique et psychique des

santé des sortants de prison, pour cerner la manière dont la santé publique problématise la sortie de prison, aux États-Unis et en France[24].

L'étude du corpus étasunien met en évidence que les populations détenues et sortant de prison sont des cibles d'interventions de santé publique perçues comme légitimes et évaluées. En France, les travaux de santé publique ou d'épidémiologie sur la population postcarcérale sont encore peu nombreux (11) et restent descriptifs. Pris dans leur contexte de production, ils participent à une problématisation similaire de la sortie de prison comme rupture et risque sanitaire.

Les sortants de prison, population cible de la santé publique aux États-Unis

Le contexte sociohistorique de la politique de recherche étasunienne, et ses enjeux en termes d'éthique, a sans doute permis un nombre important d'études sur la population carcérale, et par extension, sur la population postcarcérale. Elles sont largement descriptives et/ou rétrospectives, mais un nombre non négligeable d'entre elles est interventionnel. En France, le contexte est tout autre : les recherches sur la santé des détenus sont très peu nombreuses et les études interventionnelles sont inexistantes et très difficiles à mettre en œuvre – impensables plutôt, pour certains praticiens en milieu carcéral, qui se l'expliquent par une réticence politique induite par la mémoire des expérimentations abusives de détenus.

Dans ses formulations de santé publique, la santé carcérale est un objet conçu dans le cadre du paradigme biomédical. Une problématique prévaut dans l'ensemble des publications étasuniennes : la prison est une cible d'intervention de santé publique reconnue et la sortie, le corolaire d'intervention indispensable. La sortie marque la

---

personnes sortant de prison en Amérique du Nord et 1 étude en France. La sélection des publications abordées ici privilégie la qualité scientifique de la publication et la reconnaissance de la revue dans la communauté scientifique puis celles abordant le VIH, les hépatites, la santé mentale, les dispositifs d'interventions pour l'accès aux soins et la réduction des difficultés liées à l'expérience de sortie de prison et, enfin, ce qui est qualifié de facteurs de réduction de l'accès aux soins et aux droits. Une première recherche bibliographique avait été menée en 2011 pour la préparation du volet quantitatif de l'enquête. La comparaison met en évidence une évolution récente et majeure dans le traitement social de la santé carcérale et postcarcérale aux Etats-Unis : depuis dix ans, elles sont devenues de véritables problèmes de santé publique et des cibles d'intervention valorisées.

Si la majorité des publications sont étasuniennes, d'autres contextes nationaux ont permis des études sur la santé postcarcérale. Dans l'ordre du nombre de publications, ces pays sont : l'Australie, le Royaume-Uni et l'Afrique du Sud. Enfin, on trouve une à deux publications pour les pays suivants : l'Espagne, l'Italie, l'Iran, le Népal, la Suède, la Suisse, la Thaïlande et l'Ukraine. Les problématiques de santé publique qui sous-tendent ces études sont du même ressort que celles du corpus étasunien, dont les publications sont plus nombreuses : c'est pourquoi seul le corpus étasunien est exploité et analysé ici. Les références du corpus sont énumérées en annexes, p. 583.

[24] Les prochains paragraphes montrent que le traitement de la santé postcarcérale implique la réification de la sortie de prison comme point de rupture entre un « avant » et un « après », essentiellement différents et opposés.

rupture entre l'incarcération et le retour au milieu social ; elle est entendue comme une rupture certes physique, d'un environnement à un autre, mais aussi vis-à-vis de l'institution médicale, dont elle quitte la patientèle. Elle situe et explique tout à la fois la discontinuité des soins et ses facteurs explicatifs (difficultés financières, de réinsertion professionnelle, familiales).

Dans l'ensemble, les publications du corpus s'intéressent à : l'état de santé des détenus et des sortants et ses facteurs explicatifs d'un côté, et de l'autre, la faisabilité et l'efficacité de programmes interventionnels pour réduire les discontinuités de prises en charge. Par ailleurs, elles traitent en majorité du VIH/Sida, bien que les mots-clés que j'ai choisis comme critères de recherche bibliographique n'incluent pas « VIH ». Les autres infections et pathologies étudiées incluent, dans l'ordre de fréquence, les addictions aux opiacés et la santé mentale, et dans une moindre mesure, l'hépatite C (souvent en lien avec les dépendances).

Les populations carcérale et postcarcérale, des cibles d'actions de santé publique

L'incarcération massive des dernières décennies a affecté les classes populaires et racialisées des États-Unis[25], générant une population de 700 000 sortants de prison par an en moyenne[26]. Les sortants et leurs proches, déjà définis par la santé publique comme des populations vulnérables (usagers de drogues par intraveineuse, sans domicile, de niveau d'éducation faible ou de statut socioéconomique faible, ou atteintes de troubles mentaux), sont d'autant plus précarisés par les incarcérations souvent répétées[27]. L'expression de « *revolving door*[28] » fait référence au recrutement privilégié par les prisons américaines de personnes ayant déjà été incarcérées, créant une sorte de cycle entre dedans et dehors pour une partie croissante des classes populaires non-Blanches. Ainsi, des interventions effectives pour améliorer la santé en prison et pour assurer la continuité des soins à la sortie auraient des effets positifs sur la santé des personnes incarcérées, mais aussi la population générale[29].

Dans le cas du VIH, la circulation de personnes séropositives à travers le système carcéral fournit une opportunité de diagnostic, d'éducation, de conseil et de traitement

---

[25] WACQUANT Loïc, *Punir les Pauvres*, Marseille, Agone, 2004.

[26] CARSON E. Ann et GOLINELLI Daniela, « Prisoners in 2012. Trends in Admissions and Releases, 1991–2012 », *Bulletin of the Bureau of Justice Statistics, US Department of Justice*, 2013 2014, p. 44.

[27] DUMONT Dora M. *et al.*, « Public health and the epidemic of incarceration », *Annual Review of Public Health* 33, 2012, p. 325-339 ; DUMONT Dora M. *et al.*, « Jails as Public Health Partners: Incarceration and Disparities Among Medically Underserved Men », *International Journal of Men's Health* 12 (3), 2013, p. 213-227.

[28] FU Jeannia J. *et al.*, « Understanding the Revolving Door: Individual and Structural-Level Predictors of Recidivism Among Individuals with HIV Leaving Jail », *AIDS and Behavior* 17, 2013, p. S145-S155.

[29] SPAULDING Anne C. *et al.*, « HIV/AIDS among inmates of and releasees from US correctional facilities, 2006: declining share of epidemic but persistent public health opportunity », *PloS One* 4 (11), 2009, p. e7558.

des populations vulnérables américaines. Difficiles à atteindre par les services de santé en milieu ouvert, elles sont à la fois surreprésentées en prison et ont obtenu moins de bénéfices liés aux traitements ARV que la population générale[30]. Dans de nombreuses publications, la prison est reconnue comme un dispositif éprouvé pour l'action de santé publique dans la lutte contre le VIH aux États-Unis[31]. De manière générale, les prisons fédérales ont réussi à élargir l'accès à la prise en charge du VIH et aux ARV[32], reflété dans réduction de la mortalité due au Sida entre 1995 et 2010[33]. Une étude montre d'ailleurs que les résultats virologiques sont meilleurs chez les détenus séropositifs que sur les personnes dans le même essai clinique, mais vivant en milieu ouvert[34].

Cependant, de nombreux détenus sont dépistés pour la première fois lors d'une incarcération[35] et trois quarts des détenus séropositifs commencent leur traitement lors d'une incarcération[36]. Vue comme le prolongement nécessaire à l'efficacité des interventions en milieu carcéral dans une grande partie de ces publications, la santé des sortants de prison doit être incluse dans la stratégie des interventions de santé publique[37]. Dans le cas du VIH, les prisons américaines libèrent toujours autant de personnes séropositives, une constante produite par une double dynamique de chute du taux de prévalence de VIH chez les détenus américains[38] d'un côté et de hausse importante du nombre de personnes incarcérées[39], de l'autre.

Dans le cadre des interventions sanitaires, l'enjeu de la mise sous traitement en détention est de rapprocher les détenus des dispositifs médicosociaux du milieu ouvert, un processus dit de « *linkage* ». La sortie est décrite comme étant délétère pour

---

[30] SPRINGER Sandra A *et al.*, « Effectiveness of antiretroviral therapy among HIV-infected prisoners: reincarceration and the lack of sustained benefit after release to the community », *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America* 38 (12), 2004, p. 1754-1760.

[31] BOUTWELL Amy et RICH Josiah D., « HIV Infection behind Bars », *Clinical Infectious Diseases* 38 (12), 2004, p. 1761-1763 ; RICH Josiah D. *et al.*, « Successful linkage of medical care and community services for HIV-positive offenders being released from prison », *Journal of Urban Health* 78 (2), 2001, p. 279–289.

[32] STEPHENSON Becky L *et al.*, « Effect of release from prison and re-incarceration on the viral loads of HIV-infected individuals », *Public Health Reports* 120 (1), 2005, p. 84-88.

[33] MARUSCHAK Laura M., « HIV in Prisons, 2001-2010 », *Bulletin of the Bureau of Justice Statistics, US Department of Justice*, 2012 2015, p. 12.

[34] FISCHL M. *et al.*, « Impact of directly observed therapy on long-term outcomes in HIV clinical trials », *in Program and abstracts of the 8th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections*, 2001, p. 4–8.

[35] DIXON Peters S. *et al.*, « Infection with the human immunodeficiency virus in prisoners: meeting the health care challenge », *The American Journal of Medicine* 95 (6), 1993, p. 629–635.

[36] ALTICE Frederick L., MOSTASHARI Farzad et FRIEDLAND Gerald H., « Trust and the acceptance of and adherence to antiretroviral therapy », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 28 (1), 2001, p. 47–58.

[37] KINNER Stuart A. et WANG Emily A., « The case for improving the health of ex-prisoners », *American Journal of Public Health* 104 (8), 2014, p. 1352-1355.

[38] La prévalence du VIH a diminué : de 2.1% en 1997 puis de 1.7% en 2006, elle était de 1,4% en 2008, dernières données disponibles, MARUSCHAK Laura M., « HIV in Prisons, 2001-2010 », *art. cit.*

[39] SPAULDING Anne C. *et al.*, « HIV/AIDS among inmates of and releasees from US correctional facilities, 2006 », *art. cit.*

l'observance et pour l'état de santé des personnes séropositives[40] parce qu'elle éloigne les patients de l'intervention médicale. Elle est vue comme le passage entre un milieu fermé, structuré – où l'administration des médicaments peut être suivie de près par les professionnels de santé – au milieu ouvert – où l'adhérence et l'accès aux soins peuvent être difficiles et où les sortants sont très peu aidés et accompagnés vers l'observance[41].

Les interruptions de traitements ont été identifiées comme problématiques et reconnues : ainsi, des collaborations entre prisons, centres de santé de proximité (« *community health centers* »), institutions de santé publique et centres de recherche ont été mis en place pour faciliter le recours aux soins des sortants de prison[42]. Ces interventions tirent leur légitimité de données médicales et épidémiologiques sur les populations détenues et sorties de prison.

Une population étudiée et connue de la profession médicale

Le corpus inclut des études qui participent à consolider un ensemble de données épidémiologiques sur ces populations. Tout comme en France, l'espérance de vie des personnes détenues aux États-Unis n'est pas connue[43]. En revanche, dans la limite des contraintes techniques de faisabilité des enquêtes[44], la mortalité des détenus et des sortants a été étudiée[45], en voici les quatre résultats principaux : si elle est faible en détention, elle est élevée à la sortie[46] ; les quatre premières causes de décès sont le VIH/Sida, le cancer, la cirrhose et l'homicide[47] ; et la réduction de l'espérance de vie est proportionnelle au nombre d'années passées en prison[48].

---

[40] STEPHENSON Becky L *et al.*, « Effect of release from prison and re-incarceration on the viral loads of HIV-infected individuals », *art. cit.*

[41] *Ibid.*

[42] *Ibid.*

[43] Les difficultés techniques qui préviennent les études sur l'espérance de vie en détention sont nombreuses et importantes aux Etats-Unis. Le plus importante d'entre elles est l'absence de recueil systématique de données sur cette sous-population particulière au niveau national (difficile du fait de : la gestion à la fois privée et publique d'un parc d'établissements carcéraux hétérogène ; l'organisation fédérale de la gestion de la population carcérale ; le nombre important d'étrangers en détention, entre autres facteurs).

[44] HARTWELL Stephanie W. *et al.*, « Harmonizing databases? Developing a quasi-experimental design to evaluate a public mental health re-entry program », *Evaluation and Program Planning* 35 (4), 2012, p. 461-472.

[45] ZLODRE Jakov et FAZEL Seena, « All-cause and external mortality in released prisoners: systematic review and meta-analysis », *American Journal of Public Health* 102 (12), 2012, p. e67-75.

[46] Sur une cohorte de 23510 personnes en détention dans l'état de Géorgie un jour donné en 1991 : la mortalité en détention est faible (SMR=.85, 95% CI :0.77, 0.94) mais élevée à la sortie (SMR=1, 54, 95% CI : 1.48, 1.61). SPAULDING Anne C. *et al.*, « Prisoner survival inside and outside of the institution: implications for health-care planning », *American Journal of Epidemiology* 173 (5), 2011, p. 479-487.

[47] Les causes de décès à la sortie sont différentes des causes de décès en détention : 62% des décès (« excess mortality following release ») étaient causés par le VIH, un cancer, cirrhose, homicide, transporation et empoisonnement accidentel). *Ibid.* L'étude des causes de décès en milieu carcéral français est en cours, menée par A. Désequelles en collaboration avec le Bureau des études de l'Administration pénitentiaire.

[48] PATTERSON Evelyn J., « The dose-response of time served in prison on mortality: New York State, 1989-2003 », *American Journal of Public Health* 103 (3), 2013, p. 523-528.

Les femmes sont peu étudiées dans les recherches publiées, mais apparaissent comme ayant des besoins propres à une sous-population plus particulièrement vulnérable[49] et elles sont parfois la cible de programmes spécifiques[50]. Dans quelques publications plus récentes, les femmes sont analysées comme une « nouvelle population vulnérable ». Ces femmes sont les partenaires et les proches d'hommes et de femmes sortant de prison, qui ont des pratiques à risques qui favorisent la transmission d'infections sexuellement transmissibles à ces femmes[51].

L'épidémiologie du VIH dans la population carcérale est relativement bien connue, même si la diversité des caractéristiques locales et le nombre d'études locales rendent les moyennes nationales peu éclairantes[52]. La proportion de la population américaine vivant avec le VIH à avoir été incarcérée a diminué : si une personne séropositive sur cinq[53] avait été déjà incarcérée en 1997[54], seule une personne séropositive sur neuf[55] l'avait été en 2006[56]. Ces moyennes cachent cependant des tendances racialisées fortes : les Américains Noirs et Hispaniques ayant été incarcérés en 2006 représentaient toujours 20 % des personnes vivant avec le VIH aux États-Unis en 2006, soit la proportion calculée en 1997 pour la population générale[57].

De manière générale, les pratiques carcérales et postcarcérales de soins sont diverses d'un état à l'autre. Ainsi, le dépistage du VIH et du VHC n'est pas systématique

---

[49] WILLIAMS Chyvette T. *et al.*, « Gender differences in baseline health, needs at release, and predictors of care engagement among HIV-positive clients leaving jail », *AIDS and Behavior* 17, 2013, p. 195-202.

[50] JOHNSON Jennifer E. *et al.*, « Feasibility of an HIV/STI Risk-Reduction Program for Incarcerated Women Who Have Experienced Interpersonal Violence », *Journal of Interpersonal Violence*, 2014 ; JOHNSON Jennifer E., SCHONBRUN Yael Chatav et STEIN Michael D., « Pilot test of 12-step linkage for alcohol-abusing women in leaving jail », *Substance Abuse* 35 (1), 2014, p. 7-11 ; COLBERT Alison M. *et al.*, « Health care needs of women immediately post-incarceration: a mixed methods study », *Public Health Nursing* 30 (5), 2013, p. 409-419 ; FASULA Amy M. *et al.*, « Project power: Adapting an evidence-based HIV/STI prevention intervention for incarcerated women », *AIDS education and prevention: official publication of the International Society for AIDS Education* 25 (3), 2013, p. 203-215.

[51] BINSWANGER Ingrid A. *et al.*, « Gender and risk behaviors for HIV and sexually transmitted infections among recently released inmates: A prospective cohort study », *AIDS care* 26 (7), 2014, p. 872-881.

[52] WESTERGAARD Ryan P., SPAULDING Anne C. et FLANIGAN Timothy P., « HIV among persons incarcerated in the US: a review of evolving concepts in testing, treatment and linkage to community care », *Current opinion in infectious diseases* 26 (1), 2013, p. 10-16.

[53] HAMMETT Theodore M., HARMON Mary Patricia et RHODES William, « The burden of infectious disease among inmates of and releasees from US correctional facilities », *American Journal of Public Health* 92 (11), 2002, p. 1789-1794.

[54] La population pénale totale en 1997 est de 7,3 millions d'américains.

[55] SPAULDING Anne C. *et al.*, « HIV/AIDS among inmates of and releasees from US correctional facilities, 2006 », *art. cit.*

[56] La population pénale totale en 2006 est de 9,1 millions d'américains.

[57] SPAULDING Anne C. *et al.*, « HIV/AIDS among inmates of and releasees from US correctional facilities, 2006 », *art. cit.*

ni à l'échelle nationale ni à l'échelle fédérale, et seuls certains centres de soin carcéraux le pratiquent[58]

L'épidémiologie du VHC, assez peu étudiée en détention, a fait l'objet de plusieurs publications depuis 2010. L'épidémie est importante, mais difficile à décrire, tant elle varie d'un État à un autre[59] : la prévalence a été estimée à 40 % au Nouveau-Mexique[60], et à 7, 5 % dans une maison d'arrêt d'Atlanta[61]. Seule donnée nationale, une estimation de 2006 évalue la prévalence du VHC à 17,4 %, soit 260 00 personnes un jour donné[62]. Cette prévalence diminue en détention, en partie parce que les personnes infectées par le VHC vieillissent (et que les détenus plus âgés sont moins nombreux dans la population carcérale),[63] mais les détenus restent néanmoins une part importante de la population atteinte d'une hépatite C aux États-Unis. Les données les plus empiriques sont issues d'une étude de cohorte récente, qui a suivi 23 510 détenus incarcérés entre 1991 et 2010 dans l'état de Géorgie[64]. Elles montrent que si les décès liés au VIH étaient supérieurs à ceux liés aux maladies du foie, à partir de 2003, la tendance tend à s'inverser[65].

Le corpus réunit des données qui constituent un socle de connaissances épidémiologiques sur la santé des détenus pour la profession médicale. Elles sont utilisées par les auteurs pour faire reconnaitre le besoin de continuité des soins à la sortie de prison. Ces connaissances servent à justifier et construire une approche populationnelle d'interventions de santé publique, pour la santé des sortants et pour la population générale.

---

[58] COCOROS Noelle *et al.*, « Screening for Hepatitis C as a Prevention Enhancement (SHAPE) for HIV: an integration pilot initiative in a Massachusetts County correctional facility », *Public Health Reports*, 2014, p. 5-11.

[59] SPAULDING Anne S. *et al.*, « Impact of new therapeutics for hepatitis C virus infection in incarcerated populations », *Topics in Antiviral Medicine* 21 (1), 2013, p. 27-35.

[60] ARORA Sanjeev *et al.*, « Outcomes of Hepatitis C Treatment by Primary Care Providers », *The New England journal of medicine* 364 (23), 2011.

[61] Spaulding A, Bowden C, Miller L, Mbaba M, Church J. "*An IIDDEALL program for jails: integrating infectious disease detection at entry and linkage to care*". CDC HIV Prevention Conference; August 14–17, 2011; Atlanta, Georgia.

[62] VARAN Aiden K. *et al.*, « Hepatitis C seroprevalence among prison inmates since 2001: still high but declining », *Public Health Reports (Washington, D.C).* 129 (2), 2014, p. 187-195.

[63] SPAULDING Anne S. *et al.*, « Impact of new therapeutics for hepatitis C virus infection in incarcerated populations », *art. cit.*

[64] SPAULDING Anne C. *et al.*, « A comparison of liver disease mortality with HIV and overdose mortality among Georgia prisoners and releasees: A 2-decade cohort study of prisoners incarcerated in 1991 », *American Journal of Public Health* 105 (5), 2015, p. e51-57.

[65] Sur la période totale, 6 % des causes de décès sont attribuables aux pathologies hépatiques. Enfin, une étude de cohorte dont la prévalence d'hépatite C est de 25 % (n=57), montre par analyse de régression que les facteurs suivants sont liés à l'infection au virus de l'hépatite C : l'usage de drogues par intraveineuse, avoir été à la rue, ne pas avoir eu de famille proche pendant l'enfance et l'âge ; enfin, le risque d'infection est inférieur pour les Noirs-Américains que pour les Caucasiens, contrairement à ce qui a été publié par ailleurs. NYAMATHI Adeline *et al.*, « Understanding correlates of hepatitis C virus infection among homeless recently paroled men », *Journal of Forensic Nursing* 9 (3), 2013, p. 161-170.

Des études interventionnelles et des initiatives pour la continuité des soins à la sortie

Le corpus de publications inclut ainsi des études interventionnelles et des interventions pilotes qui visent à réduire l'interruption de prise en charge à la sortie de prison. La première étude visant à évaluer l'effectivité du traitement ARV en milieu carcéral américain ne date que de 2002[66].

Depuis, d'autres études interventionnelles ou de faisabilité ont été publiées et des projets pour la continuité des soins à la sortie ont été mis en œuvre ; si le ton des publications est souvent enthousiaste, peu d'interventions sont pleinement efficaces. Par exemple, dans le comté de San Francisco, une étude montre qu'une intervention d'éducation à la santé auprès de 73 personnes séropositives, des entretiens en amont puis en aval de la sortie de prison, favorise la consultation en centre de soins pour le VIH une fois libéré[67]. L'intervention n'a pas eu les effets escomptés de réduction des prises de risques sexuels, d'injection de drogues par voie intraveineuse, sur l'observance ou le diagnostic d'infections sexuellement transmissibles[68].

D'autres publications décrivent des partenariats locaux entre universitaires, associatifs, soignants pénitentiaires et agents de probation, qui proposent des prises en charge ciblées pour les sortants de prison, comme les « *Transitions cliniques*[69] ». Celle du Bronx, dans l'état de New York, propose des services avant et après la sortie : une préparation à la sortie, avec une prise de rendez-vous à la clinique, un accès facilité au logement, à l'emploi et d'autres services sociaux en détention, puis en milieu ouvert, des soins gratuits de santé primaire, pour la prise en charge du VIH, des addictions et de la santé mentale. Une étude rétrospective de 266 patients décrit les obstacles à la continuité des soins des sortants du Bronx, en mettant en avant le contexte socioéconomique et territorial de l'intervention – une perspective moins médico-centrée que la moyenne des publications sur le sujet[70]. Un des obstacles à la continuité des soins cités est par exemple

---

[66] SPRINGER Sandra A *et al.*, « Effectiveness of antiretroviral therapy among HIV-infected prisoners », *art. cit.*

Et si l'idée qu'une prise en charge renforcée doit être développée pour assurer la continuité de la prise en charge est partagée (Yéni 2010), la première étude interventionnelle n'a pas montré la supériorité du programme de suivi intensif par rapport à une prise en charge moins intensive (Wohl 2011). YÉNI Patrick (dir)., *Rapport 2010 sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH*, Paris, La Documentation Française, 2010. WOHL David A. *et al.*, « Intensive case management before and after prison release is no more effective than comprehensive pre-release discharge planning in linking HIV-infected prisoners to care: a randomized trial », *AIDS and Behavior* 15 (2), 2011, p. 356–364.

[67] MACGOWAN Robin J. *et al.*, « Positive Transitions (POST): Evaluation of an HIV Prevention Intervention for HIV-Positive Persons Releasing from Correctional Facilities », *AIDS and Behavior*, 2014.

[68] *Ibid.*

[69] WANG Emily A. *et al.*, « Transitions Clinic: Creating a community-based model of health care for recently released California prisoners », *Public Health Reports* 125 (2), 2010, p. 171-177.

[70] FOX Aaron D. *et al.*, « A description of an urban transitions clinic serving formerly incarcerated people », *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 25 (1), 2014, p. 376-382.

le manque d'assurance médicale ou de moyen de transport des sortants, qui reviennent à la charge de la clinique si elle veut assurer la rétention de ses patients (« *retention of care* »)[71].

Dans le sous-corpus de publications sur l'intervention, deux termes sont récurrents pour prévenir la discontinuité des soins : « *patient navigation* » et « *linkage* ». Le premier fait référence à l'accompagnement d'un « navigateur » aux rendez-vous médicaux des sortants et des sortantes de prison séropositifs au VIH. Ces accompagnements sont une opportunité pour soutenir le patient dans les démarches liées à son accès aux soins et à l'aide sociale (soit « naviguer ») ; ils sont plus efficaces pour l'accès et la rétention en soins, lorsque les accompagnements sont longs et que le binôme, socialement concordant, partage une connaissance de l'incarcération, le VIH et l'usage de drogues[72].

Le second terme, « *linkage* », fait référence au suivi d'un patient par le même dispositif, soignant ou bénévole, pendant et après l'incarcération. Par exemple, P. Iroh et son équipe s'appuient sur une synthèse de la littérature nord-américaine (n=2706 publications de recherches essentiellement interventionnelles) sur le dépistage, la continuité de la prise en charge le traitement et la charge virale de populations détenues, pour montrer l'effet encourageant à court terme, mais délétère à long terme, de l'incarcération sur le soin du VIH[73]. En effet, en comparant les taux nationaux, à ceux de la population carcérale à l'entrée en prison, pendant l'incarcération et après la sortie (cf. figure 1 ci-dessous), l'équipe d'Iroh montre que, si la prise en charge et le traitement augmentent nettement avec l'incarcération, la continuité du soin (*linkage & retention in care*) et des traitements baisse dramatiquement à la sortie de prison – à tel point que la prise en charge est moins bonne après la sortie qu'avant l'incarcération. La charge virale connait elle aussi cette évolution : une situation de départ moins bonne qu'en population générale suivie d'une amélioration en détention puis une nette dégradation après la sortie de prison. Ces interventions visent donc la réduction de l'interruption de la prise en charge postcarcérale. Elles dépendent fortement des connaissances sur cette discontinuité.

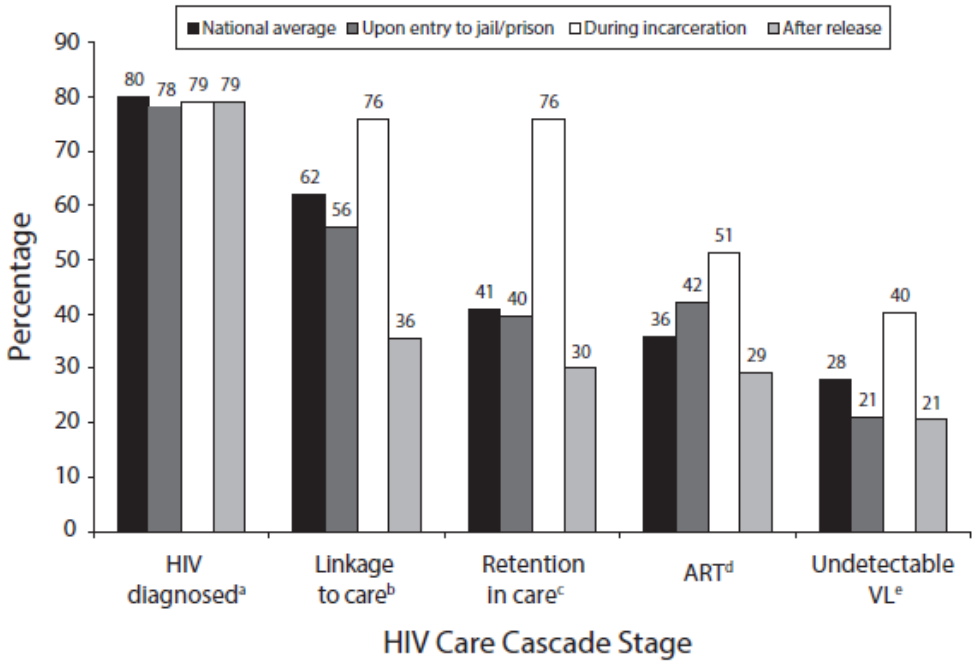
---

[71] *Ibid.*

[72] KOESTER Kimberly A. *et al.*, « Patient navigation facilitates medical and social services engagement among HIV-infected individuals leaving jail and returning to the community », *AIDS patient care and STDs* 28 (2), 2014, p. 82-90 ; BINSWANGER Ingrid A. *et al.*, « A patient navigation intervention for drug-involved former prison inmates », *Substance Abuse* 36 (1), 2015, p. 34-41.

[73] IROH Princess A., MAYO Helen et NIJHAWAN Ank E., « The HIV Care Cascade Before, During, and After Incarceration: A Systematic Review and Data Synthesis », *American Journal of Public Health* 105 (7), 2015, p. e5-e16.

Figure 1 - Parcours de prise en charge du VIH avant, pendant et après la sortie de prison : résultats de la synthèse de la littérature, la plus récente au moment de la rédaction, sur le VIH en population carcérale aux États-Unis et au Canada (Iroh et al. 2015 : e12, figure 2).



Mesurer la discontinuité des soins

Comme on le verra dans l'enquête que j'ai menée en France, auprès d'unités sanitaires en prison et à l'hôpital, la discontinuité des soins est une préoccupation importante des professionnels de santé. L'analyse du corpus étasunien y fait écho ; il montre que la discontinuité des soins postcarcéraux est donc reconnue comme une cible d'intervention de santé publique, et du *Center for Disease Control* notamment. Mesurer et qualifier précisément la discontinuité et ses facteurs explicatifs est plus problématique en raison des problèmes méthodologiques et techniques inhérents à la recherche postcarcérale en épidémiologie, sur un territoire fédéral qui regroupe une diversité de dispositifs et de pratiques de surcroit. Les publications du corpus forment un faisceau d'indices vers une discontinuité largement répandue et documentée, tout particulièrement pour le soin du VIH[74].

---

[74] SOLOMON Liza *et al.*, « Survey finds that many prisons and jails have room to improve HIV testing and coordination of postrelease treatment », *Health Affairs (Project Hope)* 33 (3), 2014, p. 434-442.

ALTHOFF Amy L. *et al.*, « Correlates of Retention in HIV Care after Release from Jail: Results from a Multi-site Study », *AIDS and behavior* 17, 2013, p. 156-170.

Les disparités de genre ont été démontrées pour la cohorte du projet *EnhanceLink* (n=2170, la plus grande cohorte de sortants de prison vivant avec le VIH) : six mois après la sortie, les femmes sont moins bien prises

Les effets somatiques et psychiques de la discontinuité des soins postcarcéraux

Les publications nord-américaines traitent aussi des effets somatiques et psychiques de la discontinuité des soins. La sortie de prison a des effets immunologiques et virologiques délétères pour les patients sous traitement ARV[75]. La sortie de prison est un moment de prises de risques élevées avec la reprise des comportements sexuels et addictifs avec de nouveaux partenaires[76] : l'interruption du traitement favorise les risques d'augmentation de la charge virale et de transmission du VIH.

La prévalence élevée des troubles psychiques (56 % de la population carcérale américaine[77]) fait de la santé mentale une problématique importante de la santé postcarcérale. L'opportunité de l'intervention au moment de la sortie pour la réinsertion, ou *community reentry*, est reconnue[78]. Certains programmes d'intervention spécialisés travaillent à la réinsertion, ou à la continuité des soins, selon des modes d'action très divers, qui vont de l'action ponctuelle à la prise en charge globale[79].

Une partie des publications sur la santé mentale des sortants de prison est préoccupée par la récidive, ses facteurs et d'éventuels leviers d'action de prévention[80].

---

en charge, avec une plus faible rétention en soins, une moins bonne observance et une faible suppression virale. MEYER Jaimie P. *et al.*, « Gender disparities in HIV treatment outcomes following release from jail: results from a multicenter study », *American Journal of Public Health* 104 (3), 2014, p. 434-441.

Les inégalités raciales ont aussi été étudiées. Par exemple, une étude rétrospective a mesuré la proportion de sortants de prison texans (n=2115) entre 2004 et 2007, qui ont fait usage de leur ordonnance pour acheter leur traitement antirétroviral après la sortie (5 % dans les 10 jours, 17 % dans les 30 jours et 30 % dans les 60 jours). Les sortants Hispaniques et Noirs étaient moins nombreux que les autres à faire remplir leur ordonnance 10 et 30 jours après la sortie. BAILLARGEON Jacques et al., « Accessing Antiretroviral Therapy Following Release From Prison », *The Journal of the American Medical Association* 301 (8), 2009, p. 848-857.

[75] Comme l'a mesuré une étude de cohorte rétrospective sur 15 patients sortis puis réincarcérés entre 1997 et 1999 en Caroline du Nord, comparés à 30 détenus restés en détention : la charge virale des détenus sortis puis réincarcérés avait augmenté alors qu'elle avait diminué chez ceux restés en prison. STEPHENSON Becky L et al., « Effect of release from prison and re-incarceration on the viral loads of HIV-infected individuals », art. cit.

Une autre étude conduite dans l'état du Connecticut montre que les détenus séropositifs réincarcérés avaient une charge virale supérieure et un taux de CD4 inférieur à celui atteint avant la sortie de prison SPRINGER Sandra A *et al.*, « Effectiveness of antiretroviral therapy among HIV-infected prisoners », *art. cit.*

[76] MORROW Kathleen M. *et al.*, « HIV, STD, and Hepatitis Risk in the Week Following Release From Prison: An Event-Level Analysis », *Journal of Correctional Health Care* 13 (1), 2007, p. 27-38 ; BINSWANGER Ingrid A. *et al.*, « Release from prison—a high risk of death for former inmates », *New England Journal of Medicine* 356 (2), 2007, p. 157–165 ; MACGOWAN Robin J. *et al.*, « Predictors of risky sex of young men after release from prison », *International journal of STD & AIDS* 14 (8), 2003, p. 519–523.

[77] JAMES Doris et GLAZE Lauren E., « Mental Health Problems of Prison and Jail Inmates », *Bulletin of the Bureau of Justice Statistics, US Department of Justice*, 2006, p. 2006.

[78] PETERSILIA Joan, *When Prisoners Come Home: Parole and Prisoner Reentry*, Oxford, Oxford University Press, 2009.

[79] ANGELL Beth *et al.*, « Engagement processes in model programs for community reentry from prison for people with serious mental illness », *International Journal of Law and Psychiatry* 37 (5), 2014, p. 490-500.

[80] Le recours aux soins des sortants atteints de troubles mentaux n'est qu'une des difficultés que pose la sortie : les sortants citent d'abord le logement et l'assistance financière dans l'ordre de leurs besoins, le traitement n'intervenant qu'ensuite. BLANK WILSON Amy, « How people with serious mental illness seek help after leaving jail », *Qualitative Health Research* 23 (12), 2013, p. 1575-1590.

Une des données récurrentes dans le corpus est que les sortants atteints de troubles mentaux sévères aient des taux de récidive supérieurs à la moyenne. De plus, les détenus sous traitement en détention sont souvent libérés avec une quantité de médicaments insuffisante, de sorte que la rupture de traitement est rarement évitée avant la reprise de contact avec un centre de soin de santé mentale de proximité[81].

Quant à la toxicomanie, elle est l'objet d'un nombre relativement important de publications récentes sur la Naltrexone retard injectable[82], une molécule très controversée qui pourrait favoriser l'abstinence chez les personnes dépendantes sevrées[83].

Les facteurs socioéconomiques ou environnementaux qui préviennent la continuité de soins

Pour expliquer les effets délétères[84] de la sortie de prison sur la santé, les publications nord-américaines cherchent à en identifier les facteurs aggravants. Au retour dans leur milieu social, les sortants rencontrent des obstacles socioéconomiques multiples, comme : un logement et un emploi stables (beaucoup sont sans-domicile, les personnes séropositives au VIH en particulier[85]), la reconstruction de leurs relations avec leurs proches, la gestion de leur budget, et la gestion de leur addiction ou de leurs problèmes de santé mentale[86]. Le retour s'opère fréquemment dans un milieu social et

---

[81] BINSWANGER Ingrid A. *et al.*, « "From the prison door right to the sidewalk, everything went downhill," A qualitative study of the health experiences of recently released inmates », *International Journal of Law and Psychiatry* 34 (4), 2011, p. 249-255.

[82] La Naltrexone est un antagoniste des récepteurs opioïdes mu qui préviendrait la rechute des toxicomanes sevrés. La Naltrexone retard injectable est à prise mensuelle et interdite en France, où une AMM n'a été délivrée que pour sa forme orale (peu efficace en raison de l'observance difficile à atteindre).

[83] Une étude interventionnelle dans l'état de New York administrant de la Naltrexone retard injectable à certains sortants de prison, dépendants aux opiacés sevrés et sans traitement de substitution, a montré que si la consommation à la sortie de produits psychoactifs et le taux de réincarcération restent les mêmes pour les deux groupes, ceux sous Naltrexone n'ont pas repris leur consommation d'opiacés. LEE Joshua D. *et al.*, « Opioid treatment at release from jail using extended-release naltrexone: a pilot proof-of-concept randomized effectiveness trial », *Addiction*, 2015.

[84] L'approche par les "dommages collatéraux" de la prison des travaux américains est lacunaire car elle suppose que la prison est un monde clos, agissant seule pour produire ces dommages. L. Wacquant (2002 : 388) argue que les produits de l'institution carcérale ne peuvent être qu'issus « d'intrants » d'autres organisations (la famille, la marché du travail, le quartier, les administrations de l'état), agissant de manière coordonnée et complexe avec les prisons. De plus, les termes de « dommages collatéraux » supposent enfin que ce que produit l'institution carcérale est essentiellement négatif et délétère, alors qu'elle peut être, dans certain contextes, une force stabilisatrice et restauratrice dans les rapports de pouvoir des classes populaires américaine (par exemple, la prison peut exfiltrer des hommes violents de la sphère domestique, offrir une pause dans la pratique toxicomaniaque ou des soins aux franges les plus démunies de la population nord-américaine).

[85] ZELENEV Alexei *et al.*, « Patterns of homelessness and implications for HIV health after release from jail », *AIDS and Behavior* 17 (2), 2013, p. 181-194.

[86] MALLIK-KANE Kamala et VISHER Christy, « Health and prisoner reentry: How physical, mental, and substance abuse conditions shape the process of reintegration », Washington, D.C., Urban Institute, 2008, p. 82 ; BINSWANGER Ingrid A. *et al.*, « Return to drug use and overdose after release from prison: a qualitative study of risk and protective factors », *Addiction Science & Clinical Practice* 7, 2012, p. 3 ; DILL LeConté J. *et*

sur un territoire déjà pauvre en ressources[87]. Si les attentes sont réalistes en termes de besoin d'aide financière, les sortants sous-estiment le risque de (re-)consommation de drogues et les effets sur l'observance ainsi que les délais pour avoir accès aux soins de santé[88].

La majorité des sortants n'ont pas d'assurance médicale pendant les premiers mois suivant la sortie[89], ce qui est un frein à l'accès aux médicaments antirétroviraux, mais aussi aux soins de santé primaires[90]. De plus, ils rapportent une discrimination liée aux antécédents pénaux qui limitent l'accès et réduisent le recours aux soins[91].

Les prises de risques à la sortie ont été évoquées précédemment, concernant la consommation de drogues ou les rapports à risques. À la sortie, ces prises de risques ont des effets délétères en termes de contraction d'infections sexuellement transmissibles pour les sortants, mais aussi de contamination de leur(s) partenaire(s)[92]. Ainsi, comme évoqué plus haut, trois publications récentes abordent la santé des proches de sortants de prison, posant la question des femmes comme nouvelle population vulnérable et invisible[93][94]. Depuis peu, les effets néfastes de l'incarcération sur les communautés et les proches des hommes incarcérés aux États-Unis sont aussi objet de recherche et cible d'intervention de santé publique[95].

---

al., « "I Want a Second Chance": Experiences of African American Fathers in Reentry », *American Journal of Men's Health*, 2015.

[87] CLEAR Todd R., *Imprisoning Communities: How Mass Incarceration Makes Disadvantaged Neighborhoods Worse*, New York, Oxford University Press, 2009.

[88] HALEY Danielle F *et al.*, « Multilevel challenges to engagement in HIV care after prison release: a theory-informed qualitative study comparing prisoners' perspectives before and after community reentry », *BMC Public Health* 14, 2014.

[89] MALLIK-KANE Kamala et VISHER Christy, « Health and prisoner reentry: How physical, mental, and substance abuse conditions shape the process of reintegration », *op. cit.* ; CUELLAR Alison Evans et CHEEMA Jehanzeb, « As roughly 700,000 prisoners are released annually, about half will gain health coverage and care under federal laws », *Health Affairs (Project Hope)* 31 (5), 2012, p. 931-938.

[90] BOUTWELL Amy E. et FREEDMAN Jonathan, « Coverage expansion and the criminal justice-involved population: implications for plans and service connectivity », *Health Affairs (Project Hope)* 33 (3), 2014, p. 482-486.

[91] FRANK Joseph W. *et al.*, « Discrimination based on criminal record and healthcare utilization among men recently released from prison: a descriptive study », *Health & Justice* 2, 2014, p. 6.

[92] COMFORT Megan *et al.*, « Sexual HIV risk among male parolees and their female partners: the Relate Project », *Journal of Health Disparities Research and Practice* 7 (6), 2014, p. 26-53.

[93] WILDEMAN Christopher, LEE Hedwig et COMFORT Megan, « A new vulnerable population? The health of female partners of men recently released from prison », *Women's Health Issues: Official Publication of the Jacobs Institute of Women's Health* 23 (6), 2013, p. e335-340.

[94] DAVEY-ROTHWELL Melissa A. *et al.*, « Norms, attitudes, and sex behaviors among women with incarcerated main partners », *Journal of Urban Health* 90 (6), 2013, p. 1151-1165.

[95] HAGAN John et DINOVITZER Ronit, « Collateral Consequences of Imprisonment for Children, Communities, and Prisoners », *Crime and Justice* 26, 1999, p. 121-162.

Par exemple, le « Relate Project » en Californie intervient auprès des femmes de détenus pour prévenir la transmission du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles . MAHONEY Megan, BIEN Melanie et COMFORT Megan, « Adaptation of an evidence-based HIV prevention intervention for women with

La santé postcarcérale est investie comme objet de recherche et d'interventions médicales pour la continuité des soins et de l'aide sociale par la littérature étasunienne. Elle est étudiée dans une perspective de santé publique de promotion de la santé d'une population vulnérable d'une part, et de protection de la santé de la population générale d'autre part. En l'absence de littérature française équivalente, les médecins que j'ai rencontrés sur le terrain et en congrès de médecine en milieu carcéral se tournent vers ces publications.

Au-delà de leurs différences évidentes en termes de nombre et d'envergure, les ensembles de publications françaises et nord-américaines se rejoignent sur la problématisation de la sortie comme rupture et opportunité d'intervention de santé publique.

La santé postcarcérale française dans l'angle mort de la santé publique

Le corpus de publications de sciences biomédicales sur la santé postcarcérale en France que j'ai rassemblé selon la même méthode que le corpus précédent est, lui, bien plus réduit[96] ; il suggère une moindre mobilisation de la recherche en santé publique française[97]. J'ai élargi les publications de ce corpus à des supports moins institutionnels que les bases de données de revues scientifiques de sciences de la vie. Éclairé par une enquête ethnographique, ce corpus me permet de faire émerger le discours de santé publique français sur la santé postcarcérale. Comme aux États-Unis, la santé postcarcérale y est formulée comme un problème qui met en scène une population à risque, cible d'intervention de santé publique. Dans ce corpus aussi, la santé dépend du

---

incarcerated partners: expanding to community settings », *AIDS education and prevention* 25 (1), 2013, p. 1-13.

[96] La recherche bibliographique des publications de santé publique et d'épidémiologie en France, recensées sur la plateforme « Pubmed » (avec les critères de recherches suivants : articles publiés entre 2000 et 2015, mots-clés « prison* release* health » et les références citées par ces articles), n'a produit qu'une référence. Le champ de la recherche a donc été élargi pour inclure d'autres plateformes et d'autres supports de publication, soit : la plateforme « Pubmed » (avec les critères de recherches suivants : mots-clés « prison* release* health france », publiés entre 2000 et 2015) ; la plateforme « ScienceDirect» (avec les critères de recherches suivants : mots-clés « prison* release* health » puis mots-clés « prison* release* health france », publiés entre 2000 et 2015) ; la plateforme « Google Scholar» (avec les critères de recherches suivants : mots-clés « santé sortie prison » puis « mortalité sortie prison », sans restriction de période chronologique) ; la plateforme « Sudoc» (avec les critères de recherches suivants : mots-clés « santé sortie prison », sans restriction de période chronologique) ; les actes du colloque « VIH & Prison » organisé par Sidaction à Paris en 2008 ; et enfin, les publications sur la santé postcarcérale d'un sous-ensemble de médecins exerçant en milieu carcéral français, composé des médecins rencontré lors de l'enquête de terrain, en détention, en colloques et congrès et de médecins membres du groupe « Prison » de l'InterCorevih ». Les publications sont ainsi de plusieurs types : article scientifique, rapport, thèse d'exercice de médecine, chapitre d'ouvrage et présentation oral en colloque. Les onze références ont été retenues selon les mêmes critères que la recherche bibliographique pour le corpus étasunien et international. Elles sont énumérées en annexe, p. 583.

[97] La mobilisation institutionnelle pour la santé carcérale, postcarcérale et la réinscription sociale des sortants de prison est, elle, conséquente et sera abordée dans le chapitre 2.

présupposé que la sortie de prison est une rupture, qui scinde le recours aux soins des malades entre « pris en charge » et « perdus de vue ».

La santé postcarcérale en France, un objet de publication investi par les acteurs de santé publique plutôt que par les médecins-chercheurs épidémiologistes

Au contraire du cas étasunien, peu de connaissances biomédicales sur la santé postcarcérale en France sont produites par des médecins-chercheurs en épidémiologie. C'est plutôt à partir de la production des acteurs de santé publique au sens large que l'on peut constituer un corpus français des publications sur la santé postcarcérale. Dans ce corpus, seule la mortalité des sortants est étudiée et les données datent de 1997[98]. Une étude plus récente note que les sortants sous traitement de substitution aux opiacés sont sujets à la réincarcération (plus de 50 réincarcérations par 100 patients années) et connaissent un taux de mortalité plus élevé que la population générale (8 pour 1000 patients année[99]). Le nombre de sortants de prison une année donnée est en revanche connue et fiable : 69 657 personnes écrouées et détenues ont été libérées au cours de l'année 2013[100].

Seule contribution médicale de l'ouvrage « Sortir de (la) prison », le texte de Christiane de Beaurepaire fait le constat de besoins spécifiques à la population postcarcérale : parce que la sortie de prison est un processus de restauration lent et fébrile, souvent caractérisé par la solitude et les difficultés matérielles, on y observe « des manifestations anxieuses de stress chronique, des réactions dépressives, la réactivation de traumas anciens, l'abaissement d'une estime de soi chancelante et la reprise de consommations illicites », qui méritent un accompagnement adapté[101].

Lorsque l'on élargit le champ et que l'on considère les publications non scientifiques de certains médecins familiers du milieu carcéral ou d'agents d'administrations centrales, on retrouve la sortie de prison comme cible de santé publique. Les auteurs s'accordent à considérer la détention comme une opportunité pour

---

[98] Une équipe de l'Observatoire régional de la santé de la Provence-Alpes-Côte d'Azur estime que sur 1127 personnes sorties de l'établissement pénitentiaire de Fresnes en 1997, les taux de mortalité sont significativement supérieurs à ceux de la population générale, tout particulièrement pour les sortants de 15-34 ans (quatre fois supérieur) et 35-54 ans (dix fois supérieur). VERGER P. *et al.*, « High mortality rates among inmates during the year following their discharge from a French prison », *Journal of Forensic Sciences* 48 (3), 2003, p. 614-616. Pour aller plus loin : PRUDHOMME Johanne, VERGER Pierre et ROTILY Michel, « Fresnes - Mortalité des sortants. Étude rétrospective de la mortalité des sortants de la maison d'arrêt de Fresnes Second volet de l'évaluation des unités pour sortants (UPS) », Paris, OFDT, 2003, p. 60.

[99] MARZO Jean-Noël *et al.*, « Maintenance therapy and 3-year outcome of opioid-dependent prisoners: a prospective study in France (2003-06) », *Addiction* 104 (7), 2009, p. 1233-1240.

[100] Le nombre pour l'année 2014 n'est pas disponible à l'heure de l'écriture. DAP / PMJ / PMJ5, « Séries statistiques des personnes placées sous main de justice 1980-2014 », Paris, Direction de l'Administration pénitentiaire/ministère de la Justice, 2014, p. 44.

[101] BEAUREPAIRE Christiane de, « La vulnérabilité sociale et psychique des détenus et des sortants de prison », *Revue du MAUSS* 40 (2), 2012, p. 119.

le diagnostic (parfois initial), la mise sous traitement[102] et le traitement du VIH et de l'hépatite C[103].

De manière plus large, la bonne santé des sortants doit participer à faciliter leur insertion et leur autonomie[104]. Ainsi, la préparation à la sortie par les équipes soignantes apparaît comme l'un des leviers d'action possibles. Elle est investie par un petit nombre de médecins responsables d'Ucsa, rencontrés lors de l'enquête de terrain, qui insistent sur l'importance des bonnes pratiques en amont[105].

Les praticiens avec une expérience du soin en milieu carcéral s'accordent sur un autre point : les sortants de prison, tout comme les détenus, forment une population particulièrement précaire et vulnérable, « hautement fragile/fragilisée[106] ». À l'échelle populationnelle, ils cumulent les troubles de santé mentale et les problèmes de santé somatiques avec une précarité socioéconomique, un isolement social et une dépendance vis-à-vis des aides sociales. Ch. de Beaurepaire formule le processus ainsi : « la précarité vulnérabilise (…), mais précipite les vulnérables vers l'exclusion et, à leur tour, les vulnérabilités renforcent leur précarité, dans un cercle proprement vicieux[107]. » La santé postcarcérale apparaît alors comme le point nodal du dysfonctionnement institutionnel, un « défi pour une politique d'insertion postpénale et pour les dispositifs qui y contribuent[108]. »

La discontinuité des soins, des besoins spécifiques rarement anticipés par les soignants

Comme le corpus étasunien que je présentais plus haut, le corpus des publications françaises se construit lui aussi autour d'un problème de santé publique, celui de

---

[102] LARCHER Pierre, BARBIER Christine et BOUILLE AMBROSINI Isabelle, « De l'entrée à la levée d'écrou », *Gestions hospitalières* (506), 2011, p. 344-6. Ces auteurs sont des agents de la direction générale de la Cohésion sociale, de la Santé et de la Sécurité sociale.

[103] RÉMY André-Jean, WENGER Hugues et BOUCHKIRA Hakim, « [Treatment of chronic hepatitis C in drug users: ethic, successful and useful] », *Presse Médicale* 43, 2014, p. 1314-1316.

Les bonnes pratiques des services de santé sont alors mises en avant par certains médecins responsables, arguant de la faisabilité et de la nécessité de débuter le traitement contre le VHC en détention, malgré les périodes d'incarcération incertaines et l'observance réputée médiocre des détenus. MEROUEH Fadi, « Traiter le VHC en prison: une initiative salutaire », *in Sortie de prison*, Paris, Sidaction, 2008, p. 86.

Ces débats sont approfondis dans le chapitre 6.

[104] LARCHER Pierre, BARBIER Christine et BOUILLE AMBROSINI Isabelle, « De l'entrée à la levée d'écrou », *art. cit.*

[105] RÉMY André-Jean, « Suivi postcarcéral: du travail… mais peut mieux faire », *in Sortie de prison*, Paris, Sidaction, 2008, p. 86.

TORION Nicolas, *Accompagnement médical et social post-carcéral des détenus atteints d'hépatite B, C et/ou d'infection à VIH: résultats d'une enquête nationale de pratiques 2006 sur 83 Ucsa*, Thèse d'exercice, Faculté de médecine, Université Montpellier 1, 2010.

[106] BEAUREPAIRE Christiane de, « La vulnérabilité sociale et psychique des détenus et des sortants de prison », *art. cit.*, p. 122.

[107] *Ibid.*, p. 113.

[108] *Ibid.*, p. 122.

l'interruption de la prise en charge médicale, comme le montre un ensemble de thèses d'exercice de médecine, sur des contextes locaux de pratique en médecine générale et hospitalière. Une thèse d'exercice de médecine étaie la relative absence d'anticipation des problèmes liés à la sortie des détenus par leurs soignants[109]. Ce travail révèle trois tendances : dans les établissements en surpopulation, l'accompagnement postcarcéral est moins bon ; dans les établissements de grande taille, la prise en charge postcarcérale est meilleure ; enfin, dans les unités où le nombre de patients est important, la prise en charge sociale postcarcérale est meilleure[110].

Une autre enquête vise à restituer les logiques professionnelles de 27 médecins, face au problème de la continuité des soins, dans les établissements pénitentiaires de l'Ouest de la France[111]. L'analyse de questionnaires sur leurs pratiques et leurs points de vue montre que la continuité des soins à la sortie est largement problématique pour les soignants, tant concernant les conditions d'exercice que de manque de formation et de coordination entre les professionnels[112].

Une quatrième thèse d'exercice de médecine explore le manque de coordination entre les médecins du milieu carcéral et les généralistes de ville, un des facteurs de

---

[109] Cette enquête sur les pratiques en Ucsa, descriptive et transversale, interroge la continuité de la prise en charge médicale de sortants de prison atteints d'une hépatite B, C ou le VIH, ou co-infectés. Interrogées en 2006, 86 des 182 Ucsa ont renseigné les items suivants : le type d'établissement pénitentiaire, le nombre de patients malades par an à l'Ucsa et la fréquence des démarches médicales et sociales de préparation à la sortie. Dans la limite du taux de réponse (47 %). N. TORION Nicolas, *Accompagnement médical et social post-carcéral des détenus atteints d'hépatite B, C et/ou d'infection à VIH*, *op. cit.*

Une autre thèse de médecine éclaire le cas particulier de la maison d'arrêt de Gradignan, qui investit le postcarcéral plus que la moyenne : LE PORT Gildas, *Mesures de prévention sanitaire et de préparation à la sortie en milieu carcéral : recommandations nationales, actions à la maison d'arrêt de Gradignan*, Thèse d'exercice, Bordeaux, Université de Bordeau, 1998.

[110] Plus précisément, le travail de Torion montre les associations significatives suivantes :

1. Plus le taux d'occupation des établissements pénitentiaires augmente, moins les Ucsa déclarent : les listes données aux Ucsa, de délivrance des ordonnances avant la sortie, d'émission de lettres du médecin et de remise du dossier médical au sortant par le greffe.

2. Plus la taille de l'établissement (i.e. nombre de places et nombre de détenus) augmente, plus les Ucsa délcarent : les listes données aux Ucsa, de délivrance d'ordonnance, de remise du dossier médical au sortant par le greffe et de demandes d'ALD et AAH (par le Spip en établissement de petite taille et par l'Ucsa en établissement de grande taille).

3. Plus le nombre de détenus séropositifs est important dans la file active, plus les Ucsa délivrent de médicaments ARV, transmettent les coordonnées d'un médecin en ville et plus elles organisent le relai avec une association en ville.

4. Plus le nombre de détenus séropositifs est important dans la file active, plus les demandes d'ALD (VHC) et d'AAH (VIH) et d'ACT (VIH) sont nombreuses (effectuées par le Spip en établissement de petite taille et par l'Ucsa en établissement de grande taille).

5. Plus le nombre de patients sortants par an est important, plus les Ucsa prennent des rendez-vous pour les sortants à l'hôpital et en centre de soins spécialisés en toxicomanie.

[111] MONTEIRO Mickaël, *Continuité des soins à la sortie du milieu carcéral: point de vue des médecins intervenant en Ucsa de l'inter-région pénitentiaire OUEST*, Thèse d'exercice, Faculté de médecine, Université européenne de Bretagne, 2014.

[112] *Ibid.*, p. 55-65.

discontinuité des prises en charge les plus souvent cités par les professionnels[113]. Les sortants de prison et les anciens détenus sont appréhendés comme une population vulnérable (en situation de précarité et avec des besoins de santé spécifiques et importants) mal connue et difficile d'accès pour les médecins généralistes : parce qu'ils déclarent peu leurs incarcérations antérieures, ils sont difficilement identifiables en consultation ; parce que ceux qui les déclarent correspondent à la catégorie de vulnérable, leurs caractéristiques sont extrapolées aux autres sortants de prison ; enfin, parce que peu de liens formels ou informels semblent exister entre médecine de ville et médecine carcérale, la santé des détenus et l'organisation des soins en prison sont mal connues des généralistes[114].

À ce corpus de publications médicales, s'ajoutent les rapports d'interventions intramuros. Plus globales dans leurs approches de la prévention des difficultés postcarcérales, les initiatives de quartiers dits « sortants » ou « d'unité de préparation à la sortie » ont été expérimentées dans plusieurs établissements pénitentiaires, dont à Fresnes, avant 2005[115].

Enfin, si quelques rapprochements entre dispositifs de soin en milieu carcéral et en ville ont été expérimentés, peu ont été formalisés ou publiés ; ils restent le résultat d'initiatives de professionnels volontaires et isolés. Par exemple, une consultation externe en santé mentale non sectorisée en Ile-de-France a été créée en 2002. Évaluée et publiée, elle formalise le travail pluriprofessionnel et le lien dedans-dehors pour des

---

[113] À partir d'une enquête par questionnaires auprès des généralistes de la région de Béziers (n=191) et d'entretiens avec ceux qui ont déclaré traiter des anciens détenus (n=11), ce travail de thèse conclut à une relative satisfaction des liens entre maison d'arrêt et hôpital, mais une insatisfaction quant à la pratique médicale auprès d'anciens détenus : ils sont perçus comme étant peu visibles, « peu vus », en plus mauvais état de santé physique et psychique, et trop peu fréquemment l'objet de suivi par les médecins de l'Ucsa. Si des faiblesses méthodologiques ne permettent pas de faire usage des résultats ici, ce travail permet néanmoins d'étayer la catégorisation des anciens détenus par les médecins praticiens, ou tout du moins, les médecins engagés dans la formation des externes dans le Sud-Ouest de la France. FAGES-PUECH Virginie, *La continuité des soins à la sortie du milieu carcéral: étude de la communication entre l'Unité de consultations et des soins ambulatoires (Ucsa) de la maison d'arrêt de Béziers et les médecins généralistes de l'ouest de l'Hérault*, Thèse d'exercice, Faculté de médecine, Université de Montpellier 1, 2010.

[114] Une tendance de la recherche bibliographique sur la santé carcérale et postcarcérale en France abonde en ce sens : parmi les articles scientifiques publiés par des praticiens en milieu carcéral, un grand nombre portent sur l'organisation des soins et sur la réforme de 1994.

Enfin, une cinquième thèse d'exercice aborde le cas particulier de la maison d'arrêt de Nîmes, mais s'en tient à une description de l'organisation des soins. BOURBOTTE Yann, *Évolution de la prise en charge médicale des détenus depuis la loi du 18 janvier 1994, un exemple: l'Unité de consultations et de soins ambulatoires (Ucsa) de la Maison d'arrêt de Nîmes*, Thèse d'exercice, Montpellier, Université Montpellier 1, 2003.

[115] Celle de la maison d'arrêt de Strasbourg fait l'objet d'une publication de 4 pages dans une revue de psychologie appliquée portugaise. Mise en place en 1992, elle prend la forme d'un espace de formation où les détenus en fin de peine peuvent rencontrer des professionnels de l'accès aux droits du milieu ouvert (agents de l'Agence nationale pour l'emploi, de la Caisse des allocations familiales, *etc.*) C'est aussi le cas de la maison d'arrêt de Gradignan au moment de mon enquête de terrain, même si le projet n'a pas encore fait l'objet d'une publication. GALATI Catherine, « Description d'une formation en milieu carcéral innovante: L'unité de preparation à la sortie de la Maison d'arrêt de Strasbourg », *Analise psicologica* 3, 2002, p. 7-310.

sortants malades ou désireux de poursuivre un suivi psychologique à la levée d'écrou[116]. Elle s'appuie sur une équipe de professionnels issus du Service médico-psychologique régional, qui interviennent dans l'hôpital de rattachement et travaillent avec les services de probation et d'application des peines. Pour répondre aux besoins spécifiques « psychosocioéconomiques » des sortants, la consultation entretient une collaboration avec les dispositifs sociaux municipaux et dispositifs de soins de la toxicomanie. Entre 2002-2006, une évaluation longitudinale d'une cohorte de 600 personnes montre un effet très important de l'inclusion dans le dispositif sur la récidive.

Dans les chapitres à venir, l'enquête de terrain reviendra sur une initiative de rapprochement des files actives de l'Ucsa et de l'hôpital de rattachement d'une des maisons d'arrêt étudiées. La publication (en cours) par les soignants de l'évaluation de ce dispositif confirme que la continuité de la prise en charge des sortants dépend de facteurs tels que la mise sous traitement en détention, ou l'adhésion, mais aussi qu'elle est personne-dépendante ; en effet, d'autres publications ont décrit l'effet bénéfique pour l'observance d'avoir un même soignant intervenant en unité de soin carcéral et dans le centre de soins de ville[117].

Pour pallier le manque de données sur les sortants de prison, les acteurs français extrapolent les données sur la santé carcérale à la santé postcarcérale, justifiant ce choix par la proximité des caractéristiques socioéconomiques des deux populations, et par là, l'extension de l'usage de la catégorie de « population vulnérable ». La revue de la littérature étrangère montre que l'état de santé change sensiblement avec le retour au milieu social d'origine. Par exemple, dans le cas plus particulier du VIH, les données épidémiologiques suggèrent une situation sanitaire spécifique à la sortie, appelant des modes de prises en charge adaptées. Nombre d'articles étasuniens montrent que l'état de santé et les risques de santé sont différents après la sortie de prison, notamment : la discontinuité des soins, la non-adhésion au traitement, la remontée de la charge virale plasmatique et la baisse du taux de CD4[118], avec les risques de contamination des partenaires sexuels et de développement de résistances aux traitements que cela comporte.

---

[116] BEAUREPAIRE Christiane de, « La vulnérabilité sociale et psychique des détenus et des sortants de prison », *art. cit.*, p. 120.

[117] TINSLEY Melinda *et al.*, « EnhanceLink Overview - 2012 International AIDS Conference », *op. cit.*

[118] STEPHENSON Becky L *et al.*, « Effect of release from prison and re-incarceration on the viral loads of HIV-infected individuals », *art. cit.* ; SPRINGER Sandra A *et al.*, « Effectiveness of antiretroviral therapy among HIV-infected prisoners », *art. cit.* ; BAILLARGEON Jacques *et al.*, « Accessing Antiretroviral Therapy Following Release From Prison », *art. cit.*

La problématisation française de la santé postcarcérale se construit sur un corpus de littérature épidémiologique assez faible, que les acteurs complètent avec la littérature nord-américaine et des témoignages de praticiens du milieu carcéral.

En France, des données lacunaires sur la santé carcérale

Pour les acteurs de la santé publique française, les données sur la santé carcérale servent aussi à évaluer la santé postcarcérale même si elles sont lacunaires. Je restitue donc ici les données épidémiologiques françaises, pour rendre compte des connaissances disponibles aux acteurs du terrain d'enquête pour cette recherche, et leur problématisation de la santé carcérale. À défaut de pouvoir s'appuyer sur des données sur la santé à la sortie, supposée différente (et plus mauvaise), c'est en fonction des connaissances de la santé des détenus qu'ils doivent opérer[119].

La préoccupation de la santé publique pour le milieu carcéral n'est pas nouvelle en France : en 1997 par exemple, la *Revue française des affaires sociales*, une publication du ministère du Travail et des Affaires sociales, publie un numéro intitulé « La santé : un enjeu de santé publique[120] ». Le directeur général de la Santé y fait état du droit à la santé et de l'accès aux soins en détention un défi pour la santé publique, dont les bases sont posées avec la réforme du 18 janvier 1994. S'ensuivent des travaux pluridisciplinaires sur les besoins sanitaires spécifiques des populations détenues (tuberculose, hépatites virales et VIH, toxicomanie, alcoolisme, violences *etc.*) et sur le travail de soins en détention.

Des données épidémiologiques lacunaires

Quelques enquêtes nationales ont été conduites pour évaluer certaines dimensions de la santé carcérale en France[121]. Dans un premier temps, je les situe d'abord dans le paysage des publications sur la santé en prison en France[122]. La dernière enquête nationale sur l'état de santé de personnes détenues est conduite par la Direction de la recherche, des études et de l'évaluation statistiques du ministère de la Santé et des Affaires sociales (Dress) en 2003[123] ; elle ne porte pas strictement sur la santé carcérale, interrogeant plutôt des entrants, des détenus sous écrou depuis moins d'une semaine.

---

[119] L'état de santé des détenus sera abordé en détail dans le chapitre 6 et ce ne seront donc que les grandes tendances qui seront esquissées ici. Elles sont synthétisées pour mettre en avant les faits épidémiologiques et les raisonnements mobilisés pour plaider en faveur de la santé en détention et à la sortie de prison. Ces éléments sont approfondis dans la partie III.

[120] MINISTÈRE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES, *La santé en prison : un enjeu de santé publique*, Paris, La Documentation française, 1997 (« Revue française des affaires sociales », 51e année, 1997, no 1).

[121] Aux Etats-Unis et dans les autres pays anglophones, la publication de travaux sur la santé carcérale est plus conséquente. Pour une synthèse sur la santé carcérale mondiale, voir par exemple : FAZEL Seena et BAILLARGEON Jacques, « The health of prisoners », The Lancet 377 (9769), 2011, p. 956-965.

[122] Dans le chapitre 6, je les mobilise en tant que données de cadrage.

[123] MOUQUET Marie-Claude, « La santé des personnes entrées en prison en 2003 », *Etudes et Statistiques - DREES* (386), 2005.

Elle est néanmoins la seule à donner une vision d'ensemble de l'état de santé, rapportant qu'il est globalement moins bon qu'en population générale : si l'état de santé est jugé bon après examen clinique de 80 % des entrants, leurs besoins de soins buccodentaires et les infections chroniques sont plus importants que la moyenne ; les consommations de produits psychoactifs et les dépendances, plus fréquentes ; et la proportion d'entrants à déclarer un contact avec le système de soins dans les 12 derniers moins plus faible. Quatre ans plus tôt, ce dispositif d'enquête montre que les entrants sont sujets à risques sanitaires pluriels[124]. Une revue de la littérature épidémiologique récente permet de consolider l'hypothèse selon laquelle les détenus restent en moins bonne santé que la population générale, en particulier en termes de pathologies mentales, d'addictions et de maladies infectieuses[125].

La perception de l'état de santé est également moins bonne chez les détenus : la déclaration d'un état de santé perçu comme « moins que bon » est plus que deux fois supérieure à la population générale d'âge, de sexe et d'éducation similaires[126]. Cette perception de l'état de santé est moins bonne chez les entrants et chez les détenus incarcérés depuis plus de deux ans, indiquant que l'entrée en détention est un moment difficile, mais qu'il existe aussi un effet pathogène de la détention[127].

La détention est un milieu où la prévalence d'infections chroniques est plus élevée, comme le montre une enquête nationale plus récente[128] : pour le VIH et le VHC par exemple, la prévalence est entre deux et quatre fois supérieure à celle de la population générale. La prévalence du VIH est estimée à 2 % et 75 % de détenus séropositifs sont sous traitement[129]. La prévalence du VHC est estimée à 4,8 % et plus de la moitié des détenus séropositifs sont sous traitement (et moins de la moitié, ont une hépatite C chronique.[130]) La population carcérale française connait la prévalence d'infections à VIH la plus élevée d'Europe de l'Ouest, comme le montre une ancienne étude comparant les prévalences dans les populations carcérales écossaise, allemande, italienne hollandaise et

---

[124] MOUQUET Marie-Claude, DUMONT Martine et BONNEVIE Marie-Cécile, « La santé à l'entrée en prison : un cumul des facteurs de risque », *Etudes et Résultats* 4, 1999, p. 1-10.

[125] GODIN-BLANDEAU Elodie, VERDOT Charlotte et DEVELAY Aude-Emmanuelle, « La santé des personnes détenues en France et à l'étranger: une revue de la littérature », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2013, p. 35–36.

[126] DÉSESQUELLES Aline, « Self-rated health of french prison inmates : does time spent behind bars matter? », *Ined - Documents de Travail* (179), 2003, p. 20.

[127] *Ibid.*

[128] SEMAILLE C. *et al.*, « Prevalence of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus among French prison inmates in 2010: a challenge for public health policy », *Euro Surveillance* 18 (28), 2013.

[129] *Ibid.*

[130] *Ibid.*

française[131]. La prise en charge du VIH et des hépatites virales est aujourd'hui plus accessible, même si de grandes inégalités existent selon les établissements pénitentiaires[132].

Les pratiques des détenus les exposent à plus de risque d'infection et de transmission que la population générale (vie sexuelle débutée plus jeune, plus fréquemment victimes de viols, plus de multipartenariat, prostitution) ; et parce qu'ils sont plus fréquemment usagers de drogues par intraveineuse et séropositifs au VIH, les détenus ayant été incarcérés plusieurs fois sont plus à risque que les détenus primo-incarcérés[133]. Le nombre d'incarcérations est ainsi un bon marqueur du degré de vulnérabilité et du risque.

Une enquête postérieure confirme que ces prévalences sont plus élevées chez les usagers de drogues par voie intraveineuse, pour le VIH (11 %), pour le VHC (60 %) et pour les co-infections (10 %)[134]. Une sous-population carcérale particulièrement précaire et vulnérable, les toxicomanes ont été peu étudiés[135]. En détention, ces usagers devraient bénéficier d'interventions de prévention et de réduction des risques,[136] mais, contrairement aux exigences législatives, les dispositifs sont rarement accessibles ou interdits, comme les programmes d'échanges de seringues par exemple[137]. Ce problème du manque de prise en charge éclairée de l'hépatite C est plus largement européen : la

---

[131] ROTILY M *et al.*, « Surveillance of HIV infection and related risk behaviour in European prisons. A multicentre pilot study », *European Journal of Public Health* 11 (3), 2001, p. 243-250.

[132] MORLAT Philippe, *Rapport 2013 sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH*, Paris, La Documentation Française, 2013, p. 418-422 ; CHEMLAL Khadoudja *et al.*, « Offre de soins en milieu carcéral en France: infection par le VIH et les hépatites. Enquête Prévacar, 2010 », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* (10-11), 2012.

[133] Une étude des pratiques et des prises de risques sexuels des détenus au centre pénitentiaire de Marseille entre 1995 et 1997, avant leur incarcération, montre qu'ils sont plus exposés au VIH et à d'autres infections sexuellement transmissibles. Cette étude date et ne concerne que les Baumettes, mais elle reste la seule qui tente de répertorier les pratiques dites à risque des hommes détenus. GALINIER-PUJOL A. *et al.*, « La sexualité aux temps du sida en population vulnérable: éléments d'une enquête auprès de détenus. », *Population* 56 (6), 2001, p. 1011-1041.

[134] JAUFFRET-ROUSTIDE Marie *et al.*, « Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004 », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* 33, 2006, p. 244–7.

[135] Une étude est en cours, sur le modèle de l'enquête ANRS Coquelicot. On ne trouve sinon que quelques références datées : SUEUR Christian et ROUAULT Thomas, « Toxicomanes en prison », *Toxibase* 1, 1993, p. 12 ; JAEGER Marcel et MONCEAU Madeleine, *La consommation des médicaments psychotropes en prison, préface d'Edouard Zarifian*, Ramonville-Saint-Agne, France, Eres, 1996. (Une étude unique et précieuse, sur de la consommation de médicaments psychotropes, financée par le ministère de la Justice et conduite par des sociologues et des médecins).

[136] MORLAT Philippe, *Rapport 2013 sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH*, *op. cit.*, p. 418-422.

[137] MICHEL Laurent, CARRIERI M Patrizia et WODAK Alex, « Harm reduction and equity of access to care for French prisoners: a review », *Harm Reduction Journal* 5, 2008, p. 17 ; MICHEL Laurent *et al.*, « Limited access to HIV prevention in French prisons (ANRS PRI2DE): implications for public health and drug policy », *BMC public health* 11, 2011, p. 400.

plus grande partie des pays européens est concernée par une pénurie de données et d'interventions fondées sur des preuves (*evidence-based interventions*[138]).

En ce qui concerne la santé mentale des détenus, une seule étude nationale existe et date de 2004[139], rapportant des prévalences particulièrement élevées : 35 % des entrants sont diagnostiqués avec un désordre psychiatrique grave, 80 % avec au moins un trouble psychiatrique, 28 % ont connu des maltraitances dans l'enfance et 25 % sont dépendants à l'alcool ou à d'autres psychotropes. Enfin, en ce qui concerne la vieillesse, la dépendance et le handicap, les enquêtes nationales sont ici aussi peu nombreuses, mais soutiennent la conclusion que le milieu carcéral exacerbe les difficultés de vie et les pathologies liées à l'âge et au handicap[140].

Enfin, pour la sous-population d'étrangers, une thèse d'exercice confirme que les détenus non français ont peu recours aux soins et sont peu couverts pour les dépenses de santé avant l'incarcération[141]. La majorité des 30 détenus interrogés, incarcérés au centre pénitentiaire de Marseille en 2013, est en situation administrative précaire ou irrégulière, avec des ressources financières faibles, et peu de contact avec leurs proches.

Un ouvrage se distingue parmi ces études sur la population carcérale nationale. Il propose une analyse de l'évolution de l'état de santé en détention, en décrivant les effets de l'incarcération sur la santé et les processus pathologiques liés à l'incarcération[142]. Il formalise la progression des pathologies les plus fréquentes chez les personnes détenues en quatre périodes, qui mettent en avant les effets de l'adaptation progressive l'enfermement sur les corps détenus. Les écrits des professionnels de santé sont le dernier type de publications qui contribuent à constituer le corpus français.

---

[138] ARAIN Amber, ROBAEYS Geert et STÖVER Heino, « Hepatitis C in European prisons: a call for an evidence-informed response », *BMC Infectious Diseases* 14, 2014, p. S17.

[139] DUBURQ Anne *et al.*, « Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral », Bourg-la-Reine, Cemka-Eval, 2004, p. 283.

[140] DÉSESQUELLES A., « Disability in French Prisons », *Population (english edition)* 60 (1), 2005, p. 65–91 ; FAC Catherine, « [Prison and the elderly] », *Soins. Gérontologie* (88), 2011, p. 27 ; SANNIER Olivier, « Approche sanitaire du vieillissement de la population carcérale », *Gestions hospitalières* (506), 2011, p. 355-357.

[141] MANSOUR Reem, *Etat de santé des détenus migrants au centre pénitentiaire Marseille: Premiers constats et recommandations*, Mémoire de master 2, Paris, Université Paris Descartes Paris 5 - Faculté des sciences pharmaceutiques, 2013.

[142] Il s'agit d'une analyse statistique de l'état de santé de patients pendant leur première année de détention, comparée à deux groupes de contrôle puis illustrée de la restitution de l'expérience de M. Gonin, médecin psychiatre pénitentiaire. Si la méthode diffère sensiblement de celles mobilisées dans les enquêtes de grande échelle citées précédemment, il est résolument ancré dans une problématisation médicale et épidémiologique de la santé carcérale. Et s'il date de 1992, ce travail reste précieux pour les savoirs sur la santé carcérale. GONIN Daniel, *La santé incarcérée Medecine et conditions de vie en detention*, Paris, L'Archipel, 1991.

Des témoignages de praticiens en milieu carcéral

Des témoignages ou d'essais d'infirmiers[143] et de médecins[144] complètent le corpus. Plus récemment, des publications dans des revues pour soignants proposent un éclairage sur la pratique en milieu carcéral depuis la réforme, accordant une importance à la description des conditions, des pratiques soignantes et leurs enjeux. Ces dossiers et articles présentent les conditions et les particularités de l'exercice de la médecine en prison[145], alors que d'autres restituent les questions éthiques liées à l'exercice de la médecine en milieu carcéral[146] et du soin infirmier[147]. *La revue du praticien* publie ainsi en 2013 un dossier intitulé « Médecine en milieu carcéral » qui présente le contexte et les particularités de l'exercice de la médecine en prison[148]. Les articles sont signés par des praticiens du milieu carcéral que j'ai rencontrés pendant mon enquête. Ils restituent l'état des connaissances sur quelques pathologies plus problématiques, en articulation avec leur expérience et leur prise de position déontologique.

La revue de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, *Santé en action*, publie en 2013 un recueil d'articles sur la prévention et la promotion de la santé en milieu pénitentiaire[149]. La revue met en avant la promotion de la santé, éclairant quelques initiatives, sur les conditions de réalisation des actions d'éducation à la santé en milieu carcéral[150]. Les professionnels dénoncent le grand nombre d'obstacles à la mise en œuvre de ces actions, qui vont jusqu'à remettre en cause la crédibilité de telles actions dans un contexte où les soins de santé primaires ne sont pas garantis ni largement accessibles.

Quelques articles rendent compte des enjeux et des obstacles médicaux au traitement en détention et à l'hôpital. J'ai ainsi participé à un article sur le traitement de

---

143 HAMON François, *Devenir infirmier en milieu carcéral*, Paris, Masson, 1999 ; MIGLIORINO Roch-Etienne, *Infirmier en milieu carcéral: Accompagner, soigner, réinsérer*, Paris, Elsevier Masson, 2009 ; LAUSERIE Evelyne et MARMIN Gilles, « Soigner en milieu carcéral - l'Ucsa de Fresnes », 2009.

144 En France : LÉCU Anne, *La Prison, un lieu de soin?*, 1re édition, Paris, Les Belles Lettres, 2012 ; VASSEUR Véronique, *Médecin-chef à la prison de la Santé*, Paris, Le Cherche Midi, 2000. En Belgique : Feron, Jean-Marc. "Les Soins de Santé En Prison : Une Vue de L'intérieur." *Santé Conjuguée*, 2002, 91–94.

145 KANOUI-MEBAZAA Valérie et VALANTIN Marc-Antoine, « La santé en prison », *Les Tribunes de la santé* 17 (4), 2007, p. 97 ; MOREAU François, « La santé dans les prisons françaises », *Pouvoirs* (4), 2010, p. 69-86.

146 KHODJA Djamel, « Soigner en prison », *in Traité de bioéthique*, Paris, ERES, 2010, p. 268 ; LAGARRIGUE Aude, « Le médecin face aux conflits éthiques en prison », *in Traité de bioéthique*, Paris, ERES, 2010, p. 257.

147 ALDERSON Marie *et al.*, « La pratique infirmière en milieu carcéral: des détenus pour patients », *Recherche en soins infirmiers* 113 (2), 2013, p. 95.

148 « Dossier - Médecine en milieu carcéral », *La Revue du praticien* 63, 2013, p. 75-96.

149 « Dossier - Milieu pénitentiaire », *La santé en action* (424), 2013, p. 4-15.

150 J'ai pu observer quelques actions menées par les Ucsa dans le cadre de leur mission (définie dans la loi Hôpital, patients, santé et territoires, la loi pénitentiaire (art 46 du 24 novembre 2009), et du plan d'actions stratégiques pour la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice des ministères de la Justice et de la Santé).

l'hépatite C, en notant les situations sociales complexes et précaires particulières aux patients incarcérés ou sortants de prison[151].

Enfin, un troisième recueil d'articles à destination des gestionnaires et des professionnels de santé en France, le numéro intitulé « Soins aux personnes détenues » de la revue *Gestions hospitalières*, coordonnée par une cheffe de projet de la direction générale de la Santé[152]. Dans la continuité des travaux précédents, la problématique générale reste celle d'une santé publique investie par une mission de protection des populations carcérales et postcarcérales, identifiées comme vulnérables, pour pallier des besoins de santé et des risques sanitaires spécifiques – auxquels elle ne peut pas toujours répondre.

Mon analyse du corpus des publications épidémiologiques montre que la santé postcarcérale est construite par et pour les professionnels de terrain comme un problème de santé publique, dans le cadre du paradigme biomédical dominant. Il présuppose que la santé des détenus peut être améliorée par des interventions médicales, complétées d'interventions d'accès aux droits à l'échelle locale. Les interventions qui visent un changement social sont peu nombreuses[153].

Dans les pratiques des professionnels de santé que j'ai observées sur le terrain, la continuité des soins reste difficile à mettre en œuvre. Un ensemble de contraintes maintient une division formelle entre la prise en charge carcérale et la prise en charge hospitalière.

La santé postcarcérale : une prise en charge interstitielle

La mise en œuvre de cette mission de santé publique qui consiste à soigner les populations carcérales sur le terrain s'opère en grande partie à travers le travail des soignants et médecins exerçant en prison. À leur sortie de prison, les patients se tournent soit vers la médecine de ville, dans les rares cas où la relation avec un médecin résiste à l'épreuve de l'incarcération, soit vers l'hôpital. Dans cette recherche, je considère donc que la santé postcarcérale se situe dans un interstice, à la transition entre deux institutions, entre la prison et l'hôpital.

---

[151] SÉGÉRAL Olivier et HAGÈGE Meoïn, « [Hepatitis C in French prisons] », *Soins; La Revue De Référence Infirmière* (780), 2013, p. 43-45.

[152] « Soins aux personnes détenues », *Gestions hospitalières* (506), 2011, p. 298-359.

[153] Ainsi, dans les premiers paragraphes du prochain chapitre, je m'attache à montrer la manière dont cet objet s'est construit comme un problème de santé publique, pour les professionnels de santé en France. Cette problématisation suppose une rupture entre la prison et la ville. Elle se traduit sur le terrain par une prise en charge scindée, entre prison et hôpital. Dans la suite de ce chapitre, je propose une approche sociologique de cette problématisation, à la lumière des continuités qui fabriquent les parcours biographiques des détenus.

Si la rupture est évidente du point de vue institutionnel, et souvent déplorée par les acteurs de terrain, les sciences sociales peuvent penser ensemble ces deux institutions, et remettre en question ce présupposé de rupture sur lequel est construit l'objet en santé publique. Leur analyse en termes d'institutions totales[154] et la présence de professionnels hospitaliers en prison sont deux éléments qui servent de support à ce rapprochement.

Pour compléter la description de la santé postcarcérale comme un objet de santé publique, je fais appel aux sciences sociales pour aborder d'abord la contrainte qui pèse sur les acteurs du soin en milieu carcéral puis sur ceux du milieu hospitalier. Je qualifie ensuite la santé postcarcérale d'interstitielle, pris dans un entre-deux institutionnel[155]. Je montre par la suite que la rupture du point de vue de l'institution ne se reflète pas dans les parcours, justifiant l'approche processuelle de la recherche.

La santé en prison : des acteurs sous contraintes

La sociologie de la santé permet de souligner une des caractéristiques transversales au travail de soin en prison et à l'hôpital : les contraintes qui pèsent sur ses acteurs. La prise en charge de la santé des détenus incombe d'abord aux soignants exerçant en milieu carcéral. Leur travail se caractérise par une contrainte à plusieurs niveaux, à laquelle ils réagissent marginalement par des résistances de plusieurs ordres. Dans ce chapitre, j'interroge les travaux en sciences sociales sur cette question, pour aborder dans la suite les manières dont les professionnels de santé et les détenus réagissent face à des contraintes institutionnelles. Ces contraintes sont liées à l'expérience carcérale, la managérialisation de l'hôpital, au rapport soignant-soigné et l'expérience de soins des patients séropositifs.

Les travaux de sciences sociales sur la santé carcérale sont récents dans la littérature francophone. Depuis quinze ans, le nombre de publications augmente, mais reste faible[156]. J'identifie deux tendances qui peuvent situer cet engagement de la recherche pour la santé carcérale au cours des dernières décennies. J'ai déjà évoqué la première, notant plus haut que l'Administration pénitentiaire française s'est ouverte à la

[154] GOFFMAN Erving, *Asylums*, Garden City, New York, Anchor Bay Doubleday and Company, Inc., 1961.

[155] La contrainte qui pèse sur les patients, acteurs particuliers du soin en milieu carcéral et hospitalier, sera développée d'avantage dans les chapitres 5 et 6.

[156] Par exemple, une recherche bibliographique avec le mot clé « santé » dans les publications de « Champ Pénal », une revue scientifique spécialisée sur le milieu carcéral et le système pénal, ne relève aucune publication sur la santé somatique et la prise en charge sanitaire des détenus ; seules cinq publications émergent de la recherche et traitent de la santé psychique, le suicide et l'expertise psychiatrique auprès des personnes placées sous main de justice.

recherche[157]. La « sanitarisation » des populations détenues et de l'influence de la nouvelle santé publique sur le gouvernement des corps en prison[158] (développé dans le chapitre 2) l'explique aussi.

On peut situer ainsi les travaux de sciences sociales francophones et anglophones sur la santé carcérale, publiés dans les quinze dernières années, dans un spectre d'objets de recherche analysés via des entrées de niveaux macrosociologiques, à mésosociologique et microsociologique. Je mentionne ici plus particulièrement : (1) les politiques sanitaires et sociales et la gouvernance d'une population démunie avec les travaux de M.-H. Lechien, M. Bessin, P. Awondo et F. Le Marcis ; (2) le travail et les rapports interprofessionnels en détention avec les travaux d'E. Farges, de B. Milly, C. Lancelevée, et les rapports détenus-soignants, avec les travaux de C. Rostaing ; et enfin (3) la santé des détenus avec les travaux de D. Lhuillier, A. Désesquelles et ses collègues, et celle de leurs proches, avec les travaux de M. Comfort et C. Touraut[159].

Concernant la première thématique des politiques sanitaires et sociales et la gouvernance d'une population démunie, l'enquête de M. Bessin et M.-H. Lechien, sur les pratiques et les usages du soin en détention et sur les rapports entre les acteurs du milieu carcéral, détenus et professionnels après la réforme de 1994, a donné lieu à plusieurs publications. L'une explore les modalités du gouvernement des corps en détention, dans le cadre d'une réforme, qui donne lieu à la création des Ucsa et garantit une protection sociale pour toutes les personnes détenues[160]. Cette réforme a modifié les modalités d'encadrement du corps malade incarcéré (1) en améliorant l'offre de soins, (2) en provoquant de nouveaux modes de délégation des soins entre professionnels du milieu pénitentiaire, avec en conséquence une délégation du *dirty work* aux détenus cocellulaires notamment et (3) en engageant des formes de déprises et d'abandon dans le soin, en contradiction avec les compréhensions usuelles de l'emprise de l'État sur le corps détenu et le cadre conceptuel de l'institution totale[161]. Avec « L'impensé d'une réforme pénitentiaire », M.-H. Lechien aborde la mise en œuvre de la réorganisation des soins en détention et ses effets conflictuels entre professions pénitentiaires et professions

---

[157] Dans d'autres pays, cette ouverture à l'ethnographie s'est considérablement atrophiée. L. Wacquant parle ainsi « d'éclipse » pour le cas étasunien. WACQUANT Loïc, « The Curious Eclipse of Prison Ethnography in the Age of Mass Incarceration », *Ethnography* 3 (4), 2002, p. 371-397.

[158] ROBERT Dominique et FRIGON Sylvie, « La santé comme mirage des transformations carcérales », *Déviance et Société* (3), 2006, p. 305-322.

[159] Si l'angle de cette revue de la littérature en sciences sociales sur la santé en prison est celui des contraintes qui pèsent sur les patients à travers leur circulation de la prison vers l'hôpital, il sera aussi question des résistances à ces contraintes et des marges de manœuvre des acteurs concernés.

[160] BESSIN Marc et LECHIEN Marie-Hélène, « Proximité avec le corps malade des détenus. La participation des prisonniers aux soins. », *in* MEMMI Dominique et FASSIN Didier (dir.), *Le gouvernement des corps*, 2004, p. 207-236.

[161] *Ibid.*

hospitalières nouvellement arrivées[162]. Elle montre que ces conflits entre surveillants et soignants partent d'une opposition entre mission sécuritaire et répressive et mission de soin et de sollicitude, clivant ainsi les modes de gestion de la population carcérale. L'analyse empirique des rapports en détention après la réforme éclaire le décalage entre les textes et les pratiques des acteurs, pris dans des rapports de pouvoir propres à la prise en charge des populations démunies.

Concernant le travail de soin, ces professionnelles de santé travaillent auprès d'hommes détenus, dans un milieu où les rapports de genre sont caractérisés par une « survirilité » et les interactions, empreintes de soupçon[163]. Leur travail est traversé par des problématiques très situées qui rendent difficile l'accès aux soins, la relation de confiance entre soignante et soigné et le secret médical, ainsi que, plus largement, l'intimité et la gestion des corps détenus et des souffrances multiples. Du point de vue des détenus, les assignations de genre du milieu carcéral peuvent produire tout à la fois un refus de prise en charge et des attentes de soin et sollicitude de la part des soignantes[164].

Concernant la deuxième thématique du travail et les rapports interprofessionnels en détention, une étude des actions d'éducation à la santé menées en détention montre que la prise en charge sanitaire et sociale des détenus s'est professionnalisée[165]. Devenues mission de santé publique depuis la réforme, elles se révèlent particulièrement ambigües en pratique. Elles confèrent un pouvoir important à l'institution médicale en prolongeant son champ d'influence sur des questions relevant auparavant de l'Administration pénitentiaire et de la régulation sociale ; c'est en cela qu'E. Farges parle ainsi de « sanitarisation du social » en référence à D. Fassin[166]. Si ces missions sont appropriées de manières diverses selon les établissements pénitentiaires, et sont difficilement justifiées au regard de l'immuabilité des mauvaises conditions de détention, elles participent à renforcer la légitimité d'une profession médicale déconsidérée du fait de son association avec le milieu carcéral. Cette publication et le travail de B. Milly sont les

---

[162] LECHIEN Marie-Hélène, « L'impensé d'une réforme pénitentiaire », *Actes de la recherche en sciences sociales* 136-137 (1), 2001, p. 15-26.

[163] BESSIN Marc et LECHIEN Marie-Hélène, « Hommes détenus et femmes soignantes : l'intimité des soins en prison », *Ethnologie française* (1), 2002, p. 69-80.

[164] *Ibid.*

[165] FARGES Éric, « La sanitarisation du social: les professionnels et l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire », *Lien social et Politiques* (55), 2006, p. 99. DÉSESQUELLES Aline et TOURAUT Caroline, « La prison face au vieillissement Expériences individuelles et prise en charge institutionnelle des détenus « âgés » », Paris, GIP Justice, 2015.

[166] E. Farges cite D. Fassin, « Les politiques de la médicalisation », dans P. Aïach et D. Delanoë « L'ère de la médicalisation », 1998, Paris : Editions Economica : p.11

seules sources récentes en sciences sociales sur les professions de santé en prison en France[167].

En ce qui concerne les rapports des soignants avec les détenus, C. Rostaing discute les particularités du soin en milieu carcéral, en notant qu'elles sont très variables d'un établissement à l'autre. Elle examine les contraintes logistiques, sécuritaires et matérielles qui régulent l'accès aux soins des détenus ; ces contraintes inscrivent le travail de soin dans une dépendance interprofessionnelle, qui implique parfois l'entrée du surveillant dans la relation de soin. Elle explique aussi que le médecin en prison jouit de plus de pouvoir qu'à l'extérieur, même si les interactions avec les détenus sont plus conflictuelles et les pressions de l'institution, plus aigües, lorsqu'il s'agit de garantir la fluidité du fonctionnement quotidien ou en situation d'urgence médicale[168]. Dans une autre publication, elle aborde la prise en charge de la santé mentale des détenus atteints de troubles psychiatriques, en nombre croissant depuis les trois dernières décennies et plus fréquemment dépistés, mais d'autres catégories de détenus[169]. L'extension des missions de promotion de la santé mentale depuis les années 2000 induit en effet une extension des catégories de détenus relevant de « la prise en charge psy » : ceux à « tendance suicidaire », dans le cadre des protocoles de prévention du suicide ; les toxicomanes, traités par les services médico-psychologiques régionaux ; les auteurs d'infractions sexuelles en suivi sociojudiciaire, incités dès la détention à s'engager dans le soin ; et les injonctions au lien avec un professionnel de santé mentale dans la construction du projet d'exécution des peines[170]. La thèse de C. Lancelevée est dans la continuité de ces interrogations, partant du nombre croissant de détenus présentant des troubles mentaux et de ces effets sur les pratiques professionnelles en milieu carcéral. Elle s'attache à décrire les enjeux pratiques, professionnels et moraux des prises en charge de ces détenus, mettant en exergue les inflexions dues à la psychologisation, au sens de R. Castel et aux résistances que ces pratiques engendrent[171].

Dans le contexte bien différent de la maison d'arrêt et de correction d'Abidjan, F. Le Marcis aborde la « gouvernance de l'intérieur » en référence à la gestion de la vie en

---

[167] MILLY Bruno, *Soigner en prison*, Paris, Presses universitaires de France, 2001.

[168] ROSTAING Corinne, « Ethique des pratiques de santé en milieu pénitentiaire », *La lettre de l'Espace Ethique - APHP* (15-18), 2002, p. 97-99.

[169] ROSTAING Corinne, « A chacun son psy. La diffusion des pratiques psychologiques en prison », *Sociologies pratiques* 17, 2008, p. 81–94.

[170] *Ibid.*

[171] Lancelevée, Camille « Quand la prison prend soin. Enquête sur les pratiques professionnelles de santé mentale en milieu carcéral en France et en Allemagne» thèse préparée sous la direction de Marc Bessin et Michel Bozon (Paris, EHESS)

détention en partie contrôlée par les détenus[172]. Dans un milieu décrit comme extrêmement hiérarchique et violent, où se reproduisent les inégalités de l'extérieur (en fonction des connaissances de l'intérieur, des capacités à obtenir de l'argent et de la nourriture de l'extérieur, ou à obtenir des soutiens), le statut de malade pair-éducateur donne accès à des privilèges. Selon les temporalités et l'organisation de la vie quotidienne et la légitimité que peuvent se construire les détenus, la santé peut devenir une ressource en prison. La santé y relèverait plutôt d'une valeur transactionnelle dans une économie de la valeur[173]. Cette perspective, qui se rapproche dans ses effets, aux analyses en termes d'adaptations secondaires, rappelle le travail de F. Guilbaud, qui lui aussi évoque le privilège du statut, de travailleur dans ce cas, qui permet de circuler en détention et l'accès à des ressources[174].

Une ethnographie de la prise en charge de la co-infection VIH-Tuberculose dans deux prisons du Burkina Faso est en cours[175]. Son point de départ est une revue de la littérature en sciences sociales sur les prisons en Afrique, qui montre une forte dominance des travaux sur la santé. La santé semble être l'entrée privilégiée des études sur le milieu carcéral car, et c'est l'hypothèse de P. Awondo, identifier la prison comme un nouvel espace d'urgence sanitaire relève de la métaphore de l'Afrique malade, prégnante à la fois dans les travaux en sciences sociales et dans la coopération internationale sanitaire. Si la prison en France est bien différente, cette métaphore de la prison comme le symptôme d'une société défaillante, ou d'un État incapable de garantir les droits de ces citoyens, est connu du discours militant.

Concernant le cas plus particulier des détenus en situation de handicap, l'enquête Handicap-Incapacité-Dépendance de 2001 apporte un éclairage sur la déficience et l'incapacité dans la population carcérale de France[176]. La comparaison avec la population générale éclaire une autre dimension des inégalités de santé et montre notamment que, pour les personnes détenues : les déficiences sont deux fois plus fréquentes et les

---

[172] LE MARCIS Frédéric, « Everyday prison governance in Abidjan, Ivory Coast », *Prison Service Journal (Centre for crime and justice studies)* (212), 2014, p. 11–16.

[173] LE MARCIS Frédéric, « Santé et économie de la valeur en prison: enseignement du programme VIH/TB de la MACA », 7e conférence internationale francophone VIH/Hépatites (AfraVIH), Montpellier, 2014.

[174] GUILBAUD Fabrice, « Le travail pénitentiaire: sens et articulation des temps vécus des travailleurs incarcérés », *Revue française de sociologie* 49 (4), 2009, p. 763-791.

[175] Recherche post-doctorale en cours au moment de la rédaction : Awondo, Patrick « Le prisons africaines au prisme de la santé : retour sur la construction d'un axe de recherche » 2e Journée « Economies de la peine et de la prison en Afrique (Réseau ECOPPAF) », Paris, 2015.

[176] La déficience est entendue comme l'altération d'un organe ou d'une fonction psychique ou somatique ; l'incapacité, comme une réduction de la capacité à accomplir une activité ; et le désavantage, comme une réduction de la capacité à accomplir un rôle social, cf. DÉSESQUELLES Aline, « Le handicap en millieu carcéral: quelles différences avec la situation en population générale? », *in Santé et expérience de soins*, Paris, Vuibert Inserm, 2005, p. 125-156.

incapacités, presque trois fois plus fréquentes[177]. Cet écart s'explique en partie par un effet de sélection à l'entrée, qui rejoint les interprétations sociologiques du recrutement social de la prison dans la perspective des inégalités sociales de santé. L'enquête HID-prisons permet aussi de faire le lien avec une autre hypothèse, abordée plus en détail dans le chapitre 6, celle de la prison pathogène : HID-prisons montre que le risque d'avoir une incapacité augmente avec la durée d'incarcération[178].

Concernant la troisième thématique sur la santé des détenus, le travail de D. Lhuillier sur le VIH/Sida et la santé en prison, publié en 1998 et 1999, lui permet d'éclairer quelques un des enjeux du soin en prison, notamment à travers une réflexion sur la punition et l'économie politique du corps[179]. Si l'épidémie a bien changé, les analyses des enjeux du soin en détention restent pertinentes, dont la caractérisation indigène de mésusage des soins par les détenus et de présupposées conflictualités entre le sécuritaire et le sanitaire en milieu carcéral, qui seront exploités dans le chapitre 6.

Dans le cas plus particulier des expériences d'usagers de drogues, F. Fernandez explique comment le traitement social de la toxicomanie a progressivement fait de l'usager précarisé un « sujet de soins » détenu[180]. Ce processus de médicalisation engendre des injonctions contradictoires, entre attentes de leurs professionnels et de leur milieu social, dans une prise en charge somatique et psychiatrique discontinue entre l'intérieur et l'extérieur.

Si l'on considère aussi les études sur la sexualité, on peut élargir le champ des travaux en sciences sociales sur la santé carcérale pour y inclure des publications comme celles de M. Comfort[181], de M. Joël[182], de G. Ricordeau[183] et celles coordonnées par R. Schlagdenhauffen et G. Ricordeau[184]. Ainsi, M. Comfort aborde la sexualité et les risques sanitaires dans les expériences de détention, à travers le vécu des conjointes d'hommes détenus en Californie. Elle montre comment l'institution pénitentiaire exerce un contrôle sur les corps détenus, mais aussi sur leurs proches. Les femmes vivent la contrainte

---

[177] *Ibid.*, p. 131-136.

[178] *Ibid.*, p. 137-139.

[179] LHUILLIER Dominique, « Comment se soigner en milieu carcéral? Santé, soins et emprise carcérale », *in Santé et expérience de soins*, Paris, Vuibert Inserm, 2005, p. 111-124.

[180] FERNANDEZ Fabrice, « Contrôler la toxicomanie en maison d'arrêt: punir pour mieux soigner. », *Sociologie santé* (27), 2007, p. 173-192.

[181] COMFORT Megan *et al.*, « "You can"t do nothing in this damn place': Sex and intimacy among couples with an incarcerated male partner », *Journal of sex research* 42 (1), 2005, p. 3–12.

[182] JOËL Myriam, *La sexualité en prison de femmes*, Thèse de doctorat, Nanterre, France, Ecole doctorale Economie, organisations, société, 2012.

[183] RICORDEAU Gwénola, *Les détenus et leurs proches. Solidarités et sentiments à l'ombre des murs*, Paris, Autrement, 2008, p. 145-164.

[184] SCHLAGDENHAUFFEN Régis et RICORDEAU Gwénola (dir.), « Dossier - Sexualités et institutions pénales », *Champ Pénal*, à venir.

carcérale pendant les parloirs (*visits*), mais aussi en dehors des murs, au quotidien, alors qu'elles s'efforcent de maintenir des relations amoureuses, intimes et familiales. Les implications de la privation affective et sexuelle incluent des prises de risques à la sortie de prison, qui font des conjointes de détenues une population à risque d'infections sexuellement transmissibles, entre autres (ainsi qu'il en était question précédemment dans ce chapitre).

Dans une publication récente, le détenu malade est décrit comme un patient étranger à la figure du « patient contemporain », du fait des conditions contraignantes et déresponsabilisantes du suivi médical en prison[185]. L'engagement fréquent des détenus dans le soin est analysé, dans un cadre goffmanien, comme relevant non pas d'une réaction à un besoin sanitaire, mais d'une stratégie de captation de privilèges, propre à l'institution totale[186]. L'enfermement des personnes vivant avec une pathologie chronique est analysé comme opérant une « double peine » et une mise à l'écart d'une population indésirable à la fois malade et déviante, tout en encourageant l'engagement dans la démarche de soins (« une socialisation au médical[187]. ») Enfin, une thèse d'anthropologie sociale sur l'adhésion thérapeutique de détenus séropositifs évoque l'expérience de la maladie et le rapport à la prise en charge médicale en détention[188]. Le processus sous-jacent proposé veut que, pendant la détention, il s'opèrerait une réification de l'identité des détenus, qui aurait des effets néfastes sur la santé.

Ces travaux font régulièrement référence au travail fondateur d'E. Goffman sur l'institution totale[189]. Lieu de vie et de travail reclus, l'institution totale organise et régit le quotidien collectif, décloisonnant les espaces de vie, de travail et de divertissement et prenant en charge les besoins élémentaires des personnes détenues ou recluses. Si la contrainte qu'elles vivent est souvent explicite, les adaptations secondaires rendent compte de leur capacité à contourner ou éviter certaines de ces contraintes et à s'octroyer une marge de manœuvre au quotidien. Cette organisation de l'expérience de la détention affecte aussi les professionnels, qui, s'ils ne sont pas soumis au même règlement que les détenus, exercent leur métier dans un espace organisé pour le maintien de l'ordre

---

[185] MAHI Lara, « De(s) patients détenus. Se soigner dans un environnement contraignant », *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 2015, p. 1.

[186] MAHI Lara, « De(s) patients détenus. Se soigner dans un environnement contraignant », *art. cit.*

[187] MAHI Lara, « Du box des accusés à la cellule pénitentiaire: logiques sociales de l'enfermement carcéral des malades », Séminaire du laboratoire d'analyses socio-anthropologiques du contemporain- Université Paris 10 Nanterre, 2012.

[188] À partir d'une enquête sur les détenus séropositifs suivis en consultations spécialisées pour le VIH (Cisih) à la maison d'arrêt de Fresnes, il est question d'une adhésion de 85 % (proche de la moyenne en population non incarcérée) ; elle est expliquée par les stratégies de vie des détenus, leur *mètis* et du soutien des personnels et bénévoles du médicosocial. LEMOINE Diane, *Influences du milieu carcéral sur l'adhésion de détenus séropositifs aux thérapies anti-V.I.H.*, Thèse de doctorat, Paris, France, École des hautes études en sciences sociales, 2004.

[189] GOFFMAN Erving, *Asylums*, Garden City, New York, Anchor Bay Doubleday and Company, Inc., 1961.

carcéral. Dans cette perspective, le rapprochement de la prison et de l'hôpital permet de mettre l'accent sur les contraintes et les marges de manœuvre des professionnels et des patients, mais aussi de relever que le travail de soin en milieu carcéral est le résultat d'une imbrication des logiques carcérale et hospitalière.

En révélant les contraintes qui structurent les soins dans l'institution totale, les travaux de sciences sociales sur la prison me permettent de remettre en question la rupture sur laquelle est fondée la problématisation de la question par la santé publique. Ces travaux me permettent aussi de révéler les continuités entre les rapports de soin en prison et à l'hôpital.

La santé à l'hôpital : des prises en charge sous contraintes

La très riche littérature en sciences sociales de la santé facilite l'élaboration d'un argument parallèle pour l'hôpital. Je conçois ainsi la santé hospitalière comme un prisme révélateur des contraintes qui pèsent sur les acteurs en détention, laissant transparaitre leurs marges de manœuvre et de résistances. Ces contraintes relèvent (1) des évolutions des politiques sanitaires, et plus particulièrement de la gestion de l'institution hospitalière, mais aussi (2) des évolutions de la relation soignant-soigné. Le cas particulier de l'expérience de la prise en charge hospitalière du VIH et de l'hépatite C illustre les contraintes spécifiques à ces deux infections et les ressources auxquelles elles peuvent donner accès. Si du point de vue de la santé publique, il y a rupture, les travaux de sciences sociales me permettent au contraire de révéler des continuités entre les prises en charge en prison et à l'hôpital, en invoquant d'abord la notion d'institution totale, puis en considérant la réforme des soins en prison de 1994.

Une contrainte gestionnaire

Au cours des deux dernières décennies, les politiques sociales et sanitaires qui concernent l'hôpital ont eu pour effet de « managérialiser » la gestion hospitalière[190], une évolution qui s'est conduite au détriment des patients, contraints économiquement et dans leur choix de prise en charge. Mobiliser le registre de la nouvelle gestion publique en sociologie implique d'admettre une rupture dans les pratiques de gestion des administrations publiques. Le *new public management* s'inspire de l'esprit d'entreprise et vise l'efficacité dans tous ces aspects, dans les domaines aussi divers que la compétitivité ou les conditions de travail. Par des interventions en termes d'objectifs mesurables sur les moyens, l'évaluation, l'identification des effets pervers et la coordination entre les services, l'évolution est celle du passage de l'État social (*Welfare*

[190] LOMBRAIL Pierre « Les soins » in FASSIN Didier et HAURAY Boris (dir.), *Santé publique: l'état des savoirs*, Paris, La Découverte, chap. 37, 2010.

State) à l'État organisateur, flexible et efficient. La gestion des professionnels s'intéresse ainsi au mérite et à la performance, identifiés au travers d'entretiens d'évaluation, et à l'individualisation des rémunérations. La gestion financière et comptable s'intéresse, elle, au contrôle de la gestion avec une attention portée à la réduction des effectifs et aux analyses en termes de coûts-performance. Ces objectifs justifient le recours systématique aux nouvelles technologies de l'information et de la communication et une marchandisation des services ; dans ce cadre, les services publics sont conçus comme des services ordinaires, marchands et évalués, et les usagers, des clients.

Les effets des réformes vers la nouvelle gestion publique à l'hôpital ont été décrits par N. Belorgey[191], comme affectant les soignants, mais aussi les agents « réformateurs. » ll montre que les outils conçus et utilisés appartiennent au monde de l'entreprise (audit, *benchmarking*, *etc.*) Il montre aussi que les mesures, comme les calculs des temps d'attente et des temps dédiés aux soins, sont présentées comme des solutions pour les patients, mais ne tiennent pas compte du contexte social de l'hôpital. La réception, hostile, de ces réformes par les professionnels de santé est mal vue des réformateurs, qui y voient de la résistance et le produit d'un fonctionnement bureaucratique : les réformes ont pour objectifs de « convertir les problèmes de moyens que pointent les soignants en problèmes d'organisation et de « performance » collective, voire individuelle, dont ils seraient seuls responsables[192]. »

Du point de vue des soignants, les réformes font rupture avec « l'esprit du soin[193] » et la prégnance du relationnel, accélérant la baisse de la qualité des soins. Par exemple, l'objectif de réduction des temps de consultation ne prend pas en compte le fait qu'une consultation plus longue peut permettre une meilleure qualité de soins et un retour moins important des patients. Les réformes ont un autre effet, celui de l'augmentation des inégalités sociales de santé. Le recours à la standardisation des critères d'évaluation, via le *benchmarking*, empêche en effet la prise en compte des spécificités locales ou singulières, indispensable à la prise en charge et au suivi des patients désaffiliés. De plus, les conditions d'accès plus difficiles aux soins diminuent d'autant le recours des catégories de patients les plus défavorisés déjà en marge du système de santé, comme les sortants de prison ou les étrangers en situation de précarité. La rationalité économique est une des contraintes structurelles qui pèse sur les parcours de prise en charge des sortants de prison. Un autre registre de rapports de pouvoir affecte ces parcours des

---

[191] BELORGEY Nicolas, *L'hôpital sous pression: Enquête sur le nouveau management public*, Paris, La Découverte, 2010.

[192] *Ibid.*, p. 74.

[193] Les effets sur les pratiques soignantes sont développés dans le chapitre 6.

détenus : les rapports avec les professionnels de santé, les attentes et les conditions de dispensation du soin.

Le rapport soignant-soigné en évolution

Deuxième registre de rapports de pouvoir qui contraint la prise en charge hospitalière des sortants de prison, la relation thérapeutique et les rapports entre soignant et soigné ont fait l'objet de nombreux travaux en sociologie[194]. Un grand nombre d'entre eux développent leur qualité contraignante, tout en s'inscrivant dans des cadres d'analyse différents. En sociologie des professions, l'approche fonctionnaliste, avec les travaux de Parsons, met en avant un rapport thérapeutique structurellement asymétrique, dans lequel le rôle de soignant s'exerce dans un souci de ce qui est considéré comme le bien du patient[195]. En réponse, dans le prolongement de l'approche interactionniste, E. Freidson explique la domination médicale plutôt par la position privilégiée de la profession vis-à-vis des autres acteurs de santé, acquise progressivement et fondée sur une autonomie professionnelle ; le consensus entre médecin et patient n'est pas donné et se construit plutôt dans le rapport de soins, dans la confrontation entre culture professionnelle et culture profane[196]. Plus tard, A. Abbott poursuit l'analyse des savoirs et des savoir-faire médicaux pour expliquer l'assise de la profession médicale[197].

À travers une distinction entre la question du consensus et celle du conflit dans le rapport de soin monolithique, les travaux postérieurs se sont appliqués à saisir la diversité des formes de relations possibles en médecin et patient. Le concept de profession médicale a ainsi été critiqué, par A. Strauss notamment, non pas pour réfuter l'autorité des médecins au travail, mais plutôt pour la relativiser, au regard de l'hétérogénéité de la profession ; A. Strauss, puis I. Baszanger dans le cas de la France, proposent plutôt que les rapports à l'hôpital relèvent de la négociation[198]. Ce mode de régulation des relations sociales met au premier plan le caractère labile des interactions, avec des objectifs déterminés au cours de la négociation, toujours renégociables et qui tiennent compte des influences du médecin, mais aussi du patient. Au quotidien, la prise en charge est construite par une pluralité d'acteurs, dont d'autres médecins, les autres

---

[194] Cf. des travaux synthétiques sur ce domaine d'études : CARRICABURU Danièle et MÉNORET Marie, *Sociologie de la santé: Institutions, professions, maladies*, Paris, Armand Colin, 2004 ; HERZLICH Claudine et ADAM Philippe, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Armand Colin, 2007.

[195] PARSONS Talcott, « The professions and social structure », *Social forces* 17 (4), 1939, p. 457–467.

[196] FREIDSON Eliot, *La Profession médicale*, Paris, Payot, 1984.

[197] ABBOTT Andrew, *The system of professions: An essay on the division of expert labor*, Chicago, University of Chicago Press, 1988.

[198] STRAUSS Anselm, *La trame de la négociation*, Paris, L'Harmattan, 1992 ; BASZANGER Isabelle, « Introduction: les chantiers d'un interactionniste américain », *in La trame de la négociation*, Paris, L'Harmattan, 1992 ; BASZANGER Isabelle, « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue Française de Sociologie*, 1986, p. 3-27.

professionnels de santé, les patients et leurs proches[199]. Dans le cas des patients précaires et les sortants de prison, très encadrés par l'aide sociale lorsqu'ils arrivent dans le service de médecine interne, on peut inclure les travailleurs sociaux et les intervenants des associations de réduction des risques et de prise en charge de la toxicomanie.

Ces travaux sur les rapports de soins oscillent entre une analyse de la relative domination médicale et celle des formes de négociation possible entre médecins et malades, dotés de ressources et de points de vue divergents. Cependant, sans pour autant verser dans la dénonciation réductrice du pouvoir médical[200], il faut rappeler que les rapports entre professionnels hospitaliers et patients des classes populaires, racialisés et souvent précaires, comme les clients de l'institution carcérale par exemple[201], sont plus nettement biaisés en faveur des soignants.

Une des premières études en sciences sociales françaises sur les dispositifs de santé des personnes les plus démunies décrit ainsi l'expérience particulière des patients qui consultent les permanences d'accès aux soins de santé hospitalières et la clinique de l'association humanitaire Médecins du monde[202]. À travers l'analyse de l'univers symbolique médical, prégnant à l'hôpital, et l'univers symbolique humaniste, plus prégnant dans les dispensaires humanitaires, I. Parizot montre que la prise en charge des personnes démunies traversée par une tension principale entre, d'un côté, l'inclusion dans le droit commun de personnes au statut de patient, mais dans des conditions peu tolérantes aux besoins spécifiques de ceux au capital social, culturel et économique faible et de l'autre, la perpétuation de l'exclusion sociale par des dispositifs spécialisés par la stigmatisation de l'assistance. Chacun de ces univers symboliques propose néanmoins une sortie du stigmate attaché à l'assistance, pour les patients qui s'en saisissent et qui s'en approprient les logiques : dans les dispensaires, on s'attache à soigner non pas des « assistés », mais des « êtres humains dignes d'être aidés » ; à dans les services hospitaliers, on traite non pas des « pauvres », mais des « malades » ayant droit à ce titre aux services de l'hôpital public[203].

Dans les cas plus particuliers de la prise en charge hospitalière du VIH et de l'hépatite C, certaines des dimensions des expériences des patients ont été décrites. C'est le cas notamment de l'expérience de patients toxicomanes infectés par le VHC dans les

---

[199] CASTEL Patrick, « Le médecin, son patient et ses pairs », *Revue française de sociologie* (3), 2005, p. 443-467 ; BERGERON Henri et CASTEL Patrick, « Captation, appariement, réseau: une logique professionnelle d'organisation des soins », *Sociologie du Travail* 52 (4), 2010, p. 441-460.

[200] Voir I.Illich « Némésis médicale, l'expropriation de la santé » Paris : Seuil, 1975 in : HERZLICH Claudine et ADAM Philippe, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, *op. cit.*

[201] WACQUANT Loïc, *Les prisons de la misère*, Paris, Raisons d'Agir, 1999.

[202] PARIZOT Isabelle, *Soigner les exclus*, Paris, Presses Universitaires de, 2003, p. 54-58.

[203] PARIZOT Isabelle, « La prise en charge des malades démunis: entre univers médical et univers humaniste », *in Repenser la solidarité*, Rennes, Presses Universitaires de France, 2011, p. 747.

travaux de sociologie de la maladie australiens, qui mettent en exergue les effets de la médicalisation de la toxicomanie dans le traitement de l'hépatite et ceux de la stigmatisation et de la discrimination qui caractérisent leurs expériences avec les professionnels de santé[204]. Ces éléments seront développés dans le chapitre 6, et enrichis notamment de la discussion sur les enjeux et effets des nouveaux traitements contre le VHC dans le chapitre 2.

J'ai montré que la prise en charge de la santé à l'hôpital est contrainte par les tendances récentes à la rationalisation économique dans la gestion des soins et des professionnels de santé d'un côté, et de l'autre par les ressorts des rapports soignant-soigné qui se construisent avec des patients en situation de précarité. À la sortie de prison, la prise en charge de la santé des détenus atteints du VIH ou d'une hépatite C passe du giron de l'unité de soins carcérale à l'hôpital.

La santé postcarcérale, vers un objet sociologique

Entre prison et hôpital, un entre-deux institutionnel

Je l'ai évoqué, l'expérience de la santé à la sortie de prison du point de vue du patient, ou celle de l'interruption de la prise en charge postcarcérale du point de vue des professions de santé est celle du passage d'une institution à l'autre. Les sciences sociales de la prison et de la santé me permettent de souligner les continuités entre les expériences et le travail dans ces deux institutions. Du point de vue des professionnels, sur le terrain, les dénonciations de la discontinuité sont fortes et l'interruption est traitée comme un problème de santé publique. Dans le prolongement des travaux de sciences sociales cités, je propose d'insister sur les continuités qui traversent ces expériences de soins, et notamment la récurrence à l'échelle biographique des épisodes d'incarcérations – et de sortie de prison[205].

Par ailleurs, la santé postcarcérale est à entendre dans une autre dimension, celle de l'expérience élargie de la prison[206]. En effet, l'incarcération est éprouvée par le détenu, mais aussi par ses proches[207], restées dehors, qui peuvent elles aussi connaitre des effets

---

[204] Ces éléments seront approfondis plus loin, ainsi que dans les chapitres 2 et la partie III. Pour une synthèse, voir : HOPWOOD Max et SOUTHGATE Erica, « Living with hepatitis C: a sociological review », *Critical Public Health* 13 (3), 2003, p. 251–267.

[205] Cette perspective n'est pas sans évoquer celle du travail d'E. Janicaud sur les extractions médicales, les Unités d'hospitalisation sécurisée interrégionale ou les Unités hospitalières spécialement aménagées, qui accueillent et soignent des détenus à l'hôpital, sous surveillance pénitentiaire : Janicaud, Elodie « Les soins aux détenus lors des extractions à l'hôpital », mémoire de Master 2 soutenu en septembre 2009 à l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.

[206] TOURAUT Caroline, « Entre détenu figé et proches en mouvement, «l'expérience carcérale élargie»: une épreuve de mobilité », *Recherches familiales* 1 (6), 2009, p. 81-88.

[207] Nom commun féminin pluriel, tant les femmes proches de détenus sont plus nombreuses et plus présentes que les proches masculins.

psychiques et somatiques liés à sa détention. La santé des proches est dégradée par l'incarcération : stress, effets somatiques du stress ou du traumatisme induit par la découverte de l'incarcération d'un proche, solitude et impression d'enfermement par empathie sont rapportés par les proches de détenus interrogées par C. Touraut[208]. La continuité sous-jacente à l'expérience de la sortie de prison est par ailleurs visible à l'intersection de la santé des sortants et de la santé de leurs proches, dans les travaux sur la santé sexuelle des conjointes et partenaires de détenus étasuniens[209]. Je l'ai évoqué, l'analyse des prises de risques et la prévalence des infections sexuellement transmissibles chez ces femmes lors de la ou des sorties de leur partenaire, en font une nouvelle population vulnérable.

L'objet de la santé postcarcérale pose la question de la contrainte, évoquée, mais pose aussi celle de l'autonomie, à laquelle je reviens à la fin du chapitre suivant. Le moment de la sortie peut ainsi être appréhendé comme un temps de l'*agency*, d'autonomie, où se dessine une marge de manœuvre dans cet interstice institutionnel. La question plus précise du non-recours aux soins à la sortie, ou de l'interruption de la prise en charge postcarcérale, en pose une autre, en filigrane : celle de l'inaction comme résistance aux injonctions de prise en charge de soi, pour retrouver un libre arbitre entre deux régimes de contrainte, que l'on pourrait penser comme un moment de retour au sujet. Je propose ainsi de concevoir cet entre-deux institutionnel comme un interstice temporel, mais aussi politique – qui doit être immédiatement replacé dans un processus de temps long, si on se rappelle que la sortie du moment n'est souvent ni la première ni la dernière.

On voit ainsi se dessiner une emprise de l'institution médicale au-delà des prises en charge strictement institutionnelles, qui, comme je le montre dans les chapitres suivants, concerne les personnes séropositives tout particulièrement. Je pense notamment à la traduction de cette emprise dans les projets de réseau Ville-Hôpital, pour les patients séropositifs au VIH, essentiellement motivée par des préoccupations de santé publique.

En sciences sociales, le spectre des problématisations est plus large, malgré un petit nombre d'études sur la santé postcarcérale. Au-delà de l'approche préalablement explorée – d'une population captive puis vulnérable à la discontinuité des soins et donc cible d'action de santé publique – une approche alternative par les sciences sociales propose de concevoir la santé postcarcérale comme le produit même de l'incarcération.

La première approche est celle du prolongement de l'expérience carcérale après la sortie de prison, à travers ses effets à long terme sur la santé. La focale sur le temps long

---

[208] TOURAUT Caroline, *L'expérience carcérale élargie. Dynamiques du lien et identités à l'épreuve de l'incarcération d'un proche*, Thèse de doctorat, Lyon, Université Lumière Lyon 2, 2009, p. 242-251.

[209] WILDEMAN Christopher, LEE Hedwig et COMFORT Megan, « A new vulnerable population? », *art. cit.*

et sur la relation causale ne soustrait pas à cette approche le présupposé qui fait de la sortie de prison, une entité essentiellement saillante, de rupture avec la vie antérieure. J. Schnittker et A. John s'inscrivent ainsi dans une dimension longitudinale, évoquant « *incarceration's long shadow*[210] », et mettent en évidence un lien causal entre épisode en détention passé et mauvaise santé. En explorant les effets directs et indirects de l'incarcération chez des Étasuniens, ils montrent qu'un séjour en détention détériore la santé à la sortie, même lorsque d'autres facteurs de confusion sont pris en compte, comme l'instabilité maritale ou la baisse des ressources suite à une incarcération. Si l'incarcération permet une amélioration de l'état de santé à court terme, ces bénéfices se dissipent avec le temps et sont inexistants à la sortie – élément confirmé par les études postérieures vues précédemment. Il est aujourd'hui clair que l'incarcération est liée à des problèmes de santé somatique (en particulier : maladies infectieuses et pathologies liées au stress[211]) et psychique[212] dans le long terme.

Dans une perspective similaire, S. Wakefield et Ch. Uggen se penchent sur le rôle de l'enfermement de masse dans la production des inégalités socioéconomiques et sanitaires aux États-Unis[213]. Cette approche veut se démarquer des études des inégalités plus courantes en sociologie nord-américaine, centrées sur la stratification sociale. Dans le cas de la prison, il s'agit de s'éloigner des problématisations qui appréhendent la sélection sociale de l'institution carcérale comme le reflet du processus de stratification sociale l'œuvre aux États-Unis. Ils restituent ainsi l'ensemble de travaux qui montrent que la prison est directement productrice d'inégalités dans le marché du travail, d'inégalités de santé, de perturbations des structures familiales et des modes de participation politiques. Dans le domaine plus restreint de la santé, ces travaux ont notamment montré qu'il existe des conséquences sanitaires l'incarcération, fortement influencées par la catégorie ethnoraciale, le stress et la stigmatisation[214].

Inscrit dans un autre cadre disciplinaire et théorique que les publications abordées précédemment, le mécanisme mobilisé dans ces publications, pour expliquer ces vulnérabilités sanitaires et les inégalités produites par la prison, est celui de la stigmatisation. Pour ces auteurs, l'incarcération produit un stigmate qui altère la santé,

---

[210] SCHNITTKER Jason et JOHN Andrea, « Enduring Stigma: The Long-Term Effects of Incarceration on Health », *Journal of Health and Social Behavior* 48 (2), 2007, p. 127.

[211] SCHNITTKER Jason et JOHN Andrea, « Enduring Stigma », *art. cit.* ; MASSOGLIA Michael, « Incarceration as exposure: the prison, infectious disease, and other stress-related illnesses », *Journal of Health and Social Behavior* 49 (1), 2008, p. 56–71.

[212] SCHNITTKER Jason, « The Psychological Dimensions and the Social Consequences of Incarceration », *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science* 651 (1), 2014, p. 122-138.

[213] WAKEFIELD Sara et UGGEN Christopher, « Incarceration and Stratification », *Annual Review of Sociology* 36 (1), 2010, p. 387-406.

[214] Williams & Collins 1995, Williams & Mohammed 2009, Gaylord-Harden & Cunningham 2009, Schnittker & McLeod 2005 in: *Ibid.*

mais aussi, qui amenuise les opportunités sur le marché du travail et freine l'inclusion dans le milieu social ou familial. Dans le cas des maladies infectieuses, la prison a un effet d'exposition qui rend vulnérable aux infections et un effet anxiogène qui fragilise face à certaines conditions, comme l'hypertension ou les maladies cardiovasculaires[215]. La pathogénicité de la prison, traitée plus particulièrement dans le chapitre 6, explique ainsi certaines des inégalités ethnoraciales de santé visibles dans la population générale, si on considère combien l'incarcération des Noirs-Américains est plus fréquente que celle des Blancs.

Les travaux de sciences sociales sur les biographies de personnes toxicomanes proposent une autre approche de la santé postcarcérale, en filigrane. La santé n'est pas le point d'entrée de ces travaux, mais elle y est abordée comme l'un des éléments d'un processus social particulier, d'expérience totale ou de désaffiliation, où l'incarcération est un événement temporaire, mais souvent un passage obligé[216]. Dans ces travaux, qui ont depuis été complétés par des études quantitatives de santé publique sur la santé et l'offre de soins des personnes toxicomanes[217], c'est à travers la prégnance du corps dans l'expérience du quotidien que la santé est traitée. (Parallèlement, la prise en charge sanitaire et sociale du corps est traitée à travers l'analyse des dispositifs de prise en charge de la toxicomanie et de la grande précarité.) Ce traitement de la question carcérale ne dépend pas du présupposé que la sortie est une rupture, qui induit un « avant » et un « après », en soi et distincts. Au contraire, la sortie de prison est un jalon, souvent récurrent, qui change les modalités d'accès aux ressources et le rapport au corps, notamment par la consommation de drogue et qui participe pleinement de l'expérience (totale) de la toxicomanie chez les usagers précaires.

La santé est prégnante dans ces biographies, dans le rapport au corps ordinaire des usagers de drogues ou des patients séropositifs. Par l'attention portée à son traitement social, la santé éclaire aussi les dispositifs de prise en charge de la toxicomanie précaire. Pour les personnes séropositives qui ont été incarcérées, la santé est prise en charge par ces guichets, mais aussi et surtout par l'hôpital d'un côté et l'Ucsa de l'autre. Si les services font rarement le lien entre eux pour les parcours de soins, du point de vue des patients, les modalités de prise en charge relèvent du même registre, avec des injonctions

---

[215] MASSOGLIA Michael, « Incarceration as exposure », *art. cit.*

[216] FERNANDEZ Fabrice, *Emprises*, Bruxelles, Larcier, 2010 ; BOUHNIK Patricia, *Toxicos: Le goût et la peine*, Paris, La Découverte, 2007.

[217] MICHEL Laurent, CARRIERI M Patrizia et WODAK Alex, « Harm reduction and equity of access to care for French prisoners », *art. cit.* ; MICHEL Laurent *et al.*, « Limited access to HIV prevention in French prisons (ANRS PRI2DE) », *art. cit.* ; JAUFFRET-ROUSTIDE Marie *et al.*, « Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004 », *art. cit.* ; BRISACIER Anne-Claire et COLLIN Cédric, « Les traitements de substitution aux opiacés en France: données récentes », *Tendances* (94), 2014.

à l'adhésion et à la responsabilisation d'un côté, mais une gestion de la pénurie de l'autre – comme le montre le dialogue de la sociologie de la santé en prison et la sociologie de l'hôpital.

Les sciences sociales suggèrent que la sortie est traversée par des processus en continuité avec l'expérience carcérale et précarcérale. J'aborde les notions d'institution et d'interstice pour poursuivre la construction d'un objet sociologique, à partir de sa conception par la santé publique (restituée dans le début de ce chapitre). Pour pouvoir continuer de construire un objet sociologique à partir de ce problème de santé publique, j'interroge les sciences sociales sur la sortie d'institution et l'approche processuelle. Pour mieux la cerner, et qualifier l'expérience de la prise en charge sanitaire dans ce moment particulier, dans la suite de ce chapitre, je situe la sortie de prison dans la littérature plus large sur la sortie en sciences sociales.

Concevoir la sortie en sciences sociales

La sortie de prison est souvent entendue comme une rupture, dans l'expérience des sortants comme du point de vue des institutions carcérale ou hospitalière. L'approche processuelle que je choisis pour cette recherche invite à discuter cet *a priori*, en prenant appui sur les travaux qui ont étudié les processus sociaux qui traversent la prison et ceux qui ont envisagé la sortie sur d'autres terrains, en rupture ou continuité avec l'institution.

Pour ce faire, je passe d'abord en revue les travaux de sciences sociales qui adoptent une approche processuelle de la prison, à contre-courant de l'opposition dedans-dehors au centre du concept d'institution totale. Je traite ensuite certains travaux de sociologie de la prison, qui construisent l'incarcération comme un élément d'un processus sociologique plus large, à l'instar de Ph. Combessie et de M. Comfort. Je restitue enfin les résultats d'une revue de la littérature en sciences sociales qui traite de la sortie, au-delà de la prison. Selon les objets d'études, les sciences sociales appréhendent la sortie comme une rupture du point de vue de l'institution et/ou des acteurs, arguant pour un traitement processuel d'un objet appréhendé comme une rupture.

Approches processuelles de la prison

On compte peu de travaux récents sur la sortie de prison elle-même[218]. Mais depuis une vingtaine d'années, un certain nombre de travaux en sociologie de la prison ont fait

[218] LANZARINI Corinne, « Les sortants de prison, stigmates et reconversion », *Resscom*, Ministère de l'Equipement, Plan Urbain, 1993 ; FALQUE Edith, *Sortie de prison*, Paris, pays inconnu, Éditions et publications premières, 1971 ; LESAGE DE LA HAYE Jacques, *La sortie de prison*, Paris, Lesage de La Haye Editions, 1981.

le choix d'interroger la conception de la prison comme milieu clos[219], en mettant en avant les évolutions historiques liées à l'enfermement, les circulations au travers des murs de la prison et les continuités, notamment biographiques, des expériences carcérales. À partir notamment de « Surveiller et punir » de M. Foucault[220], les sociologues français tels que C. Faugeron, Ph. Combessie, A. Chauvenet, G. Benguigui, *etc.* ont marqué le tournant vers des analyses de la prison tournées vers l'extérieur de l'institution totale[221], ou l'interface entre l'extérieur et l'intérieur[222]. Le parti pris sociologique était de considérer la prison comme un prisme d'analyse du social et non un milieu social à part[223].

Dans « Guerre et paix en prison », A. Chauvenet propose ainsi un parallèle entre l'état de guerre et l'organisation sécuritaire, pour expliquer l'importance de l'honneur dans les rapports sociaux en prison[224]. Les logiques qui régissent les rapports en prison sont expliquées par leur origine essentiellement extérieure à la prison elle-même, et sur laquelle les détenus et les professionnels travaillant en détention n'ont que peu de prises. À l'interface de l'intérieur et de l'extérieur, Ph. Combessie propose une écologie sociale de la prison. L'étude de la prison dans son environnement prend en compte les rapports sociaux, économiques et territoriaux entre la prison et la ville, pour mettre en avant la porosité de l'institution carcérale[225]. Dans la continuité, M. I. Cunha élabore une analyse des rapports et des circulations entre la prison et le quartier, dans le cas d'un retour en

---

[219] Les rapports entre la prison et la société sont un objet marginal de la sociologie de la prison avant les années 1990. Un des premiers travaux, le rapport Hawes (1985), décrit les effets d'une prison californienne sur la criminalité et la valeur du foncier sur un territoire donné (Hawes, 1985 dans : COMBESSIE Philippe, *Sociologie de la Prison*, Paris, La Découverte, 2004., p. 93)

[220] FOUCAULT Michel, *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1975.

[221] FAUGERON Claude, CHAUVENET Antoinette et COMBESSIE Philippe, *Approches de la prison*, Bruxelles-Ottawa-Montréal, Ed. de Boeck, 1996.

[222] COMBESSIE Philippe, *Prisons des villes et des campagnes: étude d'écologie sociale*, Paris, Editions de l'Atelier, 1996.

[223] Claude Faugeron écrit en 1996 : « 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. Ainsi elle permet de lire les principes de structuration des rapports sociaux (Faugeron et al. 1996.) »

[224] Pour se distancier des explications culturalistes (l'honneur comme pratique culturelle importée ou produite par une sous-culture carcérale), elle propose plutôt que de l'envisager comme le produit de la fonction sociale plus large de la prison, un dispositif guerrier qui vise à éliminer les « ennemis de l'intérieur » de l'État – de façon plus ou moins provisoire. Dans ce dispositif guerrier, où le droit et la logique contractuelle ne tiennent pas, seule la relation d'honneur peut régir les rapports, notamment entre détenus et surveillants : « les relations d'honneur [sont] un mode de régulation spécifique des relations sociales, et en même temps (…) un moyen de régler les conflits et les manquements des uns et des autres, là où précisément ni la règle de droit ni la relation contractuelle ne peuvent avoir lieu. » CHAUVENET Antoinette, « Guerre et paix en prison », *Cahiers de la sécurité intérieure* (31), 1998, p. 91-109.

[225] En empruntant au concept de pénombre externe d'Adler et Longhurst (zone d'ombre ou d'influence de la prison sur son environnement) il propose une analyse des phénomènes de mise à distance et de relégation de la prison, en termes de périmètre sensible, « une zone qui entoure chaque prison et au sein de laquelle les relations entre la prison et l'extérieur sont bien souvent masquées, occultées ou détournées, comme s'il fallait maintenir un cordon sanitaire autour de chaque prison, une zone de *no man's land* qui redouble les murs matériels et renforce la clôture. » COMBESSIE Philippe, *Prisons des villes et des campagnes*, *op. cit.*

maison d'arrêt pour femmes, dix ans après une première ethnographie[226]. La place du réseau de sociabilité de quartier et des liens familiaux dans les expériences carcérales permet d'expliquer les ressorts du recrutement socialement homogène de femmes pauvres, issues de quartiers urbains où le trafic de drogues est important.

À la suite des réflexions sur les rapports entre la prison et la ville, G. Salle fait la sociogenèse des préoccupations pénitentiaires pour moderniser la prison : d'un modèle de « prison dans la ville », qui pourrait « se fondre dans son cadre environnant » pour encourager l'intégration des sortants de prison, après la crise de l'ordre carcéral des années 1968, l*a prior*ité devient celle d'une prison conçue comme « une petite ville », plus autonome[227]. Il montre combien le débat autour de l'amélioration des prisons françaises s'inscrit dans une prise en compte de *l'extramuros,* illustrant par là le souci de la sociologie contemporaine des prisons de dépasser les études de « l'îlot carcéral ».

L'approche processuelle de l'enfermement est le socle d'une autre série de travaux qui insiste sur les continuités entre l'intérieur et l'extérieur, sur les parcours de personnes incarcérées. G. Chantraine propose ainsi une typologie des trajectoires carcérales, avec pour point de départ les biographies des détenus, et donc le choix d'une focale plus large que celle de l'événement de l'incarcération[228]. Cette typologie, et l'analyse des récits biographiques des détenus, est ancrée dans une approche longitudinale, où les trajectoires antérieures façonnent les expériences carcérales – loin de la conception de la prison comme système clos. Dans une approche similaire, A.

---

[226] CUNHA Manuela Ivone, « Trajets et dérives autour d'une prison de femmes », *Ethnologie française* (1), 2001, p. 81-87.

[227] Paradoxalement, mais en toute logique, la focale du travail de G. Salle sur les rapports entre la prison et la ville, le conduit à examiner l'*intramuros*. Il montre ainsi que, par la fragmentation et la segmentation des espaces, les « nouvelles prisons » produisent une « atomisation » des rapports, rendant quasi nulles les opportunités de socialisation des détenus et des professionnels. SALLE Grégory, « De la prison dans la ville à la prison-ville », *Politix* 97 (1), 2012, p. 75-98.

[228] Il regroupe son analyse des récits biographiques de détenus en cinq idéaux-types de rapport à l'incarcération. Le premier, « l'incarcération inéluctable », permet de comprendre les expériences carcérales produites par une trajectoire de « galère » marquée par l'errance et des infractions mineures et fréquentes ; les incarcérations se répètent, consolidant une « routine carcérale ». Le deuxième type, « l'incarcération-break », est le produit d'une trajectoire marquée par une toxicomanie qui échappe au contrôle de l'usager, par ses excès, son usure et les délits qu'elle induit (la « dérive délictueuse ») ; l'incarcération-break est vécue comme une pause salutaire, pour se mettre à l'abri de l'usage, mais aussi des contraintes du quotidien. Le troisième type, « l'incarcération catastrophe », est une rupture biographique soudaine et inattendue, dans une trajectoire inscrite dans une « normalité sociale », autrement dit non déviante. Le quatrième type, « l'incarcération calculée », est le produit d'une trajectoire de professionnalisation ou de consolidation des pratiques délinquantes, dans laquelle l'incarcération est vécue comme un risque acceptable et accepté, et souvent préparée. Enfin, le cinquième type, « l'incarcération protectrice », décrit l'aboutissement de trajectoires peu fréquentes où le détenu se dit protégé et libéré d'un univers insupportable ou violent à l'extérieur ; l'incarcération peut être racontée comme volontaire, où c'est la rupture avec l'extérieur qui est recherchée. CHANTRAINE Gilles, *Par-delà les murs: expériences et trajectoires en maison d'arrêt*, Paris, Presses universitaires de France « Le Monde », 2004.

Larouche propose une analyse des parcours de jeunes de la rue à Montréal, qui met en avant la continuité entre les expériences en et hors détention[229].

F. Fernandez aborde lui aussi les trajectoires d'usagers inscrites entre la rue, les squats et la prison, dans une perspective longitudinale au-delà des événements carcéraux. Il propose une analyse plus large des logiques et des contraintes à l'œuvre dans leurs trajectoires, et pour le moment particulier de l'enfermement, une grille de lecture des prédispositions et des effets de l'incarcération sur les trajectoires et l'usage[230].

Enfin, dans la continuité des travaux sur les expériences de l'enfermement, dernier élément de cet aperçu des travaux de sciences sociales optant pour une approche processuelle de l'incarcération, j'évoque les travaux sur les proches des personnes détenues. Éclairant « l'expérience carcérale élargie[231] », les travaux de M. Comfort, G. Ricordeau et C. Touraut prennent en compte les partenaires, les proches et les enfants pour mettre en avant les effets de l'incarcération au-delà de l'expérience carcérale *intramuros*. Ainsi, M. Comfort s'engage à la suite des nombreux travaux étasuniens sur les « effets sociaux » ou les « conséquences collatérales[232] » de l'incarcération sur la famille et le tissu social[233]. Elle décrit la « prisoniérisation[234] secondaire » des femmes partenaires d'hommes détenus ou fréquemment incarcérés, un processus de socialisation

---

[229] Elle propose trois types de rapports à l'incarcération chez ces jeunes, souvent toxicomanes, en mettant l'accent sur les effets identitaires des événements biographiques. Le premier, l'incarcération inéluctable reprend la typologie de G. Chantraine pour expliquer des parcours de « galère », au sens de F. Dubet, qui à la fois mènent et sont ponctués par des périodes d'enfermement. Le deuxième type, l'incarcération parenthèse, s'inspire des travaux de M. Kokoreff et G. Chantraine, pour expliquer des périodes de pauses dans la consommation de produits psychoactifs et la prostitution ; ces pauses ne sont pas toujours salutaires car elles sont vécues comme ayant peu d'impact sur la toxicomanie et sont souvent suivies d'une reprise plus importante de la consommation à la sortie. Le troisième et dernier type, l'incarcération bifurcation, doit expliquer l'inflexion identitaire produite par l'enfermement, dans les cas d'orientation vers un processus de sortie de la rue et de rupture avec les activités illicites (génératrices de revenus ou de consommation). Si ces idéaux-types ne sont pas entièrement cohérents dans leur construction, ils présentent l'avantage de restituer de manière plus complexe les trajectoires plurielles de ces jeunes, en prenant au sérieux le choix de la focale biographique, au-delà de l'événement carcéral. Si A. Larouche ne s'inspire pas encore des travaux de F. Fernandez, son objet et son approche sont dans la continuité de son étude des usagers de drogues en errance en France. LAROUCHE Annie, « L'expérience carcérale dans le parcours des jeunes de la rue à Montréal », *Champ pénal/Penal field*, 2009.

[230] FERNANDEZ Fabrice, *Emprises*, *op. cit.*Ce travail sera abordé plus en détail dans les parties III et IV, dans le cadre de l'analyse des parcours et de l'expérience du recours aux soins et à l'aide sociale à la sortie de prison.

[231] TOURAUT Caroline, *L'expérience carcérale élargie. Dynamiques du lien et identités à l'épreuve de l'incarcération d'un proche*, *op. cit.*

[232] HAGAN John et DINOVITZER Ronit, « Collateral Consequences of Imprisonment for Children, Communities, and Prisoners », *art. cit.*

[233] *Ibid.* MAUER Marc et Meda CHESNEY-LIND (dir)., *Invisible Punishment: The Collateral Consequences of Mass Imprisonment,* New York, The New Press, 2002; Mary Pattillo, David Weiman et Bruce Western (dir)., *Imprisoning America: The Social Effects of Mass Incarceration*, New York, Russell Sage Foundation, 2004 ; BRAMAN Donald Braman, *Doing Time on the Outside: Incarceration and Family Life in Urban America*, Ann Arbor, University of Michigan Press, 2004.

[234] *Prisonisation* est le terme de D. Clemmer, traduit en français par « prisonierisation » dans les premiers travaux francophones sur la question, cf. G. Bouchard, dans : *Vivre avec la prison. Des familles face à l'incarcération d'un proche*, L'Harmattan, 2007.

à la prise en charge pénale[235]. Alors qu'elles intègrent les normes pénitentiaires et se soumettent au dispositif de contrôle pénal, ces femmes font part d'un rapport particulièrement ambigu à l'institution carcérale, entre contrainte et substitut d'une protection et d'une aide sociale qui leur manque face à des difficultés socioéconomiques importantes et des relations de couple difficiles, voire violentes. En effet, entre l'affaiblissement de l'État providence déjà élimé et l'inflation carcérale[236] des dernières décennies, l'État pénal étasunien est devenu un guichet d'aide sociale important pour les populations les plus pauvres[237]. Dans des travaux postérieurs sur les femmes qui rendent visite à leur partenaire incarcéré, M. Comfort traite la question de la contagion de l'expérience carcérale à travers l'étude des prises de risques sanitaires et sexuels[238], chez des femmes qui sont à la fois informées sur le VIH et exposées à des pratiques à risque. Pour compléter les nombreux travaux sur les conséquences délétères de l'incarcération sur les rapports familiaux, d'autres travaux abordent les effets de l'incarcération dans le temps long, à travers les générations. Une étude de cohorte sur les familles étasuniennes dites fragiles, par exemple, montre que l'incarcération du père est liée à une perte de contact avec le père, mais aussi les grands-parents paternels de l'enfant, qui s'explique souvent par la séparation des couples parentaux pendant l'incarcération[239]. C. Touraut explore une autre dimension des dommages collatéraux de l'incarcération d'un proche, celle du coût de la mobilité qu'elle impose aux familles[240] : les trajets à l'établissement pénitentiaire coûtent cher, sont chronophages et pèsent sur les liens familiaux et la structure familiale. Elle éclaire plus largement l'expérience de familles de détenus en France, qui font face aux contraintes de l'institution pénale, dans une « expérience carcérale élargie », le temps de l'incarcération de leur proche[241]. C. Touraut met notamment en évidence les recompositions statutaires et identitaires à l'œuvre dans le travail invisible imposé aux proches par la prison, pour « faire couple » ou « faire famille » pendant l'incarcération. Dans une enquête antérieure, G. Ricordeau[242] s'attache

---

[235] COMFORT Megan, « C'est plein de mecs bien en taule! », *Actes de la recherche en sciences sociales* (4), 2007, p. 22–47.

[236] Ou « l'hyperincarcération » décrite par WACQUANT Loïc, « Class, race & hyperincarceration in revanchist America », *Daedalus* 139 (3), 2010, p. 74–90.

[237] COMFORT Megan, « Punishment beyond the legal offender », *Annu. Rev. Law Soc. Sci.* 3, 2007, p. 271–296.

[238] COMFORT Megan *et al.*, « Reducing HIV risk among women visiting their incarcerated male partners », *Criminal Justice and Behavior* 27 (1), 2000, p. 57–71.

[239] TURNEY Kristin, « The Intergenerational Consequences of Mass Incarceration: Implications for Children's Co-Residence and Contact with Grandparents », *Social Forces* 93 (1), 2014, p. 299-327.

[240] TOURAUT Caroline, « Entre détenu figé et proches en mouvement. « l'expérience carcérale élargie » », *art. cit.*

[241] TOURAUT Caroline, *L'expérience carcérale élargie. Dynamiques du lien et identités à l'épreuve de l'incarcération d'un proche*, *op. cit.*

[242] RICORDEAU Gwénola, *Les détenus et leurs proches. Solidarités et sentiments à l'ombre des murs*, *op. cit.* ; RICORDEAU Gwénola, « Entre dedans et dehors: les parloirs », *Politix* 97 (1), 2012, p. 101-123.

à qualifier les relations familiales et leur transformation à l'épreuve de l'expérience carcérale du proche. Produit d'un travail laborieux, essentiellement féminin, ces relations prennent la forme du maintien, de la rupture, de l'adaptation et de la création de nouveaux liens ; ces transformations s'inscrivent tout au long d'une expérience qui met à l'épreuve la vie familiale, conjugale et sexuelle, pendant l'incarcération, notamment pendant les visites au parloir, mais aussi dans les moments d'anticipation de la sortie et après la sortie elle-même (ces éléments seront développés dans la dernière partie de ce travail de thèse).

Les analyses de genre sont peu nombreuses dans ce champ de la littérature. Je retiens tout de même, dans la continuité des travaux sur l'expérience carcérale des proches, un éclairage du travail de *care* de la parentalité incarcérée, qui reformule les rôles de genre à l'occasion de l'incarcération du père[243]. Je pense aussi aux analyses en termes de masculinités en prison[244], qui situent des pratiques qui font le genre masculin dans un contexte de rapports sociaux de domination très marqué par la surreprésentation des hommes, mais aussi par la classe et la race/ethnicité[245]. Ces travaux, parce qu'ils peinent à dépasser les murs de la prison tant ces masculinités sont décrites comme dépendantes de leur contexte de production, seront plutôt introduits au fil de l'analyse, dans les chapitres suivants. Je retiens l'exception de l'approche de la prison étasunienne comme « institution spéciale », instrument de contrôle des Afro-américains des classes défavorisées, qui fait le lien entre la prison et le ghetto pour expliquer, marginalement, combien les comportements en détention sont ancrés dans les registres de l'honneur, la dureté et le respect individuel par la prégnance de l'agressivité comme mode de relation à l'autre, autrement dit, combien les comportements des détenus dépendent de « valeurs hypermasculines[246] ».

Si l'approche processuelle en sociologie de la prison permet de renouveler la réflexion sur les rapports entre la prison et la ville et l'expérience de l'enfermement, pour les détenus et les personnes qui l'entourent, elle permet aussi de revoir une autre de ses dichotomies fondamentales, celle de l'humanisation et de la sécurisation des prisons. M. Darley et ses collègues passent ainsi en revue les couples

---

[243] TOURAUT Caroline, « Parentalité partagée à distance: rôles parentaux et rapports conjugaux face à l'enfermement », *Champ pénal/Penal field*, 2014.

[244] SABO Don F., KUPERS Terry Allen et LONDON Willie James, *Prison masculinities*, Philadelphia (Pa)., Temple university press, 2001 ; CARRABINE Eamonn et LONGHURST Brian, « Gender and prison organisation: Some comments on masculinities and prison management », *The Howard Journal of Criminal Justice* 37 (2), 1998, p. 161–176 ; EVANS Tony et WALLACE Patti, « A Prison within a Prison? The Masculinity Narratives of Male Prisoners », *Men and Masculinities* 10 (4), 2008, p. 484-507.

[245] SLOAN Jennifer Anne, *Masculinities and the Adult Male Prison Experience*, New York, NY, Palgrave Macmillan, 2016.

[246] WACQUANT Loïc, « Symbiose fatale. Quand ghetto et prison se ressemblent et s'assemblent », *Actes de la recherche en sciences sociales* 139 (1), 2001, p. 31-52.

enclavement/désenclavement et humanisation/sécurisation dans les derniers travaux de sciences sociales[247]. Elles partent du constat de la critique de la conception de la prison comme système clos de la sociologie de la prison des vingt dernières années, par l'entrée analytique du croisement de deux tendances dans l'évolution de l'institution carcérale : un retour au « grand renfermement », citant entre autres la création de nouvelles structures d'enfermement et des dispositifs sécuritaires plus contraignants, et une « détotalisation » de l'autre, citant entre autres, l'entrée du droit en prison et la récente injonction sociale à la transparence. Leur article introduit un numéro de la revue *Culture et Conflits*, qui rassemble des travaux sélectionnés pour leur approche processuelle de la prison et leur intérêt pour les échanges et la circulation entre les milieux fermés et ouverts. Cette démarche confirme le tournant récent de la sociologie de la prison francophone vers l'étude de la prison en contexte social, politique, géographique et biographique – et c'est dans cette approche que je situe cette recherche, afin de qualifier finement la sortie de prison, comme à la fois rupture et continuité.

Approches populationnelles, les études sur la récidive

Les études qui s'inscrivent dans une approche processuelle de la prison sont récentes en sociologie qualitative. En revanche, des travaux quantitatifs sur la circulation entre le milieu carcéral et le milieu ouvert existent depuis plus longtemps. Les études françaises sont peu nombreuses, mais certaines parviennent à éclairer la question de la sortie en décrivant certains aspects de la population sortie de prison[248]. Centrées sur le retour sous écrou ou en prison, elles parviennent toutefois à montrer que la sortie est souvent une expérience récurrente dans les biographies[249]. Ces études contribuent par ailleurs à un débat politiquement chargé[250], qui, selon les ancrages disciplinaires et les partis pris méthodologiques, traitent des objets divers : la récidive, la récidive légale, la réitération, le ré-écrou ou la re-condamnation.

---

[247] DARLEY Mathilde, LANCELEVÉE Camille et MICHALON Bénédicte, « Où sont les murs? Penser l'enfermement en sciences sociales », *Cultures & Conflits* (2), 2013, p. 7-20.

[248] Les études sur la population carcérale sont cependant éclairantes pour saisir certaines des dynamiques et des évolutions récentes. Par exemple, l'augmentation du nombre de personnes détenues entre 2007 et 2013 est principalement dûe à l'allongement de la durée de détention de 3 mois (8,6 mois en 2007, 11,5 mois en 2013), cf. DE BRUYN Florence et KENSEY Annie, « Durées de détention plus longues, personnes détenues en plus grand nombre (2007-2013) », *Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques* (40), 2014, p. 1-12.

[249] Au moment de l'enquête de terrain (2011-2013), 37% des détenus avaient été déjà été incarcérées, KENSEY Annie et BENAOUDA Abdelmalik, « Les risques de récidive des sortants de prison. Une nouvelle évaluation », *Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques* (36), 2011, p. 8.

[250] La lutte contre la récidive est centrale dans la politique pénale française des vingt dernières années et un pilier de sa stratégie de communication depuis le tournant sécuritaire des années 2000. Pour les effets de cette politique de prévention de la récidive sur les pratiques professionnelles, voir RAZAC Olivier, GOURIOU Fabien et SALLE Grégory, « La « prévention de la récidive » ou les conflits de rationalités de la probation française », *Champ pénal/Penal field*, 2014.

En France, les études populationnelles sur la récidive ont été menées en lien ou par le Bureau des études de l'Administration pénitentiaire[251]. Les plus récentes estiment que le retour en détention concerne près de la moitié des sortants : 43 % de l'échantillon des personnes dont l'écrou a été levé en 2005 (n = 19 812) ont été à nouveau écrouées entre 2005 et 2008[252] ; 59 % des personnes libérées en 2002 (n=7 356) ont été recondamnées entre 2002 et 2007[253]. Parmi les personnes libérées en 2002, celles qui avaient des condamnations antérieures avaient plutôt un taux de « re-condamnation » de 70 % (34 % pour les personnes sans condamnations antérieures) et un taux condamnation à une peine de prison ferme de 57 % (22 % pour les personnes sans condamnations antérieures)[254]. A. Kensey présente ainsi les caractéristiques les plus récurrentes dans les cohortes de personnes incarcérées au moins deux fois : de jeunes hommes français sans profession et non mariés, sortis de prison avant l'âge de trente ans et sans libération conditionnelle, ayant déjà été condamnés à plusieurs reprises[255]. Les récurrences sociodémographiques de ces échantillons rappellent par ailleurs les analyses sur le recrutement social de la prison, qui font de l'incarcération une étape dans un processus plus large de marginalisation[256].

Les études de sciences sociales sur la récidive contribuent à l'objectif de quantifier l'efficacité de l'enfermement, en s'attardant notamment sur le lien entre prison et récidive, au sens d'une « réitération entraînant une nouvelle incarcération[257] ». En France, les seuls travaux sur le retour en prison sont ceux conduits en lien avec l'Administration pénitentiaire, notamment par Ph. Cheminthe et M. Fize (1979), et plus récemment, par P.-V. Tournier et A. Kensey[258]. Ces études restent la référence dans le

---

[251] Anciennement le Centre national d'études et de recherches pénitentiaires (CNERP), aujourd'hui le Bureau des études et de la prospective (DAP/PMJ/PMJ5). Par exemple : KENSEY Annie, *Prison et récidive*, Paris, France, A. Colin, 2007. ou dans la revue *Travaux et* Documents de l'Administration pénitentiaire : KENSEY, A. "Trois ans ou plus quinze ans après, analyse des casiers judiciaires en 1997 des libérés de 1982, initialement condamnés à 3 ans ou plus" *Travaux et documents*, 2004, no.62, 130p. ; KENSEY, A. et TOURNIER P.-V. « Prisonniers du passé ? Cohorte des personnes condamnées, libérées en 1996-1997 : examen de leur casier judiciaire 5 ans après la levée d'écrou » *Travaux et documents*, 2005, no. 63, 348 p.

[252] DELARRE Sébastien, « Sur le réécrou: d'un usage du fichier national des détenus - 20 000 anciens écroués observés sur une période de trois ans », *Cahiers d'études pénitentiaires et ciminologiques* (34), 2010, p. 8.

[253] KENSEY Annie et BENAOUDA Abdelmalik, « Les risques de récidive des sortants de prison. Une nouvelle évaluation », *Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques* (36), 2011, p. 8.

[254] *Ibid.*

[255] Kensey, 2007 in COMBESSIE Philippe, « À quels espaces assigner les condamnés? Quels espaces observer? », *Espaces et Société* 3 (162), 2015, p. 167-174.

[256] Voir la dernière partie du chapitre 2 pour une discussion des travaux de R. Castel sur la désaffiliation.

[257] COMBESSIE Philippe, « À quels espaces assigner les condamnés ? », *art. cit.*

Les travaux étasuniens des années 1970-1990 datent, mais font référence aujourd'hui ; par exemple, ceux de L. Goodstein (1979) et de D. Ward (1987) montrent par exemple combien les détenus dont l'adoption des codes du milieu pénitentiaire est la plus conforme aux attentes institutionnelles sont plus à risque d'une nouvelle.

[258] Etudes commandées au Centre national d'étude et de recherches pénitentiaires par l'Administration pénitentiaire :

domaine en ce qu'ils quantifient ces allers et retours des justiciables. Cependant, elles peinent à aller à contresens d'une conception de la sortie comme rupture car elles ne proposent pas d'explication processuelle de ce phénomène social.

À l'inverse de ces études sur l'exécution des sanctions pénales[259], commentant la création récente de l'Observatoire de la récidive et de la désistance et ses missions, Ph. Combessie propose d'élargir la focale pour mieux appréhender, et de mesurer, la récidive. À l'inverse de l'approche qu'il nomme « classique » centrée sur les sortants de prison, il défend une approche « globale », qui prendrait en compte tous les justiciables « arrêtés, parfois placés sous contrôle judiciaire, parfois condamnés, mais qui ne sont pas incarcérés (2015 : 169) » : l'ambition est ainsi de mesurer, non pas le traitement des détenus par l'Administration pénitentiaire, mais plutôt l'opération de tri des justiciables opéré par le système pénal en amont, pré-sententiel et sententiel – qui donne lieu ou non à l'incarcération et, le cas échéant, à la sortie de prison[260].

Les entretiens que j'ai menés avec des détenus et des sortants montrent que le terme institutionnel de « récidive » est peu présent dans les récits ; il reste dans le registre juridique sans faire l'objet d'une réappropriation par les détenus et les sortants, contrairement au terme « incarcération » qui est récurrent. Un détenu me parle de son état de « récidive légale » pour expliquer la sanction particulièrement lourde qu'il a subie et un autre, me dit en riant qu'il est « archirécidiviste » lorsque je lui demande s'il a déjà été incarcéré. Bien entendu, les pratiques délictueuses ou criminelles à la sortie de prison sont, elles, tout à fait envisagées, voire considérées comme inéluctables lorsqu'il s'agit de parler des difficultés matérielles par exemple, mais ce n'est pas le terme de « récidive » qui est employé.

Philippe Cheminthe et Michel Fize publient leur « Étude sur la récidive des condamnés libérés après 15 ans de détention et aperçu sur l'érosion des très longues peines » dans la *Revue de Science Criminelle et de Droit Pénal Comparé*, 1979, no.2, p. 279-303. (Citée par Ph. Combessie, *Art. Cit)*. Le résultat principal de cette étude par l'exploitation des casiers judiciaires de 169 condamnés, libérés entre 1968 et 1973, est la recondamnation à une peine d'emprisonnement ferme pour 11% d'entre eux. Par ailleurs, l'enquête révèle la corrélation entre la durée de la peine et la recondamnation : « plus la peine d'emprisonnement prononcée initialement est longue, plus le taux de récidive est faible (p. 287).»

Dans le prolongement, voir les premières études de Pierre-Victor Tournier, alors membre du Centre national d'étude et de recherches pénitentiaires (CNERP).

Cependant, deux travaux de thèse en cours, et qui n'ont pu être consultées, traitent la question de la récidive plus récemment, et s'appuient sur des méthodes économétriques : ceux de Benjamin Monnery (doctorant en économétrie à l'Université Lyon 2) et d'Arnaud Philippe (doctorant en économie à l'Ecole des hautes études en sciences sociales). Ils s'inscrivent dans la lignée des travaux d'économie de la criminalité qui montrent que l'augmentation de la dureté des sanctions n'est pas nécessaire à la réduction de la délinquance; cf. B. Monnery « *Les effets de la prison sur les chances de réinsertion et sur les risques de récidive à la sortie.* » Intervention au séminaire de P.-V. Tournier, discutée par A. Philippe, 20 mai 2014, Paris et GALBIATI Roberto et PHILIPPE Arnaud, « Enfermez-les tous! Dissuasion et effets pervers des politiques répressives », *Regards croisés sur l'économie* (1), 2014, p. 44-57.

[259] KENSEY Annie, « Quelques considérations sur les récidives », *Espaces et sociétés* (3), 2015, p. 175-180.

[260] COMBESSIE Philippe, « À quels espaces assigner les condamnés ? », *art. cit.*

Ainsi, les sciences sociales proposent des travaux sur la prison qui suggèrent que se sont plutôt les processus sociaux qui méritent l'attention de la recherche aujourd'hui. La santé postcarcérale fait ainsi l'objet d'une approche processuelle dans cette recherche, dans laquelle j'entends plutôt étudier les parcours de santé des détenus. La sortie d'institution est traitée par les sciences sociales, je soutiens maintenant que la sortie de prison est à voir comme un événement inscrit dans un processus plus large.

La sortie en sciences sociales, rupture ou continuité ?

Après avoir esquissé un aperçu des travaux en sciences sociales qui traitent l'objet de la prison en privilégiant l'analyse des processus sociaux qui la traversent, j'aborde ici une revue de la littérature plus large, celle de la sortie en sciences sociales. Quels sont les modes de traitement de la sortie en sciences sociales ? La sortie d'institution est-elle toujours traitée comme une rupture ? Quels sont les résultats des approches qui traitent des continuités dans ces processus de sortie ?

Présente dans un grand nombre de travaux, la sortie de processus ou d'engagement est le plus souvent analysée comme une rupture. Il est ainsi question de « décrochage » scolaire ou de « retour » des camps de concentration, par exemple. En s'intéressant plus particulièrement aux engagements et aux prises en charge qui ont été décrites en termes d'institutions totales, la nuance que je souligne ici est celle de la dissociation entre la rupture institutionnelle et la rupture individuelle. En effet, si la sortie peut être organisée comme un changement radical par l'institution, objectivement et subjectivement, du point de vue individuel, c'est parfois la continuité qui qualifie mieux l'expérience de la sortie. Cette nuance appelle à être plus attentive aux transformations identitaires et subjectives des individus qui vivent ces transitions, mais aussi leurs prédispositions, pour ensuite les confronter au traitement institutionnel dont ils font l'objet. Cette attention, au centre de mes pratiques de terrain, guide la description des parcours de vie et de santé décrits dans la IIIe partie.

Je propose d'entendre la littérature en sciences sociales qui aborde des processus de sortie, comme étant inscrite dans un espace structuré par deux oppositions : celui de la continuité et de la rupture, pour l'individu ou l'institution. Sans ambition exhaustive, les prochains paragraphes illustrent les positions dans cet espace par quatre types de traitement de la question en sciences sociales, schématisés dans les quatre cadrans ci-dessous.

	Rupture individuelle	Continuité individuelle
Continuité institutionnelle	(1) Ex. : La rémission de cancer	(2) Ex. : La sortie de la toxicomanie La sortie de la rue La sortie de bande
Rupture institutionnelle	(3) Ex. : La sortie des camps de concentration La sortie de guerre	(4) Ex. : Le décrochage scolaire **La sortie de prison**

La sortie comme rupture individuelle et continuité institutionnelle

Le cas de la rémission de cancer

Dans un premier cadran, je situe les travaux qui décrivent la sortie comme une expérience de rupture pour l'individu dans le cadre d'une continuité institutionnelle, c'est-à-dire dont le traitement par l'institution prend la forme d'une étape dans un enchaînement déterminé. On y trouve par exemple, les travaux sur la rémission d'un cancer ; ils sont en grande partie issus des courants pragmatiste ou interactionniste : les enquêtes sur des populations plus larges, encore minoritaires, ne traitent pas encore de la rémission dans le temps long[261]. La rémission est généralement décrite comme un événement marquant pour le patient car elle signale la fin d'une période de traitement aigu et de prise en charge prenante. La rémission signale aussi le passage à une autre période, de recouvrement de son autonomie. Pour l'institution hospitalière au contraire, le patient reste dans la file active et dans le giron médical, la prise en charge n'étant pas interrompue, mais adaptée à l'état de santé du patient, avec des consultations et des examens plus espacés. Ces travaux en sciences sociales sur le cancer restent largement inspirés par la sociologie interactionniste de la maladie chronique, et plus particulièrement ceux d'A. Strauss et J. Corbin sur le rétablissement[262]. Après un traitement anticancéreux, le rétablissement est protéiforme et l'objet d'un travail

[261] L'enquête VICAN2 interroge des patients traités pour un cancer en France. Elle ne porte pas sur la rémission ni la guérison mais plutôt sur la qualité de vie deux ans après le diagnostic, souvent fortement perturbée par l'annonce, les effets somatiques et psychiques de la maladie et du traitement et de la stigmatisation , « La vie deux ans après un diagnostic de cancer - De l'annonce à l'après cancer », *Etudes et enquêtes*, Boulogne-Billancourt, Institut National du Cancer, 2014, p. 456.

[262] Un article fondateur pour les études des maladies chroniques, qui propose un cadre théorique articulant la théorie de l'ordre négocié à une approche par les mondes sociaux : BASZANGER Isabelle, « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *art. cit.* Les travaux postérieurs font références à l'ouvrage de A. Strauss et J. Corbin « Unending work and care » de 1988.

biographique. Plus ou moins abouti, plus ou moins étayé par des indicateurs médicaux, plus ou moins visible et plus ou moins rapide, il se caractérise essentiellement par un retour à un état de santé moins tributaire des limites somatiques, psychiques et sociales imposées par la maladie. La rupture biographique est souvent mobilisée pour qualifier les expériences des patients[263].

La littérature anglo-saxonne des études infirmières est prolifique dans ce domaine et propose par exemple un « modèle de « rétablissement » du cancer, à contre-courant des travaux sur les trajectoires de la maladie[264]. La rémission (terme médical auquel les auteurs opposent le rétablissement, dans une ambition de distanciation de l'événement et d'adéquation avec les expériences des patients) est décrite comme un « prolongement séparé, mais affectant la trajectoire de maladie[265]. » Ce « prolongement séparé » met en avant la rupture, située socialement, mais aussi biographiquement, vécue par les patients en fin de traitement.

On retrouve cette expérience de rupture dans la littérature francophone, avec l'enquête de M. Ménoret[266]. À la lumière de ses échanges avec des patients en rémission en France, elle se penche sur les conditions institutionnelles des réorganisations de l'existence après le traitement[267]. Elle identifie des trajectoires « ascendantes » dans les carrières de patients atteints de cancer, qui sont caractérisées par une « qualité d'expectative nouvelle » et un « vide organisationnel notable[268]. » Elle insiste sur l'irréversibilité de la rupture biographique induite par le diagnostic de cancer, notant l'assiduité des patients à se présenter aux consultations de contrôle par exemple, un

---

[263] Sur les ruptures biographiques : BURY Michael, « Chronic illness as biographical disruption », *Sociology of Health and Illness* 4 (2), 1982 ; BURY Michael, « The sociology of chronic illness: a review of research and prospects », *Sociology of Health & Illness* 13 (4), 1991, p. 451–468.

[264] DORSETT Diane S, « The trajectory of cancer recovery », *Research and Theory for Nursing Practice* 5 (3), 1991, p. 175–184.

[265] Ma traduction de « separate but influential continuum vis-á-vis the course of illness (Dorsett, *The Trajectory of Cancer Recovery, art.cit*, p. 147). »

[266] Les travaux en anthropologie de la médecine francophone de Francine Saillant sur le cancer sont plus précoces et plus approfondis que ceux de Ménoret mais n'abordent pas ou peu la question de la rémission ni du rétablissement. SAILLANT Francine, *Cancer et culture: produire le sens de la maladie*, Montréal, Éditions Saint-Martin, 1988 ; SAILLANT Francine, « Discours, savoir, expérience du cancer: un récit de vie », *Santé mentale au Québec* 12 (2), 1987, p. 12-31 ; SAILLANT Francine, « Le cancer comme symbole de mort: note de recherche », *Anthropologie et Sociétés* 6 (3), 1982, p. 91-103 ; SAILLANT Francine et ., « Les discours sur le cancer en contexte clinique moderne: le sens de la mort en question », *Les Cahiers de recherches en sciences de la religion* 6, 1985, p. 143-161.

[267] MÉNORET Marie, *Les temps du cancer*, Paris, CNRS Editions, 1999.

[268] *Ibid.*, p. 263. Pour M. Ménoret, la guérison ou la rémission induit de nouvelles incertitudes sur la situation économique, professionnelle et affective des patients, libérés de l'emprise de la prise en charge. Ces incertitudes sont nouvelles en ce qu'elles s'inscrivent dans le long terme, engageant une projection dans le temps inconcevable pendant la phase de traitement. Du point de vue des médecins, les séquelles et la gestion des contrecoups, sont au contraire lissées dans la prise en charge : dans le cas des contrecoups psychiques par exemple, ils sont traités dans le prolongement de la thérapie anticancéreuse, par des anxiolytiques ou des antidépresseurs.

signe que la peur qui accompagne l'expérience du cancer subsiste et maintient l'engagement du patient vis-à-vis de l'institution médicale.

La pérennité de l'incertitude quant à un retour éventuel du cancer structure cette période de « l'après », nuance l'interprétation de la rémission comme rupture individuelle, tout en consolidant celle de la continuité institutionnelle. Une autre limite de cette interprétation apparaît du lien avec le travail d'I. Baszanger sur la chronicisation de la maladie, cité plus haut. Z. Rollin note que selon les acteurs, la catégorie de rémission n'est pas congruente : les patients sentent les effets de la maladie sans pour autant se sentir malades chroniques, et les médecins parlent « d'épée de Damoclès » pour signifier l'incertitude du diagnostic de la rémission[269].

Je retiens ici le cas des études sur le cancer dans l'espace des travaux de sciences sociales abordant la sortie de processus ou d'engagement comme celui d'une interprétation de la sortie de maladie, dominée par la rupture biographique individuelle d'un côté, mais encadrée par une emprise continue de l'institution médicale sur le quotidien de l'ex-patient de l'autre[270].

La sortie comme continuité institutionnelle et individuelle

Dans un second cadran de cet espace des travaux sur la sortie en sciences sociales se situent les travaux qui insistent sur la continuité à la fois individuelle et institutionnelle qui traversent le phénomène de la sortie. Les cas de la sortie de bande, de la sortie de la toxicomanie puis de la sortie de rue contribuent à penser la sortie de prison.

Le cas de la sortie de bande

Le cas de la sortie de bande est éclairant car il décrit un processus de désengagement d'une sociabilité forte, en mettant l'accent sur la continuité des interactions entre des logiques imbriquées, « logiques centrifuges » et « logiques centripètes » (les bandes étant au centre), et les dispositions des jeunes à se maintenir ou à se défaire de cet engagement[271].

Avant d'aller plus loin, une incise sur la nuance entre sortie de délinquance et sortie de bande : si la sortie de bande est un processus complexe, qui se joue sur une transition

---

[269] Echanges avec Zoé Rollin, Paris, décembre 2015.

[270] Ce cas n'est toutefois que peu éclairant pour mieux comprendre la sortie de prison car, comme je le détaille en partie IV, la sortie de prison est vécue comme la fin d'une prise en charge carcérale, par les sortants aussi bien que par les agents pénitentiaires – même dans les cas de parcours où les incarcérations sont fréquentes.

[271] MOHAMMED Marwan (dir.)., « Schémas de sortie de bande: de l'usure de la rue à l'ouverture sociale », *in* MOHAMMED Marwan (dir.)., *Les sorties de délinquance: Théories, méthodes, enquêtes*, Paris, La Découverte, 2012, p. 182-209.

des sociabilités et dont l'amenuisement des pratiques délinquantes n'est qu'une modalité[272], la notion de désistement[273] fait plus précisément référence à l'abandon ou à la réduction importante d'actes déviants et délinquants, au profit d'une attitude plus conforme aux attentes sociales.

Les sorties de délinquance sont un objet essentiellement criminologique. Un corpus important de travaux existe et met en exergue un résultat saillant : le lien inversement proportionnel entre âge et délinquance[274]. La criminologie sait faire sens de l'entrée en délinquance, mais les causes et les corrélats de sa sortie sont en revanche assez peu consensuels. Le débat se cristallise autour de « la causalité asymétrique », autour de la fiabilité des facteurs d'entrée en délinquance pour prédire pour la sortie[275]. Une autre tendance lourde dans la littérature est celle de la modélisation de la sortie de manière statique (dichotomique, acte ou absence d'acte délinquant) ou dynamique (un processus graduel). On peut lire dans cette deuxième approche des études de la désistance, un souci de prendre en compte le temps long, l'imprévisibilité et les périodes de « pauses » dans les passages à l'acte. L'importance des considérations sur le rôle de la personnalité, du « changement interne » ou des « prédispositions cognitives » dans ces travaux participe au choix de ne pas les inclure dans la construction de l'objet sociologique d'intérêt dans cette recherche.

L'étude des sorties de bandes de M. Mohammed, en revanche, est plus heuristique pour éclairer le traitement processuel d'un phénomène de désengagement d'une sociabilité située. Des quatre-vingt-dix jeunes hommes qu'il a rencontrés dans son travail sur la formation des bandes il y a dix ans, deux tiers ont depuis pris leur distance et sont en voie d'insertion. Pour expliquer ce processus, M. Mohammed met en avant deux éléments saillants : le premier, l'âge. La sociabilité des bandes est très corrélée à l'âge de l'individu et du groupe ; elle suit un cycle intergénérationnel connu dans la rue, « les grands disparaissent et les petits prennent leur place, avant d'être eux-mêmes des grands[276]. » Le second élément saillant est le temps long et incertain vers la sortie.

---

[272] *Ibid.*

[273] On s'intéresse à la notion de « désistement » au sens de « désistance » et des *Desistance studies* – et non à celle de « désistement » au sens d'*Answeichen,* introduite par S. Freud dans son article « Sur la psychogenèse d'un cas d'homosexualité féminine » in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, Presses Universitaires de France, 1973 [1920].

[274] KAZEMIAN Lila et FARRINGTON David P., « Recherches sur les sorties de délinquance: quelques limites et auestions non résolues », *in* MOHAMMED Marwan (dir.)., *Les sorties de délinquance: Théories, méthodes, enquêtes*, Paris, La Découverte, 2012, p. 61-88.

[275] La littérature criminologique est aussi assez investie sur l'efficience des interventions pour encourager la sortie de délinquance ou, tout du moins, adapter la sanction pénale aux jeunes susceptibles d'être en voie d'abandon des comportements transgressifs – l'enjeu de la définition et de la mesure de la sortie est primordial, pour une discipline vouée à renseigner le pénal et le politique.

[276] MOHAMMED Marwan (dir.)., « Schémas de sortie de bande: de l'usure de la rue à l'ouverture sociale », *art. cit.*, p. 185.

L'imbrication des logiques et des forces centripètes et centrifuges, que M. Mohammed propose pour décrire plus finement le cheminement vers la sortie, se déroule avec le temps, le long d'étapes qui se ne perçoivent comme telles qu'*a posteriori*, une fois la distance avec la rue prise. À l'exception de la minorité de cas pour lesquels l'éloignement est soudain[277], les jeunes hommes prennent leur distance avec la bande dans un mouvement progressif, par « tâtonnements », avec des allers-retours et des remises en question, le long d'un axe qui va de la « conscientisation », à la « mobilisation », puis à la « pérennisation » de la sortie de bande.

La « conscientisation » est l'étape « initiale d'incorporation, d'acceptation et d'expression de projection d'un soi hors bande, plus conforme aux attentes sociales[278]. » Elle prend du temps, requiert de solliciter des appuis informels et s'opère autour d'un retournement des valeurs et des normes qui clivaient le « eux » du « nous », au cœur du fonctionnement de la bande. La « mobilisation » est l'étape de passage à l'acte, de mise en œuvre de la décision de quitter la rue. Elle est particulièrement incertaine, fragile et réversible. Elle est fondamentalement une prise de risque car le changement d'univers social, d'un espace social connu à un espace social inconnu, n'est pas sans coût : il implique de revivre des rituels de dégradation, au sens de H. Garfinkel. Par exemple, la sortie s'opère souvent à travers une insertion dans le salariat précaire, où il faut se plier à un traitement parfois humiliant, ou « se faire tout petit. » L'autre moteur de « pérennisation » de la sortie de bande est l'engagement conjugal car le couple « sérieux » est une expérience affective et émotive intense et profonde pour les jeunes hommes. La conjointe est souvent la source d'une réassurance et d'un soutien qui jouent sur l'estime de soi, et une ouverture vers de nouvelles rencontres et de nouvelles perspectives. Enfin, la conversion ou la pratique religieuse assidue peuvent être une passerelle vers le désengagement des pratiques et des sociabilités de bande.

C'est ainsi que les sorties de bandes s'opèrent dans le temps long, avec des moments clés qui ponctuent un processus en cours, fait de va-et-vient fragiles et circonscrits par l'avancée en âge. Des traits similaires dessinent les sorties de la toxicomanie, telle qu'elles ont été pensées par la sociologie des années 1990.

Le cas de la sortie de la toxicomanie

La sortie la toxicomanie est elle aussi un phénomène pluriel, caractérisé par une continuité institutionnelle et individuelle ; au-delà des définitions ou délimitations très

[277] Configuration de sortie par « l'éloignement contraint » : peu répandu, l'éloignement des bandes peut s'opérer suite à une contrainte externe qui force à l'éloignement géographique, comme le retour au pays d'émigration familiale ou l'enfermement.

[278] MOHAMMED Marwan (dir.), « Schémas de sortie de bande: de l'usure de la rue à l'ouverture sociale », *art. cit.*, p. 189.

diverses recensées dans la littérature, le modèle sous-jacent et le plus visible est celui de la dépendance aux opiacés.

Objet d'études très investi par la clinique et, en sciences sociales, par la sociologie de la déviance nord-américaine en particulier, les interprétations sociologiques de la fin de l'expérience toxicomaniaque sont moins diverses[279]. L'objet saisissable par la sociologie est d'abord celui d'un mode de vie, de pratiques situées dans un monde social, en partie seulement occupé par le soin et la prison, ces dispositifs étatiques de la gestion du problème public. Avec l'institutionnalisation de la prise en charge associative et du mouvement pour la réduction des risques liés à l'usage de drogues, les associations investissent le champ de l'intervention auprès des usagers de droguesen situation précaire. La toxicomanie devient ainsi, dans les travaux plus récents un objet plus circonscrit en sociologie, très imbriquée avec le traitement social de la pauvreté[280].

Comme la sortie de bande, la sortie de la toxicomanie est un phénomène fortement lié à l'âge et le plus souvent caractérisé par des allers-retours sur un temps long. Et comme les phases de mobilisation et de pérennisation de la sortie de bande, la sortie de la toxicomanie, ou tout du moins l'éloignement du mode de vie de l'usager, est souvent présentée comme le produit d'un déclic, qui précipite un processus en cours. Pour les tenants de l'histoire naturelle de la toxicomanie, les phases de la toxicomanie se ne suivent pas toujours et peuvent s'enchevêtrer, mais se distinguent selon le rapport à la drogue : la phase d'initiation ou d'expérimentation peut précéder celle de l'escalade, dite « lune de miel », ou la consommation devient quotidienne ; et stagner dans une phase de vie dans la consommation de drogue, dite de maintien ; puis la phase dysfonctionnelle, où s'enchaînent les rechutes, les hospitalisations et les incarcérations. L'arrêt de la toxicomanie s'accompagne d'un effort pour arrêter l'usage et s'ouvrir à d'autres intérêts et à la possibilité d'une autre identité sociale. L'ancien toxicomane une figure plus récente, dite aussi d'usager expert, qui s'investit dans les dispositifs de réduction des risques après leur traitement.

---

[279] LINDESMITH Lindesmith A., Addiction and Opiates, Chicago : ALDINE, 1937 (1e recherche de terrain sur la toxicomanie) ; A SUTTER "The world of the righteous dope fiend" *Issues in Crminology*, 2, 1966 (1e etude du processus qui conduit à devenir toxicomane, en décrivant les étapes d'une carrière de drogue) ; BECKER Howard S., *Outsiders. Etudes de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié, 1985 ; CASTEL Robert *et al.*, « Les Sorties de la toxicomanie: types, trajectoires, tonalités », Paris, MiRe., ministère des Affaires Sociales et de l'Intégration, ministère du Travail, de l'Emploi et de la Eormation professionnelle, 1992, p. 302 ; OGIEN Albert, « "S'en sortir". Insertion et toxicomanie », *L'insertion en question (s). Annales de Vaucresson* (32-33), 1990, p. 99-110 ; COPPEL Anne, « Peut-on sortie de la toxicomanie? », *in Peut-on civiliser les drogues? De la guerre à la drogue à la réduction des risques*, Paris, France, La Découverte, 2002, p. 212-227 ; CAIATA ZUFFEREY Maria, *De la toxicomanie à la conventionalité: sociologie des sorties de la drogue à l'époque de la réduction des risques*, Zürich, Suisse, Seismo, 2006 ; FERNANDEZ Fabrice, *Emprises, op. cit.*

[280] Cet aspect, et la politique sanitaire de lutte contre les dommages de la toxicomanie, sont abordés dans la dernière partie du chapitre 2.

À partir de ce schéma, des théories mises en avant dans les dispositifs de soin qu'elle a suivi, et de l'écart avec les pratiques des acteurs, A. Coppel propose la notion de « théorie des petits pas » – en pragmatiste parmi les interprétations cliniques et psychanalytiques – en référence aux étapes de déprise et de reprise de la consommation de drogue, qui s'alternent et qui fragilisent, et qui aboutissent pour certains à la sortie de la toxicomanie ; elle ajoute que « la sortie était le plus souvent recherchée pendant des années avant d'être obtenue. (…) il y a certainement des moments clés, mais il n'en reste pas moins que la sortie était le fruit d'un long processus[281]. »

Le temps long est une caractéristique soulignée par l'ensemble des approches de l'affranchissement de la toxicomanie en sciences sociales. Dans son travail de thèse, M. Caiata Zufferey distingue quatre types de problématisations[282] : la sortie subie, autodéterminée, la sortie comme trajectoire sociale ou comme trajectoire morale. (1) « La sortie subie » est le produit du schéma déterministe de l'addiction, dans lequel le malade a peu de prises sur la progression de son état et nécessite une intervention extérieure pour combler ses déficits de moyens et de motivations pour en sortir ; (2) « la sortie autodéterminée » fait référence au corpus de travaux qui ont plutôt montré que le toxicomane est un agent rationnel, mais contraint, qui sait s'organiser, faire des choix et mobiliser des ressources. Sortir de la drogue, le plus souvent des opiacés ici, dépend d'une prise de décision rationnelle de l'individu et d'un contexte d'opportunités suffisantes pour lui permettre d'engager ce changement. Ces travaux sont essentiellement Nord-américains et issus des sciences sociales, médicales et psychologiques des années 1980-1990. Avec les travaux issus de l'École de Chicago sur la déviance, ils sont le point de départ d'un troisième corpus d'études, qui problématisent la sortie comme (3) le produit et une étape d'une trajectoire sociale. La rémission n'est donc ni instantanée ni définitive, mais plutôt un processus au cours duquel l'usage évolue au travers d'étapes successives, de « statuts transitionnels » au sens d'A. Strauss, de déviant à ordinaire. M. Caiata Zufferey intègre ici les travaux de R. Castel, A. Ogien, A. Coppel et leurs collègues, qui envisageaient la toxicomanie comme une ligne biographique dominante, au sens d'A. Ogien[283]. La sortie de la toxicomanie constitue un processus de transformation du mode de vie, où le temps long et la succession ou non d'étapes, font des temporalités un enjeu majeur de l'analyse. Inscrit dans la lignée des travaux sur les trajectoires de vie, les analyses de la sortie de la trajectoire d'addiction permettent d'appréhender les liens et les interactions entre l'individu et le cadre structurel de son

[281] COPPEL Anne, « Peut-on sortie de la toxicomanie? », *art. cit.*, p. 226.

[282] CAIATA ZUFFEREY Maria, *De la toxicomanie à la conventionalité*, *op. cit.*

[283] OGIEN Albert (1989) *Le raisonnement psychiatrique*, Paris : Méridiens Klincksieck, p. 86 cité dans Castel et al. *Les Sorties de la toxicomanie: types, trajectoires, tonalités, art. cit.*

action. M. Caiata Zufferey fait de cette approche par les trajectoires, un pont entre les deux approches précédemment décrites, déterministe et actionniste. Elle propose enfin un quatrième corpus de travaux, qui aborde la sortie comme (4) une trajectoire morale, en référence au travail de l'usager qui doit « re-conceptualiser » son expérience, gérer le stigmate de la figure du toxicomane et la rupture biographique de la distanciation des sociabilités liées à la drogue, autrement dit, en référence aux travaux de R. Castel et ses collègues, d'E. Goffman et d'A. Strauss. Je situe ici la thèse de F. Fernandez sur les trajectoires d'usagers précaires par exemple à la frontière de ces deux dernières catégories[284].

Si je ne rejoins pas M. Caiata Zufferey sur son interprétation des travaux de certains des auteurs, notamment de l'étude de R. Castel et ses collègues, et si l'on prend la liberté de comprendre ces quatre types de problématisations plutôt comme des idéaux-types au sens wébérien, je prends en considération la proposition qu'elle en dégage. Ses quatre catégories de travaux ont en commun de chercher à décrire les modalités du passage de la situation de toxicomanie à la « situation de conformité[285]. » M. Caiata Zufferey part du principe que cette approche n'est plus opérante aujourd'hui : d'abord, une fois les effets des politiques de réductions des risques pris en compte, la sortie est aujourd'hui indissociable d'autres paramètres, comme l'amélioration de la santé ou la stabilisation d'un logement (la sortie serait « multiple ») ensuite, ce n'est plus l'abstinence qui matérialise la frontière entre toxicomanie et non-toxicomanie, mais plutôt un spectre assez large de pratiques de consommation de drogues plus ou moins occasionnelles et socialement acceptables (la sortie serait « virtuelle) – et ces deux transformations contemporaines doivent être prises en compte dans la redéfinition de l'objet à l'étude. Elle argue qu'il faut donc considérer la sortie comme un processus pluriel, au-delà de celui d'un passage d'une situation à une autre : « La sortie actuelle, multiple et virtuelle, apparaît finalement comme une sortie plurielle : plurielle dans sa forme (puisque la trajectoire d'affranchissement peut avoir différentes destinations) et plurielle dans sa nature (puisque ces destinations sont toutes relatives, autrement dit elles ne sont pas des destinations valides en elles-mêmes, mais elles le deviennent seulement une fois qu'elles sont reconnues comme telles).[286] » Conçue ainsi, le travail d'éloignement de l'usager consiste à « construire lui-même son parcours de rémission et

[284] FERNANDEZ Fabrice, *Emprises*, *op. cit.*

[285] Cet article restitue la première partie de sa thèse, soutenue en 2004 à l'Université de Fribourg : cf. CAIATA ZUFFEREY Maria, « Sortir de la toxicodépendance à l'époque de la réduction des risques », *Psychotropes* (1), 2005, p. 65.

[286] *Ibid.*, p. 67.

de le faire de manière à que celui-ci soit reconnu et validé en tant que processus effectif de rétablissement de la normalité[287]. »

Les parallèles avec l'expérience de la sortie de prison sont nombreux et heuristiques[288]. Ce que je retiens de cet enchaînement est l'inclusion de l'évolution du traitement de la pauvreté et de la dispensation de l'aide sociale, vers l'autonomisation et la responsabilisation des demandeurs, dans la conceptualisation de la sortie de la dépendance, un thème central dans l'analyse des rapports des sortants aux institutions de santé et d'aide sociale. Je peine en effet à trouver le lien avec les pratiques de prise en charge des professionnels du médicosocial, du point de vue des usagers, dans les autres travaux cités dans cette restitution des lectures sur la sortie en sciences sociales – à l'exception peut-être des ruptures scolaires abordées plus loin[289]. Je retiens aussi et surtout que la sortie de la toxicomanie est aujourd'hui largement acceptée comme un processus en sciences sociales, au-delà des discussions sur la finitude du nombre de ses étapes et la noirceur de leurs contours, du point de vue de l'usager et des institutions de soin, pénales et militantes.

Le cas de la sortie de la rue

Un autre exemple du traitement de la sortie en sciences sociales par la continuité individuelle et institutionnelle est celui de la sortie du sans-abrisme. Dans son traitement par P. Pichon, notamment, la « carrière de survie » typique des SDF conjugue socialisation et désocialisation, engage la continuité et la discontinuité biographiques[290]. Parce que la carrière ressemble à un système d'enfermement total tant le dénuement est extrême, la sortie de la rue est plutôt analysée comme une reconversion de carrière, et non une rupture sociale. C'est une reconversion ponctuée d'étapes qui rapprochent ou éloignent de la rue : « En effet, sortir de la rue ne s'apparente pas à pousser la lourde porte d'une institution d'enfermement, propulsant d'un coup l'ancien interné dans un autre statut, dans de nouveaux rôles, le conduisant à endosser une nouvelle identité sociale. C'est au contraire un processus fait d'essais et de tentatives multiples, d'abandons, de rechutes, et de reprises, qui s'inscrit à l'intérieur même d'une carrière de sans domicile fixe[291]. »

---

[287] CAIATA ZUFFEREY Maria, « Sortie de la toxicodépendance: le dire pour le faire », *in* SOULET Marc-Henry (dir.), *Changer de vie: un problème social*, 1 vol., Fribourg, Academic press, 2011, p. 91-105.

[288] Voir chapitres 7 et 8.

[289] Pour compléter, j'aborde la tendance vers l'injonction biographique dans la dernière partie du chapitre 2 puis dans la partie IV.

[290] PICHON Pascale, *Les SDF: Sortir de la Rue. Discontinuités Biographiques et Travail de la Reconversion*, Paris, Puca, 2005.

[291] PICHON Pascale et TORCHE Tierry, *S'en sortir: accompagnement sociologique à l'autobiographie d'un ancien sans domicile fixe*, Saint-Etienne, Université de Saint-Etienne, 2011, p. 18.

P. Pichon situe elle aussi la sortie dans sa carrière morale, parce que la personne sans domicile fixe doit à la fois s'éloigner des dispositifs d'aide et d'un mode de vie fait de débrouille et de « petites combines », inscrits dans une temporalité de l'urgence et de la survie au quotidien, et s'investir dans de nouvelles activités et de nouvelles sociabilités, dans un temps plus long. Cette approche analytique s'inspire largement de celle de la sortie de la toxicomanie de R. Castel et ses collègues[292], vue plus haut. Plus exactement, il est question de « théorie de la discontinuité biographique », qui met l'accent sur les changements de position, de catégorie et de statut, et le temps passé à la rue, pour raisonner en termes de discontinuités temporelles. B. Bergier propose le terme « d'affranchissement[293] » pour libeller les bifurcations biographiques des personnes à la rue, de nouveau, en lien avec la théorie de la sortie de la toxicomanie de R. Castel & A. Ogien et leurs collègues, où la fin de l'addiction prend le sens d'un retour à la norme, sous la forme d'une prise de conscience d'une nécessité d'agir pour changer le cours de sa vie.

P. Pichon préfère les termes de sortie de la rue, à ceux de sortie de l'exclusion ou de sortie de désaffiliation, ou encore de sortie de désocialisation/resocialisation[294]. Elle convainc sur le caractère graduel de la sortie, avec un aboutissement clair, mais multidimensionnel : « la question de la sortie n'est pas forcément brutale ou radicale. Elle se définit comme un processus où se recomposent en toile de fond, les causes structurelles qui conduisent nombre d'individus à devenir sans domicile et qui, fort logiquement, entravent le processus d'intégration sociale : chômage structurel, affaiblissement des protections sociales[295]. » Cette approche faite de « discontinuité dans la continuité » s'oppose à deux approches antérieures dans la littérature française : (1) la théorie de la désocialisation, issue de l'analyse des phases de la désocialisation du clochard d'A. Vexliard (1957). Ces phases sont traversées par une opposition entre normal et pathologique, en référence d'abord à G. Cangilhem puis aux travaux d'A. Lovell (2001) et K. Hopper (2003) dans les études postérieures ; elles précèdent un processus de resocialisation dans le milieu des pairs à la rue et d'acculturation au monde de la rue. La deuxième approche identifiée par P.Pichon est celle de (2) la théorie des arrangements réciproques. Il est question de sortir de la rue, mais de rester dans, ou en lien avec, l'assistance, de manière plus ou moins proche. S'en sortir ne coïncide donc pas avec la sortie de la rue, lorsqu'il y a prise en charge et hébergement associatif par

---

[292] CASTEL Robert *et al.*, « Les Sorties de la toxicomanie », *op. cit.*

[293] B. Bergier, 2000 cité dans P. Pichon, 2014.

[294] PICHON Pascale, « Sortir de la rue: Question de recherche et enjeu d'action », *Le sociographe* 48 (4), 2014, p. 79.

[295] *Ibid.*, p. 85.

exemple ou lorsque l'assisté change de statut et devient volontaire après la reconnaissance de son expertise de la rue, par exemple.

Ces trois cas sont riches de propositions pour analyser la sortie de prison. Toutefois, la problématisation de la sortie de prison comme rupture de prise en charge, que je complète dans le chapitre suivant des apports de la sociologie des problèmes publics, est si prégnante pendant l'enquête qu'elle disqualifie l'interprétation de la continuité institutionnelle.

La sortie comme une rupture institutionnelle et individuelle

Dans un troisième cadran, je situe les travaux de sciences sociales qui appréhendent la sortie comme une rupture du point de vue de l'institution et de l'individu. Ces travaux décrivent des transitions souvent laborieuses et douloureuses, mais encadrées par un consensus sur le caractère précis et circonscrit du passage d'une situation à une autre, qu'il soit précédé d'une période d'anticipation ou non. Pour exemple, je m'attarde sur les cas des libérations des camps de concentration traités par M. Pollak et celui du retour de guerre, par A. Young d'un côté et B. Cabanes et G. Piketty de l'autre. Comparés à la sortie de prison, ils permettent de montrer l'importance de la rupture dans les parcours au sens large de situations sociales évoluant dans le temps et dans l'espace.

Le cas de la sortie d'expérience concentrationnaire

Dans le cas des expériences des personnes ayant survécu aux camps de concentration, la libération peut être entendue comme une rupture biographique, si l'on ne tient pas compte des effets à long terme sur les situations sociales des survivants et de leurs enfants. Dans *L'expérience concentrationnaire*, M. Pollak analyse l'expérience de la détention en camps de concentration pendant la Seconde Guerre mondiale en Europe de l'Est[296]. Dans les dernières pages de l'ouvrage, il aborde le retour à la vie ordinaire des survivants. À travers une analyse de la topologie des discours des survivants, M. Pollak montre comment cette « expérience difficilement dicible » contamine les biographies bien après la fermeture des camps et empêche la constitution d'une expérience collective. Le refoulé dans les familles, mais aussi les conditions particulières de certains camps de réfugiés en Europe, qui requièrent de gommer la judéité des rescapés en attente d'émigration, ou encore le statut juridique de rescapé, très variable d'un pays à l'autre, participent, entre autres, à prolonger l'expérience concentrationnaire au-delà des camps, sans toutefois en permettre une expression universelle. M. Pollak décrit les mécanismes

[296] POLLAK Michael, *L'expérience concentrationnaire: essai sur le maintien de l'identité sociale*, Paris, Métailié, 1990.

de la transmission à la génération suivante des crises identitaires provoquées par la déportation.

Si la libération des camps marque la fin de l'enfermement physique, l'événement de la déportation a des effets subjectifs sur les rescapés et sur leur milieu social qui persistent dans le temps long. S'interroger sur l'expérience concentrationnaire et ses effets sur les familles, la génération suivante, mais aussi sur le statut juridique de rescapé ou le rôle des associations dans la constitution de la mémoire de la déportation, révèle l'étendue des effets de l'expérience concentrationnaire dans les expériences individuelles, mais aussi à l'échelle sociopolitique, face à la rupture institutionnelle laissée par l'ouverture des camps.

Le cas de la sortie de guerre

La sortie ou le retour de la guerre est un autre exemple d'objet traité comme une rupture à la fois institutionnelle et individuelle en sciences sociales. Les exemples suivants en anthropologie de la médecine et en histoire mettent en exergue les ajustements nécessaires après les conflits armés.

Le trouble de stress post-traumatique a été traité par l'anthropologue A. Young[297] comme le résultat d'une construction scientifique, par la communauté de scientifiques et de médecins psychiatres. Dans son ouvrage, *The Harmony of Illusions* (1995), il aborde l'objet comme la consécration d'une nouvelle entité nosologique, la mémoire traumatique, et son institutionnalisation au cours du vingtième siècle, dans le cadre de la prise en charge des vétérans de la guerre du Vietnam. Si le trouble est décrit comme une « maladie du temps[298] », en ce qu'il permet au passé de contaminer le présent via ces mémoires traumatiques, A. Young ne traite pas du retour de la guerre comme de la fin d'une expérience ou de la transition vers une nouvelle expérience, ni de la prise en charge du trouble comme une modalité de gestion de la fin de guerre. Il ne semble pas y avoir de décalage entre les patients et les soignants sur le sujet de la rupture qu'a produit la guerre : tous semblent partager la conception que la guerre a provoqué une rupture biographique, et que les patients ne seront plus jamais les mêmes qu'avant la guerre – et c'est d'ailleurs là la base du travail psychiatrique : trouver un nouvel équilibre pour fonctionner.

À une tout autre échelle et dans une tout autre discipline, l'historiographie des guerres et l'histoire diplomatique se saisissent des ruptures de fin de guerre. Ces approches, plutôt majoritaires, considèrent que les traces de violences s'estompent avec

---

[297] ALLAN YOUNG, « Introduction », *in The Harmony of Illusions : Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*, Princeton, Princeton University Press, 1997, p. 3.

[298] *Ibid,* p. 7.

la fin chronologique du conflit et mettent en scène des ruptures à la fois individuelles, avec la démobilisation des soldats par exemple, et institutionnelles, avec la fin de l'état de guerre.

À contre-courant, B. Cabanes et G. Piketty proposent une feuille de route pour une analyse historique de périodes qui suivent la fin des conflits, en plaidant pour l'usage de la notion de « sortie de guerre[299]. » L'étude de la sortie de guerre, en histoire culturelle notamment, entend éclairer les processus de « déprise de la violence et de la démobilisation des esprits propres à l'ensemble des sorties de conflits[300]. » C'est une lecture processuelle de la guerre, où il est plutôt question de considérer que « la sortie de guerre est fondamentalement une période violente, où travaillent, souterrainement ou ouvertement, les représentations haineuses forgées durant le conflit. Celles-ci de sont pas de simples bibelots, rendus anachroniques par la fin des hostilités, mais des objets tout à fait à leur place dans l'économie générale de la sortie de guerre[301]. » Cette histoire s'attache donc aux temporalités des sorties de guerre, au rythme et aux étapes de la déprise du conflit, pour en restituer leur intensité et leur complexité. Pour reprendre l'exemple de la démobilisation des soldats, B. Cabanes et G. Piketty proposent plutôt de s'intéresser au basculement identitaire d'individus qui doivent se défaire de « leurs identités combattantes », faire le deuil des morts et réintégrer la vie civile, en étudiant notamment événements commémoratifs et les cérémonies pour la « mémoire » comme des « rites de ré-incorporation » au sens de L. Smith. Au niveau institutionnel, ce programme de recherche vise à éclairer la « démobilisation culturelle », au sens de J. Horne, soit la déprise de la violence, la poussée de l'idéal pacifiste et la réhabilitation de l'ennemi – qui peut parfois commencer avant la fin du conflit.

En insistant sur la sortie de guerre et sur la sortie d'expérience concentrationnaire, ces travaux accordent une importance à « l'après », une période plus ou moins longue, qui tranche avec la conception ponctuelle de la crise. C'est ce choix que je souhaite étayer, en considérant que la sortie de prison se vit et se conçoit comme une rupture avec l'institution carcérale, mais qu'elle prend sens à l'échelle du parcours de vie.

La sortie comme rupture institutionnelle et continuité individuelle

Dans un dernier cadran, je situe les travaux qui abordent la sortie comme le prolongement d'une expérience individuelle, en cohérence avec les conditions et les prédispositions antérieures à la sortie, mais comme une rupture au regard de l'institution

---

[299] CABANES Bruno et PIKETTY Guillaume, « Sortir de la guerre: jalons pour une histoire en chantier », *Histoire@ Politique* (3), 2007.

[300] *Ibid,* p. 1.

[301] *Ibid*, p. 2.

qui la structure. On trouve ici par exemple l'approche sociologique de la sortie de l'institution scolaire, dite aussi « décrochage scolaire. » C'est dans cette perspective que j'entends la sortie de prison, une rupture pour l'institution pénale et pénitentiaire, qui s'inscrit souvent dans des parcours vie ponctués par les incarcérations ou inscrits dans un processus plus large de disqualification sociale.

Le cas de la sortie de l'institution scolaire

Parmi les approches du décrochage scolaire en sciences sociales ou en sciences de l'éducation[302], l'objet est le plus souvent pris comme le résultat d'un processus, dont les mécanismes varient d'une approche à l'autre. Cependant, peu de travaux prennent pleinement compte de la trajectoire des élèves et leur inscription sociale. Seules les approches plus déterministes, comme ceux de Bernstein (1975) ou de P. Bourdieu & J.-C. Passeron (1970), ou situant l'école dans le cadre d'une question sociale plus large, comme celui de M. Millet & D. Thin (2012), font véritablement l'hypothèse d'un processus social au long terme à l'œuvre dans la vie des élèves qui s'éloignent précocement de l'école[303].

M. Millet et D. Thin choisissent ainsi de traiter de « parcours de rupture », privilégiant la construction de faisceaux explicatifs en éclairant les « différences significatives » entre les points de vue des acteurs proches de collégiens pris en charge par un dispositif-relais dans la Loire et le Rhône[304]. Ces faisceaux relèvent (1) des conditions d'existence des familles, de la dépossession scolaire familiale et de l'éloignement des formes légitimes de culture – une analyse inscrite dans les travaux de P. Bourdieu & J.-C. Passeron), (2) des difficultés d'apprentissage des jeunes, (3) de la perturbation de l'ordre scolaire qu'ils provoquent et 4) les relations avec les pairs, un capital qui peut compenser les difficultés liées au faible capital scolaire. Face à l'insécurité symbolique des collégiens en difficulté, le groupe de pairs joue un rôle de refuge symbolique.

Dans l'espace des travaux sur la sortie d'institution ou d'expérience totale, je place la sortie de prison dans le cadran des analyses en termes d'expérience de continuité à l'échelle individuelle et de rupture à l'échelle institutionnelle. C'est dans cette perspective processuelle que sont abordés les parcours de santé, matériau principal de cette recherche.

Dans le cas de la sortie de prison dans le parcours de détenus, je montre dans la suite de la recherche qu'il se joue aussi une rupture institutionnelle, opposée à une expérience tout en continuité pour l'individu. La prison ou la sortie de prison ne sont pas

---

[302] BERNARD Pierre-Yves, *Le décrochage scolaire*, Paris, Presses Universitaires de France, 2013.

[303] *Ibid.*

[304] MILLET Mathias et THIN Daniel, *Ruptures scolaires: L'école à l'épreuve de la question sociale*, Paris, France, Presses Universitaires de France 2015.

des ruptures biographiques pour les détenus des classes populaires, même si c'est sur cette base que les professionnels pénitentiaires ou médicosociaux conçoivent leurs expériences. Si l'on pense aux travaux de L. Wacquant, l'incarcération et la désincarcération sont plutôt des modalités d'exclusion parmi tant d'autres, du fait de leur appartenance ou association aux fractions les plus démunies et dominées des classes populaires. Dans la recherche, je prends pour acquis qu'il existe un spectre d'expériences de la prison et de la sortie, bien plus peuplé du côté de la continuité que du côté de la rupture. Comme pour le cas des élèves interrogés par M. Millet et D. Thin, qui montrent (tout au long de leur ouvrage) que les ruptures scolaires ne sont qu'une des modalités de l'échec scolaire, je cherche à éclaircir et situer les expériences de la sortie de prison pour les détenus atteints du VIH ou d'une hépatite C : les sorties de prison sont une des modalités de l'expérience de la précarité et du processus de désaffiliation.

Du parcours de soins au parcours de santé

J'inscris donc cette recherche dans une approche processuelle d'un objet d'enquête d'abord formulé comme un problème de santé publique. J'ai montré plus haut que les travaux de sciences sociales existants suggèrent de s'interroger sur les processus qui traversent l'institution pénale. J'ai ensuite proposé que l'expérience de la sortie de prison prend sa place aux côtés des travaux qui abordent la sortie comme une expérience en continuité avec le parcours individuel d'un côté, mais qu'elle est traitée comme une rupture par l'institution de l'autre – je développe ce point dans les parties III et IV. Dans les dernières pages de ce chapitre, je reprends les notions de « parcours de soins coordonnés » et de « parcours de santé », pour construire un objet sociologique à partir de notions et d'outils de santé publique.

La conception de santé publique voudrait que je me saisisse du problème de l'interruption de la prise en charge postcarcérale à partir des parcours de soins. J'explique dans les paragraphes suivants que je prends le parti d'élargir la focale et de compléter l'analyse des parcours des sortants de prison séropositifs par l'étude plus large des parcours de vie : si le « parcours de soins » relève de la dimension médicale, le « parcours de santé » fait référence à la dimension sanitaire d'un parcours de vie plus large. L'enquête montre que les parcours, et leur dimension médicale et incorporée des parcours de santé, sont les objets les plus à même d'éclairer les processus sociaux à l'œuvre au moment de la sortie de prison. Ils peuvent en retour expliquer les comportements et les contraintes des sortants de prison au regard de leurs recours aux soins.

Le parcours de santé est l'objet central de la thèse, au sens de la dimension sanitaire d'un parcours de vie plus étayé. Ce choix appelle à certaines précisions terminologiques. Pendant l'enquête, l'investigation rétrospective de l'état de santé – essentiellement face à des professionnels de santé et des professionnels instruits en épidémiologie – a parfois été entendue par certains et certaines comme une étude du parcours de soins coordonnés du sortant de prison : c'est pourquoi, pour clore ce premier chapitre, je marque la distinction entre d'un côté, le parcours de soins, un objet de santé publique, et de l'autre, le parcours de santé, un objet de sociologie des parcours de vie. Je conclus cette distinction par l'ouverture que permet le choix d'étudier les parcours de vie et de santé, vers la prise en compte des temporalités dans les parcours et notamment, de la notion de chronopolitique[305].

Le parcours de soins, une notion de santé publique

La notion de « parcours de soins » relève du vocable de la santé publique et de la gestion de l'offre de soins en France. Le parcours de soins est formalisé en une succession d'étapes dans la consommation de soins et de produits de santé d'un patient. Le parcours prescrit, ou « coordonné » a été mis en place par la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie. Il débute par la consultation d'un médecin à « accès direct spécifique[306] » ou d'un médecin généraliste « traitant » et, le cas échéant, se poursuit par des consultations spécialisées sur orientation du généraliste. Le décalage entre le parcours prescrit et le parcours effectif des patients est un point d'intérêt pour la gestion de la consommation de soins par l'assurance maladie[307]. Le parcours de soins[308] est mobilisé dans un effort de rendre le système de santé plus efficient, c'est-à-dire dans la mise en œuvre de mesures de santé publique de trois ordres : favoriser la collaboration

[305] GARDELLA Edouard, *L'urgence sociale comme chronopolitique. Temporalités et justice sociale de l'assistance aux personnes sans-abri en France depuis les années 1980*, Thèse de doctorat, Cachan, Ecole normale supérieure, École doctorale Sciences pratiques (Cachan, Val-de-Marne), 11 décembre 2014.

[306] Seule exception à cette règle, la consultation sans orientation préalable par un généraliste d'un gynécologue, un ophtalmologue, un psychiatre ou un stomatologue est remboursée normalement car considérée comme dans le parcours de soins coordonnés (sauf cas particuliers). Améli.fr « Le parcours de soins coordonnés » (2015) http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/comment-etre-rembourse/le-parcours-de-soins-coordonnes/vous-etes-dans-le-parcours-de-soins-coordonnes.php

[307] Le parcours de soins comme objectif et outil de l'efficience du système de santé a fait l'objet d'un colloque de l'Ecole nationales supérieure de sécurité sociale, le 14 décembre 2012 ; c'est l'analyse des présentations des intervenants qui étaient les propos de cette section : http://formation-continue.ehesp.fr/wp-content/uploads/2012/10/plaquetteweb-colloque-en3s-ehesp-dec2012.pdf

[308] Dans les discours sur la gestion du système de santé, la notion de parcours date du début de la décennie 2000. Après avoir mis l'accent mis sur sa dimension économique, avec la notion de « parcours de soins coordonnés », les gestionnaires introduisent la notion de « parcours de santé » et de « parcours de vie. » Ce changement signifie un changement d'orientation de l'organisation des soins, dans le sens « [d'] une personnalisation de l'évaluation et des prises en charge, une prise en compte des multiples dimensions de la vie des personnes et un accompagnement sur le long terme qui comprend aussi la prévention. » BLOCH Marie-Aline et HÉNAUT Léonie, *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Paris, Dunod, 2014, p. 96.

entre les professionnels de santé et avec les professionnels du travail social et de l'intervention à domicile, responsabiliser le patient et réduire les coûts[309].

L'ambigüité pour le traitement de cette question par les sciences sociales réside en ce que l'expression indigène de « parcours de soins », une succession d'étapes séquentielle et ordonnée, se traduirait plutôt par l'expression sociologique de « trajectoire de soins », plus linéaire et évoquant l'enchaînement[310]. Je préfère la notion de « parcours de santé » pour désigner la dimension sanitaire du parcours de vie, moins linéaire et déterminée que celle du « parcours de soins coordonnés » de l'Assurance maladie. Dans cette recherche, je retiens donc cette nuance et me réfère plutôt aux « parcours de santé » des détenus et des sortants, pour désigner la succession de phases plus ou moins linéaires de recours à l'institution médicale, mais aussi de soin de soi dans le parcours de vie. En retour, par « parcours de soins », j'entends l'outil de « parcours de soins coordonnés », soit l'enchaînement linéaire de recours aux soins et aux examens médicaux disposé dans la loi de 2004 relative à l'assurance maladie.

Le parcours de santé, un objet sociologique

Les alternatives à la notion de parcours en sciences sociales, théorisées pour analyser les récits de vie et les biographies, sont chacune ancrées dans des traditions sociologiques situées. Je situe rapidement ces notions alternatives de carrière puis de trajectoire dans les prochains paragraphes, pour conclure sur les raisons de mon choix en faveur de la notion de « parcours de santé. » Ainsi, la filiation de la notion de carrière débute avec les travaux d'E. Hughes, puis E. Goffman et H. Becker. Elle a pour intérêt principal de croiser les activités, statuts et positions sociales des individus (la dimension objective de la carrière) et leur point de vue et leurs logiques (dimension subjective) pour rendre compte de la progression de l'individu dans le cadre des contraintes structurelles des institutions qui l'entourent. H. Becker propose ainsi le concept de carrière déviante pour qualifier les séquences de changement dans la vie d'individu étiqueté comme déviant, marquant la distance sociologique d'un objet construit en rupture avec les qualifications morales assignées aux fumeurs de marijuana[311]. En sociologie de la santé, M. Darmon fait par exemple usage de la notion de carrière pour reconstruire, ou « objectiver » l'engagement dans l'anorexie en opposition à la conception médicale ou

[309] HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, « Des parcours de soins pour un système de santé plus efficient. Lettre d'information de la Haute Autorité de santé • n° 36 », *Webzine de l'HAS*, 2013, http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1616095/fr/des-parcours-de-soins-pour-un-systeme-de-sante-plus-efficient.

[310] BESSIN Marc, BIDART Claire et GROSSETTI Michel, *Bifurcations: les sciences sociales face aux ruptures et à l'événement*, 1 vol., Paris, La Découverte, 2010.

[311] BECKER Howard S., *Outsiders. Etudes de sociologie de la déviance*, *op. cit.*

psychologique en termes de pathologie[312]. La notion de carrière de malade a été critiquée pour sa qualité trop linéaire et trop dépendante du point d'entrée dans la carrière, notamment par P. Conrad[313].

Dans le prolongement des études sur les carrières de malade, A. Strauss se penche sur le travail sur la trajectoire de maladie ; il l'entend comme l'ensemble des tâches, et la répartition de ces tâches, qui interviennent dans le soin du patient hospitalier (travail médical, travail « de sécurité » de vérification des appareils et des procédures, travail « sentimental » sur les effets psychiques de la prise en charge sur le malade, travail d'articulation pour coordonner ces interventions). Pour A. Strauss, « [l]e terme de trajectoire fait non seulement référence à l'évolution sur le plan physiologique de la maladie de tel patient, mais également à toute l'organisation du travail déployé pour suivre ce cours, ainsi qu'au retentissement que ce travail et son organisation ne manquent pas d'avoir sur tous ceux qui s'y trouvent impliqués[314]. » Dans son usage du concept de trajectoire chez des patients souffrant de maladie chronique, A. Strauss insiste sur le façonnement de la trajectoire prise par le patient. D'un côté, l'incertitude y est prédominante. De l'autre, il est question du travail effectué par les patients et par les professionnels, pour organiser le cours de la maladie[315]. Pour A. Strauss, un des principaux objectifs de la gestion de la trajectoire est de maintenir le meilleur équilibre entre le contrôle de la maladie et la qualité de vie, où l'on peut y voir un contrôle exercé sur le destin de l'individu.

Il existe un point commun entre la notion de carrière et de trajectoire, au sens où l'analyse porte sur les activités des malades, mais aussi sur les interactions dans différents contextes. On retrouve également dans ce concept de trajectoire, l'intégration de l'idée de rupture et de continuité dans un même cadre analytique. Plus précisément, J. Corbin et A. Strauss définissent neuf phases dans ces trajectoires, celles de : prédiagnostic, diagnostic, crise aigüe, stable, instable, rémission, détérioration, et enfin, de mort. Ces phases ne se déroulent pas forcément de manière linéaire et peuvent se dérouler de manière spécifique selon les individus ; elles peuvent aussi ne pas se produire du tout pour certains individus. Chez A. Strauss, cette nomenclature est avant tout liée à la méthode de la *grounded theory*, qui s'emploie à objectiver l'articulation entre l'ordre

---

[312] DARMON Muriel, « La notion de carrière: un instrument interactionniste d'objectivation », *Politix* (2), 2008, p. 149–167.

[313] SICOT François, « La maladie mentale, quel objet pour la sociologie? », *Déviance et Société* (2), 2006, p. 203-232.

[314] STRAUSS Anselm, *La trame de la négociation*, *op. cit.*, p. 184.

[315] Dans ces travaux, on s'intéresse aux conséquences sur les comportements des acteurs impliqués, souvent nombreux, et à l'ensemble des pratiques qui mettent en forme la gestion de la maladie. Le travail de gestion de la trajectoire se caractérise par trois aspects : la gestion de la maladie en elle-même, gestion de la vie quotidienne, la gestion de la biographie, c'est-à-dire le nouveau rapport à soi dans la maladie.

social, l'ordre négocié et la notion de trajectoire, en pratiquant des « allers-retours » entre théorie et empirie.

Il persiste des débats en sciences sociales, sur l'organisation du cours de la maladie, à la fois idéologiques, mais aussi sur des aspects pratiques[316]. Pour les besoins de cette recherche, je retiens de ces débats que les notions de trajectoire et de carrière se rapportent à une même tradition sociologique ; elles ont en commun trois aspects fondamentaux à l'analyse des récits de vie : une approche (1) processuelle, qui permet (2) le lien entre l'échelle individuelle et institutionnelle dans l'analyse et (3) une attention aux contextes[317].

Ce qui les oppose à la notion de parcours, que je préfère ici, est simplement leur connotation linéaire[318] et la difficulté à y intégrer la contingence si présente dans les récits de vie des sortants de prison – même si l'usage de ces termes rend leurs distinctions épistémologiques et théoriques de plus en plus ténues. Par ailleurs, elle s'articule bien à l'analyse des événements et de leurs effets, ruptures ou bifurcations[319].

La notion de bifurcation consacre, dans l'histoire de vie telle qu'elle est racontée par le sortant, le basculement entre une période de vie avant, et après l'événement en question[320]. Les critères de soudaineté, de reconfiguration de l'espace des possibles, et de

---

[316] Troisième expression récurrente dans la littérature sur les expériences des malades en lien avec l'institution médicale, les « itinéraires thérapeutiques » cherchent à faire sens des représentations de la santé et de la maladie, dans des travaux d'anthropologie, de sociologie ou de psychologie essentiellement. En anthropologie plus particulièrement, on retrouve les itinéraires thérapeutiques dans l'étude de J.-M. Janzen sur l'évolution des choix thérapeutiques des malades et leurs familles, face à une offre diverse et complexe, le long d'un spectre allant de biomédecine à médecine dite traditionnelle. Dans cette lignée, les « cheminements thérapeutiques » de R. Massé font référence à ces itinéraires, en ce qu'ils sont inscrits dans un contexte anthropologique de formes de savoirs, de logiques et de rationalités diverses concernant la maladie, qui influe sur les conditions de leurs coexistence (Voir J.-M. Janzen (1995) et R. Massé (1997) cités dans MARCELLINI Anne *et al.*, « Itinéraires thérapeutiques dans la société contemporaine », *Corps et culture*, 2000.) Dans ces contextes de pluralisme médical, on retrouve des données issues du registre médical dans les itinéraires thérapeutiques (Voir J. Benoist cite dans HOUYEZ Anne-Cécile, « Mobilités et accès aux soins des migrants en France », *Geoconfluences*, 2012, http://geoconfluences.ens-lyon.fr/doc/transv/sante/SanteScient4.htm) Si le terme d'itinéraire a une connotation spatiale, l'objet anthropologique reste celui des logiques sociales et culturelles qui permettent les recours aux soins, dans leurs formes diverses.

Dans cette recherche, on notera les lieux de résidence et des dispositifs médico-sociaux autant que possible, pour situer les enjeux spatiaux de ces recours mais on centre l'analyse sur les parcours de santé des sortants de prison. Dans le cas particulier des sortants de prison étrangers et primo-arrivants, une attention particulière est portée à préciser la place du recours au soin dans l'histoire migratoire, ne serait-ce que pour confirmer que la migration pour raison de santé reste minoritaire (Houtez, 2012, *op. cit).* et largement dépendante des contextes politiques du pays d'accueil (Voir la thèse en sociohistoire de Caroline Izambert sur l'Aide médicale d'Etat, dont la soutenance est prévue en 2016).

[317] FILLIEULE Olivier, « Post scriptum: Propositions pour une analyse processuelle de l'engagement individuel », *Revue française de science politique* 51 (1), 2001, p. 200.

[318] On pense notamment aux travaux quantitatifs sur les « trajectoires de santé » à l'aide des fiches Ageven de de l'Ined (G. Vivier par exemple). et à : BURTON-JEANGROS Claudine *et al.* (dir.), *A lifecourse perpective on health trajectories and transitions*, London, 2015.

[319] BESSIN Marc, BIDART Claire et GROSSETTI Michel, *Bifurcations*, *op. cit.*

[320] V. Hélardot propose la définition suivante : « une bifurcation, à l'échelle biographique, peut être définie comme une modification soudaine, imprévue et durable de la situation personnelle et des perspectives de vie,

distinction entre « avant » et « après » l'événement correspondent *a priori* à une infection par le VIH, le VHB ou le VHC. Il semble fécond d'aborder la séropositivité comme une bifurcation dans la mesure où l'infection par le VIH, le VHB ou le VHC est imprévisible (même si les modes de contamination sont connus) et l'annonce souvent fortuite, au cours d'un examen médical obligatoire ou une consultation de médecine générale de routine. La séropositivité est aussi irréversible, même si la pathologie peut rester (ou s'améliorer jusqu'à redevenir) asymptomatique, au fur à mesure des succès des traitements. Elle est incontestablement un nœud dans les parcours, mais est aussi un élément central de la mise en cohérence des récits de vie par les individus[321]. De plus, elle est accompagnée par des événements qui affectent les autres sphères de la vie des patients et réduit les champs des possibles pour les sortants, comme les effets du traitement long et lourd sur les capacités de travail ou les relations intimes par exemple[322]. Il s'agira aussi de voir si cette notion de bifurcation peut éclairer la question de l'incarcération comme événement de vie chez certains des sortants. L'approche processuelle de biographies pourra, peut-être, remettre en question les oppositions communes entre l'intérieur et l'extérieur de la prison, la prise en charge et la liberté, la dépendance et l'autonomie, le soin et la rupture de soins et s'attacher plutôt à en étudier les interactions du point de vue du sortant.

Enfin, la question du renforcement biographique a été utilisée par Carricaburu et Pierret (1995) au sujet d'hommes hémophiles, infectés par le VIH au cours de procédures médicales. Il s'agit d'une adaptation à l'événement de l'infection, qui n'exclut pas par ailleurs la perturbation biographique, mais qui renforce les éléments de l'identité de certains des hémophiles : l'infection VIH est vécue comme étant dans la continuité de l'hémophilie, et non comme une complication de leur pathologie initiale. Si le VIH peut rentrer dans la même logique de la maladie pour ces hommes, l'analyse des entretiens permettra de voir si certains sortants de prison racontent leur hépatite comme un événement imprévu, mais qui participe de leur expérience de détenu ou d'usager de drogues.

---

concernant une ou plusieurs sphères d'activités. Le choix est ici fait de fonder l'identification des bifurcations sur le point de vue des acteurs concernés qui désignent dans leur parcours des points de basculement qui donne lieu à une distinction entre un « avant » et un « après. » *Ibid.*, p. 161.

[321] VOEGTLI Michael, « Du Jeu dans le Je : ruptures biographiques et travail de mise en cohérence », *Lien social et Politiques* (51), 2004.

[322] Je n'aborderai pas les expériences des sortants au travers du prisme de l'expérience totale (Castel, 1998 et Fernandez, 2010), étant donné qu'il apparaît dès la préparation du travail de terrain, que les sortants de prison, séropositifs aux VIH et VHC, usagers de drogues ou non, suivis dans divers structures d'aide sanitaire ou sociale sont un groupe bien trop hétérogène pour partager une ligne biographique directrice commune et totalisante. Leurs expériences mobilisent à la fois, mais pas systématiquement, les sphères de l'activité illicite, de la drogue, de la précarité ou l'errance mais aussi de la famille, et des institutions de suivi judiciaire, social et médical.

La notion de parcours permet de rendre compte de sa construction sociale, ou de voir la biographie comme un produit de l'action individuelle et de la structure institutionnelle[323], tout en permettant de prendre au sérieux les processus de subjectivation qui construisent les récits de vie. Je poursuis cette réflexion dans la partie II, où je présente la place de la série d'entretiens biographiques dans le dispositif d'enquête. L'objectif premier de cette série est de permettre la construction des parcours de santé.

L'ambition de cette recherche est de contribuer aux savoirs sur le processus de désaffiliation : c'est ainsi que s'impose le matériau biographique comme point de vue privilégié d'observation, à défaut d'observation participante[324]. Il ne s'agit pas d'illustrer ou de démontrer les mécanismes de ce processus par la biographie, mais plutôt d'en décrire les moments et ses contextes, pour vérifier les hypothèses connues de ce processus dans le cas qui nous intéresse. Je cherche ainsi à éclairer le traitement social des sortants de prison et des personnes atteintes de VIH ou de VHC et de reposer les questions problématiques qui ne résolvent pas le « problème public » des sortants de prison[325].

Les temporalités des détenus, imbriquées dans les rapports sociaux de domination

Le matériau privilégié est le récit de vie. Je l'ai recueilli en détention et dans les premiers mois de la sortie de prison. Pour étudier le moment de la sortie de prison, et les processus de subjectivation à l'œuvre dans les biographies, c'est l'étude des temporalités s'impose. S'intéresser à ce que les acteurs font permet d'appréhender leur rapport au temps à travers l'analyse de leurs pratiques, et les rapports de pouvoir qui les contraignent[326]. À partir de la très riche littérature en sciences sociales sur l'analyse des matériaux biographiques[327] et sur les rapports sociaux de domination, je questionne les temporalités des acteurs, et les effets de l'imbrication des rapports de genre, de classe, de race et d'âge sur leurs pratiques et leurs récits.

Dans le cas des personnes atteintes du VIH, le diagnostic et la prise en charge ont été décrits pendant un temps comme une annonce de mort, provoquant

---

[323] PASSERON Jean-Claude, « Biographies, flux, itinéraires, trajectoires », *Revue française de sociologie* 31, 1990, p. 3-22.

[324] BECKER Howard S., « Biographie et mosaïque scientifique », *Actes de la recherche en sciences sociales* 62 (1), 1986, p. 105-110.

[325] *Ibid.*, p. 108.

[326] BESSIN Marc et GAUDART Corinne, « Les temps sexués de l'activité: la temporalité au principe du genre? », *Temporalités* 9, 2009.

[327] Les biographies et les parcours de santé sont analysés dans la partie III.

une perturbation biographique[328]. Dans le cas de l'hépatite C, les travaux sont peu nombreux et mettent plutôt en évidence une perturbation mineure, sans remise en question de soi ni de retournement biographique[329]. Dans le cas des personnes détenues, les analyses oscillent entre l'importance d'un présentisme imputé à l'expérience carcérale, et parfois aux populations démunies en général[330], à un « bon » usage du temps carcéral, qui devient l'occasion de s'occuper de soi ou de son épanouissement personnel, notamment par l'instruction et le recours aux soins et aux droits sociaux[331].

La notion de « chronopolitique » telle que l'emploie E. Gardella est en ce sens éclairante : entendue au sens d'un usage politique du temps dans les rapports de pouvoir au sens de H. Rosa, la chronopolitique fait référence à l'imposition du temps des institutions sur le temps de leurs usagers. Son enquête s'appuie sur l'étude de l'hébergement d'urgence à Paris. Elle montre que l'aide sociale dispensée sous forme d'hébergement d'urgence ponctuel, c'est-à-dire une nuit à la fois, néglige les besoins des usagers et les oblige à organiser leur temps autour de la recherche de ressources. Organisée ainsi, « la politique d'hébergement d'urgence impose son rythme aux plus démunis, non seulement saisonnier, mais aussi quotidien. Ce rythme d'habitat discontinu a des effets d'épuisement sur des individus fortement précarisés, renforçant leur temporalisation sur le court terme[332]. » L'attention portée à la dissonance entre temps institutionnel et temps individuel, à travers l'étude des pratiques des détenus, des sortants et des professionnels du médicosocial me permet d'apporter un éclairage aux études existantes sur les parcours de personnes séropositives.

Ces travaux s'attardent peu sur les rapports sociaux de domination qui structurent ces expériences temporelles et dans lesquels les temporalités sont imbriquées[333]. Ils traitent en partie du rapprochement des sphères d'un parcours que certains événements,

---

[328] PIERRET J., « An analysis over time (1990–2000) of the experiences of living with HIV », *Social science & medicine* 65 (8), 2007, p. 1595–1605 ; PIERRET Janine, *Vivre avec le VIH. Enquête de longue durée auprès de personnes infectées*, Paris, Presses Universitaires de France, 2006 ; PRÉAU M *et al.*, « Time perspective and quality of life among HIV-infected patients in the context of HAART », *AIDS care* 19 (4), 2007, p. 449–458.

[329] TREOLAR Carla et RHODES Tim, « The Lived Experience of Hepatitis C and its Treatment Among Injecting Drug Users: Qualitative Synthesis », *Qualitative Health Research* 19 (9), 2009, p. 1321-1334.

[330] TARANTINI Clément, VERGELYS Chantal et PERETTI-WATEL Patrick, « Pauvreté, «présentisme» et prévention », *Temporalités.* (19), 2014 ; BARRÉ Marie Danièle, TOURNIER P et LECONTE B, « La mesure du temps carcéral », *Revue de science criminelle* 2, 1990, p. 379–387.

[331] COMFORT Megan, « 'The best seven years I could'a done': the reconstruction of imprisonment as rehabilitation », *Imaginary penalities*, 2008, p. 252–74.

[332] GARDELLA Edouard, « L'urgence comme chronopolitique. Le cas de l'hébergement des sans-abri », *Temporalités.revues.org* (19), 2014, paragr. 19.

[333] BESSIN Marc et GAUDART Corinne, « Les temps sexués de l'activité: la temporalité au principe du genre? », *art. cit.*

comme la déclaration d'une maladie, peuvent provoquer[334] ou de la prédominance de certaines lignes biographiques[335] sur les autres. Avec cette recherche, je propose une réflexion intersectionnelle sur les expériences des sortants de prison, c'est-à-dire qui considère l'ensemble des effets des rapports sociaux de domination liés à la classe, au sexe, à la race/ethnicité et l'âge et leurs interactions, sur les situations à l'étude. À quelques exceptions près[336], les travaux sur les rapports de genre en prison pour hommes sont essentiellement anglophones. Une partie d'entre eux se penchent sur les masculinités en prison, à partir des études des « *prison masculinities*[337]. »

Les masculinités carcérales sont entendues dans cette recherche comme les configurations de pratiques qui font le genre masculin en milieu carcéral. Elles sont bien plus diversement traitées dans la littérature sur les masculinités et les sexualités en prison, à laquelle je reviens dans les parties III et IV. Ces pratiques ont été décrites comme des affirmations de stoïcisme, de bravoure, de puissance physique et de violence ou d'agression[338] dans un univers d'assignations « hyperviriles[339]. » Mais ces masculinités normatives et hégémoniques en prison gagnent à être nuancées, au regard des perceptions des risques de ces hommes par exemple[340]. Lorsqu'elles concernent la santé, ses pratiques masculines ont été associées à des prises de risque sanitaires, partant du stéréotype de genre selon lequel prendre soin de soi relève du féminin et prendre des risques, du masculin[341]. Les attentes de santé liées à ces masculinités sont elles aussi

---

[334] La déclaration d'une maladie grave est un évènement de la sphère de la santé qui peut affecter la sphère conjugale, familiale et professionnelle.

[335] On entend la ligne biographique au sens initial d'A. Ogien dans *La raison psychiatrique* citée précédemment, repris dans son enquête sur les sorties de la toxicomanie dans les termes suivants : « un individu ordinaire peut se représenter sa vie comme organisée autour de quelques lignes principales d'investissement : l'histoire de son enfance, celle de ses amours, sa carrière professionnelle, éventuellement son parcours politique, intellectuel. La richesse humaine d'une personne tient sans doute au nombre et à la qualité de ces investissements qu'elle est capable de conduire, sans compter les petits tracés secondaires du type hobby. De telles lignes sont plus ou moins ajustées entre elles, il peut y avoir des effets de halo ou de renforcement mais « normalement » chacune garde une relative indépendance, et impose son propre type d'exigences (une crise personnelle est souvent un court-circuit entre deux lignes comme lorsqu'une relation amoureuse perturbe les rapports au travail, ou réciproquement). (Castel et al. *Les Sorties de la toxicomanie: types, trajectoires, tonalités*, 1992 : 14)»

[336] BESSIN Marc et LECHIEN Marie-Hélène, « Hommes détenus et femmes soignantes », *art. cit.* ; RICORDEAU Gwénola et MILHAUD Olivier, « Prisons. Espaces du sexe et sexualisation des espaces », *Géographie et cultures* (83), 2012, p. 69–85.

[337] SABO Don F., KUPERS Terry Allen et LONDON Willie James, *Prison masculinities*, *op. cit.* ; CARRABINE Eamonn et LONGHURST Brian, « Gender and prison organisation: Some comments on masculinities and prison management », *art. cit.*

[338] SABO Don F., KUPERS Terry Allen et LONDON Willie James, *Prison masculinities*, *op. cit.*

[339] BESSIN Marc et LECHIEN Marie-Hélène, « Proximité avec le corps malade des détenus. La participation des prisonniers aux soins. », *art. cit.*

[340] MAIER Katharina, RICCIARDELLI Rose et HANNAH-MOFFAT Kelly, « Vulnerable Masculinities: Constructing and Negotiating Risk in Men's Prisons », 2013, consulté en ligne le 27 septembre 2014, http://www.inter-disciplinary.net/probing-the-boundaries/wp-content/uploads/2013/04/maiereppaper.pdf.

[341] COURTENAY Will H, « Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health », *Social science & medicine* 50 (10), 2000, p. 1385–1401.

développées dans la partie III ; l'ambition de la recherche est de décrire comment ces attentes sont inscrites dans des processus de temporalités liés à ces pratiques masculines, entre non-recours aux soins et prévoyance.

Comme il en est question plus haut, je choisis une approche processuelle de la sortie de prison, inscrite dans des parcours de vie situés et cadrés par des contraintes structurelles. C'est dans ce cadre d'analyse que je peux aborder plus particulièrement le soin et la santé des hommes qui m'ont accordé des entretiens biographiques, dans leur dimension objective, ou factuelle, mais aussi subjective.

Conclusion du chapitre 1

La santé postcarcérale est un objet d'études qui d'abord émergé au sein de la discipline de la santé publique. Mon analyse de la production scientifique a montré que les connaissances sur ce qui s'est présenté comme un problème de santé publique dépendent d'un cadre de référence biomédical. Ce cadre mobilise des connaissances médicales, avec des éléments sociaux qui ont un statut de facteur de risque sanitaire. Dans cette problématisation de la santé carcérale, comme problème médical de santé publique, étayé par des données épidémiologiques dans un cadre de référence biomédical, c'est la discontinuité des soins qui est identifiée comme le problème principal. Cette formulation suppose que la santé postcarcérale est le produit d'une rupture entre la prise en charge en détention et la prise en charge à l'hôpital. La question ainsi formulée induit une réponse, à laquelle je reviens à la fin du chapitre 2, en termes de renforcement de l'adhésion au rôle du patient par le sortant de prison. Autrement dit, si le problème est l'interruption due à la rupture entre prison et hôpital, dans le cadre biomédical interventionnel (auquel je reviens aussi dans le chapitre 2) la solution passe par l'injonction au recours aux soins à la sortie de prison du patient.

À partir de cette problématisation de santé publique, je propose de m'appuyer sur les travaux de sciences sociales, de sociologie de la prison et la socioanthropologie de la santé, car ils suggèrent l'importance des continuités sociologiques dans les prises en charge sanitaires en prison et à l'hôpital. J'ai montré à ce titre que les contraintes institutionnelles et les rapports de pouvoir entre soignant et soigné sont similaires en prison et à l'hôpital. En effet, il s'agit de deux institutions totales, et la santé en prison relève aujourd'hui des missions de l'hôpital. Au regard de ce problème sanitaire de discontinuité des soins, ancré dans le paradigme biomédical et produit par le point de vue institutionnel, cette recherche propose le déplacement vers une approche processuelle des parcours des détenus, qui permet de prendre en compte le point de vue de l'individu. Cette recherche a pour ambition de montrer que les parcours des patients

détenus connaissent des ruptures, mais qu'ils sont aussi traversés par des continuités. Ces continuités sont de l'ordre des processus sociaux, notamment la désaffiliation (comme il en est longuement question dans la partie IV). Elles peuvent se manifester par un report des soins à la sortie de prison, dans la mesure où l'expérience de sortie est un retour au milieu social, mais, plus largement, c'est une étape dans un processus de désaffiliation plus long.

Je pars d'une approche processuelle pour mettre en évidence les continuités qui traversent les parcours des sortants : les expériences de ruptures, de bifurcations sont inscrites dans des processus sociaux plus longs. De plus, à partir des discontinuités de prises en charge déplorées par les bailleurs et les soignants sur le terrain, je cherche à qualifier aussi les continuités et les processus sociaux. C'est pourquoi, à partir des parcours de soins promus par le système de santé, je construis des parcours de santé, en étudiant les biographies des détenus et leurs manières de prendre soin de soi (partie III). Ces biographies, que j'ai construites à partir des récits de vie des personnes interviewées, me permettent de retracer la succession « objective » des événements biographiques, pris dans des contraintes structurelles, c'est-à-dire des processus sociaux et des rapports sociaux de domination. L'analyse des récits de vie s'attache à éclairer les processus de subjectivation à l'œuvre dans les parcours par l'analyse des temporalités/temporalisation. À la discontinuité entre l'unité sanitaire et la consultation à l'hôpital, j'entends répondre par une étude sur un changement de lieu de prise en charge, dans un processus plus long de prise en charge de soi et de réponse aux injonctions institutionnelles à l'autonomie et la responsabilisation.

Chapitre 2. Les interventions de lutte contre le VIH/Sida et l'hépatite C, de la mobilisation à la responsabilisation

L'état de santé des personnes détenues est problématique du point de vue de la santé publique, comme je l'ai montré avec l'analyse du corpus de publications épidémiologiques. La situation sanitaire des prisons fait aussi l'objet d'un traitement médiatique, qui insiste plutôt sur l'indignité des conditions de détention et sur la faiblesse des moyens et des mesures mises en place – un jugement partagé par les instances décisionnaires. Si ces acteurs et une partie de l'opinion s'accordent à penser que les efforts pour améliorer les conditions de détention et la santé des détenus sont insuffisants, peut-on pour autant qualifier la santé carcérale de « problème public » ? Comment expliquer la coexistence de besoins reconnus et d'instances décisionnaires sensibilisées d'une part, et une apparente persistance des indicateurs de mauvaise santé de l'autre ? Dans les cas particuliers de détenus vivant avec le VIH ou une hépatite C : dans quelle mesure ces pathologies font-elles exception dans la mobilisation politique pour la santé en prison ? Dans le cas plus particulier du VIH, et de sa normalisation[342] dans les pays occidentaux comme la France, quelle est la nature de la préoccupation politique et sociale à l'égard de cette épidémie en prison ? Dans le sillage de la mobilisation pour le VIH, l'hépatite C est-elle devenue elle aussi un problème de santé publique ? En traitant successivement de ces différentes questions, je montre dans ce chapitre que si la santé en prison peut être qualifiée de problème public « confiné », le VIH et les hépatites virales des personnes détenues, mobilisent plus fortement et plus durablement l'attention publique et la recherche scientifique. J'aborde ensuite la manière dont l'étude parallèle de ces deux pathologies, et leur co-infection, s'avère éclairante pour l'analyse du gouvernement des corps des personnes détenues et sortant de prison.

Cette mobilisation autour des questions du VIH et des hépatites virales en prison concerne tant les politiques publiques, que la recherche et le militantisme en France. Par son financement même, ma recherche découle en partie de l'intérêt des institutions de la lutte contre le VIH/Sida pour ces questions. Elle naît d'une attente de production de connaissances sur l'interruption de la prise en charge à la sortie de prison. À partir du constat selon lequel la santé carcérale est un problème public inaudible et confiné, resté sans réponse politique, ce chapitre montre que c'est la crise du VIH qui a permis une mobilisation pour le suivi sociosanitaire des sortants de prison – et par extension, la

[342] SETBON Michel, « La normalisation paradoxale du sida », *Revue Française de Sociologie* 41 (1), 2000, p. 61.

mobilisation localisée contre les hépatites virales dans le sillage du VIH. Ma recherche a en partie émergé de cette mobilisation, et plus précisément, d'une attente militante et institutionnelle de Sidaction et de l'Agence nationale pour la recherche sur le VIH/Sida et les hépatites virales. Informée par les expériences des professionnels de santé et du social sur le terrain, l'attente de ces bailleurs était la production de connaissances qui pourraient éclairer les interventions de prévention du problème de l'interruption de suivi post-carcéral des sortants de prison séropositifs.

La question des bailleurs ainsi formulée impliquait une réponse, que l'enquête de terrain me permet de commenter en trois temps. Dans ce chapitre, j'aborde les présupposés des attentes de ces institutions, c'est-à-dire leur cadre de référence et la réponse que ces attentes induisent en termes de gouvernement des corps malades. Ensuite, dans les chapitres 5 et 6, j'éclaire les manières dont les parcours des sortants remettent en question ces présupposés. Enfin, dans les chapitres 7 et 8, j'analyse l'expérience de la sortie de prison. Je montre que l'on peut qualifier le gouvernement des corps des sortants de prison comme une tension entre responsabilisation et assujettissement. Celle-ci découle de la confrontation entre les attentes des professionnels et les expériences du retour au milieu social

La santé carcérale, un problème public en sourdine

Les attentes des institutions qui ont soutenu ma recherche sont issues d'un constat de départ, celui de l'état de santé inquiétant des personnes détenues. Dans le chapitre précédent, je décris les ressorts de la santé en détention et les inégalités importantes entre la population incarcérée et la population générale en France. Ces données sont connues des acteurs de terrain et des institutions concernées. Au-delà, la France est régulièrement dénoncée pour ses conditions de détention. Poser la question du problème public permet d'éclairer le paradoxe suivant : alors que la France possède un système de santé performant et que les problèmes de santé des détenus sont connus et déplorés des acteurs institutionnels et des professionnels de terrain, comment se fait-il que leur état de santé soit encore si mauvais ? Et que les prévalences du VIH et du VHC soient cinq à six fois supérieure qu'en population nationale ? Une première hypothèse voudrait qu'il y ait un décalage entre ce consensus et l'action publique. Une seconde voudrait qu'entre consensus et action, il y ait (absence de) mobilisation. La sociologie des problèmes publics me permet de proposer une réponse, en reformulant la question en ces termes : si tous s'accordent à dire que la santé carcérale est problématique, comment se fait-il qu'elle ne pose pas problème, qu'elle ne soit pas un « problème public » ? Répondre à

cette question permet et demande de s'intéresser aussi au contexte macrosociologique de l'enquête et à la sociohistoire de la prison au cours du siècle dernier.

Une santé carcérale déplorée mais qui ne fait pas problème

Le constat n'est pas nouveau : depuis les années 1970 et la politisation de l'institution pénitentiaire, les conditions de vie et de soins en prison provoquent indignation et dénonciations dans l'espace public. Elles sont accusées d'être trop généreuses ou pas assez dignes, dans un débat public largement nourri des productions journalistiques. Les mauvaises conditions carcérales, y compris sanitaires, persiste comme un bruit de fond médiatique, au point d'être aujourd'hui devenu un lieu commun. Depuis « l'affaire Vasseur[343] » puis l'ajournement du vote de la « grande loi pénitentiaire » qui devait réformer la prise en charge des détenus, comment qualifier la place de la santé carcérale dans l'espace public ? Comment expliquer le consensus autour des soins en prison, vus comme largement perfectibles par l'ensemble des acteurs professionnels autour de la prison, les détenus et les militants, et l'absence de mesures efficaces pour y répondre ? Autrement dit, si on a pu se poser la question de la santé carcérale comme « problème public », qu'en est-il aujourd'hui ? On l'a dit, l'état de santé déplorable des personnes détenues fait consensus.

> *Aux Journées nationales sur la prison du mois de novembre 2013, Jean-Marie Delarue réagit au constat de départ des mauvaises conditions de santé et de soins en prison. Il souligne le continuum entre la population carcérale et la population libre : « La question pénitentiaire s'éclaire à l'aune de la politique publique envers les pauvres. Il n'y a pas de rupture. Dans la question pénitentiaire, je retrouve beaucoup de ce que j'ai vu quand je travaillais sur le chômage. (…) La santé est un droit fondamental, y compris pour les détenus. On ne peut pas compromettre là-dessus[344]. » Il poursuit en indiquant que la santé est le deuxième motif de mécontentement des détenus, dans le corpus de courriers qu'ils adressent tous les ans au Contrôleur général des lieux de privation de liberté. En face de lui, le public est composé d'acteurs très divers, militants professionnels et bénévoles, personnel et directeur pénitentiaires, médecins, psychologues, étudiants et universitaires. Dans la discussion, tous rejoignent le Contrôleur : les soins en prison ne sont pas à la hauteur, l'état santé des détenus est intolérable et il faut faire quelque chose pour y remédier.*
>
> (Notes de terrain, Journées nationales des prisons, 30.11.2013)

---

[343] « L'affaire Vasseur » fait référence à l'important écho médiatique, au débat puis à la mobilisation suscités par la parution du témoignage de V. Vasseur sur son expérience de travail en tant que médecin à la Maison d'arrêt de Paris, VASSEUR Véronique, *Médecin-chef à la prison de la Santé*, Paris, Le Cherche Midi, 2000.

[344] DELARUE Jean-Marie, « Intervention lors de la journée "Santé en prison, entre logique pénale et logique médicale: du détenu malade au malade détenu?" », Journées nationales des prisons « La santé à l'épreuve de la prison », Paris, 30 novembre 2013.

Cette vignette est peu commune dans les mobilisations pour la santé carcérale que j'ai observées au cours de l'enquête de terrain. Le traitement indigne des détenus et leur mauvaise santé font habituellement consensus, même auprès des soignants, mais la question des conditions structurelles de cette mauvaise santé, elle, se pose rarement. En revanche, certaines des critiques plus larges de la prison, qui se font entendre de nouveau depuis les années 2000[345], dénoncent son inutilité, son immoralité, sa violence et ses conditions indignes de détention et de travail ; elles ont relancé la dynamique de changement majeure que connait l'Administration pénitentiaire depuis la fin du siècle dernier. C'est de cette dynamique que naît la loi pénitentiaire de 2009[346], à laquelle je reviens plus loin.

L'ouvrage de V. Vasseur, un témoignage à la première personne sur son expérience difficile de médecin en prison[347], est souvent cité comme le point de départ d'une mobilisation de l'opinion publique contre « l'horreur carcérale » et comme le moteur des pouvoirs publics sur cette question[348]. En réalité, il s'agit de la reprise d'un ensemble de critiques anciennes qui masquent une transformation de l'Administration pénitentiaire en marche, comme la montre G. Salle. Le débat est tout de même plus virulent depuis le début des années 2000, suite à la publication de deux rapports issus de commissions parlementaire et sénatoriale en 2001, dont les conclusions accablantes sur l'état des prisons françaises sont très publicisées[349].

Les conditions de vie et de soins en prison sont décrites, témoignages et reportages à l'appui, comme étant inacceptables. La situation est considérée comme étant imparfaite et perfectible par les instances décisionnaires. Pourtant, après examen, on ne peut pas qualifier la santé carcérale, et par extension la santé postcarcérale, de problème public. Comment se fait-il qu'un problème étayé, reconnu et relayé, ne suscite ni mobilisation, ni alerte, ni crise au sens sociologique ? Formulée ainsi, la question fait allusion à un champ

---

[345] La critique de la prison en ces termes se fait entendre dès sa création mais, dans le cadre de cette enquête sur la santé carcérale, j'accorde une attention plus particulière au contexte plus récent des politiques sanitaires et des dénonciations autour de la santé en prison.

[346] BOUAGGA Yasmine, *Humaniser la peine? Ethnographie du traitement pénal en maison d'arrêt*, Thèse de doctorat, Paris, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 2013, p. 11-13.

[347] VASSEUR Véronique, *Médecin-chef à la prison de la Santé*, *op. cit.*

[348] Cependant, il faut apporter à cette interprétation certaines nuances. D'abord, le contexte du succès de cet ouvrage est celui, paradoxalement, d'une relative paix dans le milieu pénitentiaire et d'initiatives pour l'amélioration de la prise en charge des personnes détenues par la Justice (dont la réforme des soins de 1994), cf. TOURNIER Pierre-Victor, « L'"horreur carcérale". Le retour de la question pénitentiaire », *in* DEMORAND Nicolas et JALLON Hughes (dir.), *L'année des débats: « la suite dans les idées », 2000-2001*, Paris, La Découverte, 2002, p. 69-72.

Ensuite, les dénonciations de la prison ont commencé avec le militantisme anti-carcéral dès les années 1970, qui formalise une critique totale du fait carcéral et dont la santé n'est qu'un élément, cf. SALLE Grégory, *La part d'ombre de l'État de droit: la question carcérale en France et en République fédérale d'Allemagne depuis 1968*, Paris, Editions de l'Ecole des hautes études en sciences sociales, 2009, p. 37-74.

[349] SALLE Grégory, *La part d'ombre de l'État de droit: la question carcérale en France et en République fédérale d'Allemagne depuis 1968*, *op. cit.*, p. 205-248.

spécifique de la recherche sociologique sur la construction des problèmes publics ou de la sociologie de l'alerte.

La particularité de la question de la santé carcérale pour ce champ de la sociologie est qu'elle semble revenir régulièrement dans l'espace public, suscitant des réactions émotives et indignées, pour ensuite « retomber dans la pénombre[350]. » Dans sa thèse[351], G. Salle explique l'absence de rupture ou de réaction politique et législative pour la santé en prison par la construction, dans la continuité dans les évolutions de l'Administration pénitentiaire, de l'épreuve que constituent « l'affaire Vasseur » et le projet de loi préparé à la suite de l'indignation publique qu'elle a suscitée[352]. La lecture communément acceptée de cette période, qui voudrait qu'une grande réforme pénitentiaire ait été arrêtée dans son élan, ne résiste pas à l'analyse de son contexte institutionnel sociohistorique. Se référant entre autres à un texte de P. Lascoumes[353] sur les dynamiques de changement institutionnel, G. Salle montre que le changement dans l'institution pénitentiaire existe, mais qu'il se réalise plutôt de manière résiduelle.

L'Administration pénitentiaire connait en effet un mouvement vers l'humanisation des prisons, en marche depuis plusieurs dizaines d'années. Cette humanisation progresse petit à petit, scellant des changements importants pour les conditions en détention et le traitement de la population pénitentiaire. Les réformes pénitentiaires de ces dernières années ont ainsi consacré l'entrée du droit juridique ordinaire en prison, donnant une place aux procédures juridiques et aux professionnels du droit dans la détention[354]. Ainsi, les soins sont encadrés par un Guide méthodologique, qui vise à homogénéiser les pratiques des professionnels de santé et des administrations qui les encadrent[355]. La prévention des suicides fait aussi l'objet d'une action concertée *via* le programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 lancé, entre autres, par les ministères de la Santé et de la Justice[356].

---

350 BESSIN Marc et LECHIEN Marie-Hélène, *Soignants et malades incarcérés: conditions, pratiques et usages des soins en prisons*, Paris, Groupement d'intérêt public-Mission de recherche droit et justice, 2000, p. 9-12.

351 SALLE Grégory, *La part d'ombre de l'État de droit: la question carcérale en France et en République fédérale d'Allemagne depuis 1968*, *op. cit.*

352 DE BLIC Damien et LEMIEUX Cyril, « Le scandale comme épreuve: Éléments de sociologie pragmatique », *Politix* 71 (3), 2005, p. 9.

353 LASCOUMES Pierre, « Ruptures politiques et politiques pénitentiaires, analyse comparative des dynamiques de changement institutionnel », *Déviance et Société* 30 (3), 2006, p. 405-419.

354 BOUAGGA Yasmine, *Humaniser la peine? Ethnographie du traitement pénal en maison d'arrêt*, *op. cit.*

355 Appréciés des professionnels, le Plan d'actions stratégiques 2010-2014 dont il est extrait n'a pourtant pas d'objectifs d'amélioration de l'état de santé des personnes détenus (les indicateurs mesurent l'avancement des procédures et non l'état de santé). MINISTERE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS ET MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Plan d'actions stratégiques 2010-2014. Politique de santé pour les personnes sous main de justice*, 2009.

356 Sur le terrain, les professionnels et les détenus dénoncent les nombreuses incohérences des applications ce plan avec les contraintes de la vie carcérale et son manque d'envergure et d'inefficacité. MINISTÈRES DE LA JUSTICE ET DES LIBERTES, DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ, DE L'EDUCATION NATIONALE, DE LA JEUNESSE ET DE LA VIE ASSOCIATIVE, DE L'AGRICULTURE, DE L'ALIMENTATION, DE LA PECHE, DE LA RURALITÉ ET DE

Dans ce contexte, c'est l'analyse en termes de crise confinée qui permet d'expliquer l'absence de mise à l'agenda politique de l'amélioration de la santé en détention, en référence à la sociologie des problèmes publics.

Les analyses en termes de problèmes publics permettent d'aller au-delà d'une lecture « naturaliste » des événements, ou « conséquentialiste », qui attribuerait l'ampleur d'un problème dans l'espace public à sa gravité ou à ses caractéristiques propres, et les tentatives de résolution par les acteurs au problème lui-même. Elles privilégient plutôt la dimension construite des problèmes et de leur catégorisation, mettant plutôt en exergue les processus de mobilisation et d'action collective qui les produisent. « Ainsi tous les problèmes n'ont pas la même capacité à accéder à la publicité et cette capacité dépend de plusieurs facteurs souvent liés aux caractéristiques des acteurs impliqués dans ces mobilisations qu'aux contours des problèmes eux-mêmes[357]. » Plusieurs catégories de problèmes publics pourraient expliquer la situation de la santé carcérale dans l'espace public. Je les passe ici en revue, en décrivant les caractéristiques saillantes de ce problème. Je démontre ensuite que c'est plutôt la catégorie de crise confinée qui permet d'analyser les positions des acteurs institutionnels face à cette question, mais surtout d'expliquer comment, alors que tous les éléments semblent être présents pour faire crise, la santé carcérale n'a pas de place dans le débat public. C'est dans ce cadre que s'inscrit la recherche, rendue possible par un autre type de mobilisation pour la santé carcérale : l'alternative scientifique et militante sur un terrain institutionnel figé.

Au moment de l'enquête de terrain, la santé carcérale dans l'espace public n'a pas la forme d'un scandale ni d'une affaire, au sens élaboré par la sociologie de l'alerte[358]. Par sa sociohistoire de la question carcérale en France depuis 1968, G. Salle fait de V. Vasseur une lanceuse d'alerte[359], (en notant tout de même que ni elle ni son ouvrage ne revendique ce rôle, qu'il ne propose ni solution ni réforme, et qu'elle ne fait que marginalement appel aux pouvoirs publics). La fonction de lanceuse d'alerte tient plutôt aux faits que le récit survit aux objections et se maintient face à ses critiques, et qu'il est perçu comme une découverte, comme une dénonciation nouvelle. Ce dernier point peut surprendre, quand on considère que de nombreuses publications antérieures ont rapporté des situations indignes en détention, dont des rapports institutionnels (G. Salle

---

L'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE, DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET LA RECHERCHE, DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA COHÉSION SOCIALE. *Programme national d'actions contre le suicide (2011-2014)*, 2011.

[357] GILBERT Claude et HENRY Emmanuel, « Introduction. Lire l'action publique au prisme des processus de définition des problèmes », *in Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, La Découverte, 2009, p. 292.

[358] *Ibid.*

[359] SALLE Grégory, *La part d'ombre de l'État de droit: la question carcérale en France et en République fédérale d'Allemagne depuis 1968*, Paris, École des Hautes Études en Sciences Sociales, 2009, p. 212-213.

cite ainsi R. Badinter et le rapport de l'Assemblée nationale de 2000, parmi plusieurs autres sources), les écrits de l'Observatoire international des prisons ou de Ban Public, ou ceux d'autres médecins, parfois mieux écrits et mieux documentés.

La catégorie analytique de crise ne correspond pas exactement à la situation. En effet, pour la santé en prison, on peut parler de risque sanitaire, avéré, et on peut parler de sanitarisation de la prison avec la réforme de 1994. En revanche, on ne peut pas parler de crise parce qu'il n'y a pas de porte-parole ni de collectif pour mener la mobilisation d'un groupe dominé face à un groupe dominant, ni de rupture avec le passé qui pourrait donner lieu à une nouvelle configuration politique[360]. De plus, si à l'étude des crises qui traversent l'institution pénitentiaire, les sociologues ont tendance à voir des avancées graduelles incrémentées dans l'évolution de la et des politiques pénitentiaires (au sens de *politics* et *policy*), les historiens concluent plus souvent à l'inertie d'une institution résistante au changement et ancrée dans sa trajectoire[361] : « Faute de réelle prise de *politics* sur la *policy* en ce domaine, les continuités l'emportent (...) amplement sur les ruptures. (...) à son propos, la dialectique de la rupture et de la continuité peut être déployée à l'infini sans épuiser la matière, et surtout, sans apporter de réponses vraiment satisfaisantes[362]. »

La particularité de l'espace carcéral pour les analyses en termes de problème public est que la fonction même de la prison interdit le débat. En privant de liberté, la prison prive d'espace public commun avec les détenus, rendant impossible le débat démocratique[363]. De plus, le problème de la santé des détenus s'inscrit dans l'interstice des girons des ministères de la Santé et de la Justice, s'imposant comme un problème interministériel, et donc plus difficilement lisible. Parce que les administrations doivent se concerter et avancer ensemble, les directives et les interventions sont à la fois plus complexes et plus longues à mettre en œuvre.

À partir de données de l'enquête de terrain et du champ de la sociologie des problèmes publics, je propose ici un faisceau d'indices qui explique l'absence de publicité d'un problème pourtant épidémiologiquement avéré, pour ensuite montrer comment l'analyse en termes de crise confinée éclaire au mieux cette question. En effet, si les acteurs s'accordent à penser que la santé carcérale est un problème, les désaccords sont nombreux sur l'importance ou l'intérêt d'intervenir pour les détenus.

---

[360] CHATEAURAYNAUD Francis et TORNY Didier, « Les sombres précurseurs: une sociologie pragmatique de l'alerte et du risque », 1999, p. 75.

[361] LASCOUMES Pierre, « Ruptures politiques et politiques pénitentiaires, analyse comparative des dynamiques de changement institutionnel », *art. cit.*

[362] *Ibid.*, p. 405.

[363] BESSIN Marc et CHAUVENET Antoinette, « Peut-on parler des prisons? », *Lettre du CEMS* 6, 2000, p. 8-9.

Des acteurs insatisfaits, mais peu audibles

Des acteurs insatisfaits

On l'a dit, la santé est un motif prépondérant de plainte écrite auprès du Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Les plaintes sur la qualité, l'offre et les conditions de soins sont aussi récurrentes dans les entretiens, même si ces détenus sont les premiers à reconnaitre que les conditions carcérales sont peu favorables à des soins efficaces et attentionnés. Le chapitre 6 approfondit et nuance significativement ce propos, au travers de l'analyse des expériences de soins en détention, au regard du parcours de vie.

Les soignants sont eux aussi insatisfaits de leurs conditions de travail et de la santé des détenus. Ce consensus criant émerge de tous les congrès des Ucsa, les conférences et les publications médicales sur l'exercice en milieu carcéral, auxquels j'ai eu accès pendant l'enquête. Ce propos est lui aussi au cœur du chapitre 6, mais je retiens ici la récurrence des injonctions des médecins à mieux faire, auprès et pour leurs patients. Dans les rassemblements pluriprofessionnels, le consensus reste le même, résistant à l'épreuve du dialogue parfois difficile entre les professions médicale et pénitentiaire. Aux Journées nationales des prisons de 2013 citées précédemment, le criminologue A. Blanc plaide pour le droit à la santé face à des militants, mais surtout de médecins, d'agents pénitentiaires et du Contrôleur général ; il cite V. Giscard d'Estaing en 1974 : « la prison doit être la privation de liberté et rien d'autre. », face à un public converti.

Sur le terrain, dans trois maisons d'arrêts et dans ces rassemblements scientifiques ou militants, les plaintes des soignants que j'ai relevées sont de trois ordres : les moyens et l'accès aux soins sont inadéquats ; l'organisation de la détention réduit l'accès aux soins et rend le quotidien des soignants laborieux ; la dignité des patients et la pratique éthique de la médecine en prison sont difficiles à garantir. La réforme de 1994 est largement considérée comme une évolution vers l'humanisation des prisons et le pendant d'une pratique médicale éthique en détention. C. Canetti, psychiatre à la maison d'arrêt de Paris au moment de l'enquête, déplore le retour sur les acquis de la corporation pour le milieu carcéral concernant l'autonomie des médecins : « Depuis 1994, la loi regrignote l'indépendance gagnée (…) On punit puis on renvoie la responsabilité au psychiatre, à qui on demande de dire si punition est compatible [avec la détention] ou juste [via la procédure d'expertise psychiatrique]. Ce glissement vient depuis 1994[364]. » S'il y a une dégradation des conditions en prison, ou alors une

[364] CANETTI Cyrille, « Intervention lors de la journée "Santé en prison, entre logique pénale et logique médicale: du détenu malade au malade détenu?" », Journées nationales des prisons « La santé à l'épreuve de la prison », Paris, 30 novembre 2013.

stagnation tout aussi inacceptable, le passage de la santé sous le giron hospitalier en 1994 a-t-il maintenu la santé carcérale dans une forme de relégation et de domination ?

Certes, les médecins qui participent à ces événements et qui s'expriment ainsi ne peuvent pas être considérés comme représentatifs de la profession, et on peut légitimement s'interroger sur ce biais dans la visibilité du problème. S'agit-il d'une plainte chronique perçue comme dans issue, qui ne transparait très rarement dans les médias généralistes[365] ? Ou d'une situation jugée indigne et problématique par la majorité, mais rendue visible par une minorité ? La récurrence des plaintes chez les détenus et les surveillants dans l'enquête, la présence de certains directeurs pénitentiaires ou gradés aux manifestations concernant la prison, et les rapports du Contrôleur général vont plutôt dans le sens de la seconde.

Des professionnels peu entendus

Les professionnels expriment un mécontentement, mais sont aussi peu audibles, alors même que certains portent un discours critique ou syndical. Ce caractère inaudible tient à plusieurs facteurs, dont un premier : les médecins exercent une spécialité dévalorisée par leur corporation, auprès de patients perçus comme difficiles, voire irrécupérables ; et un deuxième : à l'exception des mesures d'obligation de soins, il existe peu d'outils pour rapprocher les professions médicales et juridiques[366] ; elles sont institutionnellement séparées, empêchant toute mobilisation contre ou tous aménagements des situations vécues comme inacceptables. Troisième facteur, le constat, ou même le consensus, de l'existence de besoins de santé ne suffit pas à entraîner l'action publique. Le traitement de M.-O. Déplaude du problème du *numerus clausus* des médecins en France par la sociologie des problèmes publics[367], permet d'expliquer que l'existence avérée de besoins de santé des détenus ne suffit ni à mobiliser et ni légiférer sur ce problème de santé publique. Il propose deux raisons à cela : le mauvais état de santé ne fait pas le besoin de santé ni le besoin de médecins, d'une part, et d'autre part, le problème est aussi et surtout un problème politique. Pour lui, « la production d'évaluations convergentes sur les besoins de santé à satisfaire et les effectifs de médecins à former pour y pourvoir [c'est-à-dire, les données qui appuient la prise de

---

[365] On pense évidemment ici aux écrits de médecins militants, tels Anne Dulioust ou Anne Lecu, contre-exemples si éparses dans les journaux qu'ils confortent l'analyse : JOHANNÈS Franck, « Malades en prison : la colère du médecin de Fresnes », *Le Monde*, 2013 ; « "La prison, un lieu de soins?", de Anne Lécu - France Culture », 2013, http://www.franceculture.fr/oeuvre-la-prison-un-lieu-de-soins-de-anne-lecu, consulté le 7 mai 2015.

[366] Un outil fait exception : le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes sous main de justice, publié par les ministères de la Santé et de la Justice, a été très attendu et accueilli comme une grande avancée pour le travail pluridisciplinaire en détention.

[367] DÉPLAUDE Marc-Olivier, « Une fiction d'institution: les «besoins de santé» de la population », *in Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, La Découverte, 2009, p. 293.

décision concernant le *numerus clausus*] est sans doute favorisée par le fait que le ministère chargé de la Santé consulte régulièrement les porte-parole de la profession médicale sur ce sujet[368]. » Autrement dit, l'avis de l'Ordre des médecins influe davantage sur les politiques de santé que les besoins sanitaires de la population française, par ailleurs très difficiles à estimer. Le mécontentement des professionnels à propos de la situation sanitaire peine donc à se faire entendre ; il en va de même pour les détenus, mais pour des raisons différentes.

Des détenus peu audibles

Les conditions du dicible des témoignages sur les conditions carcérales en France sont évidemment différentes de celles sur les camps en Europe. Mais l'étude de la seconde par M. Pollak[369] suggère des questions, ou plutôt des hypothèses à la première. Pour expliquer l'absence de mobilisation des détenus, hormis des engagements épars et la participation aux initiatives d'associations comme l'Assemblée nationale ou Ban public, ou l'imperméabilité de la sphère publique à la question carcérale, je propose quelques hypothèses : l'absence d'espace public pour accueillir un débat démocratique où pourraient s'exprimer des témoignages à la 2e personne ; les détenus n'ont pas le capital social, culturel pour témoigner, mobiliser et faire controverse ; l'incarcération est une épreuve morale et stigmatisée qui atrophie le récit des sortants ; le traitement déshumanisant de l'institution pénitentiaire provoque un désintérêt pour la question sociale des sortants ; la mobilisation des détenus, le cas échéant, doit être à la fois importante et complétée par des alliances avec d'autres groupes, comme les médias d'information, qui pourraient encourager l'attention publique ; une question sans actualité brulante perpétue le désintérêt médiatique ; les détenus n'ont pas ou peu d'entrepreneurs de cause, à l'exception peut-être de certains porte-parole autoproclamés, comme Pierre de Botton, qui ne font ni consensus ni représentativité. La sociologie anglophone des problèmes publics suggère enfin que ces problèmes sont aussi le produit d'une plainte ou d'une demande de réparation de la part d'individus ou de groupes ; le manque de revendication collective de la part des détenus ou des sortants de prison sur ce point contribue à expliquer le manque de publicité du problème de la santé carcérale.

Le mécontentement d'une majorité des acteurs concernés, dont des agents des administrations de l'État, et l'inaudibilité des professionnels et des détenus au sujet d'une situation mettant clairement en scène la situation délétère d'un groupe dominé, sont trois facteurs qui concourent à faire appel à la catégorie de crise confinée pour caractériser la santé carcérale dans l'espace public français.

---

[368] *Ibid.*, p. 264.

[369] POLLAK Michael, *L'expérience concentrationnaire: essai sur le maintien de l'identité sociale*, *op. cit.*, chap. 5 & 6.

Une crise confinée

La phase de confinement de la crise fait sens dans le cas de la santé carcérale, en référence au cadre proposé par D. Torny et F. Chateauraynaud[370]. Pour la santé carcérale aujourd'hui, il est clair que la moindre publicité et la fluctuation entre les moments de forte et de faible publicisation sont des entrées plus cohérentes avec les observations de terrain et les données documentaires. Ce que l'enquête a moins permis de mettre à jour sont « les différentes modalités parallèles de gestion d'un problème en allant des espaces les plus directement exposés à l'attention publique à ceux *a priori* plus protégés de cette même attention[371]. »

Dans la sociologie des problèmes publics, il est tour à tour question de problème, d'affaire, de crise, d'alerte ou d'épreuve[372]. Dans le cas de la question carcérale, s'il y a eu « affaire » en 2000, elle ne s'est pas traduite par une réponse politique remarquable, comme une réforme des politiques publiques par exemple. C'est en ce sens que les catégories de crise confinée proposée par D. Torny et F. Chateauraynaud, ou de crise banalisée, sont heuristiques. En effet, la santé carcérale ne mobilise plus et elle n'est pas une priorité de santé publique, comme l'est la lutte contre le VIH/Sida par exemple. Dans l'espace médiatique, elle est traitée comme un problème indigne mais chronique[373] et avec une fréquence qui rappelle plutôt le bruit de fond que le cri d'alerte. Les associations militantes continuent de produire et d'être occasionnellement médiatisées, en étant le plus souvent cantonnée au statut d'expert ou témoin, mais leurs interventions ont peu d'effet sur l'opinion publique.

Après les débats et la mobilisation de 2000-2001, l'indignation est donc retombée. Les facteurs qui expliquent cette retombée ou cette banalisation du problème carcéral – ou son engluement dans une catégorie médiatique qui ne fait que consolider les lieux communs à son encontre – sont multiples. Deux d'entre eux relèvent de la sociopolitique contemporaine : le premier, le virage sécuritaire des gouvernements des vingt dernières années rend inaudible l'attention politique à la population carcérale, ou à

---

[370] CHATEAURAYNAUD Francis et TORNY Didier, « Les sombres précurseurs: une sociologie pragmatique de l'alerte et du risque », *op.cit.*

[371] GILBERT Claude et HENRY Emmanuel, « Introduction. Lire l'action publique au prisme des processus de définition des problèmes », *art. cit.*, p. 18.

[372] Ces termes sont développés par la sociologie de l'alerte (et clairement définis dans un tableau synthétique de Chateauraynaud et Torny, 1999 : 75) notamment, dans la dimension des arènes qu'ils impliquent : la controverse se situe dans une arène scientifique, la polémique, dans une arène médiatique et journalistique, le procès, dans une arène juridique, *etc.*

[373] LAURENT Samuel, « Les prisons françaises, une crise qui perdure [Pourquoi les prisons sont au bord de l'explosion] », *Le Monde.fr*, 29 octobre 2015, http://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2015/10/29/pourquoi-les-prisons-sont-au-bord-de-l-explosion_4799691_4355770.html, consulté le 30 octobre 2015.

la question carcérale plus largement, freinant par-là l'allocation de moyens suffisants à l'Administration pénitentiaire ou aux services de santé en milieu carcéral.

Second facteur, la nouvelle gestion publique à l'hôpital renforce cette tendance au désinvestissement des soins des populations démunies, dont les détenus, maintenu par ailleurs dans un travail interministérielle entre santé et justice peu efficiente et conflictuelle. Cependant, notons bien que la tendance est celle d'une nette amélioration des soins par rapport aux décennies précédentes, marquées notamment par la crise du sang contaminé et du VIH/Sida, tant en termes d'accès et d'offre de soins que de dignité des patients détenus. Le temps des quartiers de maisons d'arrêt où on regroupait et isolait les détenus toxicomanes et/ou atteints du VIH est révolu. Depuis la réforme de 1994[374], quatre textes ont permis de grandes avancées dans l'organisation et l'accès des soins en prison : (1) la circulaire sur la participation des soignants à la Commission pluridisciplinaire unique, produit d'une négociation longue de quatre ans entre les ministères de la Justice et de la Santé ; (2) le guide méthodologique, issu lui aussi d'une collaboration entre la Justice et la Santé ; les deux circulaires de 2013, (3) de l'Administration pénitentiaire et la direction régionale des Collectivités territoriales, pour la domiciliation des personnes détenues, qui accélèrent l'accès aux droits, et (4) de l'Administration pénitentiaire et la direction de la Cohésion sociale, qui permettent une procédure d'accès aux droits sociaux des personnes sous écrous en milieu ouvert.

Après une phase de normalisation, la santé est depuis 2001 sous la responsabilité complète de la direction générale de la Santé. Si ce changement a été très bien accueilli, ce déplacement s'accompagne de facilités dans le soin, mais aussi de freins, liés à la pratique et l'institution hospitalière. Par exemple, ce changement implique l'importation de problèmes récurrents dans la gouvernance des soins, comme les inégalités territoriales de santé, qui ont pour effet notamment de rendre très difficile le remplacement d'un ophtalmologiste parti en retraite dans un établissement de zone rurale[375]. Une analyse plus fine de ce contexte est proposée dans le chapitre 6, qui traite plus particulièrement des soins en prison. J'en retiens que les acteurs de tous bords s'accordent à dire que la situation sanitaire en prison s'est largement améliorée depuis 1994 et plus sensiblement depuis 2001.

---

[374] La loi de 1994 dispose de l'affiliation de tous les détenus à la sécurité sociale (le numéro de sécurité sociale attribué par le greffe ouvre les droits pendant la détention et un an après la sortie). Elle met fin à la gestion déléguée des soins en prison à des personnels médicaux et infirmiers pénitentiaires et privés, pour l'attribuer à des personnels qui dépendent de l'administration.

[375] J. Morel D'Arleux, Direction de l'Administration pénitentiaire, Intervention lors de la Journée nationale des prisons, intitulée « La santé à l'épreuve de la prison », organisée par la Farapej, à Paris, le 30 novembre 2011.

Le contexte institutionnel de l'enquête est donc celui d'une situation sanitaire problématique – épidémiologiquement éprouvée et qui fait l'objet d'un consensus des professionnels concernés – qui ne parvient pas à « faire problème », ni pour la santé publique ni pour l'institution pénitentiaire. Crise en sourdine, la situation sanitaire se profile après la politisation des conditions de détention des années 1970, sans aboutir à une stabilisation du problème carcéral. Cette sanitarisation du problème a pourtant eu des effets, dont la réforme de 1994, des enquêtes, ou une figure perçue comme une lanceuse d'alerte. Pour la sociologie des problèmes publics, deux processus construisent un problème : la stabilisation définitionnelle du problème, aboutie dans le cas de la santé carcérale, et la montée dans l'agenda politique, dans les années 2000. Tout se passe comme si une résolution était possible, ou tout du moins, une réponse institutionnelle forte était envisageable. Le problème est défini et fait l'objet d'un consensus, mais il ne permet pas pour autant aux acteurs de s'accorder sur une intervention pour la population détenue. L'inaudibilité des détenus, la domination des professionnels de santé en milieu carcéral dans leur profession, l'agenda électoral ou l'impossibilité de faire de l'espace carcéral un espace public, sont les autres facteurs les plus saillants de cette absence de réponse.

Problème confiné, la question qui est cachée par le consensus général sur les conditions déplorables de santé en prison et les mesures insuffisantes pour y remédier est celle des conditions structurelles de l'état de santé en prison. Une des raisons de l'invisibilité de cette question est sans doute que la définition du problème s'est imposée dans des termes de santé publique, en référence au paradigme biomédical (la première moitié du chapitre 1). Elle fait écho à un autre problème de santé publique, celui de l'invisibilité des inégalités sociales de santé (que l'on aborde dans la discussion ci-dessous).

Cette recherche a été soutenue par deux acteurs, associatif et institutionnel, de la mobilisation contre le VIH/Sida et les hépatites. Dans ces arènes, j'ai retrouvé des acteurs de la santé carcérale, des professionnels de santé, d'anciens détenus séropositifs et des associatifs. Ils se rassemblent dans des groupes de travail, des formations, des recherches interventionnelles ou des manifestations militantes, mais ils peinent à faire émerger le problème dans l'agenda de l'action publique et dans l'opinion publique. Vue « du haut », la configuration semble figée. Vue « du bas », on s'aperçoit que c'est à travers la cause des détenus séropositifs au VIH qu'a pu émerger un intérêt circonscrit pour la cause de la santé des détenus.

Le cadrage du début de l'enquête posé en ces termes permet d'ores et déjà de poser différemment la question de recherche : si tous les éléments qui pourraient faire de la santé carcérale un problème public semblent être réunis, le problème reste confiné aux

arènes directement concernées par les pratiques de soins en prison. Le travail collectif et pluridisciplinaire que l'on observe sur le terrain peut-il permettre un changement « par le bas », c'est-à-dire initié par les acteurs de terrain, sans ou en préalable de l'impulsion des politiques sanitaires ?

Ancrée dans le problème public reconnu et investi du VIH et des hépatites virales, cette recherche s'est construite dans un contexte de mobilisation sanitaire nationale et internationale. C'est cette deuxième facette, vue « du bas », du contexte de l'enquête, que l'on développe maintenant.

Le VIH chez les sortants de prison, inégalités sociales et questions de santé globale

En choisissant pour objet le parcours de santé des personnes séropositives au VIH, cette recherche, comme les travaux contemporains sur le VIH, s'inscrit dans un champ prolifique et bien identifié des sciences sociales. Si je ne considère ici que les travaux dits « critiques[376] » dans le champ des sciences sociales anglophones sur le VIH/Sida, je tiens pour acquis que l'épidémie de VIH/Sida est bien un problème public, une crise sanitaire à laquelle la réponse a été importante et exceptionnelle[377]. Avec de premiers indicateurs de prévalence et de transmission en baisse – mais qui cachent des hétérogénéités locales fortes – un certain triomphalisme est perceptible aujourd'hui dans les arènes politiques et interventionnelles. Il peut expliquer l'affaiblissement de la réponse à l'épidémie et la normalisation de la perception du risque.

D'un point de vue scientifique cependant, l'étude du VIH reste intéressante pour approfondir la réflexion autour des inégalités sociales de santé et du traitement social de la précarité. Elle est aussi un levier pour qualifier les manières dont l'espace politique international dit de la « santé globale » se prolonge en France[378], dans le cas des populations marginalisées, comme les sortants de prison séropositifs. C'est sur ces deux points que la discussion se concentre pour décrire le contexte et le cadre théorique de cette recherche, inscrite dans une littérature de sciences sociales sur le VIH abondante, tant en volume qu'en approches. Elle permet d'en déduire les deux questions centrales à

[376] MYKHALOVSKIY Eric et CAIN Roy, « Critical work: Invigorating critical social sciences & humanities research on HIV », *AIDS in Ontario, Report prepared for the Ontario HIV Treatment Network*, 2008.

[377] Cf. Le « tableau chronologique des épisodes principaux » de la crise du VIH/Sida à partir du cas français, entre 1981 et 2000, dans les différentes arènes (intitulées : politiques, institutions et santé, institutions du sida, associations, controverses traitements au nord, traitements au sud, affaires aux marges, stigmatisation et dérapages) dans : DODIER Nicolas, *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 2003.

[378] KEHR Janina, « The Precariousness of Public Health: On Tuberculosis Control in Contemporary France », *Medical Anthropology*, 2015.

l'analyse du VIH dans la recherche : la première interroge le recrutement post colonial de l'institution pénale[379] et les effets des rapports sociaux de race/ethnicité dans les parcours, en lien avec les rapports sociaux de classe, de genre, *etc.* ; et la seconde, les liens structurels entre les expériences de soins dans les pays à moyens ou faible revenus et celles des sortants de prison, en termes d'inégalités sociales de santé.

L'objet du VIH permet à la recherche de qualifier des parcours de santé de personnes détenues, à la lumière d'un cadre théorique déjà riche en réflexions sur les populations dites à risque et sur les inégalités de santé. Ces acquis sont le produit d'une histoire sociopolitique du VIH en France et dans le monde, que l'on rappelle brièvement ici dans un premier temps, pour ensuite situer les enjeux de ces inégalités sociales de santé, et enfin, les qualifier en termes de traitement social de la pauvreté en France (ou « *global health at home* »), en résonnance avec la réponse des organisations internationales aux problèmes de santé dans les pays du Sud.

L'épidémie de VIH/Sida en France, quelques éléments de contexte

Avec l'apparition des trithérapies en 1996, la perception du risque change en France : le VIH n'est plus perçu comme un problème exceptionnel, qui mérite une mobilisation et des mesures exceptionnelles. En effet, ces mobilisations sont ancrées dans une perception du « risque-sida » jugée inacceptable, une perception qui change avec l'arrivée de traitements. L'existence des réponses, le succès (même limité) des traitements et la réduction de l'incertitude rendent le risque du VIH acceptable dans l'opinion et les médias. Pour M. Setbon, la « normalisation du sida » correspond ainsi à une modification de la perception du « risque-sida », en liaison avec les réponses mises en œuvre[380]. Une des conséquences de cette évolution est un déplacement de la responsabilité de la réponse : si, avant 1996, le risque inacceptable appelle une réponse institutionnelle, après 1996, ce risque est devenu acceptable et devient un problème individuel[381]. Je reviens aux effets de cette individualisation et cette responsabilisation du patient séropositif à la fin de ce chapitre, car elles colorent la prise en charge des malades par les institutions médicosociales.

La lutte contre le VIH/Sida apporte progressivement des réponses sanitaires, mais, et c'est ici une dimension remarquable du VIH dans l'histoire de la médecine, elle constitue une mobilisation à forte portée politique, dont l'ambition est de changer les rapports de pouvoir et les liens sociaux. Les mouvements sociaux des années 1980 à

[379] En référence aux travaux de L. Wacquant sur les caractéristiques sociologiques de la population pénale, je considère la population carcérale française comme le produit de l'histoire coloniale de la France en ce que les personnes issues de l'immigration des anciennes colonies françaises y sont considérablement surrprésentées.

[380] SETBON Michel, « La normalisation paradoxale du sida », *art. cit.*

[381] *Ibid.*

2000 ont rassemblé des personnes aux expériences et itinéraires variés, créant ainsi un « monde du sida », dont les actions ont transformé durablement les normes sociales régissant la sexualité ou le droit des personnes, et plus particulièrement, ceux des homosexuels, des usagers de drogues ou des détenus[382].

À partir de la fin des années 1990, la baisse de l'intérêt collectif se manifeste sur plusieurs plans notamment politique, médiatique et militant. En revanche, pour les personnes séropositives, qui ont désormais accès à une prise en charge qui permet de vivre avec le VIH la situation devient plus complexe. D'un côté, le soutien dont elles bénéficiaient de la part des associatifs, et l'intérêt des politiques, vont en s'amenuisant ; de l'autre, les difficultés qu'elles rencontrent deviennent plus diffuses dans le quotidien. Ces difficultés prennent la forme de discriminations, par exemple, dans le cas des refus de crédit à la consommation garanti par une assurance vie[383].

En milieu carcéral, le VIH est l'objet de représentations délétères et un motif de stigmatisation des personnes supposées séropositives. Le VIH reste symboliquement de l'ordre de la souillure et de la mort et un vecteur de violences symbolique et institutionnelle, inscrit dans l'ordre carcéral[384]. Dans ce cadre, la prise en charge du VIH en détention est particulière, tant dans sa pratique, une dimension développée dans le chapitre 6, que dans sa gestion institutionnelle. L'acceptabilité du risque-sida a-t-elle des effets sur l'absence de réponse au problème de la santé carcérale ? La « normalisation du sida » participe-t-elle à une normalisation du problème de la santé carcérale ? La question se pose dès lors que l'on considère qu'une des seules réponses sanitaires apportées à ce problème est la réforme de 1994, qui confie à l'hôpital la mission de la prise en charge des patients détenus, et donc des détenus séropositifs au VIH/Sida. En pleine mobilisation contre le VIH/Sida, la réforme dispose d'un accès aux soins et aux traitements équivalents à ceux proposés en milieu non carcéral et résout, au moins dans les principes, le problème de la prise en charge du VIH en prison. Avec cette réponse au problème des séropositifs en milieu carcéral, c'est à une partie particulièrement visible du problème de la santé carcérale que l'on répond, expliquant peut être aussi le caractère confiné du problème public de la santé carcérale en France que j'ai décrit dans la première partie de ce chapitre.

Deux facteurs particuliers au milieu carcéral vont dans le sens d'une réponse particulière et sensiblement différente à l'épidémie du VIH/Sida en prison depuis les années 1980. L'expression collective, et de surcroit la mobilisation de la société civile,

---

[382] HERZLICH Claudine, « Vingt ans après… l'évolution d'une épidémie », *Études* (2), 2002, p. 192.

[383] *Ibid.*, p. 194.

[384] Ces aspects sont situés et approfondis dans la partie III, où est analysée l'expérience de séropositivité dans les parcours de santé des détenus.

étant impossible en prison, la voix des patients y est inaudible et le déséquilibre instauré dans les rapports de pouvoir avec les institutions politiques et médicales, impossible. Ensuite, les associations nées du militantisme contre le VIH/Sida en ville ont eu peu de marge de manœuvre en détention dans les années 1980-1990, et y sont aujourd'hui quasi absentes[385]. De plus, parce que le problème est perçu comme pris en charge par l'hôpital dans le cadre de ses missions élargies au milieu carcéral (depuis 1994), il est moins exceptionnel, et appelle moins à une réponse militante ou collective.

À partir des années 2000, l'épidémie de VIH fait l'objet de mesures de plus en plus efficaces et de prises en charge de moins en moins incertaines, même si le nombre de contaminations ne baisse que très progressivement. Dans les pays du Sud, en revanche, les contaminations explosent, révélant l'insuffisance des campagnes de prévention et suscitant une mobilisation internationale pour l'accès aux traitements dans des pays à bas revenus et la production de génériques. Dans la majorité des pays d'Europe de l'Est et d'Asie centrale par exemple, l'épidémie n'est ni contenue ni prise en charge – et il ne peut pas être question de normalisation.

Depuis 2010, l'accès plus large aux médicaments et les progrès thérapeutiques promettent de contenir l'épidémie, en soignant les malades et en prévenant les contaminations des personnes séronégatives. Ainsi, en 2011 l'ONU s'engage pour la « fin du sida », dans un discours triomphaliste partagé par d'autres acteurs de la lutte contre le VIH/Sida. Ce discours met en scène une profession médicale engagée dans la mise sous traitement et la maîtrise de l'épidémie, au moyen du soutien de la mobilisation internationale. Il passe aussi par une médicalisation et une pharmaceuticalisation des populations cibles, qui se négocie dans les organisations internationales et les entreprises pharmaceutiques[386]. Ce récit uniforme ignore l'hétérogénéité politique et individuelle des contextes et les rapports de pouvoir mouvants dans la mobilisation internationale, des objets privilégiés des sciences sociales. L'un des contextes auxquels il ne s'applique pas est le milieu carcéral.

Depuis les années 1980, les sciences sociales ont évolué dans leur traitement du VIH et leur rapport aux sciences de la vie. D'abord reconnues pour leurs apports en

---

[385] On n'ignore pas, bien sûr, les quelques associations qui y mènent des actions d'information et de prévention sur le VIH et les infections sexuellement transmissibles, comme Sida Paroles ou Sida Info Service en Ile de France au moment de l'enquête (les interventions d'AIDES ont été interrompues quelques années avant l'enquête et n'ont pas été bien reçues des professionnels de santé que j'ai rencontrés). En revanche, leur file active, rapportée à la population carcérale nationale, reste malheureusement négligeable – et par ailleurs en baisse par rapport aux années 1990-2000, moment plus propice au soutien des initiatives pour les séropositifs et les toxicomanes, où la maison d'arrêt de Fresnes a par exemple vu naître un projet expérimental dit de QIS, ou quartier intermédiaire sortant, avec une offre pluri-professionnelle d'accompagnement et de soutien à la réinsertion des sortants dans la durée, dans un quartier dédié de la maison d'arrêt.

[386] DAVID Pierre-Marie, GIRARD Gabriel et NGUYEN Vinh-Kim, « Sida et biocapitalisme », *La Vie des idées*, 2015, http://www.laviedesidees.fr/Sida-et-biocapitalisme.html, consulté le 20 mai 2015.

termes de représentation du VIH/Sida (je pense ici à l'anthropologie de Françoise Héritier) ou d'expériences de la maladie (je pense ici aux travaux de sociologues comme M. Pollak, Carricaburu ou J. Pierret pour le contexte français, mais aussi aux « *illness narratives* » très étudiés dans la littérature anglophone), une grande partie d'entre elles se sont peu à peu subordonnées à une problématisation biomédicale de la maladie et des interventions. Aujourd'hui, une distinction disciplinaire est nécessaire pour désigner les sciences sociales critiques anglophones (« *critical social sciences*[387] ») des autres, tant la production scientifique est prolixe et souvent liées à des financements d'agences ou de bailleurs, souscrivant au paradigme biomédical. Par exemple, les analyses processuelles de genre de l'épidémie de VIH dans la littérature dite de sciences sociales sont marginales, si l'on compare leur nombre aux études de *sex-ratio* qui utilisent le terme de « genre » pour désigner les femmes malades[388]. Des travaux récents sur le VIH en France se démarquent de cette tendance et proposent des analyses sociologiques critiques de processus sociaux de la marginalisation et la croissance des inégalités sociales de santé. Les inégalités sociales de santé étant au centre des débats et des interventions contemporaines autour du VIH/Sida, les paragraphes suivants situent les détenus et les sortants de prison dans ce champ d'études, duquel je tire plus loin un premier ensemble de questions pour la recherche.

Les inégalités sociales de santé, au cœur de l'épidémie de VIH contemporaine

Les études récentes sur les inégalités sociales de santé et le VIH permettent d'accentuer les processus sociaux à l'œuvre dans les analyses de l'épidémie, à une période où la lutte contre le VIH s'est institutionnalisée. M. Gelly montre ainsi des effets d'exclusion du système de soins de certaines populations, résultats du ciblage, du dépistage et du traitement de population créées par le croisement des catégories définies par les facteurs de risques épidémiologiques et les capacités des dispositifs à les atteindre. Les personnes qui échappent à ce ciblage – « les hommes homosexuels et personnes migrantes ne fréquentant pas les lieux où les cherche le dispositif de santé publique, femmes rarement dépistées en dehors des grossesses, membres des classes

[387] MYKHALOVSKIY Eric et CAIN Roy, « Critical work: Invigorating critical social sciences & humanities research on HIV », *art. cit.*

[388] Dans une conférence en plénière, Nathalie Bajos met en évidence le biais de genre dans les travaux de SHS sur le VIH, sur la base d'une analyse quantitative des 200 abstracts de la conférence et de plus de 3500 articles répondant aux mots clés « *gender* » et « *HIV* » dans la base Pubmed. Elle montre que la majorité de ces travaux proposent des analyses statiques et essentialistes qui reproduisent l'ordre de genre, plutôt que d'en expliquer les mécanismes processuels. Elle présente ces réflexions à 2e Conférence internationale des sciences humaines et sociales sur le VIH « *Knowing practices* » à Paris le 8 juillet 2013, dans une conférence plénière intitulée « *The failure of gender analysis in HIV social science* ».

populaires recourant peu aux soins préventifs[389] » – ces personnes restent non dépistées et mal traitées. Autrement dit, « En 2014, au terme du plan national VIH 2010-2014, les orientations stratégiques prises pour le dépistage du VIH en font un dispositif plus efficace pour dépister et traiter ceux qui transmettent le virus que ceux qui meurent de la maladie[390]. » Dans la continuité, C. Izambert propose une sociohistoire du droit à la santé des étrangers en France. Elle montre que le dispositif d'accès aux soins, pourtant issu des impératifs humanitaires de la mobilisation contre le VIH/Sida, perpétue des traitements inégaux entre les Français et les étrangers[391].

Les personnes vivant avec le VIH et ayant été incarcérées partagent les caractéristiques sociodémographiques des séropositifs les plus démunis face aux inégalités sociales de santé[392]. À ces facteurs sociodémographiques s'ajoutent trois éléments qui exacerbent les inégalités entre la population générale et les personnes séropositives en milieu carcéral. (1) L'accès au traitement et le soin seront abordés dans la partie III, mais l'on peut d'ores et déjà remarquer que l'application des droits des personnes détenues ne facilite pas leur prise en charge sanitaire. Par exemple, la suspension de peine pour raison médicale[393] est peu accordée aux personnes malades du Sida ou d'autres pathologies, car la loi est victime d'une jurisprudence et d'interprétations restrictives du gouvernement[394]. D'autres lois passées depuis 2002 disposent de restrictions sur la loi de 2002, qui surajoutent des conditions et freinent la mise en œuvre de la loi. Par ailleurs, quand la suspension de peine est engagée, les acteurs de terrain rapportent des difficultés à trouver un établissement spécialisé apte et volontaire à prendre en charge d'un sortant de prison[395].

(2) L'accès et les conditions du travail de soins des personnes détenues sont régulièrement cités comme étant lacunaires, défaillants ou contraires à la dignité humaine. La lecture des rapports du Contrôleur général des lieux de privation de libertés des trois années encadrant l'enquête de terrain est révélatrice des conditions structurelles des inégalités sociales de santé entre la population française ayant été

---

[389] GELLY Maud, « Dépistage ciblé, dépistage généralisé », *La Vie des idées*, 2014, http://www.laviedesidees.fr/Depistage-cible-depistage.html, consulté le 24 octobre 2014.

[390] *Ibid.*

[391] IZAMBERT Caroline, « Sida et immigration: quelles luttes pour quels droits? », *La Vie des idées*, 2014.

[392] Le recrutement social de l'institution carcéral est abordé dans le premier chapitre et la partie III, et montre l'importante surreprésentation des populations les plus démunies en détention. Leur état de santé est développé dans les chapitres 5 et 6.

[393] Art 720-1-1 du code pénal du 4 mars 2002, dite « loi Kouchner. »

[394] Jean-Claude Bouvier (juge d'application des peines à Fresnes), propose cette analyse au moment de son intervention au « Colloque Sidaction VIH et Prison », intitulée « Les dispositifs d'aménagements de peine pour raisons médicales », qui s'est tenu le 3 juin 2010 à Paris.

[395] *Ibid.*

incarcérée et la population générale[396]. Les rapports font état de manquements importants concernant l'information, l'accès, les moyens et la traçabilité des soins, le secret médical et le lien avec les soins hospitaliers ou de ville[397]. (3) Comme les recommandations du Contrôleur, le plaidoyer des associations de la lutte contre le VIH/Sida appelle souvent à une « simple » application de la loi, pour les détenus vivant avec le VIH[398].

Les inégalités sociales de santé de la population carcérale sont inscrites dans un cadre national, et peuvent s'expliquer en grande partie par les caractéristiques structurelles du système de soins français. La recherche entend situer les états de santé et les parcours des sortants dans le paysage de l'accès aux soins et aux droits des populations précaires, pour en éclairer les particularités par rapport à l'offre en population générale. Deuxième caractéristique saillante du champ des sciences sociales du VIH aujourd'hui, à une échelle internationale, les débats et les interventions autour du VIH s'inscrivent aujourd'hui dans le registre dit de la santé globale. Si les acteurs de la santé globale se préoccupent essentiellement des populations des pays du Sud, ces enjeux restent éclairants pour penser l'accès aux soins et la santé des populations démunies au Nord, comme les détenus et sortants des prisons françaises.

Le VIH/Sida chez les personnes détenues, la santé globale en France

La santé globale est une notion qui circule largement chez les acteurs de la santé publique des pays du Sud, mais pour laquelle les définitions sont rarement explicites ni précises[399]. La santé globale est la traduction de la notion de *gobal health,* qui fait le plus souvent référence à un champ d'acteurs et d'institutions, qui sont pris dans des processus mondiaux qui vont en s'intensifiant. Ils interviennent pour la santé dans des régions du monde, où la charge de morbidité est importante et l'accès aux soins, problématique[400].

---

[396] Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté publie un rapport d'activité annuel aux Editions Dalloz, à Paris, également disponible en ligne : www.cglpl.fr. Dans cette recherche, je m'appuie sur les recommandations concernant les soins dans les rapports en ligne des années 2011 à 2104, pour étayer les conditions nationales d'accès aux soins en milieu carcéral, généralement qualifiées de lacunaires et injustes dans les rapports.

[397] CGLPL, « Rapport d'activité du Contrôleur général des lieux de privation de liberté 2010 », Paris, CGLPL Ed. Dalloz, 2011 ; CGLPL, « Rapport d'activité du Contrôleur général des lieux de privation de liberté 2011 », Paris, CGLPL Ed. Dalloz, 2012 ; CGLPL, « Rapport d'activité du Contrôleur général des lieux de privation de liberté 2012 », Paris, CGLPL Ed. Dalloz, 2013.

[398] Colloque SIDACTION, *VIH et Prison*, Paris, Sidaction, 2010 ; COLLECTIF, « Sida et Prison: la double peine », *Transversal (Sidaction)*, janvier 2010, p. 34.

[399] JANES Craig R. et CORBETT Kitty K., « Anthropology and Global Health », *Annual Review of Anthropology* 38 (1), 2009, p. 167-183.

[400] La Santé mondiale (« Global Health ») est un « concept d'abord élaboré par les stratèges militaires américains sous l'administration Clinton, se caractérise un changement d'échelle sur le plan des financements et de la visibilité politique et médiatique [des] interventions sanitaires dans les pays du Sud. » Ses acteurs et institutions incluent : des ONG (Médecins sans frontières, *etc*). et d'autres acteurs non-gouvernementaux, comme les partenariats publique-privé (le Fonds mondial de lutte contre le sida, la

Dans le milieu universitaire, elle fait aussi référence à une « discipline » (ou spécialité) médicale en devenir, à la suite des travaux de P. Farmer et collègues et de leurs enseignements à Harvard – elle est donc fortement investie et liée à l'étude des inégalités structurelles de santé[401].

La santé globale correspond à un « projet intellectuel et d'action[402] » ancien, qui a pris successivement les formes de : « médecine tropicale », « santé mondiale », « santé internationale » ou plus récemment « santé publique[403] ». J'en retiens ici sa dimension incontestablement transnationale, inscrite dans une circulation « des hommes, des produits et des techniques (…) [et] dans une forme de tournant épidémiologique qui se caractérise par un accroissement des inégalités dans l'accès aux soins (…) et par une forme d'homogénéisation des pathologies[404] » entre le Nord et le Sud.

Cette circulation concerne le plus souvent le « Sud global », c'est-à-dire les pays non occidentaux. Dans cette recherche, je considère que les approches de santé globale permettent d'éclairer la santé (post)carcérale française de deux manières. D'abord, les origines migratoires d'un nombre important de détenus de France se situent dans ce Sud global. La population carcérale est largement issue des immigrations, et, au moment de l'enquête elle est composée de 20 % d'étrangers, le plus souvent de pays non occidentaux. C'est en ce sens qu'il a été question de la population carcérale comme d'un produit des migrations postcoloniales dans le chapitre 1.

Ensuite, l'approche par les inégalités structurelles de la santé globale permet d'aller à l'encontre de l'opposition entre Nord et Sud qui structure encore le champ, en notant que les processus sociaux qui produisent l'exclusion de certaines populations défavorisées des systèmes de santé du Nord, sont similaires à ceux décrits au Sud. La recherche s'inscrit ainsi dans un des débats structurants du champ de la santé globale critique. Par exemple, l'article de T. Meyers et N. Hunt de 2014, qui relate leur visite d'un hôpital appartenant et traitant des Noirs-Américains de la ville de Détroit, pose la

---

tuberculose et la malaria), les fondations philanthropiques (Bill and Melinda Gates, Clinton Health Access Initiative) et les groupes pharmaceutiques (Merck, Gilead, *etc*). « Anthropologie et santé mondiale | Collège d'études mondiales | FMSH »,http://www.college-etudesmondiales.org/fr/content/anthropologie-sante-mondiale, consulté le 4 août 2015.

401 FARMER Paul *et al.* (dir.), *Reimagining Global Health*, Oakland, University of California Press, 2015, p. 2-5.

402 ATLANI-DUAULT Laëtitia et VIDAL Laurent, « Le moment de la santé globale », *Revue Tiers Monde* (3), 2013, p. 7-16.

403 KICKBUSCH Ilona, « The move towards a new public health », *Promotion & Education, suppl. The Ottwa charter for health promotion* 9 (40-1), 2007, p. 56-7.

404 Par « homogénéisation des pathologies », les auteurs entendent : « des maladies dites « de civilisation », donc des pays du Nord, se retrouvent de plus en plus dans les pays du Sud (ex. maladies cardiovasculaires, diabète.).. et des pathologies infectieuses se disséminent largement (Magee, Blumberg, Narayan 2011 ; McMichael, Beaglehole, 2003) selon des modalités et dans des espaces jusqu'alors peu soupçonnées ou pas concernés (Lewis, 2007). » ATLANI-DUAULT Laëtitia et VIDAL Laurent, « Le moment de la santé globale », *art. cit.*

question de la comparabilité de la santé au Nord et au Sud[405]. En partant du délabrement du bâtiment abandonné, des services de santé et des infrastructures en général de la ville de Détroit, les auteurs situent la fermeture de l'hôpital dans son histoire ségrégationniste. Le délitement de la prise en compte des populations noires et pauvres des anciennes villes industrielles du nord des États-Unis et leur départ en découle. Ils posent la question de la portée des comparaisons du traitement des populations démunies au Nord avec celui des populations du Sud, notant que, dans le cas de Détroit, les indicateurs de santé catastrophiques de Détroit justifieraient tout à fait le rapprochement.

Dans la continuité, J. Kehr parle de « *global health at home* » pour qualifier les processus de production de la santé des populations marginalisées en France et en Espagne[406]. Elle avance que la crise de la santé publique mondiale concerne aussi le Nord, avec des mécanismes de restriction similaires à ceux des pays du sud. La production des inégalités et du non-accès aux soins des plus précaires dans le monde remet ainsi en cause l'opposition entre Nord et Sud. Cette prise de position dans les débats de la santé globale permet de poser la question du recrutement social de l'institution pénale, que l'on a déjà abordé dans sa dimension postcoloniale, mais aussi les modes d'intervention des professionnels de santé, que l'on aborde dans le chapitre 6[407].

On l'a dit, les socioanthropologues s'accordent sur la difficulté de circonscrire l'objet de la santé globale. Situer les endroits comme Détroit ou les Baumettes dans leur contexte mondial est un exercice d'autant plus complexe, qu'ils se rapprochent tout en restant en périphérie de « l'étrange édifice néolibéral de l'après 1989 qu'est la Santé globale[408]. » Pour reprendre le fil de la réflexion de T. Meyers et N. Hunt, la souffrance sociale[409] et ses causes sont un point d'entrée intéressant pour élargir les débats et les pratiques de la santé globale, au-delà des contextes postcoloniaux, à la précarité dans le monde[410]. Dans le cas de la santé (post)carcérale en France, les indicateurs sanitaires

---

[405] MEYERS Todd et HUNT Nancy Rose, « The art of medicine, the other global south », *The Lancet* (384), 2014, p. 1920-1922.

[406] KEHR Janina, « Against Sick States: Ebola Protests in Austerity Spain », *Somatosphere*, 2014.

[407] Elle permet aussi de rappeler les prévalences globales en milieu carcéral : 3,8% de détenus sont séropositifs au VIH et 15,1% sont séropositifs au VHC, DOLAN Kate, WIRTZ Andrea L, MOAZEN Babak, NDEFFO-MBAH Martial, GALVANI Alison, KINNER Stuart A, COURTNEY Ryan, MCKEE Martin, AMON Joseph J, MAHER Lisa, HELLARD Margaret, BEYRER Chris et ALTICE Fredrick L, « Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees », *The Lancet*, 2016.

[408] MEYERS Todd et HUNT Nancy Rose, « The art of medicine, the other global south », *art. cit.* (Ma traduction)

[409] Au sens de "social suffering", KLEINMAN Arthur, DAS Veena et LOCK Margaret M., *Social Suffering*, Oakland, University of California Press, 1997.

[410] MEYERS Todd et HUNT Nancy Rose, « The art of medicine, the other global south », *art. cit.*

révèlent eux aussi des inégalités de santé importantes par rapport à la population générale (détaillées dans le chapitre 1). Les prévalences du VIH ou du VHC et l'accès à des services de santé restreints en détention, du fait des difficultés d'accès aux plateaux techniques, vont dans le sens d'une prison isolée du système de santé français, comme l'Afrique rurale peut l'être dans les systèmes de santé africains.

La visite de l'hôpital de Détroit commence par le constat de délabrement avancé du bâtiment, qui rappelle le Congo à l'un des visiteurs : « Nous pourrions être à Kinshasa[411]. » L'état de la maison d'arrêt des Baumettes et de la Santé m'ont fait le même effet les premiers jours. En voyant les murs qui s'effritent sous les fuites d'eau, les coursives sales et vétustes, ni réparées ni repeintes, je peinais à croire que j'étais encore en France. Le contraste était d'autant plus marquant dans les situations où des détenus atteints de mycoses attendaient leur consultation médicale dans des cellules marquées par les infiltrations, ou les interventions de dératisation à répétition dans des espaces où détenus, professionnels et nourriture circulent quotidiennement. Enfin, au-delà de l'épidémiologie de la population carcérale et du délabrement du bâti, c'est aussi la dimension postcoloniale de l'institution carcérale et de son recrutement, qui rapproche la prison française de la sphère d'influence de la santé globale.

Pour reprendre le fil du raisonnement de T. Meyers et N. Hunt, c'est parce que la santé globale, les maux sanitaires, les inégalités et la violence sont imbriqués, que la précarité à Détroit ou dans la population carcérale devrait faire partie de la santé globale. Dans son étude du traitement social et sanitaire de populations Roms, J. Kehr ajoute à ces premiers critères de rapprochement avec la Santé globale, celui de l'échec des interventions humanitaires sur des crises sanitaires[412] : après avoir finement qualifié les formes de précarités et d'exclusion produites dans le contrôle et le *care* de la population Rom en France en matière de lutte contre la tuberculose, J. Kehr montre que, parce qu'elles relèvent de l'intervention humanitaire en contexte de crise, les interventions contre la tuberculose auprès des Roms en France ressemblent fondamentalement à celle du « Sud global », y compris dans leur échec à contenir la maladie[413].

En France, le non-accès aux soins ou l'échec sanitaire de la prise en charge de certaines populations précaires n'est donc pas pris dans cette recherche comme le résultat d'un manque d'offre de services, comme dans les pays à ressources limitées – car l'offre pour la population générale française existe, tant pour le traitement de la tuberculose que pour le VIH ou l'hépatite. Le rapprochement avec les problématiques et les enjeux de la santé globale est plutôt à comprendre en termes de précarité et

[411] *Ibid.*, p. 1920.
[412] KEHR Janina, « The Precariousness of Public Health », *art. cit.*, p. 10.
[413] *Ibid.*

d'inégalités exacerbées par l'état même du système de santé – un faisceau de facteurs de risque structurels largement décrits pour le VIH des populations démunies[414]. En effet, l'un des apports fondamentaux de l'anthropologie de la santé globale est d'avoir montré que ce sont les mêmes processus d'ajustement structurel et de privatisation de la santé qui ont conduit affaiblit les systèmes de santé, au Sud comme au Nord[415]. C'est aussi ce rapprochement qui remet en question l'opposition Nord-Sud dans les sciences sociales de la santé critique. C'est dans ce sens que J. Comaroff et J. Comaroff, anthropologues Sudafricains, qu'enjoignent les sciences sociales à se renouveler et à déplacer leur regard et à penser les problématiques du Nord du point de vue Sud[416].

Il ne s'agit pas pour autant de plaider pour l'inclusion des populations carcérales françaises dans le giron de la santé globale. Rappeler le cadre international de cette enquête sur le VIH d'une population dominée éclaire aussi les limites de cette comparaison avec les problématiques de la santé globale. J'en rappelle ici trois d'entre elles. D'abord, si les inégalités en termes d'accès aux soins et de traitements sont indéniablement importantes pour expliquer la mauvaise santé de la population carcérale, les personnes séropositives détenues qui ont participé à l'enquête sont tout de même en grande partie sous traitement – et même plutôt adhérentes en détention. De plus, l'intervention sanitaire en prison ne peut pas être interprétée, comme dans le cas de la lutte contre la tuberculose chez les Roms, comme relevant de la raison humanitaire : si les ONG humanitaires s'intéressent à la population carcérale, rares sont celles qui interviennent en prison, du moins en France[417]. Enfin, et plus généralement, la France n'a pas vu ses infrastructures et ses institutions de santé remplacées par des interventions de gestion de crise sanitaire par des acteurs de l'humanitaire, comme c'est le cas d'un grand nombre d'États-Nations africains[418].

La santé globale est néanmoins le contexte actuel des débats académiques sur la lutte contre le VIH/Sida dans le monde et l'espace dans lequel les acteurs et les institutions interviennent au moment où l'épidémie semble de plus en plus connue et contenue. Les inégalités sociales de santé face au VIH en constituent l'autre dimension,

---

[414] BOURGOIS Philippe, LETTIERE Mark et QUESADA James, « Social misery and the sanctions of substance abuse: Confronting HIV risk among homeless heroin addicts in San Francisco », *Social Problems* 44, 1997, p. 155–173.

[415] COMAROFF Jean et COMAROFF John L., « Theory from the South: Or, how Euro-America is Evolving Toward Africa », *Anthropological Forum* 22 (2), 2012, p. 113-131.

[416] *Ibid.*

[417] L'intervention sanitaire est d'ailleurs assurée par l'hôpital public et ses professionnels de santé, qui ne conçoivent pas leur métier comme une intervention de crise ou humanitaire (comme il en sera question dans le chapitre 5).

[418] MOULIN Anne-Marie, « Defenseless bodies and violent afflictions in a global world. Blood, Iatrogenesis, and Hepatitis C Transmission in Egypt », *in* GILES-VERNICK Tamara et JR James L. A. Webb (dir.), *Global Health in Africa: Historical Perspectives on Disease Control*, Athens, Ohio University Press, 2013, p. 151.

non sans lien. Inscrire la recherche dans ce cadre implique deux sous-ensembles de questions, auxquels les chapitres suivants entendent contribuer : (1) De quelles manières les rapports sociaux de race/ethnicité à l'œuvre dans les parcours de santé des sortants s'articulent-ils aux autres registres de domination ? Une lecture postcoloniale du milieu carcéral permet-elle de reposer les questions du soin et de la contrainte en détention, puis en ville ? (2) Dans quelle mesure les contraintes structurelles des parcours de santé des hommes détenus en France peuvent-elles être lues à la lumière de celles qui contraignent les systèmes de santé des pays à pauvre et moyens revenus, décrits par l'anthropologie de la santé globale ?

C'est dans ce même espace qu'est apparue depuis peu une nouvelle crise sanitaire mondiale, celle des hépatites virales. Cette recherche sur les détenus et sortants de prison atteints d'une hépatite C s'inscrit dans un cadre national et international en pleine mutation au moment de l'enquête, en grande partie stimulée par la disponibilité de traitements efficaces et mieux tolérés.

Le VHC, un problème public dans le sillage du VIH/Sida

L'hépatite C est une infection moins reconnue, mais comparable à l'infection par le VIH. Ces infections partagent une catégorisation biomédicale en « populations vulnérables » et une mobilisation de santé publique mondiale pour l'accès aux traitements. Elles sont inscrites dans des rapports de pouvoir transnationaux qui permettent une analyse en termes de violence structurelle, au sens de P. Farmer[419]. Dans cette troisième partie de chapitre, je rappelle les éléments virologiques et épidémiologiques qui font les particularités du virus de l'hépatite C, et qui permettent ainsi de comprendre les enjeux de son traitement. Parce que le VHC est un objet peu étudié des sciences sociales, cette démonstration est nécessairement un peu longue, mais elle vise à montrer que l'hépatite est une infection socialement située, qui touche certaines catégories sociales.

Aujourd'hui, l'hépatite C concerne 130 à 150 millions de personnes dans le monde[420], dont 85 % vivent en pays à revenus faible ou intermédiaire[421]. En France,

[419] FARMER P. *et al.*, « An Anthropology of Structural Violence 1 », *Current Anthropology* 45 (3), 2004, p. 305–325 ; FARMER Paul, « The global AIDS response can help in fighting hepatitis C », *The Washington Post*, 12 février 2014, en ligne : https://www.washingtonpost.com/opinions/the-global-aids-response-can-help-in-fighting-hepatitis-c/2014/02/12/aa76ecc2-89e3-11e3-833c-33098f9e5267_story.html, consulté le 24 novembre 2015.

[420] LAVANCHY D., « Evolving epidemiology of hepatitis C virus », *Clinical Microbiology and Infection* 17 (2), 2011, p. 107-115 ; « OMS | Hépatite C », *WHO*, 2015, http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/fr, consulté le 2 novembre 2015.

[421] « OMS | Hépatite C », *op. cit.*

environ 232 000 personnes sont atteintes d'une hépatite C chronique,[422] mais près de la moitié d'entre elles l'ignorent[423]. Le virus de l'hépatite C se transmet par contamination sanguine, créant les populations d'intervention cibles potentielles suivantes : les personnes infectées par contamination nosocomiale, par tatouage et par partage de matériel d'injection de drogue par intraveineuse (UDVI).

Parce qu'il n'existe pas de vaccin à ce jour, les ambitions de la santé publique mondiale ne sont pas l'éradication, via des campagnes de vaccination systématiques, mais plutôt le contrôle de la pandémie, par des campagnes de prévention, de dépistages et de traitement.

L'hépatite C, une infection socialement située

Le dépistage a souvent lieu à un stade symptomatique ou avancé de l'infection, sauf lorsque les patients sont déjà en lien avec le système de santé, dans les cas de prise en charge du VIH/Sida ou de la toxicomanie par exemple. Ainsi, selon les systèmes de santé, la pandémie d'hépatite C prend deux formes bien différentes : les pays à faible ou moyen niveau de revenus font face à une pandémie de cancers et cirrhoses[424] alors que les autres, dont la France, traitent des infections souvent asymptomatiques et des fibroses. En Afrique centrale par exemple, l'épidémie d'hépatite C touche surtout les personnes âgées, une épidémiologie qui s'explique par les contaminations iatrogènes lors de campagnes de vaccination massives pendant la période coloniale et postcoloniale[425].

En France, les personnes atteintes d'une hépatite C sont souvent infectées par partage de matériel d'injection de drogue ou tatouage[426], et plus rarement par contamination nosocomiale (10 %-30 %[427]). L'étude de la population hospitalisée en France avec une hépatite C chronique permet de voir que le VHC touche surtout des

---

[422] La dernière enquête nationale de prévalence de l'hépatite C en France date de 2004 : elle estime la prévalence du virus (virémie VHC) à 0,53% (IC95% CI: 0,40–0,70) correspondant à 232 196 adultes âgés de 18-80 ans ayant une hépatite C chronique. http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Hepatites-virales/Hepatite-C/Autres-donnees-epidemiologiques, consulté le 5 novembre 2015.

[423] ROINGEARD Philippe, « Hépatite C », *Inserm*, 2015, http://www.inserm.fr/thematiques/immunologie-inflammation-infectiologie-et-microbiologie/dossiers-d-information/hepatite-c, consulté le 2 novembre 2015.

[424] NJOUOM Richard, « Epidemiologie moléculaire du VHC en Afrique centrale: états des lieux, impact sur la dynamique de transmission et réponse au traitement antiviral », *in Vers un contrôle mondial des hépatites virales*, Institut Pasteur, Paris, 2015.

[425] LACHENAL Guillaume, « Quand la médecine coloniale laisse des traces. L'épidémie iatrogène de virus de l'hépatite C en Afrique centrale », *Les Tribunes de la santé* (4), janvier 2012, p. 59-66.

[426] « Hépatite C », *Institut de veille sanitaire*, 2015, http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Hepatites-virales/Hepatite-C, consulté le 2 novembre 2015.

[427] EXPERTISE COLLECTIVE, *Hépatite C. Transmission nosocomiale, état de santé et devenir des personnes atteintes*, Paris, 2003.

hommes (60 % en 2011) plus âgés (56 ans en moyenne en 2011[428]). Elle permet aussi de voir que si moins de personnes se contaminent, celles qui ont une hépatite C vieillissent et meurent plus de l'hépatite et ses complications qu'avant. En effet, la prévalence hospitalière de patients VHC+ a diminué, mais la mortalité liée à l'hépatite C a augmenté de 5 % à 10 % entre 2004 et 2011. Les facteurs de risques de décès sont : le sexe masculin, la résidence hors Île-de-France, l'hospitalisation à domicile, l'âge (50 ans ou plus), les diagnostics de dépendance à l'alcool, de cancer du foie et de co-infection VIH, entre autres[429].

Peu de données sociodémographiques permettent de montrer que l'hépatite C touche certaines populations plus que d'autres ; seules les données sur les modes de transmission et les enquêtes en milieu carcéral permettent de voir que les personnes toxicomanes et/ou détenues sont plus particulièrement touchées. Ainsi, la prévalence de l'hépatite C en milieu carcéral a été estimée à 4,8 % en 2010, un nombre six fois supérieur à la prévalence en population générale (0,8 % en 2004[430]). La prévalence de la co-infection en milieu carcéral est faible, 0,08 %[431] et proche de celle en population générale[432]. Les usagers de drogues sont ici aussi surreprésentés : 72 % des personnes co-infectées VIH-VHC en France ont été contaminées par le VHC par le partage de matériel d'usage de drogue intraveineux[433].

Découvert en 1989[434], le virus de l'hépatite C a une histoire naturelle connue[435] et se décline en plusieurs sous-types appelés « génotypes ». La progression est la suivante : infection[436] aigüe puis chronique, fibroses[437], cirrhose[438], décompensation hépatique[439] ou cancer du foie[440] puis décès.

---

428 SEPTFONS Alexandra *et al.*, « Prévalence, morbidité et mortalité associées aux hépatites B et C chroniques dans la population hospitalisée en France, 2004-2011 », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* 12, 2014, p. 202-209.

429 *Ibid.*

430 CHIRON E *et al.*, « Prévalence de l'infection par le VIH et le virus de l'hépatite C chez les personnes détenues en France. Résultats de l'enquête Prévacar 2010 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2013, p. 35–36.

431 SEMAILLE C. *et al.*, « Prevalence of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus among French prison inmates in 2010 », *art. cit.*

432 La prévalence de l'infection VHC dans la population adulte séropositive au VIH varie selon les études entre 14% et 20% : cf. Le rapport Dhumeaux, « Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C. Rapport de recommandations 2014 », Paris, ANRS & AFEF, 2014, p. 311.. A l'inverse, 7% des personnes qui ont une hépatite C sont infectées par le VIH : *Ibid.*, p. 10.

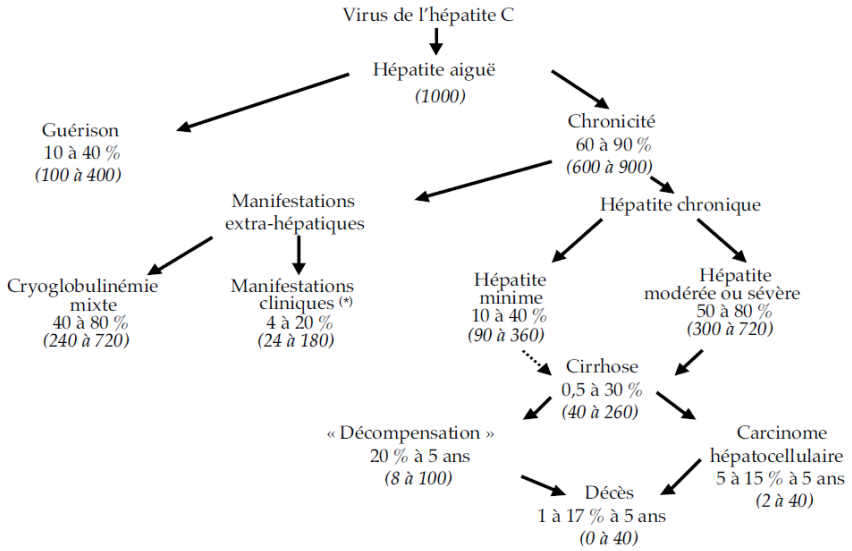
433 LARSEN Christine *et al.*, « Prévalence des co-infections par les virus des hépatites B et C dans la population VIH+, France, 2004 », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* 23, 2005, p. 109–12.

434 Avant 1989, la maladie est connue sous le nom « d'hépatite non-A-non-B à transmission parentérale. »

435 « Archive Larousse: Larousse Médical - hépatite virale C - hépatite virale C », http://www.larousse.fr/archives/medical/page/454#t185282, consulté le 5 novembre 2015.

436 L'infection par le VHC se détecte par deux moyens : la mesure des anticorps anti VHC dans le sang et la mesure de la charge virale, c'est-à-dire du volume de virus dans le sang. Le premier permet d'attester d'une

Figure 2 - Histoire naturelle de l'infection par le virus de l'hépatite C (extrait de « Hépatite C. Transmission nosocomiale, état de santé et devenir des personnes atteintes », *art. cit.*, 2003, p. 234)



Représentation schématique de l'histoire naturelle de l'infection par le virus de l'hépatite C (d'après de Lédinghen, 2002)
Les chiffres entre parenthèses indiquent le nombre de malades pour chacune des situations à partir de 1 000 sujets contaminés.
* Les manifestations cliniques extra-hépatiques prises en compte sont celles en relation avec une vascularite associée à une cryoglobulinémie.

On peut retenir de ce schéma que le virus de l'hépatite C est asymptomatique chez la plupart des patients, qu'il est éliminé naturellement dans 45 % des cas, dans les 6 mois suivants la séroconversion ; les 60 % restants sont des cas d'infection par le VHC dit chronique. Ce sont de ces infections chroniques dont il sera question dans cette recherche, en raison du dépistage souvent tardif et des risques de fibrose, de cirrhose et de cancer lorsqu'il n'est pas traité.

L'importance du problème sanitaire se compte aussi en termes de morbidité. On estime à 350 000 le nombre de personnes qui meurent du VHC à travers le monde chaque année, soit près de 1 000 personnes par jour. En France, L'Institut de veille

---

infection, d'une « séroprévalence », et le second, d'un stade actif de l'infection, où le patient produit et peut transmettre le VHC.

[437] La fibrose hépatique est due à la cicatrisation du tissu en réaction au virus présent dans le foie et à la réaction du système immunitaire aux cellules infectées. A l'examen échographique, dit Fibroscan, elle ressemble à une tâche noir sur le foie. La gravité de l'état du foie se mesure par un classement en stades de fibrose, de F1 à F4. L'aboutissement de cette dégradation du foie est la cirrhose.

[438] La cirrhose est l'aboutissement de la transformation du foie par la fibrose, due à une accumulation de scléroses du tissu, de cicatrices fibreuses et de nodules de cellules pathologiques. Au stade de la cirrhose, le foie apparait dur et bosselé.

[439] La décompensation hépatique se traduit par l'incapacité du foie à fonctionner lorsque l'équilibre physiologique n'est plus maintenu.

[440] Le carcinome hépatocellulaire est un cancer du foie, dû à une tumeur des cellules hépatiques.

sanitaire fait de l'hépatite C un « enjeu de santé publique majeur », avec plus de 2600 décès par an imputables à l'hépatite C (estimation de 2001[441]). L'enquête Nicolle sur les perceptions des maladies infectieuses en France permet de compléter cette prise de position par des données qui montrent que les hépatites virales sont mal connues de la population générale[442]. Elles y sont citées comme les infections « les plus redoutées », mais les connaissances des répondants sur les vaccins et les modes de transmission des hépatites sont lacunaires[443].

Le traitement joue un rôle important dans cet « enjeu majeur » en France : difficilement supporté et pas toujours efficace, l'ancien traitement à base d'interféron et d'antiviral[444] côtoie aujourd'hui un nouveau traitement à base d'antiviraux à action directe, plus efficace tous génotypes confondus, plus rapide et mieux toléré[445]. Au moment de l'enquête de terrain, c'est le traitement à base d'interféron et d'antiviral qui est recommandé et prescrit par les médecins en détention et à l'hôpital. Ils et elles suivent les recommandations de l'OMS, et traitent le plus souvent leurs patients avec des traitements d'interféron (une injection par semaine) et de Ribavirine. Ces traitements sont difficiles à supporter en raison des effets secondaires (de l'interféron notamment) et variablement efficaces selon les génotypes. Les nouveaux traitements permettent des traitements de combinaison d'antiviraux « *pill only* », sans injection d'interféron, et promettent à 90 % des patients, une disparition définitive du virus[446].

L'adhérence et l'observance sont des problèmes très investis par le milieu médical. La solution la plus fréquemment invoquée est l'éducation thérapeutique, conduite le plus souvent par des infirmières, pour améliorer la régularité des prises de médicaments et

---

441 « Hépatite C », *op. cit.*

442 GAUTIER Arnaud, JESTIN Christine et JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, « Perception et connaissances des hépatites virales: résultats de l'enquête Nicolle, France, 2006 », *Bull Epidemiol Hebd* 20 (21), 2009, p. 208–211.

443 *Ibid.*

444 Soit : interféron pégylé, ou PEG-IFN, et ribavirine, plus un inhibiteur de protéase, bocéprévir ou télaprévir, pour le génotype 1.

445 C'est le cas en France, pour un nombre très restreint de patients, dont l'éligibilité dépend du stade d'avancement de la maladie (une restriction imposée en raison du coût exorbitant du traitement). Dans les pays dits du Sud, le traitement est très peu accessible en raison, en grande partie, de son coût élevé.

En 2014, le rapport Dhumeaux indique : « Le traitement de l'hépatite chronique C est actuellement en plein bouleversement. Après dix ans de bithérapie pégylée (interféron pégylée et ribavirine), les premiers antiviraux directs (inhibiteurs de la protéase NS3-4A [bocéprévir et télaprévir] et un inhibiteur de la polymérase NS5B [sofosbuvir]) ont eu une autorisation de mise sur le marché de développement (tableau 1), avec pour certains une AMM prévue dans les prochaines semaines (siméprévir) ou les prochains mois (daclatasvir) [1, 57]. » « Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C. Rapport de recommandations 2014 », *op. cit.*, p. 205.

446 Plusieurs études de cohorte ont rapporté de très bons résultats pour ces nouveaux traitements ; par exemple, la cohorte Hepather de l'ANRS : « "Safety and Efficacy of the Combination Daclatasvir-Sofosbuvir in HCV Genotype 1-Mono-Infected Patients From the French Observational Cohort ANRS CO22 HEPATHER" A special meeting review edition: Advances in the Treatment of Hepatitis C Virus Infection From EASL 2015 », *Gastroenterology & Hepatology* 11, 2015, p. 1-23.

pour réduire les consultations avec le médecin. À l'hôpital Henri-Mondor de Créteil, où certains des patients détenus de l'enquête de terrain étaient suivis, une expérience d'éducation thérapeutique de trois ans a permis une meilleure observance ; le suivi long et rapproché par l'infirmière a permis de réduire de moitié les consultations avec le médecin pour 80 % des patients suivis[447].

Les données biomédicales sur les hépatites se développent et appuient la mise à l'agenda de l'hépatite C. Aujourd'hui, elle est vue comme une infection problématique, qui mérite intervention et pour laquelle les nouvelles modalités de traitement changent radicalement la donne. La prévalence de l'infection dans les populations les plus dominées en France, et la catégorisation biomédicale qui en a été déduite, font de l'hépatite C une infection socialement située à partir de laquelle une comparaison avec le VIH est heuristique. Les sciences sociales ont à ce jour peu investi cet objet, mais quelques travaux remarquables balisent un champ en devenir.

La construction sociale de l'épidémie

L'anthropologie et la sociologie de la santé et de la maladie n'ont pas autant contribué aux connaissances sur l'hépatite C que sur le VIH/Sida, même si c'est bien dans le contexte d'une production très importante en sciences sociales sur le VIH/Sida qu'ont été publiés les travaux sur l'hépatite C.

Le contexte structurel de l'épidémie d'hépatite C est central dans ces travaux, qui mettent en exergue le contexte colonial de sa production par exemple. G. Lachenal montre ainsi que l'épidémie actuelle de VHC en Afrique de l'Ouest, qui affecte tout particulièrement des personnes âgées issues de populations enclavées, est essentiellement iatrogène. Elle s'explique par des pratiques médicales sous l'occupation coloniale : ce sont des campagnes médicales de masse qui ont été le vecteur principal de transmission du VHC par des injections médicamenteuses non stériles[448]. G. Lachenal traite l'épidémie de VHC comme un phénomène « d'histoire incorporée », où l'héritage ambivalent de l'histoire sanitaire coloniale « se lit dans les corps malades[449]. » Dans la continuité de ces travaux, il montre que les conditions structurelles des contaminations

---

[447] LARREY Dominique, « Un exemple d'éducation thérapeutique par une infirmière sur l'observance et l'efficacité du traitement par bithérapie peg-interferon alpha2-ribavirine dans l'hépatite chronique C: protocole PEGOBS2012 », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* 29-30, 2012.

[448] LACHENAL Guillaume, « Quand la médecine coloniale laisse des traces. L'épidémie iatrogène de virus de l'hépatite C en Afrique centrale », *art. cit.* Voir aussi les travaux récents de Fanny Chabrol sur les hépatites au Cameroun, développés plus loin dans ce chapitre.

[449] *Ibid.*, p. 60. G. Lachenal tient un argument parallèle pour le VIH, en décrivant tous les facteurs sociohistoriques qui font de Léopolville une « *perfect storm* » pour la transmission iatrogène du VIH dans les années 1960, dans une intervention intitulée « *History meets virology : debating recent research on the origins of Aids* » à la 2e conférence internationale des sciences humaines et sociales sur le VIH, Paris, 2013.

iatrogènes persistent à jour en Afrique de l'Ouest, avec des pratiques de transfusion sanguine à risque de transmission du VIH et des hépatites virales[450].

Dans des travaux antérieurs et par cette même entrée de la violence institutionnelle, A.M.-Moulin éclaire elle aussi le contexte structurel de l'épidémie d'hépatite C en Égypte. Symptôme d'une épidémie mondiale d'iatrogénie, l'épidémie d'hépatite C en Égypte est racontée comme l'émergence écologique et épistémique d'un agent inconnu, rendu visible par de nouvelles technologies de diagnostic, et catalysé par des progrès médicaux qui à la fois perpétuent et éclairent de nouveaux agents infectieux[451]. Bien que les prévalences soient peu comparables entre l'Égypte et la France, ce travail sur les transmissions iatrogènes de l'hépatite C permet d'éclairer les dimensions politiques et institutionnelles des 10 % à 30 % d'infections nosocomiales[452] que connait la France.

Avec l'iatrogénie comme objet central, A.-M. Moulin s'attache à éclairer les caractéristiques particulières du cas égyptien[453]. La séroprévalence extrêmement élevée est le point de départ : 15 % de la population égyptienne âgée de 15 à 59 ans est séropositive au VHC (estimation de 2008). L'épidémie s'explique par des contaminations iatrogéniques massives lors des campagnes nationales de traitement de la bilharziose des années 1950-1970, qui ont fait d'une génération d'Égyptiens, une cohorte de porteurs du VHC. Des pratiques d'injection non stériles dans les hôpitaux, les centres de santé, les pharmacies et les ménages ont ensuite contribué à disséminer le virus dans la population égyptienne. Si les données nationales attestent d'une épidémie en Égypte depuis les années 1990, la responsabilité de l'État égyptien n'a jamais été débattue dans l'espace public, ni reconnue. En 2000, un article publié dans la revue *The Lancet*, étaie l'existence de l'épidémie et la responsabilité des campagnes de santé publique dans la diffusion du VHC ; la participation d'acteurs locaux et internationaux, dont le gouvernement égyptien et l'OMS, à cette publication a permis d'assurer sa réception en Égypte. Depuis 2000, le parlement a abordé la question à plusieurs reprises, mais ni enquête ni rapport n'ont été produits. Cette opportunité de responsabilisation de l'État pour l'épidémie a été saisie politiquement par les opposants du gouvernement, liés au mouvement des Frères Musulmans, pour décrédibiliser le gouvernement Mubarak, sans réel débat. Aucune mobilisation de malades ou de personnes vivant avec le VHC n'a encore émergé. Depuis

---

[450] LACHENAL Guillaume, « Quand la médecine coloniale laisse des traces. L'épidémie iatrogène de virus de l'hépatite C en Afrique centrale », *art. cit.*

[451] MOULIN Anne-Marie, « Defenseless bodies and violent afflictions in a global world. Blood, Iatrogenesis, and Hepatitis C Transmission in Egypt », *art. cit.*

[452] EXPERTISE COLLECTIVE, *Hépatite C. Transmission nosocomiale, état de santé et devenir des personnes atteintes, op. cit.*

[453] MOULIN Anne-Marie, « Defenseless bodies and violent afflictions in a global world. Blood, Iatrogenesis, and Hepatitis C Transmission in Egypt », *art. cit.*

peu, une procédure de recours existe pour les victimes, mais elle est peu et très inégalement accessible, pour des raisons de coût et de stigmatisation des malades.

Ce que je retiens de ce travail d'histoire de la maladie pour les hépatites dans cette recherche est d'abord un souci pour l'inscription de la maladie dans les corps[454] et son imbrication dans le contexte sociopolitique et historique. Parce que l'Égypte a peu d'archives, ce sont dans les corps que se lisent les pratiques et les politiques de santé publique des XXe et XXIe siècles en Égypte. Pour A.-M. Moulin, « les corps égyptiens silencieux sont des archives vivantes d'une campagne de masse qui visait l'éradication d'un mal millénaire, la bilharziose, il y a une génération[455]. » Ce qu'il reste des corps attaqués par l'hépatite constitue la preuve matérielle des pratiques médicales et des rapports de pouvoir qui les ont permises. Dans ma recherche, je prends en compte les expériences corporelles des détenus et des sortants qui ont participé à l'enquête de terrain, pour les restituer, mais aussi pour y voir les effets des politiques (de santé) publiques sur la désaffiliation de certaines catégories de populations en France.

Du travail d'A.-M. Moulin pour cette recherche, je retiens aussi une attention particulière à la distribution sociologique de la population des porteurs de l'hépatite C comme l'entrée d'analyse des politiques de santé publique. En Égypte, l'épidémie est iatrogène et inscrite dans le contexte postcolonial ; en France, le nombre d'infections nosocomiales a largement baissé – effet, entre autres, des mesures de santé publique qui ont suivi l'affaire du sang contaminé, que l'on aborde plus loin. Aujourd'hui, la population porteuse de VHC en France s'est recomposée : les séropositifs aux VHC se sont surtout contaminés par partage de matériel d'usage de drogue ou tatouage, deux pratiques surreprésentées dans les classes défavorisées. Les données sociodémographiques quantitatives pour faire de l'hépatite C en France une affection des désaffiliés n'existent pas, mais la prévalence disproportionnée en milieu carcéral et la prévalence des contaminations par partage d'usage de matériel d'injection de drogues servent, dans cette recherche, d'indice en ce sens. Par le choix de ces infections, VHC et VIH, cette recherche vise à contribuer aux études sur la marginalisation sociale.

Les données épidémiologiques ou nationales manquent pour qualifier les situations sociales des personnes porteuses du VHC. En revanche, les sciences sociales ethnographiques et qualitatives proposent des analyses éclairantes, en termes de risque structurel. Elles décrivent la production structurelle du risque, qui enferme les plus précaires dans des pratiques qui les exposent, entre autres, au virus de l'hépatite C. Par

---

[454] Au sens de D. Fassin dans ses travaux sur l'épidémie de VIH/Sida en Afrique du Sud, FASSIN Didier, *Quand les corps se souviennent. Expériences et politiques du sida en Afrique du Sud*, Paris, La Découverte, 2007.

[455] *Ibid.*, p. 152. Ma traduction.

exemple, les rapports sociaux de genre et de race particuliers au milieu des usagers de drogues en errance de la ville de San Francisco situent un microcosme d'interactions racistes[456] et sexistes[457] entre usagers. Les femmes sont à la fois minoritaires et surreprésentées dans l'étude de séroprévalence au VHC qui accompagnait cette enquête[458]. Elles subissent des violences sexuelles et physiques et sont l'objet de compétition et de lutte de pouvoir entre les usagers masculins, des phénomènes analysés par B. Prince comme une forme de violence quotidienne, au sens de N. Scheper-Hughes. La violence quotidienne est entendue comme « les petites guerres et les génocides invisibles » qui s'abattent sur les plus vulnérables socialement et les font souffrir de manière disproportionnée[459]. Les travaux de T. Rhodes et de Ph. Bourgois parlent ainsi de VHC et de « risque structurel », en référence au cadre interventionnel de réduction des risques liés à l'usage de drogues. Dans une revue de la littérature des travaux qualitatifs sur la perception du risque de contamination par le VHC par des usagers de drogues par voie intraveineuse, il apparaît que le risque d'hépatite est plutôt accepté qu'évité par les usagers[460]. Comparé au VIH, le VHC est considéré comme moins grave et socialement, il est accepté et attendu[461]. Ces interprétations du risque relèvent de systèmes de savoirs symboliques, dans lesquels l'hygiène et la confiance jouent un rôle important.

L'expérience de l'hépatite C de personnes (anciennement) toxicomanes et leurs rapports aux personnels médicaux est encore peu étudiée ; les travaux de T. Rhodes, C. Treolar et Ph. Bourgois sont une contribution remarquable et sont abordés en détail dans le chapitre 5, en relation aux parcours de santé et aux expériences de maladies des détenus qui ont participé à l'enquête de terrain. Dans la continuité, l'ouvrage de S. Fraser et K. Seear analyse l'expérience du diagnostic de l'hépatite C comme une modalité de participation à une citoyenneté biologique, au sens de N. Rose. Je creuse les analyses en termes de citoyenneté biologique[462] et thérapeutiques[463] pour l'expérience de soins dans

---

[456] BOURGOIS P. et SCHONBERG J., « Intimate apartheid: Ethnic dimensions of habitus among homeless heroin injectors », *Ethnography* 8 (1), 2007, p. 7-31.

[457] BOURGOIS Philippe, PRINCE Bridget et MOSS Andrew, « The everyday violence of hepatitis C among young women who inject drugs in San Francisco », *Human organization* 63 (3), 2004, p. 253–264.

[458] *Ibid.*, p. 254.

[459] N. Scheper-Hughes (1996) in BOURGOIS Philippe, PRINCE Bridget et MOSS Andrew, « The everyday violence of hepatitis C among young women who inject drugs in San Francisco », *art. cit.*

[460] RHODES Tim *et al.*, « The social structural production of HIV risk among injecting drug users », *Social science & medicine* 61 (5), 2005, p. 1026–1044.

[461] Le chapitre 5 traite cette question de manière approfondie.

[462] FRASER Suzanne et SEEAR Kate, *Making disease, making citizens: The politics of hepatitis C*, Farnham, Ashgate Publishing, Ltd., 2011.

[463] RHODES Tim, HARRIS Magdalena et MARTIN Anthea, « Negotiating access to medical treatment and the making of patient citizenship: the case of hepatitis C treatment », *Sociology of Health & Illness* 35 (7), 2013, p. 1023-1044.

les chapitres 5 et 6. Les autres travaux sur la toxicomanie et la réduction des risques liés à l'usage de drogues, comme ceux de F. Fernandez en France, sont abordés plus loin dans ce deuxième chapitre, en tant qu'exemple d'intervention de santé publique prônant l'autonomie et la responsabilisation des personnes prises en charge. Ces travaux de sciences sociales illustrent des interventions dont je dis plus loin qu'elles sont lues et pratiquées dans un contexte façonné par le VIH/Sida. Les rapports entre le VIH et le VHC sont pluriels. J'aborde maintenant la co-infection puis le contexte sociopolitique de la crise de l'émergence de ces deux problèmes sanitaires, l'un dans le sillage de l'autre.

Co-infection et syndémie, des approches transversales

Certains des détenus et sortants rencontrés pendant l'enquête de terrain sont atteints à la fois du VIH et du VHC. Les professionnels de santé qui cherchent à les prendre en charge parlent de co-infection, pour désigner cette double séroprévalence[464]. Les enjeux de la co-infection du point de vue du soin relèvent essentiellement de l'interaction médicamenteuse et de l'observance. Les soignants doivent par exemple prendre en compte les effets du traitement contre le VIH dans la prescription de celui contre le VHC, et parfois l'interrompre, pour minimiser les effets indésirables et les risques d'interruption du traitement.

Dans un effort de contextualisation de la co-infection et de prise en compte de l'environnement du patient pris en charge, certains travaux de santé publique mobilisent la notion de « théorie de la syndémie ». La notion de syndémie fait référence à un processus médical socialement situé, où plusieurs pathologies ou épidémies interagissent donnant l'illusion de symbioses entre les agents pathogènes. Ces pathologies sont à entendre au sens très large de maladie, de séroprévalence, mais aussi d'usage de drogues ou de violence symbolique. L'approche par la syndémie s'intéresse à l'ensemble des épidémies et des facteurs environnementaux qui agissent de manière cumulative pour mieux prédire ou décrire une autre épidémie[465].

Certains travaux montrent par exemple que des épidémies peuvent être mesurées dans un certain milieu pour prédire la prévalence du VIH[466]. Par exemple, le mécanisme

[464] La distinction entre les notions de co-infection et comorbidité n'est pas toujours claire ni consensuelle, selon les acteurs du terrain et selon les chercheurs en sciences sociales de la santé ou en épidémiologie. Pour les personnes atteintes du VIH et du VHC, l'usage tend vers le terme de co-infection, la comorbidité ayant une connotation plus symptomatique, de maladies concomitantes. Dans ce travail de thèse, on fera usage des termes de co-infection et de séroprévalence, pour désigner l'état de ces patients, lorsqu'ils sont à un stade asymptomatique.

[465] TALMAN Anna, BOLTON Susan et WALSON Judd L., « Interactions between HIV/AIDS and the environment: toward a syndemic framework », *American Journal of Public Health* 103 (2), 2013, p. 253-261.

[466] Par exemple, les recherches de Ron Stall sur les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes en Amérique du Nord sont présentées comme une démonstration de la théorie de la syndémie dans une sous population particulièrement touchée par le VIH, le VHC, l'usage de drogues récréatives et la violence

mis en avant pour expliquer la prévalence du VIH dans la sous-population d'hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes d'Amérique du Nord mobilise trois autres épidémies, de violence, d'usage de drogues et d'hépatites, de la manière suivante : l'homophobie produit des formes de violence constantes et sur le long terme sur les hommes homosexuels, qui se manifestent de deux manières, externes et directes ou sous forme d'autocontrôle, dans un ensemble d'efforts quotidiens d'éviter la marginalisation et la violence dont sont victimes les autres hommes présumés homosexuels ; ces violences augmentent les comorbidités de violence/victimisation, d'usage de drogues, de prises de risque sexuel, et de dépression, qui réduisent à leur tour l'espérance de vie et augmentent les risques de VIH et d'hépatite C[467].

En France, les études biomédicales sur le VIH et le VHC sont encore très circonscrites à certaines populations dites vulnérables (comme les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes) et sont peu nombreuses[468]. Les travaux sur les conséquences de la co-infection du VIH et de la tuberculose sont un autre champ d'application de la notion de syndémie, largement discuté dans la littérature de sciences de la vie et de santé publique. Ils montrent que des facteurs structuraux produisent la maladie et fragilisent la santé, directement, mais aussi indirectement, en agissant sur d'autres facteurs de risque, comme la précarité, multipliant les inégalités sociales de santé. En mettant les facteurs structuraux de la maladie au centre de leur raisonnement, ces travaux expliquent en partie l'incapacité des travaux sur les inégalités de santé sur des maladies individuelles à faire significativement avancer le débat scientifique[469].

Ces approches par la syndémie proposent des processus médicaux qui sont, certes, socialement situés, mais elles restent ancrées dans un cadre biomédical. C'est au champ des *medical humanities*[470] qu'il faut faire appel, pour une approche critique de la syndémie. Les travaux de J.Kehr sur la tuberculose et de L. Engelmann sur le VIH ont

---

(notamment symbolique et liée à l'homophobie). STALL, Ron et al. « Introduction: Application of Syndemics Theory to Studying the Treatment Cascade » Aids Impact Conference, Amsterdam, 2015.

[467] *Ibid.*

[468] Par exemple, l'étude Hepaig est une étude nationale de l'incidence du VHC chez les hommes séropositifs au VIH ayant des rapports sexuels avec les hommes. La prévalence du VHC chez les personnes séropositives au VIH est de 24% en moyenne, allant de 93% chez ceux ayant été contaminé par le VIH par partage de matériau d'injection de drogues, à 3% de ceux ayant été contaminé par rapport homosexuel. LARSEN Christine *et al.*, « Prévalence des co-infections par les virus des hépatites B et C dans la population VIH+, France, 2004 », *art. cit.* ; LARSEN Christine *et al.*, « Gaining greater insight into HCV emergence in HIV-infected men who have sex with men: the Hepaig Study », *PloS One* 6 (12), 2011, p. e29322.

[469] Pour aller plus loin sur les approches par la syndémie, voir les travaux de Merrill Singer de 1996, 2009 et 2010, cités dans : ENGELMANN Lukas et KEHR Janina, « Double trouble? Toward an epistemology of co-infection », *Medical Anthropology Theory* 2 (1), 2015, p. 31.

[470] Pour aller plus loin, sur les objets et les enjeux des *medical humanities*, voir par exemple : DIEDRICH Lisa, « Against compassion. Attending to histories and methods in medial humanities: Or, doing critical medical studies », *Narrative Studies « Narrative Matters in Medical Contexts across Disciplines »* 22, 2015, p. 167–182.

ainsi donné lieu à de premiers échanges scientifiques sur la co-infection VIH/Tuberculose en sciences sociales : ils proposent une réflexion épistémologique sur la tendance médicale à étudier les maladies une par une (modèle de la maladie unique), qui sous-tend les travaux de médecine clinique, d'épidémiologie ou de santé publique sur la co-infection[471]. Ils montrent que le terme de co-infection est mobilisé depuis les années 1990 dans les rapports de l'Organisation mondiale de la santé et les revues de santé publique, pour désigner un phénomène complexe mêlant le biologique et le social. Il ne fait pas pour autant l'objet d'une discussion du concept de co-infection lui-même. En effet, la co-infection est une imbrication d'au moins deux maladies, avec des histoires sociales, politiques et scientifiques différentes. Elle requiert réflexion pour pouvoir dépasser l'approche par la maladie (ou l'infection) unique[472] en médecine et de voir la co-infection comme un obstacle épistémologique au sens de G. Bachelard[473]. En effet, les pathologies se manifestent autrement, lorsque l'on déplace la focale pour se détacher de celle imposée par l'approche biomédicale, c'est-à-dire par les divisions en termes de procédures diagnostiques, d'intérêt économique, d'opportunités de recherche et d'urgence politique[474]. La co-infection pose des problèmes de recommandations de traitements, de protocoles cliniques, d'essais randomisés, de modèles épidémiologiques ou de pratiques de soins, mais elle pose aussi problème en termes de présupposés épistémologiques en sciences sociales de la santé[475]. La complexité de l'objet TB/VIH, une imbrication dynamique et changeante des passés et présents de la tuberculose et du VIH, ne peut pas être appréhendée par la superposition des savoirs sur l'un et sur l'autre. Pour J. Kehr et L. Engelmann, l'objet TB/VIH est une entité nouvelle pour la santé publique, à la fois différente et imbriquée dans les identités individuelles de la tuberculose et du VIH/Sida ; et qui à la fois dissout et déstabilise le cadre de pensée de deux des infections les plus importantes de la santé mondiale[476].

L'approche critique de la syndémie permet ainsi de questionner la prégnance de ce modèle de la maladie unique dans les travaux de sciences sociales de la santé. La conception de la pathologie, de l'infection ou de la maladie, de manière socialement située, mais souvent cloisonnée, permet rarement de prendre en compte les effets mutuels des maladies, des symptômes, des thérapies ou des interventions de prévention aux différents stades de « la » maladie en question, de manière intégrée ou relationnelle.

---

[471] ENGELMANN Lukas et KEHR Janina, « Double trouble? Toward an epistemology of co-infection », *art. cit.* ; ENGELMANN Lukas et KEHR Janina, « TB/HIV: Distinct Histories, Entangled Futures. Towards an Epistemology of Co-infection », *Somatosphere*, 2014.

[472] Notre traduction de « *single-disease framework* » dans le texte, p.5.

[473] ENGELMANN Lukas et KEHR Janina, « Double trouble? Toward an epistemology of co-infection », *art. cit.*

[474] *Ibid.*, p. 5.

[475] *Ibid.*

[476] *Ibid.*

C'est bien pour cette raison que l'entrée par la maladie pour étudier la santé pose problème. Choisir l'entrée de l'état de santé pour étudier les parcours des détenus atteints du VIH et/ou d'une hépatite C, me permet de prendre en compte plusieurs facteurs, plusieurs pathologies, mais aussi plusieurs prises en charge pour en expliquer les interactions.

Ce chapitre a montré dans un premier temps que la santé (post)carcérale ne fait pas « problème » dans l'espace public français, à un moment où, au contraire, la mobilisation pour la lutte contre le VIH/Sida a été majeure. La recherche s'inscrit donc dans la continuité des travaux de sciences sociales de la santé, tout en proposant des pistes pour l'étude des co-infections, celle du VIH/Sida et de l'hépatite C en particulier. Deuxième axe de réflexion autour de rapports entre VIH et VHC dans cette recherche, la mobilisation pour l'hépatite C est récente et fortement liée au VIH et à la co-infection : dans cette recherche, elle est présentée comme le produit d'une (re)conversion des dispositifs de lutte contre le VIH.

La lutte contre l'hépatite C, une mobilisation dans le sillage du VIH/Sida ?

Depuis le début de cette recherche en 2010, le contexte des interventions de lutte contre le VHC a beaucoup changé. L'enquête de terrain a vu croître un intérêt public pour le problème, dont la disponibilité récente de nouveaux traitements est un élément central. Comment expliquer la mobilisation récente pour la lutte contre les hépatites en France et dans le monde, qui pose le cadre de l'enquête de terrain ? Quinze ans après les traitements d'antirétroviraux combinés, la santé mondiale est-elle dans un « après-VIH », qui permet une attention pour l'épidémie d'hépatite C ? Le discours triomphaliste autour du VIH est-il le terreau d'une reconversion des acteurs, des institutions et des mobilisations pour le VIH vers le VHC ?

Je propose une hypothèse de travail pour comprendre la mobilisation contre les hépatites virales : la réponse à l'épidémie d'hépatite C se déroule dans un processus de pharmaceuticalisation, dans le sillage des dispositifs de lutte contre le VIH/Sida. Autrement dit, les initiatives récentes de lutte contre les hépatites convergent vers une réponse de santé publique orientée vers l'accès au médicament.

À ce jour, deux pays ont fait l'objet de travaux en sciences sociales spécifiques sur l'hépatite C[477] : au Cameroun, il existe un effet d'entrainement des politiques du VIH sur la mobilisation et sur les politiques publiques de lutte contre les hépatites virales (B et

[477] Il n'est question ici que du Cameroun et de l'Egypte. Les travaux récents de D. Pourette portent sur Madagascar mais ne sont pas encore publiés.

C)[478] ; à l'inverse, en Égypte, l'hépatite C est aujourd'hui reconnue comme une crise sanitaire et fait l'objet de politiques publiques spécifiques[479]. Comment peut-on qualifier la mobilisation pour la lutte contre le VHC en France ? En l'absence d'une histoire politique de l'hépatite C[480], quel est le problème de santé publique que pose l'hépatite C ?

L'intérêt de la santé publique pour les hépatites tel qu'on le connait aujourd'hui est récent. Aussi est-il plus prudent de se tenir à des hypothèses de travail sur la lutte contre l'hépatite C en France. La recherche entend ainsi situer et qualifier ces hypothèses autant que possible, ce qui implique de les situer dans leur contexte mondial, c'est-à-dire des initiatives internationales pour la santé globale.

L'épidémie en France se distingue d'emblée des situations camerounaise ou égyptienne : dans la première, le dépistage et l'accès aux traitements, même par interféron, font défaut, et c'est une épidémie de cancers du foie non traités que connait le Cameroun, et non d'hépatites C asymptomatiques ou de fibroses de stade mineur[481]. Dans la seconde, l'accès aux traitements antiviraux a fait l'objet de négociations, entre le gouvernement, la recherche, les organisations internationales et l'industrie pharmaceutique, si bien que l'Égypte est aujourd'hui à même de proposer un traitement à moindre coût[482] ; le brevet sur le Sofosbuvir y a par ailleurs été annulé suite à des actions légales, permettant la production de génériques en Égypte[483]. Les travaux de G. Lachenal et d'A.-M. Moulin ont vu les épidémies iatrogènes d'Afrique centrale et égyptienne comme les produits d'une violence d'État, inscrite dans les corps. Ici, le parallèle avec le cas français n'est pas tenable sans prendre en compte l'inscription de l'épidémie de VHC dans l'histoire de la lutte contre le VIH et la toxicomanie.

---

[478] F. Chabrol, travaux sur l'épidémie de cancers du foie dus aux hépatites virales au Cameroun entre 2013-2014, en cours de publication. CHABROL Fanny, « Les paradoxes de la pharmaceuticalisation de la santé publique en Afrique: les hépatites virales au Cameroun dans le sillage du VIH / Sida », *in Publication en cours*, 2016.

[479] MOULIN Anne-Marie, « Defenseless bodies and violent afflictions in a global world. Blood, Iatrogenesis, and Hepatitis C Transmission in Egypt », *art. cit.*

[480] A l'image par exemple, de : DODIER Nicolas, *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, *op. cit.*

[481] CHABROL Fanny, « Les paradoxes de la pharmaceuticalisation de la santé publique en Afrique: les hépatites virales au Cameroun dans le sillage du VIH / Sida », *art. cit.*

[482] Muriel Vray (Institut Pasteur) et Stefan Wiktor (OMS) ont présenté un état des lieux des traitements contre les hépatites virales au colloque de la Société de pathologie exotique, « Vers un contrôle mondial des hépatites ? », le 19 mai 2015 : le prix du traitement de 12 semaines de l'antiviral Sofosbuvir, lors de sa première autorisation de mise sur le marché, était de 55 000 $ en Grande-Bretagne et de 84 000 $ aux Etats Unis ; il devait justifier un cout de fabrication de 68 136$. En Egypte, les négociations ont permis de réduire le cout à 900$ par mois, soit 3 600$.

[483] Maurice Cassier présente les enjeux des luttes pour l'accès équitables au traitement contre l'hépatite C, dans le même colloque de la Société de pathologie exotique, « Vers un contrôle mondial des hépatites ? », le 19 mai 2015, dans une intervention intitulée « Accès aux ARV contre les hépatites dans les pays à bas et moyens revenus : produire localement des génériques. »

Au moment de l'enquête de terrain, au début des années 2010, l'iatrogénie n'est plus une inquiétude pour la santé publique en France, comme elle l'est ailleurs[484]. De plus, les antiviraux ne sont pas (encore) mis sur le marché et la question centrale et quotidienne des médecins en prison et à l'hôpital est plutôt la suivante : traiter ou attendre[485] ?

Si le risque iatrogène semble contenu, la transmission par partage de matériel d'injection de drogues l'est moins. Les médecins et les professionnels de la réduction des risques déplorent l'ampleur et le risque de transmission de l'hépatite C chez les usagers de drogues. Les acteurs des dispositifs de réduction des risques de bas seuil rencontrés pendant l'enquête parlent ainsi du succès mitigé des politiques sanitaires concernant « leurs usagers » : la réduction des risques a été incontestablement efficace pour le VIH, mais elle a échoué avec l'hépatite C. Le succès des politiques de réduction des risques est évident, en atteste le nombre décroissant des contaminations au VIH. Les toxicomanes meurent nettement moins du Sida. Par contre, les hépatites restent trop peu fréquemment dépistées et d'autant moins traitées[486]. Du point de vue des médecins de santé publique et des responsables institutionnels, l'hépatite virale est une « bombe à retardement[487] », une « *silent killer*[488] » : son évolution asymptomatique et souvent lente explique à la fois le nombre d'infections non dépistées et l'absence de mobilisation pour ce « parent pauvre » de la santé mondiale[489].

---

484 PRATI Daniele, « Transmission of hepatitis C virus by blood transfusions and other medical procedures: A global review », *Journal of Hepatology* 45 (4), 2006, p. 607-616 ; HAURI Anja M, ARMSTRONG Gregory L et HUTIN Yvan J F, « The global burden of disease attributable to contaminated injections given in health care settings », *International Journal Of STD & AIDS* 15 (1), janvier 2004, p. 7-16.

485 En témoigne la discussion suite à l'intervention en plénière d'André-Jean Rémy, médecin responsable de l'Ucsa de Perpignan et soignant référent des cas de VIH/Sida et d'hépatites C, à la 4e Université d'été de médecine en milieu pénitentiaire, Rivesaltes, 2013.

486 Ce débat sur la mobilisation des dispositifs de réduction des risques et de prise en charge des toxicomanes en errance en région parisienne, notamment pour l'achat et le partage d'un fibroscan entre les associations pour suivre les hépatites C des usagers, a été exploré dans l'enquête, notamment à travers des échanges avec les personnels de deux associations dites de bas seuil, EGO et le bus Gaïa, anciennement Médecins du Monde. En 2012, pour E. Avril, médecin à l'association Gaïa, il y a urgence : les usagers les plus précaires, et plus particulièrement ceux récemment immigrés d'Europe de l'Est, meurent d'hépatites C non prises en charge. C'est cette urgence qui justifie le déploiement de l'intervention médicale de dépistage et de suivi de l'hépatite C avec le fibroscan. Le pendant de cette intervention est le lien ou le suivi de ces patients en milieu hospitalier, pour un traitement effectif et efficace (l'enquête de terrain ne permet pas d'évaluer ce lien (soit *linkage to care*) ni ce suivi, qui rappelle fortement les débats autour des interventions dites de « Test and Treat » pour le VIH en Afrique subsaharienne rurale).

487 « Eradiquer l'hépatite C: Mais à quel prix? », *Le Monde.fr*, 2 juin 2014, http://www.lemonde.fr/sciences/article/2014/06/02/eradiquer-l-hepatite-c-mais-a-quel-prix_4430423_1650684.html, consulté le 2 novembre 2015.

488 Voir l'article en ligne de l'Organisation mondiale de la santé : « WHO | There's a reason viral hepatitis has been dubbed the "silent killer" », *WHO*, http://www.who.int/mediacentre/commentaries/viral-hepatitis/en/, consulté le 23 novembre 2015.

489 Les pays à faibles et moyens revenus sont bien plus touchés par les hépatites virales que la France, où l'épidémie est vue comme étant circonscrites aux populations dites vulnérables : c'est en ce sens que la prison est vue comme une opportunité de santé publique, comme il en a été question dans le chapitre 1.

En revanche, une des dimensions de la maladie et de la mobilisation, qui permet d'appréhender à la fois la situation des pays occidentaux et celle des pays du Sud, est celle du médicament. En effet, la mobilisation pour les hépatites dans le monde peut être vue comme une lutte inscrite dans deux dynamiques : d'un côté, elle se construit dans la continuité de la lutte contre le VIH et de l'autre, elle tend vers un processus centré sur l'accès aux médicaments, c'est-à-dire, de pharmaceuticalisation des politiques de santé publique pour les hépatites virales[490]. Cette analyse de la mobilisation reste une hypothèse de travail dans le cadre de cette recherche, dont l'objet n'est pas une comparaison internationale des politiques sanitaires de santé globale.

La pharmaceuticalisation est entendue ici comme un processus de mobilisation des acteurs étatiques, internationaux, militants et industriels autour du médicament, en tant que réponse principale à une épidémie nationale[491]. Je situe cette discussion dans le champ des travaux sur la pharmaceuticalisation de J. Abraham[492]. Ces travaux prennent pour point de départ la notion de médicalisation de P. Conrad, soit « un processus de définition et de traitement des problèmes non médicaux en tant que problèmes médicaux, le plus souvent en termes de maladie ou de désordres[493] ». J. Abraham fait ainsi de la pharmaceuticalisation un processus par lequel le social, le comportemental ou le somatique sont traités (ou estimés comme ayant besoin de traitement) par des médicaments, par les médecins ou les patients[494]. Ce processus va croissant car il est un produit non pas simplement de l'expansion du domaine d'intervention médicale (la thèse biomédicale, selon J. Abraham), mais aussi de quatre autres facteurs : la médicalisation, la promotion et le marketing de l'industrie pharmaceutique, le consumérisme et les politiques de dérégulation par l'État[495]. L'objet circonscrit ici invite donc à prendre en compte la maladie, mais surtout son inscription de son traitement dans des rapports de pouvoir internationaux et dans l'économie de marché.

Le médicament est un objet investi par les sciences sociales depuis longtemps, mais la prise en compte de l'industrie pharmaceutique dans ses travaux, elle, ne date que d'une quinzaine d'années. Avec cette recherche, je n'ai pas pour ambition de proposer une anthropologie du médicament contre le VHC. J'entends plutôt esquisser les contours

---

[490] Cette réflexion sur l'accès aux médicaments et la pharmaceuticalisation de la réponse aux hépatites virales est issue d'échanges informels avec Fanny Chabrol, une publication commune est en cours.

[491] BIEHL João, « Pharmaceuticalization: AIDS treatment and global health politics », *Anthropological Quarterly* 80 (4), 2007, p. 1083–1126 ; BIEHL João, « The activist state. Global pharmaceuticals, Aids and citizenship in Brazil », *Social Text* 22 (3), 2004, p. 105-32.

[492] ABRAHAM John, « Pharmaceuticalization of Society in Context: Theoretical, Empirical and Health Dimensions », *Sociology* 44 (4), 2010, p. 603-622.

[493] Ma traduction de : Conrad (1992 : 209) dans *Ibid.*

[494] Abraham (2009 : 100) dans *Ibid.*

[495] *Ibid.*

de l'investissement public sur la question des hépatites virales, pour situer mon enquête de terrain.

S. Bell et A. Figert reviennent sur les frontières disciplinaires entre sociologie et anthropologie (anglophones)[496] que cet objet du médicament chevauche. Pour ma recherche, il permet surtout de se distancier d'une anthropologie de la pharmaceutique qui fait du médicament un « phénomène social et culturel[497] » ou de l'approche biographique du médicament[498]. Pour qualifier la mobilisation et les politiques de santé publique concernant les hépatites, je souscris plutôt à l'approche anthropologique proposée par J. Biehl de pharmaceuticalisation de la santé publique[499]. Il s'agit là d'analyser les rapports entre acteurs nationaux, internationaux et associatifs de la santé mondiale, pour qualifier les effets des politiques centrées sur l'accès aux médicaments. Dans le cas de la mobilisation puis de la politique de santé accordant l'accès gratuit et universel aux antirétroviraux au Brésil, J. Biehl montre que c'est un modèle de santé publique mondiale centré sur le médicament qui se consolide aujourd'hui, et que les l'accès aux médicaments antirétroviraux gratuits tendent à se substituer aux soins de santé pour les populations malades[500]. La mortalité liée au Sida a diminué au Brésil, mais cette pharmaceuticalisation a eu pour effet d'exclure les plus démunis du système de santé et d'accroître les inégalités sociales de santé[501].

Plus largement, l'objet d'étude est produit par un « processus sociotechnique hétérogène, dynamique et complexe, qui fait partie d'une construction au long court d'un régime pharmaceutique, qui inclut des activités socioéconomiques distinctes et des acteurs divers tels que des cliniciens, des patients, des consommateurs ou des régulateurs[502]. » Ce processus tend vers l'expansion, mais, étant contexte-dépendant, doit être qualifié au cas par cas[503] ; en effet, l'enjeu est de montrer comment les acteurs de la santé globale se saisissent des hépatites virales via l'accès aux médicaments, comme si l'épidémie n'était pas, aussi, sociale. L'étude de J. Biehl permet par exemple de mettre

---

496 BELL Susan E. et FIGERT Anne E., « Medicalization and pharmaceuticalization at the intersections: Looking backward, sideways and forward », *Social Science & Medicine* 75 (5), 2012, p. 775-783.

497 REYNOLDS WHYTE Susan, VAN DER GEEST Sjaak et HARDON Anita, « An anthropolgy of materia medica », *in The social lives of medicines*, Cambridge, Cambridge University Press, 2002, p. 5.

498 VAN DER GEEST Sjaak, WHYTE Susan Reynolds et HARDON Anita, « The anthropology of pharmaceuticals: a biographical approach », *Annual review of anthropology*, 1996, p. 153-178 ; NICHTER Mark et VUCKOVIC Nancy, « Agenda for an Anthropology of Pharmaceutical Practice », *Social Science & Medicine* 39 (11), 1994, p. 1509-1525.

499 BIEHL João, « Pharmaceuticalization: AIDS treatment and global health politics », *art. cit.*

500 *Ibid.*, p. 1107.

501 *Ibid.*, p. 1120.

502 Ma traduction de Williams (2011 : 730) dans : BELL Susan E. et FIGERT Anne E., « Medicalization and pharmaceuticalization at the intersections », *art. cit.*

503 Cf. le travail de M. Cassier non publié au moment de la rédaction, présenté en 2015 au colloque de la Société de pathologie exotique, à l'institut Pasteur à Paris.

en exergue comment et combien la situation sociale et sanitaire des Brésiliens et Brésiliennes séropositifs au VIH (les plus pauvres ou les moins à même de lutter pour continuer à bénéficier des médicaments les plus efficaces) n'a pas fondamentalement changé.

C'est en ce sens que l'hypothèse de travail de la pharmaceuticalisation de la réponse à l'épidémie d'hépatites virales permet de comprendre le contexte et les ressorts de la mise à l'agenda international du problème de santé publique que posent aujourd'hui les hépatites. En effet, le contexte de santé mondiale importe, et j'y reviens plus loin.

En France, au regard de l'actualité de l'objet et du peu de littérature scientifique sur la question, cette hypothèse permet de proposition une restitution de la réponse institutionnelle au problème des hépatites virales en trois temps : (1) le problème contenu, (2) la mobilisation et (3) la pharmaceuticalisation.

Un problème contenu

Dans le cas plus précis de la France, d'un point de vue de santé publique, l'hépatite C ne fait pas l'objet d'une attention médicale ou politique particulière avant les années 1990. Un virus connu et décrit (d'abord comme « hépatite non-A non-B » puis « hépatite C » à partir de 1989), un traitement plus ou moins efficace selon le génotype et une épidémiologie lacunaire, mais caractérisée par des infections asymptomatiques ou ignorées : l'hépatite C n'est ni une énigme virologique ni un défi clinique ni une cause de militantisme particulier. Les spécialistes se retrouvent dans des sociétés savantes d'hépatologues et d'infectiologues ; leurs constats sur l'insuffisance des données épidémiologiques et sur les difficultés liées aux traitements ne débordent que rarement au-delà de ces rencontres, butant sur l'indisponibilité d'alternatives thérapeutiques.

La mobilisation

À partir de 1996, à la suite des dynamiques lancées par les associations de patients atteints du VIH/Sida et la découverte des contaminations liées à la crise sanitaire dite du « sang contaminé », plusieurs associations de patients régionales voient le jour. De plus petite taille et moins présentes dans l'espace politique, leurs objectifs sont le soutien et l'information des malades victimes des transfusions contaminées et atteints d'une hépatite C[504].

[504] Treize ans après la création de l'Association des polytransfusés, victimes et dénonciateurs de l'affaire du sang contaminé, la fédération d'associations SOS Hépatites est créée par la suite en collaboration avec des médecins militants ; elle publie d'abord un bulletin d'information puis plus tard *L'hépatant*, un journal annuel puis *Etre Hépatant*, une collection de brochures informatives sur les hépatites. Aujourd'hui, SOS Hépatites est l'association la plus visible dans le champ des associations de patients ou de défense des patients atteints d'une hépatite.

En 1999, huit ans après les premiers signes de l'affaire du sang contaminé, le ministère de la Santé lance un premier programme national de lutte contre l'hépatite C[505]. L'objectif principal du programme est d'améliorer la prise en charge des malades et l'accès au dépistage[506]. C'est à ce moment que l'Agence nationale de la recherche sur le VIH/Sida est missionnée pour la recherche sur les hépatites virales, à travers les actions du Comité scientifique sectoriel no. 4 (CSS4 « Recherche fondamentale dans les hépatites virales »[507]).

Plusieurs phénomènes s'imbriquent par la suite, qui préparent le terrain pour la mise à l'agenda de la lutte contre les hépatites des années 2010. L'accès au dépistage, facilité depuis la fin des années 1990, produit les données nécessaires à la recherche pour étayer et actualiser l'épidémiologie de l'hépatite C. Ces données sont alarmantes et laissent présager une épidémie importante pour les patients infectés par transfusion, mais plus particulièrement pour certaines populations connues et libellées comme à risque depuis la lutte contre le VIH/Sida : les usagers de drogues et les personnes détenues, qui tendraient vers des pratiques de partage de matériel d'injection, de tatouage non stérile ou de rapports sexuels non protégés.

En parallèle, l'investissement dans la recherche produit des données épidémiologiques[508], qui rendent visible l'ampleur de l'épidémie. Elles permettent d'abord un débat scientifique puis elles galvanisent la mobilisation militante et

---

[505] Le rapport commandé par le ministère à la commission présidée par le Professeur M. Micoud est publié en 1993. Ses constats servent *a posteriori* d'appui à la mise en place du premier programme national. On en note trois, particulièrement remarquables pour la description de la mise à l'agenda de l'hépatite C en France : d'abord, il fait écho au manque, connu, de données sur ce que l'on pressent être une épidémie d'hépatites en devenir ; ensuite, et sans pour autant publier de prévalence, le rapport annonce que les patients séropositifs au VHC seront « en l'an 2000 un de principaux problèmes de santé publique. » ; enfin, le rapport est un des premiers documents d'experts à décrire le mode de transmission essentiellement post-transfusionnel de l'hépatite C. (Le rapport attribue à la toxicomanie « une part importante dans le mode de transmission » mais on sait aujourd'hui que la réponse de santé publique à la vulnérabilité des usagers de drogues sera beaucoup plus longue et bien moins efficace).

C'est ensuite en 1997, que paraissent les premières recommandations pour les professionnels de santé, puis que sont mis en œuvre le plan national de lutte contre les hépatites (1999-2002) et le plan national hépatites B et C (2002-2005). Le premier cible le dépistage et la mise sous traitement mais ses objectifs de couverture ne sont pas atteints. Le deuxième cible (enfin) la population plus problématique des usagers de drogues et fait de la réduction des risques l'un des trois axes du plan.

« Programmes et plans nationaux de lutte contre l'hépatite B et C - ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes - www.sante.gouv.fr », http://www.sante.gouv.fr/programmes-et-plans-nationaux-de-lutte-contre-l-hepatite-b-et-c.html, consulté le 25 novembre 2015.

[506] « Plan national de lutte contre l'hépatite C 1999-2002 », Paris, direction générale de la Santé, 1999 ; EXPERTISE COLLECTIVE, *Hépatite C. Transmission nosocomiale, état de santé et devenir des personnes atteintes*, *op. cit.*, p. ix.

[507] POL Stanislas, « L'engagement de l'ANRS dans la stratégie globale de lutte intégrée contre les hépatites virales », « Vers un contrôle mondial des hépatites? » Colloque de la Société de pathologie exotique, Institut Pasteur, Paris, 2015.

[508] Les premières données significatives datent de 2004, et sont développées plus haut, dans le début de cette discussion sur le VHC. Elles sont peu nombreuses et sont essentiellement le produit d'une priorisation de la production de données et de l'évaluation par les deux premiers plans nationaux.

institutionnelle en faveur de la prise de décision politique[509]. Par exemple, c'est entre 2004 et 2007 qu'est conduite l'enquête Coquelicot, dont un des objectifs est de mesurer les prévalences du VIH et des hépatites chez les personnes usagères de drogues par voie intraveineuse fréquentant les dispositifs de réduction des risques. Elle révèle une prévalence de 11 % pour le VIH et 60 % pour le VHC, montrant une fragilité particulière des usagers de drogues en situation de grande précarité[510]. Dix ans plus tard, l'enquête Coquelicot est conduite en détention (en cours au moment de la rédaction).

La réduction des risques devient progressivement une politique sanitaire, avec un premier décret de la ministre de la Santé en 1987 autorisant la vente libre de seringues en pharmacie. Les interventions militantes pour l'accès aux seringues propres et aux traitements de substitution se suivent depuis les années 1980, avec pour objectif principal de lutter contre le VIH/Sida. Ce n'est qu'en 2004, après un plaidoyer important des associations militantes comme Médecins du Monde et une baisse de la transmission du VIH avérée, que des mesures de réduction des risques sont inscrites au Code de la santé publique[511]. L'objectif de ces interventions est dans un premier temps orienté vers la lutte contre le VIH ; c'est à partir de la fin des années 2000 que la réduction de la transmission des hépatites devient un objectif explicite.

Première source de transmission du VHC avant les années 1990, les infections iatrogéniques sont les premières cibles de l'action publique. Elles sont fortement réduites par la mise en œuvre de mesures spécifiques depuis le scandale du sang contaminé. De plus, à partir de 1999, il apparaît clair que la contamination des transfusés ne concerne pas que le VIH/Sida, mais aussi d'autres pathologies, dont les hépatites virales[512]. La lutte contre l'iatrogénie reste une priorité de santé publique et est mise en œuvre de manière transversale aux politiques sanitaires[513].

---

[509] C'est aussi en 2004 qu'est publié le « Guide méthodologique relatif à la prise en charge des sanitaire des personnes détenues » par les ministères de la Santé et de la Protection sociale et de la justice. Il faudra attendre dix ans pour sa mise à jour.

[510] 19% des participants vivent dans un squat ou dans la rue et 61% ont été incarcérés au moins une fois. JAUFFRET-ROUSTIDE Marie *et al.*, « Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004 », *art. cit.*

[511] Le cas particulier de la réduction des risques comme intervention de santé publique est développé plus loin dans ce chapitre.

Les articles R3121-33-1 à D3121-33 disposent que l'Etat définisse la politique de réduction des risques et en détermine les actions par décret ; elle a pour objet de prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose et les dommages sociaux liés à la toxicomanie. Les dispositifs de mise en œuvre de la politique de réduction des risques relèvent du Code de l'action sociale et des familles.

[512] Pour aller plus loin, sur la crise sanitaire au scandale du sang contaminé, voir : CHAUVEAU Sophie, *L'Affaire du sang contaminé (1983-2003)*, Paris, Les Belles Lettres, 2011.

[513] Pour ce qui est des hépatites, l'objectif no. 4 du dernier plan national de lutte contre les hépatites (2009-2012) est le renforcement de la prévention de la transmission des virus lors des actes médicaux « piqûre, effraction cutanée, contact des muqueuses avec un liquide ou du matériel contaminé, que ce soir lors des soins et chez les soignants ou lors de tatouages et perçages » : « Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012 », Paris, direction générale de la Santé, 2009, p. 15, 39-41.

Dans les années 2000, l'épidémie d'hépatite C change de forme : d'une épidémie de contaminations post-transfusionnelles prioritaires pour la santé publique, elle devient une épidémie de contaminations liées à la toxicomanie, plus diffusément prise en charge et très liée au traitement social de la déviance et de la pauvreté.

Plus récemment, le troisième plan national de lutte contre les hépatites B et C (2009-2010) est rendu public en 2009 et coïncide avec le début de la période de recueil de données du travail de thèse. Il organise la politique sanitaire en cinq axes stratégiques (déclinés en quinze objectifs et cinquante-cinq actions) : la prévention primaire[514], le dépistage, l'accès et la qualité des soins, la surveillance épidémiologique et l'évaluation. Le cinquième objectif est une adaptation des quatre premiers au milieu carcéral, reconnu comme état résistant à l'application des politiques sanitaires. Justifiées par cette mention : « les actions proposées dans le plan ne se révèlent pas toujours faciles à mettre en œuvre en milieu carcéral [elles] nécessitent des adaptations[515] », les mesures à appliquer en détention sont en réalité plus coercitives pour les personnes détenues que les personnes en ville. L'accent est mis sur le « renfort de l'incitation » au dépistage dans les quartiers arrivants, l'action de « soutien des malades par un partenariat avec les associations qui interviennent en prison » n'étant que sporadiquement possible et rarement réaliste sur le terrain. Les autres actions de ce quatrième axe stratégique ont donné lieu à l'enquête Prévacar[516] et à un guide méthodologique destinés aux praticiens en milieu sanitaire, publié conjointement par les Directions de la santé et de la pénitentiaire.

À partir des années 2010, la mobilisation s'intensifie. Le débat se formalise dans plusieurs espaces d'échanges scientifiques et institutionnels, dont les journées nationales de lutte contre les hépatites[517]. Le consensus sur la situation épidémiologique encore lacunaire et l'urgence des interventions se consolident, dans un dialogue

---

[514] Ce premier axe stratégique « Réduction de la transmission des virus B et C » et son objectif 1 « Renforcer l'information et la communication sur les hépatites B et C et les moyens de se protéger et de se traiter » donne lieu à une publication renforcée de matériaux sur les hépatites virales par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. De 2010 à 2012, le catalogue recense dix-huit supports d'information sur les hépatites virales, à destination des soignants et des malades, et déclinés pour les populations dites vulnérables comme les homosexuels, les usagers de drogues, les étrangers, les personnes issues des migrations d'Afrique subsaharienne.

[515] « Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012 », *op. cit.*

[516] L'enquête est longuement abordée dans le chapitre 1 et plus haut : BARBIER Christine, « Résultats préliminaires de l'enquête Prévacar », Réunion à Sida Info Service, 2012 ; CHIRON E *et al.*, « Prévalence de l'infection par le VIH et le virus de l'hépatite C chez les personnes détenues en France. Résultats de l'enquête Prévacar 2010 », *art. cit.*

[517] Dans le cadre de l'enquête de terrain, j'ai assisté à la première journée le 19 mai 2010 et à la deuxième, le 25 mai 2011 au ministère de la Santé. Il n'y a pas eu de journée nationale en 2012 mais plutôt une première journée mondiale contre l'hépatite le 28 juillet 2012. La journée nationale du 19 mai a été l'occasion de présenter le rapport publié sous la direction du professeur Dhumeaux « Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C », discuté plus haut. Enfin, la journée du 2 juin dernier, s'est orientée sur les nouvelles perspectives thérapeutiques.

pluridisciplinaire. À ces débats participent la communauté médicale, scientifique, mais aussi militante et associative (SOS Hépatites et le TRT5 tout particulièrement). Ces associations et l'Inpes sont particulièrement visibles du point de vue des patients, par le biais de supports d'information médicale sur le VHC, son traitement et ses effets sur la vie sociale, professionnelle et familiale[518].

Dans ces instances de discussion, la prison est d'abord peu mentionnée et ne fait pas l'objet d'initiatives spécifiques, praticables sur le terrain. Avant 2012-2013 et la publication officielle des résultats de l'enquête Prévacar, la prévalence très élevée en prison est de l'ordre de l'intuition, du jugement moral ou issue de l'expérience individuelle des professionnels de terrain. Le point de vue de ces professionnels est rare et la prison est vue comme un milieu fermé et difficile d'accès[519]. Le colloque organisé par le ministère de la Santé intitulé « Politique de santé des personnes placées sous main de justice : actualité et perspectives » le 26 novembre 2012 n'aborde qu'à quelques reprises le sujet des hépatites virales, dans l'attente peut-être de la parution du guide méthodologique pour les professionnels de santé exerçant en prison. Dans les rencontres et les débats sur la santé carcérale (colloques, séminaire, journées d'action ou de réflexion militantes) que j'ai pu observer au cours de l'enquête de terrain, les professionnels de terrain (soignants, travailleurs sociaux, militants) sont souvent présents ; en revanche, les représentants du ministère de la Santé sont très rarement présents aux événements auxquels assistent ceux de l'Administration pénitentiaire, et vice versa.

On peut réduire la construction du problème de l'hépatite C pour la santé publique à un problème de populations marginales, en grande partie toxicomanes en situation de précarité, auprès de qui les interventions de réduction des risques ont été relativement efficaces contre le VIH, mais lacunaires contre l'hépatite C. Dans le reste du monde cependant, le contexte est celui d'une mobilisation internationale pour la lutte contre les hépatites virales B et C, qui touchent les pays du Sud bien plus que les pays occidentaux.

---

[518] L'enquête en milieu hospitalier et en ville m'a permise de rassembler un corpus important de supports d'information, de soutien aux patients et de prévention primaire, secondaire et tertiaire, sous la forme de flyers, de livret, de publications et de lettres d'information. Leur publication date des années 1980 à nos jours et est assurée par plusieurs structures dont SOS Hépatites, l'Inpes et Hepatoweb.com sont les plus importantes. Je n'analyse pas en détail ces supports pour étayer le discours institutionnel sur la prise en charge de l'hépatite car il transparait clairement de l'analyse des pratiques et documentaire mobilisés dans les chapitres 2 puis 5 et 6. Cependant, pour une analyse de ce type de support dans le contexte australien, voir les premiers chapitres de : FRASER Suzanne et SEEAR Kate, *Making disease, making citizens*, *op. cit.*

[519] D'autres instances d'échanges sur la santé carcérale existent, comme les colloques « Santé-Justice » organisés par l'Ecole nationale de l'Administration pénitentiaire, les congrès des Unités de consultation et de soins ambulatoires ou des colloques sur la médecine pénitentiaires, auxquels j'ai assisté. La communication ou la circulation des acteurs entre ces instances est négligeable et les hépatites y sont rarement abordées avant 2012.

À partir des années 2010, on estime que près de 400 millions de personnes vivent avec l'un de ces virus dans le monde.

Les années 2010 sont ainsi un moment d'initiatives politiques majeures, dont la plus marquante (parmi les premières) est la résolution adoptée en mai 2010 par l'Assemblée mondiale pour la santé : elle dispose une série de mesures pour la prévention et le traitement des hépatites virales. L'une d'elles est la création de la journée mondiale des hépatites (les 28 juillet). Une autre est la création du programme mondial des hépatites au sein de l'Organisation mondiale de la santé[520]. Ce programme met en œuvre une très large enquête épidémiologique pour mesurer le fardeau mondial en termes d'infections par les virus B et C, qui donne lieu à une publication en 2013 recensant les estimations de prévalences et les politiques sanitaires[521]. Dans la continuité de cette dynamique, des représentants de l'OMS et près de 170 associations de patients se rassemblent et créent l'Alliance mondiale contre les hépatites, une organisation de plaidoyer pour des politiques sanitaires et sociales mondiales[522]. La consolidation et la production de données fiables sur les hépatites sont l'objectif principal du programme de l'OMS[523] et les premières recommandations de l'OMS concernant le dépistage, la prise en charge et le traitement des patients atteints d'une hépatite C paraissent en avril 2014[524]. La même année, d'autres organisations internationales comme Unitaid et le Fonds mondial intègrent les hépatites virales dans leur feuille de route[525].

Dans une atmosphère parfois qualifiée de « post-VIH », sur fond de discours triomphaliste sur le VIH, la cause des hépatites virales semble bénéficier d'un certain désengagement des organisations internationales vis-à-vis du VIH. Peut-être s'opère-t-il aussi aujourd'hui une certaine reconversion des acteurs, des institutions et des mobilisations militantes et de patients de la lutte contre le VIH pour celle contre les

---

[520] C'est Stefan Wiktor qui dirige ce programme de 2010 à 2015 : WIKTOR Stefan, « Programme de lutte contre les hépatites virales de l'Organisation mondiale de la Santé », Journée nationale de lutte contre les hépatites virales, Direction de la santé, Paris, 2013, http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan-_CR_colloqueH_patites30_mai_2013_VcorrF.pdf.

[521] « Global policy report on the prevention and control of viral hepatitis in WHO member states », OMS, 2013.

[522] WORLD HEPATITIS ALLIANCE, « Annual report and financial statement », Geneva, World Hepatitis Alliance, 2013 ; WORLD HEPATITIS ALLIANCE, « Our Story | World Hepatitis Alliance », *World Hepatitis Alliance*, http://www.worldhepatitisalliance.org/en/node/49, consulté le 24 novembre 2015.

[523] WIKTOR Stefan, « Programme de lutte contre les hépatites virales de l'Organisation mondiale de la Santé », *op. cit.*

[524] WORD HEALTH ORGANISATION, « Guidelines for the screening, care and treatment of persons with hepatitis C infection », Genève, World Health Organisation, 2014, http://www.who.int/hepatitis/publications/hepatitis-c-guidelines/en/, consulté le 25 novembre 2015.

[525] THE GLOBAL FUND, « Global Fund Financing of Hepatitis C Treatment Approved by the Board on 21 November 2014 », *The Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*, 2014, http://www.theglobalfund.org/Knowledge/Decisions/GF/B32/DP07, consulté le 25 novembre 2015 ; UNITAID, « UNITAID approves grants of 160 million », *Unitaid.org*, 2014, http://www.unitaid.org/en/resources/press-centre/releases/1352-unitaid-approves-grants-of-160-million.

hépatites virales, aux niveaux international et national. Cette conversion est notamment ancrée dans les expériences communes des séroprévalences au VIH et au VHC et du militantisme pour l'accès aux traitements équitables depuis les années 1990. L'exemple de la participation virulente des membres du TRT-5[526] aux événements scientifiques sur les hépatites ou des publications d'Act Up Paris sur les hépatites sont à ce titre remarquable. Cependant, cette conversion n'est pas homogène ni explicite, même si elle est plus remarquable en France que dans les pays du Sud, comme le Cameroun. D'ailleurs, une des différences entre les associations qui militent contre le VIH et contre les hépatites est que « les hépatites virales ne sont pas l'objet d'une mobilisation associative, ni des groupes de patients experts réunis autour d'une biosocialité[527], largement en raison de l'absence de traitement[528]. » Les hépatites virales sont en revanche à l'agenda de l'Agence nationale de la recherche pour le VIH/Sida et les hépatites virales (ANRS) depuis plusieurs décennies.

De cette deuxième phase de la mobilisation pour l'hépatite C en France et dans le monde, je retiens les éléments suivants : alors que les seuls traitements dispensés sont les combinaisons peu efficaces et difficilement supportées d'interféron et d'antiviral, la mobilisation nationale et internationale se consolide autour de la notion d'urgence sanitaire imminente, rendue visible par de nouvelles données épidémiologiques. Depuis les années 2010, les essais cliniques de combinaisons d'antiviraux, *pill only et* pangénotypiques, promettent des traitements plus efficaces, pour tous les sous-types de virus et moins pénibles pour les patients, encourageant les organisations internationales et les associations de scientifiques, de soignants et de patients à se mobiliser davantage. Ces nouveaux traitements dessinent ainsi les contours des prochaines politiques sanitaires et des initiatives pour la santé mondiale, dans un processus de pharmaceuticalisation de la santé publique déjà décrit pour le VIH.

Une pharmaceuticalisation en marche ?

La troisième phase de la mobilisation de la lutte contre l'hépatite C en France correspond à un tournant, non pas dans la mise à l'agenda de ce qui est depuis les années 2010 largement admise comme un problème, mais plutôt dans la nature des initiatives et des rapports entre les acteurs impliqués. Centrée sur les traitements, il semble que la mobilisation s'articule autour de rapports de pouvoir entre des acteurs

---

[526] Le TRT5 (« Traitements et Recherche Thérapeutique »), a été créée en 1992 pour étudier et militer contre les problèmes posés par le traitement et par la recherche sur le VIH : « TRT-5 - Groupe interassociatif traitements & recherche thérapeutique », http://trt-5.org/, consulté le 25 novembre 2015, 5 p.

[527] Rose N. et Novas C., « Biological citizenship », *Global Assemblages*, 2005, p. 439–463. (Cité dans Chabrol 2016:16)

[528] Chabrol Fanny, « Les paradoxes de la pharmaceuticalisation de la santé publique en Afrique: les hépatites virales au Cameroun dans le sillage du VIH / Sida », *art. cit.*

institutionnels, dont les ONG, et l'industrie pharmaceutique. Cette hypothèse de travail appelle à être étayée par des recherches empiriques car ce phénomène récent a fait l'objet de peu d'études de comparaison internationales.

La première condition de cette pharmaceuticalisation de la réponse à l'hépatite C est le succès des essais cliniques des deux premiers candidats, les molécules Sofosbuvir et Bocéprévir[529]. Il annonce les négociations[530] liées à l'autorisation de mise sur le marché de ces nouveaux traitements entre Gilead et le gouvernement français. Le prix des traitements est un point nodal des négociations. Début 2014, la France délivre ainsi une autorisation temporaire d'utilisation qui rend disponible le traitement de douze mois au Sofosbuvir sous le nom de *Sovaldi* pour un coût total d'environ 56 000 euros. En novembre 2014, l'accord est conclu entre Gilead et le Comité économique des produits de santé, pour un prix final de 41 000 euros par traitement.

Cet enchaînement est remarquablement plus court pour le Sofosbuvir que pour les molécules contre le VIH, pour lesquelles les mobilisations militantes et les partenariats entre chercheurs, médecins, institutionnels et industriels ont été laborieux. La mobilisation est plus rapide, mais aussi davantage tournée vers l'accès aux médicaments. À titre d'exemple, le projet lancé dès 2011 par l'ANRS, pour mener une recherche dans le cadre de l'autorisation temporaire d'utilisation du Sofosbuvir, et donc en partenariat avec des laboratoires, est le premier en son genre. Pour le directeur de l'ANRS : « Ce qui a été lancé avec les hépatites est un modèle à généraliser. Par rapport au VIH, c'est complètement accéléré pour le VHC[531]. »

Contrairement à la mobilisation contre le VIH, les ONG et les associations de patients atteints d'une hépatite C sont moins présentes dans les arènes françaises de débats et de prises de décision politique pour l'accès au traitement. Celles qui le sont portent un message d'accès équitable et raisonnable aux traitements. Leurs médias sont souvent des journées scientifiques et le plaidoyer, deux outils militants nés avec la lutte

---

[529] Il existe un grand nombre de molécules qui pourraient agir contre le virus de l'hépatite C, en inhibant les différentes étapes du cycle de vie du virus ; ces molécules sont à différents stades de développement (de la recherche fondamentale aux essais cliniques de phase I, II et III)

Au moment de la rédaction seuls trois traitements sont commercialisés et remboursés en France, par Gilead : le sofosbuvir (ou *Sovaldi*, en 2014, 41 000 euros/traitement) et la combinaison sofosbuvir/ledispavir (*Harvoni,* en 2015, 46 000 euros par traitement) ; et par le concurrent récent AbbVie : ombitasvir/paritaprévir/ritonavir (*Viekirax,* en 2015, 39 000 euros env. par traitement) et la combinaison ombitasvir/paritaprévir/ritonavir/dasabuvir (nécessaire aux génotypes 1, *Viekirax/Exvira*, en 2015, 41 000 euros env. par traitement)

[530] En 2011, le laboratoire Gilead Sciences rachète Pharmasset, la société qui a développé les molécules candidates aux essais cliniques pour le traitement de l'hépatite C par antiviraux (sans interféron). Gilead devient l'interlocuteur principal dans les négociations en France.

[531] Jean-François Delfraissy, intervenant à la table ronde de la Journée scientifique du TRT-5 et du Collectif Hépatite intitulée « Hépatite C : mieux anticiper les situations d'urgence - greffe du foie, co-infection, nouvelles molécules anti-VHC » en 2013, à la direction générale de la Santé à Paris.

contre le VIH/Sida. Ainsi, les journées annuelles du TRT-5 sont consacrées aux traitements contre le VHC et aux patients (co-)infectés depuis 2012[532]. En ce qui concerne le plaidoyer, les associations Médecins du Monde, SOS Hépatites et Aides se prononcent contre un prix jugé exorbitant dès 2013[533]. Arguant que les huit premiers mois d'autorisation temporaire d'utilisation (janvier-août 2014) ont coûté 440 millions d'euros à l'Assurance maladie, et que seuls les patients de stade avancé ne pourront recevoir le traitement, les associations dénoncent un prix insoutenable pour le système de santé et « un rationnement » du traitement aux patients les plus malades[534]. Dans la continuité, Médecins du Monde engage en 2015 un recours juridique auprès de l'Office européen des brevets contre Gilead. Cette action nouvelle dans la boîte à outils des ONG de cette envergure change la donne dans le paysage de la mobilisation contre le coût des médicaments[535]. L'objectif affiché est de contester l'innovation de la molécule, ce qui permettrait la production de génériques en France.

Le prix est aussi dénoncé par des acteurs institutionnels, comme l'ANRS, qui reprochent au ministère public d'avoir failli à sa mission politique de promouvoir un « juste prix. » Le directeur de l'ANRS s'interroge sur ce qui peut justifier un montant si élevé : « La fixation du prix de ces nouveaux traitements contre l'hépatite C relève d'une solide évaluation technique et surtout d'une décision politique. Le ministère français de la Santé doit porter le message du « juste prix » au niveau européen pour le faire partager au sein de l'Union[536]. » Des médecins s'expriment aussi, invoquant d'autres arguments de coût juste : « On demande aujourd'hui en quelque sorte au contribuable français, allemand, américain, japonais, de payer une deuxième fois le développement des nouveaux médicaments de l'hépatite C, par le biais de la couverture sociale. On peut légitimement se poser la question de l'absence de retour sur investissement pour les

---

532 « Journées annuelles - TRT-5 », http://www.trt-5.org/spip.php?rubrique7&debut_articles=5#pagination_articles, consulté le 8 décembre 2015.

533 MÉDECINS DU MONDE, « Médecins du Monde s'oppose au brevet sur le sofosbuvir », Paris, MdM, 2014, p. 12 ; BRUNO Spire, « Hépatite C: la guérison par tirage au sort? Cette très chère "révolution thérapeutique" », *L'Obs, le plus*, 20 octobre 2014, http://leplus.nouvelobs.com/contribution/1251160-hepatite-c-la-revolution-therapeutique-oui-mais-pas-a-ce-prix.html, consulté le 8 décembre 2015.

534 BIENVAULT Pierre, « Médecins du monde s'attaque au coût d'un médicament contre l'hépatite C », *La Croix*, http://www.la-croix.com/Actualite/France/Medecins-du-monde-s-attaque-au-cout-exorbitant-d-un-medicament-contre-l-hepatite-C-2015-02-10-1279102, consulté le 8 décembre 2015 ; BENKIMOUN Paul, « Conflit autour d'un traitement contre l'hépatite C », *Le Monde.fr*, 10 février 2015, http://www.lemonde.fr/planete/article/2015/02/10/conflit-autour-d-un-traitement-contre-l-hepatite-c_4573300_3244.html, consulté le 8 décembre 2015.

535 Echanges avec Pauline Londeix, consultante en plaidoyer et militante à Act Up (2016), autour de son rapport : LONDEIX Pauline, « Nouveaux traitements de l'hépatite C: stratégies pour atteindre l'accès universel », Paris, Médecins du Monde, 2014, p. 21.

536 « Eradiquer l'hépatite C », *art. cit.*

États qui ont financé l'ensemble des découvertes ayant mené à l'évolution thérapeutique actuelle...[537] »

Des scientifiques prennent aussi position, comme des économistes de la santé[538], analysant le « cas Sovaldi » comme un cas limite, à la fois éligible selon le critère de « service médical rendu » par la molécule dans le système français de gestion administrée des prix, mais aussi dévastateur pour le budget de l'assurance maladie[539]. Ce sont ces deux éléments qui expliquent que le seul recours des autorités ait été l'encadrement des dépenses (dont les effets sont le « rationnement » dénoncé par les militants). Mais ce choix court-termiste laisse présager un fardeau bien supérieur dans le long terme, si l'on tient compte du coût des hépatites non traitées[540].

Concernant le milieu plus circonscrit de la prison, la mobilisation pour l'hépatite C des professionnels (de santé essentiellement) est assez marginale, comme il en a déjà été question dans la première partie de ce chapitre. La question du coût des traitements interpelle certains de ces acteurs, notamment les médecins responsables d'unité sanitaire des maisons d'arrêt des régions du Languedoc-Roussillon et d'Ile-de-France, et la direction générale de la Santé[541] ainsi que d'autres acteurs du champ de la toxicomanie réunis aux Rencontres parlementaires sur l'hépatite C[542].

Dans d'autres contextes nationaux plus dépendants de la mobilisation pour la santé globale, les négociations s'inscrivent dans d'autres arènes et sont menées par d'autres

---

537 Jean-Michel Pawlotsky est professeur de médecine à l'hôpital Henri-Mondor/Université Paris Est, Créteil et président du CSS4 de l'ANRS. PAWLOTSKY Jean-Michel, « ANRS - Clinique - Actualités - 3 questions posées à Jean-Michel Pawlotsky », 3 mars 2014, http://anrs.fr/Hepatites-virales-B-et-C/Clinique/Actualites/3-questions-posees-a-Jean-Michel-Pawlotsky, consulté le 12 mars 2014.

Jean-François Delfraissy est directeur de l'ANRS. « Eradiquer l'hépatite C », *art. cit.*

538 Les publications de sociologie sont encore peu nombreuses au sujet des brevets et des génériques pour le traitement de l'hépatite C, comme l'indique M. Cassier au colloque de la Société de pathologie exotique en 2015, dans une communication intitulée « L'accès aux antiviraux contre les hépatites dans les pays à bas et moyens revenus : produire localement des génériques », à l'Institut Pasteur à Paris. Voir l'intervention de Gaëlle Krikorian intitulée « Prix des nouveaux médicaments, quelle logique ? » à la Conférence-débat de la Pilule d'Or Prescrire en 2015, en ligne :

http://www.prescrire.org/Docu/DownloadDocu/PDFs/PiluledOr2015_Krikorian.pdf

539 LE PEN Claude, « Sovaldi: le prix des médicaments n'est pas le seul critère », *Le Monde.fr*, 15 octobre 2014, http://www.lemonde.fr/idees/article/2014/10/15/sovaldi-le-prix-des-medicaments-n-est-pas-le-seul-critere_4506583_3232.html, consulté le 8 décembre 2015.

540 THE LANCET, « Editorial - Hepatitis C: cost of lost opportunities », *The Lancet* 386 (10007), novembre 2015, p. 1917.

541 Entre autres : les congrès nationaux des Ucsa, les journées nationales pour la lutte contre les hépatites déjà référencées ici, ou BARBIER Christine, « Résultats préliminaires de l'enquête Prévacar », *op. cit.*

542 Voir les interventions de Joaquim Pueyo (député de l'Orme, ancien directeur pénitentiaire) , André-Jean Rémy (médecin responsable de l'unité sanitaire de la maison d'arrêt de Gradignan) et Elisabeth Avril (médecin responsable du Bus Méthadone de l'association Gaïa/Médecins du Monde) : « Actes 2es Rencontres parlementaires sur l'Hépatite C du 27 mai 2014 », Hépatite C, un tournant décisif, Chimie Paris, 08:10:24 UTC, http://fr.slideshare.net/soshepatites/actes-journe-parlementaire-hpatite-c-du-26-mai-2014, consulté le 8 décembre 2015.

acteurs, que cette recherche n'aborde pas en détail[543]. Je rappelle cependant que les situations égyptienne et camerounaise ont fait l'objet d'études plus avancées en sciences sociales, en cours de publication[544]. Je note aussi qu'un plus grand nombre de pays de Sud pourront bénéficier de traitements significativement moins chers (100-250 US$ par traitement de douze semaines) dans les quinze prochaines années[545].

Troisième phase du processus de mobilisation contre les hépatites, ces cinq dernières années ont vu en France un resserrement des leviers d'actions de santé publique dans la lutte contre le VHC : les réponses sanitaires sont aujourd'hui essentiellement tournées vers l'accès au médicament, dans un processus de pharmaceuticalisation qui tend à faire du médicament un outil technique d'intervention dépourvu de contexte social. On voit ainsi s'amenuiser les financements des dispositifs de lutte contre les infections par la réduction des risques, des interventions plus sociales que médicales, dans un contexte de croissance exponentielle du budget de l'assurance maladie pour le remboursement du *Sovaldi* et du *Viekirax*. Les effets sur l'exacerbation des inégalités sociales de santé pourraient être conséquents. Dans ce contexte de priorisation des malades en stade avancé pour le remboursement des traitements, on pressent des conséquences délétères pour les patients en situation précaire, déjà éloignés du système de soins[546]. On l'a dit plus tôt, J. Biehl décrit la situation sociale des personnes vivant avec le VIH les plus démunies au Brésil comme étant largement inchangée par la politique d'accès universelle aux ARV, qui délivre des médicaments sans aucun autre soin ou produit de santé, à des populations pauvres et souffrant de plusieurs pathologies somatiques et sociales.

Les pathologies et les traitements liés au VIH et au VHC semblent ainsi faire exception dans la crise confinée de la santé carcérale en France. L'hypothèse de la pharmaceuticalisation des initiatives de lutte contre l'épidémie de VHC peut suggérer un registre de réponse à ce problème public. L'observation en services de santé montre que le traitement reste la réponse principale au diagnostic de l'hépatite C de personnes

---

543 Pour approfondir, voir la thèse de doctorat de G. Krikorian sur les accords de libre-échange et le rôle des mouvements militants au Maroc, en Thailande et aux Etats-Unis, intitulée « La propriété ou la vie ? Économies morales, actions collective et politiques du médicament dans la négociation d'accords de libre-échange. Maroc, Thaïlande, Etats-Unis », soutenue le 10 janvier 2014 à l'EHESS sous la direction de Didier Fassin.

544 Je pense ici aux travaux de Fanny Chabrol, d'Anne-Marie Moulin et de Maurice Cassier notamment, cités plus tôt.

545 HILL Andrew *et al.*, « Minimum Costs for Producing Hepatitis C Direct-Acting Antivirals for Use in Large-Scale Treatment Access Programs in Developing Countries », *Clinical Infectious Diseases* 58 (7), 2014, p. 928-936.

546 La situation de cette politique sanitaire est en évolution au moment de l'écriture, laissant pressentir, ou du moins espérer, un changement de position du gouvernement sur la question de l'accès universel et du remboursement des traitements contre le VHC pour tous les patients, quelque soit le stade de leur infection. Une telle précision permettrait aux Unités sanitaires en détention de prescrire ces traitements sans contraintes de coûts.

détenues ou sortant de prison. Les ressources hospitalières s'amenuisent et les interventions d'éducation thérapeutique, d'éducation à la santé ou de prévention de la transmission se font rares en maison d'arrêt.

Il apparaît en filigrane dans cette description de la pharmaceuticalisation de la lutte contre les hépatites en France, que cette mobilisation est clairement inscrite dans le sillage de la lutte contre le VIH/Sida. On y retrouve des acteurs et des professionnels présents et investis dans la lutte contre le VIH/Sida, œuvrant dans des institutions et des dispositifs médicosociaux créés pour y répondre comme l'ANRS ou le TRT-5, ou dans des institutions organisées à leur image, comme le programme de l'OMS pour les hépatites virales. D'un point de vue épidémiologique, les populations vulnérables identifiées comme les cibles d'intervention pour la lutte contre l'hépatite C, les usagers de drogues par exemple, se recoupent avec celles créées lors de celles contre le VIH. L'importance de la co-infection dans les réponses sanitaires, le plaidoyer et les débats est d'ailleurs surprenante car le nombre de patients co-infectés est assez faible comparé au nombre de patients mono-infectés. Pour qualifier le moment charnière de la mise sur le marché d'antiviraux contre les hépatites, P. Farmer parle même de « moment 1996 », en référence à la mise sur le marché des premiers traitements contre le VIH : « *Today, the world faces a "1996 moment" in the fight against hepatitis C*[547]. » Dans sa recherche sur les hépatites au Cameroun et dans les instances internationales de la santé globale, F. Chabrol rapporte ainsi que plusieurs de ses interlocuteurs lui disent dès 2012 que : « l'hépatite C, c'est le VIH il y a 15 ou 20 ans[548]. »

C'est dans cette perspective qu'est proposée la deuxième hypothèse de travail de ce chapitre, selon laquelle la mobilisation pour la lutte contre les hépatites C va croissante, dans le sillage de la mobilisation contre le VIH/Sida. Cette interprétation demande à être discutée et étayée : ma recherche entend y contribuer quelques éléments, mais d'autres discussions plus conséquentes restent à venir dans le champ émergeant de la socioanthropologie des hépatites virales. Les acteurs institutionnels et militants investissent les outils éprouvés par la seconde pour maintenir la place du VIH/Sida dans l'espace public, mais aussi pour faire une place aux hépatites virales. Deux de ces outils sont l'échange scientifique entre professionnels et patients et l'investissement dans la recherche. Si la santé postcarcérale n'est pas un problème public fédérateur, celui du VIH

---

[547] "*Today, the world faces a "1996 moment" in the fight against hepatitis C. As in 1996, highly effective new therapies are coming online. Regimens containing the new polymerase inhibitor sofosbuvir, in particular, have the potential to cure more than 90 percent of patients with common strains of the virus after just 12 to 24 weeks of once-daily pills. But is there a plan that can link funding to delivery for those living in poverty?"* FARMER Paul, « The global AIDS response can help in fighting hepatitis C », *art. cit.*

[548] CHABROL Fanny et HAGÈGE Meoïn, « La prise en charge du VIH et de l'hépatite C en France et au Cameroun: regards croisés sur l'enquête et sur l'infection chronique grave », Séminaire « Autour du cancer, enquêter sur la maladie grave », Ecole des hautes études en sciences sociales, Paris, 2014.

et du VHC l'est un peu plus, dans la mesure où les dispositifs de réponse sont déjà mis en place et éprouvés. C'est dans ce cadre institutionnel que se situe la recherche, financée par deux de ces acteurs de la lutte contre le VIH.

Une enquête inscrite dans des attentes militantes situées

C'est au titre de la lutte contre le VIH/Sida que ce travail de thèse a été financé d'abord par Sidaction puis par l'ANRS. Bailleur important de la recherche sur le VIH/Sida en France, l'association Sidaction priorise le milieu carcéral, où les prévalences sont très élevées et les interventions de prévention et de réduction des risques sont rares, difficiles et peu efficaces. C'est ainsi que deux thèses en sciences humaines et sociales sont financées en 2010, puis une recherche postdoctorale en 2014 et enfin une troisième thèse en 2016, sur le problème particulier que pose le VIH à la sortie de prison. Prolongé par l'ANRS, le financement du travail de thèse reste justifié aux yeux des bailleurs par le besoin de mieux comprendre les facteurs d'interruption de prise en charge, ou de perdus-de-vue, après le traitement en détention. Ces priorités sont confirmées par les points de vue de professionnels de terrain, souvent médecins, qui insistent sur les difficultés rencontrées dans le soin et le suivi des sortants de prison[549]. Cette question est difficilement appréhendée par les sciences de la vie ou la recherche médicale, pourtant très engagées dans l'amélioration de l'observance et la réduction des risques de développement de résistances au virus. Dans ce paradigme biomédical, c'est aussi l'entrée par les populations vulnérables ou dites « difficiles à joindre » qui est privilégiée par les bailleurs, et les détenus sont une population cible encore peu étudiée. Voici deux éléments structurels des attentes des bailleurs de la recherche.

Le financement de la recherche par ces deux instances a facilité l'inclusion des espaces de travail interprofessionnel sur la santé carcérale dans l'enquête de terrain[550]. Ainsi, j'ai participé aux réunions du groupe Experts de la mission Milieu carcéral de Sidaction et présenté mes travaux au groupe de travail sur le milieu carcéral de l'ANRS. Le premier groupe est un espace d'échanges de pratiques et de préparation d'événements d'information et de plaidoyer, qui vise à informer les actions de la mission sur le milieu carcérale. Les professionnels qui s'y retrouvent exercent une diversité de professions du médicosocial, dans ou autour des établissements pénitentiaires de la métropole. Le second est un groupe de travail plus ciblé sur les projets de recherche des participants,

[549] Ces professionnels se rencontrent dans plusieurs arènes d'échanges de pratiques et de formalisation de plaidoyer et de recommandations, dont les groupes de travail de l'ANRS, de soutien à la mission Milieu carcéral de Sidaction, le Corevih (Comité de coordination régionale de la lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine), *etc.*, dont il sera plus longuement question dans la partie III.

[550] Ce point est approfondi dans le chapitre 3, dans la présentation de l'enquête par observation auprès des professionnels.

plus fréquemment médecins ou chercheurs. Plus explicite dans le premier que dans le second, l'engagement est ancré dans le souhait d'améliorer la condition sanitaire et sociale des personnes détenues, mais aussi leurs conditions de travail au quotidien, dans ce qui s'apparente à de la formation continue et d'échange de pratiques convivial. Les présentations de l'avancement de mes travaux au cours des cinq premières années ont été des moments de retour et de restitution, mais aussi de rappel du cadre militant et engagé de la recherche. Il n'a jamais été question de censure ou d'influence inconvenante sur ma recherche, mais les connaissances que l'on me demandait de produire devaient savoir informer et éclairer le plaidoyer de Sidaction d'un côté, et participer à réduire le problème médical de l'interruption de traitement et du non-recours aux soins, de l'autre.

Les attentes de la recherche sont ainsi ancrées à la fois dans un registre militant, une nécessité opérationnelle et un cadre de référence biomédical, éclairé par un point de vue de professionnels de terrain. En situant le point nodal du problème sur l'interruption de suivi après la sortie, la question de ces attentes part d'un présupposé : en détention, les détenus peuvent être suivis, dépistés, suivis, observants et soignés, mais à la sortie, ils doivent exercer responsabilité et autonomie pour solliciter le système de soins et poursuivre d'eux-mêmes leur suivi médical. La question repose ainsi sur une opposition entre dedans et dehors, non pas en termes d'offre de soins, mais en termes de gouvernement des corps. Sont ainsi opposés d'un côté, le patient captif, pris en charge en tant qu'élément de la population détenue, disponible, mais contraint d'accepter les modalités de soins disponibles en détention, et de l'autre, le patient sorti de prison, libre, responsable de son parcours de santé, et autonome face aux choix proposés par le système de santé – et donc libre de les refuser.

Certains éléments empiriques issus de la recherche vont dans le sens de cette dichotomie entre contrainte et responsabilisation. On sait par exemple qu'en détention, le patient captif est enjoint à être disponible au soin et à la prise en charge, un processus au cours duquel sa marge de manœuvre est limitée. En milieu carcéral, le patient n'est pas libre de choisir son médecin, son infirmière ou ses rendez-vous. Il lui est aussi particulièrement difficile de maîtriser l'influence de sa séropositivité sur sa vie quotidienne, tant le secret est difficile à protéger et la stigmatisation importante. Autrement dit, ces éléments concourent faire de la contrainte un principe structurant de l'expérience de prise en charge médicale en détention. À l'opposé, en ville et à l'hôpital, le patient se doit d'être responsable de son parcours de santé et autonome dans son choix et ses manières de solliciter le système de santé et d'aide sociale.

Cependant, d'autres éléments empiriques contredisent cette interprétation qui oppose dedans et dehors, médecine populationnelle et « nouvelle santé publique » dans la question telle qu'elle est posée au début de l'enquête de terrain. En s'appuyant sur les

pratiques et les trajectoires des détenus décrites dans la partie III, la partie IV montre que le gouvernement des corps malades en détention ne relève pas simplement de la contrainte, et que celui des corps des sortants de prison ne relève pas simplement de la responsabilisation. Pour introduire cette discussion à venir, les dernières pages de cette partie I développent les principes de la « nouvelle santé publique » et les ressorts du gouvernement des corps contemporains, au sens développé notamment dans l'ouvrage dirigé par D. Memmi et D. Fassin, en ce qu'ils expliquent les attentes du système de santé vis-à-vis de patients dits vulnérables, comme les sortants de prison.

Gouverner les malades après la prison

Loin des débats sur le milieu carcéral, à partir des années 1970, la « nouvelle santé publique » est invoquée en référence aux corpus de travaux de recherche et de politiques publiques anglo-saxons, qui font de l'individu, ou plus précisément de ses comportements, le levier de la lutte contre certaines pathologies[551]. Entre idéologie et pratiques, ces initiatives de santé ciblent les comportements dits « à risque » pour faire de l'individu, l'agent responsable à la fois de l'évolution de son état de santé et de la préservation la santé, érigée en bien commun. Les acteurs sociosanitaires de la nouvelle santé publique œuvrent en principe pour une gestion rationnelle des risques par l'individu, dans une entreprise normative, qui proscrit ou prescrit des habitudes de vie[552]. L'usager, personne « normale » et responsable de ses propres actions, a une place centrale dans la « culture de santé publique. » Pour l'anthropologie critique, cette culture n'est pas un objet politique tangible, en soi, mais plutôt un objet caractérisé par sa dimension rhétorique et pragmatique[553]. Autrement dit, la santé publique se définit difficilement *a priori*, tant elle est caractérisée par ce qu'elle énonce et ce qu'elle annonce, et par ses ajustements pratiques avec les contraintes de terrain. L'acceptabilité de ces incursions dans le quotidien et l'intime dépend de deux conditions préalables : « d'abord, le développement des politiques néolibérales dans des États-providence qui feront de la santé le lieu d'ancrage d'un projet politique et d'un projet de société ; ensuite, l'émergence d'un citoyen narcissique postmoderne tout entier dédié à une éthique du

[551] Les travaux d'anthropologie critique font mention de ces deux repères, dans la littérature sur la nouvelle santé publique : Ashton J & Seymour H (1988) "The new public health" Milton Keynes GB: Open university Press et Alan Petersen et Deborah Lupton, The New Public Health. Health and Self in the Age of Risk, Londres, Sage Publications, 1996

[552] MASSÉ Raymond, « La santé publique comme projet politique et projet individuel », *in* HOURS Bernard (dir.)., *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie.*, Paris, Karthala, 2001, p. 44-45.

[553] FASSIN Didier, « Au coeur de la cité salubre. La santé publique entre les mots et les choses », *in* DOZON, JEAN-PIERRE et FASSIN Didier (dir.), *Critique de la santé publique: une approche anthropologique*, Paris, Balland, 2001, p. 47-62.

bien-être, vulnérable face au processus de construction socioculturelle du « blâme sanitaire » et qui fera de la promotion de sa santé et du salut sanitaire un projet individuel de vie[554]. »

Dans ce contexte libéral et cette évolution vers l'individualisation des interventions de santé publique, l'épidémiologie et l'action publique ont traduit cette centralité de l'individu, levier du changement sanitaire, en catégories d'intervention ciblée, d'abord dits « groupes à risque » puis « populations vulnérables », « populations les plus à risque » ou plus récemment « populations clé. » L'approche par les temporalités privilégiée dans l'enquête permet de pallier une des limites de cette approche par la catégorisation, qui est celle du glissement de ces catégories de pratiques (à risque) en catégories identitaires. Par exemple, les catégories, « toxicomanes » ou « MSM[555] », facilitent certainement les interventions, mais, en rapprochant pratiques et identités, gomment les hétérogénéités sociales et de parcours qui les caractérisent le mieux, ou tout du moins, le plus finement. L'approche sociologique par les parcours permet de restituer cette complexité, et de se défaire d'une analyse centrée sur l'évaluation du risque et un cadre probabiliste d'analyse des choix individuels, piliers des approches de santé publique. C'est pour contribuer à une compréhension moins présentiste des pratiques, que les parcours de santé et les biographies des sortants de prison séropositifs sont placés au centre de la recherche. Par une explicitation des conditions structurelles dans lesquelles évoluent les sortants de prison, on pourra aller au-delà du paradigme biomédical de l'épidémiologie et expliquer, par exemple, que les détenus ne deviennent pas « vulnérables » au moment où ils entrent en détention, mais que pour certains d'entre eux, la précarisation est un processus long, engagé en amont.

Pour en revenir au « gouvernement des corps » détenus et malades, on retient deux processus à l'œuvre dans les technologies gouvernementales mises en œuvre par les acteurs du médicosocial[556]. Ces processus permettent d'éclairer le statut particulier des détenus et des sortants de prison dans les prises en charge hospitalières ou socioéducatives, abordées plus en détail dans les chapitres 5 et 6. Le premier concerne les formes d'obligation d'intérioriser la norme, en termes de comportements corporels. Cette normalisation des modes de vie, qui remplace progressivement la contrainte légale, se fait par l'individu et sur lui-même, « permettant à l'individu de décider lui-même de la meilleure manière de s'administrer – et de protéger sa santé, de contrôler sa reproduction, de construire sa vie, de choisir sa mort. Le rapport de soi à soi et de soi aux

---

554 MASSÉ Raymond, « La santé publique comme projet politique et projet individuel », *art. cit.*, p. 45.

555 MSM : *Men who have sex with men*, soit hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

556 FASSIN Didier et MEMMI Dominique, « Introduction », *in* FASSIN Didier et MEMMI Dominique (dir.), *Le gouvernement des corps*, Paris, Editions de l'EHESS, 2004, p. 24-25.

autres, fait d'auto-examen et de respect de la différence, devient l'ordinaire de la bonne conduite. Gouverner, c'est faire que chacun se gouverne au mieux lui-même. » Les déviants, qui ne répondent pas à cette injonction à intérioriser la norme de manière autonome[557], font en revanche l'objet de sanction et de peine. L'autonomie des individus est un principe structurant dans la dispensation de l'aide sociale, qui s'accompagne aujourd'hui par une contractualisation de l'aide, au détriment d'un accès à l'aide comme droit[558].

Le second processus relève de l'individualisation du traitement social de la pauvreté et de la déviance, en complément d'interventions populationnelles existantes. Comme le discours politique contemporain sur « l'individualisation de la peine », qui revendique un traitement particulier et adapté aux besoins et aux passages à l'acte de chaque justiciable : « s'est développé un traitement des individus que l'on prétend adapter aux particularités de chacun, de chaque histoire, de chaque problématique. Le cas par cas devient un mode de gestion aussi bien des pauvres ou des étrangers que des malades ou des déviants[559]. »

Cette approche individuelle est rendue possible par une injonction biographique à se raconter au professionnel, faisant du récit de vie un mode privilégié de l'accès aux ressources de l'aide sociale[560]. Dans un champ par ailleurs décrit comme traversé par un processus de psychologisation de l'intervention auprès des classes les plus dominées, les registres de présentation de soi doivent relever non seulement du biographique, mais aussi du pathétique, avec une place prépondérante accordée aux affects liés au malheur[561]. Les chapitres 6, 7 et 8 montrent que la prise en charge des détenus et des sortants de prison ne relève pas exclusivement de cette injonction à l'autonomie et à la prise en charge de soi, le parcours institutionnel des sortants étant parfois infléchi par la contrainte et la conditionnalité des ressources.

Les modes de prises en charge des individus demandeurs d'aide sociale sont le produit de processus sociaux qui structurent le traitement social de la pauvreté. Les personnes détenues appartiennent en grande partie aux classes populaires – et la description démographique des groupes de détenus qui ont participé à l'enquête[562]

---

557 DUVOUX Nicolas, *L'injonction à l'autonomie: l'expérience vécue des politiques d'insertion*, Thèse de doctorat, France, École doctorale de l'École des hautes études en sciences sociales, 2008.

558 DUVOUX Nicolas, *L'autonomie des assistés: sociologie des politiques d'insertion*, 1 vol., Paris, Presses universitaires de France, 2009.

559 FASSIN Didier et MEMMI Dominique, « Introduction », *art. cit.*, p. 25.

560 ASTIER Isabelle et DUVOUX Nicolas, *La société biographique: une injonction à vivre dignement*, Paris, L'Harmattan, 2006.

561 FASSIN Didier, *Des maux indicibles: Sociologie des lieux d'écoute*, Paris, La Découverte, 2004, p. 184-185.

562 Voir la partie IV.

appuie cette caractéristique bien connue[563] du recrutement social de l'institution pénale. Un des processus sociaux qui peut expliquer les situations sociales de dénuement est la désaffiliation – et les prochains chapitres y reviennent régulièrement pour expliquer les trajectoires des sortants et leur confrontation aux institutions dont ils dépendent à la sortie. À l'exclusion[564], notion peu praticable pour l'analyse sociologique[565], on préfère celle de désaffiliation[566]. Elle permet de dépasser la description « d'états de dépossession » pour qualifier les sortants de prison démunis et de s'interroger sur les mécanismes qui peuvent produire ces situations sociales en marge. Les sortants d'institution totale qui ont peu de soutien de leurs proches et peu de protection sociale par le travail manquent, pour reprendre les termes de R. Castel, d'affiliation, ou d'intégration sociale par le travail, et de filiation, d'insertion sociofamiliale. Ce manque de protection contre les risques sociaux par les collectifs de travail, ou « désaffiliation », caractérise un grand nombre des parcours de cette recherche, comme le montre le chapitre 5.

Sous-jacent à ces principes d'autonomisation et de responsabilisation, est la référence, par ailleurs souvent revendiquée des professionnels, à l'*empowerment* des individus les plus démunis grâce à l'intervention sociale. Le cas particulier, mais récurrent sur le terrain[567], de la prise en charge des usagers de drogues en situation de précarité, illustre comment les notions d'adaptation, d'individualisation et de responsabilisation s'accordent dans les pratiques des professionnels et les ajustements des usagers, pour engager un accès aux soins et aux droits des plus désaffiliés.

Le cas du traitement social de la toxicomanie

Thème récurrent dans la recherche tant le nombre de détenus ayant été traités pour une addiction est important, la prise en charge de la toxicomanie a connu un tournant majeur depuis les années 1990, avec l'institutionnalisation progressive de la politique dite de réduction des risques liés à l'usage de drogues[568]. S'interroger sur les prises en charge de l'addiction et les expériences des détenus et sortants dépendants permet

[563] WACQUANT Loïc, *Punir les Pauvres*, *op. cit.*

[564] PAUGAM Serge (dir.)., *L'exclusion, l'état des savoirs*, Paris, Ed. La Découverte, 1996.

[565] CASTEL Robert, « Les pièges de l'exclusion », *Lien social et Politiques* (34), 1995, p. 13–21 ; MESSU Michel, « L'exclusion: une catégorisation sans objet », *Genèses* 27 (1), 1997, p. 147-161.

[566] CASTEL Robert, « De l'indigence à l'exclusion, la désaffiliation. Précarité du travail et vulnérabilité relationnelle », *Face à l'exclusion. Le modèle français*, 1991, p. 137–168.

[567] Les détenus rencontrés pendant l'enquête font fréquemment état d'une prise en charge sanitaire et sociale d'un usage de produits psychoactifs jugés problématique, souvent de longue durée et discontinue.

[568] HUDEBINE Hervé, « L'impact des héritages et des sensibilités sur les politiques de la drogue », *in* DOZON Jean-Pierre et FASSIN Didier (dir.), *Critique de la santé publique: une approche anthropologique*, Paris, Ed. Balland, 2001, p. 145-159.

d'illustrer les enjeux de soins et de responsabilisation, y compris dans leur dimension morale, qui structurent leurs trajectoires de santé.

Par ce tournant, la santé publique reconnait une deuxième orientation dans le traitement de la toxicomanie, qui à la fois s'oppose et se pratique à proximité de dispositifs d'approches traditionnelles par le sevrage et l'abstinence des usagers de drogues illicites[569]. Les politiques de réduction des risques restent de l'ordre de la nouvelle santé publique, en ce qu'elles jouent sur la responsabilité individuelle : « La Réduction des risques fait (...) le pari que les toxicomanes, les usagers de drogues, sont responsables, autonomes, et pour peu qu'ils soient bien informés sur les risques, capables de prendre en main leur santé[570]. » Parce que l'individu usager de la réduction des risques doit être autonome, il court le risque d'être « atomisé » pour H. Bergeron, c'est-à-dire perçu par la santé publique comme détaché et indépendant de son milieu social, et « pensé comme relativement égal d'un point de vie socioéconomique[571] ».

Les détenus les plus âgés rencontrés pendant l'enquête font le récit d'un traitement médical et institutionnel particulièrement rude et sourd aux souffrances et spécificités de l'expérience toxicomaniaque des années 1980-1990. En milieu carcéral, on pratique le sevrage « à la dure » ou le traitement symptomatique du manque par « les fioles[572] », jusque dans les années 1990. Progressivement, les dispositifs dits de réduction des risques se mettent en place en ville, localement[573] puis sur le territoire national ; ces dispositifs parviennent à réduire les overdoses et des transmissions du VIH et, dans une moindre mesure, du VHC[574]. Le principe structurant de ces interventions est la hiérarchisation du risque[575], qui détermine les objectifs des professionnels en termes de modification des comportements de consommation : les infections transmissibles par le partage de matériel d'injection de drogues étant plus dangereuses que l'usage lui-même, il convient de prévenir les risques liés à l'injection avant de travailler à la consommation contrôlée ou à l'abstinence.

---

569 BERGERON Henri, *L'état et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française*, Paris, Presses Universitaires de France, 2000.

570 BERGERON Henri, « Nouvelle santé publique et individualisation », *Prospective jeunesse* (59), 2011, p. 14.

571 *Ibid.*

572 Des solutions buvables de médicaments psychoactifs anxiolytiques ou somnifères, non étiquetées, sur lesquels les détenus n'ont aucune prise ni information au-delà des effets analgésiques et assommants. Les fioles servent à traiter le manque mais sans prise sur le dosage, les détenus disent « passe[r] leur détention à dormir » ou à être « des zombies pendant toute la peine. »

573 LOVELL Anne et FERONI Isabelle, « Sida-toxicomanie. Un objet hybride de la nouvelle santé publique », *in* FASSIN Didier (dir.)., *Les figures urbaines de la santé publique: enquête sur des expériences locales*, Paris, La Découverte, 1998, p. 203-238.

574 JAUFFRET-ROUSTIDE Marie *et al.*, « Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004 », *art. cit.*

575 COPPEL Anne, *Peut-on civiliser les drogues? De la guerre à la drogue à la réduction des risques.*, Paris, La Découverte, 2002.

En revanche, en détention, les interventions se restreignent fréquemment au traitement de substitution aux opiacés[576]. En France et dans le monde, les stratégies non médicamenteuses sont rares[577]. En maisons d'arrêt, la prise en charge de la toxicomanie se décline, comme dans le milieu ouvert, autour de l'opposition entre punition et soin. Au titre de délinquants malades, les toxicomanes y sont pris en charge par la psychiatrie via le traitement de substitution aux opiacés et par la justice via un enfermement qui se veut thérapeutique. L'objectif affiché est la transformation d'une dépendance et un mode de vie jugés problématique en un projet de vie et de soins crédibles vers « l'insertion. » En pratique, les acteurs professionnels et détenus construisent des relations empreintes de la méfiance carcérale structurelle, mentionnée dans le chapitre 1, délétère pour la formation de rapports thérapeutiques fonctionnels. En conséquence, « à travers les formes d'adaptations secondaires (…), ils ont la possibilité de s'écarter du rôle et du personnage que la prison leur affecte pour préserver un peu d'espace privé, mais ces activités clandestines n'en sont pas moins moralement éprouvantes et civiquement désastreuses (…), d'autant qu'elles perdurent bien souvent au sortir de prison (mensonge, manipulation, activités illicites) en compromettant toute forme de réinsertion[578]. »

Les usagers de drogues incarcérés connaissent souvent les dispositifs de réduction des risques et, plus largement, l'offre de l'aide sociale en ville et en détention. Comme un grand nombre de guichets ciblés vers les populations les plus démunies, ils sont traversés par un principe de dispensation qui relève de l'injonction à l'autonomie. « L'objectif de nombreuses politiques sociales, des politiques de l'emploi ou encore de formation est d'accompagner les individus afin de leur donner les moyens de se maintenir en état, de demeurer actifs ou de le redevenir. L'accompagnement est le signe de resurgissement de l'individu et, avec lui, la notion d'utilité sociale. (…) on exige des personnes qu'elles s'activent, qu'elles revendiquent leur identité, leur appartenance. Elles deviennent parties prenantes dans la définition de la cible que vise le dispositif d'intervention. Voici le public promu usager, partenaire, contractant, en un mot : responsable[579]. » Cette injonction prend une forme particulière en prison, comme on le verra dans la partie III, où nombre de ces outils de réduction des risques sont interdits, comme l'échange de seringues.

---

576 MICHEL Laurent *et al.*, « Limited access to HIV prevention in French prisons (ANRS PRI2DE) », *art. cit.*

577 OBRADOVIC Ivana, « Programmes d'échange de seringues en milieu pénitentiaire. Revue internationale des expériences », *Psychotropes* 19 (3), 2014, p. 173–195.

578 FERNANDEZ Fabrice, « Contrôler la toxicomanie en maison d'arrêt: punir pour mieux soigner. », *art. cit.*, p. 183.

579 ASTIER Isabelle, « Les transformations de la relation d'aide dans l'intervention sociale », *Informations Sociales* (2), 2009, p. 52-58.

Ce principe se décline donc aussi dans les interventions de réductions de risques dites de bas seuil, c'est-à-dire où les conditions d'entrées dans la file active sont minimes (et surtout n'incluent pas l'abstinence des usagers demandeurs de soins ou de ressources). F. Fernandez montre ainsi que, pour les usagers de droguesen grande précarité du quartier populaire de la Goutte d'Or à Paris, l'objectif de responsabilisation crée des tensions entre les valeurs morales portées par les politiques et les professionnels de la réduction des risques d'un côté et celles portées par les usagers de l'autre[580]. En insistant sur les nécessités sanitaires, voire humanitaires, d'une consommation à moindre risque (notamment infectieux), les tenants de la réduction des risques s'engagent dans de nouveaux modes de contrôle de l'usage, en instaurant des normes et des valeurs de jugement de la normalité des usagers et de leur volonté à changer leur mode de vie[581].

Conclusion

Dans ce chapitre, on a montré que la santé carcérale est problématique, mais, ne suscitant pas de réponse significative de la part des institutions ou de la société civile, ce problème public correspond à la catégorie sociologique de crise confinée. En revanche, les épidémies de VIH puis de VHC sont rapidement construites comme des crises sanitaires, qui mobilisent les malades et les professionnels et qui en appellent à la responsabilité de l'État. Le soutien pour mon travail de recherche émerge de cette mobilisation pour le VIH et les hépatites, dans un milieu carcéral particulièrement difficile à influencer du point de vue de la santé publique. L'attente des bailleurs est ancrée dans une urgence militante : améliorer la santé des personnes détenues atteintes du VIH ou d'une hépatite C. Cette demande est inscrite dans un ensemble de principes d'interventions relevant de la nouvelle santé publique, où la responsabilisation de l'individu devient le mode prédominant du gouvernement des corps détenus et sortants.

Ces éléments de cadrage de l'enquête présentés dans ce chapitre 2 ont permis d'introduire quatre ensembles de questions qui guident la recherche, et auxquelles les parties suivantes répondent :

De quelles manières les rapports sociaux de race/ethnicité à l'œuvre dans les parcours de santé des sortants s'articulent-ils aux autres registres de domination ? Une lecture postcoloniale du milieu carcéral (c'est-à-dire en lien avec les effets de l'occupation coloniale sur la composition de la population carcérale) permet-elle de reposer les

[580] FERNANDEZ Fabrice, « «Responsables de quoi?» », *in* FASSIN Didier (dir.)., *Economies morales contemporaines*, Paris, 2012, p. 355–376.

[581] *Ibid.*

questions du soin et de la contrainte en détention, puis en ville ? Dans quelle mesure les contraintes structurelles des parcours de santé des hommes détenus en France peuvent-elles être lues à la lumière de celles qui contraignent les systèmes de santé des pays à pauvre et moyens revenus, décrits par l'anthropologie de la santé globale ?

Le gouvernement des corps malades en prison et à la sortie relève-t-il simplement des principes de responsabilisation et d'autonomie qui structurent les interventions dites de la nouvelle santé publique et de la nouvelle question sociale ? Ou bien les sortants de prison font-ils l'objet d'une prise en charge particulière, peut-être plus contraignante que d'autres catégories de populations démunies ?

Si tous les éléments qui pourraient faire de la santé carcérale un problème public semblent être réunis, mais que le problème reste confiné aux arènes directement concernées par les pratiques de soins en prison, le travail collectif et pluridisciplinaire que l'on observe sur le terrain peut-il permettre un changement par le bas ?

Peut-on, à partir du cas de la prison, qualifier la lutte contre les hépatites de produit d'une reconversion des dispositifs de lutte contre le VIH ?

Synthèse de la partie I

Cette première partie de la restitution de la recherche met en évidence le cadre de réflexion, dans lequel s'inscrivent les principales questions qui ont guidé l'analyse des parcours de santé et des expériences de sorties. La santé postcarcérale est d'abord un objet de santé publique, dont les prises en charge se déroulent entre deux institutions, la prison et l'hôpital. Dans cette recherche, ce moment de la sortie est appréhendé comme un événement de rupture du point de vue de l'institution, qui s'inscrit plutôt en continuité avec les contraintes structurelles qui produisent les expériences individuelles. C'est pourquoi ce sont les parcours de santé qui sont l'objet central de mon travail : leur analyse permet de mettre en lumière l'articulation des temporalités et des rapports sociaux de domination dans les expériences des malades, avant, pendant et après l'incarcération, pour mieux montrer la continuité des processus sociaux qui les structurent.

Si la santé des détenus est problématique, elle reste un problème confiné aux arènes les plus directement concernées par sa prise en charge. C'est plutôt par le biais des dispositifs au sens large de la lutte contre le VIH et les hépatites, que les acteurs institutionnels, associatifs et les professionnels de terrain se mobilisent. Autrement dit, si la santé en prison ne « fait » pas problème, le VIH et le VHC constituent des crises sanitaires reconnues, la seconde s'inscrivant dans le sillage de la première. Les interventions pour la santé carcérale et postcarcérale s'inscrivent dans un contexte de santé globale, où les hépatites virales ont fait l'objet d'un intérêt croissant, dans le prolongement de la lutte contre le VIH. L'un des effets remarquables de cette mobilisation est la formulation par des acteurs de terrain, associatifs, professionnels et scientifiques, d'une demande de production de connaissances sur les interruptions de suivi des sortants de prison infectés par le VIH ou le VHC. Si cette recherche a bénéficié du soutien de ces acteurs, elle s'attache à reposer la question de départ, pour s'éloigner de son cadre de référence et de définition biomédical. L'interruption de la prise en charge carcérale est un objet de santé publique qui induit une réponse inscrite dans les principes de responsabilisation et d'autonomie du patient, dont on verra par la suite qu'ils ne sont pas suffisants pour comprendre les expériences et les comportements des patients sortants de prison.

DEUXIÈME PARTIE – L'enquête

Chapitre 3 : Enquêter sur le parcours de santé, dedans et dehors

L'une des questions sur lesquelles je me penche dans cette recherche est celle de l'adhésion aux prises en charge médicosociales de certains patients, dont les situations socioéconomiques précaires ne prédisposent pas au recours aux soins et à l'accès aux droits. Dans les chapitres 1 et 2, je rends compte des questions que le regard sociologique soulève quand il prend pour objet la santé carcérale et postcarcérale. Pour comprendre les expériences des détenus et des sortants dans toute leur épaisseur, j'ai choisi de décrire les parcours de ces hommes. Quels sont les événements marquants de leurs parcours de vie ? Quels facteurs structurels les contraignent ? Quelles sont les marges de manœuvre des acteurs ? Pour saisir les parcours de santé, par-delà les expériences d'incarcération, le dispositif d'enquête se devait de multiplier les entrées et les interlocuteurs, en prison et en ville.

C'est pourquoi j'ai construit l'enquête progressivement, en menant en parallèle des observations et des entretiens en détention, et des observations en ville, dans les centres de prise en charge et les espaces d'échanges entre les professionnels. Le processus d'autorisations par des instances extérieures ou supérieures aux services concernés a été laborieux – et long de 9 mois – attestant du manque d'intérêt ou de priorité de la question de la santé des personnes détenues, pour les acteurs qui ne sont pas quotidiennement confrontés à la dureté des expériences de leur prise en charge.

En revanche, l'enquête, parce qu'elle manifeste un intérêt pour le problème de la discontinuité des soins, a été très bien reçue par les professionnels au contact des détenus et les patients. Le troisième chapitre décrit mon expérience de l'enquête. La diversité des stratégies d'ajustements aux impératifs de chacun qu'elle m'imposait, atteste, des contraintes et des conflits de temporalités à l'œuvre dans les rapports entre détenus, patients, usagers et professionnels. S'il n'est pas toujours aisé de s'entretenir avec des personnes détenues, « l'après » prison se laisse encore plus difficilement observer par la sociologue[582]. Dans quelle mesure mon travail de recrutement des participants se rapproche-t-il du travail des soignants ?

Le quatrième chapitre aborde ensuite une autre dimension du dispositif d'enquête, celle de la construction des parcours de santé à partir de ces expériences, des récits de vie et des données de l'enquête par questionnaires. Cette opération demande des précisions préalables, sur l'usage de méthodes complémentaires dans cette recherche et leur

[582] Ce point est développé dans ce chapitre puis dans la partie IV.

opposition *a priori*, souvent dites « qualitatives » et « quantitatives ». Quelles sont ces oppositions ? En quoi ce débat est-il dépassé aujourd'hui ?

Comment faire dialoguer ces trois registres de données complémentaires, issues de l'observation, des entretiens biographiques et des questionnaires ? Je montre que ce dialogue résulte de la construction d'un dispositif méthodologique, qui construit les parcours des sortants séropositifs comme un ensemble de cas, au sens explicité par J.-C. Passeron et J. Revel[583]. Il permet de montrer la singularité des parcours de ces détenus, au regard de la population pénale et des pratiques de prise en charge d'autres patients vivant avec le VIH ou une hépatite C.

Cette présentation de la démarche d'enquête et des méthodes saisit l'opportunité de restituer la recherche « en train de se faire », même si pour certaines dimensions de l'enquête par questionnaires, comme la constitution de l'échantillon, il faudra aussi rendre compte de la « recherche faite ». Ce choix se justifie par le montage du dispositif d'enquête lui-même, alliant approche inductive et outils dits quantitatifs et qualitatifs, et sa conception, appuyée sur les données préparées et recueillies au fur et à mesure. Parce que cette deuxième partie restitue aussi les difficultés administratives, méthodologiques ou déontologiques, certains passages abordent des éléments plus concrets, voire prosaïques, de l'enquête. Dans la mesure où elles éclairent l'objet de recherche, et tout particulièrement les contraintes qui pèsent sur les relations de prises en charge entre détenus/sortants et professionnels du médicosocial, ces difficultés concrètes constituent une part importante de la restitution de l'expérience d'enquête. J'aborde ainsi dans cette deuxième partie l'enquête dans le chapitre 3, puis les méthodes dans le chapitre 4.

Cette deuxième partie se déroule dans la continuité de l'approche processuelle décrite dans la première : j'y présente le dispositif d'enquête sans scinder l'enquête en détention et en ville, en m'attachant à décrire les particularités de chaque situation à l'étude. Ce troisième chapitre synthétise ainsi le protocole du volet de l'enquête par observation, long et sous-jacent aux deux autres volets décrits dans le chapitre suivant. Il aborde ensuite l'expérience de l'entrée sur le terrain et enfin, les rapports avec et entre les professionnels du médicosocial et de la pénitentiaire et avec les détenus. Dans le quatrième chapitre, j'aborde la construction du dispositif d'enquête par méthodes complémentaires puis je traite des volets d'enquête par entretiens biographiques et questionnaires, afin de dégager une vision d'ensemble du dispositif d'enquête.

[583] PASSERON Jean-Claude et REVEL Jacques, « Penser par cas. Raisonner à partir de singularités », *in Penser par cas*, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 2005.

Le protocole d'enquête par observation des prises en charge médicosociales

Le premier volet du dispositif d'enquête est une observation ethnographique multisituée, en prison et en ville, de la prise en charge de personnes sortant de prison, atteintes du VIH ou d'une hépatite C. Ce volet de l'enquête a débuté en 2010, à partir du travail exploratoire de master 2 en milieu hospitalier. Je l'ai progressivement élargi pour inclure un éventail plus large de lieux de prise en charge médicosociale. L'enquête par observation est le contexte ethnographique qui a préparé et permis les deux autres volets, par entretiens biographiques et questionnaires. Elle s'est terminée en 2015. Mon objectif était de qualifier les expériences et le travail de prise en charge médicosocial des détenus et des sortants. Ainsi, j'ai mené cette enquête par observation conjointement :

(1) dans les Ucsa de trois maisons d'arrêt, deux d'Ile-de-France et une de Provence-Alpes-Côte d'Azur[584]

(2) dans l'hôpital de rattachement de la première de ces maisons d'arrêt,

(3) dans des congrès scientifiques et médicaux sur la santé et/ou la prison, des congrès professionnels de médecine en milieu carcéral et des conférences sur la prison pluriprofessionnelles et/ou associatives,

(4) et enfin, dans les associations de prise en charge de personnes toxicomanes en situation de précarité et d'hébergement social d'urgence ou de stabilisation, qui accueillaient les hommes sortis de prison qui ont accepté de participer à l'enquête.

Pour compléter l'observation du travail de prise en charge par les professionnels, des maisons d'arrêt observées, mais aussi d'autres établissements pénitentiaires et hospitaliers, l'enquête s'est prolongée dans des lieux d'échanges de pratiques entre professionnels et associatifs et de plaidoyer :

(1) les réunions de travail de la mission Milieu carcéral de Sidaction[585], avec des militants, des travailleurs et travailleuses sociaux, des médecins, des infirmières, des sociologues financées par Sidaction, et parfois un agent pénitentiaire,

---

[584] J'emploie les termes usités au moment de l'enquête en notant que l'appellation de cette région a depuis changé. Il en va de même pour les locaux et les équipes de soins carcéraux : j'y fais référence ici en tant qu'« Ucsa », en notant qu'aujourd'hui le terme est « Unité sanitaire » ou « US. »

[585] La mission Milieu carcéral de Sidaction anime une réunion tous les deux mois environ avec des professionnels du milieu carcéral, pour informer son plaidoyer pour les personnes incarcérées vivant avec le VIH. Ces réunions rassemblent des professionnels de santé, du travail social et de l'associatif exerçant dans toute la France ; elles sont des moments d'échanges d'expériences et de pratiques entre intervenants engagés. J'y ai présenté l'avancement de mes travaux à plusieurs reprises, des occasions d'échanger sur une perspective sociologique de leur travail. Les échanges avec les professionnels ont été éclairants et ont contribué à ma compréhension des prises en charge en prison et en ville, développées dans les chapitres 6, 7 et 8.

(2) et les réunions du groupe de travail sur les prisons d'un comité de coordination régionale de la lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine, avec des médecins et des militants.

Les rencontres et les échanges dans ces lieux m'ont aussi guidée sur de nouvelles pistes de recherche documentaire, qui ont complété les données issues de l'observation : rapports d'évaluation et rapports d'activités, actes de colloque, publications institutionnelles, (auto)biographies et littérature.

Mes observations et mes interactions avec les professionnels, les usagers et les hommes sortis de prison qui avaient accepté de participer à la série d'entretiens biographiques ont permis de saisir les modalités et les contraintes du travail médicosocial, du point de vue des professionnels, et de l'expérience du soin et de l'aide sociale, du point de vue des hommes sortis[586].

Moment clé de l'enquête, l'entrée sur le terrain a été particulièrement longue. Elle est restituée ici en deux temps, le temps de la préparation « en ville » et des procédures d'autorisation et le temps de l'arrivée en détention.

L'entrée sur le terrain, des procédures laborieuses, mais des acteurs adhérents

Comme les sociologues des prisons ou des forces de l'ordre l'ont déjà décrit, les obstacles administratifs à l'obtention d'une autorisation d'enquête peuvent être conséquents. Une fois le laissez-passer obtenu auprès de la direction de l'établissement, l'enquête a été très bien acceptée en détention et en ville, où elle a rencontré une adhésion de la part des professionnels et des détenus. La restitution de l'expérience de l'entrée sur le terrain fournit l'occasion d'éclairer le clivage entre les deux institutions qui se partagent l'applicabilité de la réforme des soins de 1994. Ce clivage entre institutions de santé et pénitentiaires impose un parti pris pour la santé, dès les premiers jours de la recherche. J'étais assimilée à une doctorante ou à une stagiaire « infirmière » ou « du médical » : c'est donc par la santé que se fait l'entrée dans cette recherche, tant pour l'objet que pour les relations avec les professionnels et les détenus ou sortants sur le terrain.

Le projet de thèse initial était construit autour d'une enquête multisituée[587] des lieux de prises en charge des personnes sorties de prison exclusivement. C'est dans les premiers mois de la thèse en fin 2010, sur la proposition de l'interlocuteur principal de

[586] Ces données sont analysées et restituées dans les chapitres suivants.

[587] MARCUS George E., « Ethnography in/of the World System: The Emergence of Multi-Sited Ethnography », *Annual Review of Anthropology* 24, 1995, p. 95-117.

mon enquête préliminaire[588], médecin en milieu carcéral et hospitalier, que j'ai modifié le dispositif d'enquête pour y inclure un volet ethnographique d'une unité sanitaire en détention. Sa proposition incluait une enquête par questionnaires épidémiologique sur les suivis des patients à partir de leurs dossiers et leur parcours de soins en détention. En adéquation avec mes interrogations sur les interruptions de prises en charge, j'ai accepté cette proposition : elle avait l'avantage certain de me permettre de mener des entretiens avec des détenus sélectionnés en fonction de leur statut sérologique, plutôt qu'en fonction de leur prise en charge hospitalière. Or ce principe d'échantillonnage introduisait un biais de sélection par la non-rupture dans le parcours de santé. Avec le soutien du médecin, j'ai obtenu l'intérêt et l'aval de la médecin responsable de l'Ucsa, sous réserve de l'autorisation par l'Administration pénitentiaire.

Ce projet d'enquête épidémiologique a fait l'objet d'un travail de préparation avec un interne de santé publique au cours des mois de novembre 2010 à janvier 2011 ; il devait être autorisé par la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) avant sa mise en œuvre sur le terrain. Je reviens dans le chapitre 4 sur l'évolution de ce projet d'enquête par questionnaires, dont la conception posait problème. Entre 2011 et 2013, il a évolué pour aboutir à une enquête par questionnaires sociodémographiques, encadrée par Aline Désesquelles à l'Ined.

En 2011, l'autorisation d'enquête en détention sur la santé des détenus a été très longue à obtenir, comme peuvent l'être les autorisations à enquêter dans d'autres institutions dépositaires de l'ordre, comme la police[589]. Une fois obtenue, l'accès au terrain a été facile et l'accueil des professionnels, enthousiaste.

Pour obtenir cet accès, deux procédures ont été menées en parallèle, la première étant nécessaire à l'aboutissement de la seconde : l'autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, qui requiert l'autorisation préalable du Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé (CCTIRS), d'un côté, et l'autorisation de l'Administration pénitentiaire de l'autre. La Figure 3 - ci-dessous détaille les étapes de chacune de ces deux procédures, qui schématise les dates de début et de fin pour la procédure auprès du CCTIRS et de la Cnil (à gauche) : du 13 janvier 2011 au 7 novembre 2011 ; et auprès de l'Administration pénitentiaire (à droite) : de novembre 2010 à mai 2011.

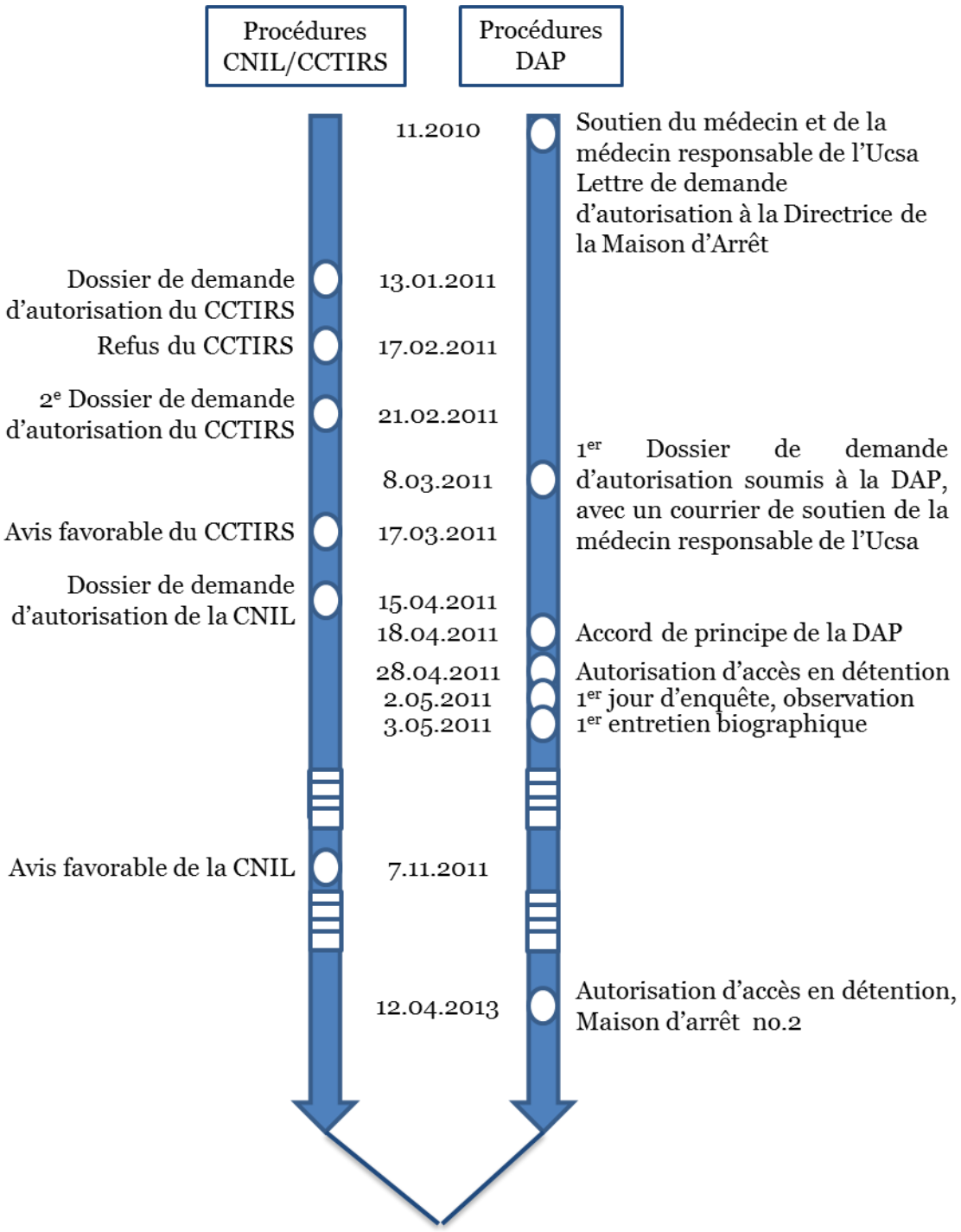
---

[588] HAGÈGE Meoïn, *Parcours de Soins de sortants de Prison atteints du VIH-Sida et/ou d'Hépatites Virales en Ile de France*, Mémoire de master 2, Paris, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales/Linköping University, 2010.

[589] D. Monjardet (2005) et G. Pruvost (2007) le notent pour leur travail auprès de forces de police, sur lequel on revient plus loin.

La longueur de la procédure auprès du CCTIRS était prévisible, une fois les modifications apportées au dossier de demande initial. La longueur de la procédure auprès de la Cnil est difficilement explicable. Mais, mes nombreuses sollicitations de l'agente responsable de l'instruction du dossier restant sans réponse, l'enquête par observation et par entretiens biographiques a commencé avec l'accord tacite prévu par la loi en cas de non-réponse de la Cnil six mois après le dépôt d'un dossier.

Figure 3 - Procédures de demandes d'autorisations d'enquête, chronologie 2010-2013



La procédure auprès du Bureau des études de l'Administration pénitentiaire a été la plus laborieuse car mon dossier a fait l'objet d'une condition supplémentaire à sa réception : l'avis favorable du ministère de la Santé. La raison invoquée d'abord par téléphone en mars puis dans le courrier du 12 avril 2011 était la « qualité d'autorité de tutelle sur les questions de santé en prison » de la direction générale de la Santé. Elle était invoquée pour justifier la suspension de la mise en œuvre des volets qualitatif et quantitatif de la recherche dans l'attente de cet avis. Malheureusement, comme me l'ont expliqué plusieurs services du ministère, la direction générale de la Santé n'a pas pour mission d'émettre ni avis ni autorisation de recherche, ni en milieu carcéral ni en milieu hospitalier[590]. Dans ce processus, j'ai sollicité l'avis et le soutien d'universitaires spécialistes de ces questions ; lorsque l'on m'a conseillé de changer de sujet de thèse, j'ai pris note de l'étroitesse de la niche de la recherche sur la santé des usagers de drogues et des détenus. Ce terrain « convoité[591] » rappelle l'importance du problème de santé publique que représentent ces populations[592].

C'est à l'occasion de la soirée de lancement de la campagne annuelle de levée de fonds de Sidaction du 9 mars 2011 que la situation s'est dénouée. D'un « Je vais te présenter Christine ! », le responsable du plaidoyer pour le milieu carcéral de Sidaction m'a permis de demander le soutien de la coordinatrice « du dossier santé des personnes détenues » du ministère de la Santé. Tous deux sont médecins et partagent un attachement à l'amélioration de la santé en prison et les initiatives militantes. Dans les semaines qui ont suivi, elle a pu obtenir le soutien de la direction générale de l'Offre de soins, après discussion avec l'Agence régionale de santé de l'Ile-de-France et le Bureau des études de l'Administration pénitentiaire.

Ce premier semestre de l'année 2011 a ainsi été consacré à un jeu administratif, dans lequel je n'avais ni règles du jeu ni carnet d'adresses, à l'exception du soutien de mon directeur de thèse. En revanche, la maîtrise de ces modes d'interactions et des organigrammes administratifs participe de l'apprentissage légitime du métier de chercheure.

Au-delà d'une feuille de route pour de prochaines recherches en santé en milieu carcéral, on peut retenir deux choses de cette expérience. D'abord, contrairement aux pays anglo-saxons, l'évaluation du caractère éthique ou déontologique des enquêtes en sciences sociales (hors santé évidemment) est relativement peu pesante sur les enquêtes

---

590 Et le CCTIRS dans le domaine de la santé, qui avait émis un avis favorable en février, dépend du ministère de la Recherche.

591 CHABROL Fanny, « 11 : Enquêter en milieu convoité. », *in* BENSA Alban et FASSIN Didier (dir.), *Les politiques de l'enquête. Epreuves ethnographiques*, Paris, La Découverte, 2010.

592 Je l'indique dans le chapitre 2.

en France[593]. En revanche, ces procédures suscitent inquiétudes et réflexion, y compris à l'étranger, dans la mesure où le souci de l'éthique et de la déontologie, du droit des enquêtés et des patients – et leur inscription dans la loi – se manifeste par « des mécanismes pour normaliser, contrôler, évaluer, autoriser interdire la recherche en sciences sociales[594] ».

La structure rigide des protocoles à soumettre et l'ancrage inamovible de leur évaluation dans les critères d'éthique médicale interroge aussi du point de vue méthodologique. Comment faire entrer une ethnographie, démarche inductive par excellence, dans les catégories des formulaires du CCTIRS et de la Cnil ? Ces formulaires demandent de renseigner le protocole en détail, y compris, par exemple, le questionnaire. Cette approche déductive décourage les enquêtes inductives comme la mienne, qui prévoient de ne rédiger le questionnaire qu'après avoir avancé l'enquête par observation.

Pour D. Cefaï, la transposition au travail de terrain du modèle clinique et expérimental pose problème : « N'est-ce pas par ailleurs présumer du fait que l'enquêteur disposerait *a priori* d'une connaissance claire de ce qu'il recherche ? Le propre de l'ethnographie n'est-il pas de définir ses objets et ses questions d'enquête sur le terrain [595] ? » Les critères d'évaluation relèvent de principes de l'éthique médicale – c'est-à-dire : ne pas nuire, obtenir le consentement éclairé et préserver l'anonymat –, mais sont déclinés selon les sous-critères très précis. Pour m'y conformer, j'ai dû ajuster la présentation de l'enquête par questionnaires en déclarant un objet et des questions de recherche prédéfinies ; en revanche, j'ai ajouté une mention qui précisait que la formulation des questionnaires ne pourrait se faire que dans un second temps, et, après échanges et négociation avec l'instructeur de mon dossier, je n'ai eu qu'à énumérer les thématiques générales des ensembles de questions.

Tant pour les autorisations des comités d'éthique que pour les procédures du consentement éclairé, il est difficile de ne pas rejoindre ceux et celles qui les pensent « aussi formelles et rituelles qu'inefficaces[596] ». J'ai respecté autant que possible les dispositions et les précautions déclarées dans les formulaires, parfois à la demande des instructeurs. Je ne suis donc pas de ceux et celles qui ont été contraints de modifier le choix d'objet ou de dispositifs méthodologiques, comme ce peut être le cas en Grande-

---

593 VASSY Carine et KELLER Richard, « Faut-il contrôler les aspects éthiques de la recherche en sciences sociales, et comment? », *Mouvements* (3), 2008, p. 128–141.

594 CEFAÏ Daniel, « Codifier l'engagement ethnographique? », *La Vie des Idées*, 19 mars 2009, http://www.laviedesidees.fr/Codifier-l-engagement.html, consulté le 29 février 2016.

595 *Ibid.*

596 *Ibid.*

Bretagne ou aux États-Unis[597]. Cependant, le temps du contrat doctoral est précieux et il me semble dommage d'en passer près d'un tiers à solliciter des autorisations d'organes si éloignés des méthodologies et des principes éthiques des sciences sociales ethnographiques, si flous soient-ils.

De plus, il est clair que ce ne sont pas ces dispositions, par ailleurs très précises, qui ont garanti le respect des détenus et la confidentialité des informations qu'ils m'ont transmises, i.e. que l'enquête ne leur a « pas nui ». Par exemple, à chaque premier entretien, j'assignai un numéro de participant à la personne détenue, pour garantir que les données recueillies seraient « non identifiantes[598] ». Avec la liste des prénoms, noms et numéro d'écrou des détenus à voir affichée sur la porte, ou les « bons caramels[599] » dans les mains des surveillants puis du détenu, ce numéro paraissait un peu dérisoire. Il me semble que c'est plutôt mon annonce d'une enquête sur « la santé » ou « le suivi à la sortie » (et non sur les infections à VIH et VHC) qui a protégé les détenus et leur secret médical (une disposition incluse dans le protocole sur le terrain à mon initiative). Les principes de précautions effectifs dans l'enquête proviennent à la fois de mon expérience du travail social associatif (« être accueillante », « respecter la personne et son intégrité », « aller vers », « faire avec ») et des régulations internes par mes enseignants et collègues chercheurs et doctorants. Je n'entends donc aucunement soutenir que la recherche en sciences sociales est incapable de nuire ; la très grande vulnérabilité des personnes détenues en maison d'arrêt n'est certainement pas à négliger. À la lumière de cette expérience, il m'apparaît plutôt que les mécanismes existants qui visent à protéger « nos enquêtés » ne sont pas adaptés aux besoins, aux pratiques et donc aux risques associés aux recherches en sciences sociales – si tant est que de telles règles pourraient effectivement et efficacement les protéger dans les recherches d'autres disciplines.

La deuxième chose que l'on peut retenir de ce processus est en lien avec la place de cette question dans les administrations françaises. Dans le chapitre 2, j'ai évoqué le consensus dont fait l'objet le problème public (confiné) de la santé carcérale en France. On l'a vu, la santé carcérale pose problème, mais n'engage pas les décideurs dans une démarche interventionnelle significative. L'inertie de « mon dossier » atteste du peu de priorité pour cette question dans le quotidien des administrations, solidement ancrée dans l'interstice entre les ministères sollicités et les missions des « autres. »

---

[597] VASSY Carine et KELLER Richard, « Faut-il contrôler les aspects éthiques de la recherche en sciences sociales, et comment? », *art. cit.*

[598] Ce barbarisme est préféré par la Cnil à l'adjectif usuel « anonym(is)é », dans son effort d'insister sur les précautions supplémentaires à prendre, au-delà du gommage du nom du participant dans les outils de collecte de données.

[599] Bon en papier de couleur beige, utilisé par les intervenants et les soignants pour convoquer un détenu. Il inclut les : nom, prénom, numéros d'écrou et cellule et qualité de la personne qui convoque.

Ces difficultés font écho à un article sur la réduction de l'accès des chercheurs aux établissements pénitentiaires, où L. Wacquant déplore une éclipse des travaux de sciences sociales empiriques aux États-Unis[600]. Plusieurs facteurs structurels concourent à rendre difficiles, voire impossibles, les enquêtes de terrain, avec pour effet délétère d'appauvrir les connaissances scientifiques sur la prison étasunienne. Si ce constat peut être prolongé au contexte britannique[601] entre les années 1970 et 2000, il ne vaut pas pour les autres pays du monde, où les études sur les prisons sont *quasi* inexistantes. Le cas français est plutôt exceptionnel, tant l'Administration pénitentiaire s'est ouverte à la recherche et au dialogue avec les chercheurs dans les dernières décennies. Les chercheurs français ont pu investir le champ depuis les années 1990, étudiant les prisons françaises[602] (et, plus récemment, les prisons africaines[603]). Ma recherche s'inscrit donc dans un contexte où l'enquête ethnographique en prison était envisageable et pratiquée par un petit nombre de chercheurs et de doctorants et l'Administration pénitentiaire, sensibilisée aux apports de leurs travaux. Il était convenu que l'accès serait long à obtenir, mais qu'il restait probable, si les protocoles étaient respectés.

En revanche, une fois le laissez-passer obtenu le 2 mai 2011, l'enquête en détention a pu commencer sans peine et j'ai été rapidement très sollicitée. Si je manquais de capital pour gagner l'adhésion des agents ministériels, les agents pénitentiaires, les soignants et les détenus acceptaient aisément de me soutenir ou de participer à mon étude. Dans les prochains paragraphes, je traite des rapports avec les détenus, les sortants et les professionnels qui les prennent en charge.

Les rapports avec les détenus et les professionnels

L'enquête a été bien reçue par les professionnels du milieu carcéral et les détenus ainsi que par les professionnels du médicosocial et les sortants, de l'autre. Cependant, le recueil de données auprès des détenus et des sortants a été ardu, du fait de l'organisation de la vie en détention et de la nature de l'expérience de la sortie de prison. J'aborde ce

[600] WACQUANT Loïc, « The Curious Eclipse of Prison Ethnography in the Age of Mass Incarceration », *art. cit.*

[601] En 2012 s'est tenu un colloque consacré à cette problématique à l'Open University de Milton Keynes en Angleterre, intitulé « Resisting the eclipse : International symposium on prison ethnography. » J'aborde certains aspects du débat sur l'ethnographie en milieu carcéral dans les prochains paragraphes, à partir des discussions lors de ce colloque et des publications parues à sa suite en 2014 dans la revue *Qualitative Inquiry* dans un numéro intitulé « Doing prison research differently. »

[602] COMBESSIE Philippe, *Sociologie de la Prison*, *op. cit.* ; BÉTHOUX É., « La prison: recherches actuelles en sociologie », *Terrains & travaux* (1), 2000, p. 71–89.

[603] MORELLE Marie, « La prison centrale de Yaoundé: l'espace au cœur d'un dispositif de pouvoir », *Annales de géographie* (691), 2013, p. 332-356 ; LE MARCIS Frédéric, « Everyday prison governance in Abidjan, Ivory Coast », *art. cit.*

contexte d'enquête avant de présenter mes choix de positionnement en tant que doctorante sociologue en prison.

L'ordre social en prison, quelques éléments de contexte

L'organisation de la vie en détention et, plus largement l'ordre social en prison, ont été des éléments constitutifs de l'enquête. Loin de se restreindre au lieu de l'enfermement, ces deux dimensions restaient présentes à l'esprit dans les interactions en ville, hors les murs. Pour situer et interpréter la possibilité des interactions avec les acteurs de la détention et les rapports sociaux noués dans l'enquête, je rappelle au préalable quelques éléments concernant cet ordre social particulier. La sociologie des prisons est riche en analyses de cet ordre social, j'en propose ici quelques caractéristiques saillantes à partir des travaux de M. Tonry, J. Petersilia et d'A. Chauvenet[604].

À partir de son analyse de l'expérience asilaire, E. Goffman fait de la prison une « institution totale », où la vie des détenus est réglée et collective, et leurs individualités, gommées[605]. La prison demeure un établissement punitif, où les détenus vivent contre leur plein gré. Dans cette recherche, je n'en déduis pas pour autant que la prison est un monde clos ou hermétiquement fermé[606]. Au contraire, je reste attentive aux différentes circulations entre l'institution et son environnement social et politique. La place privilégiée accordée à la sortie de prison dans cette recherche requiert de prendre en compte les groupes d'acteurs qui travaillent autour de la prison, dans la « pénombre externe[607] » de l'institution, c'est-à-dire dans les espaces extérieurs à l'institution, mais qui exercent sur elle une influence variable, comme les politiques ou les organismes de plaidoyer.

Pour en revenir au contexte du milieu carcéral, l'organisation spatiale et temporelle de la prison rythme les pratiques quotidiennes et routinières, affectant les subjectivités. La routine est un mode d'organisation important en prison et le respect de cette routine constitue la mission principale des surveillants. Le maintien de l'ordre se construit sur un socle particulier, guerrier selon A. Chauvenet, dans une institution entièrement structurée autour du conflit entre ceux qui surveillent et ceux qui sont surveillés : « dans ces conditions, les relations entre le personnel de surveillance et les détenus ne peuvent être fondées sur les rapports civils de droit commun. C'est un système de dons contre-

---

[604] CHAUVENET Antoinette, « Guerre et paix en prison », *art. cit.* ; TONRY Michael et PETERSILIA Joan (dir.), *Prisons*, Chicago, University of Chicago press, 1999.

[605] GOFFMAN Erving, *Asylums*, *op. cit.*

[606] Je le précise dans le premier chapitre.

[607] Ma traduction de l'expression « *outer penumbra [an institution outside the Scottish prison system but with legitimate input into its workings]* » de ADLER Michael et LONGHURST Brian, *Discourse, Power and Justice*, London, Routledge, 1994, chap. 1.

dons soutenu par les exigences de l'honneur qui prévaut. La prison, dans son dispositif sécuritaire, est d'abord la transcription matérielle et légale de la « lutte » ou de la « guerre » contre les ennemis de l'ordre public de l'intérieur, c'est-à-dire contre les délinquants[608] ».

> *[Ce] dispositif guerrier, conflictuel et binaire, n'est pas au centre de mon expérience sensible de l'enquête en détention. Le trajet vers un quartier relégué peu desservi par les transports, la fragilité imposante des bâtiments et le sentiment de décrépitude insidieuse des murs centenaires, l'expression morne des visages des professionnels croisés dans les couloirs à qui il ne faut jamais oublier de dire « bonjour », la fatigue des corps, le manque de moyens d'agents débordés et de moins en moins motivés. Telles sont les impressions qui restent et qui fondent une expérience commune de la violence symbolique en prison. Elles font de l'empathie un outil d'enquête à double tranchant. Il faut pouvoir entendre et se mettre à la place des personnes à qui je parle pour comprendre, mais m'arrêter avant de me sentir impuissante puis complice d'un traitement social de la déviance par la relégation et la misère. Des détenus et des professionnels. Autant dire qu'avec le temps, le jeu d'équilibriste devient de plus en plus usant et ardu. (…)*
>
> *L'objectif premier de la prison est sécuritaire, mais l'impression qui me reste après une journée de terrain est la souffrance au travail et l'humiliation des détenus produites par la violence symbolique de l'institution. (…)*
>
> *Ce qui permet d'échapper à une lecture misérabiliste, homogène ou à une impression d'intention dans le fonctionnement carcéral, c'est voir la multitude de façons de s'extraire de la règle. Ou plutôt de s'extraire des situations où elle pourrait être appliquée. Après notre entretien, Medhi passe voir les infirmières à côté parce qu'il a « juste besoin d'un tout petit truc ». Demander un rendez-vous, attendre d'être convoqué, attendre dans la salle d'attente, négocier le « tout petit truc » : c'est la procédure, mais c'est aussi bien plus long et plus incertain. Medhi en fait aussi des tonnes avec les « Bonjour Surveillant » et les « Merci beaucoup Madame X ». Il sait exactement qui est qui, qui fait quoi et à qui il peut demander des choses ou un service. C'est sans doute un atout pour obtenir le statut de travailleur ici.*
>
> (Notes de terrain, 2013)

J'ai essayé d'être attentive aux adaptations secondaires des détenus à l'institution totale, c'est-à-dire à « toute disposition permettant à l'individu de parvenir à des fins illicites et de détourner les prétentions de l'organisation relatives à ce qu'il devrait faire[609] ». J'ai aussi cherché à observer les autres aspects de l'organisation de la vie en détention, comme la négociation par exemple. En effet, la sociologie des prisons insiste sur la centralité du travail de maintien de l'ordre, en notant que les avantages et les punitions ont relativement peu de sens en détention. G. Sykes, puis bien d'autres

[608] CHAUVENET Antoinette, « Guerre et paix en prison », *art. cit.*

[609] GOFFMAN Erving, *Asylums*, *op. cit.*

chercheurs à sa suite ont mis en exergue les nombreuses petites « accommodations » ou l'importance de la négociation dans les rapports pour y parvenir. Le maintien de l'ordre en prison est le résultat d'un travail de négociation, fait de pratiques productrices de routine et de relations interpersonnelles structurées[610].

Autrement dit, l'ordre social en prison est un ordre négocié au sens d'A. Strauss, dont la particularité est la très grande hétérogénéité à l'échelle locale des pratiques effectives, mais aussi des architectures, des atmosphères, des styles de direction ou de surveillance. Les travaux sur l'ordre de la prison décrivent donc un ordre social qui persiste parce que son application est négociée et renégociée incessamment, dans les arrangements locaux et les relations interpersonnelles. Cette propriété du terrain carcéral explique la difficulté des sociologues à s'y positionner de manière stable, au-delà de l'ordre social pesant et spatialement constitué. Leur positionnement est plutôt dynamique et inscrit dans des interactions avec les acteurs de la prison.

Ces éléments de contexte issus de la sociologie des prisons sont une brève synthèse des connaissances de l'ordre carcéral que je possédais à l'entrée sur le terrain en mai 2011, lorsque je rencontrai pour la première fois les détenus et les professionnels de la détention. Cette rencontre avec le milieu de la prison est l'objet principal de ce chapitre, qui vise à décrire mon travail d'enquête ethnographique auprès de ses acteurs. À travers cette description, on verra que le travail en milieu dit ouvert était lui aussi imprégné des codes et des expériences carcérales, tant son objet d'étude le situait dans le giron de la « pénombre externe » de la maison d'arrêt.

Se positionner en prison

Les choix qui s'imposent à la description de ma position en prison m'ont longuement questionnée[611]. L'écriture ethnographique produit de fait un récit, celui d'une expérience d'enquête, qui met en scène les acteurs du terrain et la sociologue. Dans le cas de l'enquête en détention, un milieu dont « on ne sort pas indemne[612] », l'angle d'une description ethnographique est un choix scientifique qui relève aussi de l'éthique : comment raconter l'enquête en prison ? Faut-il exposer, et si oui comment, les difficultés éprouvées et éprouvantes d'une observation longue en détention ? Que faire des risques

[610] BENGUIGUI George, CHAUVENET Antoinette et ORLIC Françoise, « Les surveillants de prison et la règle », *Déviance et société* 18 (3), 1994, p. 275–294 ; ROSTAING Corinne, « L'ordre négocié en prison : ouvrir la boîte noire du processus disciplinaire », *Droit et société* 87 (2), 2014, p. 303-328.

[611] Je suis particulièrement redevable au chapitre de C. Rostaing sur les situations d'embarras en prison, qui m'a aidée à choisir l'angle de la discussion à suivre, ROSTAING Corinne, « On ne sort pas indemne de prison. Le malaise du chercheur en milieu carcéral. », *in* PAYET Jean-Paul, ROSTAING Corinne et GIULIANI Frédérique (dir.), *La relation d'enquête. La sociologie au défi des acteurs faibles.*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2010, p. 23.37.

[612] *Ibid.*

de renforcer des stéréotypes sur la prison et ses détenus, et de la figure toujours *a priori* suspecte d'une jeune femme en prison ?

Comme toute enquêtrice, je ne suis pas arrivée sur ce terrain libre de principes et de contradictions. Tout au long de l'enquête, je suis restée attachée au respect de la dignité humaine, dans une institution qui ne peut que la nier. J'étais persuadée qu'au fond, personne n'est foncièrement mauvais et j'avais tendance à situer les actes déviants dans des parcours biographiques sans doute difficiles ou des situations sociales sans doute défavorisés – des *a priori* sociologiques peu scientifiques au premier abord. Sans toujours m'en rendre compte dans le moment, j'ai aussi refusé l'altérité qu'impose d'emblée l'institution carcérale vis-à-vis de ses détenus, en envisageant des personnes et des parcours plutôt que des condamnés et des présumés coupables. C'est d'ailleurs pour cette raison que je suis moins satisfaite des rapports d'enquête avec les détenus qui ont répondu aux questionnaires qu'avec ceux qui ont participé aux entretiens : le temps long et la co-construction des échanges étaient plus propices à la contrepartie que je pouvais proposer aux participants. Cette contrepartie était l'écoute et un temps de pause dans la vie carcérale. Le temps court des questionnaires (entre trois quarts d'heure et une heure et demie) ne permettait pas toujours de construire un rapport au-delà de l'usage ou du discours convenu entre détenu et intervenante (extérieure) en prison.

J'y reviens plus tard, mais la perception de mon statut et de mon rôle était généralement celle d'une intervenante de plus dans des maisons d'arrêt déjà très fournies en visiteuses, bénévoles du Génépi, infirmières, psychologues, assistantes sociales ou conseillères de probation. Les moments de présentation de l'enquête et de mes intentions ont permis de me dissocier des médecins et des infirmières, et à certains de comprendre que je menais une étude indépendante – à une poignée d'entre eux de discuter des retombées ou de l'intérêt de l'étude. J'aborde ce dernier point plus loin, à travers l'exemple des entretiens avec Paul, un détenu vivant avec une hépatite C.

Dans ce contexte, il me semble qu'insister sur le délabrement, l'indignité, la violence ou les conditions contraignantes de l'organisation de la vie en détention dans l'ethnographie, ce serait se marquer politiquement, jouer le jeu des stéréotypes carcéraux ou du discours sécuritaire, qui fait des détenus des Autres, toujours potentiellement dangereux. Mais ce serait aussi reconnaitre la souffrance au travail et en cellule et en fin de compte, l'absurdité de la prison telle qu'on la pratique en France. Cette souffrance et cette absurdité ont par ailleurs toute leur place dans une recherche de sciences sociales car elles sont toutes deux constitutives de l'institution. C'est bien depuis sa création que l'on dit la prison indigne et inefficace et que cette inefficacité sert paradoxalement à

justifier et légitimer son renforcement ; on connait bien « l'extrême solidité de la prison, cette mince invention pourtant décriée dès sa naissance[613] ».

À l'inverse, ne pas mettre en avant les situations difficiles en détention, ne pas accorder une place démesurée aux sentiments de malaise en entretien ou d'absence d'adhésion ou d'enthousiasme de la part des détenus, c'est rendre justice au quotidien en détention. En très grande partie, les entretiens étaient très bien accueillis, le cadre d'échange bien accepté, et les détenus volontaires, raisonnables et cordiaux[614]. Ne pas insister sur les rares cas d'échanges avec des détenus ou des sortants en crise, en colère ou dangereux participe à rendre compte de l'expérience de l'enquête telle qu'elle s'est déroulée dans sa grande majorité. J'ai pris le parti de décrire des situations d'enquête dans leur dimension objective, subjective et éprouvante lorsque le propos s'y prête, dans la mesure où la description approfondit notre compréhension du sens du monde carcéral. Dans la continuité, je ne mentionne les situations marquantes que dans la mesure où elles peuvent révéler l'ordinaire car « [l'analyse des situations extrêmes est] révélatrice des constituants et des conditions de l'expérience « normale »[615] ».

En tant que sociologue observant la prison pour mieux en décrire les effets sur les biographies et sur les corps, l'autre choix scientifique était celui de ne pas avoir peur en prison[616] : comment mener une recherche en prison lorsque l'on est pris dans les mécanismes[617] que l'on cherche à objectiver ? Par extension, ce choix était aussi moral : comment ne pas nuire aux personnes en détention lorsque l'on participe au système sécuritaire en ressentant de la peur *a priori* ? Ce choix ne m'a bien entendu pas affranchie d'un ensemble de précautions au quotidien, pour éviter des situations de danger physique, mais surtout d'embarras[618].

Évoquer les situations d'enquête qui mettent en scène la violence au sens large, ou réfléchir aux moments où l'on a ressenti la limite du supportable, participe à montrer la dureté de la prison. La prison est un endroit horrible, où ce que l'on fait aux gens est

---

[613] FOUCAULT Michel, *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, *op. cit.*, p. XX.

[614] Liebling 2001 : 476 « Some powerful officials lie, play games, fool themselves and other, or defend the indefensible. But so do some offenders. Most (in my experience) simply want to participate in the account : "This is my world and I want to share it with you. But you must treat it kindly." »

[615] POLLAK Michael, *L'expérience concentrationnaire: essai sur le maintien de l'identité sociale*, *op. cit.*, p. 10.

[616] LIEBLING Alison, « Thrown In or Drawn In? On sinking and swimming in prison research and ethnography », *in Resisting the Eclipse An International Symposium on Prison Ethnography*, Open University, Milton Keynes, 2012.

[617] Les travaux sur l'ordre carcéral et le pouvoir en prison montrent que le sécuritaire et la peur des « classes dangereuses » sont centraux à la gestion des prisons. Cf. l'analyse d'A. Chauvenet sur la prison comme dispositif guerrier.

[618] Au sens d'E. Goffman, ROSTAING Corinne, « On ne sort pas indemne de prison. Le malaise du chercheur en milieu carcéral. », *art. cit.*

horrible, et il va plutôt de soi que l'on en soit perturbée. La frustration, l'humiliation et l'empathie sont récurrentes dans l'ethnographie en milieu carcéral.

Dans cette recherche, comme dans bien d'autres travaux de sciences sociales, je prends ainsi le parti de considérer que les émotions constituent des données, qui peuvent permettre de mieux comprendre l'institution carcérale et ses effets sur les corps et les vies. Dans l'ethnographie, elles peuvent être des déterminants pour l'enquête et des objets d'étude à part entière : « Nous n'avons pas besoin de concilier nos émotions à notre travail de recueil de données. Elles sont des données », indique A. Liebling[619]. Elles peuvent aussi permettre de comprendre et de naviguer des situations complexes[620]. Dans un article récent sur l'ethnographie en milieu carcéral, B. Crewe dresse cette liste d'émotions comme : déterminants (qui éclairent et influencent les résultats), découverte (qui donnent accès à l'âme et à la subjectivité), ressource (qui sont une forme de savoir sur le monde) et objet (qui méritent d'être étudiées car elles sont constitutives du monde). Il en conclut que le sensible est partie prenante du travail ethnographique et qu'il est de la responsabilité du chercheur de les exprimer, pour rendre plus transparentes les demandes et les réalités de la recherche en prison[621].

J'ajouterais qu'évoluer dans une discipline qui convoque tant les travaux d'E. Goffman, nous enjoint à prendre au sérieux les émotions dans les interactions[622], outils principaux de l'ethnographe. Au cours de l'enquête, j'ai appris de manière itérative, par essais et erreurs, à concevoir mon ressenti en entretien comme un outil — au-delà de la vigilance habituelle à des rapports trop empathiques ou critiques, ou du ménagement ordinaire de personnes sensibles ou vulnérables en entretien. D'abord seule puis soutenue par mes échanges avec un psychiatre, j'ai appris à intégrer des connaissances psychologiques sur la personnalité dans mes outils de recueil de données sociologiques. Par exemple, au cours de trois séries d'entretiens réalisées dans des situations différentes (en détention, à l'hôpital et en foyer d'hébergement), j'ai progressivement appris à prendre au sérieux le sentiment ambivalent de dégoût et d'engagement dans le récit de quelqu'un, à qui je demandais de se raconter.

Avec ces trois personnes, le récit était raconté de manière très progressive et pleine de suspense, en insistant sur les détails et en particulier les détails graphiques qui suscitaient de l'émotion. Leurs récits des circonstances de leur crime ou délit, mais aussi

---

[619] Ma traduction libre de « Our emotions do not need to be reconciled with our so-called data. They constitute data. », LIEBLING Alison, « Doing Research in Prison: Breaking the Silence? », *Theoretical Criminology* 3 (2), 1999, p. 164.

[620] CREWE Ben, « Not Looking Hard Enough Masculinity, Emotion, and Prison Research », *Qualitative Inquiry* 20 (4), 2014, p. 426.

[621] *Ibid.*

[622] FERNANDEZ Fabrice, LÉZÉ Samuel et MARCHE Hélène, « Voilement et dévoilement des émotions sur les terrains de la santé: du rapport de sens au rapport de force », *Face à face. Regards sur la santé* (9), 2006.

de leurs vies avant la détention étaient prenants et peignaient des portraits expressifs. J'en sortais avec des notes détaillées, mais peu utiles et des images marquantes, mais aussi un sentiment de malaise et de dégoût qui s'exprimait physiquement, par des frissons. Ce n'est que progressivement que j'ai pu prendre ce rapport d'enquête comme une modalité d'expression d'un récit de vie et ce sentiment de malaise, comme un signe de précaution particulière à prendre dans mon positionnement. Le psychiatre m'avait expliqué que ce « type de personnalité » était sensible à la réaction émotionnelle de ses interlocuteurs. Transformant cette interprétation située en conseil pratique, dans les entretiens qui ont suivi, je me suis gardée de réagir à leur récit et j'ai surveillé mes expressions du visage. Mes notes sont devenues plus riches et j'ai retrouvé une marge de manœuvre pour relancer et guider l'entretien vers le récit de vie. Ainsi, sans prendre au sérieux le ressenti et sans construire une explication à ce dégoût, y compris en recourant aux ressources du conseil psychiatrique, les entretiens n'auraient pas été productifs pour l'enquête.

Dans le cas de l'ethnographie, ce sentiment d'être à la fois ébranlée et à bout, éclaire une caractéristique fondamentale du traitement social de la déviance : l'injustice et l'impuissance que j'ai pu ressentir face à cette injustice sont des signes de violence sociale et institutionnelle, qui deviennent insupportables lorsqu'on les voit être inscrites dans les corps. C'est nous, collectivement, qui produisons ces situations de dégradations et d'arbitraire. Par excès de réflexivité, il m'est arrivé d'y ajouter un sentiment de complicité lié à mon privilège dans ce système de domination par la classe et par la racialisation – ce qui n'a fait que renforcer le sentiment de construction collective de la violence. Élucider cette construction collective est l'une des prérogatives de la sociologie des prisons. En ces temps où la laïcité est très présente dans le débat public, c'est peut-être mettre sa foi en une sociologie au « rôle de roi ou de Dieu, qui surplombe les consciences[623] ». Le ton moqueur de P. Bourdieu sur les ambitions de la sociologie ne pallie pas pour autant son incapacité à être d'un quelconque réconfort sur le terrain. Il reste que ces sentiments d'indignation sur le chemin du retour de mes entretiens m'accompagnent encore et qu'ils attestent d'un engagement peu apaisé à l'objet : décrire pour comprendre, mais rester indignée.

[623] « Les sciences sociales sont au fond toujours hantées (…) par la tentation du philosophe-Dieu et qui prend dans le cas des sciences sociales, la forme de la tentation du sociologue-roi tout puissant qui agit par la représentation (…). Je pense que chez tout sociologue, et a fortiori, dans l'état actuel de la division du travail scientifique, chez tout économiste, il y a un petit Hegel qui sommeille et l'ambition d'opposer le savoir absolu, le savoir du Tout, le savoir de celui qui possède la connaissance du Tout au savoir partiel des individus. (…) Vous le voyez, le philosophe et le sociologue qu'on oppose souvent s'assignent inconsciemment le même rôle et si la sociologie exerce une telle fascination sur la jeunesse c'est en grande partie parce que c'est un rôle de roi ou de Dieu, qui surplombe les consciences, bref le rôle que la philosophie s'est toujours assigné et dont la sociologie est la forme moderne. » Bourdieu Pierre, Sociologie générale: Volume 1, Cours au Collège de France, Paris, Seuil, 2015, p. 274-275.

Cette violence institutionnelle n'est pas le propre de la prison, et en cela, l'enquête en milieu carcéral n'est pas une enquête à part. C'est une enquête sur la misère et la désaffiliation, et plus largement sur ce que C. Makaremi appelle la violence gestionnaire[624] et le traitement social de la pauvreté. L'usage chez les chercheurs de la prison veut plutôt que l'on se montre insensible à cette routine souvent indigne, et toujours, en fin de compte, difficilement supportable. Les éléments réflexifs décrits dans les recherches publiées sont souvent à la fois lissés et strictement productifs pour la compréhension de l'objet. Les émotions sont souvent traitées comme des « catégories résiduelles[625] » dans les publications alors qu'elles peuvent prendre une place importante dans les notes de terrain.

Ce gommage du « rôle auto-ethnographique » et des réactions émotionnelles par les universitaires s'explique en partie par une accoutumance à la routine carcérale, en partie, pour certains, par un positionnement épistémologique de refus de l'introspection dans la recherche[626]. Il s'explique plus largement par une formation académique qui encourage les chercheurs à être rationnels et objectifs, et à extraire le contenu sensible ou émotionnel de leurs productions. En retour, cet effacement de l'expérience sensible des chercheurs explique l'anxiété de ceux et celles qui les suivent ensuite sur le terrain, comme leurs doctorants[627], et l'absence de cadre institutionnel pour la prendre en charge. En cela, la mise en pratique de la sociologie de la présence sociale[628] dans la recherche et l'encadrement suggère un retournement. Prendre en compte la sollicitude et les rapports de domination dans la formation à la recherche devrait ouvrir des espaces dans lesquels ces registres d'expérience de la recherche seraient dicibles.

En pratique, c'est souvent la sociabilité avec les pairs qui permet ces échanges, en dehors des rapports hiérarchiques de direction de thèse et avec les masterants. Je me suis engagée dans le groupe de travail Traitements et Contrainte, un groupe de jeunes chercheures intéressées par les prises en charge de publics vulnérables dans des dispositifs d'enfermement, en ce sens. Nous avons travaillé ensemble en groupes d'abord informels, puis en ateliers, en journées d'études et lors d'un colloque international organisé avec le soutien de notre laboratoire. Si les échanges théoriques m'ont permis

---

[624] MAKAREMI Chowra, « Les « zones de non-droit »: Un dispositif pathétique de la démocratie », *Anthropologie et Sociétés* 32 (3), 2008, p. 81.

[625] Garot, 2004 : 737 in JEWKES Yvonne, « Autoethnography and Emotion as Intellectual Resources Doing Prison Research Differently », *Qualitative Inquiry* 18 (1), 2012, p. 64.

[626] Pour certains, la réflexivité peut être une distraction des missions légitimes de la recherche : B. Crewe, 2009 in *Ibid.*

[627] *Ibid.*

[628] BESSIN Marc, *Sociologie des présences sociales. Les temporalités sexuées des interdépendances*, Mémoire pour l'Habilitation à Diriger des Recherches en sociologie, Paris, Université Sorbonne Paris Cité Université Paris Descartes, 2016.

d'avancer certaines réflexions[629], nos rares échanges sur la « cuisine » du terrain et ses dimensions sensibles ne m'ont pas davantage armée pour faire de l'expérience d'enquête, ce travail social des émotions[630], des données saisissables pour l'analyse. C'est sans doute la nature même de ce travail qui rend l'expérience de ses ratés indicible – et plus particulièrement sa capacité à nous ramener à nos manquements personnels sur le terrain ou à nos sentiments d'illégitimité dans le rôle de chercheures. En revanche, si nous sommes plusieurs à éprouver ces difficultés, c'est bien qu'elles ne sont pas qu'individuelles, mais aussi structurelles.

Les interactions avec les détenus, une disponibilité sous contraintes

Mes rapports avec les personnes détenues puis sortantes de prison étaient traversés par une tension particulière pendant l'enquête, que je qualifierai de disponibilité sous contraintes. Ces disponibilités et ces contraintes, les miennes et les leurs, sont situées dans le contexte de mon expérience d'enquête décrite dans les paragraphes précédents, leurs parcours et les situations d'entretien. La dimension structurelle de mes interactions pose la question de la (pré-)disposition à parler en entretien – et fait l'objet de la discussion que je propose ci-dessous sur les contraintes carcérales du faisable et les contraintes du dicible en entretien.

Les détenus avec qui j'ai mené des entretiens biographiques ou d'administration de questionnaires étaient volontaires et ont adhéré à la démarche que je leur proposais. Leur adhésion, j'y reviens, est la première manifestation de l'asymétrie qui se jouait dans nos interactions, et plus largement, dans mon choix de mener une observation en milieu carcéral. Pour reprendre le terme utilisé par C. Rostaing, faire une recherche en prison est « inconvenant[631] ». La recherche participe d'une démarche principalement égoïste en ce que c'est à moi, en tant que doctorante et salariée engagée dans un parcours de professionnalisation, qu'elle bénéficie au premier titre. Cette démarche est inconvenante,

[629] Elles sont restituées dans le chapitre 6.

[630] Les émotions sont aujourd'hui devenues un objet d'études à part entière et reconnu en sciences sociales, dans le domaine de la santé notamment. En Grande-Bretagne, elles ont fait leur chemin en sociologie des prisons, une approche minoritaire de la criminology britannique, à laquelle j'ai été sensibilisée au cours de deux colloques, à Open University (Milton Keynes) et à l'Université de Glasgow. (Elles apparaissent dans la restitution des enjeux de la pratique de l'ethnographie en prison restitués dans le chapitre 4). Contrairement au cas français (où malgré une croissance de la population pénale, les approches actuarielles restent minoritaires et les responsables de l'Administration pénitentiaire, ouverts aux études ethnographiques), le contexte des études sur la prison en Grande-Bretagne est celui d'une prédominance de la criminologie et des approches positivistes de la pénologie, où la réflexivité et la construction sociale ont peu de place. Le travail de ce groupe de chercheurs en sciences sociales des prisons britanniques, qui font exception, a fait l'objet d'abord d'un premier colloque en 2013 puis de la publication d'un numéro spécial de la revue *Qualitative Inquiry* : JEWKES Yvonne, « Autoethnography and Emotion as Intellectual Resources Doing Prison Research Differently », *art. cit.*

[631] ROSTAING Corinne, « On ne sort pas indemne de prison. Le malaise du chercheur en milieu carcéral. », *art. cit.*

poursuit C. Rostaing, parce qu'elle se conduit auprès de personnes détenues, souvent vulnérables avant et du fait de l'incarcération. Dans ce cadre, la présentation de l'enquête à des personnes détenues se doit d'être très claire sur le caractère volontaire et facultatif de la participation.

C'est à la lumière de cette démarche inconvenante que je souhaite aborder les modalités d'adhésion à l'enquête des détenus. Je l'ai dit, l'adhésion était la norme plutôt que l'exception. Les modalités de cette adhésion sont diverses et variaient selon l'expérience carcérale du détenu et la situation d'entretien. Dans leurs singularités, ces situations d'enquête sont restituées dans ce chapitre et le suivant, lorsque sont convoqués les parcours individuels et le contenu de ces entretiens. Dans ce quatrième chapitre, je soutiens que ces modalités peuvent être entendues comme participant à un contrat entre le détenu et moi-même, qui se négociait au cas par cas et de manière située[632].

Par exemple, mes entretiens avec Paul ont toujours été faciles à conduire et riches en éléments biographiques et sanitaires. Suivant les conseils de D. Demazière, je propose de rendre compte des rapports d'enquête de manière circonstanciée, pour ne pas proposer d'explication globale se résumant à ma « neutralité bienveillante » en entretien, ou mon surplomb social face à des détenus issus le plus souvent des classes populaires et moins éduquées[633]. Les modalités d'acceptation et d'appropriation des entretiens avec Paul sont éclairantes : elles montrent les dimensions de la négociation progressive du rapport d'enquête.

Paul accepte facilement l'entretien au premier abord, mais je dois expliciter et légitimer l'enquête à plusieurs reprises par la suite.

> *Premier entretien : Paul signe le formulaire de consentement et prend la note d'information avant que je ne finisse d'expliquer l'enquête. Je reprends la description et mes intentions avec l'enquête pour m'assurer qu'il comprend bien qui je suis et qu'il n'a aucune obligation à participer. Je lui dis sur quoi vont porter les questions, sur la santé, au sens large, de manière générale. Il accepte et on commence à parler de sa santé et son parcours. Assez vite, j'éloigne la conversation des questions de « parcours de soins » et le laisse parler de l'évolution de sa situation sociale, y compris sa situation avec sa mère, qui semble être la seule à le soutenir pendant un moment. Un peu plus tard, il me dit qu'il ne savait pas « que mes questions, ça allait être ça ». Paul a une carrure assez imposante, de grandes mains et un visage qui se veut impassible. Un homme viril en prison, qui ne doit rien laisser paraître. Je lui réponds que si, les questions sont autour de la santé, mais que plein de choses*

[632] DEMAZIÈRE Didier, « L'entretien biographique comme interaction négociations, contre-interprétations, ajustements de sens », *Langage et société* (1), 2008, p. 15-35.

[633] *Ibid.*

entrent en jeu. Plein de choses influencent la santé. Que le travail par exemple, ça joue. La drogue, ça joue. Les proches aussi. Et c'est pour ça que je pose ces questions. Il acquiesce et on continue. (…)

Lors du deuxième entretien, il me parle de ses relations de couples. Il parle d'elles à la troisième personne la plus impersonnelle possible. Je fais miroir dans mes relances et lui demande s'il vivait « avec cette personne » ou si « cette personne » le soutenait pendant la détention. Il finit par noter que mes précautions sont le gage de ma tolérance de l'homosexualité et m'annonce que cette personne est un homme. Il s'assure tout de même que je suis bien au courant que ce ne sont pas des choses qui doivent se savoir ici et je promets que la confidence reste entre nous. Dans mes notes et dans le schéma du parcours biographique que je dessine comme guide d'entretien avec lui, je note ces partenaires par la première lettre de leur prénom uniquement (même si jamais aucun surveillant (ni détenu) n'a demandé à voir mes cahiers de terrain). (…)

Le quatrième entretien est différent. Assez rapidement, je pose mon stylo. Paul n'a pas le moral et il a besoin de parler. Il me dit qu'en ce moment, c'est dur. Sentant que je ne peux pas faire grand-chose à sa situation et que le recueil de données est plus qu'inopportun, je me mets en mode « active listening[634] ». Je décide plus tard que cette séance ne comptera pas pour l'enquête, parce qu'il n'avait pas qu'envie de parler, il en avait besoin. (…)

Le cinquième entretien. Je lui montre le questionnaire que je suis en train de rédiger[635] pour qu'il me donne son avis. Est-ce que les questions sont claires ? Est-ce qu'elles sont appropriées ? Aucune n'est « tabou » ou mal venue pour une personne détenue ? On discute du questionnaire un bon moment. À la fin, il me dit : « A quoi ça sert, ce questionnaire ? Ça va changer quelque chose ? » Lui, il ne pense pas que ça va « changer les choses », mais si ça peut aider les professionnels à mieux faire leur travail… Il ajoute : « Le problème avec ces questionnaires, c'est que ça fait des cases, ça fait systématique [et les gens ne sont pas systématiques et ils ne rentrent pas dans des cases.] » (…)

[On parle de son parcours. Il me dit que maintenant, c'est différent, qu'il doit changer de façon de gérer les situations.] Je lui demande ce qui fait qu'il y a un « avant », qu'est-ce qui s'est passé, ou quand est-ce qu'on est passé à « maintenant ». Il me répond avec un sourire « Mais Madame, je ne suis pas un bandit, moi ». Puis il m'explique que, d'un côté, il y a ceux qui dealent, qui vont en prison et qui continuent à dealer. Pour eux, la prison, ça fait partie, c'est normal, ils la font, ils ressortent et ils recommencent. De l'autre côté, il a les gens comme lui, « qui font des conneries, des erreurs, mais qui veulent avoir une vie comme tout le monde, comme vous ». Lui, il aimerait bien s'en sortir, travailler, avoir un logement et tout.

---

[634] Technique d'écoute particulière, que j'ai apprise lorsque j'étais bénévole pour une ligne téléphonique de soutien et d'écoute pour des personnes LGBT en détresse ou isolées au Canada. La technique consiste à écouter sans parler de soi, ses opinions ou ses impressions et sans influer sur le fil de la conversation ; il s'agit de manisfester sa présence et son écoute par des relances qui visent à signifier son attention mais aussi à faire développer et expliciter le propos de la personne qui appelle.

[635] Au moment de ce « test », il s'agit de la version du questionnaire que j'ai rédigée seule, sans le soutien d'Aline Désesquelles à l'Ined, avec qui je le reprends intégralement quelques mois plus tard.

(Notes de terrain, 2012-2013)

Paul a l'habitude des prises en charge médicosociales et connait l'exercice du récit de soi. Il découvre au fur et à mesure des entretiens que les entretiens sociologiques sont sensiblement différents, même si, ayant bien compris que ce n'est pas mon métier, il ne me demande jamais d'aide pour des démarches sociales ou d'accès à des ressources en détention. Lorsque l'exercice diffère de ce que j'avais annoncé lors de la présentation de l'enquête – on aborde sa vie sociale et non plus ses pathologies somatiques – il remet en question le contrat initial. C'est en imposant une hypothèse de travail à l'entretien que je parviens à légitimer mes questions et poursuivre l'entretien. La négociation de l'entretien s'opère ainsi par rebondissement, mais en réalité tout au long des échanges, pendant la totalité de la série d'entretiens.

La négociation de l'entretien évolue ainsi lorsqu'il se rend compte qu'il peut aborder un sujet peu probable en prison, celui de son orientation sexuelle. Ce tournant dans le registre des expériences qu'il est prêt à aborder en entretien pose la question de la confidentialité. Son « coming out » est le moment d'un rappel de mes précautions concernant les données que je recueille – sous forme de symboles non identifiants au lieu de prénoms dans mes notes – et d'une explicitation de ma position éthique. Le contrat se négocie de nouveau lors du quatrième entretien, pour inclure (plus explicitement tout du moins) un espace de pause dans l'incarcération, où Paul peut parler de ce qui le perturbe et dont il ne peut parler à personne d'autre du fait de sa situation de détenu. Contre-don de la démarche inconvenante de l'enquête, l'écoute est parfois précieuse en détention. J'accepte sans hésiter car, considérant qu'il m'aide depuis trois entretiens à recueillir des données pour ma thèse, lui rendre service en retour va de soi. Aujourd'hui, il m'apparaît que ne pas accepter ce tournant dans la négociation des conditions de l'entretien aurait certainement infléchi ou mis fin à la relation d'enquête. Le cinquième entretien fait lui aussi évoluer le contrat d'entretien. Estimant que la relation d'enquête est assez bonne pour s'écarter de l'objectif annoncé la première fois, je lui soumets une première version de mon questionnaire pour avis. La démarche pour moi est double : tester mon questionnaire (un test finalement obsolète étant donné que je reprends entièrement le questionnaire avec Aline Désesquelles des mois plus tard) et inclure une personne interviewée à la conception d'un volet de l'enquête dans ce qui se rapproche d'une démarche participative dans un cadre aussi contraint que la prison.

Cet extrait de notes de terrain pose aussi la question des signes explicites révélant les manières dont j'étais perçue par les détenus, qui ont été rares pendant l'enquête. Pour Paul, je suis quelqu'un « comme tout le monde », qui n'a pas besoin de s'en sortir, qui travaille, qui a un logement « et tout ». De son point de vue, je réponds aux attentes d'insertion sociale et relationnelle et j'adhère aux normes sociales de productivité et de

domesticité (et j'ajouterais que je n'ai pas de dépendance aux opiacés). Cette image est aussi ancrée dans des attentes de genre hétéronormatives, qui font des femmes des travailleuses de l'écoute, du soin et de la sollicitude.

Je n'ai posé explicitement la question de ma perception qu'une seule fois pendant l'enquête, à Iliès, à un moment où nous parlions de l'avancement de l'enquête en ville, après l'avoir vu de nombreuses fois, dans des circonstances différentes. Il m'a expliqué que, pour lui, il n'était pas possible de me confondre avec une autre profession en détention. J'étais à part car dès le premier contact, j'avais proposé de faire l'entretien « maintenant ou plus tard », selon ce qu'il préférait. De son point de vue, proposer d'adapter mon calendrier à sa disponibilité marquait une rupture avec la pratique des conseillères de probation, des psychologues ou des travailleuses sociales, qui sont surchargées et ont des cadences de travail rapides voire expéditives. J'étais flattée d'avoir eu une confirmation – toute relative – des effets positifs de mon travail de distanciation avec l'institution carcérale. En revanche, on pourra aussi m'opposer que la structure et le fonctionnement mêmes de la prison empêchent d'occuper une place autre que marginale en détention. En effet, du point de vue des détenus interviewés, je n'aurai jamais mené mon enquête en dehors des heures où j'y étais autorisée (de 8 h à 19 h environ) et des espaces auxquels on m'assignait (les espaces communs, l'Ucsa, les « bureaux[636] »), c'est-à-dire, des espaces et des horaires d'intervenante extérieure en milieu carcéral.

Dernière remarque concernant ma perception par les détenus et ma présentation de soi en entretien, j'ai accordé de l'importance à mon style vestimentaire. Il était sobre et ample pendant l'enquête en détention, c'est-à-dire en pantalons larges et gilets longs et foncés et sans maquillage. L'intention n'était pas tant de « gommer » mon genre féminin que de me rassurer quant à ma pratique de sociologue en détention : j'avais été prévenue par des collègues et des proches quant aux risques qu'ils imaginaient liés à aux situations de tête-à-tête avec des hommes détenus. En m'habillant de la manière la moins suggestive possible, j'espérais d'abord me protéger, en affichant mon désintérêt pour la séduction en entretien et éviter des situations embarrassantes. J'espérais aussi signifier une forme de respect aux hommes détenus, étant donné la misère sexuelle qui peut régner en prison et les questions parfois intimes que je pouvais leur poser, comme le mode de contamination au VIH ou au VHC ou leur situation conjugale.

Il m'est impossible de savoir si ces précautions étaient excessives étant donné que ces pantalons et ces gilets amples sont devenus mon bleu de travail en détention ; je les ai portés tous les jours et ne les portais nulle part ailleurs. Je n'ai jamais été mal à l'aise en

[636] Lors de rares occasions, j'ai pu être présente dans des espaces non-destinés aux professionnels (variables selon les maisons d'arrêt), dans les coursives ou en cellule par exemple. Dans ces moments, je n'ai pas ou peu eu de contacts avec les hommes que j'ai interviewés.

entretien à cause de tentatives de séduction déplacées, contrairement à certaines interactions avec des surveillants. Le risque de geste ou de remarque déplacés s'est révélé marginal, d'une part parce que les détenus sont habitués aux situations d'entretiens avec des jeunes femmes et d'autre part, parce qu'ils n'ont absolument aucun intérêt à ce que les entretiens se passent mal. Comme pour tout entretien où l'enquêtrice doit se situer entre neutralité bienveillante et instrumentalisation[637], ma vigilance quant au registre de la séduction dans les échanges s'est ainsi plutôt portée sur le mode de récit de soi et sur les manières de solliciter mon adhésion ou ma compassion dans les entretiens.

Ces appréhensions liées à la séduction en entretien sont ancrées dans des conceptions de sens commun sur la violence des personnes détenues. C'est la violence physique interpersonnelle, c'est-à-dire ni organisée ni collective, et qui ne perturbe pas l'ordre social, qui est courante en détention. En réalité, la sécurité au quotidien est assez importante : je n'ai jamais été en situation de danger physique[638] et les agressions d'intervenantes extérieures sont très rares de manière générale.

Les contraintes carcérales du faisable

Les contraintes liées au milieu carcéral et à l'organisation administrative de l'unité sanitaire de la première maison d'arrêt ont fait de certaines étapes un travail continu et cyclique de négociation. Je traite ici l'expérience de recrutement, et non le processus synthétisé et rationalisé[639]. L'idée est de restituer l'expérience de l'enquête « en train de se faire » plutôt que « faite », pour éclairer les conditions d'enquête, mais aussi l'organisation de la vie en détention et l'interdépendance des acteurs entre eux – professionnels, détenus et intervenants extérieurs. Ce processus de recrutement s'est déroulé tout au long de l'enquête. Deux préoccupations majeures dictaient mes activités quotidiennes : réussir à obtenir un face-à-face et assurer la confidentialité des propos et de l'état de santé des détenus. Comme on le verra ici, le second compliquait singulièrement le premier, éclairant les principes de l'organisation de la vie pénitentiaire et leurs effets.

Ma présence à l'Ucsa de la première maison d'arrêt avait été annoncée lors d'une réunion d'équipe[640] par le médecin généraliste qui avait soutenu mon enquête en

---

[637] DEMAZIÈRE Didier, « L'entretien biographique comme interaction négociations, contre-interprétations, ajustements de sens », *art. cit.*

[638] Une seule exception : un entretien avec un détenu séropositif au VHC, atteint d'un trouble de santé mentale et en crise, qui avait été « traité » par un enfermement en isolement. J'ai très vite mis fin à l'entretien et signalé sa situation aux professionnels de santé, estimant qu'elle était critique.

[639] Voir Figure 6 - du chapitre suivant

[640] Les réunions d'équipe, ou « staff », ont lieu une à deux fois par an et rassemblent les infirmières, les secrétaires médicales et les médecins. Elles ont lieu dans la cafétéria du « mess », café et lieu de déjeuner partagé avec les autres professionnels de la maison d'arrêt.

détention. Il m'avait présentée comme une doctorante en sociologie, venant faire une étude sur la santé des détenus et des sortants. L'intérêt plus spécifique pour le VIH et le VHC n'avait pas été évoqué et, en aparté, il m'avait conseillé de ne pas en parler aux infirmières. Je ne devais en parler qu'aux trois médecins qui traitaient ces infections et à la médecin responsable de l'Ucsa. Les participantes à cette réunion avaient accueilli cette présentation plutôt favorablement, étant entendu que mon enquête était légitime (les interruptions à la sortie étant reconnues comme un « problème ») tout autant qu'une instruction du médecin, qui ne leur demandait pas de travail supplémentaire. En réalité, j'avais commencé mon enquête depuis plusieurs semaines et certaines me situaient déjà très bien. J'ai néanmoins présenté mon « protocole de recrutement », procédant souvent différemment selon les divisions, en leur faisant passer des copies des formulaires de consentement et d'informations que j'utilisais dans les entretiens.

Le face-à-face avec le détenu et l'entretien biographique était l'aboutissement du processus de recrutement. Dans ce travail continu et cyclique de négociation, un travail dans les marges, l'étape de collecte des noms et des numéros d'écrou s'est déroulée tout au long de l'enquête : régulièrement, je recueillais les noms des détenus séropositifs au VIH ou au VHC en sollicitant les trois médecins de la maison d'arrêt qui les prenaient en charge, ou dans le cas d'un des médecins, à sa suggestion, en consultant son agenda et sa liste de consultations. Chaque jour, je sollicitais les secrétariats pour vérifier les noms, numéros d'écrou et de cellule des détenus avant de pouvoir demander à les voir individuellement.

De même, je n'obtenais le premier face-à-face, pour présenter l'enquête et proposer de répondre au questionnaire, qu'après un processus chronophage et incertain. Ce processus consistait le plus souvent à : rédiger un « bon caramel[641] » puis à attirer l'attention du surveillant de rez-de-chaussée, pour qu'il le transmette au surveillant d'étage via une poche attachée à une ficelle sur une poulie, qui à son tour ouvrait la porte de la cellule du détenu, le laissant descendre au rez-de-chaussée pour me trouver dans un bureau, cabinet médical ou « box » selon les divisions et les disponibilités du moment.

Chacune de ces étapes pouvait freiner ou empêcher le détenu de parcourir les 5 mètres à vol d'oiseau pour descendre me voir. En moyenne j'attendais entre 20 minutes et 1 h pour voir un détenu, et, en moyenne, je demandais à voir un détenu quatre fois avant de pouvoir le rencontrer. Toujours en moyenne, je menais un entretien de 45 minutes à 1 h 30 par demi-journée de 4 h. Toute cette attente et toute cette répétition s'inscrivaient autant que possible dans les codes et les règles de la détention et, la règle

[641] Comme indiqué dans une note précédente, les « bons caramels » sont des billets de couleur beige où les professionnels inscrivent les noms, numéro d'écrou, de cellule, de division, leur nom et la raison de la convocation.

étant distincte de la pratique[642], elles étaient aussi le signe d'une importante marge de manœuvre, que je trouvais plutôt bienvenue.

Cette procédure marquait mon indépendance vis-à-vis de l'Ucsa par exemple car elle me permettait de décider de mon emploi du temps (horaires, jours de présence, détenus rencontrés). Cette liberté d'aller et venir en prison a été particulièrement appréciable lorsqu'il a fallu conduire des entretiens en détention, mais aussi mener l'enquête hors les murs et assurer mes heures d'enseignement à l'Université.

À l'inverse, si cette indépendance était appréciée, j'ai aussi appris à me renseigner sur les détenus que j'allais demander à voir auprès de certaines des infirmières que j'avais appris à mieux connaitre : après un entretien avec un homme dont l'état m'a plus tard été décrit comme « psychotique » et « en pleine crise », et un entretien avec un homme séronégatif de retour de Syrie, j'ai estimé qu'il était sans doute opportun de demander son impression à une professionnelle de santé avant le premier face à face. Ces échanges ont été des opportunités de recueil du point de vue des infirmières de leur travail et de leurs registres d'appréhension des détenus. Souvent surchargées de travail, ces échanges avec les infirmières se faisaient en travaillant ou lors de très courtes pauses déjeuner. Ainsi, ils ont été aussi des opportunités d'observation de leur travail en train de se faire.

Estimant que j'étais « chez eux » et que ma présence leur demandait un travail supplémentaire de surveillance et de prévention des incidents aux professionnels, j'ai vite appris et usé des codes de sociabilités les plus évidents. Par exemple, je portais une attention particulière à ménager les surveillants en charge de la circulation des détenus, à me présenter aux « gradés » ou à dire systématiquement « bonjour » dans les couloirs et serrer les mains de ceux que je reconnaissais. D'une importance déjà décrite en sociologie des prisons[643], cette politesse était accueillie comme une forme de respect et de reconnaissance de leur présence et de leur travail. Cette reconnaissance était particulièrement appréciée du fait de sa rareté chez les intervenants extérieurs – catégorie dont je faisais partie et qui m'identifiait dans mes échanges avec les agents de surveillance. Si les bonnes relations avec les acteurs de terrain à même de faciliter l'accès aux « enquêtés » sont de mise dans toutes les enquêtes de terrain, la particularité de la première maison d'arrêt (grande, avec de nombreux détenus aux statuts et parcours pénaux divers, de nombreux intervenants extérieurs et accueillants des surveillants en formation) signifiait que ce travail de reconnaissance, et mise en visibilité de moi-même

[642] Cf. plus haut, la discussion sur l'ordre négocié en prison et les références aux travaux de sociologie des prisons tels que BENGUIGUI George, CHAUVENET Antoinette et ORLIC Françoise, « Les surveillants de prison et la règle », *art. cit.*

[643] CHAUVENET Antoinette, ORLIC Françoise et BENGUIGUI Georges, *Le monde des surveillants de prison*, Paris, Presses universitaires de France, 1994.

dans la détention, était à refaire périodiquement, lorsque les surveillants changeaient de poste et d'affectation. Dans la seconde, mes entretiens étaient prévus par l'équipe de l'Ucsa et je n'avais pas à faire le travail de sollicitation et de relance. Être reconnue par les surveillants affectés au rez-de-chaussée, c'est-à-dire responsables et « chefs d'orchestre » de la circulation des détenus dans la division, contribuait grandement à parvenir à recevoir un détenu en entretien.

Ce travail relationnel avec les professionnels pour permettre mon accès aux hommes que je souhaitais interviewer s'est poursuivi tout au long de l'enquête, en détention, mais aussi en ville. Pour recueillir les éléments qui me permettraient de comprendre l'expérience de la sortie de prison, j'ai prolongé l'enquête dans les structures institutionnelles de dispensation de l'aide sociale qui pouvaient prendre en charge les détenus qui acceptaient de m'en parler une fois sortis de prison. Même si j'ai conduit un certain nombre d'entretiens dans les locaux de l'École des hautes études en sciences sociales, la majorité des entretiens et des échanges se sont déroulés dans les lieux de vie et de prise en charge des sortants. Ainsi, pour obtenir un entretien avec Patrick à sa sortie de prison, je me suis rapprochée de la cheffe de service du centre d'hébergement qui le logeait dans la banlieue nord de Paris. L'accueil par les travailleurs sociaux était important pour pouvoir mener les entretiens dans les structures et ainsi voir et questionner les conditions de vie dans ces lieux. Dans l'ensemble mes demandes de rendez-vous ont été bien acceptées et les marges de manœuvre pour obtenir des face-à-face avec les sortants, largement plus grandes qu'en détention[644].

La présentation de mon enquête et de mes intentions auprès des responsables de ces structures était une nouvelle occasion de se soucier de la confidentialité concernant la séropositivité des sortants. Contrairement au milieu fermé, mes précautions dans les centres sociaux étaient disproportionnées : le plus souvent, les sortants avaient déclaré leur état de santé, leurs besoins en prise en charge médicale et leur séropositivité. Ceci m'indiquait à la fois qu'il s'établissait une relation de confiance avec les professionnels, consolidée par l'accès privilégié à certaines ressources que constituait le VIH – certaines places d'hébergement étant « fléchées », c'est-à-dire attribuées en priorité aux personnes vivant avec le VIH. Cependant, le rétablissement de « l'allocation adulte handicapé[645] » par ou avec un travailleur social requiert évidemment de déclarer son affection.

[644] Je précise les conditions d'enquête dans les chapitres 5 et 6 suivants dans la description des parcours de chacun.

[645] L'allocation MDPH, « maison départementale des personnes handicappées », anciennement Allocation adulte handicapé est dite « AAH » par les sortants.

Les contraintes structurelles du dicible

C'est *a posteriori* que j'ai pu reconstruire les conditions qui permettaient aux détenus de répondre à l'exercice de l'entretien biographique que je leur proposais et de formuler un récit de vie[646]. Il apparaît que ces conditions du dicible relèvent à la fois du parcours et de la situation individuelle et de la structure institutionnelle dans laquelle se déroulaient les entretiens. Je propose d'explorer ici quelques-unes des conditions structurelles du dicible en prison. Ces conditions structurelles sont entendues au sens des rapports sociaux qui permettent et contraignent la relation d'enquête en prison, et plus précisément les rapports de genre, de classe, d'âge et de race/d'ethnicité.

S'interroger sur le dicible mène à s'interroger sur ce qui n'a pas été dit, c'est-à-dire des bribes ou des récits que je n'ai pas recueillis. Le VIH et l'hépatite C sont des sujets sensibles en détention[647] car ils sont attachés à des mécanismes de stigmatisation délétères. Par exemple, ces sujets ont à quelques reprises été écartés des entretiens d'administration du questionnaire[648].

Pour en revenir à la question du dicible en entretien pendant cette enquête, et par extension, au dicible en prison, je passe en revue les éléments relatifs aux rapports sociaux de domination dans ces interactions. Ces éléments sont artificiellement dénoués et énumérés ici, mais on retrouve leur imbrication intersectionnelle, c'est-à-dire les liens indissociables entre les différents sous-types de rapports sociaux de domination, dans la description des parcours individuels des prochains chapitres.

L'âge

Les détenus que j'ai rencontrés, lors de l'enquête par entretiens biographiques ou par questionnaires, sont remarquablement plus âgés que la moyenne nationale, et la moyenne des maisons d'arrêt où ils étaient[649]. Comme l'ensemble des détenus séropositifs dans les maisons d'arrêt où j'ai enquêté, ils ont entre 35 et 50 ans (alors que la moyenne d'âge nationale de toutes les personnes sous écrou en France est de 35 ans). Si cet écart d'âge s'explique[650], il dit aussi quelque chose de l'épidémie du VIH[651] et du

---

[646] Je formule cette reconstruction des conditions structurelles du dicible avec le travail de M. Pollak en tête (notamment autour de « ce que parler veut dire » et son commentaire méthodologique sur son enquête sur l'expérience concentrationnaire), à laquelle je rajoute une dimension intersectionnelle : POLLAK Michael, *L'expérience concentrationnaire: essai sur le maintien de l'identité sociale*, *op. cit.* ; POLLAK Michael, « La gestion de l'indicible », *Actes de la recherche en sciences sociales* 62 (1), 1986, p. 30-53.

[647] Voir chapitres 5 et 6.

[648] On verra toutefois dans le chapitre suivant que les détenus ont été très volontaires à participer aux entretiens.

[649] Ce point est développé en fin du chapitre 4.

[650] Plusieurs facteurs contribuent à une prévalence plus faible chez les plus jeunes, dont le succès des campagnes de prévention et la généralisation des interventions d'éducation à la santé dans le milieu scolaire et parascolaire.

VHC[652]. Les plus jeunes sont moins affectés que les plus âgés, qui, dans le cas de mon enquête, ont été contaminés il y a longtemps[653], avant les campagnes de santé publique à grande échelle des années 1990. L'âge des détenus n'explique pas, ou ne caractérise pas à lui seul le type de relation d'enquête possible sur le terrain. C'est en conjonction avec d'autres éléments sociodémographiques, tels que la classe sociale, que les relations d'enquêtes peuvent être situées.

La classe sociale

Les détenus interviewés pendant la recherche sont en grande majorité issus des classes populaires et souvent d'immigration récente. Ce résultat n'est pas surprenant, la classe ayant déjà largement été décrite comme un facteur de recrutement de la prison[654]. L. Wacquant montre par exemple que les hommes des classes populaires, les immigrés récents et le *lumpenprolétariat* sont surreprésentés dans les prisons.

L'entretien biographique était ouvert[655] : si je suggérais un sujet et choisissais les thèmes abordés, je laissais la personne détenue libre de répondre à mes relances, ou non, et de choisir de faire des digressions, en notant les anecdotes. Cette technique avait pour effet de limiter mon accès à la parole de ceux qui avaient une bonne maîtrise du français et une capacité à répondre à l'exercice du récit de soi. Ces détenus-là étaient souvent français ou en France depuis longtemps, avec une expérience du recours à l'aide sociale[656].

L'oral a une place centrale pendant l'entretien. En détention plus largement, l'écrit a une place prépondérante dans le quotidien, en particulier dans les échanges avec les professionnels. L'écrit est un critère d'autant plus discriminant en prison que l'illettrisme, en tout cas en français, est fréquent ; c'est pourquoi j'ai préféré autant que possible les interactions *de visu* dans l'enquête.

Les entretiens me permettaient donc de recueillir la parole de certains détenus, ceux qui avaient eu une expérience de socialisation en France. À l'inverse, le

---

[651] Nombre de personnes séropositives au VIH en France au moment de l'enquête: 152 000 (entre 135 000 et 170 000), selon le rapport Morlat, 2013.

[652] La dernière enquête date 2004, cf. chapitre 2. Elle indique que la prévalence des anticorps contre le virus de l'hépatite C (anti-VHC) chez les adultes âgés de 18 à 80 ans est de 0,84%, soit 367 055 adultes de 18-80 ans porteurs d'anti-VHC.

[653] On peut y voir l'effet des politiques de santé publique et des campagnes de prévention mise en place depuis les années 1990, qui protègent les plus jeunes. On peut aussi y voir un biais dans le recrutement au dépistage. Peut-être les jeunes ne sont-ils pas dépistés ou ont-ils moins recours aux soins ? Peut-être ne sont-ils pas la cible des campagnes de santé publique ou de prévention ?

[654] Voir par exemple : WACQUANT Loïc, *Punir les Pauvres*, *op. cit.*

[655] Voir le chapitre suivant « L'enquête par entretiens biographiques sur le parcours de santé » pour approfondir.

[656] Sur l'injonction biographique dans le recours à l'aide sociale, voir : ASTIER Isabelle et DUVOUX Nicolas, *La société biographique*, *op. cit.*

questionnaire permettait de recueillir la parole de ceux qui avaient moins d'expérience en France ou maîtrisaient moins bien le français, avec des questions courtes, précises, directives, plus facile à cerner – et dans un certains cas, l'aide d'un autre détenu qui jouait le rôle de traducteur[657].

La contrainte du dicible ne s'expliquait pas qu'en termes de niveau d'étude ou de scolarisation. Par exemple, un certain nombre de détenus immigrés d'Afrique du Nord parlent très bien, se font très bien comprendre, travaillent, négocient, ont accès aux soins et aux droits en France, mais ne savent pas ou mal lire, et ont une syntaxe hybride entre français et arabe. Lorsque, pour les analyser, on cherche à situer ces entretiens, c'est donc aussi la dimension postcoloniale de la population carcérale qu'il faut prendre en compte – et les histoires migratoires des personnes détenues[658].

La race ou l'ethnicité

Troisième dimension des rapports sociaux de domination dans les interactions avec les personnes détenues dans l'enquête, la race ou l'ethnicité sont très peu présentes dans la littérature francophone sur les prisons. D. Fassin tente une analyse quantitative des groupes racialisés en prison, montrant que les détenus non Blancs, descendant d'immigrés d'Afrique du nord et subsaharienne notamment, sont majoritaires[659]. Les statistiques administratives indiquent par ailleurs qu'entre 10 et 30 % des personnes incarcérées en France sont étrangères[660]. Les populations d'Ile-de-France et de Provence

---

[657] Dans le chapitre suivant « L'enquête par questionnaires sur la santé des détenus » approfondis les conditions et le déroulement de ce volet d'enquête. On y aborde notamment les deux éléments suivants, en lien avec le propos ci-dessus : 1) La technique d'administration souple que j'ai employée, celle du questionnaire ethnographique de Soutrenon (2005), était la condition sine qua non du succès de l'administration du questionnaire en détention : il était indispensable de pouvoir reformuler, expliquer, lorsque le détenu ne comprenait pas et de permettre le dialogue avec le détenu qui servait d'interprète, le cas échéant. Les rapports sociaux en prison sont emprunts de violence physique et symbolique et de méfiance (Chauvenet et al. 2008) : il faut déployer d'autant plus de soin à instaurer une relation de confiance en détention, même si elle est n'est que circonscrite dans le temps (de l'entretien) et l'espace (du bureau où se déroule l'entretien).

2) Il était important aussi d'écouter lorsque le répondant proposait des réponses plus riches que celles que permettaient les cases du questionnaire, ou de noter dans la marge des anecdotes, bien plus éclairantes que la réponse que le questionnaire aurait codée « 8, ou sans objet ». Les recherches quantitatives sur la prison en France sont rares, et n'offrent pas de modèles de questionnaires éprouvés – j'ai formulé le mien en fonction de mes connaissances issues de la recherche ethnographique antérieure, mais il a été très difficile de rédiger des questions que tous les détenus pouvaient comprendre de la même façon, alors que leurs registres de français (habitus) était si hétérogènes.

[658] Le questionnaire et l'expérience de son administration montrent la manière dont le niveau d'instruction se manifeste et doit être pris en compte par l'enquêtrice – et plus largement la classe sociale et l'expérience migratoire dans un contexte postcolonial. On peut retenir sur ce point le fort contraste avec la population française générale : un nombre important de détenus ont des difficultés à lire ou écrire en français (plus des trois quart dans l'échantillon interrogé par questionnaire); ceci s'ajoute à des scolarités souvent conflictuelles, courtes et préparant peu au métier exercé par la suite.

[659] FASSIN Didier, *L'ombre du monde: Une anthropologie de la condition carcérale*, Paris, Seuil, 2015.

[660] DAP / PMJ / PMJ5, « Séries statistiques des personnes placées sous main de justice 1980-2014 », *op. cit.*

Alpes Côte d'Azur étant les plus diverses, il est raisonnable de penser que la proportion est plus proche de 30 % dans les maisons d'arrêt de l'enquête.

Ainsi, même si les détenus à qui je proposais des entretiens étaient choisis selon leur séropositivité, les rapports d'enquête se construisaient le plus souvent dans le cadre de rapports sociaux de race, qui demandaient eux aussi de prendre en compte la dimension fondamentalement postcoloniale de l'institution pénitentiaire française. Ils demandaient aussi de reconnaitre les privilèges conférés par ma « blanchité[661] », qui s'imbriquaient à ceux de mon statut d'intruse ou d'extérieure au monde carcéral.

Les entretiens se faisaient donc, le plus souvent, entre une sociologue perçue comme blanche (dite « française ») et un détenu non Blanc. À quelques reprises, mon nom de famille introduisait une exception. Si j'étais perçue comme « Française », c'est-à-dire blanche pour la plupart des détenus, de par la couleur de ma peau, mon accent et ma façon de parler en français, pour les autres juifs d'Afrique du Nord, je pouvais être comme eux une immigrée de seconde ou troisième génération. Par exemple, l'entretien avec André, 53 ans, a commencé sur les chapeaux de roues. Reconnaissant mon nom de famille sur la fiche descriptive de l'enquête que je lui remets le premier jour, il me coupe la parole pour me dire qu'il est ravi de m'aider dans mon étude et commence à me raconter sa journée, sa famille, sa santé, ses antécédents médicaux et sa déception d'avoir été incarcéré de nouveau, alors qu'il s'était « rangé ».

La complicité ethnique ou religieuse amorcée par la reconnaissance de nos noms juifs tunisiens (une complicité plutôt communautaire étant donné que nous ne sommes ni l'un ni l'autre pratiquants) facilite ainsi la prise de parole et l'exposition de son intimité en entretien. Elle renforce aussi l'assignation de la relation d'enquête à celle qui se joue entre un homme âgé, expérimenté et expert de sa situation, qui rend service, pour aider une jeune novice dans son projet d'étude. La relation se joue dans le registre de l'entraide, mais André répond aussi à l'impératif de réussite scolaire si fréquent dans la diaspora séfarade, entre autres. Ici la dimension paternaliste est plus évidente, à la fois parce que la relation prend la forme hiérarchique de la transmission de savoirs, professeur-élève, et expert-novice, mais aussi parce que la domination de genre est aussi sensible dans la façon de prendre en charge l'entretien, dans le fond, mais aussi dans la forme des échanges.

Le genre et le sexe

La dernière dimension des rapports sociaux qui construisent l'enquête sur la santé en prison, que j'évoque dans cette analyse intersectionnelle du rapport d'enquête, est

[661] Je traduis « *white privilege* » par « privilège conféré par la blanchité », en référence aux travaux féministes héritiers de : McIntosh Peggy, « White privilege: Unpacking the invisible knapsack », *Working paper no.189 Wellesley College*, 1988.

celle du genre. À l'échelle de la population pénale, le sexe est un facteur de recrutement important et connu en prison. On y retrouve 97 % d'hommes et 3 % de femmes au moment de l'enquête. Ce recrutement s'explique en partie par des mécanismes de protection des femmes déviantes, plus souvent prises en charge par le social, le médical ou le psychiatrique, que par le pénal et la pénitentiaire[662].

Les surveillants sont eux aussi en grande majorité des hommes. Près de 20 % d'entre eux sont des femmes, dans un environnement de travail décrit comme largement masculin et sexiste[663]. Dans les autres corps de métier du milieu carcéral, les conseillères de probation, agents administratifs, soignantes, intervenantes extérieures, sont plus fréquemment des femmes[664].

Si l'assignation de sexe était assez évidente et systématiquement dichotomique (la situation en jeu pendant l'entretien est celle d'un homme détenu face à une femme professionnelle ou étudiante), les rapports de genre ont pris des formes plus variables. De nombreux travaux féministes abordent de manière réflexive la relation d'enquête avec des hommes, comme ceux de T. Arendell[665] ou L. McKee et M. O'Brien[666]. Ils éclairent l'intérêt pour la production de savoirs d'inclure l'analyse des rapports de genre, au-delà de l'analyse réflexive des conditions d'enquête. Les interactions avec les hommes détenus et les professionnels du milieu carcéral[667] sont révélatrices des mécanismes genrés en milieu carcéral. Les deux exemples qui suivent intègrent les effets des autres rapports sociaux de domination, pour restituer de manière plus fine et plus complexe les conditions du dicible en prison.

Avec Mourad, les entretiens se passent différemment. Il est lui aussi né en Tunisie, à peu près au même moment qu'André, mais il est musulman et il est arrivé en France à l'âge adulte. Il est très à l'aise à l'oral et parle avec entrain, avec un accent arabe prononcé. Au fur et à mesure des entretiens, je me rends compte qu'il ne lit ni le français ni l'arabe. En détention, il participe aux entretiens avec une certaine déférence, qui rappelle celle que l'on accorde aux professionnelles féminines que l'on veut mettre de son côté. Il me dit tout de même apprécier l'opportunité de parler et de se confier. Il n'a pas

---

[662] CARDI Coline, « Le contrôle social réservé aux femmes: entre prison, justice et travail social », *Déviance et Société* 31 (1), 2007, p. 3.

[663] RAMBOURG Cécile, « La féminisation à l'épreuve de la prison », Paris, Rapport pour la Direction de la recherche et de la documentation de l'Ecole nationale de l'Administration pénitentiaire, 2013.

[664] MALOCHET Guillaume, « Dans l'ombre des hommes. La féminisation du personnel de surveillance du prisons pour hommes », *Sociétés contemporaines* (59-60), 2005, p. 199–220.

[665] ARENDELL Terry, « Reflections on the researcher-researched relationship: A woman interviewing men », *Qualitative Sociology* 20 (3), 1997, p. 341-365.

[666] MCKEE Lorna et O'BRIEN Margaret, « Interviewing men: Taking gender seriously », *The public and the private*, 1983, p. 147–161.

[667] Elles sont approfondies dans le chapitre 6.

l'habitude de parler à une femme et mes questions sur son parcours et ses proches sont entendues comme une invitation à se livrer, dans un cadre bienveillant, de sollicitude, autrement dit féminin. Personne autour de lui ne sait qu'il est séropositif, et le secret pèse lourd. Le secret et ses conséquences en termes de mensonges aux proches, de relations amoureuses consistantes impossibles, de soupçon d'homosexualité, reviennent dans les entretiens. Dehors, lorsqu'un des entretiens se fait dans le café-restaurant où il a ses habitudes, il est moins question de secret et plus question de me montrer d'où il vient, où il vit, et qui sont ses amis : c'est l'homme arabe tunisien qu'il met en scène. Il décide du lieu de rendez-vous, me présente à tout le monde, et choisit où l'on s'assoit pour parler sans être entendus. En quittant le café, impossible de repartir sans quelques fricassés et des gâteaux au miel.

Affichée comme de la générosité et un cadeau entre Tunisiens, le geste relève de deux autres dimensions : celle du contre-don dans le cadre de la relation enquêtrice-enquêté, mais aussi celle de la domination de genre, où l'homme prend le dessus sur la négociation des conditions de l'entretien et des sujets abordés, dans une sorte de contestation du processus d'enquête établi en détention. Un autre élément plus sensible des rapports de pouvoirs qui changent entre dehors et dedans est le toucher. En détention, le contact physique se limite exclusivement à se serrer la main en guise de salut. Dehors, alors qu'il me présente ou m'indique où s'asseoir, Mourad pose sa main sur mon bras ou dans mon dos. Comme l'indique N. Henley, « ces actions de toucher font passer des messages de dominance : les supérieurs tendent à toucher les subordonnés et les hommes, les femmes, plutôt que l'inverse, dans un exercice du pouvoir implicite[668]. »

En fin de compte, si l'on a beaucoup parlé de son VIH et de ses difficultés à vivre avec en détention, dehors, il est plutôt question de gestion du quotidien comme honorer ou rater des rendez-vous médicaux et reprendre le travail. Pour reprendre une analyse de M. Bessin et M.-H. Lechien, le VIH se dit dans le registre de la confidence[669], comme un secret partagé dans un moment de faiblesse où le besoin d'écoute, de se confier, de ressentir une intimité prend le dessus dans une prison qui fait tout pour l'éradiquer. Dans ces entretiens, le rapport d'enquête me demandait un certain travail émotionnel, pour recueillir ces confidences et ces moments d'expression de soi et de l'intime. Ce travail, parfois reconnu, mais jamais admis, et toujours féminin, devait rester invisible[670] pour ne pas heurter les échanges.

---

[668] Ma traduction, McKee & O'Brien (1983) "Interviewing men : taking gender seriously" in Garmaknikow et al. « The public and the private», London, Heinemann, p. 147-59.

[669] BESSIN Marc et LECHIEN Marie-Hélène, « Hommes détenus et femmes soignantes », *art. cit.*

[670] Hochschild, 1983 in FERNANDEZ Fabrice, LÉZÉ Samuel et MARCHE Hélène, « Voilement et dévoilement des émotions sur les terrains de la santé », *art. cit.*

Le deuxième exemple est celui de mon interaction avec Édouard, un détenu blanc, de classe supérieure, éduqué et incarcéré pour la première fois, qui parle facilement aussi – mais sur un tout autre registre. Il me déclare d'emblée que mon sujet est très intéressant et qu'il serait ravi de discuter avec moi ; il a plein de choses à me dire à ce sujet et, très enthousiaste, me déclare que Foucault est clairement le plus pertinent sur ces questions, à son avis. Il me conseille ensuite le numéro de la revue *Pouvoirs* sur la prison paru il y a peu, au moment du premier entretien[671]. Par ailleurs, il est très versé en toutes choses VIH, et par tirades sur les traitements ou l'usage de drogues, il m'explique les choses.

Ce qu'il dit relève d'abord de l'échange entre élites éduquées, mais aussi du test, une première façon d'investir le rapport de domination. Ensuite, ce qu'il dit relève de ce que L. McKee et M. O'Brien ont appelé « speechifying[672] », ou « discouriser », une manière genrée de détourner un dialogue pour en faire un moment d'enseignement, d'un homme à une femme.

Ces deux exemples montrent que la relation d'enquête était construite dans le cadre de rapports sociaux de domination particuliers à la maison d'arrêt. Ces rapports ne peuvent être saisis qu'en imbriquant leurs dimensions genrées, d'âge, de classe, et de race ou d'ethnicité. Ils montrent aussi que dans le contexte de la détention, le genre de l'enquêtrice et de l'enquêté s'agencent pour permettre de parler, et plus particulièrement de parler de séropositivité. Comme évoqué précédemment au sujet de l'ordre social en prison, la prison isole, mortifie et modifie la structure des relations sociales possibles. Elle impose méfiance et peur vis-à-vis de tous, de sorte qu'il est ainsi très difficile de parler et de construire une relation de confiance avec l'autre.

L'ordre du genre en prison renforce cette impossibilité d'établir une relation dans laquelle un détenu peut parler de séropositivité : un homme en prison ne doit pas montrer de faiblesse, ne parle pas de l'intime, ne se confie pas et exprime colère plutôt que tristesse ou mélancolie. La figure de la masculinité hégémonique en prison, pour reprendre le cadre d'analyse de R. W. Connell et de J. W. Messerschmidt, est assez proche du stéréotype sexiste et androcentré en milieu ouvert, à deux exceptions près : la domination économique n'est pas souvent du côté des détenus, de même pour la race ou l'ethnicité[673]. Un article plus récent de B. Crewe revient sur les pratiques masculines, et

---

[671] En 2010, la revue *Pouvoir* publie son 135e numéro, intitulé « La prison. »

[672] Aujourd'hui, c'est la notion moins scientifique de « mansplaining » de R. Solnit, romancière et essayiste américaine, qui est plus couramment utilisée ; elle ne fait pas explicitement référence aux travaux féministes des années 1970.

[673] CONNELL R. W., *Masculinities*, Oakland, University of California Press, 1995 ; MESSERSCHMIDT James W., « Masculinity, crime and prison », *in Prison Masculinities*, Philadelphia, PA, Temple University Press,U.S., 2001.

plus précisément, sur les rapports entre hommes en détention, « *homosocial relations* », peu décrits en études de genre ou des prisons[674]. Il montre que la masculinité se joue aussi et surtout dans les interactions quotidiennes, sous la forme de « fluctuations d'intimité masculine » qui s'expriment plus ou moins ouvertement.

En prison, parler du sida et de l'hépatite C puise dans tous ces registres dits masculins, du fait des représentations que véhiculent ces catégories. Paradoxalement, la solitude et l'isolement en prison font que les détenus peuvent se saisir de l'entretien comme d'une opportunité de se soustraire à cette norme, à travers les rapports sociaux de genre dans la relation d'enquête avec une femme sociologue. Se confier à une femme n'est bien évidemment pas le propre de l'enquête en prison, mais le contexte permet un certain registre de confidences, qui serait difficilement accessible autrement.

Ces conditions structurelles de la relation d'enquête en détention ont produit plusieurs registres de récits de vie en entretien. Les usages de l'entretien par les détenus étaient divers et parfois pluriels. Pour certains, l'entretien rompait l'isolement en prison ; pour d'autres, il permettait de passer le temps. Il participait à ce que certains détenus pensaient être un « bon dossier » pénal, étayé de preuves qu'ils prenaient soin d'eux et qu'ils coopéraient en détention. En participant, certains disaient faire bon usage de leur temps en prison. D'autres espéraient que mon étude servent à rendre compte et rendre publics les dysfonctionnements. Paul par exemple espérait contribuer à « faire changer les choses » en prison, notamment les conditions indignes de détention et de prise en charge des malades. Un autre mode d'engagement dans l'entretien s'exprimait par une volonté « d'expliquer les choses » à une étrangère novice du monde de la prison, pour pallier mon ignorance ou pour me rendre service.

La négociation de l'entretien et les rapports d'enquête sont ainsi inscrits dans leur contexte de production. Dans le cas de l'enquête en détention, il existe une prénotion qui voudrait que la prison oblige à choisir son camp : un chercheur se situe du côté des détenus ou des surveillants et ménager les deux groupes lui est impossible du fait du pouvoir des dominants sur les dominés. Pour H. Becker, cette question « de quel côté nous situons-nous[675] ? » se pose d'autant plus en termes de biais (ou de suspicions de biais) dans les échanges scientifiques. Il appelle à étudier les « deux » côtés de l'opposition entre les acteurs d'une institution, sous-entendant ainsi qu'il faut se rapprocher de l'un puis de l'autre. Pour A. Liebling, les chercheurs ne devraient pas se soumettre à cette assignation de l'institution, mais plutôt se créer une troisième place,

[674] CREWE Ben, « Not Looking Hard Enough Masculinity, Emotion, and Prison Research », *art. cit.*
[675] BECKER Howard S., « Who's side are we on? », *Social Problems* 14 (3), 1967, p. 239-47.

d'où sont visibles tous ces côtés à la fois[676]. Elle explique que, dans son expérience d'enquêtes en détention, les professionnels et les détenus s'accommodent de ce choix d'écouter tous les protagonistes en même temps et que, de surcroit, seuls des sociologues lui ont opposé des doutes sur la validité de sa méthode. A. Liebling ajoute que le rôle de la sociologue est simplement de se prononcer au sujet de ce que les choses sont, et non pas sur ce qu'elles devraient être.

J'ai ainsi porté une attention particulière au travail des professionnels en détention, mais aussi dans les structures d'aide sociale en ville.

Les interactions avec les professionnels, en détention et en ville

Le contexte des interactions avec les professionnels

L'entrée sur le terrain en détention et l'accès aux données se sont déroulés en lien avec des médecins : les démarches laborieuses d'accès au terrain se sont dénouées après l'intervention de médecins, dont deux de l'association Sidaction et du ministère de la Santé ; et j'ai obtenu l'accès en détention et aux détenus par mon affiliation à l'Ucsa et l'aide quotidienne des professionnels de santé[677].

Les Ucsa sont des services de santé qui sont situés en détention, c'est-à-dire à proximité des cellules et de la circulation des détenus ou dans des locaux séparés selon les maisons d'arrêt. Au moment de l'enquête, la mission des Ucsa est développée dans le « Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenue », conçu par les ministères de la Justice et de la Santé en 2004 et actualisé en 2012[678]. Elle consiste à mettre en œuvre le suivi médical des personnes détenues, sous la direction de l'hôpital de rattachement[679]. Selon les Ucsa, les effectifs varient, mais dans les maisons d'arrêt où j'ai mené l'enquête, les agents incluent essentiellement des secrétaires médicales, des infirmières et des médecins généralistes. D'autres agents exercent à temps partiel : des médecins spécialistes et, plus rarement, des kinésithérapeutes, des dentistes et des opticiens. Les équipes sont soutenues par des surveillants chargés de maintenir l'ordre autour ou dans l'Ucsa selon les maisons d'arrêt. Dans la première, les « auxiliaires sanitaires » sont des surveillants chargés de la gestion des flux des patients, de la salle d'attente et de la sécurité du personnel de santé. Ils portent des blouses blanches et ont

---

[676] LIEBLING Alison, « Whose Side are We on? Theory, Practice and Allegiances in Prisons Research », *British Journal of Criminology* 41 (3), 2001, p. 472-484.

[677] Voir chapitre 4.

[678] MINISTÈRE DE LA JUSTICE et MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, « Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues », Paris, 2012, p. 186.

[679] « L'établissement hospitalier siège de l'unité sanitaire est chargé, conformément aux dispositions des articles R. 6112-19 et R. 6112-20 du CSP, reprises par l'article D. 379 du CPP, d'organiser le suivi médical des personnes détenues. », *Ibid.*, p. 50.

accès aux salles de soins. Dans l'autre maison d'arrêt, les surveillants sont en uniforme et assurent l'ordre et la surveillance de la circulation des détenus dans les locaux de l'Ucsa. Un des enjeux de la collaboration entre les professionnels de santé et pénitentiaire est l'accès des détenus aux locaux de soins.

Tous ces professionnels s'accordent à dire que le suivi médical des détenus et des sortants est perfectible, voire problématique, tant en termes d'offre de soins que d'organisation des services et des collaborations entre les professionnels. Le consensus rassemble aussi les professionnels de santé et du social en ville, que j'ai rencontrés au fil de l'enquête en suivant les sortants de prison dans leur prise en charge.

Des professionnels en adhésion avec l'enquête

La majorité des personnes vivant ou travaillant en détention s'accordent à dire que la santé des détenus est problématique. J'ai exposé certaines des dimensions de ce débat dans la première partie, montrant notamment que la santé postcarcérale est formulée comme un problème de santé publique sur le terrain. Dans ce troisième chapitre, je souhaite traiter mon rapport aux professionnels en détention et en ville, à partir de l'exemple de leur adhésion à ma démarche d'enquête et la place centrale de la vulnérabilité dans celle-ci.

Cette adhésion s'explique d'une part par l'adhésion à un objet mettant en jeu la catégorie de « population vulnérable » et, de l'autre, par l'appui des responsables de service et des médecins traitant le VIH et les hépatites. L'appui de la hiérarchie et mon statut de stagiaire de l'Ucsa n'expliquent qu'en partie l'acceptation de l'enquête et de ma présence par les infirmières, les médecins généralistes et les secrétaires médicales présents au quotidien[680]. Certaines professionnelles se sont montrées plus disponibles et plus intéressées que d'autres. Elles m'ont apporté un soutien précieux dont je leur suis très reconnaissante, étant donné les charges et les cadences de travail de chacune. Leur intérêt était ancré dans la perception du problème de santé publique de l'interruption de soins, auquel certains détenus et sortants sont plus exposés que d'autres. Dans cette perception du problème de la santé postcarcérale comme problème de santé publique, c'est la catégorie de « population vulnérable » qui domine. Autrement dit, c'est en raisonnant en termes de « population vulnérable », une catégorie de sciences biomédicales, que les soignants ont adhéré à mon enquête.

Au préalable, je précise que sur ce terrain médicalisé, ma position en termes d'engagement et de distanciation par rapport à l'objet de recherche était « critique » au sens de D. Fassin : d'une part, j'étais critique par rapport à l'action des professionnels et

[680] Le rôle de chacun dans le recrutement des détenus des volets d'enquête par entretiens puis par questionnaires est développé dans le chapitre suivant.

des détenus car, sans être indifférente aux problèmes sanitaires et sociaux des patients incarcérés, je ne participais pas à la mise en œuvre ou à l'élaboration des interventions de santé et d'aide sociale ; d'autre part, j'étais critique au sens épistémologique car mon enquête visait en partie à questionner les bases interprétatives sur lesquelles se fondent ces interventions[681].

Dans cette recherche, j'ai ainsi cherché à interroger et à comprendre les manières de saisir et d'interpréter le problème de la santé à la sortie de prison, chez les professionnels, les détenus et sortants. Pour les professionnels de santé, l'intérêt de mon projet de recherche se situait dans ses éventuelles retombées concernant le problème de l'interruption de la prise en charge de certains patients. Conscients que la médecine n'explique pas le phénomène de rupture de soins, de leur point de vue les sciences sociales proposeraient une approche complémentaire pour pallier cette lacune.

La référence à la catégorie de « population vulnérable » est centrale dans les manières de percevoir et traiter les patients détenus et sortants de prison et occupait une place importante dans mes relations avec les professionnels. Cette notion de vulnérabilité mérite attention car je l'aborde dans un tout autre cadre théorique dans la partie IV pour décrire l'expérience de la sortie de prison. Du point de vue médical, les détenus sont perçus comme vulnérables[682] par leurs soignants, du fait des prévalences de maladies infectieuses supérieures en prison qu'en population générale et de leur cumul perçu de déterminants sociaux de (mauvaise) santé. Ils sont plus atteints, plus exposés et plus à risque que d'autres patients pour une diversité de pathologies. Ces perceptions sont essentiellement le produit des expériences des professionnels, et de leurs savoirs professionnels partagés, car peu d'études existent sur la santé carcérale en France[683].

La vulnérabilité perçue des détenus est aussi liée à une incapacité ou à un manque de moyens pour faire face à ces risques particulièrement importants. Leurs parcours présumés chaotiques et leurs situations sociales souvent précaires induisent la perception selon laquelle les détenus sont moins capables ou moins bien dotés pour se soustraire aux situations de risques sanitaires. Un des médecins de la première maison d'arrêt parle ainsi de « fragilité » concernant un détenu que j'ai reçu en entretiens à sa sortie de prison ; il fait référence à une vulnérabilité au risque, plus importante due à sa situation sociale et familiale, mais aussi ses antécédents de consommation de drogues festives et ses antécédents délictuels.

---

[681] FASSIN Didier, « L'anthropologie entre engagement et distanciation. Essai de sociologie des recherches en sciences sociales sur le sida en Afrique », *Vivre et penser le sida en Afrique*, 1999, p. 41–66.

[682] Les termes de « population vulnérable » suivent une progression de catégorisation de certaines populations précédemment désignée comme « population cible » ou « à risque » par les acteurs de la lutte contre le VIH/Sida et des chercheurs, notamment les épidémiologistes et les médecins.

[683] Je l'indiquais dans le premier chapitre.

Pour certains professionnels, la notion de vulnérabilité inclut aussi la perception que les détenus manquent de résilience. Si en amont, la population détenue est moins protégée et plus susceptible aux risques de santé, et donc plus affectée, en aval, elle est aussi moins capable de se remettre des épreuves de santé. Les professionnels de santé sont sensibles à un état de santé et à un bien-être généralement moins bon qu'en population générale. Ce désavantage s'explique en partie par une incapacité à récupérer après un événement de santé.

La vulnérabilité n'est donc pas qu'une question de risque supérieur à la moyenne. Elle implique aussi des événements de santé plus fréquents ou plus graves et une résilience moindre *a posteriori*. Ces trois dimensions de la vulnérabilité sont ancrées dans le contexte de situations sociales perçues comme complexes, c'est-à-dire, précaires au sens large. Cependant, la posture d'un grand nombre de professionnels de santé que j'ai rencontrés pendant l'enquête reste essentialisante, ces facteurs de risques s'expliquant par la nature même de la population détenue, tout hétérogène qu'elle soit. Paradoxalement, cette posture n'est pas incompatible avec un intérêt et parfois même un investissement dans mon enquête.

L'implication pour le travail de soins est que cette catégorisation des patients détenus et sortants de prison génère des normes et des attentes de conduites de santé souhaitables[684]. Ces conduites incluent l'adhésion aux prises en charge, l'appropriation des messages et des pratiques salutaires et l'engagement responsable à les appliquer – sans pour autant sursolliciter les professionnels en milieu carcéral[685]. Parce que l'interruption de la prise en charge postcarcérale est entendue en termes d'une défaillance de recours aux soins particulière à cette population « vulnérable », mon enquête promettait d'éclairer les obstacles de cette prise en charge. C'est en ce sens que je conçois l'adhésion des professionnels de santé et de l'aide sociale à mon enquête, en ville et en détention.

La centralité de la vulnérabilité dans le discours des professionnels ne les empêche pas de recourir à d'autres catégories pour appréhender la patientèle détenue. Des libellés alternatifs à celui de « patient vulnérable » ponctuent ainsi la pratique des professionnels de santé en détention. Celui de « patient difficile » est plutôt récurrent. Il fait référence à un rapport aux soignants marqué par une faible obéissance, une faible observance, une certaine négligence des besoins de santé en milieu ouvert et une sollicitation des soignants vécue comme excessive en détention. Ainsi, une infirmière de la première maison d'arrêt m'explique : « Ils sont assez difficiles. Ils veulent tout, tout de suite. Mais

---

[684] CALVEZ Marcel, « Le risque comme ressource culturelle dans la prévention du sida. », *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, 2001.

[685] Elles sont explorées dans les chapitres 6 à 8.

ça, c'est parce qu'ils sont ici, et que nous aussi, on est ici. Dehors, ils attendent pour avoir un rendez-vous comme tout le monde, et parfois c'est encore plus long ! »

Si les professionnels raisonnent souvent en termes de vulnérabilité pour catégoriser les détenus, les détenus ne s'identifient pas et se décrivent peu comme des personnes ou des patients vulnérables dans le sens entendu par la santé publique. Ils parlent de prises de risque et de situations sanitaires plus ou moins graves, mais semblent résister à la tendance à essentialiser les groupes auxquels ils appartiennent de par leur pratique – une tendance pourtant présente dans la littérature scientifique et le discours médical.

En détention, les détenus séropositifs font l'objet de traitements institutionnels et sociaux particuliers et souvent délétères : le stigmate associé au VIH et à l'hépatite C en prison est puissant et circule entre détenus et professionnels[686]. Les facteurs qui exacerbent les effets délétères de la stigmatisation des détenus supposés séropositifs au VIH ou au VHC sont divers et j'attire l'attention sur trois d'entre eux. (1) Le manque de confidentialité médicale sur lequel je reviens plus loin pour éclairer les rapports entre professionnels et détenus. (2) La rumeur y est liée ; elle est un autre vecteur important de stigmatisation car elle assigne la catégorie de VIH ou d'hépatite à des détenus et, par extension, d'usager ou d'homosexuel. Ce sont deux autres catégories de stigmatisation et de discrimination en détention. (3) Un autre facteur est le manque d'information sur ces infections : j'ai trouvé que les connaissances des maladies sexuellement transmissibles étaient globalement très faibles en détention, à l'exception des détenus vivant avec le VIH ou une hépatite C et pris en charge. J'ai eu un aperçu de l'état de ces connaissances lors d'un atelier d'éducation à la santé et de prévention des maladies sexuellement transmissibles dispensé par une association de lutte contre le VIH/Sida en détention. Les participants, beaucoup plus jeunes que les participants à mon enquête, venaient discuter de leurs connaissances et de leurs pratiques. D'autres échanges informels avec des détenus dans les coursives ont donné lieu à des réactions surprenantes, telles que « Je l'ai entendu tousser et éternuer lui. Il va tous nous donner le dass [le Sida]. »

Je reviens au cas de Paul[687] pour illustrer les manifestations plurielles de la stigmatisation en détention. Paul a été abandonné par ses parents à sa naissance et adopté par une assistante sociale. À 17 ans, il a commencé à boire et à s'injecter de l'héroïne. Lorsque la Ddass[688] l'a découvert, sa mère adoptive s'est vue convaincre de rompre les liens avec son Paul et de le mettre à la porte. À partir de ce moment, Paul raconte un parcours qui oscille entre l'injection, la rue, les cures, les squats, la prison, les

[686] Pour une description du VIH et du VHC en contexte carcéral, voir le chapitre 2.

[687] Je l'ai abordé précédemment puis y reviens dans le chapitre 5.

[688] Aujourd'hui, l'Aide sociale à l'enfance

obligations de soins et des emplois de travail manuel et précaire. À 35 ans, il parle de deux relations amoureuses significatives. Au moment des entretiens, il est atteint d'une hépatite C et suit des traitements de substitution aux opiacés par intermittence depuis des années. Lors de notre premier entretien, je suis face à un grand homme Métis au visage peu expressif. Il parle posément et prend le temps de m'expliquer les choses, à moi qui suis étrangère à ce milieu. Il est très musclé, ce qui contraste avec les cicatrices causées par des abcès sur ses bras et ses jambes. Il porte des manches longues et des pantalons, mais discute assez facilement de drogues et de substitution. Il reste discret sur son hépatite et il lui faut quelques entretiens pour me parler de ses relations amoureuses avec des hommes.

À première vue, ces pratiques et cette présentation de soi situent Paul dans une configuration de pratiques genrées assez proche de celles associées à la masculinité hégémonique[689] en détention : un homme physiquement imposant, qui sait asseoir son autorité par sa carrure plus que par les coups et qui protège son intimité par une expression peu émotive en public. Ces pratiques servent aussi à contrer ou à absorber d'éventuelles assignations à la catégorie de « toxico », une catégorie stigmatisée en détention. Sa vie amoureuse est, elle, solidement tenue secrète par un arsenal de moyens d'évitement et de dissimulation qui lui permet de « passer » pour un homme hétérosexuel en détention[690].

Cette expérience du stigmate et de l'anticipation de ses effets correspondent mieux à la figure de la masculinité marginale, c'est-à-dire une configuration de pratiques de genre qui situe Paul à la marge du système de domination associée à la masculinité hégémonique[691]. Il est à la marge dans la mesure où les détenus libellés comme « toxico » ou « homo » sont à risque de marginalisation et de violence en détention. J'ai noté dans le deuxième chapitre que cette discrimination n'est pas spécifique au contexte carcéral et que, dans le cas des usagers de drogues, elle est structurelle[692].

Si les détenus font l'expérience d'une stigmatisation en détention, ils parviennent à y résister de plusieurs façons. Une première concerne le secret lié au VIH, à l'hépatite ou à l'usage de drogue. Les détenus peuvent : refuser de déclarer leur séropositivité aux équipes soignantes en arrivant en détention, refuser le dépistage, cacher les effets physiques du traitement ou de la maladie, mentir sur les symptômes ou essayer de cacher leurs médicaments. Ils peuvent aussi trouver refuge dans une autre catégorie

---

[689] CONNELL R. W., *Masculinities*, *op. cit.*

[690] GARFINKEL Harold, « «Passer» ou l'accomplissement du statut sexuel chez une personne «intersexuée». », *in Recherches en ethnométhodologie*, Paris, Presses Universitaires de France, 2007, p. Chapitre V.

[691] CONNELL R. W., *Masculinities*, *op. cit.*

[692] RHODES Tim *et al.*, « The social structural production of HIV risk among injecting drug users », *art. cit.*

subordonnée, celle de « toxico » : il s'agit d'une autre catégorisation de la déviance en prison, qui isole et fragilise, mais paradoxalement, qui peut protéger de la discrimination liée au VIH.

Si les détenus font l'expérience de la stigmatisation, la catégorisation en termes de vulnérabilité, du point de vue médical, de santé publique ou sociologique, a des effets contradictoires sur la prise en charge médicale. Dans la partie IV, je décris les manières dont le corps malade peut être une ressource pour accéder aux soins et aux droits. Je montre notamment que la séropositivité au VIH rend éligible à un hébergement en structure spécialisée à la sortie par exemple et les effets des pathologies liées au Sida, à la reconnaissance d'une invalidité. Ces éléments induisent une question : la catégorie de « population vulnérable » et les ressources auxquelles elle peut donner accès, peuvent-elles être entendues comme une forme d'« empowerment » ? En revanche, conséquence délétère sur la prise en charge médicale en détention, l'expérience de la stigmatisation effective ou anticipée, peut encourager la dissimulation des signes visibles de la maladie ou la dépendance, y compris le recours aux soins.

Les catégories de « vulnérable », « populations clés », « populations les plus à risques », d'abord élaborées comme des catégories de pratiques sexuelles par la santé publique, sont progressivement devenues des catégories identitaires. Elles sont des outils d'intervention utiles dans la lutte populationnelle contre le VIH, mais elles ne permettent pas de penser ou d'étudier des facteurs de non-observance et de non-recours importants. C'est en centrant le regard analytique sur l'expérience et le parcours que l'on peut dépasser le cadre de pensée basé sur l'évaluation du risque et le cadre probabiliste d'analyse des choix de santé pour expliquer les pratiques. Une perspective processuelle et longitudinale, pour dépasser les catégories présentistes et inclure les expériences passées comme celle privilégiée dans cette recherche est d'autant plus pertinente : les détenus ne « deviennent » pas vulnérables en entrant en prison et il s'agit bien de circonscrire un objet de recherche plus heuristique.

Le détour par les formes de stigmatisation dans la prise en charge et le traitement des patients détenus permet de noter la prégnance du cadre biomédical dans cette enquête et dans les rapports avec les professionnels. Enquêter en terrain médicalisé implique d'être confronté quotidiennement et de savoir ajuster la présentation de soi et de l'enquête sociologique au cas par cas.

Enquêter en terrain médicalisé, défendre les « sciences molles »

L'entrée par la santé induit des précautions toutes particulières dans la construction de l'objet, mais aussi dans la relation avec les acteurs de terrain. Il faut notamment maîtriser l'aller-retour entre les épistémologies des sciences sociales en santé

et celle des sciences de la vie – parce qu'elles sont particulièrement sollicitées dans les échanges avec les médecins qui s'intéressent à la recherche.

En sciences de la vie, la santé est donnée, universelle et lorsqu'elle est appliquée au contexte particulier de la prison, elle s'étudie en comparaison à ce qu'elle devrait être, c'est-à-dire, à la santé en milieu ouvert. Les sciences sociales permettent, elles, plus d'un paradigme[693] et j'ai accordé une grande importance à la construction sociale de la maladie ou des expériences de séropositivité. C'est pourquoi l'objectif de ma recherche n'est pas de comprendre ce qu'est la santé, ou ce qu'elle devrait être, mais ce qu'elle est dans le micromilieu de la prison puis à la sortie de prison. L'insistance sur le contexte implique un objet bien moins homogène que celui qui apparaît du point de vue des sciences de la vie.

Dans les interactions avec les médecins, ce rapport de pouvoir inclut le statut de dominé auquel les sciences sociales sont assignées par la médecine. Pour A. Thébaud-Mony, « les rapports de domination dans ce champ de la recherche en santé publique sont ainsi posés : les savoirs médicaux sont légitimes, ceux issus d'autres disciplines, en particulier des sciences sociales ne le sont pas *a priori*[694]. » Ces rapports sont de l'ordre du structurel et ne sont pas incompatibles avec les bonnes volontés et l'ouverture d'esprit individuels de l'essentiel des médecins que j'ai côtoyés pendant l'enquête. Cette domination disciplinaire introduit des enjeux de légitimité dans la négociation des relations d'enquête. Ces enjeux sont d'ailleurs indissociables des situations de négociations, et notamment du sexe, de l'âge et de la classe sociale de l'enquêtrice et des médecins.

Comme j'avais choisi une approche inductive et ethnographique, je me suis efforcée tout au long de mon enquête de terrain de prendre mes distances avec les analyses scientifiques existantes en sciences sociales des prisons. Je me suis efforcée d'être à l'écoute des préoccupations et des pratiques sur le terrain, pour élaborer une question de recherche plus fine ou mieux adaptée que la question plus large du traitement social des détenus ou de la marginalité. J'ai été tant à l'écoute des discours « indigènes » (que je savais pourtant inscrits dans le paradigme biomédical) que la première version du questionnaire[695] n'était pas exploitable d'un point de vue sociologique. Après des mois de

---

[693] PASSERON Jean-Claude, « La forme des preuves dans les sciences historiques », *Revue européenne des sciences sociales*, 2001, pp. 31-76.

[694] THÉBAUD-MONY Annie, « Recherche engagée et rigueur méthodologique. A propos de la recherche sur les cancers professionnels », *in Devenir chercheur. Ecrire une thèse en sciences sociales.*, Paris, Editions de l'EHESS, 2013, p. 318.

[695] J'ai élaboré cette première version avant de solliciter Aline Désesquelles, en fonction des résultats préliminaires de l'enquête en détention puis je l'ai « testée » auprès de certains détenus en entretiens.

rédaction, d'échanges avec les détenus et les professionnels de l'Ucsa et de reprises[696], j'ai fait lire le questionnaire à A. Chauvenet, sociologue des prisons. Elle a résumé l'inexploitabilité sociologique de mon questionnaire d'une phrase, en me disant que je m'étais « bien fait avoir par les médecins[697] ».

Du point de vue des professionnels sensibilisés à l'épidémiologie, ce questionnaire avait l'avantage de produire des chiffres et de réduire le risque que mes données (recueillies sans outil standardisé par observations, échanges informels et entretiens ouverts) soient biaisées par cette collecte aléatoire. C'est ce que J. Katz identifie comme la réactivité aux données, soit la tendance à attribuer des variations dans les données à la flexibilité des outils de recueil de données[698]. Dans ce même article, il aborde trois autres inquiétudes en « R[699] ». Liées à la pratique de la sociologie en terrain médicalisé, elles me sont restées à l'esprit car elles émergent de la confrontation des sciences sociales aux sciences de la vie : la fiabilité (« reliability », les résultats annoncés comme pertinents, le sont-ils vraiment ? ou y a-t-il un biais interprétatif qui gomme les contre-exemples ?), réplicabilité (les résultats sont-ils reproductibles ? i.e. l'enquête est-elle valide ?) et la représentativité, que j'aborde en plus de détail.

Autre exemple de la difficulté de maintenir un positionnement disciplinaire en terrain médicalisé, la représentativité est le deuxième mot en « R » sur lequel je vais m'attarder. Lorsque j'ai évoqué l'enquête et le dispositif méthodologique aux professionnels de santé, j'ai peiné à plusieurs reprises à répondre à la critique de non-représentativité de mon échantillon de la part de médecins – par ailleurs extrêmement bienveillants et investis dans le succès de mon enquête. Cette difficulté me renvoyait à la scientificité même de la sociologie et à ma légitimité à la pratiquer dans le monde. Sentant que c'était l'épistémologie qui pouvait me rassurer et m'armer d'arguments quant à la scientificité de mon dispositif d'enquête, j'ai suivi le cours d'épistémologie en sciences sociales de G. Sapiro à l'EHESS. S'il s'est avéré que je connaissais en fait déjà les arguments à opposer à la critique de la représentativité, le cours les explicitait, me donnant l'assurance nécessaire pour maintenir un dialogue ouvert, critique et productif avec les tenants du paradigme biomédical sur mon terrain d'enquête.

Par exemple, face à la critique – perçue tout du moins – du manque de rigueur des sciences sociales, je sais aujourd'hui y opposer une discussion sur notre prétention à dire

---

[696] L'expérience d'enquête par questionnaires est développée dans le chapitre suivant.

[697] Je remercie chaleureusement A. Chauvenet pour sa bienveillance et ses conseils tout au long de la thèse et du master. Après cet échange, j'ai sollicité P. Aïach puis quelques mois plus tard, A. Désesquelles à l'Ined, cf. chapitre 4.

[698] KATZ Jack, « A Theory of Qualitative Methodology: The Social System of Analytic Fieldwork », *Méthod(e)s: African Review of Social Sciences Methodology* 1 (1-2), 2015, p. 131-146.

[699] *Ibid.*

vrai du plausible et non pas du réel. Dans son introduction à « La rigueur du qualitatif » J.-P. Olivier de Sardan annonce : « un texte anthropologique ou sociologique se doit d'être rigoureux, car sinon nous renoncerions à toute prétention scientifique, et se situe pourtant dans un registre de l'approximation, car la véridicité de nos assertions ne peut se prétendre vérité et relève plutôt de la plausibilité. On peut simultanément affirmer que c'est une propriété de la rigueur souhaitable de notre discipline que d'être inéluctablement approximative, et que les approximations que produit notre travail de recherche tirent leur sens d'une exigence de rigueur « malgré tout[700] ». » Il poursuit, indiquant que, comme toute science fondée sur l'enquête, les sciences sociales se doivent de combiner rigueur logique (logique, argumentative et théorique) et rigueur empirique (entre les théories produites et les situations sociales sous investigation[701]).

Attachée à cette rigueur, tout approximative qu'elle soit, c'est suivant cette conception des sciences sociales que, dans mes échanges pluridisciplinaires, je situe l'ambition des sciences sociales du côté de la compréhension des conditions possibles d'existence d'une situation sociale donnée. À cette mission, il faut parfois opposer celle de résoudre un problème dit « social », comme l'inobservance des patients pauvres, ou à celle de préconiser des priorités interventionnelles. Il me semble que c'est dans un deuxième temps, une fois les connaissances formalisées, et dans d'autres sphères, non académiques, que la sociologue peut prétendre résoudre ou préconiser.

Je tiens à insister sur la volonté de dialogue et de travail pluridisciplinaire de la majorité des acteurs rencontrés sur le terrain. Sans les médecins traitants le VIH et les hépatites dans les deux premières maisons d'arrêt, mon enquête n'aurait pas eu lieu. Cela tient d'une part au moment dans l'histoire de l'épidémie de VIH/Sida car l'enquête se déroule bien après l'émergence et la reconnaissance des sciences sociales de la santé dans la sphère de la santé publique, au travers de la production scientifique de l'Agence nationale pour la recherche contre le VIH/Sida et les hépatites virales pour les interventions de prévention des contaminations[702]. Depuis, il est assez courant de rencontrer des praticiens convaincus que « les sciences biomédicales ont besoin des anthropologues » pour comprendre les enjeux sociaux et politiques entourant et structurant leur pratique médicale, et celles de leurs patients[703]. Par exemple, dans les essais cliniques concernant le VIH dans les pays du Sud, l'anthropologue est souvent

---

[700] OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, *La rigueur du qualitatif: Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*, Louvain, Editions Academia, 2008, p. 7 (3).

[701] *Ibid.*, p. 8.

[702] CALVEZ Marcel, *La prévention du sida: les sciences sociales et la définition des risques*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2004.

[703] DU THÉ Guy et PERREY Christophe, *Le souple et le dur. Les sciences humaines au secours des sciences biomédicales*, Paris, CNRS Editions, 2009, chap. 12.

associé à l'équipe clinique pour apporter les connaissances qui manquent à la clinique, concernant le plus souvent les problèmes d'observance et d'adhésion aux prises en charge d'équipes médicales étrangères[704].

D'autre part, la volonté de dialogue et de travail pluridisciplinaire des professionnels de santé rencontrés lors de l'enquête tient aussi à l'épidémiologie elle-même. En interne, l'épidémiologie est considérée comme une discipline située entre les sciences humaines et biologiques et formant un spectre allant de l'épidémiologie socioculturelle à l'épidémiologie moléculaire[705]. Une de ses préoccupations majeures a longtemps été la « causalité multiple », un défi méthodologique et consistant à expliquer les prévalences populationnelles de maladies par l'interconnexion de facteurs de risque et de protection (une « toile d'araignée » où chaque nœud serait un facteur)[706]. Cette conception, ancrée dans le paradigme biomédical, reste une métaphore très puissante à ce jour dans le champ. Ce paradigme sous-tend : que les facteurs biologiques sont les plus déterminants et l'objet légitime de l'intervention de santé publique ; que les facteurs sociaux sont moins centraux ; et que les populations de malades peuvent être rapportées à la somme de cas individuels.

Dans une certaine mesure, des travaux épidémiologiques ont depuis pallié ce manque de prise en compte des facteurs dits sociaux – notamment à travers la littérature importante sur les inégalités sociales de santé –, mais l'appréhension de la population comme ensemble d'individus persiste[707]. Les médecins à qui je parlais de mon travail en détention et en ville, formés ou sensibilisés à cette discipline, ont un intérêt pour les disciplines capables d'expliquer les obstacles cliniques qu'ils peuvent rencontrer avec leurs patients, dont les situations sociales sont « compliquées », c'est-à-dire avec lesquels l'adhésion et l'observance sont difficiles à maintenir.

L'enquête m'a appris progressivement à exprimer un intérêt commun pour ces questions, tout en signifiant que mon travail ne parviendrait probablement pas à identifier de nouveaux facteurs d'inobservance. L'un des apports du regard sociologique sur ces questions est de proposer une alternative à la lecture de la population comme somme d'individus, en éclairant les contraintes structurelles qui encadrent les pratiques des patients. J'espère qu'à la lecture de mon travail, les acteurs de la santé postcarcérale

---

[704] Les questions autour de la place et du positionnement ethique de l'anthropologue dans les essais cliniques ont été centrales aux débats lors de la 1e conférence internationale sur le VIH et les sciences sociales à Durban en 2011, repris et commentés lors de la plénière de clôture de M. Rosengarten, S. Kippax et M. Crewe.

[705] DU THÉ Guy et PERREY Christophe, *Le souple et le dur. Les sciences humaines au secours des sciences biomédicales*, *op. cit.*, chap. 14 « Les différentes formes d'articulation interdisciplinaire ».

[706] KRIEGER Nancy, « Epidemiology and the web of causation : has anyone seen the spider? », *Social Science & Medicine* 39 (7), 1994, p. 887-903.

[707] *Ibid.*

y trouveront un intérêt autre, mais pas inutile, celui de compléter leur compréhension des points de vue situés de leurs patients, au cours de leur parcours de santé, mais aussi au moment plus difficilement accessible de la sortie de prison.

Conclusion

Le chapitre 3 traite de l'enquête sur les parcours de santé et de mon expérience sur le terrain, en détention puis en ville. Après avoir synthétisé le protocole du volet d'enquête par observation pour situer l'ensemble du travail sur le terrain, j'aborde le déroulement de l'enquête. Je commence par les procédures administratives qui ont conduit à ce qu'une autorisation d'enquête soit délivrée en 2011. Ces procédures éclairent les relations complexes des administrations chargées de la santé des personnes sous main de justice et du difficile travail de collaboration entre les ministères. Une fois cette autorisation délivrée, la démarche d'enquête a été bien accueillie en détention, par les professionnels et par les détenus. L'examen des rapports avec ces acteurs constitue la part la plus importante de ce chapitre. Il se lit en préambule à la restitution des résultats dans les parties III et IV, pour situer l'usage des outils et les circonstances de recueil de données. En cela, la dimension réflexive de mon expérience du terrain participe à expliciter les conditions d'enquête, mais aussi à affirmer son caractère heuristique pour la sociologie des prisons et du traitement social de la déviance. Je termine ce chapitre par une analyse intersectionnelle des rapports sociaux de domination dans le face-à-face avec les hommes détenus puis par une analyse des rapports avec les professionnels[708]. Je signale les enjeux d'un travail d'enquête sociologique en terrain médicalisé, à travers une discussion de la catégorie de population vulnérable et de son usage dans le soin. La vulnérabilité est une notion centrale dans le travail sanitaire et social, mais aussi l'action publique : j'y reviendrai dans la restitution des parcours de santé puis de l'expérience de sortie dans la seconde moitié de cette recherche. Ces premières réflexions sur l'enquête posent à leur tour la question du déroulement de l'enquête dans les volets plus spécifiques concernant les entretiens biographiques et les questionnaires, et au préalable, la question de l'agencement de ces trois volets en un dispositif méthodologique robuste.

[708] Je développe mes interactions avec les professionnels, et leurs interactions entre eux dans la partie III.

Chapitre 4 : Qualifier et situer les parcours, enjeux méthodologiques

Dans ce chapitre, je poursuis la démonstration de la pertinence du dispositif méthodologique. Les trois volets de l'enquête participent à l'étude de l'ensemble des cas construits autour des parcours de ces détenus séropositifs, éclairant leur singularité à la lumière de données statistiques et ethnographiques[709]. Les parcours qui constituent cet ensemble de cas sont analysés dans leur singularité au sens énoncé par J.-C. Passeron et J. Revel, c'est-à-dire, individuellement. L'objectif principal poursuivi est de les décrire, interpréter et comprendre, en fonction à la fois des événements, des processus de subjectivation, du contexte institutionnel et des processus sociaux plus larges qui les encadrent[710].

Pour ce faire, je recours aux données issues de l'observation ethnographique pour affiner la compréhension du contexte carcéral puis postcarcéral et pour éclairer les contraintes institutionnelles qui pèsent sur les acteurs, détenus et professionnels. Je fais appel aux données issues des entretiens biographiques répétés pour mieux comprendre les biographies et les manières de prendre de soin de soi à partir des récits de vie des détenus et de sortants vivant avec le VIH ou l'hépatite C. Enfin, j'utilise les données issues des questionnaires fermés pour étayer la singularité de cet ensemble de cas au regard de l'ensemble plus large des détenus séropositifs incarcérés au moment de l'enquête.

Dans les deux premiers chapitres, on a vu que les détenus et les sortants de prison sont traités comme des patients à risque, en référence aux prévalences élevées de pathologies infectieuses, de troubles psychiques, de dépendance et à leur précarité sociale[711]. Ils sont désignés comme des patients souvent peu observants, qui ont recours aux soins tardivement. La question centrale de la recherche en découle : avec ces facteurs de risque, ce rapport supposé au soin, ces ruptures de suivi et cette précarité importante, comment se fait-il que certains détenus adhèrent au traitement et répondent particulièrement bien à l'activation des professionnels du médicosocial à se prendre en charge en détention puis à la sortie de prison ?

Cette question implique la construction d'un objet qui rende compte à la fois (1) du point de vue des détenus patients (et le confronte au point de vue, situé, des

[709] Je remercie Luc Berlivet et Frédéric Vagneron pour leur avis sur ces considérations épistémologiques.

[710] PASSERON Jean-Claude et REVEL Jacques, « Penser par cas. Raisonner à partir de singularités », *in Penser par cas*, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 2005.

[711] Je l'évoque dans le chapitre précédent.

professionnels qui les prennent en charge), (2) des schémas de prises en charge dans le temps long et (3) de l'événement de la sortie de prison et de ses effets sur les acteurs. C'est en ce sens que s'impose l'étude des parcours de santé de ces patients, pour expliquer le rapport dynamique entre leurs pratiques, leurs expériences (événements et processus de subjectivité) et les contraintes structurelles liées à leurs situations sociales et à leurs rapports aux institutions de prise en charge médicale, sociale et pénale.

L'objectif principal de la recherche est ainsi de construire et de qualifier les parcours de santé de détenus et de sortants de prison, vivant avec le VIH ou l'hépatite C. Les archives et bases de données institutionnelles étant lacunaires, inexploitables ou inexistantes, je me tourne vers les détenus eux-mêmes pour construire ces parcours, et vers les soignants dans un deuxième temps. C'est donc l'entrée par les lieux institutionnels qui les prennent en charge qui s'est imposée pour ce dispositif d'enquête : la multiplication des lieux où les détenus et les sortants sont pris en charge a rapidement semblé le seul moyen de les approcher, tant ils constituent un groupe hétérogène et tant le stigmate associé au VIH (et l'hépatite) prévenait toute forme de recrutement explicite, selon la méthode dite de « boule de neige » par exemple[712].

Seul choix pour une enquête qui se devait de durer moins de deux ans, l'enquête multisituée par les institutions induit cependant des contraintes importantes. C'est à la fois le travail de définition de l'objet, la formulation progressive d'une question de recherche et d'une méthodologie adéquate et les contraintes du terrain qui ont orienté la construction de ce dispositif d'enquête, que je continue de présenter dans la suite de cette IIe partie.

Des méthodes complémentaires

Comme indiqué précédemment, le dispositif méthodologique de cette recherche se compose de trois volets d'enquête : par observation, par entretiens biographiques et par questionnaires[713]. Allier ces méthodes permet de produire des données riches, à partir desquelles j'ai pu reconstruire les parcours de personnes vivant avec le VIH ou l'hépatite C, pour dépasser la rupture supposée de la sortie de prison comme facteur explicatif des interruptions de soins.

[712] La méthode dite « boule de neige » consiste à recruter des participants à une enquête en fonction de leur lien avec le groupe ayant déjà participé. Parce que ces participants deviennent un relai pour le recrutement, il implique que les participants en connaissent les critères.

[713] Je considère que la recherche documentaire est transversale et va de soi dans une enquête sociologique.

Ce choix requiert de situer le dispositif d'enquête dans un champ académique qui distingue ces outils, opposant des travaux, des disciplines et des sous-disciplines[714]. Ces oppositions s'ancrent et reproduisent une hiérarchie des outils, où le critère de méthode statistique prédomine – même si depuis les années 1970 et le regain d'intérêt français pour la sociologie de Chicago, la méthode de l'observation ethnographique et de l'entretien sous différentes modalités, ont retrouvé de leur légitimité, en fonction des données spécifiques qu'ils permettent de récolter[715]. Ainsi, je propose dans un premier temps de revenir sur le débat épistémologique qui sous-tend le recours à plusieurs outils de recueil de données puis de décrire le dispositif que j'ai mis en place sur le terrain. Ce dispositif fait un usage particulier de l'observation, de l'entretien et du questionnaire, que je décris ensuite. Enfin, j'aborde les protocoles plus précis des volets par entretiens et questionnaires, sur le modèle de celui décrit dans le chapitre précédent, sur l'observation ethnographique.

Les outils complémentaires, fondements d'un débat méthodologique

Selon les clivages usuels et convenus entre « qualitatif » et « quantitatif », ces deux premiers volets s'opposeraient, ou tout du moins ne dialogueraient pas, avec le troisième[716]. Cette dichotomie oppose des méthodes (observation/entretien ou questionnaire/base de données), des objectifs (description ou dénombrement ; interprétation ou généralisation), des données (ouvertes ou fermées[717] ; textuelles ou chiffrées) ou des objets (micro ou macro). Elle oppose aussi, *a priori*, des modes d'inférence : au qualitatif reviendrait le possible, et au quantitatif, le probable ; le qualitatif permettrait d'expliquer, et le quantitatif, de généraliser.

Comme le propose A. Desrosières, il est plus juste de synthétiser l'opposition de ces deux formes d'enquête en rendant compte de leurs façons de concevoir la totalité et de construire la généralité[718]. Dès lors, l'opposition en termes d'outils n'en découle pas forcément, comme on le verra plus loin avec la description du dispositif de cette enquête.

---

[714] J'ai abordé le clivage en termes institutionnels et de rapports de domination entre disciplines, notamment entre sciences de la vie, médecine et sciences sociales, dans le chapitre précédent, dans la présentation des rapports avec les acteurs professionnels sur le terrain.

[715] BEAUD Stéphane, « L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'«entretien ethnographique» », *Politix* 9 (35), 1996, p. 226-257.

[716] LEMERCIER Claire et OLLIVIER Carine, « Décrire et compter. Du bricolage à l'innovation, questions de méthode », *Terrains & travaux* (19), novembre 2011, p. 5-16 ; LEMERCIER Claire, OLLIVIER Carine et ZALC Claire, « Articuler les approches qualitatives et quantitatives. Plaidoyer pour un bricolage raisonné. », *in* HUNSMANN Moritz et KAPP Sébastien (dir.), *Devenir chercheur: Ecrire une thèse en sciences sociales*, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 2013.

[717] CRESWELL John W. et CLARK Vicki L. Plano, *Designing and Conducting Mixed Methods Research*, Los Angeles, Sage Publications, 2010, chap. 1.

[718] DESROSIÈRES Alain, « L'opposition entre deux formes d'enquête: monographie et statistique », *Cahiers du centre d'Etudes de l'emploi* 33, 1989.

D'abord, ces deux familles d'enquêtes s'opposent « comme deux façons hétérogènes de construire la totalité[719] » : dans la première, c'est la valeur exemplaire des cas qui justifie le recours à des analyses très localisées ou à des histoires de vie ; ses opposants lui reprochent une incapacité à généraliser à partir du cas, c'est-à-dire de produire une connaissance valable pour le tout, transposable et extrapolable.

Dans la seconde « façon », la quantification et la représentativité de l'échantillon permettent d'appréhender l'exhaustivité et de comparer les cas analytiquement entre eux. Ses opposants reprochent à cette seconde façon d'aplatir, ou de faire perdre de la complexité et du savoir par le codage et l'usage de critères, qui tendent à fractionner des situations ou des groupes qui devraient être des totalités, perçus et décrits globalement[720]. Ainsi, c'est bien la conception de la totalité qui les différencie, l'une reprochant à l'autre de la perdre : « Dans un cas, c'est celle d'une personne, d'une situation, d'un sens que la codification statistique mutile, tronçonne, réduit, selon l'expression la plus fréquemment employée. Dans l'autre cas, en revanche, c'est celle d'une population, dotée de limites précises, définie comme une catégorie logique, un ensemble d'éléments distincts[721]. »

Cette distinction en termes de mode d'inférence permet de revoir le clivage disciplinaire et celui des outils : dans ma recherche, que je veux sociologique, les entretiens et les questionnaires produisent ensemble des données qui permettent de construire des parcours de santé et d'en comprendre l'existence, dans le contexte micro-, méso- et macrosocial dans lequel les récits ont été produits. C'est pourquoi je considère comme des cas, les parcours de santé des détenus qui ont livré leur récit de vie dans les entretiens biographiques. À l'inverse, je considère que les connaissances sur la situation sociale et le parcours des détenus qui ont participé aux questionnaires n'ont pas pour objectif de pouvoir être généralisés à la population carcérale tout entière ; j'y reviens. Les processus sociaux et les conditions structurelles en revanche, le peuvent.

Cette recherche part donc d'un dispositif méthodologique qui allie des outils dits quantitatifs et qualitatifs. Elle s'inscrit dans la continuité de travaux qui ont cherché à se défaire de l'usage classique des outils de sciences sociales pour les adapter à l'objet et au terrain d'enquête, comme ceux de C. Lemercier par exemple. En ce sens, elle suit l'appel

[719] *Ibid.*

[720] *Ibid.*

[721] *Ibid.*, p. 4.

à repenser les usages des outils, non sans lien avec les prescriptions du courant des « méthodes mixtes[722]. »

Je ne reviens pas sur l'histoire de l'épidémiologie, discipline du traitement statistique des maladies, avec laquelle cette recherche a été confrontée à ses débuts et s'est peu à peu distancié[723]. Mais, pour aborder la dimension méthodologique de la recherche, au sens de l'administration de la preuve à partir de la méthode, je souhaite d'abord expliquer comment la recherche se situe par rapport aux « méthodes mixtes ».

Les associations de méthodes dites qualitatives et quantitatives, notamment dans le courant anglo-saxon des méthodes mixtes, sont une préoccupation récente, sans être nouvelle, des chercheurs en sciences humaines et sociales. À l'association courante de traitement statistique et d'entretiens approfondis[724], la littérature contemporaine sur les méthodes mixtes[725] et les travaux de C. Lemercier et ses collègues[726] opposent une imbrication des méthodes, de la conception des outils au traitement des données.

Les justifications méthodologiques recensées dans la littérature sur les méthodes mixtes incluent les arguments suivants : la combinaison de deux méthodes réduit, ou compense, les faiblesses de chaque méthode utilisée séparément, ajoutant de la puissance à l'analyse[727] ; elle produit des connaissances empiriques plus compréhensives sur un sujet donné ; elle est la plus « naturelle » des méthodologies lorsque l'on observe que les individus ont « naturellement » recours aux mots et aux chiffres pour expliquer les phénomènes qu'ils rencontrent[728] ; elle produit de nouvelles connaissances sur le rapport entre cause et conséquence[729].

---

[722] Pour des éléments sur la sociogenèse des méthodes mixtes, voir : TASHAKKORI Abbas et TEDDLIE Charles (dir.), *Sage handbook of mixed methods in social and behavioral research*, 1 vol., Los Angeles, Sage Publications, 2010.

[723] On aborde quelques principes issus des travaux de L. Berlivet sur l'histoire de l'épidémiologie dans le précédent chapitre.

[724] A. Bryman propose un aperçu de l'ensemble des pratiques effectives dans son article intitulé « Integrating quantitative and qualitative research : how is it done ? », dans la revue *Qualitative Research*, 6, 97-113.

[725] Je n'énumère pas ici le corpus très important (et de qualité variable) de littérature anglo-saxonne sur les méthodes dites mixtes. Pour approfondir, cf. deux manuels reconnus, sur la conception d'enquête : CRESWELL John W. et CLARK Vicki L. Plano, *Designing and Conducting Mixed Methods Research*, *op. cit.* Et sur les implications épistémologiques et philosophiques de la pratique des méthodes mixtes : TASHAKKORI Abbas et TEDDLIE Charles (dir.), *Sage handbook of mixed methods in social and behavioral research*, *op. cit.*

[726] LEMERCIER Claire et OLLIVIER Carine, « Décrire et compter. Du bricolage à l'innovation, questions de méthode », *art. cit.* ; LEMERCIER Claire et ZALC Claire, *Méthodes quantitatives pour l'historien*, Paris, La Découverte, 2008.

[727] TASHAKKORI Abbas et TEDDLIE Charles (dir.), *Sage handbook of mixed methods in social and behavioral research*, *op. cit.*

[728] CRESWELL John W. et CLARK Vicki L. Plano, *Designing and Conducting Mixed Methods Research*, *op. cit.*, chap. 1.

[729] AXINN William G et PEARCE Lisa D, *Mixed method data collection strategies*, Cambridge, Cambridge University Press, 2006.

Dans la pratique, les associations ou alliages d'outils prennent plusieurs formes, subordonnant le plus souvent une méthode à une autre, un mode d'inférence à un autre. Pour terminer cette discussion sur les méthodes complémentaires avec des illustrations, je présente une sélection de différentes manières de mettre en pratique la complémentarité des méthodes.

Ces associations d'outils forment un spectre d'usages allant de l'association séquentielle d'outils utilisés de manière classique d'un côté, à la dissociation complète de l'outil, du mode d'inférence et du type de données auxquels il est traditionnellement associé, de l'autre. Par exemple, V. Kushtanina a conçu son dispositif d'enquête comparative sur la grand-parentalité, pour que les données quantitatives issues d'une enquête internationale (« Gender and Generations Survey ») servent à décrire les tendances familiales et les données produites par les entretiens, à les expliquer[730].

D'autres dispositifs de recherche conçoivent la complémentarité comme l'élaboration, l'amélioration et la clarification des résultats d'une méthode par ceux d'une autre[731]. Un grand nombre des enquêtes produites à l'Institut national des études démographiques correspondent à cette configuration, où l'exploitation de la base de données est complétée par une « post-enquête quali ». Par exemple, dans le cadre de l'enquête « Trajectoire et Origines », plusieurs enquêtes dites qualitatives ont été menées : celle sur le mariage contraint visait à approfondir et expliquer les résultats surprenants de l'exploitation des données chiffrées par des entretiens ; et celle sur les discriminations subies par les personnes issues de migrations visait à compléter les formes de discriminations qui échappaient au questionnaire et à comprendre les raisons de non-déclaration des discriminations dans le questionnaire[732].

D'autres encore, utilisent les résultats préliminaires d'une enquête par observation et entretiens pour concevoir et traiter un questionnaire – et c'est dans cette catégorie que se situe ma recherche. Mon enquête rappelle pourtant que l'opposition entre qualitatif et quantitatif s'effrite dès lors que l'on prend en compte les usages des outils sur le terrain. Par exemple, certaines méthodes dites qualitatives peuvent servir à compter, et certaines méthodes dites quantitatives, à raconter[733].

---

[730] DUPRAT-KUSHTANINA Veronika, *La grand-parentalité au prisme du care: une étude comparative des figures sexuées et temporelle (France - Russie)*, Thèse de doctorat, Paris, EHESS, 2013.

[731] Greene et al. 1989 dans : NILSEN Ann et BRANNEN Julia, « The use of mixed methods in biographical research », *in* TASHAKKORI Abbas et TEDDLIE Charles (dir.), *Sage handbook of mixed methods in social and behavioral research*, 1 vol., Los Angeles, Sage, 2010, p. 677-696.

[732] « Articuler quanti et quali: les résultats du volet qualitatif de l'enquête Trajectoires et origines », Institut national d'études démographiques, Paris, 21 novembre 2013.

[733] On pense par exemple aux travaux d'ethno-comptabilité initiés par Alain Cottereau ou par ceux de Florence Weber sur le travail en milieu ouvrier.

Dans ma recherche, le recueil de données systématiques dans chaque entretien biographique a permis de comparer la situation sociodémographique des détenus qui ont accepté la série d'entretiens biographiques, entre eux et avec ceux qui ont répondu aux questionnaires. Les récits de vie du chapitre 5 sont aussi accompagnés d'une note situant la situation sociale et la santé de l'homme interviewé dans la classification des détenus élaborée à partir de l'enquête par questionnaires. De même, l'administration du questionnaire de manière souple, ou par la méthode du « questionnaire ethnographique[734] », a permis de recueillir des données complémentaires à celles prévues par le questionnaire, pour alimenter la rédaction de portraits de parangons. Ces notes ont par exemple permis de reconstruire le parcours de Monsieur K., un détenu d'Europe de l'Est vivant avec une hépatite, de manière plus complexe et située.

C'est en ce sens qu'avec cette recherche, je m'efforce de répondre à l'appel de C. Lemercier et al. à ne pas dissocier les données et les méthodes de traitement, de la conception à la restitution de l'enquête[735]. Je cherche ainsi à revisiter, dans le fond et la forme, les constructions classiques des enquêtes ; je cherche aussi à revoir les liens entre les outils et les données qu'ils produisent, et éviter une simple association séquentielle, qui conserverait les dichotomies entre les méthodes et leurs rôles routiniers[736].

Certains travaux ont ainsi servi d'inspiration dans la réflexion méthodologique. Le numéro de la revue *Terrains et Travaux* intitulé « Décrire et compter » (2011) propose notamment un ensemble de travaux innovants en termes d'alliages d'outils, de données et de modes d'inférence et de restitution des résultats[737]. Dans la continuité, la recherche d'Y. Renisio et R. Sinthon montrent que l'analyse des correspondances multiples peut être un outil ethnographique, ancré dans une connaissance approfondie d'un objet[738]. Après avoir suivi une petite cohorte d'élèves ayant suivi le même cursus, Y. Renisio et R. Sinthon font une analyse des correspondances multiples des indicateurs de socialisation familiale et sociale de la population totale du cursus ; ils y projettent les caractéristiques de la sous-population suivie et connue. Ils produisent des données nouvelles, mettant en exergue un « effet de décentrement » qui leur a permis « d'exotiser un terrain familier[739] ». Les sections suivantes présentent la manière dont mon dispositif d'enquête,

---

[734] SOUTRENON Emmanuel, « Le «questionnaire ethnographique» Réflexions sur une pratique de terrain », *Genèses* 60 (3), 2005, p. 121-137.

[735] LEMERCIER Claire, OLLIVIER Carine et ZALC Claire, « Articuler les approches qualitatives et quantitatives. Plaidoyer pour un bricolage raisonné. », *art. cit.*, p. 127.

[736] *Ibid.*, p. 136.

[737] LEMERCIER Claire et OLLIVIER Carine, « Décrire et compter. Du bricolage à l'innovation, questions de méthode », *art. cit.*

[738] RENISIO Yann et SINTHON Rémi, « L'analyse des correspondances multiples au service de l'enquête de terrain », *Genèses* 97 (4), 2014, p. 109-125.

[739] *Ibid.*

fait lui aussi de méthodes complémentaires, me permet de produire une analyse de cas des détenus séropositifs.

Le dispositif d'enquête

Éléments méthodologiques et épistémologiques

Ce choix d'inclure plusieurs outils dans la recherche et de dissocier les méthodes de leurs assignations usuelles en termes d'objet, de type d'analyse et de mode d'inférence a eu des effets sur le dispositif d'enquête. D'abord, ce « bricolage raisonné[740] » s'est fait par tâtonnements[741] : le questionnaire a commencé comme une enquête épidémiologique[742] avec le soutien d'un interne en médecine et le pilotage du médecin interlocuteur principal de l'unité sanitaire de la première maison d'arrêt (fin 2010 - début 2011). Aidée de lectures et de la consultation ponctuelle de trois chercheurs en sciences sociales[743], j'ai rédigé une première version du questionnaire entre 2011 et 2012.

Parce qu'un encadrement spécifique était devenu indispensable pour s'assurer que les données seraient exploitables et réduire la distance épistémologique et disciplinaire entre les volets d'enquête, en mai 2012, j'ai finalement sollicité une codirection de ma recherche auprès d'Aline Désesquelles, démographe à l'Ined. C'est entre mai et décembre 2012 que le questionnaire final a été rédigé. Ce travail avec Aline Désesquelles m'a demandé une analyse préliminaire des données recueillies jusque-là par l'observation et les entretiens biographiques, pour être à la fois claire et convaincante dans nos échanges. Cette assise dans les particularités du terrain a été indispensable dans notre dialogue interdisciplinaire, pour élaborer ensemble les questions et les variables.

Ensuite, ce choix d'alliage de méthodes complémentaires a permis de définir les matériaux nécessaires pour constituer les parcours de santé des détenus, un objet très difficile à construire par des entretiens seuls – et quasi impossible par une grande

---

[740] On fait référence ici à l'argument de C. Lemercier et ses collègues, qui reprennent le « bricolage » préconisé par Charles Wright Mills dans la conception des enquêtes, dans le sens de « l'aptitude à se tirer de difficultés complexes ou à tirer parti de moyens de fortune » LEMERCIER Claire, OLLIVIER Carine et ZALC Claire, « Articuler les approches qualitatives et quantitatives. Plaidoyer pour un bricolage raisonné. », *art. cit.*, p. 132.

[741] Le schéma du déroulement chronologique de l'enquête rend bien compte du caractère chronophage de ces tâtonnements, cf. figure 2 de ce chapitre.

[742] L'enquête visée était une enquête épidémiologique, de suivi de cohorte. En épidémiologie, les enquêtes descriptives visent à décrire l'état de santé d'une population et ses déterminants. L'enquête longitudinale est un type d'enquête de cohorte, qui suit un groupe de sujets sur un intervalle de temps donné. Elle permet, entre autres, de mesurer l'apparition de problèmes de santé au sein de la cohorte pendant la période de temps définie. FERREOL Sophie et LOMBRAIL Pierre, « Interprétation d'un enquête épidémiologique », *La Revue du praticien* (55), 2005, p. 759-764.

[743] Je remercie Antoinette Chauvenet, Pierre Aïach et Elise Marsicano pour leurs précieux conseils.

enquête nationale, tant les conditions d'enquête en détention sont particulières[744]. L'enquête appréhende les parcours de santé par l'investigation de trois objets connexes : (1) les entretiens biographiques visent à construire l'évolution située des pratiques de soins et de prise en charge de soi au fil des périodes et des événements biographiques, en tenant compte des éléments déterminants pertinents, comme l'errance, les relations avec les proches ou les interactions avec les dispositifs d'aide sociale par exemple ; (2) les questionnaires visent à mettre en relation des situations sociales et des états de santé et des prises en charge ; et (3) l'observation vise à qualifier les rapports institutionnels, avec les soignants, les surveillants et les travailleurs sociaux notamment, qui structurent les expériences de soin en prison et en ville et qui sont inscrits dans les politiques de santé et d'aide sociale.

Les choix concernant l'échantillonnage à visée exhaustive dans cette recherche permettent eux aussi de reposer la question de l'opposition entre « quali » et « quanti ». Si, dans « Le métier de sociologue », le premier privilégie souvent les rapports entre l'échantillon et l'objet, le second accorde une grande importance aux règles techniques[745]. Le processus de constitution des ensembles de cas, à travers le recrutement des détenus qui ont accordé des entretiens et des questionnaires, a valorisé l'adéquation entre l'objet et le corpus empirique, plutôt que les règles techniques d'échantillonnage : pour les deux volets par entretiens et par questionnaires, c'est l'exhaustivité dans une période de temps donnée qui a été visée. Autrement dit, j'ai cherché à mener des entretiens d'abord, et à passer des questionnaires ensuite, avec tous les détenus atteints du VIH ou d'une hépatite C, qui étaient incarcérés pendant les périodes d'enquête, entre mai 2011 et novembre 2012 et novembre 2012 et septembre 2013, respectivement.

Enfin, ce choix d'allier plusieurs outils pour construire et situer les parcours de santé des détenus a demandé une explicitation du fondement méthodologique et épistémologique des méthodes des sciences sociales, mais aussi de l'usage de chaque outil. J'ai développé ce point dans la discussion sur les rapports avec les acteurs sur le terrain (Ch. 3), notamment les médecins et les instructeurs des dossiers d'autorisation d'enquête, avec qui une assurance épistémologique s'est avérée nécessaire pour échanger et ne pas se cantonner à une position de défense de la validité des sciences sociales. Pour sortir définitivement d'une posture de défense, qui prend souvent la forme d'excuses face à la petitesse de son échantillon ou sa faiblesse face à l'idéal de représentativité, un détour par la discussion épistémologique s'est imposé. Dans la continuité de celle

---

[744] L'enquête Handicap, invalidité et dépendance est une des rares enquêtes nationales sur la santé à avoir été menée auprès de personnes détenues. DÉSESQUELLES Aline, « HID Prisons, leçons d'une enquête particulière », *Courrier des statistiques* (107), 2003, p. 43-49.

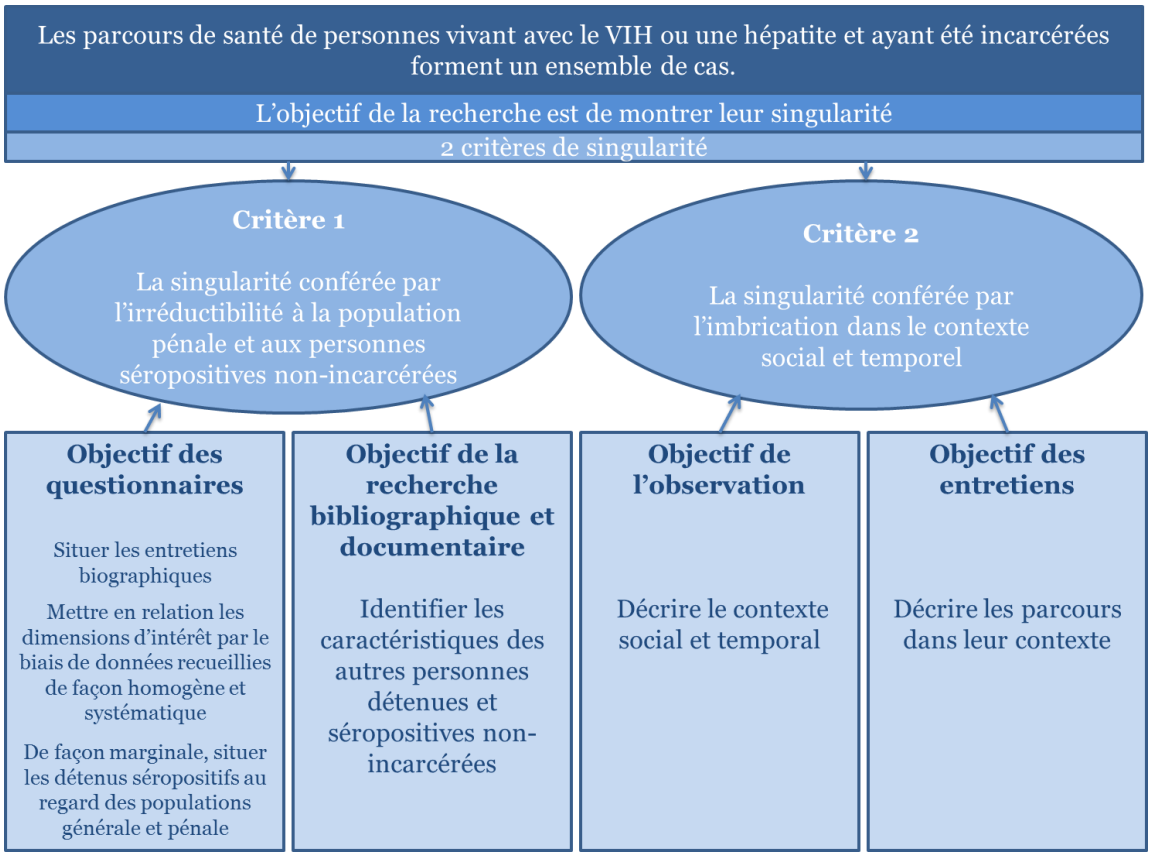
[745] BOURDIEU Pierre, CHAMBOREDON Jean-Paul et PASSERON Jean-Claude, *Le métier de sociologue*, Paris, Mouton, 1967.

amorcée dans le chapitre 3 autour de la confrontation des sciences sociales aux sciences de la vie, je souhaite ici discuter les enjeux scientifiques de chacune des méthodes de l'enquête. Dans la suite de ce chapitre, on décrit en filigrane le dispositif et ses assises méthodologiques, schéma à l'appui, avant d'entrer en détail dans le déroulement des volets d'enquêtes par entretiens biographiques et par questionnaires.

Le dispositif et ses trois volets d'enquête sont construits pour faire des parcours des personnes séropositives aux VIH et au VHC, un ensemble de cas (cf. schéma de la Figure 4 - ci-dessous). Cet ensemble est singulier car il répond à deux spécificités proposées par J.-C. Passeron et J. Revel, qui fondent la singularité du cas : son irréductibilité à un autre cas issue de la même catégorie et son imbrication dans un contexte social et temporel[746]. Les parcours de santé de personnes séropositives au VIH et au VHC qui ont été incarcérées répondent à ces deux critères : ils sont un enchaînement de situations sociales singulières, c'est-à-dire, dont on ne peut réduire la description à d'autres parcours de personnes séropositives ou à d'autres personnes détenues ; et on ne peut les décrire et les comprendre sans mobiliser leur contexte structurel de production sociale et historique.

[746] PASSERON Jean-Claude et REVEL Jacques, « Penser par cas. Raisonner à partir de singularités », *art. cit.*

Figure 4 - Les parcours de santé comme ensemble de cas[747] dans le dispositif d'enquête



Mon dispositif d'enquête vise à étayer cette singularité :

(1) les entretiens biographiques servent à décrire ces cas dans leurs contextes structurels et à raconter les parcours dans leur complexité objective, subjective et temporelle ;

(2) les questionnaires servent à situer ces parcours dans un corpus de données sociodémographiques et pénales liées aux états de santé et de prises en charge d'un groupe plus large de détenus. Lorsque les données le permettent et de manière marginale, les questionnaires permettent aussi de confirmer la singularité des caractéristiques des détenus atteints du VIH ou d'une hépatite en les situant par rapport à la population pénale et à la population de personnes séropositives ;

(3) et l'observation sert à comprendre le contexte, et tout particulièrement, les situations sociales des détenus séronégatifs, pour saisir les principes directeurs de leurs parcours, et mieux qualifier la singularité des parcours des détenus séropositifs au regard des premiers.

[747] *Ibid.*

Autre critère posé par J.-C. Passeron et J. Revel pour former un ensemble de cas, les récits de vie recueillis par les entretiens biographiques doivent poser un problème logique[748]. La séropositivité perturbe les schèmes explicatifs usuels concernant les détenus par sa capacité à révéler les continuités dans les parcours et les contradictions en termes d'accès aux soins et aux droits. Le VIH et le VHC influent sur les expériences de la détention, mais aussi sur les modalités et les registres de prises en charge par les professionnels, comme on le verra dans la partie III.

En tant que cas, les récits sont analysés individuellement, avec l'objectif principal de décrire, interpréter et expliquer, en tenant compte des événements, mais aussi des processus de subjectivation, du contexte institutionnel et des processus sociaux plus larges. Les quatre derniers chapitres de la thèse s'appliquent à étayer la singularité de cet ensemble de cas, montrant en filigrane que ce qui caractérise les parcours de détenus séronégatifs ou ceux de personnes séropositives libres, ne suffit pas à comprendre ni expliquer les parcours de détenus séropositifs.

L'ambition de l'enquête était de mettre en œuvre « une approche totale du local dans le cadre d'un problème particulier de recherche[749] ». C'est d'ailleurs pour cette raison, suivant les préconisations d'A. Pires, que je ne décris pas la procédure d'échantillonnage de la recherche. Je décris plutôt le corpus empirique, c'est-à-dire que je précise les caractéristiques des détenus qui le composent à travers le schéma de recrutement[750] et la restitution des données de cadrage plus loin.

Le dispositif d'enquête : les entretiens biographiques

Pour étayer la qualification d'ensemble de cas, je pose la question de la fonction de ce volet d'enquête par entretiens : en quoi les entretiens biographiques permettent-ils de décrire la singularité de ces cas, en situant les recours aux soins dans leur contexte de choix individuels, de processus de subjectivités et de contraintes structurelles ?

On l'a vu dans le chapitre 1 dans la discussion sur la notion de parcours (et on le verra dans le chapitre 5 avec la restitution de ces parcours) l'objectif de l'entretien biographique est de recueillir les données pertinentes à la construction de parcours de santé. L'entretien biographique permet de recueillir des données relatives à la santé et, plus précisément, la prise de risque, le dépistage, l'annonce et la prise en charge médicosociale. Surtout, il permet d'accéder aux contextes et aux conditions de ces événements de santé. Ainsi la plus grande partie de l'entretien est consacrée à

[748] *Ibid.*

[749] PIRES Alvaro P, « Échantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique », *in La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Paris, Gaetan Morin, 1997, p. 8.

[750] Voir la Figure 6 - p. 250.

l'expérience de la détention présente et antérieure, à l'histoire familiale et amoureuse, au travail (au sens large d'activités génératrices de revenus ou de ressources), à l'errance, à la dépendance et aux interactions avec les institutions de l'aide sociale. En ville, les entretiens tournent essentiellement autour de la sortie de prison et la négociation de la survie entre injonctions institutionnelles, opportunités et désir de « s'en remettre ». L'ambition restait de comprendre les évolutions, les linéarités et les bifurcations dans les récits et leurs transcriptions possibles en des parcours de santé.

Les trois arguments méthodologiques sous-jacents qui rendent l'entretien nécessaire à ma recherche sont les suivants : d'abord, je cherche à comprendre, ou tout du moins à explorer, la perspective des acteurs, pour saisir et comprendre leurs pratiques sociales ; ensuite, pour qualifier les processus de subjectivation à l'œuvre dans les parcours[751], il faut pouvoir appréhender leur point de vue et les enjeux auxquels ils font face ; enfin, pour mieux situer les récits de vie de détenus, je cherche à confronter les points de vue et rendre compte des interprétations des acteurs, dont les professionnels, et les miens[752].

Selon le nombre d'entretiens répétés qu'il a été possible de conduire, ces enchaînements d'événements sont plus ou moins fournis, mais sont toujours imbriqués dans un contexte de rapports avec d'autres personnes, proches ou professionnels, avec des institutions, elles-mêmes régies par des politiques publiques et, dans des processus sociaux, notamment la désaffiliation. Les relances lors de l'entretien[753] visaient à replacer les événements et les anecdotes des récits de vie dans leurs situations sociales d'émergence (leur contexte relationnel, spatial et temporel[754]). Elles visaient aussi à appréhender les processus de subjectivation[755], pour les situer dans ce que la construction sociale des parcours, entendue comme un produit de l'action individuelle et de la structure institutionnelle[756]. Enfin, la démarche réflexive amorcée dans le chapitre

---

751 Les processus de subjectivation sont mentionnés dans le chapitre 1 au regard de la littérature des parcours de vie puis décrits dans le cas des détenus vivant avec le VIH ou une hépatite C dans les chapitres 5 et 6.

752 POUPART Jean, « L'entretien de type qualitatif: considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques », *in La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Paris, Gaetan Morin, 1997, p. 173–209.

753 Les détails de ces relances plus techniques sont décrits plus loin dans ce chapitre.

754 DUBAR Claude, « Trajectoires sociales et formes identitaires. Clarifications conceptuelles et méthodologiques », *Sociétés contemporaines* 29 (1), 1998, p. 73-85.

755 WIEVIORKA Michel, « Du concept de sujet à celui de subjectivation/dé-subjectivation », *FMSH-WP*, FSMH, 2012, <https://hal.inria.fr/docs/00/71/78/35/PDF/FMSH-WP-2012-16_Wieviorka.pdf>, consulté le 5 mars 2016, p. 14.

756 PASSERON Jean-Claude, « Biographies, flux, itinéraires, trajectoires », *art. cit.*

précédent et sous-jacente à l'enquête visait à situer ces récits dans un dernier – ou premier – contexte, celui de la situation[757] et du rapport d'enquête[758].

Parce qu'il constitue un ensemble de cas, le dispositif ne s'inscrit pas dans une logique de réitération, pour rechercher les récurrences qui rendront les analyses représentatives et le propos, généralisable. La taille de l'ensemble importe peu, l'objectif étant de décrire la singularité du cas et l'explication sociologique de ce cas par rapport à sa référence, ici les processus sociaux qui régissent les expériences des détenus, mais aussi des personnes libres séropositives et des personnes détenues séronégatives[759].

C'est donc en ce que les entretiens biographiques permettent de mieux comprendre les parcours et leur contexte de production sociale que je considère qu'ils participent à une opération de construction de la singularité de l'ensemble des cas. En effet, pour reprendre les deux premiers critères de J.-C. Passeron et J. Revel, la singularité de ces cas tient à ce que l'ensemble ne peut se comprendre en invoquant ce que l'on sait de la population pénale générale, et n'a de sens que s'il est analysé en lien avec les processus qui structurent l'évolution de la situation sociale des hommes interviewés.

Par ailleurs, la constitution de l'ensemble des entretiens révèle un parallèle entre pratique « sociologique » et pratique médicale, en lien avec la problématique médicale de l'interruption de suivi de personnes « perdues de vue » : le corpus des parcours recueillis par entretiens biographiques répétés s'est constitué à partir des récits de détenus et de sortants volontaires pour une étude sociologique, voire d'un « suivi sociologique », au sens d'une série de rendez-vous avec une sociologue avant et après la sortie de prison. La complexité de l'enquête de terrain en ville et les difficultés liées à la sortie montrent bien l'énigme que posent ceux qui ont accepté ce « suivi », c'est-à-dire de me voir après leur sortie de prison, de me parler de leur expérience et de leur parcours, ceux qui ont su répondre à l'exercice du récit biographique, ceux qui ont eu besoin de parler ou ceux qui y ont trouvé du plaisir ou de la distraction.

Le dispositif d'enquête : les questionnaires

Pour compléter et situer la description de l'ensemble de cas, j'ai intégré un volet supplémentaire à la recherche : l'enquête par questionnaires. En quoi les données issues des questionnaires permettent-elles d'étayer la singularité de l'ensemble de cas ?

---

757 DEMAZIÈRE Didier, « L'entretien biographique comme interaction négociations, contre-interprétations, ajustements de sens », *art. cit.*

758 BEAUD Stéphane, « L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'«entretien ethnographique» », *art. cit.*

759 PASSERON Jean-Claude et REVEL Jacques, « Penser par cas. Raisonner à partir de singularités », *art. cit.*

Je distingue deux usages de l'enquête par questionnaires dans cette recherche : d'abord, la production de données sociodémographiques et pénales qui permettent de situer le groupe des détenus du volet par entretiens ; et ensuite, la mise en relation de données concernant la situation sociale, la santé et le recours aux soins, recueillies de manière systématique et homogène. En ce qui concerne la qualification d'ensemble de cas, je ferai appel aux données issues des questionnaires de manière marginale, pour situer les détenus séropositifs par rapport à la population pénale et la population séropositive nationales, lorsque les effectifs et les catégories le permettent.

Le questionnaire permet par ailleurs de produire des données sur la santé et la prise en charge et sur les droits sociaux des détenus – des données qui ne sont pas disponibles dans la littérature existante. Pour des raisons liées à la difficulté technique de la collecte, mais aussi aux prérogatives politiques des administrations, les données nationales sur les populations les plus démunies ou en situation très précaire sont peu nombreuses[760]. Ainsi les séries statistiques publiées par le ministère de la Justice, les seules données populationnelles disponibles en libre accès, privilégient les indicateurs de sexe, d'âge, de nationalité, d'instruction et de situation pénale des justiciables[761]. Ces séries restent lacunaires en termes d'indicateurs de classe ou de genre[762] – et pour d'autres raisons, de race/ethnicité[763]. Suivant M. Gollac, cet angle mort des statistiques de la population pénale peut s'entendre comme une manifestation de l*a priori*té accordée à ces problématiques par l'institution pénale : « le fondement juridique d'une statistique nous informe davantage de sa précision que de sa pertinence. Celle-ci ne se juge pas à partir des conditions de production des chiffres, mais de leurs possibilités d'utilisation[764] ».

Dans le cadre de ma recherche, j'ai cherché à imbriquer les résultats des données produites par les entretiens et par les questionnaires dans l'analyse. Ainsi, l'analyse statistique descriptive des résultats de l'enquête par questionnaires est mise en lien dans

---

[760] Parmi ces enquêtes nationales, on compte notamment les travaux de Maryse Marpsat et l'enquête de l'Insee sur les sans-domiciles conduite en 2001 et précédée d'enquête pilotes de l'Insee et l'Ined.

[761] Ces données sont éclairantes dans la mesure où il n'existe pas d'autres sources de séries statistiques à l'échelle nationale exhaustive sur la population détenue. Cependant, les limites qu'elles opposent à l'analyse sont importantes, notamment en raison du grand nombre de dossiers pénaux mal ou peu renseignés concernant les indicateurs d'instruction ou de situation professionnelle. DAP / PMJ / PMJ5, « Séries statistiques des personnes placées sous main de justice 1980-2014 », *op. cit.*

[762] Il n'existe pas d'indicateur de classe dans ces séries statistiques.

La variable de sexe « hommes » ou « femmes » ne rend pas compte du nombre de personnes s'identifiant comme « trans », avant ou après changement d'état civil. Elle regroupe toutes les personnes dont l'état civil indique un sexe masculin dans la modalité « hommes », et toutes celles dont l'état civil indique un sexe féminin dans la modalité « femmes », sans tenir compte du genre perçu ou déclaré par les justiciables.

[763] Voir le chapitre sur le traitement d'indicateurs d'appartenance raciale en prison dans : FASSIN Didier, *L'ombre du monde*, *op. cit.*

[764] GOLLAC Michel, « Des chiffres insensés? Pourquoi et comment on donne un sens aux données statistiques », *Revue Française de Sociologie* 38 (1), 1997, p. 6.

le texte avec des données issues d'une analyse quantitative du corpus des entretiens biographiques[765]. De même, les récits de vie des détenus sont restitués en dialogue avec les classes auxquelles ils auraient pu appartenir s'ils avaient renseigné le questionnaire[766].

Les entretiens et les questionnaires sont deux outils dont l'élaboration et l'usage sont ancrés dans les résultats d'une observation ethnographique[767]. C'est sa place dans le dispositif d'enquête qui est l'objet du propos ci-dessous.

Le dispositif d'enquête : l'observation

Dans ce dispositif d'enquête, qui vise à décrire et comprendre les parcours de santé, l'observation ethnographique permet de montrer la singularité de leurs prises en charge dans le paysage de l'aide sociale. Dans le protocole de ce volet d'enquête, l'observation des expériences de prises en charge et du travail des professionnels de santé et de l'aide sociale s'est déroulée sur une période de deux ans, dans un ensemble d'institutions carcérale, hospitalière, associatives et militantes. Cette enquête multisituée est ancrée dans le terrain en milieu carcéral, tant en termes chronologiques (la prison étant le « point de départ », j'ai « suivi » et revu des sortants de prison rencontrés en milieu carcéral) qu'en termes d'expérience (l'épreuve carcérale et le statut de sortant de prison étaient omniprésents dans l'enquête en ville car la sortie récente était souvent un des critères de prise en charge des institutions). Observer les parcours de sortants de prison demande une attention particulière au milieu carcéral, un milieu d'enquête particulier où l'usage du terme « ethnographie » demande réflexion. L'observation ethnographique appelle des précautions différentes en ville, que j'aborde dans un second temps.

L'ethnographie en prison

L'ethnographie en prison a pour objectif de produire des données et une analyse de l'institution ancrée dans le terrain, du « bas vers le haut », mais aussi une analyse de ses rapports avec le milieu extérieur[768]. Elle pose un problème majeur, celui d'une enquête limitée : l'accès en détention est restreint, le temps de l'autorisation d'enquête est compté et le retour sur le terrain pour suivre ou confirmer ses résultats n'est pas donné.

---

[765] Voir la fin de ce chapitre.

[766] Voir le début du chapitre 5.

[767] Le protocole de ce premier volet de l'enquête par observation est décrit dans le chapitre 3.

[768] Je traduis ici librement les propos de Lorna Rhodes lors d'un de nos échanges, où elle expliquait que l'objectif de l'ethnographie est de produire un travail « from the ground up and from the ground out. »

La discussion sur l'ethnographie en prison qui suit s'inspire de communications et d'échanges lors du colloque du INTERNATIONAL CENTRE FOR COMPARATIVE CRIMINOLOGICAL RESEARCH, *op. cit.*

Certaines communications ont été publiées : DRAKE Deborah H., EARLE Rod et SLOAN J. (dir.), *The Palgrave Handbook of Prison Ethnography*, Houndmills, Springer, 2016.

Dans un article intitulé « *The hidden side of the moon…* », A. Leibing montre que l'un des enjeux du travail de l'ethnographe en détention est de lever le voile sur des données qui restent cachées ou invisibles : parce que nous cherchons à observer des lieux, à avoir des interactions ou à entendre des histoires interdits d'accès, le travail ethnographique s'apparente parfois à une étude de la face cachée de la lune[769]. Dans le cas de mon enquête sur les expériences du VIH et de l'hépatite C en prison, il a fallu « faire émerger[770] » ce qui apparaît comme problématique dans des récits de l'intime et du stigmatisé, pour en interpréter le sens dans leur contexte.

La prison laisse peu voir : annoncer que l'on fait une ethnographie en milieu carcéral est problématique. L'ethnographie implique un certain degré de participation et d'observation, or la prison ne peut accorder qu'une place marginale à la sociologue : on s'aperçoit dès son premier jour qu'il est difficile d'observer à travers tant de murs et de portes closes. Certains auteurs font d'ailleurs remarquer que prétendre à une « observation participante » ou à une « participation » en prison frôle la malhonnêteté lorsque l'on étudie l'expérience des détenus[771]. Ce débat sur la faisabilité de l'ethnographie en prison date des années 1960, lorsque le chercheur T. Mathiesen remarque « Je ne pouvais évidemment pas devenir l'un des leurs[772] ». Le débat s'est poursuivi[773] et a produit des compromis en termes de méthode « semi-ethnographique » ou « quasi ethnographique[774] ». Par commodité, je ferai référence à mon « observation » dans cette recherche, conçue comme l'outil principal de mon approche « quasi ethnographique. »

Si ce travail d'observation s'impose dans mon enquête, c'est parce qu'il permet de proposer une alternative plus circonstanciée et plus engagée des rapports aux données statistiques disponibles sur la prison. Certains opposent à l'observation « l'éblouissement » des chiffres, toujours croissants, qui risquent de rendre insensible au

---

769 LEIBING Annette, « The hidden side of the moon, or, "lifting out" in ethnographies », *in* MCLEAN Athena et LEIBING Annette (dir.), *The Shadow Side of Fieldwork: Exploring the Blurred Borders between Ethnography and Life*, Chichester, John Wiley & Sons, 2008.

770 Ou « *lifting out* », pour reprendre les termes d'E. T. Gendlin dans le texte d'A. Leibing, *op. cit.* 2008.

771 Voir les premiers travaux du mouvement de *Convict criminology* (criminologie par les détenus), abordés dans : EARLE Rod, « Insider and Out. Making Sense of a Prison Experience and a Research Experience », *Qualitative Inquiry* 20 (4), 2014, p. 429-438.

772 Ma traduction de : « I could quite obvisouly never become one of them. », Mathiesen, T. (1965). *The defences of the weak*. London, England: Tavistock Publications, cité dans Rowe 2014 : 236.

773 RHODES Lorna A., « Toward an Anthropology of Prisons », *Annual Review of Anthropology* 30, 2001, p. 65-83.

774 Dans Rowe 2014 : CREWE Ben, « Prison drug dealing and the ethnographic lens », *The Howard Journal of Criminal Justice* 45 (4), 2006, p. 347–368 ; OWEN Barbara A., *In the mix: Struggle and survival in a women's prison*, New York, SUNY Press, 1998.

sujet de l'incarcération[775]. Sans prétendre éblouir, l'enquête par questionnaires que j'ai associée aux observations et aux entretiens biographiques me permet de situer et de mieux comprendre les parcours de santé des détenus et, ainsi, de poursuivre l'opération méthodologique qui vise à « faire émerger » certaines pratiques ou expérience moins visibles, en prison et en ville.

Une fois les limites de l'ethnographie en milieu carcéral évoquées, je précise que mes usages de l'outil se sont inscrits dans des postures « d'enquête appréciative » et de « participation réservée », dans la continuité des préconisations d'A. Liebling. La technique de « l'enquête appréciative [776]» permet de se détacher de travaux ou de prénotions trop négatives sur les acteurs en prison, en mettant l'accent sur ce qui fonctionne : quels sont les bons côtés du travail ou du rôle de soignant en détention ? Quelles sont les bonnes conditions de travail ? Quels sont les éléments qui permettent que l'incarcération se passe bien ?

La technique de la « participation réservée » est un terme qui précise celui de l'observation ethnographique, pour mettre en exergue la dimension d'activité permanente qui caractérise l'exercice pour la sociologue, contrairement à une certaine passivité apparente[777]. Si j'ai parfois pu être perçue comme étant inactive sur le terrain, pendant les déjeuners au mess par exemple[778], j'étais en réalité en activité permanente : à l'écoute des sujets de conversations des professionnels de santé ou des surveillants (qui ne déjeunent pas ensemble) et à l'affut de leurs commentaires sur leur matinée de travail et sur les patients détenus qu'ils avaient pris en charge, j'emmagasinais des informations que je notais en vitesse une fois seule, avant de recevoir le premier détenu de l'après-midi.

C'est dans ces situations que j'ai fait l'expérience de l'humour carabin comme outil de gestion des épreuves émotionnelles au travail[779]. L'usure des patients difficiles, les situations de conflit ou les situations où les soignantes sont sollicitées émotionnellement peuvent être partagées à table. Le récit de la situation aux collègues participe à

---

[775] JEWKES Yvonne, « An Introduction to "Doing Prison Research Differently" », *Qualitative Inquiry* 20 (4), 2014, p. 387-391.

[776] Ma traduction de « appreciative inquiry », LIEBLING Alison, PRICE David et ELLIOTT Charles, « Appreciative Inquiry and Relationships in Prison », *Punishment & Society* 1 (1), 1999, p. 71-98.

[777] « The term 'observation' does not adequately capture the process of being present in others' worlds. We see, observe, but inwardly (subjectively) digest scenes and encounters, our inner lives inter-playing with the lives of others. We watch, hear, take notes, drink tea, chat, experience periods of engagement, distraction, warmth, sadness or fear; we are entertained, frustrated, fascinated , puzzled – we are no more 'passive' agents in our research than our research 'partners' are. » LIEBLING Alison, « Doing Research in Prison », *art. cit.*, p. 160.

[778] Mess : cantine où déjeunent le personnel pénitentiaires et de santé en maison d'arrêt. J'y ai déjeuné en tant que « stagiaire de l'Ucsa » car les intervenantes extérieures n'y ont pas accès.

[779] ZOLESIO Emmanuelle, « Distanciation et humour noir : modes de gestion de la mort par les chirurgiens », *in Les soignants et la mort*, Paris, ERES, 2013, p. 91.

s'exprimer et à se décharger du poids émotionnel – et à retourner au travail l'après-midi. Je ne me suis jamais habituée à la réaction des collègues et le recours à l'humour noir, trop éloigné de la compassion pour les narrateurs de ces épreuves à mon goût. Le cynisme sous-jacent de la gestion collective de ces moments de difficultés au travail est un des facteurs qui m'ont empêché de gérer la dureté de mon expérience d'enquête par ce moyen. Ces moments restent un bon exemple de participation réservée, un défi méthodologique, où il s'agit d'observer, d'éprouver, de faire la conversation et de manger tout à la fois et sans en avoir l'air, pour ensuite remplir son carnet de terrain.

Enfin, je propose une dernière remarque sur mon expérience d'observation ethnographique en prison, concernant l'assignation identitaire. Les identités que m'ont assignées les professionnels et les détenus sont sensiblement différentes et particulièrement inscrites dans la situation d'enquête et ma présentation de soi. Concernant les assignations des agents pénitentiaires, elles étaient le plus souvent floues, me rapportant au statut d'intervenante extérieure, d'éducatrice, de psychologue ou de personnel de probation. Les effets sont minimes pour l'enquête, dans la mesure où ces professionnelles sont nombreuses en détention et leur flux important, un travail de gestion routinier pour les surveillants. Dans les premiers temps, j'ai fait l'effort de me présenter systématiquement aux gradés pour leur expliquer ma présence. Si l'accueil était le plus souvent chaleureux et la démarche saluée, l'important flux des intervenantes extérieures et le roulement des surveillants avaient plutôt pour effet de me fondre dans la masse. Le plus souvent, je me suis « faufilée », profitant de cette assignation pour circuler aisément en détention sans être interpellée et sans susciter de conversation. Je n'ai pas éprouvé les enjeux rapportés par l'importante littérature britannique[780], dans lesquels l'analyse des assignations est heuristique pour les rapports au travail, au corps ou aux attentes de genre en détention. J'attribue cette différence en partie à la taille des établissements, au flux des professionnels circulant dans les coursives et au roulement des surveillants, permanents ou en stage de formation.

Les assignations identitaires de la part des professionnels de santé ont également eu peu d'effet sur l'enquête. Comme je l'ai indiqué précédemment, mon statut était clair car énoncé lors d'une réunion d'équipe et je rappelais mon nom et mon statut lors de chaque nouvelle rencontre. Le statut de « stagiaire » de l'Ucsa en détention pour mener une enquête sur la santé et la sortie avait l'avantage de ne pas imposer de charge de travail démesurée sur les professionnelles. Il avait aussi pour avantage de légitimer ma présence et permettre d'engager des conversations sur leur travail et sur les détenus.

---

[780] ROWE Abigail, « Situating the Self in Prison Research Power, Identity, and Epistemology », *Qualitative Inquiry* 20 (4), 2014, p. 404-416 ; JEWKES Yvonne, « Autoethnography and Emotion as Intellectual Resources Doing Prison Research Differently », *art. cit.*

Enfin, j'aborde les assignations identitaires des détenus dans le cadre de mon analyse des rapports d'enquête dans le chapitre précédent.

Ces remarques sur l'observation en détention montrent la particularité du milieu carcéral comme terrain d'enquête. Objet d'une réflexion scientifique en sociologie des prisons britannique, les précautions, les obstacles et le ressenti pendant l'enquête et peuvent être heuristiques pour les sciences sociales. L'ethnographie en ville, qui a débuté au fur et à mesure des libérations des détenus qui participaient au volet d'enquête par entretiens, s'est déroulée de manière beaucoup plus fluide et moins encadrée.

L'ethnographie en ville

Parce que cette partie de l'enquête visait à rejoindre les sortants dans les lieux qui leur convenaient, et souvent, où ils évoluaient après l'incarcération, l'ethnographie en ville confère son statut d'enquête multisituée à mon travail de terrain.

Comparée à l'enquête en milieu carcéral, l'enquête en ville, c'est-à-dire à l'hôpital, dans les centres et associations d'aide sanitaire et sociale et d'hébergement et dans des cafés parisiens, étaient paradoxalement beaucoup moins institutionnelle. Naviguant d'une structure à une autre, suivant les sortants, j'ai eu moins de contacts avec les professionnels et, en retour, ils avaient moins de prises sur l'enquête et participaient de manière plus passive à mon travail. Par exemple, les éducateurs du centre de postcure où j'ai revu Iliès n'ont pas participé au recrutement de personnes pour le volet par entretiens biographiques ni par questionnaires. Même si je leur ai proposé, je ne leur ai pas restitué les résultats de ma recherche pour recueillir leur point de vue sur mon travail, comme j'ai pu le faire avec les médecins des Ucsa.

L'observation en ville était aussi plus fluide dans la mesure où je n'ai pas multiplié les relances pour solliciter des entretiens : j'ai considéré qu'il relevait de la bonne pratique de la sociologie que de ne solliciter les sortants que deux fois maximum, étant donné l'épreuve que peut être la sortie de prison pour certains. J'aborde plus en détail l'expérience de l'enquête à la sortie dans la partie IV, où j'y confronte les expériences des sortants aux attentes des professionnels.

Enfin, comparée à mes ambitions en détention, l'enquête en ville est peut-être un peu lacunaire. *A posteriori*, il m'apparaît que l'usure de l'enquête que j'ai décrite dans le chapitre 3 s'est fait davantage sentir à la fin de la deuxième année d'enquête de terrain. J'ai été plus affectée dans mes entretiens avec les sortants et parfois moins proactive dans le suivi de ceux qui avaient accepté de continuer à me voir dehors. De même, je n'ai pas conduit autant d'entretien avec des professionnels de la prise en charge postcarcérale que j'aurais souhaité. Ces éléments de contexte sur le déroulement de l'enquête et l'usage

des outils méthodologiques visent à expliciter les conditions de recueil de données. Ces données sont exploitées et analysées dans les parties III et IV de cette recherche.

Une fois ces éléments épistémologiques et méthodologiques concernant le dispositif et ses méthodes complémentaires explicités, je souhaite aborder les protocoles plus particuliers de volets d'enquête par entretiens et par questionnaires. Ces passages constituent les deux prochaines sections de ce chapitre, et se distinguent du reste du chapitre par leur fond gris, sur le modèle du protocole d'enquête par observation restitué dans le chapitre précédent.

Le protocole d'enquête par entretiens biographiques sur les parcours de santé

Pour compléter et élargir le premier volet du dispositif d'enquête, j'ai conduit une série d'entretiens biographiques répétés, avec des personnes détenues et sorties de prison. L'objectif de ces entretiens était de recueillir des récits de vie, pour reconstruire les parcours de santé des personnes détenues et mieux comprendre leur rapport à la maladie et leur expérience de la sortie de prison.

Le recrutement dans le volet d'enquête par entretiens biographiques

Le recrutement de ces hommes et ces femmes en détention a été progressif, tout au long de l'enquête par entretiens biographiques, entre le 3 mai 2011 et la date du dernier entretien dehors. J'ai sollicité ces détenus en fonction de leur séropositivité et, dans de rares cas, de leur date de sortie de prison. En raison des obstacles à l'accès aux personnes détenues en détention[781], le premier face-à-face avec celles qui m'ont accordé des entretiens a été long à obtenir.

En revanche, une fois le face-à-face obtenu, le propos de l'entretien, les enjeux de la participation et mon rôle dans l'étude et en détention étaient explicités et semblaient compris par les détenus. En détention, un milieu imprégné par la méfiance, la parole et le regard sont centraux dans la négociation, au sens de D. Demazière[782], d'un rapport d'enquête. L'enjeu était de présenter mes intentions et de continuer à convaincre tout au long de l'entretien. Il fallait convaincre et continuer à convaincre que j'étais une étudiante en sociologie, qui avait besoin « d'en savoir plus sur la santé des détenus » pour mon « étude » (j'ai vite appris qu'en prison, « l'enquête » est policière ou n'est pas).

[781] Dans le chapitre 3, on aborde « le rapport avec les acteurs », avec à l'appui, un schéma qui synthétise le processus d'obtention du premier entretien.

[782] DEMAZIÈRE Didier, « L'entretien biographique comme interaction négociations, contre-interprétations, ajustements de sens », *art. cit.*

Je précisais que j'entendais la santé au sens large, « y compris avant la prison et y compris les personnes qui nous aident à aller bien et qui nous soutiennent ».

Une fois un premier intérêt établi, la négociation se poursuivait autour de deux supports, une notice informative décrivant le but et les enjeux de la participation à l'enquête et un formulaire de consentement, rappelant les droits des détenus[783]. Ces deux documents offraient l'occasion de me présenter de nouveau et d'ancrer la phase initiale de la négociation de l'entretien dans la lecture, ou ma reformulation pour les détenus moins intéressés, ou ma lecture pour les détenus qui ne lisaient pas (le français). Il s'agissait aussi de faire comprendre le caractère réellement libre et non obligatoire de la participation à l'enquête, en insistant par exemple, sur mon statut d'étudiante, extérieure à l'Ucsa et à la prison ou sur le fait que le refus de participer n'affectait pas leur suivi médical ou leurs rapports avec les professionnels de santé. Cette insistance en situation, et mon insistance à le mentionner ici, relèvent de deux efforts : d'abord, un effort éthique, car donner le choix, c'était me permettre de recueillir une parole libre et ensuite un effort scientifique car donner le choix, c'était contribuer à contrebalancer la violence symbolique de l'entretien dans un contexte de contrainte.

En retour, les assignations à l'égard de mon rôle et mes intentions et la crédibilité qu'ils pouvaient m'accorder en écho à ces précautions différaient selon les détenus. Elles sont restituées lorsqu'elles sont pertinentes pour situer l'analyse des résultats des parties III et IV. Il en est de même pour l'asymétrie évidente qui caractérisait les rapports sociaux des entretiens et des échanges informels avec les détenus et les agents pénitentiaires.

Les rapports sociaux de domination entre détenus et enquêtrice, implicites dans cette description ramassée du déroulement de l'entretien, consolident une relation d'enquête asymétrique, déjà bien décrite en sociologie[784]. Dans le cas particulier de cette enquête, la rencontre d'une jeune femme blanche, diplômée et d'un homme souvent plus âgé, souvent non-blanc et toujours moins diplômé, dans le milieu carcéral et dans les locaux de l'unité sanitaire, se construit dans un maillage de rapports sociaux de sexe, de genre, de race et de classe. À ceux-là s'ajoutent des rapports entre intervenants et détenu en milieu carcéral et des rapports soignants soignés, conférés par nos positions assises de part et d'autre du bureau du médecin – le lieu et l'espace influent toujours sur ce rapport,

[783] L'autorisation d'enquêter sur la santé des détenus délivrée par le CCTIRS et la Cnil étaient nécessaires au soutien de l'enquête par l'Ucsa mais aussi par la Direction de l'Administration pénitentiaire. Deux des conditions de l'avis favorables de ces deux instances étaient que je remette une notice informative décrivant l'étude et mes coordonnées à la personne détenue et que je lui demande de signer un formulaire de consentement à participer à l'étude.

[784] Cf. chapitre précédent et BESSIN Marc et LECHIEN Marie-Hélène, « Hommes détenus et femmes soignantes: l'intimité des soins en prison », *Ethnologie française* 32 (1), 2002, p. 69–80 ; MONJARET Anne et PUGEAULT Catherine, *Le sexe de l'enquête, Approches sociologiques et anthropologiques*, 2014.

de surcroit lorsque les entretiens se conduisaient dans les locaux de l'Ucsa. Cette asymétrie multidimensionnelle oblige à redoubler d'attention dans la présentation de l'enquête et l'explicitation du caractère volontaire de la participation, pour obtenir un consentement le plus éclairé possible.

Dernier élément de la négociation de l'entretien, je proposais systématiquement de faire le premier entretien à leur convenance, sur le moment ou plus tard, selon leurs contraintes de temps (rendez-vous médicaux ou avec le personnel pénitentiaire, travail en détention, horaires des parloirs ou des promenades). Sans que je ne m'en rende compte au moment de l'enquête en détention, cette proposition participait à asseoir mon indépendance vis-à-vis des autres professionnels qui travaillent en détention (ou pour les plus inquiets, des renseignements), comme je le développe dans le chapitre 3 dans le cadre de la discussion sur les rapports d'enquête avec l'exemple d'Iliès.

L'entretien biographique

L'entretien biographique se déroulait ensuite de manière ouverte ou semi-directive, en fonction du rapport avec le détenu. Sans ordre ni hiérarchie et sans formulation prédéfinie, les questions abordées devaient inclure :

- l'expérience de la détention en cours depuis l'arrestation, et le parcours carcéral antérieur le cas échéant ;
- le rapport aux professionnels de la détention et aux autres détenus ;
- l'état de santé au moment de l'entretien et dans le passé ;
- le rapport au corps, aux soins, aux soignants dans le passé et au moment de l'entretien ;
- le rapport à la séropositivité ou à la maladie (le VIH, l'hépatite C ou d'autres pathologies, mais souvent aussi l'usage de drogues et ses effets somatiques, psychiques et sociaux) ;
- l'expérience du VIH ou de l'hépatite, depuis la contamination, aux prises en charge ou non-recours, jusqu'au moment de l'enquête ;
- le rapport au temps et le parcours biographique (scolaire, familial, amoureux, professionnel et/ou l'activité) ;
- le rapport à l'aide sociale (et ses professionnels) et les périodes d'errance, le cas échéant ;
- et enfin, les anecdotes.

Le plus souvent, les entretiens abordaient aussi l'infraction, mais, pour me conformer à une convention en milieu carcéral, je ne posais jamais ouvertement la question.

Il était rare de pouvoir aborder tous ces items lors de la première rencontre, qui était le plus souvent interrompue après une période de quarante-cinq minutes à deux heures. Aussi, les entretiens se poursuivaient-ils sur plusieurs jours. L'enjeu principal était de parvenir à réunir les conditions indispensables à l'entretien : un lieu disponible, un moment où le détenu est disponible, un moment où le détenu est capable de se déplacer jusqu'au lieu de l'entretien, dans le respect des conditions imposées par les surveillants et les gradés, variables selon les divisions et selon les agents de surveillance.

Les éléments sur le rapport d'enquête et le déroulement des entretiens se trouvent dans le chapitre 3, en référence aux rapports avec les détenus et les sortants. J'y aborde le rapport d'enquête, du contrat initial aux échanges, en notant les ajustements concernant l'interprétation de la situation tout au long de l'entretien et d'échanges informels avant et après[785].

Des entretiens biographiques répétés, dedans et dehors

Lorsque le détenu l'acceptait, les entretiens se poursuivaient aussi après sa sortie de prison. Selon les situations à la sortie, les modalités et la fréquence des échanges et des entretiens étaient très variables. Selon les données recueillies avant la sortie de prison, les entretiens en ville pouvaient se concentrer sur l'expérience de la sortie, du retour au milieu social et le recours à l'aide sociale et aux soins le cas échéant. La partie IV aborde en détail la fragilité de cette expérience de la sortie. Cette expérience de la sortie explique aussi l'importance de mes précautions (ne solliciter que ceux qui en ont fait expressément la demande, ne pas solliciter d'entretiens plus de deux fois, *etc.*) et l'importance de mes efforts pour obtenir des entretiens avec ceux qui acceptaient de continuer après la sortie (aller où ils se trouvent, où ils travaillent, où ils sont hébergés pour minimiser leur effort à participer, convenir d'un horaire pour un entretien, le confirmer, échanger longuement au téléphone, *etc.*)

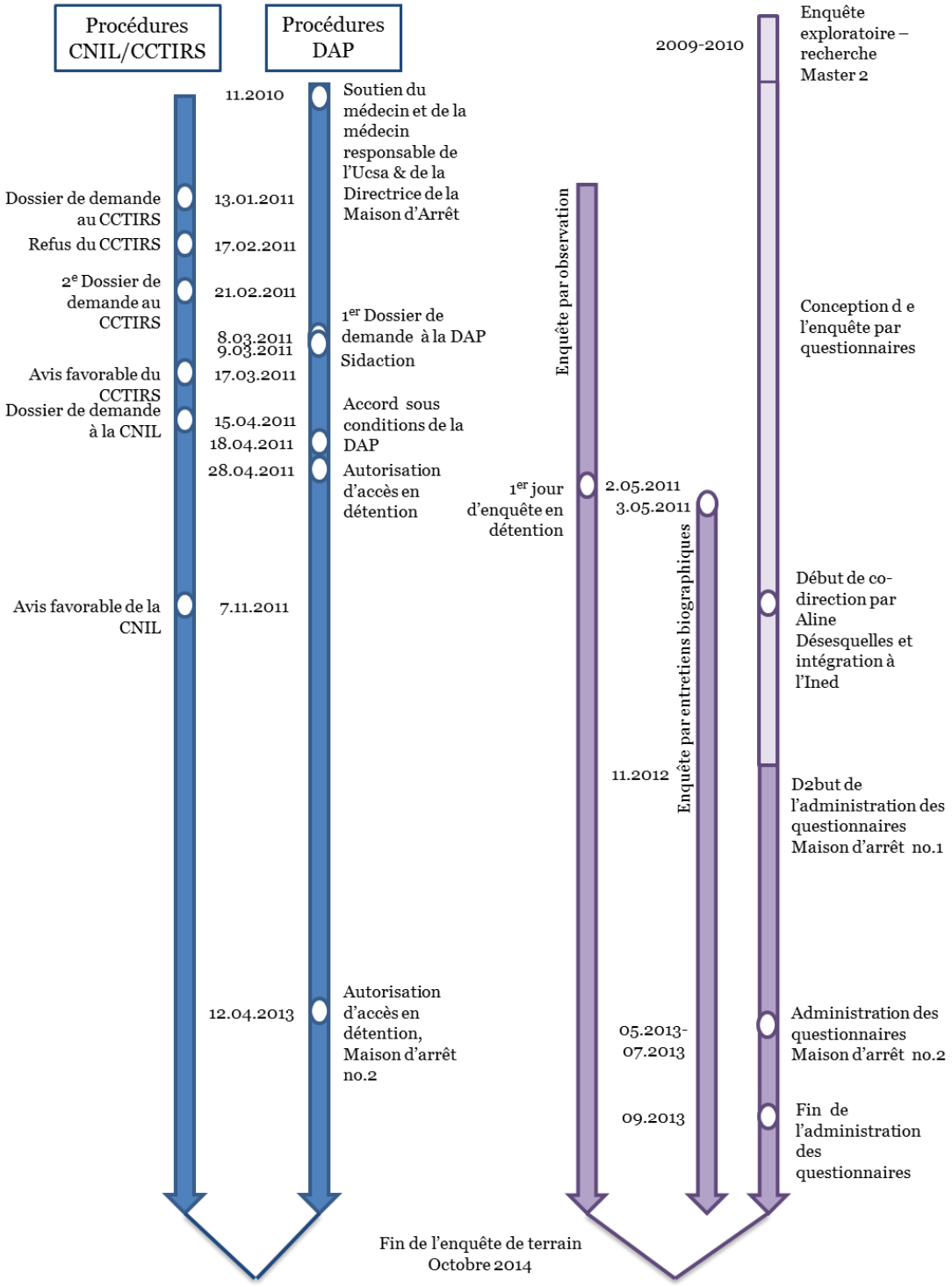
Cette expérience explique enfin le peu d'entretiens formels obtenus en ville par rapport à la détention (10 % environ), et le nombre importants d'échanges informels plutôt que des entretiens formels et longs. Les données recueillies lors de ces entretiens et de ces échanges, en prison et en ville, ont servi à décrire les enjeux anticipés et vécus de la sortie de prison. Elles ont aussi permis de reconstruire des parcours de santé à

[785] DEMAZIÈRE Didier, « L'entretien biographique comme interaction négociations, contre-interprétations, ajustements de sens », *art. cit.*, p. 16.

partir de récits de vie et des conversations avec les détenus[786]. Pour situer et qualifier plus finement ces parcours, par rapport aux autres, des données plus synthétiques ont été recueillies sur un groupe plus large de détenus, atteints du VIH ou d'une hépatite C. Le schéma de la Figure 5 - ci-dessous représente ainsi le déroulement chronologique des trois volets de cette recherche, les enquêtes d'observation, par entretiens biographiques et par questionnaires.

[786] Ils sont décrits dans les deux chapitres suivants.

Figure 5 - Déroulement chronologique des trois volets des enquêtes par observation, entretiens biographiques et questionnaires, en référence à la Figure 3 - (page 173), 2010-2014[787].



[787] DAP : Direction de l'Administration pénitentiaire ; CCITIRS : Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche ; CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés ; Ucsa : Unité de consultations et de soins ambulatoires, aujourd'hui dénommées Unité Sanitaire.

Le protocole d'enquête par questionnaires sur la santé des détenus

Troisième et dernier volet du dispositif, l'enquête par questionnaires fermés permet de situer les histoires de vie documentées par le biais des entretiens biographiques dans un ensemble plus large. Elle permet de décrire plus finement les parcours des personnes détenues séropositives au VIH et au VHC d'un côté, et de l'autre, de recueillir des données sur les conditions de leur sortie de prison et leur degré de prise en charge institutionnelle, au moment de l'enquête et lors de sorties de prison antérieures, le cas échéant.

Les données issues du volet par questionnaires sont le fruit du « bricolage raisonné » évoqué précédemment en référence aux travaux de C. Lemercier. Elles émergent aussi de l'opportunité d'adapter des questions et des indicateurs aux situations sociales particulières des détenus et, plus généralement, d'individus souvent hors de l'économie formelle et en situations précaires, souvent insuffisamment visibles dans les enquêtes nationales.

L'enquête par questionnaires a été conçue en dialogue avec les analyses préliminaires des volets d'observation et par entretiens biographiques. Elles sont adaptées à l'ensemble des détenus du volet par entretiens. L'intention était de proposer des statistiques qui ne soient pas fondées sur le droit ou l'épidémiologie, pour pouvoir traduire le point de vue des acteurs. Cette proximité ne les dispense pas d'analyse critique, mais celle-ci sera faite à partir du point de vue des théories scientifiques et non pas du droit ou des statistiques administratives[788].

L'imbrication des volets par entretiens biographiques et de la préparation du questionnaire a permis de mettre en pratique les connaissances issues du premier volet dans la mise en place du second. Plus précisément, cette assise ethnographique a permis d'affiner le choix des variables, mais aussi d'adapter la formulation des questions aux capacités et usages linguistiques des détenus et de hiérarchiser les ensembles de questions. Il s'agissait de contourner certains tabous, comme le motif d'incarcération ou la séropositivité. Cet aller-retour entre les outils a permis à ma recherche de ne pas tomber dans l'écueil de l'association séquentielle des méthodes, que l'on retrouve dans un grand nombre d'études dites de méthodes mixtes. Enfin, l'expérience des entretiens biographiques a permis d'affiner la palette d'outils d'entrée en rapport avec une personne détenue en entretien sociologique, y compris dans ses dimensions pratiques d'obtention

[788] GOLLAC Michel, « Des chiffres insensés? », *art. cit.*, p. 7.

du face-à-face, des éléments clés de la faisabilité de l'enquête par questionnaires en milieu carcéral.

Le questionnaire

- Le questionnaire, inclus en annexe p. 577, interroge l'expérience passée et présente de la détention et la projection dans la sortie de prison. Conçues au regard des données de l'enquête par entretiens biographiques et de la monographie de l'unité sanitaire[789], ses questions visent à quantifier les items suivants [790]: caractéristiques sociodémographiques du détenu ;
- recours à l'aide médicosociale ;
- réseau de soutien familial et professionnels médicosociaux ;
- expérience carcérale et situation pénale ;
- état de santé perçu et parcours de santé ;
- parcours de prise en charge (dont observance aux traitements et antécédents médicaux) ;
- consommation éventuelle de produits psychoactifs ;
- et expérience de l'errance.

Les variables sont détaillées et définies en annexe p. 657 et classées en trois ensembles thématiques : (1) les caractéristiques sociodémographiques et pénales, (2) la santé et la prise en charge et (3) les ressources et le soutien.

Les questionnaires ont été administrés dans deux maisons d'arrêt d'Ile-de-France. Les 67 questionnaires retenus ont été renseignés par des hommes (64) et des femmes (3) qui n'ont pas participé à un entretien biographique, qui étaient détenus entre les mois de novembre 2012 et juillet 2013 et atteints d'une hépatite C et/ou du VIH, libérables avant le mois d'octobre 2013.

Le recrutement des participants

Le champ visé est la population de détenus séropositifs au VIH, VHC ou co-infectés, incarcérés dans ces deux maisons d'arrêt pendant la période donnée. À partir du nombre de patients correspondants à ces critères recensés dans les rapports d'activité des années précédant l'enquête, j'ai estimé que je pourrais interroger environ 90 détenus.

[789] Je me suis aussi inspirée de questionnaires existants sur des problèmatiques connexes, telles que l'enquête Vespa2 par exemple.

[790] Les items ethno-raciaux, même s'ils sont tout à fait pertinents pour l'analyse de cette recherche, n'ont pas pu être interrogés, en accord avec le cadre légal de la recherche. Pour une critique de ce cadre français, cf. notamment les travaux de Patrick Simon et Didier Fassin (2015 : 120).

Comme le schéma de la Figure 6 - l'indique, une collecte des noms et des numéros d'écrous de détenus séropositifs au VIH ou au VHC m'a permis de produire une liste d'un total de 133 personnes. C'est en partenariat avec les soignants que j'ai pu organiser cette collecte des noms et numéros d'écrou des détenus, auprès des unités sanitaires et des secrétariats médicaux. Les étapes de cette collecte étaient différentes selon les divisions et les maisons d'arrêt. L'identification des détenus potentiellement concernés par l'enquête s'est faite par différents canaux : noms transmis par les médecins au fil de l'évolution de leur patientèle, listes de patients de la consultation Cisih (Centre d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine) transmise par une des médecins, « listes de lancement » des consultations des médecins affichées en détention par les surveillants chargés de la circulation des détenus, liste des patients pour consultations d'hépatologie, orientation informelle au cas par cas par médecins et infirmières.

À partir de cette liste, je sollicitais les détenus individuellement, pour une présentation de l'enquête. Lorsque le consentement éclairé était obtenu et la protection du secret médical explicitée pour le détenu, j'administrais le questionnaire. Cette passation indirecte a lieu dans les locaux de l'unité sanitaire ou dans un local assigné par le chef de détention, selon les divisions et selon la maison d'arrêt. Elle dure entre 40 minutes et 2 h 30, se fait en une ou deux fois, en fonction de la maîtrise du français du répondant et de ses antécédents médicaux.

À partir de cette liste de 133 noms, 15 individus hors champ ont d'emblée été exclus : 9 détenus libérés avant le mois de novembre 2012 ou signalés par des soignants, mais introuvables en détention (supposés libérés ou transférés, ou non référencés dans l'index des patients et numéro d'écrou des secrétariats), 3 détenus dont la sortie de prison serait vraisemblablement postérieure à 6 mois après le recrutement, 3 détenus signalés par erreur par des soignants car mono-infectés au VHB. Il restait donc 118 détenus *a priori* dans le champ de l'enquête.

La participation à l'enquête n'a ensuite pu être proposée qu'à 74 d'entre eux. 44 détenus n'ont pu être sollicités pour les raisons suivantes : 4 détenus non identifiés (impossible d'obtenir leur numéro d'écrou ou de cellule pour les situer dans la détention), 22 détenus non sollicités, car libérés avant sollicitation de l'enquêtrice, et enfin 18 détenus avec qui l'entretien était impossible à cause de la circulation difficile en détention, de l'interdiction par le lieutenant responsable, de l'incompatibilité de l'emploi du temps de détenus travailleurs, ou de la mise à l'écart de détenus en isolement. Il n'est pas possible de savoir si ces 44 détenus entraient dans le champ de l'enquête. Dans ce cas, aucun élément ne permet de dire qu'il s'agirait d'une sous-population des détenus effectivement interrogés.

Une fois l'entretien en face-à-face obtenu, les objectifs de l'enquête, le caractère strictement volontaire de la participation et la confidentialité des informations recueillies ont été expliqués. À ce stade, 3 détenus ont refusé de participer, 4 n'étaient pas capables d'accepter pour des raisons psychiques ou, en l'absence d'interprète, linguistiques.

Le nombre de répondants possibles, soit la somme des répondants effectifs (67) et des détenus avec qui les entretiens n'ont pas été possibles (51) est de 118 détenus (cf. schéma de recrutement ci-dessous). Le taux de réponse est ainsi compris entre 57 % et 91 % – le taux de réponse minimum correspond au cas limite où tous les détenus non sollicités sont dans le champ ; le taux de réponse maximum correspond au cas limite où tous les détenus non sollicités sont hors champ.

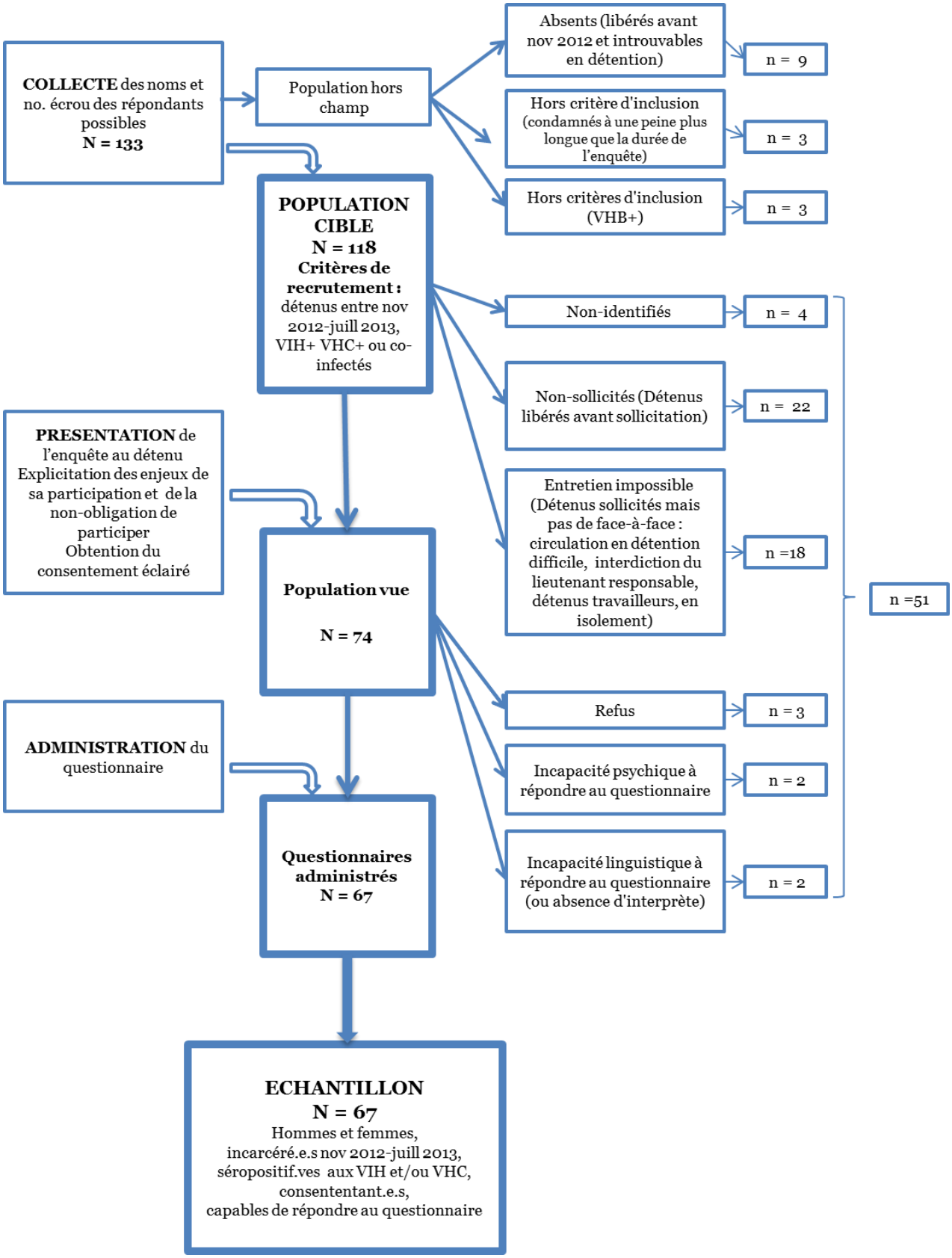
L'échantillon finalement constitué (67 détenus), conçu pour être exhaustif, est représentatif au sens strictement statistique du terme. De très petite taille, il reste pertinent pour l'analyse de la patientèle des deux unités sanitaires. Le nombre de détenus à qui je n'ai pas pu passer le questionnaire peut interroger, mais, tel qu'il est conçu, aucun élément dans le protocole n'étaie l'hypothèse d'une sélection.

Je note ici que le terme échantillon peut porter à confusion dans la mesure où l'enquête visait à questionner l'ensemble des détenus atteints du VIH ou d'une hépatite C et qu'il n'est donc pas question de processus de sélection raisonnée. Le terme est souvent employé de deux manières et j'entends ici lui accorder le sens plus large d'un résultat du processus de constitution du corpus empirique, et non d'un processus de sélection[791].

Le schéma ci-contre synthétise le recrutement des détenus qui ont participé à l'enquête par questionnaires.

[791] Dans cette restitution, on utilise le terme d'échantillon dans son sens large, emboitant le pas à Alvaro Pires, qui note que : « Le mot « échantillon » peut prendre une double signification. Au sens strict ou opérationnel, il désigne exclusivement le résultat d'une démarche visant à prélever une partie d'un tout bien déterminé. Au sens large, il désigne le résultat de n'importe quelle opération visant à constituer le corpus empirique d'une recherche. » PIRES Alvaro P, « Échantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique », *art. cit.*

Figure 6 - Recrutement des participants à l'enquête par questionnaires



Ce schéma de la Figure 6 - et ce récit ramassé de l'administration du questionnaire sont une reconstruction du processus de recrutement[792]. Comme évoqué précédemment pour les entretiens biographiques, ce processus ne s'est pas déroulé de manière linéaire ni chronologique, du fait des contraintes liées à l'organisation de la vie carcérale et de l'unité sanitaire[793]. Ainsi, le schéma, et plus particulièrement les deux colonnes de droites, doit être lu comme une représentation de la construction de l'échantillon en fonction de ces contraintes de terrain, et non pas comme celle du déroulement chronologique de l'enquête.

L'administration des questionnaires

Une fois l'entretien en face à face obtenu, l'enquête était décrite au détenu comme une étude sur la santé en prison et après la prison. Puis je me présentais, en insistant sur le fait que je n'étais ni médecin ni soignante et que la participation n'affectait pas les rapports avec leur médecin. Lorsque j'étais assurée que le détenu avait compris la démarche et son caractère volontaire, je lisais ou paraphrasais passage par passage, le formulaire de consentement pour signature. Ensuite, je commençais l'administration du questionnaire selon une méthode très souple, adaptée de celle du questionnaire « ethnographique[794] ». Ancré dans une enquête ethnographique et une connaissance des particularités du terrain, le questionnaire ethnographique s'administre en prenant soin de la négociation du rapport d'enquête et de l'adhésion du répondant tout au long du tête-à-tête. Il s'adapte au niveau de compréhension et disponibilité du répondant, d'une part, en traduisant ou en reformulant si nécessaire, et d'autre part, en notant les digressions et les anecdotes lorsqu'elles sont pertinentes au parcours de santé ou à l'expérience carcérale – c'est-à-dire la plupart du temps.

Cette méthode souple m'est apparue comme la condition *sine qua non* de l'acceptation et de l'adhésion de détenus, avec qui je n'avais pas de rapport d'enquête préalable et que je rencontrais dans un milieu empreint de suspicion et de méfiance. À première vue, en s'adaptant à la situation d'enquête, la méthode contrevient à l'un de ses principes épistémologiques fondamentaux[795]. En effet, si l'objectif de l'outil est de mesurer la distribution des réponses à une question dans une population donnée,

---

[792] Dans la première maison d'arrêt. Dans la seconde, les entretiens avec les détenus étaient organisés par l'unité sanitaire en amont de mes visites, après discussion avec le médecin responsable et élaboration d'une liste de détenus dont la sérologie VIH+ et/ou VHC+ était connue.

[793] Le processus dynamique, répétitif et chronophage qui aboutissait parfois à une rencontre en face-à-face avec un détenu est décrit en détail dans le chapitre sur l'expérience de l'enquête, dans la partie intitulée « Les rapports avec les acteurs : une enquête bien reçue mais beaucoup de détenus non vus. »

[794] SOUTRENON Emmanuel, « Le «questionnaire ethnographique» Réflexions sur une pratique de terrain », *art. cit.*

[795] « Ce n'est pas un questionnaire », m'a fait remarquer un chercheur de l'Ined en 2012.

l'administration du questionnaire doit être la plus standardisée possible, pour assurer que les différences mesurées sont imputables aux réponses, et non aux questions. Mais, au-delà d'être la condition *sine qua non* de l'acceptation de l'enquête, la méthode du questionnaire ethnographique se justifie de deux autres manières : d'abord, on l'a dit, la méfiance carcérale et le caractère potentiellement stigmatisant de certaines réponses commandaient une attention au rapport d'enquête et une distanciation vis-à-vis de la posture des autres professionnelles de la détention ; ensuite, le questionnaire était ancré, de la conception, à l'administration, à l'analyse, dans une enquête de terrain longue et engagée pour assurer le bien fondé de ses hypothèses et de ses formulations ; enfin, l'objectif de l'enquête par questionnaires était la production de données de cadrage pour situer les données issues des enquêtes par observation et entretiens[796].

Ce rapport d'enquête s'est révélé productif et le questionnaire a été accepté par l'ensemble des détenus, même dans les cinq cas où la traduction simultanée par un autre détenu était nécessaire. Les données ont fait l'objet d'une analyse statistique descriptive (tris simples et tris croisés, notamment selon la sérologue des répondants) puis de plusieurs analyses des correspondances multiples (ACM), dont je présente la méthode ci-dessous. Les informations concernant le rapport d'enquête, les digressions et les anecdotes ont été inscrites dans les marges des questionnaires puis traitées de manière thématique. Elles sont restituées au fil des chapitres suivants, et synthétisées dans le tableau en annexe p. 612 à 646.

L'analyse des correspondances multiples

L'analyse des correspondances multiples permet d'analyser les liens entre plusieurs variables caractérisant les individus d'une population. Elle s'appuie sur une matrice qui peut être pensée comme une extension d'un tableau de contingence, ou tri croisé, qui ne peut quantifier les liens qu'entre deux ou trois variables à la fois. Le paramétrage de l'analyse distingue les variables actives et les variables illustratives. Les premières participent à la constitution des « facteurs » de l'analyse factorielle. Les secondes ne participent pas à ce calcul mais la force de leur lien avec les différents facteurs est mesurée[797].

Je présente les résultats de quatre analyses des correspondances dans cette recherche, une pour chacun des trois ensembles de données produits ((1) caractéristiques sociodémographiques et pénales, (2) ressources et soutien, (3) santé et prise en charge) puis (4) une dernière analyse qui met en relation ces trois ensembles de données.

[796] Ce dernier point est développé dans le chapitre sur l'expérience de l'enquête, dans la partie intitulée « Enjeux de la complémentarité des méthodes. »

[797] COHÉRIS SPAD, *Spad 7.0 Guide du data miner*, Paris, Cohéris Spad, 2007.

Chacune des trois premières analyses est complétée par une classification hiérarchique[798]. Une classification hiérachique, parfois aussi appelée typologie, des groupes ou « classes » d'individus, selon la proximité des individus. Les « facteurs » produits par l'analyse des correspondances mutliples sont à la base de cette structuration.

J'associe l'analyse des correspondances, ou factorielle, à une démarche descriptive ainsi qu'à une étude des associations entre variables, par opposition à la régression, dont la démarche est explicative et où l'intérêt pour les associations entre les variables est minime. C'est parce que le parcours de santé est éminemment plurifactoriel, et que l'intérêt d'isoler un facteur plutôt qu'un autre paraît pauvre, que cette analyse des associations entre les facteurs est la plus pertinente pour cette recherche. On verra dans les chapitres sur les parcours et la sortie de prison que le milieu à l'étude ne peut pas faire l'objet d'une analyse par la théorie du champ, pourtant courante dans les travaux sociologiques[799] faisant usage des analyses factorielles.

L'analyse des données issues des réponses aux questionnaires est un processus en trois étapes, pour lequel le logiciel SPAD a été utilisé. Plus précisément j'ai utilisé la méthode de l'Analyse factorielle des Correspondances Multiples[800] avec choix des modalités actives (ou « ACM Corem ») recommandée lorsque l'échantillon est de petite taille et le nombre de variables grand (123 variables et 467 modalités associées au total)[801].

---

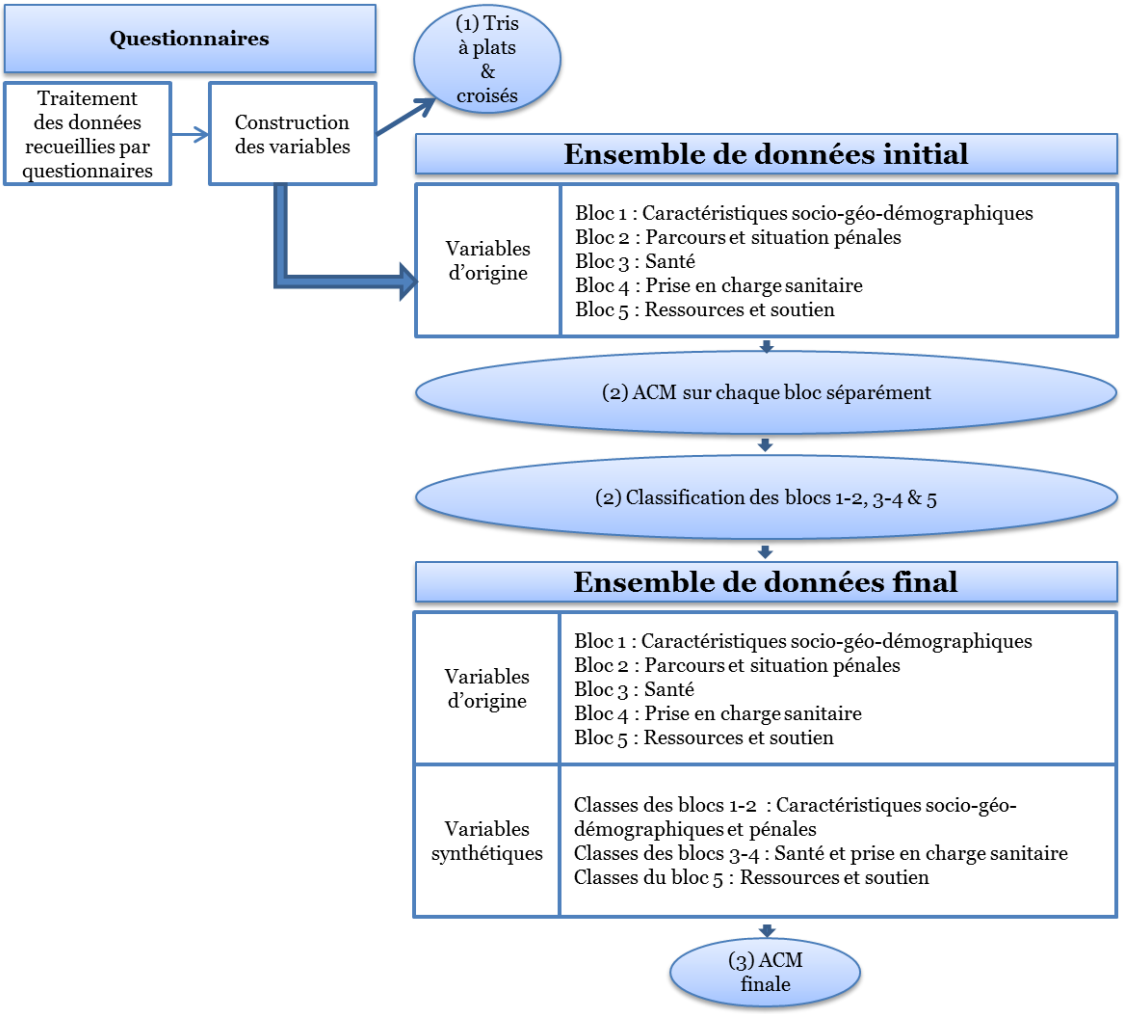
[798] Plu précisément, il s'agit d'une classification ascendante hiérarchique ou « CAH ».

[799] DUVAL Julien, « L'analyse des correspondances et la construction des champs », *Actes de la recherche en sciences sociales* 200 (5), 2013, pp. 110-123.

[800] L'ACM a été utilisée en sociologie de la théorie du champ de la tradition de P. Bourdieu. L'analyse en termes de champ a été rapidement écartée de cette recherche car les individus interrogés ne sont pas identifiables via des données relationnelles – il n'est pas possible, ni juste, de considérer la population de l'enquête par questionnaires comme constituant un champ, de surcroit dans une perspective processuelle de leurs parcours de santé.

[801] Les modalités dont l'effectif est inférieur à 2 ont été ventilées. Les modalités des variables libellées comme « manquante » du fait d'un filtre dans le questionnaire ont été ventilées, sauf celle de la modalité concernant l'activité délictueuse car elle correspond aux détenus en invalidité. Tous les individus ont été inclus en actif dans l'analyse.

Figure 7 - Processus de traitement et d'analyse des données de l'enquête par questionnaires



La Figure 7 - schématise les différentes étapes de l'analyse des données. La première étape permet une première description statistique des détenus patients, par une étude des tableaux de tris à plat et de tris croisés[802].

Deuxième étape, la distribution des caractéristiques socio démographiques et pénales (blocs 1-2), de santé et de prise en charge (blocs 3-4) puis de soutien et des ressources des détenus (bloc 5), est étudiée par une première série de trois analyses des correspondances multiples. Ensuite, une classification hiérarchique des résultats de ces trois analyses permet de générer des classes de facteurs, c'est-à-dire des profils de détenus. Les classes rassemblent les individus qui ont tendance à donner les mêmes réponses à certaines des questions posées[803]. Dans la description de ces classes, je retiens

[802] Ils sont restitués dans la suite de ce chapitre.

[803] Elles sont abordées dans le chapitre 5 et leurs descriptions détaillées sont en annexe, p. 660.

les caractéristiques les plus significatives, c'est-à-dire celles pour lesquelles la valeur test est supérieure à 2.

Dans une dernière analyse, les classes issues des trois ACM sont incluses dans une ACM « finale[804] ». Cette analyse permet de mettre en relation l'ensemble des variables, de visualiser la distribution des variables de santé et de prise en charge et de situer les classes ou les profils de détenus. Cette ACM prend en compte 42 variables et 162 modalités associées (soit 27 variables actives avec 107 modalités associées et 15 variables illustratives avec 55 modalités associées[805]). Les variables incluent : l'ensemble des 39 variables d'origine (et 147 modalités associées) des ensembles thématiques concernant la santé et la prise en charge sociosanitaire (blocs 3-4) et deux variables synthétiques (et 15 modalités associées) construites à partir de la classification des caractéristiques socio-géodémographiques et pénales (blocs 1-2) et les ressources et le soutien (bloc 5).

Situer les cas, données préliminaires issues de l'enquête par questionnaires

Dans le cadre de cette recherche en sociologie de la santé mobilisant des méthodes mixtes, cette enquête par questionnaires fermés vient compléter l'enquête par entretiens biographiques sur les parcours de soins de détenus séropositifs au VIH ou au VHC conduite préalablement. L'objectif de l'enquête par questionnaires est de générer des données de cadrage, pour qualifier et situer les parcours de santé qui seront ensuite décrits dans les chapitres 5 et 6. Les données ci-dessous participent ainsi à décrire certaines tendances dans les situations sociales des détenus – des situations qui sont globalement précaires et qui correspondent à celles des détenus avec qui ont été conduits les entretiens biographiques. Comme évoqué plus haut, le questionnaire a été administré entre 2012 et 2013 à 67 personnes incarcérées dans deux maisons d'arrêt d'Ile-de-France.

Le sexe et l'âge

Le groupe de détenus qui ont répondu au questionnaire est presque exclusivement masculin et plus âgé que la moyenne des détenus de France. Le groupe est composé de 65 hommes et 2 femmes, d'âge moyen de 41 ans. Plus précisément, à la date de l'enquête, 9 % de ces détenus avaient moins de 30 ans, 34 %, entre 30 et 40 ans, 40 % entre 41 et 50 ans, et 16 %, plus de 50 ans. Les détenus qui ont participé aux entretiens biographiques

[804] Les résultats de l'ACM finale sont restitués dans le chapitre 6.

[805] Les modalités ventilées sont : celles de la variable synthétique du bloc 3-4, les modalités manquantes, les modalités à effectif inférieur à 2, les modalités à petit effectif dont les variables sont trop homogènes et les modalités sous la forme de [var_NC].

sont tous des hommes ; ils ont tous plus ou moins 40 ans alors que ceux qui ont répondu au questionnaire s'inscrivent dans un spectre d'âges plus large (trois quarts d'entre eux ont entre 30 et 50 ans).

Autrement dit, plus de la moitié des détenus ont 40 ans ou plus (56 %). Le groupe des détenus interrogés est donc plus âgé que la population nationale détenue au 1er janvier 2013 (seuls 28 % d'entre eux avaient plus de 40 ans[806]). Le groupe est aussi plus âgé que la population de l'enquête nationale sur la santé des entrants en prison en 2003 (seuls 20 % des entrants avaient 45 ans ou plus[807]). Enfin, les détenus de l'échantillon sont plus âgés que ceux étudiés par l'enquête Prévacar[808]. L'écart d'âge concerne surtout les porteurs du VIH : 71 % ont plus de 40 ans, contre 30 % dans Prévacar ; les porteurs du VHC sont plus jeunes : 43 % ont plus de 40 ans, contre 48 % pour Prévacar[809].

---

[806] DIRECTION DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE, « Les chiffres clés de l'Administration pénitentiaire au 1er janvier 2013 », 2013, p. 4.

[807] Dans l'étude de Drees de 2003, les entrants qui avaient plus de 45 ans correspondaient à 20% de la population. Dans la présente recherche, les détenus de plus de 45 ans correspondaient à 35% de l'échantillon total. DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES (DREES) et MOUQUET Marie-Claude, « La santé des personnes entrées en prison en 2003 », *Études et Résultats* 386, 2005, p. 4.

[808] Voir annexe, p. 653. CHIRON E *et al.*, « Prévalence de l'infection par le VIH et le virus de l'hépatite C chez les personnes détenues en France. Résultats de l'enquête Prévacar 2010 », *art. cit.*

[809] Voir annexe, p. 653. SEMAILLE C. *et al.*, « Prevalence of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus among French prison inmates in 2010 », *art. cit.* table 1.

Le cas particulier des femmes détenues

Dans la première partie de l'enquête de terrain, en détention, j'ai cherché à mener des entretiens biographiques avec des femmes vivant avec le VIH ou une hépatite C. Les femmes ne constituent que 3 % de la population carcérale et, sur le premier terrain d'enquête, la maison d'arrêt des femmes comptait environ 80 femmes au moment de ma recherche. J'ai pu rencontrer trois d'entre elles, celles qui vivaient avec le VIH ou une hépatite C et qui étaient incarcérées au moment de l'enquête. La première a accepté de participer à la série d'entretiens biographiques, mais, après un premier entretien, riche, mais court, elle a été transférée. Les deux autres femmes, que j'ai rencontrées bien plus tard dans l'enquête, ont accepté de répondre au questionnaire. Elles n'apparaissent pas de manière saillante dans l'analyse statistique descriptive ni dans la classification suite à l'analyse des correspondances.

Les femmes sont minoritaires dans la population pénale et celles qui vivent avec le VIH ou une hépatite C sont d'autant moins nombreuses. Il m'apparaît important de leur accorder une place dans cette recherche, tant on sait que le traitement pénal et l'incarcération des femmes est différent de celui des hommes[810]. Cependant, les données d'observation dans l'Ucsa de la maison d'arrêt des femmes étant plus lacunaires pour des raisons d'accès pendant l'enquête, il m'est impossible de situer les données recueillies dans les entretiens.

Dans le chapitre précédent, j'ai décrit les caractéristiques sociodémographiques des détenus qui ont participé au volet d'enquête par questionnaires. Les dix-huit détenus qui ont participé au volet d'enquête par entretiens biographiques forment un autre ensemble de personnes[811], qui ont des caractéristiques similaires à quelques nuances près[812] : ils ont en moyenne 40 ans, plus ou moins 2 ans. Ils sont pour les trois quarts nés en France, de nationalité française et de parents non français[813]. À une exception près, ils savent lire.

---

[810] CARDI Coline et PRUVOST Geneviève (dir.), *Penser la violence des femmes*, Paris, La Découverte, 2012 ; CARDI Coline, « Le contrôle social réservé aux femmes », *art. cit.*

[811] Je choisis de circonscrire le corpus de récits de vie recueillis en détention puis en ville aux entretiens menés avec ces dix-huit détenus car parmi tous les détenus rencontrés lors de mon enquête, ces dix-huit séries d'entretiens sont à la fois les plus complètes et les plus comparables. Ainsi, par exemple, je ne retiens pas les entretiens biographiques menés avec deux femmes, que je n'ai pas pu répéter à la sortie. Je ne retiens pas non plus les entretiens biographiques et les échanges riches et poursuivis longuement après la sortie des quatre détenus géorgiens et roumains dans ce corpus principal. Comme évoqué dans le chapitre précédent, les obstacles de la langue et le recours irrégulier aux traducteurs n'ont pas permis à ces entretiens d'avoir la même teneur que les autres. Au total, je ne retiens pas les entretiens menés avec une dizaine d'hommes détenus dans ce corpus, parce qu'ils ne sont soit pas assez riches soit pas assez aboutis.

[812] Voir la fin du chapitre précédent pour la discussion de la différence entre ces deux groupes de participants à l'enquête.

[813] Les parents des détenus sont en grande partie non français et sont nés : en Afrique du Nord (8) et en Afrique Subsaharienne (3) ; les parents des autres détenus sont issus de métropole (3) et des départements et région d'outre-mer (2).

Les trois quarts d'entre eux ont arrêté leur scolarité à la fin du lycée. Seul un tiers a un métier et du travail régulier en milieu extérieur. La moitié d'entre eux ont des enfants, et seul un est marié. La moitié d'entre eux ne reçoit aucune visite de proches. La grande majorité a été reçue par un CIP. Seul trois sont incarcérés pour la première fois et onze, ont connu au moins trois incarcérations. Sept d'entre eux sont séropositifs au VIH, six sont séropositifs au VHC, et trois sont co-infectés. Onze d'entre eux sont en lien avec les professionnels médicosociaux et dix d'entre eux sont sous traitement de substitution aux opiacés. Deux d'entre eux se déclarent homosexuels.

L'origine et la trajectoire géographiques

Près de la moitié des personnes interrogées sont nées en France (28). Les autres sont nées dans des pays des continents d'Afrique subsaharienne (13), d'Europe de l'Est (12), d'Afrique du Nord (9) et d'autres pays (Portugal (2), Pakistan (1), Palestine (1) et République Dominicaine (1)).

Celles nées à l'étranger sont arrivées en France 15 ans avant l'enquête en moyenne. Près de la moitié d'entre elles déclarent que c'est en France qu'elles ont passé le plus de temps au cours de leur vie.

Les personnes nées en Afrique subsaharienne et en France sont plus âgées : trois quarts d'entre elles ont 40 ans et plus. Les personnes nées en Europe de l'Est sont plus jeunes : 4 sur 5 d'entre elles ont moins de 40 ans. Les personnes nées en Afrique du Nord ont un âge plus également réparti : à peine moins de la moitié d'entre elles ont 40 ans ou plus.

Le cas particulier des détenus non francophones

Une différence remarquable entre les deux groupes est la présence de détenus originaires de pays d'Europe de l'Est dans le second, qui constituent la troisième classe, intitulée « Europe de L'Est », dans l'analyse factorielle des caractéristiques sociodémographiques, géographiques et pénales[814]. J'ai choisi de ne pas inclure mes échanges et mes entretiens parfois longs et répétés, en prison et en ville, avec les détenus géorgiens, arméniens, russes et lituaniens dans le corpus de données recueillies dans l'enquête par entretiens : si la communication était possible et les échanges riches, la barrière de la langue et l'impossibilité de travailler avec un ou une traductrice ne me permettaient pas de leur attribuer le même statut empirique que les entretiens biographiques conduits avec les détenus francophones ou anglophones.

[814] Voir le début du chapitre 5, pour les résultats restitués en six classes (description de six parangons) de l'analyse des correspondances multiples des modalités concernant les caractéristiques sociodémographiques, géographiques et pénales des détenus interrogés par questionnaires.

La nationalité et la situation administrative

La moitié des personnes enquêtées par questionnaires sont de nationalité française (31). Les autres sont des ressortissants de pays d'Afrique Subsaharienne (11), d'Europe de l'Est (11) et d'Afrique du Nord (9). Leurs parents sont moins nombreux à posséder la nationalité française. Trois quarts des détenus de nationalité française (23) ont au moins un parent de nationalité française et un quart (8) a deux parents de nationalité étrangère. Les détenus en situation administrative précaire sont nombreux : un tiers est soit en situation irrégulière (12) soit en cours de démarches administratives (10). Les autres ont des papiers d'identité français ou européens en cours de validité (33) ou un titre de séjour en cours de validité (12).

Les origines et les parcours de ceux qui ont participé aux entretiens biographiques sont légèrement plus centrés sur la France : ils sont plus nombreux à être nés en France, à avoir la nationalité française et des parents de nationalité française.

Langues

Si trois quarts des détenus interrogés par questionnaires déclarent parler (50), lire (50) ou écrire le français sans difficulté (42), près d'un quart des personnes s'expriment (10), lisent (16) ou écrivent (18) le français avec beaucoup de difficultés ou pas du tout. Un sixième de l'échantillon déclarent ne pas lire ni écrire le français (10). Le français est la langue maternelle pour moins de la moitié des détenus interrogés (29). Parler le français et au moins une autre langue est la situation la plus fréquente (51).

Le lien entre maîtrise du français et temps passé en France au cours de la vie est clair dans le volet par questionnaires : trois quarts de ceux nés à l'étranger et qui déclarent avoir passé le plus de temps en France, disent n'avoir aucune difficulté en français lu et écrit. Inversement, quatre cinquièmes de ceux qui déclarent avoir passé la plus grande part de leur vie à l'étranger disent avoir quelques ou beaucoup de difficultés à lire ou écrire le français. Les échanges avec les détenus lors de l'administration du questionnaire font penser que les 42 personnes qui déclarent lire et écrire le français sans difficulté surestiment leurs compétences.

Ceux qui ont participé aux entretiens biographiques ont moins de difficultés avec la langue française, même si leurs formations sont aussi courtes que celles de ceux qui ont participé aux questionnaires.

La formation

Les trajectoires scolaires se déroulent dans des pays divers, mais convergent autour de trois caractéristiques : (1) elles sont courtes (36 personnes ont arrêté d'aller à l'école

avant l'âge de 19 ans, dont 33 ont interrompu leur cursus au lycée) ; (2) elles sont diplômantes (mais seul un quart des détenus a un diplôme supérieur ou égal au bac) ; (3) elles ne forment pas aux métiers exercés par la suite.

Par ailleurs, les écoles coraniques, incluses ici comment équivalentes au cursus de primaire, induisent une surévaluation de la scolarisation dans son sens le plus strict, si l'on considère que les enseignements sont restreints et que les détenus n'y ont pas appris à lire ou à écrire dans leur langue nationale, mais en arabe.

Chez les pères des détenus, lorsqu'ils sont connus (57), la catégorie socioprofessionnelle agrégée la plus représentée est celle d'ouvrier (24), puis employé (11), puis cadre (8). Chez les mères, ce sont celles qui sont sans activité salariée qui sont les plus nombreuses (20), déclarées « au foyer » ou « restant à la maison » par les détenus ; les autres mères sont ouvrières (14), commerçantes (7) ou dans les professions intermédiaires (5).

La couverture et les droits sociaux

En ce qui concerne la couverture des frais de santé, la majorité des personnes enquêtées étaient couvertes avant l'incarcération[815] : elles étaient affiliées au régime général de la sécurité sociale, avec (9) ou sans mutuelle (12), ou bénéficiaient de la Couverture médicale universelle (CMU) (21) ou l'Aide médicale d'État (AME) (7). Enfin, 12 détenus déclarent n'avoir eu aucune couverture médicale[816].

Du point de vue de leur situation vis-à-vis de l'assurance sociale avant l'incarcération, deux groupes se distinguent donc ici : un groupe en situation précaire et un groupe en situation moins défavorisée. Dans le premier groupe figurent les 12 détenus sans aucune couverture. Bien que couverts, les 28 détenus qui ont une CMU ou une AME, avec ou sans complémentaire, ont aussi leur place dans ce groupe, étant donnée la fréquence des refus de prise en charge des patients présentant une CMU dans les cabinets de médecine de ville[817]. Le deuxième groupe rassemble les détenus qui avaient

[815] Comme le rappelle la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, à leur entrée en établissement pénitentiaire, les détenus sont affiliés au régime général de la sécurité sociale et bénéficient d'une couverture sociale pendant leur détention et un an après leur libération ; ils ont ainsi un accès aux soins et aux médicaments en détention. Ils dépendent de la caisse primaire d'l'Assurance maladie dont dépend la zone géographique d l'établissement pénitentiaire, qui soit être en mesure leur délivrer une attestation. Direction de l'information légale et administrative (2012) « Quelle est la protection sociale d'une personne en détention ? » consulté le 12/03/2014 : http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F677.xhtml.

[816] 32 détenus ont par ailleurs déclaré qu'ils bénéficiaient d'une prise en charge totale d'une Affection longue durée (ALD). Ceci pourrait expliquer que 6 détenus aient déclaré n'avoir ni sécurité sociale (avec ou sans mutuelle), ni CMU, ni AME, ni aucune couverture (67-(9+12+21+7+12)=6).

[817] DESPRÈS, Caroline et al. (2009) « Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris », rapport de l'IRDES pour le Fonds CMU. p.64

une couverture sociale de régime général, avec ou sans mutuelle (21)[818]. Ceux qui bénéficient d'une couverture pour leur affection de longue durée (ALD) (32) se situent entre ces groupes, (en fonction de leurs besoins de santé concernant leurs autres pathologies, qui n'ont pas été évalués dans l'enquête).

Plus généralement, les détenus qui ont participé à l'enquête sont dans une situation d'accès aux droits et aux soins moins favorable que l'ensemble de la population carcérale, comme le montre la comparaison avec les résultats de l'enquête de la Dress (2003) citée plus tôt. Ils sont dans une situation moins favorable en termes : d'absence de couverture, de CMU, d'AME et de mesures d'aide sociale pour les personnes vulnérables :

- De même, la proportion d'entrants qui bénéficiaient de la CMU était de 17 %. Appliqué à notre échantillon, ce pourcentage conduirait à 11 bénéficiaires de la CMU (vs 21 observés).
- En ce qui concerne l'AME, le pourcentage national était de 1 %. Appliqué à notre échantillon, ce pourcentage conduirait à 1 bénéficiaire de l'AME (vs 7 observés). 66 % des entrants en prison en France avaient la sécurité sociale, ce qui, appliqué à notre échantillon, correspondrait à 44 personnes (vs 21 observées)[819].
- En ce qui concerne les mesures d'aide sociale pour les personnes vulnérables, elles semblent en revanche plus fréquentes dans notre échantillon de détenus séropositifs aux VIH et/ou VHC, que dans les moyennes nationales : l'exonération du ticket modérateur en raison d'une Affection longue durée (ALD) concernait 3,8 % des entrants ce qui, appliqué à notre échantillon, correspondrait à 2-3 personnes (vs 32 observées) ; 3,3 % des entrants étaient en invalidité ou longue maladie appliqué à notre échantillon, ce chiffre correspondrait à 2 personnes (vs 10 situations d'invalidité observées) ; et enfin, 2,4 % des entrants percevaient l'AAH, ce qui, appliqué à notre échantillon, correspondrait à 1 personne (vs 16 observées)[820].
- L'enquête de la Drees indique que 14 % des entrants en prison en France déclaraient n'avoir aucune protection sociale. Appliqué à notre échantillon, ce pourcentage conduirait à 9 absences de couverture (vs 12 observées)).

[818] 32 détenus ont par ailleurs déclaré qu'ils bénéficiaient d'une prise en charge totale d'une Affection longue durée (ALD). Ceci pourrait expliquer que 6 détenus aient déclaré n'avoir ni sécurité sociale (avec ou sans mutuelle), ni CMU, ni AME, ni aucune couverture (67-(9+12+21+7+12)=6).

[819] Drees, 2005, p.11.

[820] Drees, 2005, p.11.

L'activité, les allocations et les revenus

Les ressources des détenus qui ont participé aux entretiens biographiques sont plus précaires et moins régulières que les détenus du volet par questionnaires. Celles de ceux qui ont participé aux questionnaires peuvent sont liées à trois catégories : l'activité, les allocations et les revenus.

L'activité

La moitié des détenus déclare avoir travaillé avant l'incarcération (33), dont la moitié à temps partiel et un cinquième dit avoir été au chômage (14). Les autres disent ne pas avoir travaillé : 10 d'entre eux invoquent l'invalidité ou une maladie, 5 ne précisent pas de contexte. Les autres disent ne pas travailler, mais faire la manche (1), se débrouiller (1), toucher le RSA (1), ne pas avoir de titre de séjour (1) ou être sorti de prison depuis moins d'un mois (1).

À la question de ce qu'ils font « pour gagner de l'argent », les détenus se répartissent en trois catégories, les délits associés à ce travail :

(a) 13 détenus déclarent leur activité comme étant majoritairement délictueuse,

(b) 44 détenus déclarent leur activité comme étant légale, déclarée, majoritairement non délictueuse, ou déclarent travailler « au noir » et enfin,

(c) 3 détenus déclarent avoir une activité mixte, délictueuse et non délictueuse[821].

La seconde catégorie d'activité (b) est sans doute surdéclarée par les détenus, malgré les précautions prises pendant l'administration du questionnaire. De la même façon, la troisième (c) est probablement sous-estimée.

Les allocations

Près de la moitié (30) des détenus interrogés bénéficiaient au moins d'une des allocations suivantes[822] : Revenu de solidarité active (RSA[823]) (13), Aide au retour à l'emploi (ARE ou allocation pour le « chômage ») (1), et/ou allocation de la MDPH

---

[821] 5 détenus ont déclaré n'avoir aucun activité rémunératrice et 2 n'ont pas su ou voulu répondre à la question.

[822] La moitié des personnes déclarent ne percevoir aucune allocation : ces personnes forment un groupe hétérogène composé de ceux qui n'avaient pas besoin ou n'étaient pas éligibles à ces allocations, ceux qui n'y avaient pas droit du fait de leur situation administrative (34) et ceux qui y aurait droit mais qui n'y ont pas accès du fait d'une situation trop marginale et précaire vis à vis du système d'aide sociale. Il n'est pas possible d'évaluer la part de chacune de ces catégories avec les données disponibles, n'étant pas mutuellement exclusives de surcroit.

[823] Comme le rappelle la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, le versement des prestations en espèces de l'assurance maladies perçues avant l'incarcération, cesse durant la période de détention. Direction de l'information légale et administrative (2012) « Quelle est la protection sociale d'une personne en détention ? » consulté le 12/03/2014 : http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F677.xhtml

(Maison départementale pour les personnes handicapées, anciennement Allocation adulte handicapé, AAH[824]) (16).

Les revenus

Dans l'enquête par questionnaires, le revenu déclaré a été défini comme l'argent à disposition du détenu avant son incarcération, tous les mois en moyenne, prestations sociales comprises[825]. Le revenu inclut ainsi le travail au sens d'activité rémunératrice et, le cas échéant, les allocations. Près de la moitié des détenus disposaient d'un montant inférieur au salaire minimum par mois[826] et les autres, de plus du salaire moyen en 2013[827]. Plus précisément, les revenus se distribuent ainsi : 7 personnes déclarent un revenu inférieur à 400 euros ; 23, un revenu entre 400-1000 euros par mois ; 11, un revenu entre 1000-1500 euros ; et 26, un revenu de plus de 1500 euros par mois.

L'errance

Plus de la moitié des détenus interrogés déclarent avoir déjà dormi dans la rue, en centre d'hébergement, dans un hôtel social ou avoir été hébergé chez quelqu'un parce qu'ils n'avaient pas d'endroit à eux (37). Ces périodes d'errance sont variables : moins d'un an (15), entre 1-5 ans (11) et plus de 5 ans (10).

La situation pénale

Au moment de l'enquête, les détenus interrogés par questionnaires étaient incarcérés depuis 8 mois en moyenne, et la majorité d'entre eux (4 sur 5) sont en détention depuis moins d'un an. Ils sont plus nombreux à être condamnés (43) qu'en détention provisoire (22), et en procédures correctionnelle (52) que criminelle (13). Un cinquième d'entre eux n'a pas d'avocat et les autres ont reçu l'aide d'un avocat commis d'office (27) ou à leur frais (25). Les condamnations à des peines de prison ferme sont le plus souvent inférieures à 2 ans (5 condamnés à 0-5 mois, 14 à six mois à un an, 11 à un à deux ans). Les 15 autres personnes étaient condamnées à des peines plus longues (8 à deux à trois ans et 7 à plus de 3 ans).

---

[824] Comme le rappelle la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, l'allocation adulte handicapé (AAH) est maintenue pendant l'incarcération mais son montant est réduit après 45 jours en détention. Direction de l'information légale et administrative (2012) « Quelle est la protection sociale d'une personne en détention ? » consulté le 12/03/2014 : http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F677.xhtml

[825] Il faut prendre en compte que la réponse à cette question était souvent difficile à estimer par les personnes interrogées, tant les revenus mensuels variaient. Les personnes qui vivaient avec moins de 1000 euros par mois estimaient facilement leurs revenus mensuels, car ils correspondaient à leurs allocations et aides sociales.

[826] Au moment de l'enquête, Insee indique un salaire minimum de croissance de 1127.171 euros/mois net.

[827] Au moment de l'enquête, l'Insee indique un salaire moyen par mois pour un ménage composé d'une personne célibataire de 1474 euros net.

Pour un tiers d'entre eux, l'enquête se déroule lors de leur première incarcération (18). Les autres ont déjà été incarcérés : 1 fois (12), entre 2 et 5 fois (21) ou plus de 6 fois (16). Parmi ceux qui ont été incarcérés le plus fréquemment, six ont été incarcérés entre 15 et 30 fois, et un, incarcéré tant de fois qu'il ne savait pas répondre à la question. Hormis l'incarcération en cours au moment de l'enquête, le nombre total d'années passées en détention au cours de la vie d'un détenu est en moyenne de 5,9 ans, les quatre cinquièmes d'entre eux y ayant passé moins de 10 ans.

Les détenus qui ont participé aux entretiens biographiques ont connu un peu moins d'incarcérations que ceux qui ont répondu au questionnaire.

Conclusion

Dans la continuité du chapitre 3 qui traite de l'enquête, ce quatrième chapitre apporte les éléments complémentaires et plus spécifiques concernant les méthodes, c'est-à-dire, mon travail avec les entretiens biographiques et les questionnaires dans le cadre de l'observation ethnographique. Ces trois corpus de données, et les résultats du travail bibliographique et documentaire, s'agencent pour faire des parcours de santé des personnes détenues vivant avec le VIH et/ou une hépatite C, un ensemble de cas. Cet ensemble se distingue des parcours de personnes séronégatives ou n'ayant pas été incarcérées et pose le problème logique du maintien du soin dans des conditions précaires peu favorables, avant, pendant et après l'incarcération. Les trois corpus participent à construire cet ensemble, en produisant des données individuelles et contextuelles et en créant des groupes, ou des classes, d'hommes détenus, selon leurs situations sociales et sanitaires. Ils me permettent de construire des parcours de santé dans les deux chapitres suivants, à partir des récits de vie, des classes issues de l'analyse des questionnaires et de mes observations en détention et dans les structures de prises en charge en ville.

Synthèse de la Partie II

Les chapitres 3 et 4 traitent de l'enquête et des méthodes de recueil de données, construits pour saisir les parcours de santé des détenus et des sortants, dans la complexité des situations sociales qu'ils rassemblent et des formes de prises en charge institutionnelles qui les façonnent. L'enquête se saisit de l'objet des parcours de santé en construisant un ensemble de cas à partir de plusieurs matériaux.

Les parcours de santé d'hommes vivant avec le VIH ou l'hépatite C en détention sont singuliers en ce qu'ils sont irréductibles aux parcours d'autres détenus ou d'autres personnes séropositives n'ayant jamais été incarcérées. Ils sont imbriqués dans un contexte social et temporel qui précise leur singularité. L'objectif de la recherche est donc de décrire ces parcours et d'identifier les conditions sociales d'existence de ces parcours.

Les trois outils de cette enquête relèvent de méthodes complémentaires, qui répondent à trois ensembles d'objectifs. Les séries d'entretiens biographiques menés en détention puis en ville visent à décrire les parcours dans leurs contextes et dans leurs différentes dimensions : objective (au sens factuel et chronologique), subjective (au sens des processus de subjectivation à l'œuvre) et temporelle (au sens de l'usage social du temps dans les rapports sociaux de domination qui structurent les parcours). Les questionnaires visent à décrire les caractéristiques des détenus vivant avec le VIH ou l'hépatite C pour les situer vis-à-vis des celles d'autres détenus séronégatifs et d'autres personnes vivant avec ces infections en dehors du milieu carcéral. Le chapitre 4 propose ainsi une description des caractéristiques sociodémographiques des hommes ayant répondu au questionnaire, pour situer ensuite la singularité de l'échantillon des hommes qui ont participé à l'enquête par entretiens. Enfin, l'objectif du troisième volet d'enquête, sous-jacent aux deux premiers, est de décrire le contexte, pour mieux comprendre les pratiques et les conditions structurelles des parcours et pour mieux qualifier la singularité des parcours des détenus séropositifs.

Finalement, cette partie traite de l'expérience d'enquête, depuis les procédures d'autorisation de recherche aux rapports avec les professionnels et les sortants de prison. Après des procédures longues, l'entrée sur le terrain s'est déroulée sans obstacle majeur et avec l'adhésion des professionnels et des détenus. Les rapports d'enquête en entretiens sont décrits dans une approche intersectionnelle, mettant en exergue la complexité des interactions au regard des rapports sociaux d'âge, de classe sociale, de racialisation et de genre. Les interactions avec les professionnels de santé permettent d'éclairer l'importance de la catégorie de « population vulnérable » pour traiter les patients

détenus, ainsi que les formes de résistance à cette assignation de la part des détenus, mais aussi des professionnels. Le cas du secret médical en détention permet d'éclairer les rapports d'enquête avec les professionnels, mais surtout les rapports entre professionnels de santé, de probation, de maintien de l'ordre en détention et avec les détenus[828].

[828] Parce qu'il situe les expériences de soins en détention, ce cas du secret médical et des rapports entre les professionnels en détention est abordé dans le chapitre 6.

TROISIÈME PARTIE – Les parcours

Chapitre 5. Le VIH/Sida et l'hépatite C dans les parcours de santé

Introduction

Ce chapitre traite les parcours de vie et de santé d'hommes détenus vivant avec le VIH ou une hépatite C. En accordant une place particulière aux événements de santé, je construis des parcours de santé à partir de leurs récits, pour rendre compte de l'expérience particulière de la séropositivité. Les parcours sont traversés par deux tendances : pour ceux vivant avec le VIH, le traitement se routinise et se tolère de mieux en mieux, rendant atteignable l'objectif de vivre avec le VIH sans être infectieux ; pour ceux vivant avec une hépatite C, l'infection ne trouble pas sensiblement les parcours en amont du traitement, mais adhérer à sa prise en charge participe à répondre aux attentes de l'intervention sociale. Dans ces parcours, les incarcérations sont plus ou moins récurrentes, mais elles constituent toujours un rapport particulier aux soins. L'effet de la prison sur la santé et le rapport aux soins en détention sont remarquables et font l'objet du chapitre 6.

Les parcours sont constitués de sphères (familiale, professionnelle, de santé, pénale) qui s'accompagnent d'autant de libellés pour les hommes que j'ai interviewés. De l'approche biographique découle la labilité des catégories de « détenu », de « patient », de « patient détenu » ou « d'usager ». Ces catégories correspondent à des moments biographiques situés et à des assignations institutionnelles. Elles ne sont ni représentatives ni mutuellement exclusives. Du point de vue sociologique, elles ne sont donc pas adéquates pour se référer aux hommes et aux femmes interviewées ici, d'autant que c'est leur point de vue que je privilégie dans ce chapitre. Cette difficulté à qualifier un groupe hétérogène se retrouve dans d'autres études de trajectoires d'hommes à la marge, comme celle de F. Fernandez (2010 : 28), qui cite lui-même celle de Colette Pétonnet (1992). Dans ma recherche, cette labilité sera expliquée par l'analyse biographique comme une propriété de certaines trajectoires et de leur cadre structurel et je m'attacherai à décrire les formes d'appropriation et de résistances à ces libellés. Cependant, par commodité de langage, j'aurai parfois recours à ces termes, en gardant à l'esprit que celle trop générale de « personne » serait la seule réellement juste.

L'objectif de l'analyse dans cette troisième partie est de décrire les parcours et les processus de subjectivation sous-jacents aux récits de vie des hommes interviewés. Sans

tenter de « dévoiler l'illusion biographique » en confrontant le vécu au factuel[829], je prendrai plutôt au sérieux la subjectivité des expériences des détenus, pour restituer leurs manières de vivre et de présenter les événements. Mon analyse des événements comporte trois dimensions : à partir (1) d'un moment biographique identifié de manière « objective », en fonction des attentes normatives des âges de la vie et des étapes de la prise en charge médicale des corps, je décris (2) ce que vivent et ce que ressentent les hommes interviewés, pour pouvoir (3) en identifier les effets pour les détenus mais aussi pour leurs soignants.

En ce sens, l'enquête par questionnaires, au-delà de contribuer des éléments de cadrage, participe à identifier ce qui relève du factuel — et c'est en dialogue avec les entretiens biographiques et l'ethnographie que les processus de subjectivation peuvent être restitués[830]. Dans les parcours, quels sont les effets de l'incarcération ? Quels sont les rebondissements qui ponctuent l'expérience toxicomaniaque ? Quelle est la place de la découverte de la séropositivité ? De la contamination ? Du traitement[831] ?

Dans ce chapitre, je décris les parcours de vie puis de santé des hommes que j'ai interviewés en détention. Avec certains d'entre eux, j'ai eu davantage d'entretiens et d'échanges informels en ville. Ils m'ont donné des éléments de compréhension de l'expérience de la sortie de prison[832]. Ceux que j'aborde dans ce chapitre constituent trois ensembles de parcours de vie, selon la forme de leur trajectoire, avec des inflexions différentes selon les événements de santé qui les ponctuent.

Choisir l'événement comme fil directeur de l'analyse induit une prise de distance avec l'infraction dans les parcours de ces détenus, que j'ai toujours abordée de manière secondaire dans les entretiens. Les entretiens étaient orientés sur la santé au sens large, c'est-à-dire la maladie et les prises en charge, mais surtout les conditions de vie, les ressources matérielles et sociales et le soutien des proches et des professionnels du médicosocial au fil des événements racontés par les hommes interviewés. Ces thèmes ont ensuite guidé la construction des variables du questionnaire. Ainsi, les détenus qui ont fait le récit de leur parcours n'ont pas renseigné le questionnaire, mais je propose de faire dialoguer les données issues des entretiens et des questionnaires : dans la reconstruction

---

[829] BOURDIEU Pierre, « L'illusion biographique », *Actes de la recherches en sciences sociales* 62-63, 1986, p. 69-72.

[830] Dans le chapitre 4, j'ai rappelé que cette distinction n'empêche pas ces deux registres de méthodes de produire des données chiffrées et des données discursives. Le chapitre 4 montre à ce propos combien cette distinction est inopérante, en décrivant notamment le choix de la méthode du « questionnaire ethnographique » (Soutrenon, 2005), qui permet une passation plus souple, avec des échanges informels entre enquêtrice et enquêté, et des commentaires et du *verbatim* notés dans les marges. Par exemple, les questions sur la perception de l'état de santé en disent plus sur le subjectif que l'objectif.

[831] L'incarcération dans les parcours de santé sera traitée de manière approfondie dans le chapitre 6.

[832] Je les aborde dans la partie IV.

des récits de vie, je propose ainsi un rapprochement entre les caractéristiques de leur parcours (enquête par entretiens) et les résultats des classifications mises en œuvre sur la base des caractéristiques sociodémographiques et pénales, des informations sur le soutien et les ressources, et enfin sur celles caractérisant l'état de santé et la prise en charge (enquête par questionnaires).

Dans ce chapitre, je décris d'abord les classes issues des analyses des correspondances multiples. Je m'intéresse ensuite aux parcours de vie en fonction des événements marquants, et enfin aux parcours de santé en fonction de la contamination, de l'annonce et du traitement et d'une confrontation des points de vue des patients et des soignants.

Typologie des hommes détenus enquêtés par questionnaires

La description des deux groupes d'hommes qui ont participé au volet d'enquête par entretiens et par questionnaires, qui conclut le chapitre 4, donne une première impression des participants. Dans ce chapitre, je propose d'abord de restituer les résultats des classifications hiérarchiques mises en œuvre sur la base des caractéristiques sociodémographiques et pénales d'une part et des informations sur les ressources et le soutien d'autre part. Les résultats de la typologie selon l'état de santé et la prise en charge sont présentés dans le chapitre 6.

Je présente ces classes en décrivant les parangons de chacune d'elles. Les parangons sont les individus qui correspondent le mieux aux critères qui définissent chacune des classes. Le Tableau 1 - et le Tableau 2 - restituent par ailleurs les caractéristiques principales de ces classes[833] et leurs effectifs. Y figurent également les noms des hommes du volet par entretiens biographiques qui s'en rapprochent le plus. Ces classes seront mobilisées au fil de l'analyse des entretiens biographiques pour éclairer la manière dont le groupe plus restreint de ceux qui ont accepté de livrer leur récit de vie s'y insère.

[833] Je considère « principales » celle pour lesquelles les valeurs test sont supérieures à 2. Voir les tables de valeurs en annexe pour chacune des analyses des correspondances multiples.

Tableau 1 - Caractéristiques les plus significatives[834] et effectifs des classes construites à partir des caractéristiques sociodémographiques et pénales des détenus ayant répondu aux questionnaires et détenus de l'enquête par entretiens s'en rapprochant le plus, lorsque possible.

Libellés des classes	Caractéristiques principales et effectifs des classes concernant les caractéristiques sociodémographiques et pénales	Individus
« Primo-incarcérés »	Être incarcéré pour la première fois au moment de l'enquête, avoir été incarcéré moins de 6 mois au total au cours de la vie, être étranger en situation administrative irrégulière et avoir fait sa scolarité dans un pays libellé « autre » (soit Pakistan, Palestine, Portugal ou République Dominicaine). Effectif = 11 individus.	Komi, Édouard Couly
« Longues peines »	Avoir été condamné à une peine de trois ans ou plus, être marié, avoir été incarcéré depuis plus de 24 mois au moment de l'enquête, déclarer un revenu mensuel de 1500e ou plus, avoir 40-49 ans, n'avoir jamais connu l'errance, avoir fait sa scolarité dans un pays d'Afrique Subsaharienne et vivre en France depuis plus de vingt ans. Effectif = 5 individus.	Alain
« Europe de l'Est »	Avoir fait sa scolarité et avoir la nationalité d'un pays d'Europe de l'Est, avoir une incarcération antérieure, être né et d'avoir des parents d'un pays d'Europe de l'Est, avoir été incarcéré au total entre six mois et un an au cours de la vie, être en couple et avoir moins de 30 ans. Effectif = 10 individus.	n/a
« Multirécidivistes âgés »	Vivre en couple avant l'incarcération, avoir 50 ans ou plus, être incarcéré depuis six mois à un an au moment, gagner 1500 euros ou plus avec une activité mixte, délictueuse et non délictueuse. Effectif = 5 individus.	Ahmed, Karim
« Nord-africains précaires »	Être âgé de 30-39 ans, être d'origine d'un pays d'Afrique du Nord (lieu de scolarité, nationalité, lieu de naissance, nationalité des deux parents), être incarcéré depuis un à trois mois au moment de l'enquête, avoir trois incarcérations antérieures, travailler à temps partiel avant l'incarcération et avoir connu des périodes d'errance au cours de la vie. Effectif = 13 individus.	Iliès, Wassim Medhi, Mourad
« Récidivistes français »	Avoir au moins six incarcérations antérieures, être né et avoir fait sa scolarité en France, vivre seul avant l'incarcération, avoir connu au moins cinq années d'errance au cours de la vie, être de nationalité française, ne pas être en couple, avoir entre 40-49 ans, avoir été incarcéré plus de trois ans au total au cours de la vie, et être français avec des papiers d'identité en cours de validité. Effectif = 23 individus.	André, Paul Patrick, Robin Joseph, Jean, Ayoub

[834] Modalités dont la valeur-test supérieure à 2

Les caractéristiques sociodémographiques et pénales

L'analyse des correspondances multiples propose un regroupement des modalités[835] de réponses au questionnaire en six classes[836]. La description ci-dessous fait état des caractéristiques principales de chaque classe, sous la forme de la présentation d'un parangon de chaque classe. Une description plus complète de ces classes, avec le nombre de détenus correspondant à chacune des caractéristiques les plus importantes pour distinguer ces classes, est fournie en annexe p. 646.

1. Monsieur S. fait partie de la classe intitulée « primo-incarcérés [837]», une classe d'hommes qui sont tous incarcérés pour la première fois au moment de l'enquête. Il est né au Mali à la fin des années 1970 et est arrivé en France en 2002. Il parle le soninké et a des difficultés avec le français ; il ne lit ni n'écrit le français et n'a jamais été scolarisé. Il n'est pas marié et n'a pas d'enfant. Avant son incarcération, il vivait en banlieue de Paris chez son oncle. Il était en contact avec ses parents et son frère au Mali au moins une fois par mois. La personne dont il est le plus proche est Boubou, son cousin, avec qui il habitait avant d'être incarcéré. Dans l'entretien, je m'aperçois que Monsieur S. a des capacités intellectuelles faibles et qu'il dépend beaucoup de son cousin dans la vie quotidienne. Son cousin est le seul à venir lui rendre visite au parloir et vient tous les quinze jours. C'est sur lui que Monsieur S. dit pouvoir compter pour l'aider et le soutenir à la sortie de prison. Comme les autres hommes de cette classe, Monsieur S. n'a jamais connu de période d'errance et a un logement et des proches sur qui compter à la sortie. Étranger en situation régulière, il cherchera un nouvel emploi en tant que plongeur une fois sorti, un métier qui lui rapportait 1200 euros par mois avant son incarcération. Il envoyait une bonne partie de cet argent à ses parents au Mali. Pour ses dépenses de

[835] Les variables actives (15 variables et 74 modalités associées) sont : l'âge, le continent de scolarité, la situation de couple, le statut matrimonial, la situation du vie, la situation administrative, l'activité, la nature majoritairement délictueuse ou non-délictueuse de l'activité, le revenu mensuel moyen avant l'incarcération, la durée de l'incarcération au moment de l'enquête, la durée de la peine pour les détenus condamnés, la nature criminelle ou correctionnelle de leur inculpation, le nombre et la durée des incarcérations antérieures et la durée des périodes d'errance.

Les variables illustratives (11 variables et 58 modalités associées) sont : le continent de naissance, la nature des séjours en France, la nationalité de l'individus et de ses parents, la maitrise du français lu et écrit, le nombre d'enfants, le métier des parents, le statut pénal et l'expérience de l'errance.

[836] Voir le protocole du volet d'enquête par questionnaires dans le chapitre 4 pour les procédures et les étapes de ces données.

[837] La classe « primo-incarcérés » regroupe 11 individus, qui sont tous incarcérés pour la première fois au moment de l'enquête (27% de l'échantillon). Six d'entre eux ne sont pas en couple au moment de l'enquête, et cinq le sont. Sept d'entre eux n'ont jamais connu de périodes d'errance, trois ont été en errance pendant moins d'un an et un, entre un et cinq ans. Sept ont au moins un enfant, et quatre n'en ont pas. Sept d'entre eux sont étrangers en situation irrégulière, les quatre autres étant français avec des papiers d'identité en cours de validité. Dix d'entre eux ont une activité majoritairement non-délictueuse avant la détention, le dernier individu n'étant pas concerné par le travail. Huit d'entre eux ont été incarcérés moins de six mois au cours de leur vie, les trois autres ayant été incarcérés entre six mois et trois ans. Sept individus sont prévenus et quatre, condamnés. Sept sont incarcérés pour une inculpation correctionnelle, et quatre, criminelle.

santé, il est couvert par la CMU. Au moment de notre rencontre, Monsieur S. est prévenu dans une affaire criminelle et attend la date de son procès.

2. Monsieur I. fait partie de la classe intitulée « longues peines[838] », une classe composée d'hommes condamnés à une peine de trois ans ou plus. Il est né au Congo en 1964 et habite Paris depuis plus de trente ans. Il parle, lit et écrit le français et le lingala sans difficulté et a été scolarisé jusqu'au lycée. Père de treize enfants, il vit en famille avant l'incarcération. Comme les autres hommes de cette classe, il entretient des relations proches avec les autres membres de sa famille et ses amis, sur qui il dit pouvoir compter pour l'aider ou le soutenir. Sa femme, ses enfants et trois autres membres de la famille viennent lui rendre visite en détention. Il voit aussi régulièrement sa conseillère de probation, son avocat et l'aumônier musulman. C'est la cinquième fois qu'il est incarcéré et, en détention, il travaille et a accès à la bibliothèque. Il a déjà eu quatre permissions de sortie, un signe de plus qu'il comprend et sait répondre aux attentes des professionnels en détention. Comme pour ses sorties de prison précédentes, Monsieur I. peut compter sur sa famille pour l'aider. Il a un logement et un emploi qui l'attendent. Son titre de séjour arrive à échéance dans quelques mois et il a demandé à la juriste du Point d'Accès aux Droits [839] un accompagnement à la préfecture pour déposer sa demande de renouvellement. Pour ses dépenses de santé, il est couvert par les dispositifs de l'Aide médicaled'État et l'Affection Longue Durée. Il me dit gagner environ 2000 euros par mois en tant que chauffeur-livreur à temps plein, un revenu comparable à celui des autres hommes de cette classe. En détention, son pécule est alimenté par son salaire d'auxiliaire.

3. Monsieur K. fait partie de la classe intitulée « Europe de l'Est[840] », qui regroupe des détenus qui sont tous de nationalité d'un pays d'Europe de l'Est et qui y ont fait leur scolarité. Il est né de parents ouvriers russes et a grandi en Russie. Il parle le français avec beaucoup de difficultés et ne peut ni le lire ni l'écrire. Il répond à mon questionnaire

---

[838] La classe des « longues peines » regroupe 5 individus, qui sont tous condamnés à une peine de 3 ans ou plus (10% de l'échantillon). Ils déclarent un revenu mensuel de 1500 euros ou plus (39%), une activité majoritairement non-délictueuse avant l'incarcération (64%). Ils sont tous âgés de 40-49 ans (40%). Quatre d'entre eux sont en couple, et un est seul. Quatre d'entre eux ont au moins un enfant, et un n'en a pas. Quatre d'entre eux n'ont aucune difficulté avec le français lu et écrit et un, en a. Quatre d'entre eux ont passé plus de trois ans en prison au total, le dernier y ayant passé entre six mois et trois ans. Aucun n'a connu l'errance (45% de l'échantillon).

[839] Service gratuit de conseil juridique et d'accompagnement dans les démarches liées aux droits sociaux. Des antennes de ce service sont présentes en ville et dans la première maison d'arrêt de l'enquête.

[840] La classe « Europe de l'Est » regroupe 10 individus, qui ont tous la nationalité d'un pays d'Europe de l'Est et y ont fait leur scolarité (16% de l'échantillon). Huit d'entre eux sont en couple, et deux sont seuls. Huit d'entre eux ont au moins un enfant et deux, n'en ont pas. L'activité antérieure à l'incarcération est majoritairement non-délictueuse pour huit d'entre eux, mixte pour l'un et délictueuse pour le dernier. Huit d'entre eux ont été incarcérés entre six mois et un an au cours de leur vie, un, plus de trois ans et un, pendant moins de six mois. Huit d'entre eux sont incarcérés en correctionnelle et deux, en criminelle. Sept d'entre eux sont condamnés, deux sont prévenus et un a un statut pénal mixte (à la fois condamné et prévenu).

avec l'aide d'un traducteur. Il a interrompu sa scolarité à 17 ans, après avoir obtenu un diplôme technique dans le domaine dentaire. Trois ans après s'être marié et avoir eu un enfant, il quitte la Russie pour la France. Il reste en lien avec sa femme, son enfant, sa mère et sa sœur par téléphone et peut compter sur l'aide de son parrain, qui habite en France. Depuis son incarcération, il n'a de contacts qu'avec sa femme et s'adresse aux professionnels de santé pour être soutenu et pris en charge pour ses problèmes de santé. C'est la seconde fois qu'il est incarcéré et il est condamné à une peine de 14 mois. Comme pour la grande partie des autres hommes de cette classe, le logement, l'emploi et les ressources sont incertains à la sortie de prison. Il pense faire appel au 115 dans les premiers temps puis trouver du travail au noir. Il n'a pas de titre de séjour et a perdu son passeport. Il me dit avoir envie de demander une autorisation de séjour pour raison médicale, pour poursuivre le traitement de son hépatite C.

Le parcours de Monsieur K. est décrit en plus de détail dans la suite de ce chapitre : parce que je n'ai retenu aucun entretien biographique long et répétés avec des hommes d'Europe de l'Est dans le corpus de l'enquête par entretiens[841], j'ai reconstruit le parcours de Monsieur K. à partir de ses réponses au questionnaire et de nos échanges plus loin, en page 311.

4. Monsieur T. fait partie de la classe intitulée « multirécidivistes âgés[842] », composée d'hommes qui ont passé plus de trois ans en prison et ont plus de cinquante ans. Il a cinquante-trois ans et est né de parents français. Il grandit en France et à seize ans, il obtient un BEP d'une école d'hôtellerie. Il a été incarcéré plusieurs fois, cinq ou six selon lui, pour des durées de trois et huit ans pour les dernières. Avant cette incarcération, il vivait en couple et avait peu d'amis. En cas de difficulté, il dit pouvoir compter sur des travailleurs sociaux. Il a un rapport privilégié avec l'un d'eux qu'il cite comme étant un soutien important de longue date. En détention, il sollicite les professionnels et entretient de bons rapports avec eux. Monsieur T. perçoit « l'AAH » pour son invalidité « à 80 % » due au VIH ; il est couvert par le régime général et le dispositif de l'Affection Longue Durée. Il me dit avoir peu travaillé et ne pas avoir de

[841] Pour des raisons notamment linguistiques, ces entretiens n'étaient pas comparables aux autres, comme je l'explique dans le chapitre 4.

[842] La classe « multirécidivistes âgés » regroupe 5 individus, qui vivent tous en couple (18% de l'échantillon) avec un revenu mensuel de 1500 euros ou plus avant l'incarcération (39%) et qui n'ont aucune difficulté à lire ou écrire le français (63%). Quatre d'entre eux ont 50 ans ou plus et un a entre 40-49 ans. Quatre d'entre eux sont de nationalité française avec des papiers d'identité en cours de validité et le dernier est de nationalité d'un pays d'Afrique Subsaharienne et en cours de demande de régularisation de sa situation administrative. Ils sont tous incarcérés pour une affaire correctionnelle (76% de l'échantillon) et en détention depuis six mois à un an (4) ou trois à six mois (1). Quatre d'entre eux sont condamnés et un, en situation pénale mixte, condamné et prévenu à la fois. Au cours de leur vie, ils ont passé plus de trois années en prison (4) ou entre six mois et trois ans.

métier, parce qu'il a fait beaucoup de prison. À part une période de quatre ans où il a eu un emploi, c'est plutôt en « faisant du trafic » qu'il a gagné sa vie.

5. Monsieur N. fait partie de la classe intitulée « Nord-Africains précaires[843] », qui regroupe des hommes d'origine d'Afrique du Nord. Il est né en Tunisie de parents tunisiens et est de nationalité tunisienne. Au cours de sa vie, c'est en France qu'il a passé le plus de temps, mais il n'a pas de titre de séjour. Il me dit avoir caché son passeport pour pouvoir rester ici. Lorsque je lui demande dans quelle commune il habite, il me répond « Clichy… à gauche, à droite. » Il vit seul et n'a pas d'enfant, mais il reste en lien avec sa mère et ses deux frères et sœur. Il me dit ne pas avoir d'amis et se débrouiller seul en cas de problème ou de moment difficile. Il me dit : « je vis tout seul, je suis tout seul. » Il a des contacts hebdomadaires avec des travailleurs sociaux, car il se douche et utilise le vestiaire d'un centre du dixième arrondissement de Paris. Lorsque je lui demande son métier et ses revenus, il me dit faire les marchés, mais gagner plus de 4000 euros. En détention, il a le statut d'indigent. Il est condamné à vingt-cinq mois, après deux premières incarcérations de quatre mois et demi au cours des deux années précédentes. À sa sortie de prison, il sait qu'il n'aura ni logement, ni emploi, ni ressources et que personne ne viendra le chercher.

6. Monsieur M. fait partie de la classe des « récidivistes français[844] », qui regroupe des détenus avec des incarcérations antérieures. Ils vivent en France depuis longtemps et vingt d'entre eux y ont fait leur scolarité. Monsieur M. a quarante-cinq ans et est né en France. Il a été élevé par l'entraide d'Auteuil (un foyer associatif) sous la tutelle d'un juge jusqu'à ses seize ans. Il a interrompu sa scolarité à l'âge de treize ans puis a obtenu un CAP en cuisine en formation continue pour adultes. Parce qu'il a beaucoup été saisonnier, il me dit qu'il n'a eu que des relations amoureuses courtes. Aujourd'hui, il est seul et sans enfant. Il a un ami proche avec qui il reste en contacts fréquents. Avant, pendant et après son incarcération, les personnes sur qui il peut compter sont des

[843] La classe des « Nord-africains précaires » regroupe 13 individus. Ils ont la nationalité d'un pays d'Afrique du Nord (9), y sont nés (9) ou ont un père (13) ou une mère (10) qui a la nationalité d'un pays d'Afrique du Nord. Ils sont âgés entre 30-39 ans (11), entre 40-49 ans (1) ou ont moins de 30 ans (1). Dix d'entre eux sont seuls et trois, en couple. Ils ont un revenu mensuel moyen entre 400-1500 euros (10) ou de 1500 euros ou plus (3). Onze d'entre eux ont connu au moins une période d'errance, et deux, n'en ont jamais connu. Douze d'entre eux sont célibataires et un est veuf ou divorcé. Ils sont incarcérés pour une affaire correctionnelle (11) ou criminelle (1).

[844] La classe des « récidivistes français » regroupe 23 individus. Ils sont seuls (21), à l'exception d'un individu qui est en couple et d'un autre qui ne sait pas s'il est en couple au moment de l'enquête. Ils sont célibataires (21), à l'exception de deux, qui sont veufs ou divorcés. Ils vivent seuls (18), en couple (1), en couple avec leurs enfants (1), en colocation (1) ou chez leur mère (2). Ils sont nés en France (18) ou y ont fait leur scolarité (20). Les autres sont nés dans un pays d'Afrique Subsaharienne (4) ou en dans un pays libellé « autre » (1) et ont fait leur scolarité dans un pays d'Afrique Subsaharienne (1) ou libellé « autre » (2). Ils ont connu des périodes d'errance de plus de cinq ans (9), d'un à cinq ans (2), de moins d'un an (5) ou n'ont jamais connu l'errance (7). Ils ont plus de quatre incarcérations antérieures (17), ou entre une et trois incarcérations antérieures (6). Ils ont passé plus de trois ans de leur vie en prison (17), ou entre six mois et trois ans (5).

professionnels de santé et du social. Il bénéficie de la couverture maladie du régime général et de deux allocations, « l'AAH » et le « chômage. » Il travaille « en extra » en tant que cuisinier et me dit toucher environ 750 euros par mois. En détention, il a le statut d'indigent et attend son procès en correctionnelle. Celle-ci est sa douzième incarcération, mais la précédente remonte à 1997, l'année où il a obtenu son CAP. Ces premières incarcérations étaient toujours plutôt courtes, de durées croissantes entre un et quinze mois.

Les ressources et le soutien

La deuxième classification hiérarchique permet de compléter la compréhension des situations sociales des détenus, au regard des ressources et du soutien dont ils disposent. Les cinq classes que je décris ci-dessous donnent une première image de leur environnement social et relationnel, que j'approfondis ensuite par l'analyse des récits de vie. Comme pour la classification des caractéristiques sociodémographiques et pénales plus haut, je présente de manière synthétique les classes, leurs caractéristiques principales[845] et les noms des individus ayant participé à l'enquête par entretiens qui s'en rapprochent dans le Tableau 2 - ci-dessous.

Les travaux sur les histoires familiales[846] ont mis en évidence une dimension de la fragilité des liens des personnes détenues, en montrant que leurs engagements familiaux sont plus fragiles et davantage marqués par des ruptures d'unions[847]. Par exemple, en 2001, 20 % des détenus incarcérés depuis au moins six mois au moment de l'enquête HID-prisons ne recevaient pas de visite de leur famille proche[848]. Pour les autres, les proches qui leur rendent visitent le plus souvent sont les frères ou sœurs (35 % des visiteurs) et les mères (18 % des visiteurs)[849] des détenus. Ces quelques données de cadrage donnent une indication de l'isolement d'une partie de la population pénale et, pour les proches, de la surreprésentation des femmes dans le maintien du lien avec les détenus[850]. Si ces travaux sur les histoires et les situations familiales éclairent les relations de soutien des personnes détenues, l'analyse de l'enquête par questionnaire propose un aperçu de l'état des ressources et du soutien, pendant la détention, mais aussi tel qu'il peut être anticipé par les détenus, en référence à leur sortie de prison.

---

[845] Je considère « principales » celle pour lesquelles la valeur test est supérieure à 2.

[846] CASSAN Francine et TOULEMON Laurent, « L'histoire familiale des hommes détenus », *Insee Première* (706), 2000.

[847] DÉSESQUELLES Aline et KENSEY Annie, « Les détenus et leur famille: des liens presque toujours maintenus mais parfois très distendus », *Données sociales: La société française*, 2006, p. 59-67.

[848] *Ibid.*

[849] *Ibid.*, p. 65.

[850] TOURAUT Caroline, *L'expérience carcérale élargie. Dynamiques du lien et identités à l'épreuve de l'incarcération d'un proche*, Thèse de doctorat, Lyon, Université Lumière Lyon 2, 2009.

Tableau 2 - Caractéristiques principales[851] et effectifs des classes de caractéristiques construites à partir des caractéristiques de ressources et de soutien du volet d'enquête par questionnaires et individus de l'enquête par entretiens s'en rapprochant.

Libellés des classes	Caractéristiques principales et effectifs des classes concernant les ressources et le soutien	Individus
« Insertion »	Avoir un hébergement prévu à la sortie, avoir un emploi prévu à la sortie, ne pas avoir eu d'aide pour trouver un emploi à la sortie, ne pas percevoir d'allocation sociale, ne pas être couvert par la CMU et ne pas avoir de contact avec des professionnels avant l'incarcération. Effectif = 17 individus.	Komi, Édouard Alain, Amin Patrick, Ahmed Robin, Alain
« Minimas couverts »	Être couvert par la CMU, percevoir le RSA, ne pas savoir s'il y a eu des contacts avec son avocat, être couvert par une ALD et prévoir qu'un professionnel du médicosocial viendra le chercher à la sortie de prison. Effectif = 16 individus.	Couly, Iliès
« Sortie sèche »	Ne pas avoir d'hébergement prévu à la sortie de prison, ne pas avoir quelqu'un pour venir le chercher à la sortie et ne pas avoir d'emploi ni de ressources prévues à la sortie. Effectif = 10 individus.	Paul, Wassim
« Sortie incertaine »	Ne pas savoir s'il aura un emploi ou un hébergement à la sortie de prison, ne pas être couvert par une ALD, ne pas savoir si quelqu'un pourra venir le chercher à la sortie de prison et ne pas savoir s'il aura des ressources à la sortie de prison. Effectif = 13 individus.	Ayoub, Medhi
« AAH »	Percevoir l'AAH, être couvert par une ALD et dépendre du régime général de la sécurité sociale, avoir des ressources prévues à la sortie et percevoir au moins une allocation sociale. Effectif = 11 individus.	André, Mourad Jean, Karim

[851] Caractéristiques principales : modalités, dont la valeur-test supérieure à 2.5-3 selon les classes

L'analyse des correspondances propose un regroupement des modalités[852] de réponses en 5 classes.

1. Monsieur P. est le parangon de la classe intitulée « insertion[853] », qui regroupe dix-sept détenus qui ont tous un logement prévu à leur sortie de prison. Monsieur P. est lituanien et en France depuis deux mois lorsqu'il est arrêté. Son passeport a été confisqué et il n'a ni couverture médicale ni droits ouverts en France. À 28 ans, il parle, lit et écrit le russe et le français sans difficulté. Son père est haut-gradé dans l'armée et sa mère, comptable ; c'est chez eux qu'il vivait en Lituanie. Il a l'équivalent d'un diplôme d'ingénieur, mais me dit ne pas avoir de métier. Pour gagner de l'argent, il « importe » des voitures de luxe de la France à la Lituanie en les conduisant lui-même. Il me dit gagner entre 10 000 et 12 000 euros par mois selon les « voyages ». En détention, ce sont ses amis qui lui envoient des mandats pour alimenter son pécule. Il s'agit de sa première incarcération, mais il a été retenu en Centre de rétention administrative deux fois et me dit que « ça, c'est un bordel [pas comme la prison]. C'est un asile où on sépare même pas les gens. » À sa sortie de prison, il a un endroit où dormir et un emploi (il reprendra son activité). Son père et sa mère lui assureront des ressources et il compte sur ses amis pour venir le chercher à sa sortie. Lorsque je lui demande sur qui il peut compter lorsqu'il passe par un moment difficile, il me dit en parler à ses amis, mais peu, car de manière générale, il garde le moral. Il ne se plaint pas de sa détention par exemple et me dit qu'il n'y a « pas de moment difficile dans [sa] vie. Ici, c'est pas la prison, c'est un hôtel quatre étoiles » comparé à la prison en Russie. Pour régler les problèmes en détention, il compte sur l'entraide entre détenus des pays de l'Est.

2. Monsieur D. fait partie de la classe intitulée « minimas couverts[854] », qui regroupe seize détenus qui ont une couverture médicosociale minimale. Il a 33 ans, est

---

[852] Les variables actives (15 variables et 42 modalités associées) sont la couverture médicale, les allocations sociales, les contacts avec les professionnels médicosociaux, les contacts avec l'avocat, l'hébergement, l'emploi et les ressources à la sortie, quelqu'un qui viendra chercher le détenu à la sortie, le soutien lors de la sortie de prison précédente le cas échéant et les contacts avec la mère et les enfants depuis l'incarcération, le cas échéant.

Les variables illustratives (15 variables et 49 modalités associées) sont les contacts avec la conjointe le cas échéant, le soutien pour obtenir un hébergement, un emploi et des ressources à la sortie et l'identité de la personne qui viendra chercher le détenu à la sortie.

[853] La classe « insertion » regroupe 17 individus qui ont tous un hébergement prévu à leur sortie de prison (60% de l'échantillon). Treize d'entre eux pensent avoir un emploi à la sortie de prison, l'un ne sait pas, l'un ne pense pas avoir d'emploi à la sortie et les deux derniers ne travaillent pas (invalidité). Quatorze d'entre eux sont en lien avec leur conjointe avant l'incarcération et l'incarcération est un moment de rupture avec la conjointe pour seuls six d'entre eux. Huit individus pensent qu'un proche viendra les chercher à la sortie de prison. Aucun ne perçoit le RSA (80% de l'échantillon), aucun ne perçoit d'allocation chômage (98% de l'échantillon) et, à l'exception de l'un d'entre eux, ils ne perçoivent pas non plus l'AAH. Ils sont peu couverts : aucun n'est couvert par la CMU (69% de l'échantillon). Seuls trois sont couverts par la sécurité sociale (régime général), deux, par la sécurité sociale et une mutuelle, et trois, par l'AME.

[854] La classe « minimas couverts » regroupe 16 individus. Ils ont une couverture médico-sociale : quatorze d'entre eux sont couverts par la CMU, un, par la sécurité sociale de régime général et treize sont aussi couverts par une ALD. Aucun n'a de mutuelle (87% de l'échantillon) et aucun n'a l'AME (90% de

de nationalité malienne et vit en France depuis 2000. Il travaille dans le bâtiment et la manutention et gagne des revenus tellement variables et sporadiques qu'il ne sait pas évaluer son revenu mensuel moyen lorsque je le lui demande en entretien. Il n'a pas de titre de séjour, mais les démarches de demande sont en cours. Pour ses dépenses de santé, il est couvert par les dispositifs de la Couverture maladie universelle et de l'Affection Longue Durée. En ce qui concerne le soutien dont il peut bénéficier, Monsieur D. est célibataire et vivait avec sa mère avant son incarcération. Son seul enfant, son père et ses deux frères et sœurs les plus proches sont décédés. En cas de problème, c'est sur sa mère qu'il peut compter ; c'est elle qui vient lui rendre visite au parloir et c'est sur elle qu'il pense pouvoir compter à la sortie. Lors de sa précédente sortie de prison, sa famille l'a soutenu. Il m'explique qu'il n'y a « que la famille sur qui tu peux compter ». Lorsqu'il passe par un moment difficile, il n'en parle pas et « prend sur lui ».

3. Le profil de Monsieur T. est décrit précédemment p. 271, car il est le parangon de deux classes : la classe des « multirécidivistes âgés » pour ses caractéristiques sociodémographiques et pénales et la classe intitulée « sortie sèche[855]. » Cette classe regroupe dix détenus qui pensent avoir peu de ressources et peu de soutien à leur sortie de prison.

4. Le profil de Monsieur K. est lui aussi décrit précédemment p. 311**Erreur ! Signet non défini.**, car il est le parangon de deux classes : la classe des détenus originaires « d'Europe de l'Est » pour ses caractéristiques sociodémographiques et pénales et la classe intitulée « sortie incertaine[856]. » Cette classe regroupe treize détenus

---

l'échantillon). Ils ont des ressources minimales : dix perçoivent le RSA (six ne le perçoivent pas), un perçoit l'AAH (quinze ne la perçoivent pas) et un perçoit une autre allocation ; seuls cinq ne perçoivent aucune allocation. Aucun ne perçoit d'allocation pour le chômage. Dix d'entre eux pensent qu'un professionnel du médicosocial viendra les chercher à leur sortie de prison, deux, un proche ; seuls quatre d'entre eux pensent que personne ne viendra les chercher. Quatorze d'entre eux pensent avoir un hébergement à la sortie et deux ne savent pas répondre à la question au moment de l'enquête. Dix d'entre eux avaient des contacts fréquents avec des professionnels du médicosocial avant l'incarcération, quatre, peu fréquents ; seuls deux n'avaient aucun contact avec des professionnels.

[855] La classe « sortie sèche » regroupe 10 individus. Au moment de l'enquête, ils ont peu de ressources et de soutien à leur sortie de prison : huit ne pensent pas avoir d'hébergement (15% de l'échantillon), un pense en avoir et un ne sait pas répondre ; aucun pense que quelqu'un viendra le chercher à la sortie (31% de l'échantillon) ; neuf ne pensent pas avoir d'emploi lorsqu'ils sortiront de prison (24% de l'échantillon), et un ne sait pas répondre à la question ; six pensent qu'ils n'auront pas de ressources à la sortie de prison (24% de l'échantillon), deux pensent en avoir et deux ne savent pas répondre. Ils n'ont pas eu de contact avec leur avocat en détention, à l'exception de l'un d'entre eux. Avant l'incarcération, ils avaient des contacts fréquents (8) ou peu fréquents (1) avec des professionnels du médicosocial, et seul un n'en avait pas du tout. Ils sont mal couverts : seul un est couvert par la sécurité sociale, un, par la sécurité sociale avec une mutuelle, deux, par une CMU et deux ont une AME ; enfin, seuls trois des dix ont une ALD. Ils perçoivent peu d'allocations sociales: seuls deux, perçoivent le RSA, et deux, l'AAH. Cinq déclarent ne percevoir aucune allocation.

[856] La classe « sortie incertaine » regroupe 13 individus. Au moment de l'enquête, ils ne savent pas encore s'ils auront un emploi (31% de l'échantillon). Neuf d'entre eux ne savent pas non plus s'ils auront un hébergement, seuls trois pensant en avoir. Huit d'entre eux ne savent pas s'ils auront des ressources à la sortie de prison, deux pensent qu'ils n'en auront pas et trois pensent en avoir. Seuls cinq perçoivent une allocation, dont un, qui perçoit le RSA, deux, l'AAH, un, une allocation pour le chômage et un, une autre allocation. Ils sont mal couverts : seul l'un d'entre eux a une ALD. Par ailleurs, quatre sont couverts par la

qui sont incertains quant à leur possibilité d'avoir un logement, un emploi, des ressources ou du soutien à leur sortie de prison.

5. Monsieur L. fait partie de la classe intitulée « AAH[857] », qui regroupe onze détenus dont dix perçoivent l'allocation dite « AAH » de la Maison départementale pour les personnes handicapées. Monsieur L. est atteint d'une hépatite C ; il vit aussi avec le VIH et une dépendance à l'alcool de longue date. Il vit en France depuis l'âge de 8 ans ; toute sa famille a acquis la nationalité française, mais lui, ne l'a jamais obtenue à cause selon lui d'un délit commis lorsqu'il était mineur. Les démarches de demande de renouvellement de titre de séjour sont en cours, mais il reste couvert par le dispositif de l'Affection Longue Durée. Avant cette troisième incarcération, Monsieur L. était coursier en scooter pour compléter les 728 euros de l'AAH ; il estime qu'il gagnait environ 900 euros par mois en moyenne. En détention, ce sont sa mère, sa sœur et son beau-frère qui lui envoient des mandats pour alimenter son pécule. C'est sur sa sœur et sa mère qu'il dit pouvoir compter en cas de problème. Il a six enfants de deux femmes dont il est séparé, mais il reste en contact avec ses enfants. Il me dit avoir un ami à qui il parle lorsqu'il passe par un moment difficile, mais c'est « un ami d'alcool, pas un ami propre. » Quant à ses rapports avec les professionnels, il est suivi par deux assistantes sociales qu'il voit au moins une fois par mois et un médecin spécialiste à l'Hôtel-Dieu.

Les classes générées par l'analyse de données issues de l'enquête par questionnaires offrent un aperçu de la distribution des propriétés sociales et pénales des détenus séropositifs aux VIH/VHC et de l'état des ressources et du soutien dont ils disposent. Elles permettent de situer le sous-groupe des hommes qui m'ont accordé des entretiens biographiques et de qualifier les différences entre ce sous-groupe et le groupe plus large de ceux qui ont répondu au questionnaire[858]. Si le rapprochement analytique de ces données avec celles issues des entretiens biographiques ne peut pas faire l'économie de certaines précautions (notamment une analyse fine des modalités et des

CMU, trois, par une AME et deux, par la sécurité sociale et une mutuelle ; quatre n'ont aucune couverture. Dix d'entre eux sont en lien avec leur mère avant l'incarcération mais sept, déclarent une rupture avec elle au moment de l'enquête. Quant au contact avec les professionnels du médicosocial, ils ont des contacts fréquents (3) ou peu fréquents (8) avec eux avant la détention, et deux n'en ont aucun.

[857] La classe « AAH » regroupe 11 individus, dont dix perçoivent l'AAH. En retour, aucun ne perçoit le RSA (80% de l'échantillon) ou l'allocation de chômage (99%). Ils sont tous couverts par une ALD (48% de l'échantillon). Sept d'entre eux sont couverts par la sécurité sociale de régime général, et quatre ne le sont pas. Seul un des onze individus est couvert par la CMU et aucun n'a de mutuelle (87%) ni d'AME (90%). Allocataires de la MDPH (anciennement AAH), dix d'entre eux déclarent pouvoir compter sur des ressources à leur sortie de prison ; le dernier ne sait pas répondre à la question. Cinq d'entre eux ne savent pas s'ils auront un hébergement à la sortie, quatre pensent en avoir et deux n'en auront pas. Des sept individus qui sont en lien avec leur conjointe avant l'incarcération, quatre déclarent être en rupture au moment de l'enquête. Sept sont en lien avec leur mère, deux ne le sont pas et la mère d'un individu est décédée. Ils ont des contacts fréquents (7) ou peu fréquents (3) avec des professionnels du médicosocial, seul un n'en a aucun.

[858] Cf. Chapitre 4, sur les données préliminaires issues de l'enquête par questionnaires qui permettent de situer les cas.

limites de ce rapprochement, et son inscription dans une discussion épistémologique et méthodologique sur l'usage de méthodes dites « mixtes »[859]), c'est dans la discussion ci-dessous que ces deux corpus sont mis en dialogue pour décrire les parcours biographiques de 16 détenus qui ont accordé des entretiens biographiques.

Les parcours biographiques

L'analyse des entretiens biographiques présentée ici se situe dans le prolongement de la longue lignée de travaux sur les récits de vie et l'analyse biographique. En documentant les événements marquants des parcours des patients détenus, elle vise à rendre intelligibles les expériences et les situations sociales des patients détenus[860]. Parce qu'elles permettent de situer et de qualifier, par la suite, les événements de santé[861] et la place du VIH et de l'hépatite C, je m'attache ici à décrire finement les parcours biographiques, tels que je les ai reconstruits à partir des récits de vie recueillis en entretien. L'approche biographique étant une méthodologie usitée et éprouvée, j'expose brièvement le cadre de référence de l'approche biographique de l'expérience de soins[862].

J'emprunte à F. Dubet la notion d'expérience sociale, puis d'expérience de soins, en tant que manière d'éprouver et de comprendre, pour construire le réel[863]. Ainsi, les moments des récits de vie que j'ai retenus dans l'analyse sont ceux qui sont ressentis et entendus comme étant marquants par les hommes interviewés. L'ambition de l'analyse biographique est de saisir à la fois l'action « subjective » de détenus socialement situés et le cadre structurel « objectif » qui les contraint. Autrement dit, l'objectif est de saisir « le devenir biographique comme le produit d'un double mouvement, celui de l'action sociale des individus et celui du déterminisme social des structures[864]. » Elle permet ainsi d'apercevoir les processus sociaux à l'œuvre dans les parcours, à la fois biographiques et institutionnels[865].

---

[859] Cf. Chapitre 4, sur les enjeux de la complémentarité des méthodes

[860] BERTAUX Daniel, *Le récit de vie. L'enquête et ses méthodes*, Paris, Armand Colin, 2010.

[861] La discussion sur les trajectoires de santé, troisième item de ce chapitre, commence par définir les « évènements de santé », comme les points nodaux qui marquent et infléchissent la sphère de la santé de la trajectoire biographique, dans ses dimensions objective (étape chronologique de la prise en charge sanitaire) ou subjective (compris ou ressenti comme marquant par le malade). Cet outil analytique sert ensuite à identifier les marqueurs des trajectoires de santé.

[862] Dans le chapitre 1, j'ai précisé que la recherche s'inscrit dans une approche processuelle des parcours et des évènements de santé et d'incarcération.

[863] DUBET François, *Sociologie de l'expérience*, Paris, Seuil, 1994, p. 91-110.

[864] PASSERON Jean-Claude, « Biographies, flux, itinéraires, trajectoires », *Revue française de sociologie* 31, 1990, p. 17.

[865] DUBAR Claude, « Trajectoires sociales et formes identitaires. Clarifications conceptuelles et méthodologiques », *Sociétés contemporaines* 29 (1), 1998, p. 73-85.

Ce sont les parcours[866] des patients détenus que je cherche à saisir ici, c'est-à-dire : la série de statuts et d'emplois qu'ils occupent au cours de leur vie, mais aussi leur point de vue sur cet enchaînement et le sens qu'ils donnent à ce qu'ils sont, ce qu'ils font et ce qui leur arrive[867]. J'emprunte aussi à la notion de carrière décrite dans le chapitre 1 ses implications méthodologiques : je cherche à « montrer en chaque point déterminant de la carrière, le pas décisif accompli dans cette carrière comme le produit logiquement croisé d'une décision subjective (...) et de l'objectivité d'une contrainte de cheminement (Passeron 1990 : 20) ». En pensant aux travaux sur la *social life course*, je reste attentive à la pluralité des parcours et à leur enchâssement, soit les manières dont les sphères biographiques peuvent s'imbriquer entre elles dans le temps, comme le parcours médical et le parcours pénal dans le cas des détenus malades par exemple[868]. Les conceptions des temporalités mobilisées dans l'analyse des récits de vie des détenus s'apparentent à celles mobilisées dans le modèle d'analyses biographiques du « cheminement », c'est-à-dire où l'intérêt est « la forme du processus lui-même » plutôt que les effets d'un événement fondateur ou les temporalités structurelles[869].

En ce sens, suivant les travaux sur les expériences de la maladie, et en particulier du VIH/sida et des maladies chroniques, je m'intéresse ici au travail biographique de mise en cohérence du récit des patients détenus. J'oriente la focale sur les événements marquants — non pas en tant qu'événement qu'il s'agirait simplement d'identifier ou de libeller, mais en tant que point nodal d'une biographie qui ne s'explique pleinement qu'en prenant en compte ce travail dans son épaisseur. Autrement dit, j'attire l'attention sur les propriétés individuelles des détenus et leur genèse, les situations sociales et les moments qui provoquent ces événements marquants et les recompositions qu'elles engendrent, pour le détenu avec lui-même et en relation négociée avec son milieu social[870]. On aperçoit ici en filigrane la définition de l'événement marquant, qui délimite

---

[866] L'épidémiologie sociale a fait usage des termes de « parcours de vie » dans une littérature centrée sur la dimension longitudinale des risques de santé. Pour approfondir, cf. CAMBOIS Emmanuelle, « Les personnes en situation sociale difficile et leur santé », Paris, ONPES-Drees, 2004, p. 9.

[867] HUGHES Everett C., « Institutional Office and the Person », *American Journal of Sociology* 43 (3), 1937, p. 409-410.

[868] En ce qui concerne plus précisément la sphère médico-sociale du soin, on préfèrera la notion de « trajectoires de soins » à celle de « parcours de soins », par souci de distinction avec l'acception en santé publique, qui fait référence aux étapes de consommation de soins dans un parcours balisé par l'assurance maladie. La notion de trajectoire, plus balistique, est par ailleurs plus adéquate pour rendre compte de la linéarité induite par le « champ de forces et d'interaction » (Passeron, 1990 : 21) plus restrictif du système de soins français ; il ne dispense bien évidemment pas de prendre en compte les déviations et les désistances des patients.

[869] GODARD Francis et CONINCK Frédéric de, « L'approche biographique à l'épreuve de l'interprétation. Les formes temporelles de la causalité », *Revue française de sociologie* 31 (1), 1990, p. 23-53.

[870] VOEGTLI Michael, « Du Jeu dans le Je : ruptures biographiques et travail de mise en cohérence », *Lien social et Politiques* (51), 2004.

un « avant » et un « après » dans la biographie. La notion polysémique de bifurcation[871] est heuristique et, selon les cas, elle permet de saisir les effets des continuités et des discontinuités ainsi que les manières de se projeter dans le futur.

Par ailleurs, j'analyse les parcours biographiques de ce groupe de détenus en dialogue avec les typologies existantes liées aux expériences carcérales (G. Chantraine), aux formes d'ajustement carcéral de détenus usagers de drogues (F. Fernandez) et aux travaux sur les carrières de toxicomanes de quartiers populaires franciliens (P. Bouhnik)[872]. De plus, je fais dialoguer les situations sociales des hommes interviewés avec les caractéristiques sociodémographiques et pénales ainsi que leurs ressources et leur soutien tels qu'ils classifiés à partir des résultats de l'enquête par questionnaires.

Lorsqu'un récit de vie rassemblait les caractéristiques déterminantes d'une classe, le récit et la classe ont été mis en lien. Lorsqu'aucun récit de vie ne pouvait être comparé à une classe (comme dans le cas de la classe de caractéristiques sociodémographiques, géographiques et pénales libellée « Europe de l'Est » par exemple), c'est une reconstruction biographique des données issues du questionnaire d'un parangon de la classe qui a servi d'illustration. C'est le cas du parcours de Monsieur K. décrit p. 311. Aucun récit de vie restitué dans ce chapitre n'est incomparable à une classe. Le tableau ci-dessous synthétise ce dialogue entre classes et récits de vie.

Le fil directeur de l'analyse des biographies des patients détenus séropositifs aux VIH/VHC est l'événement marquant[873]. Identifier ce qui fait événement et les effets sur les parcours permet de cerner qui sont les personnes interviewées lors de ces enquêtes et les dimensions subjective et objective de leurs parcours. Je m'efforce de faire attention aux jeux d'échelles, micro-, méso- et macrosociologiques, pour intégrer ces parcours individuels dans les processus sociaux qui les contraignent. Quels sont les événements marquants des parcours ? Quelles formes imposent-ils aux récits des hommes détenus ?

Je montre ici que certains patients détenus livrent leur récit en le ponctuant d'une seule bifurcation : l'incarcération, l'accident ou la découverte de la séropositivité au

---

[871] BESSIN Marc, BIDART Claire et GROSSETTI Michel, « 1. Les bifurcations, un état de la question en sociologie », *in Bifurcations: les sciences sociales face aux ruptures et à l'événement*, Paris, La Découverte, 2009, p. 23-35.

[872] CHANTRAINE Gilles, *Expériences carcérales en maison d'arrêt: approche socio-historique et biographique d'une institution totale*, Thèse de doctorat, France, Université Lille 1 - Sciences et technologies, 2002 ; FERNANDEZ Fabrice, *Usages et usagers de drogues dans les mondes de l'errance urbaine et de la prison: une « expérience totale »? Sociologie du sens endogène des pratiques de consommation de produits toxiques associées à des prises de risques pour la santé*, Thèse de doctorat, Toulouse, Université Toulouse Le Mirail, 2007 ; BOUHNIK Patricia, *Toxicos: Le goût et la peine*, Paris, La Découverte, 2007.

[873] L'évènement est considéré comme marquant lorsqu'il produit une rupture d'intelligibilité dans le récit de vie du sortant de prison et une inflexion dans son parcours, suivant la discussion de BENSA Alban et FASSIN Eric, « Les sciences sociales face à l'événement », *Terrain. Revue d'ethnologie de l'Europe* (38), 2002, p. 5-20.

VIH[874]. D'autres racontent un parcours moins marqué, lissé dans la galère et l'usage de produits psychoactifs. L'usage de drogue est présent dans la quasi-totalité des récits de vie, mais varie dans son pouvoir d'infléchir les parcours.

[874] Les parcours ponctué d'une seule rupture biographique, la découverte du VIH, seront abordé dans la section suivante.

Tableau 3 - Classification des détenus ayant participé au volet d'enquête par entretiens biographiques selon (1) les caractéristiques sociodémographiques et pénales, (2) le soutien et les ressources et (3) la santé et la prise en charge

	Caractéristiques sociodémographiques et pénales	**Soutien et ressources**	**Santé et prise en charge**
Komi	« primo-incarcérés »	« insertion »	« VIH+ »
Édouard	« primo-incarcérés »	« insertion »	« VIH+ »
Couly	« primo-incarcérés »	« minimas couverts »	« VIH+ »
Alain	« longues peines »	« insertion »	« VIH+ »
André	« récidivistes français »	« AAH »	« co-infectés »
Iliès	« Nord-africains précaires »	« minimas couverts »	« VHC+ pris en charge »
Paul	« récidivistes français »	« sortie sèche »	« VHC+ sans prise en charge »
Wassim	« Nord-africains précaires »	« sortie sèche »	« VIH+ »
Amin	n/a	« insertion »	« VIH+ »
Medhi	« Nord-africains précaires »	« sortie incertaine »	« VHC+ sans prise en charge »
Patrick	« récidivistes français »	« insertion »	« VHC+ prise en charge »
Ayoub	« récidivistes français »	« sortie incertaine »	« VHC+ prise en charge »
Mourad	« Nord-africains précaires »	« AAH »	« VIH+ »
Ahmed	« multirécidivistes âgés »	« insertion »	« co-infecté »
Jean	« récidivistes français »	« AAH »	« co-infecté »
Robin	« récidivistes français »	« insertion »	« VHC+ pris en charge »
Karim	« multirécidivistes âgés »	« AAH »	« VIH+ »
Joseph	« récidivistes français »	« sortie incertaine »	« VIH+ »

L'incarcération comme bifurcation : une exception

Ceux pour qui la première incarcération est l'événement le plus marquant du récit, ou de la biographie construite pendant et après l'entretien, sont peu nombreux dans cette enquête. Seuls Komi et Édouard vivent une détention comparable à l'idéal-type de l'incarcération catastrophe[875]. Komi et Édouard évoluent dans des mondes sociaux distincts, mais ils partagent le privilège d'ignorer ce qu'est la prison, qui est loin de leur horizon des possibles avant leur arrestation. Le récit se construit autour de trois critères : (1) la prison est une institution lointaine de leur expérience, qui ne fait pas partie de leur monde social ; ainsi, (2) l'incarcération est vécue comme une catastrophe ; et (3) le travail biographique de recomposition qu'elle déclenche est important et violent[876].

Komi

Komi est le fils d'un haut fonctionnaire expatrié d'un pays ouest-africain. Il a un BEP et un CAP d'électronique, qui closent un cursus scolaire en établissements privés parisiens. Après dix ans en *intérim*, il obtient un contrat à durée indéterminée dans une institution internationale. Son travail est manuel, mais son emploi, stable et rémunérateur. Il est divorcé et voit sa fille et sa famille régulièrement. En entretien, il me parle très lentement en choisissant ses mots avec précaution, ce qui détonne avec sa carrure imposante et ses larges mains abimées. Je note tous nos échanges *quasi verbatim*. Souriant et très poli, il est enthousiaste dans son récit parce qu'il estime que les études sur la santé comme la mienne sont importantes. Il est aussi content d'avoir quelqu'un à qui poser toutes ses questions sur le VIH ; notre relation d'enquête se construit ainsi sur le mode du patient adhérent et curieux face à l'étudiante experte en santé[877].

Bien que Komi n'ait pas renseigné le questionnaire, en termes de caractéristiques sociodémographiques, géographiques et pénales, il se rapproche de la classe libellée «primo-incarcérés». Il partage les caractéristiques des onze individus qui ont été incarcérés pour la première fois au moment de l'enquête. Comme plus de la moitié d'entre eux, il n'est pas en couple, il a un enfant et il n'a jamais connu l'errance. Son activité est majoritairement non délictueuse avant l'incarcération et il est en détention

[875] CHANTRAINE Gilles, *Expériences carcérales en maison d'arrêt*, *op. cit.*, p. 299-334.

[876] *Ibid.*

[877] L'assignation à l'expertise dans la relation d'entretien est approfondie et mise en lien avec le positionnement de l'enquêtrice et le déroulement de l'enquête par entretiens biographique et par observation dans les chapitres 3 et 4.

préventive. Il s'écart des membres de cette classe en ce qu'il est incarcéré pour une inculpation criminelle[878].

Cette incarcération est la première qu'il ait connu. À 48 ans, elle enclenche ce que Komi vit comme des changements brutaux dans toutes les sphères de sa vie. Elle met en danger son emploi stable et son logement. Ses beaux-parents obtiennent la garde de sa fille et, suite au décès de son ex-femme, il m'explique que sa paternité est remise en question et qu'il comprend mal la procédure pour empêcher de perdre ses droits de père. Il s'ajuste difficilement à la prise en charge de son VIH en détention même s'il est asymptomatique et qu'il a toujours eu une charge virale indétectable[879]. Sa séropositivité l'inquiète et il sollicite souvent l'équipe de soins. Il dit beaucoup apprécier l'équipe, mais il est identifié comme un patient très demandeur. La contrepartie de son adhésion aux entretiens sociologiques inclura d'ailleurs, implicitement, une partie de la gestion de cette inquiétude ; je réponds aux questions et lui fournis des explications sur la pathologie et le traitement, ainsi que des dépliants informatifs et un magazine sur le VIH/sida.

Cette rupture biographique causée par l'incarcération soudaine et imprévue impose un travail de recomposition de son statut, vis-à-vis de lui-même, mais aussi dans ses rapports à autrui. Il me raconte son arrestation en détail et me tient au courant de tous les rebondissements des procédures de confrontation, d'appels, de requalification des faits et d'entretien avec le juge d'application des peines,[880] mais il me parle très peu de ce qui lui est reproché. C'est bien plus tard dans l'enquête que j'apprendrai qu'il a été reconnu coupable de l'agression sexuelle d'une jeune femme. La charge morale de cette condamnation est lourde à porter pour Komi et son entourage ; elle est le point focal du travail biographique à l'œuvre pendant l'enquête. En détention, il dissimule autant que possible les faits qui lui sont reprochés. Malgré l'opprobre lié aux statuts de détenu et de déviant sexuel, ses parents accompagnent et financent le processus judiciaire et sa détention ; ils parviennent à lui obtenir un congé sans solde et se portent garants de son hébergement post-carcéral.

---

[878] À la différence des individus de cette classe, qui sont soit étrangers en situation irrégulière, soit français avec des papiers en cours de validité, Komi est étranger en situation régulière. Il partage les trois premières caractéristiques les plus significatives de cette classe : il est incarcéré pour la 1re fois au moment de l'enquête, depuis moins de 6 mois au total et il est étranger en situation administrative.

[879] Une charge virale indétectable indique que le nombre de virus dans le sang est inférieur au seuil de détection de l'équipement utilisé en laboratoire aujourd'hui. La personne séropositive est estimée non-infectieuse mais peut nécessiter un traitement antirétroviral. Son suivi médical est moins intense.

[880] Le procès et les appels reviennent dans nos échanges car ils occupent une place importante dans le quotidien de Komi. En revanche, ils ne sont pas racontés comme des ruptures biographiques et ne sont ainsi pas abordés ici. Pour approfondir sur cette question et sur l'effet de la déclaration de l'état de santé et sa prise en charge pendant la procédure pénale, voir : MAHI Lara, « Une sanitarisation du pénal? La mobilisation de la maladie dans des procès pénaux », *Revue Française de Sociologie* 56 (4), 2015, p. 697-733.

En termes de soutien et de ressources, Komi correspond à la classe intitulée « insertion ». Il partage les caractéristiques des dix-sept individus qui ont tous un hébergement prévu à la sortie. Comme plus de la moitié d'entre eux, il pense avoir un emploi à sa sortie de prison, même si elle est lointaine. Ses parents sont très présents, ils le soutiennent et Komi pense qu'ils viendront surement le chercher à la sortie. Enfin, il ne perçoit aucune allocation familiale ni aide sociale[881].

Édouard

Un deuxième homme pour qui la peine de prison relève de l'idéal-type de l'incarcération catastrophe est Édouard. De plusieurs façons, il correspond à la masculinité hégémonique[882] de son milieu social. La masculinité hégémonique est une configuration de pratiques situées qui constituent une position dominante dans l'ordre de genre masculin. Édouard la met particulièrement en avant lors de nos entretiens. Il se présente en énonçant un nom à plusieurs particules, m'indiquant que le premier terme suffira. Il est « blanc », élégant malgré son bas de survêtement et s'exprime dans un français très rapide, ponctué de passé simple, et si soutenu que je suis gênée du mien. Il aime citer Foucault et Deleuze et me dira plus tard qu'il est le trente-sixième d'une lignée d'aristocrates français. Il me dit spontanément qu'il est homosexuel, encore peu au fait du tabou en milieu carcéral. Lorsque je l'interroge sur son parcours biographique, international et plein d'engagements prestigieux, l'enchaînement d'étapes qu'il me livre est un peu trop touffu pour satisfaire au temps chronologique. Diagnostiqué comme un « mytho » par un psychiatre à qui je relate l'entretien[883], je décide de maintenir son récit de vie dans le corpus de données lorsque je m'aperçois que cet enthousiasme dans la présentation de soi s'estompe au fur et à mesure des entretiens et que son récit devient de plus en plus crédible et cohérent. Il apparaît finalement clair qu'il exerce un métier de soins en cabinet, qu'il a suivi une formation universitaire et qu'il est issu d'une famille très aisée. Même si sa consommation de drogues en contexte festif a beaucoup augmenté depuis quelques années, l'incarcération ne lui est jamais apparue comme une bifurcation

---

[881] Par contre, sa couverture médicale est atypique pour cette classe (et pour l'ensemble du groupe des répondants au questionnaire) : parce qu'il est salarié dans une grande institution publique, il est couvert par le régime général de l'assurance maladie.

[882] CONNELL R. W., *Masculinities*, Oakland, University of California Press, 1995.

[883] Le terme « diagnostiqué » est à prendre au second degré ici. Certaines relations d'enquête m'ont interrogée, et remise en question, plus que d'autres. Pour m'orienter dans ma réflexion et consolider mon positionnement dans l'enquête, j'ai eu des échanges avec un psychiatre étranger au milieu carcéral. Ces échanges sont restés strictement non identifiants et sont contraints par le secret professionnel. Ce point est développé dans le chapitre 3.

biographique possible. Et, plus que Komi, Édouard ne correspond pas au profil de recrutement majoritaire du système carcéral[884], du fait de sa classe et sa couleur de peau.

Ses caractéristiques sociodémographiques, géographiques et pénales permettent de rapprocher Édouard à la classe libellée « primo-incarcérés[885] ». Il partage les caractéristiques principales de ces onze individus, qui sont tous incarcérés pour la première fois au moment de l'enquête. Comme plus de la moitié d'entre eux, il n'est pas en couple, il n'a jamais connu l'errance, il a une activité majoritairement non délictueuse avant la détention et il a été incarcéré moins de six mois au cours de sa vie. Comme Komi, il est prévenu pour une inculpation criminelle[886]. Ses ressources et le soutien de ses proches ou des professionnels autour de lui permettent d'associer Édouard à la classe libellée « insertion[887]. » Il partage les caractéristiques principales de ces dix-sept individus, qui ont tous prévu un hébergement à leur sortie et qui ne perçoivent ni RSA, ni allocation de chômage, ni AAH. Comme plus de la moitié d'entre eux, il n'est pas couvert par la CMU et pense avoir un emploi à la sortie[888].

L'expérience subjective de cette incarcération comme catastrophe et l'épreuve de la destruction de son identité sociale sont un sujet que nous abordons souvent en entretien, et tout particulièrement après sa sortie. Les conditions de vie déplorables en détention et le traitement indigne des détenus sont des sujets récurrents dans les échanges avec les personnes incarcérées. S'ils suscitent habituellement de la colère et de la frustration, chez Édouard, ces plaintes sont accompagnées d'une incrédulité, dans une sorte de découverte d'une autre condition humaine, insoupçonnée et intolérable. Il vit les interactions avec les policiers et les surveillants comme des manques de respect inadmissibles ; il les refuse, recourant à des modes de résistance propres à sa classe sociale qui détonnent en prison. Il recourt par exemple à la théorisation ou la plainte écrite. Voici ses premières phrases, lors du premier entretien :

> *« Ici, en prison, tout est fait pour noyer le sujet et le déconstruire [il cite Deleuze]. (…) Les autres, ce qu'ils veulent, c'est la paix. Foucault est ici très*

---

[884] WACQUANT Loïc, *Punir les Pauvres*, Marseille, Agone, 2004 ; FASSIN Didier, *L'ombre du monde: Une anthropologie de la condition carcérale*, Paris, Seuil, 2015 ; HERPIN Nicolas, *L'application de la loi: deux poids, deux mesures*, vol. 8, Paris, Seuil, 1977.

[885] Pour la description des six classes et les paramètres de la classification, voir page 7.

[886] En revanche, comme une minorité des hommes de la classe, il n'a pas d'enfant et il est français avec des papiers d'identité en cours de validité. Il partage deux des quatre caractéristiques les plus significatives de cette classe: il est incarcéré pour la 1e fois au moment de l'enquête, pendant moins de 6 mois au total au cours de la vie.

[887] Pour la description des six classes et les paramètres de la classification, voir page 7.

[888] En revanche, comme seulement trois d'entre eux, il est couvert par le régime général de l'assurance maladie. Il partage les caractéristiques les plus significatives de cette classe, car il a un hébergement et un emploi prévus à la sortie, emploi pour lequel il n'a pas eu besoin d'aide, il ne perçoit aucune allocation sociale, n'est pas couvert par la CMU et n'a pas eu de contact avec des travailleurs sociaux avant l'incarcération.

pertinent. [Un autre auteur] parle de lieu d'expiation, ce n'est pas pertinent. (...) En face, les détenus font du bruit, pour montrer qu'on existe ; plus on frappe, plus on fait de bruit, plus c'est la guerre. »

(Édouard, 41 ans, VIH+ depuis 18 ans, 1re incarcération)

Indigné des conditions de propreté pendant sa garde à vue, il se plaint des punaises dans sa cellule et de l'indifférence des policiers au nombre de ses piqures, en m'indiquant « ça a été su, j'ai fait une lettre ». Cette découverte de la violence structurelle fait partie de l'expérience de basculement d'un milieu social à un autre, un élément déterminant de « l'incarcération catastrophe ». Dans ses autres dimensions, elle recouvre la perte d'un statut social provoquant un travail biographique de recomposition conséquent.

Après une détention préventive de 3 mois et un non-lieu, Édouard est libéré. Il doit s'ajuster à un nouveau statut social : il a perdu sa patientèle, son entourage s'est éloigné et il est financièrement dépendant des proches qui sont restés. Il vit « sous seringue, de prêt d'amis. (...) Je ne suis pas à la rue. C'est une bombe à effet limité, mais quand même. La théorie de l'éclaboussement sur le corps détenu, vous savez, Foucault, et Mary Douglas aussi : j'y suis. Ça rejaillit. Certains [amis] s'éloignent oui, les intellectuels un peu moins, le cercle des analystes, les moins bons. (...) La déflagration symbolique existe... Je ne suis plus au-dessus de tout soupçon. » Au-delà de la présomption de culpabilité, c'est la charge morale de l'acte qui s'impose sur les relations sociales possibles et qui fonde le travail de recomposition.

Dans cette situation sociale extraordinaire de l'incarcération, Édouard et Komi font ainsi l'expérience d'une rupture biographique. Elle marque la fin d'un parcours confiné dans une classe sociale étrangère au milieu carcéral et qui leur accordait le privilège d'ignorer les rouages et les effets sociaux de l'institution. L'incarcération marque le début d'un parcours de déclassement, que je développe dans la troisième partie de la thèse. L'expérience corporelle de la détention et les rapports au soin et aux soignants viennent épaissir cette première analyse et seront abordés dans le chapitre 6.

L'événement carcéral est d'une tout autre couleur pour la plus grande partie des hommes et des femmes séropositifs au VIH ou atteints d'une hépatite C. Pour certains, il est remarquable dans le récit de vie tout en étant inséré dans une activité délinquante assumée.

Le tournant puis la « normalité délinquante »

Couly et Alain racontent leur parcours autour d'un ou deux événements saillants, qui ne correspondent pas à une incarcération. Contrairement à Komi et Édouard, la délinquance fait partie de leur horizon (à des degrés variables selon les périodes), rendant les incarcérations prévisibles. Ce sont plutôt des événements relevant d'autres

sphères de la vie qui rythment leurs biographies, comme la sphère familiale, et qui entraînent une contamination des sphères et un changement d'inflexion du parcours. Ainsi, Couly me livre son parcours en énonçant explicitement deux moments importants : la bifurcation biographique suite à l'occasion manquée d'une entrée dans la carrière de footballeur professionnel et la naissance de sa fille, parce qu'elle met fin prématurément à sa prise en charge par la Ddass[889].

Couly

Couly quitte le Sénégal pour la France à l'âge de 6 ans. Après un premier placement en famille d'accueil où il était battu, il redouble son CP et rejoint son frère dans une famille agréée du Sud francilien. Il s'adapte et apprend le français :

> *« Le martinet, pour lui faire rentrer le français, ça marchait bien. Il ne parlait pas français quand il est arrivé. Mais il a vite appris, avec le martinet qui l'attendait quand il disait une bêtise ou ne faisait pas attention. »*
>
> (Couly, 36 ans VIH+ depuis moins d'un an, 1re incarcération – notes d'entretiens[890])

Couly a un sens de l'humour et prend plaisir à échanger pendant les entretiens. Les caractéristiques sociodémographiques, géographiques et pénales mesurées dans l'enquête par questionnaires me permettent d'associer Couly à la classe « primo incarcérés » ; il partage les caractéristiques principales du groupe de onze détenus incarcérés pour la première fois au moment de l'enquête. Ces caractéristiques sont les suivantes[891] : il est incarcéré pour la première fois et depuis moins de trois ans au moment de l'enquête. Il partage les trois premières caractéristiques les plus significatives de la classe : il est incarcéré pour la 1re fois au moment de l'enquête ; il a été incarcéré moins de six mois au total au cours de la vie et il est étranger en situation administrative régulière[892].

Après ses CAP et BEP en électrotechnique, il obtient un baccalauréat professionnel, signe d'une relative aisance scolaire. Il est à l'aise en entretien aussi, ce qu'il explicite en

---

[889] Lorsque Couly parle de son « contrat jeune majeur avec la Ddass », il fait référence à sa prise en charge contractualisée par la Direction départementale des Affaires sanitaires et sociales (devenue Aide sociale à l'enfance en 2010) ; elle inclut une prise en charge psychosociale, un hébergement et une allocation financière, sous conditions déterminées au cas par cas.

[890] Comme indiqué dans le chapitre 4 concernant l'enquête par entretiens biographiques, les conditions d'enquête n'ont jamais permis d'enregistrer les entretiens en détention. Selon les conditions pour chaque entretien, la prise en notes de verbatim a parfois été possible (ces entretiens sont restitués ici à la première personne) ; parfois, comme dans le cas de Couly, les notes ont été reprises dès la fin de l'entretien et ont plutôt donné lieu à des entretiens repris dès l'entretien clos, rédigés à la troisième personne, avec le plus grand souci de restitution des expressions de l'interviewé.

[891] Pour la description des six classes et les paramètres de la classification, voir page 7.

[892] Par contre, son activité avant la détention est différente des autres individus de ce groupe, étant à la fois délictueuse et non-délictueuse.

m'indiquant d'emblée que c'est dans la vente qu'il a toujours travaillé, parce qu'il a la « tchatche » et « un bon contact avec les gens, qu'il peut « vendre n'importe quoi à n'importe qui ». Il a fait tous les « sous-métiers, histoire d'avoir du pain sur la table et des fruits dans le frigo. » Il s'informe, aiguisant son sens critique, et parle comme s'il avait une prise sur le monde : il a des opinions sur la situation géopolitique qui font de lui un acteur plus averti que la moyenne ; il est éloquent dans sa dénonciation des rapports de race qui jouent contre lui au travail ou face au système judiciaire. Il revendique une assurance déterminée :

> « *S'il pouvait voter, il aurait voté pour Sarkozy en 2005. Il a la dégaine, [Sarkozy], et Couly, il aime bien sa façon de penser. Oui, sa politique est faite pour les riches, pour qu'ils restent riches. Mais lui [Couly], il a l'intention de devenir riche. Il faut avoir de l'ambition dans la vie.* »
>
> (Couly, 36 ans VIH+ depuis moins d'un an, 1re incarcération – notes d'entretiens)

Il en va de même pour le VIH : contrairement aux autres détenus mal informés et intolérants, lui, connaît les risques, les modes de transmission et les procédures médicales, qui peuvent amortir l'impact de la séropositivité sur le quotidien et les projets de vie, comme par exemple le lavage de sperme pour réduire la transmission prénatale et parvenir à avoir des enfants malgré le VIH. Cette distinction s'ancre dans son origine sociale. Couly me dit être descendant du premier roi Djolof et son père était commandant des armées au Sénégal.

Ces prédispositions à la réussite, à la fois sociale et personnelle, concourent à la frustration et à la déception de Couly, lorsqu'un recrutement en centre de formation au football lui est refusé. Cet événement prend la forme d'une opportunité manquée dans le récit de Couly, et il en attribue la responsabilité entière à sa famille d'accueil. La proposition d'intégrer un centre de formation au football est synonyme d'un départ et de la fin de la prise en charge par la famille. Ce départ signifie une perte de revenu pour la famille d'accueil et explique leur refus de le laisser partir. Ce refus motive en lui un changement radical de comportement :

> *« Ça se passait plutôt bien jusque-là avec eux, mais à partir de ce moment-là, il a commencé à faire le con. Couly a commencé les conneries, mais il a toujours pu éviter le commissariat. Avec un groupe de potes, ils fumaient et buvaient à un arrêt de car du village. Du tapage nocturne. Ils étaient très peu nombreux à être noirs dans leur village, il restait avec les seuls autres noirs, à l'arrêt de car. »*
>
> (Couly, 36 ans, VIH+ depuis moins d'un an, 1re incarcération – notes d'entretien)

Couly raconte ce refus comme une bifurcation, à la fois le terreau d'un comportement déviant et la cristallisation d'une résistance aux rapports sociaux de génération, de classe et de race.

Couly continue le football en club, mais il finit par quitter la famille d'accueil. Il est conscient de la mise à distance qu'imposent les rapports sociaux de race au sein de la famille et dans son village. Il me raconte

> *« [qu'à] 18 ans, il les a laissés, sa famille d'accueil, parce qu'ils n'étaient pas honnêtes. Son frère, lui, aime bien les appeler, lui, non. C'était des Français, de bons Français. Tous les ans, ils allaient à la mer et au ski — mais c'est la Ddass qui payait. »*
>
> (Couly, 36 ans, VIH+ depuis moins d'un an, 1re incarcération – notes d'entretien)

Il en parle à plusieurs reprises au cours des entretiens, en explicitant son expérience racisée de jeune homme noir né au Sénégal. C'est une dimension importante de sa grille de lecture, qui prend aussi sens dans l'ambigüité identitaire qu'elle impose et qu'il incorpore : Couly est né à l'étranger, mais a grandi en France, il se « sent français, mais y est traité comme un Noir, pas assez français en France et trop français au Sénégal[893]. » Il me confie qu'il n'a jamais fait les démarches pour demander la nationalité française, bien qu'il soit en France depuis plus de plus de trente ans, qu'il y ait été scolarisé en primaire et secondaire, et que ses deux enfants soient de nationalité française. Il conclut ici qu'il se considère plus français que sénégalais, mais il reste prompt, par ailleurs, à dénoncer l'exclusion raciale à la française, « ordinaire », et à prendre ses distances avec une France trop souvent hypocrite selon lui. Enfin, comme beaucoup de jeunes de sa génération, Couly emploie le terme « français » pour désigner les jeunes hommes blancs, ou tout du moins non Noirs et non Arabes. Il rappelle ainsi combien ces références explicites aux catégories raciales via la couleur de peau sont très prégnantes entre autres en détention comme catégorie d'entendement des rapports sociaux[894].

La première bifurcation dans le parcours de Couly, qu'il attribue au refus de la famille d'accueil de le laisser être recruté en centre de formation au football, se consolide plus tard, lorsqu'une rupture du ligament met définitivement fin à ses ambitions. Ayant

---

[893] NDIAYE Pap, *La condition noire: Essai sur une minorité française*, Paris, Calmann-Lévy, 2008, p. 360-370 ; FASSIN Didier et FASSIN Eric (dir.), *De la question sociale à la question raciale ? : représenter la société française*, Paris, La Découverte, 2006.

[894] Peu d'études existent à ce sujet sur le milieu carcéral français. Cependant, les sociologues de la prison étasunienne ont largement documenté la « race » et l'ethnicité comme facteur identitaire et catégorie d'entendement du social en détention, voir WACQUANT Loïc, « Symbiose fatale. Quand ghetto et prison se ressemblent et s'assemblent », *Actes de la recherche en sciences sociales* 139 (1), 2001, p. 31-52 ; SABO Don F., KUPERS Terry Allen et LONDON Willie James, *Prison masculinities*, Philadelphia, Temple university press, 2001.

continué le football en club après son départ de la famille d'accueil, il joue en centre de formation pendant deux ans dans le nord de la France. Sa socialisation, son quotidien et sa projection dans une carrière professionnelle sont entièrement contenus par le football[895]. Il se prépare à un recrutement en Italie, pour pouvoir un jour jouer pour le Sénégal. L'accident met fin à ses projets, reléguant le football professionnel à un parcours imaginaire.

> *« Sans l'accident, il ne serait pas resté en France. Il allait partir en Italie. Et oui, il aurait joué pour le Sénégal aussi. Il était "aspirant pro", ça s'appelle. Il a commencé à S., puis à C. pendant deux ans. Il était payé et tout. À 17-18 ans, il gagnait 15 000 francs. Mais quand on est jeunes, on flambe. Il a dépensé l'argent en sapes, etc. Ils étaient jeunes. Il dit : « On était assisté, ils faisaient tout. Ils venaient même nous changer l'ampoule dans la chambre si elle était cassée. Tout pour que tu joues au foot, qu'au foot. » Puis il y a eu l'accident, pendant un match : déchirure du ligament. Le club l'a délaissé un peu. Il est descendu [dans le sud de la France], pour jouer dans de petits clubs, mais ça n'a pas marché. Sans l'accident, il aurait été un footeux. Et puis, il a eu sa fille, un autre accident. »*
>
> (Couly, 36 ans, VIH+ depuis moins d'un an, 1re incarcération – notes d'entretien)

Couly attribue en partie sa blessure à ce qu'il appelle « une mauvaise hygiène de vie ». Il s'engage dans un bac professionnel et signe un contrat dit « jeune majeur » avec la Ddass (qui finance son hébergement en appartement et ses frais quotidiens). La naissance de sa fille n'est pas prévue ni prise en charge par la Ddass. Le contrat est rompu et il part. L'enchaînement chronologique des événements n'est pas évident à reconstituer à ce moment du récit. Le foot, le contrat jeune majeur, l'appartement, la rupture du ligament, sa fille, le travail se chevauchent un peu sans pour autant être compatibles d'un point de vue extérieur. Ce qui est plus intéressant à retenir est le processus de subjectivité à l'œuvre dans la construction du récit. Ce moment correspond à une « normalité » subjective décrite par le triptyque travail-logement-famille, que l'incarcération vient interrompre, et ce, de manière tout à fait prévisible et intelligible :

> *« Il joue au foot comme « aspirant pro » et sensiblement au même moment, il est parti en contrat jeune majeur avec la Ddass, en appartement seul. Il faisait un bac pro, mais entre-temps, il y a eu sa fille. La Ddass a refusé de prendre en charge sa fille, dans son appartement, donc le contrat a été rompu et il est parti. Là, il a commencé une période où il avait un travail, un appartement, une fille et le foot. Mais il s'est blessé, car il avait une mauvaise hygiène de vie. Puis, il s'est consacré à sa fille. Il a toujours travaillé, pas d'incarcération, rien. Jusqu'à ses 36 ans. »*

---

[895] DAMONT Nicolas, *Un ballon dans la tête, socio-ethnographie de l'apprentissage du métier de footballeur*, Mémoire de master 2, Paris, EHESS, 2008.

(Couly, 36 ans, VIH+ depuis moins d'un an, 1re incarcération – notes d'entretien)

La « normalité » qui débute à la rupture du contrat avec la Ddass, comprend une consommation de psychoactifs, légère, sociable et maîtrisée. La normalité est constituée d'activités de travail, domestiques, liées à la paternité et au sport. Elle comprend aussi une activité délinquante ou une sociabilité avec des délinquants (selon que l'on se place du point de vue du juge ou de Couly) qui explique son arrestation il y a cinq ans :

> *« Il est ici, car il était aménageable, mais c'est sa faute. Il a négligé ses courriers et il a pris un an. Il devrait avoir droit à une semi ou au bracelet. [Pour une fois, je demande pourquoi il est là :] il a pris 1 an pour stups. C'était en criminelle parce que c'était de la coke et il a été pris dans une voiture. C'était en 20[xx]. Le procureur a demandé 6 mois, mais le juge lui a mis 1 an parce que [Couly] lui a pris la tête. En 20[xx], il a été attrapé puis il a été mis sous contrôle judiciaire pendant 2 ans. Ensuite, ils lui ont mis un an en lui disant "on va vous rappeler". Mais ils ne l'ont jamais rappelé. Ils lui ont envoyé des courriers et en 2011 après un contrôle d'identité, le voilà [en prison]. Avec les RPS[896], comme il est récidiviste, il a le droit à 5 jours par mois de RPS. Et peut-être à une semi-liberté à partir du mois d'octobre. »*
>
> (Couly, 36 ans, VIH+ depuis moins d'un an, 1re incarcération – notes d'entretien)

Invoquant une « mauvaise rencontre » et le fait d'avoir été « au mauvais endroit au mauvais moment », Couly ne reconnait pas les faits qui lui sont reprochés. Pour autant, le processus lui est familier, il comprend sa situation pénale et maîtrise le vocabulaire et les procédures. Même si elle est illégitime, l'incarcération est dans la suite des choses, prévisible et anticipée. Elle est préparée aussi : parce que ses pairs ont partagé leurs expériences de la détention, Couly connaît tous les « trucs » pour mieux vivre sa peine de prison, comme la chauffe[897] ou le contournement de l'attente pour voir une infirmière, et sait comment se débrouiller au quotidien. Autrement dit, l'incarcération n'est pas saillante dans son parcours, qui s'articule plutôt autour de l'opportunité manquée et l'accident, dans un premier temps, et autour de la naissance de sa fille et de sa stabilité, dans un second temps. Enfin, un dernier élément infléchit la biographie de Couly de manière conséquente, la découverte de sa séropositivité, je l'aborde dans la suite de ce chapitre.

Au moment de l'enquête, Couly a des liens distendus avec les mères de ses enfants. Il peut cependant compter sur sa sœur, qui l'héberge avant et après son incarcération et qui le soutient dans ses démarches à venir. En termes de soutien et de ressources, Couly

---

[896] RPS : réduction de peine supplémentaire

[897] La chauffe est un assemblage, ou plutôt un bricolage, qui permet de réchauffer sa nourriture à partir d'objets présents en cellule et de cuisiner ou améliorer un repas.

correspond à la classe intitulée « minimas couverts » et partage les caractéristiques principales d'une grande partie des détenus de ce groupe[898]. Avant son incarcération, il perçoit le RSA et il est couvert par la Couverture maladie universelle et l'Affection Longue Durée.

Alain

Alain a lui aussi été très affecté par l'annonce de sa séropositivité, mais elle a lieu dix ans avant notre rencontre et depuis, sa prise en charge s'est routinisée. Son récit de vie est plus difficile à éliciter que celui de Couly. Alain est prudent dans la relation d'enquête et met plusieurs rendez-vous à répondre au-delà de mes questions. Il attend de voir en quoi nos entretiens pourraient réellement différer de tous les autres entretiens médicosociaux qu'il a eus au cours de sa vie. Depuis son arrivée du Gabon il y a douze ans, il a été pris en charge à l'hôpital pour son VIH, en CSST[899] pour sa toxicomanie et il a été incarcéré trois fois : autant d'entretiens, de prises en charge découpées et d'injonctions biographiques, auxquels il sait répondre de manière factuelle et efficiente. Au fur et à mesure des rencontres, la relation d'enquête s'installe ; Alain est un des premiers détenus à m'aider en testant le questionnaire que je prépare pour la seconde phase de l'enquête en détention.

Ce moment autour du questionnaire permet de développer son récit de vie. À 34 ans, il est en concubinage avec la mère de sa seconde fille dans une grande ville de l'ouest de la France. Ils sont très proches, mais il parvient à lui cacher son usage d'héroïne ponctuel et son traitement de substitution aux opiacés. Il a une première fille d'une union précédente, qui habite la même ville, mais qu'il voit moins souvent. Au Gabon, il quitte l'école à l'âge de dix-sept ans pour travailler dans le secteur du bâtiment et des travaux publics. Il est moins à l'aise à l'écrit qu'à l'oral. Depuis cinq ans, il enchaîne les contrats à durée déterminée et les périodes de chômage[900]. Sa consommation de drogues ne gêne pas son rythme de travail, mais elle est à l'origine de ses trois incarcérations précédentes et de ses condamnations à une obligation de soins.

En termes de caractéristiques sociodémographiques et pénales du volet d'enquête par questionnaires, Alain correspond à la classe des « longues peines », car après nos entretiens et une longue incarcération préventive, il est condamné à 4 ans de prison ferme. Il est entouré et n'a pas connu de précarité exacerbée : il est marié, n'a jamais connu l'errance, il vit en France depuis longtemps et enchaîne les missions en *intérim*

---

[898] Pour la description des cinq classes et les paramètres de la classification, voir page 14.

[899] CSST : Centre spécialisé de soins aux toxicomanes, aujourd'hui devenu Csapa : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

[900] Alain a un titre de séjour.

dans le secteur du bâtiment (des revenus supérieurs à 1500 euros par mois)[901]. Quant aux caractéristiques liées aux ressources et au soutien, Alain pourrait correspondre aux individus de la classe « insertion » : à sa sortie, il sait pouvoir regagner son logement, où il vit avec sa femme et son jeune enfant ; il sait trouver du travail à la sortie, en retournant travailler comme intérimaire dans le secteur du bâtiment ; il ne perçoit aucune allocation à l'exception de l'allocation « chômage », entre deux contrats[902].

Cette fois, il est incarcéré après avoir été arrêté en voiture avec plus d'un kilo d'héroïne. C'est la première fois qu'il transporte de la drogue et le fait pour le salaire payé en héroïne et en euros. Il apprend qu'il est condamné à quatre ans de prison sans sursis quelques mois après notre première rencontre, une peine bien plus longue qu'anticipée à cause des « peines planchers[903] ». La dureté de la nouvelle occupe nos deux derniers entretiens, dans l'attente de son transfert vers un établissement pour peines[904]. La condamnation annonce un moment d'ajustement difficile et la consolidation de la distance avec sa concubine. Les incarcérations font néanmoins partie de son parcours et de son horizon des possibles. Alain les comprend comme une conséquence prévisible de son parcours de consommateur. On ne peut raisonnablement pas faire l'hypothèse que cette incarcération deviendra un événement marquant dans la mesure où elle ne marque pas de rupture subjective entre un « avant » et un « après » ni de rupture d'intelligibilité[905]. Par ailleurs, Alain a de l'expérience et sait s'ajuster pour maîtriser cette situation sociale particulière.

> *« Il ne prend pas ni d'anxiolytiques, ni dépresseurs. Rien de tout ça.*
>
> *Je demande s'il pète les plombs alors [un risque certain en détention, dont on vient de parler]?*
>
> *Non, pour quoi faire ?*
>
> *Parce que ça soulage ?*
>
> *Non, il ne fait pas ça lui. Il cherche plutôt des solutions, il réfléchit. Ça ne sert à rien de résister ici, ils se mettent à quinze sur toi et tu finis au mitard. Lui préfère garder profil bas et me dit à deux reprises qu'en 1er nord, les détenus ne se cherchent pas de problèmes, car ils tiennent à leur place de travailleur. »*

---

[901] En revanche, à 34 ans, il est plus jeune que les autres hommes de cette classe, qui ont entre 40 ans et 49 ans. Arrivé il y a douze ans, il est en France depuis moins longtemps que les autres, qui y vivent depuis plus de vingt ans.

[902] Cependant, contrairement aux autres individus de cette classe, il était suivi assez régulièrement par des professionnels du médicosocial, pour ses problème d'addiction et son traitement de substitution.

[903] Dans certaines situations et lorsque le justiciable est reconnu coupable, la ou le juge est tenu de prononcer une peine supérieure à un seuil minimal, dite « peine plancher. »

[904] Les établissements pour peines regroupent les maisons centrales et les centres de détention et accueillent les détenus condamnés dont le reliquat de peine est supérieur à un an. Dans la pratique, les détenus condamnés à moins de deux ans restent incarcérés à la maison d'arrêt où je rencontre Alain.

[905] BENSA Alban et FASSIN Eric, « Les sciences sociales face à l'événement », *art. cit.*

(Alain, 34 ans, VIH+ depuis 8 ans, 4e incarcération – notes d'entretien)

Dans le récit de vie d'Alain, c'est plutôt le couple, le travail et la consommation maîtrisée qui rythment tranquillement le parcours, sans inflexions majeures à première vue. Même l'arrivée en France est lissée, alors qu'elle est un changement important avec des ajustements conséquents pour le quotidien et sa projection dans une situation sociale nouvelle. C'est en creusant et en dépassant la relation médicosociale présumée, que le récit révèle le contexte de ce tournant biographique et les ajustements, notamment en termes de réorganisation du milieu social et de reconfiguration des rapports avec les proches. Les événements migratoires ne sont pas centraux dans la relation thérapeutique. Le départ du Gabon implique pour Alain de s'adapter à un nouveau milieu social et de construire de nouveaux rapports familiaux avec ses proches, transnationaux, où téléphone et taxiphone deviennent les médiateurs principaux[906]. Dans les prochaines pages, il sera question du deuxième événement marquant dans le parcours d'Alain, véritable rupture biographique, celui de la découverte du VIH.

Pour Alain et Couly, les événements qui infléchissent les parcours ne sont donc pas carcéraux. Usagers de drogues et délinquants occasionnels, la prison n'est pas pour autant vécue ou racontée comme un risque professionnel, assumé et préparé puis lissé dans le parcours. Ils mettent plutôt en avant une stabilité et une continuité, qui même si elle est de courte durée, laisse paraître l'importance accordée au travail et à la vie de famille. Les ruptures induites par la découverte du VIH sont vécues comme des catastrophes du fait même de la mise en danger du projet de vie de famille, un élément clé de leur perception de la norme masculine et de leur rôle de père.

Pour d'autres hommes détenus, les parcours ont un rythme bien différent : dans des parcours marqués par la précarité et la dépendance, l'incarcération n'est ni exceptionnelle ni réellement perturbatrice.

Des parcours lisses en rebondissements : les récits de dépendance

Pour neuf des hommes interviewés, l'entrée par des événements marquants ne parvient pas à isoler des bifurcations heuristiques pour l'analyse biographique. Les situations sociales particulières, produit des décisions de ces hommes et des contraintes structurelles dans lesquelles elles sont encastrées, sont mieux appréhendées comme une suite d'étapes, dont les transitions sont plutôt longues et diffuses dans les parcours.

[906] Pour aller plus loin, cf : MERLA Laura « Les recompositions des cadres spatio-temporels dans les familles transnationales », Conférence à l'Université d'été du Rédoc et de l'AISLF à Bruxelles, 2014.

Une grande partie des récits de vie recueillis dessinent ainsi des parcours biographiques sur fond de « galère[907] » et de précarité, ponctués de périodes d'errance et de prise en charge par l'aide sociale parfois concomitantes. Les événements marquants de ces parcours chaotiques ne coïncident pas avec la détention. La dépendance, entendue comme un usage de drogues ou une consommation d'alcool déterminante dans les parcours, est présente dans chacun d'entre eux[908].

Le choix d'interviewer des hommes séropositifs au VIH ou au VHC donne d'emblée une place prépondérante à l'expérience toxique dans le corpus[909]. Parce que les histoires que m'ont racontées ces hommes ne sont pas des récits de drogue, mais des récits de vie, c'est plutôt l'entrée par les bifurcations biographiques qui est privilégiée. De plus, les travaux de P. Bouhnik et F. Fernandez ont finement décrit les conditions structurelles de ces parcours et la place de l'enfermement dans les expériences d'usagers de drogues. Dix à quinze ans plus tard[910], je qualifie ici les récits de vie en référence à ces travaux, en insistant sur l'enchaînement des situations sociales, souvent pris dans l'engrenage du traitement social de la toxicomanie. Ainsi, pour ces hommes, l'incarcération en cours au moment de notre rencontre n'est pas la première et n'est pas exceptionnelle. À cause de son usage de drogues, le détenu dépendant est tout à la fois considéré comme un patient atteint d'une pathologie et comme un individu pénalement responsable de ses choix[911].

André

Si le changement d'inflexion dans les parcours vers la figure de « l'inutile au monde[912] » est peu visible pour six d'entre eux (André, Iliès, Amin, Ahmed, Wassim et

---

907 LAÉ Jean-François et MURARD Numa, *Les récits du malheur*, Paris, Descartes et Cie, 1995 ; DUBET François, *La galère jeunes en survie*, Paris, Fayard, 1987. Je distingue ces parcours de ceux décrits par Tristana Pimor dans sa thèse sur les « zonards », des jeunes vivant souvent à la rue et se revendiquant d'une sous-culture particulière, en partageant notamment des positions politiques et des affinités pour la musique techno et les *free parties*, voir PIMOR Tristana, *Zonards. Une famille de rue*, Paris, PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE, 2014.

908 L'usage de drogues et l'abus d'alcool sont aussi présents et déterminants dans les trajectoires plus marquées par les bifurcations, décrites dans ce chapitre.

909 Le mode de contamination privilégié de ces virus est sanguin ; un risque inhérent à la consommation de drogues par voie intraveineuse ou nasale sans précautions ou avec partage de matériel.

910 L'enquête de terrain de Patricia Bouhnik se déroule dans la seconde moitié des années 1980 ; celle de Fabrice Fernandez, dans les années 2000. Le contexte socio-politique et le traitement de la toxicomanie comme problème public dans ses dimensions sanitaires et judiciaires ont changé et la réduction des risques, devenue politique sanitaire, rend les prises en charge de la dépendance et de la précarité accessible sur une large partie du territoire français. Dans la mesure où cette évolution affecte les parcours individuels, je l'aborde dans les parties I et III.

911 A. Ogien (1997) in FERNANDEZ Fabrice, « Contrôler la toxicomanie en maison d'arrêt: punir pour mieux soigner. », *Sociologie santé* (27), 2007, p. 173-192.

912 « L'inutile au monde » est une notion de Robert Castel reprise par G. Chantraine dans son travail sur les trajectoires carcérales. Elle est utilisée en référence à « l'image du vagabond désaffilié à travers les époques. Dans sa version contemporaine, elle désigne les nouveaux surnuméraires, valides invalidés par la conjoncture socio-économique actuelle (Castel, 1995). », voir CHANTRAINE Gilles, « Prison, désaffiliation, stigmates », *Déviance et Société* (4), décembre 2003, p. 363-387.

Jean) il est plus perceptible pour Mehdi, Alain, Patrick et Ayoub. Pour ces quatre hommes, dont les parcours sont abordés dans un second temps, ce changement s'opère dans un glissement de la carrière de dealer à celle de toxicomane.

André est le fils d'une famille séfarade qui a toujours été là pour lui. À 48 ans, il commence à tourner la page, après une vie d'opiacés, de co-infection, de petite délinquance et d'incarcérations à répétition. Pour lui, l'incarcération n'est pas une pause, car à chacune de ses seize sorties de prison, il pouvait retourner chez ses parents ou dans l'appartement qu'ils l'aident à garder. La prison comme pause, c'est pour ceux qui n'ont pas de famille, m'explique-t-il. Trapu et musclé, il parle posément, à l'aise dans un premier entretien pourtant conduit sur des tabourets, dans une salle prévue et meublée pour la rééducation physique. Ses cheveux teints et coiffés contrastent avec son survêtement qui rappelle que nous sommes en détention. Il me fait remarquer que c'est la première fois qu'il voit quelqu'un faire sa thèse sur la santé des détenus, expliquant qu'avant c'était trop cloitré pour obtenir l'accès. Au fur et à mesure des entretiens, il se raconte d'une manière organique, presque naturelle, qui me rappelle combien il a l'habitude de se raconter à de jeunes professionnelles du médicosocial[913]. Par exemple, son récit est teinté d'éléments autoanalytiques qui transpirent les séances de psychothérapie. Il sait se raconter et semble apprécier l'opportunité de discuter.

À l'entendre, André a pris tous les risques et n'a jamais été bien observant. Il a été pris en charge en pointillé depuis des années pour son VIH, son hépatite et sa substitution (à l'hôpital et en prison, comme il en sera question plus loin dans ce chapitre). Sans que le sujet soit ouvertement abordé dans les entretiens, son récit m'apparaît plutôt comme celui de sa survie. Alors que l'on parle du fait qu'il n'a plus d'amis, il me propose son explication : « C'est la prison qui m'a sauvé. Tous ceux [de ses connaissances] qui ne sont pas en prison sont morts, soit par des maladies, le sida, soit par OD [overdose]. » La vie d'André est pleine de petits rebondissements qui se fondent dans une continuité entre dehors et dedans, et entre les prises en charge médicosociales. Par exemple, il se marie au parloir de Fleury-Mérogis, entouré du maire, de sa sœur et de sa belle-mère, par obligation envers une femme tombée enceinte avant qu'il ne soit incarcéré. Elle décède trois ans plus tard, laissant leur fils en famille d'accueil. Les rencontres entre André et son fils se font maintenant dans le cadre de visites surveillées et en présence des parents d'André. La prégnance de ses proches est une des particularités de ce récit ; ils semblent rester auprès de lui malgré tous les efforts que cela demande. Un autre exemple de la prise en charge pluri-institutionnelle, mais continue

[913] Parce que ces professionnelles sont en majorité des femmes, j'applique la règle de la « majorité qui l'emporte» et féminise ce terme. Je fais de même lorsque je masculinise « les détenus » qui ont participé à l'enquête par questionnaires, qui sont 64 hommes et 3 femmes.

est le motif de son incarcération : hospitalisé pour des œdèmes à répétition, il manque une des convocations bimensuelles liées à son sursis. Parce que son médecin n'a pas envoyé l'attestation d'hospitalisation au juge, il est automatiquement condamné à intégrer la maison d'arrêt.

Pour André, cette incarcération est injuste et illégitime, contrairement à toutes les autres, qu'il assume parce qu'il était coupable de ce qu'on lui reprochait. Cette incarcération vient interrompre l'ensemble des bonnes résolutions qu'il avait prises à la naissance de son fils, pour passer à autre chose. En reconstruisant l'enchaînement des événements et des situations qu'il me décrit, il est difficile de qualifier la naissance de son fils comme un événement qui a changé la nature ou la teneur de son parcours biographique.

Après de longs entretiens, il m'est encore difficile de distinguer clairement les périodes de prise en charge par la prison ou l'hôpital des moments passés dehors ; l'usage a graduellement laissé place à la substitution (et au suivi en addictologie), mais sans toutefois disparaître complètement ; ses proches restent présents sans non plus infléchir son récit. Ce qui est clair cependant, est l'inscription géographique de son parcours, contenue à Paris et en proche banlieue.

En ce qui concerne les caractéristiques sociodémographiques et pénales mobilisées dans l'enquête par questionnaires, André correspond à la classe intitulée « récidivistes français », décrite p. 273. Il a plus de six incarcérations antérieures et bien plus de trois années d'incarcération au cours de sa vie ; il est né et a grandi en France, il a la nationalité française et une carte d'identité en cours de validité. Comme une grande partie des autres hommes de cette classe, il est aussi célibataire et âgé entre 40 et 49 ans[914].

En termes de ressources et de soutien, il correspond aux profils des hommes de la classe « AAH », décrite p. 278. Il bénéficie de l'AAH pour son infection au VIH et peut ainsi compter sur un revenu à sa sortie de prison. Il n'est pas certain de son hébergement, comme plus de la moitié des hommes de cette classe, mais, comme eux, il reste en lien avec sa mère qui le soutient. Les professionnels de santé et les travailleurs sociaux sont présents et sont une source de soutien importante aussi.

Ahmed

Comme André, Ahmed est issu d'une famille d'origine nord-africaine installée en France avant sa naissance, dont la fratrie est en situation d'insertion relationnelle et de

[914] Cependant, contrairement à eux, il a connu moins de cinq années d'errance. Il correspond aussi aux spécificités de la classe des « multirécidivistes âgés », à l'exception de son revenu qui n'est pas supérieur à 1500 euros par mois en moyenne.

travail stable. Ahmed est le seul de sa fratrie à avoir connu la dépendance, l'errance, le travail précaire puis l'invalidité et à résider chez sa mère entre ses incarcérations. Il vit lui aussi avec le VIH depuis de nombreuses années et a souffert de nombreuses dégradations et maladies dues à des périodes en stade Sida. Il est bien connu de l'Ucsa où je le rencontre pour la première fois et de la médecin qui l'a traité pour une toxoplasmose et une encéphalite lors d'une incarcération précédente. Son hépatite C est diagnostiquée au même moment que son VIH, il y a vingt-six ans. Comme pour André, la question médicale de l'interaction des traitements et de l*a priori*té du traitement contre le VIH s'est posée à plusieurs reprises dans son parcours de soin et Ahmed en maîtrise à la fois les enjeux, le vocabulaire et les protagonistes. L'inflexion réflexive et centrée sur la personnalité – que j'attribue à l'influence du travail psychologique dont André a été d'abord l'objet puis le relais – est peu présente dans celui d'Ahmed. Il a lui aussi été suivi en service de toxicomanie à l'hôpital, associatif et carcéral par des professionnels de la santé mentale.

En revanche, il ne raconte pas son parcours comme l'évolution cohérente d'un état subjectif en voie de maturation. Il laisse une place importante aux événements extérieurs lorsqu'il raconte son travail dans le domaine de l'animation puis les nombreuses formations non diplômantes puis, effets de l'usage de la drogue, ses incarcérations répétées puis la maladie et les stades Sida invalidants. Comme beaucoup d'anciens toxicomanes, Ahmed est aujourd'hui dépendant à l'alcool, mais son état de santé est relativement stable. Comme avec André, mes notes sur son récit de vie prennent la forme d'une longue liste de prises de risques, de situations critiques et de moments où il a frôlé la mort. Si avec les autres récits, je me suis attaché à comprendre comment ils ont vécu, la question qui s'impose en écoutant André et Ahmed, mais aussi Medhi[915] et Iliès, est plutôt : « comment ont-ils survécu à un tel enchaînement d'épreuves ? »

Iliès

Dans cet enchaînement monotone de galère(s) et de prises en charge institutionnelles, on retrouve aussi les récits d'Iliès, Paul et Wassim. Iliès est plus jeune, il a 40 ans, mais est lui aussi dépendant aux produits psychoactifs. Entre les drogues illicites, la substitution, les traitements aux benzodiazépines et l'alcool, « ça fait 8 ans que j'essaye d'arrêter. » Il ajoute : « j'arrive à 40 ans, faudrait que je me calme. » Depuis ses 17 ans, il a été incarcéré treize fois. Ses parents et ses sept frères et sœurs ne viennent plus le voir en prison depuis longtemps et il n'a qu'un seul vrai ami – les autres étant plutôt décrits comme des connaissances opportunistes. Lorsque je lui demande s'il a quelqu'un, il me répond qu'il est célibataire, que sa vie est trop perturbée pour être en

[915] Le parcours de vie de Medhi est décrit dans le chapitre 7.

couple. Il reprend un lieu commun de l'addiction[916] et ajoute : « on ne peut pas être amoureux de plusieurs personnes : drogues, alcool, femme, c'est pas compatible. La drogue prend le dessus sur tout. »

Iliès est français, de parents algériens. Comme André, il est pris en charge par plusieurs institutions depuis longtemps, mais il en parle autrement. Il sait très bien ce qu'il a à faire : il sait quelles démarches il doit faire pour bénéficier de ses droits sociaux et avoir accès à des ressources. Il sait quelle association solliciter pour quel service – et sait surtout comment les éviter. Depuis quelque temps, il a pris ses distances avec les associations, qui font de plus en plus de contrôle social selon lui. Il n'aime pas non plus les façons de parler des éducateurs, surtout les jeunes, qui peuvent être infantilisants et condescendants. Quelques jours avant l'un de nos entretiens, le ministre des Affaires européennes déclare vouloir endiguer les « dérives de l'assistanat » en proposant une loi pour réduire les ressources des bénéficiaires du RSA[917]. Iliès n'est pas d'accord : sa vie à lui est pleine, il a plein d'autres trucs à gérer tous les jours.

> *« Il dit qu'on est dans l'assistanat, le ministre du RSA. C'est pas vrai ça, l'assistanat, où on cumule. Si vous avez le RSA, vous avez pas les Assedic et vice versa. Et les étrangers, ils n'ont rien, juste les soins. Pour moi, l'assistanat, c'est les associations. (...) Depuis 1 an, je me suis désintéressé de toutes les associations parce que ça a tellement changé. On dirait qu'ils travaillent plus avec la police qu'avec nous. (...) Ouais, presque il faut sortir sa carte [d'identité] pour manger aux restos du cœur par exemple. (...) J'ai vu un peu le système d'assistanat à tout bout de champ, ça m'a pas porté chance. Je pense pas que c'est sain. Ça oblige à être dépendant. »*
>
> (Iliès, 39 ans, VHC+ depuis 10 à 15 ans, 7e incarcération – notes d'entretien)

Si Iliès peut tenir ce genre de discours politique, c'est qu'il parle d'un point de vue ancré dans une longue expérience du paysage de l'aide sociale en Ile-de-France. Il fait ses propres démarches et connaît le système. Il a incorporé l'individualisation des problèmes sociaux induite par les dernières évolutions des politiques sociales et il sait répondre aux mesures de responsabilisation des assistés[918]. Sans relation substantielle avec ses proches, sa solitude me touche d'autant plus que son savoir le libère du besoin d'une relation signifiante avec un travailleur social. Il sait interagir avec les professionnels et les

---

[916] L'héroïne remplaçant la femme comme objet de désir ou le couple est un thème récurrent chez les consommateurs de drogues ; entre autres expressions artistiques, on cite fréquemment : REED, Lou (1967) « Heroin » *Velvet Underground & Nico*, Santa Monica : Verve Records.

[917] « RSA, aides sociales: Wauquiez contre «l'assistanat» », *Liberation.fr*, 2011, <http://www.liberation.fr/politiques/2011/05/09/rsa-aides-sociales-wauquiez-contre-l-assistanat_734403>, consulté le 3 mars 2015.

[918] DUBOIS Vincent, « Ethnographier l'action publique: Les transformations de l'État social au prisme de l'enquête de terrain », *Gouvernement et action publique* 1 (1), 2012, p. 83.

professionnelles du médicosocial et investir les relations humaines nécessaires pour avoir accès aux droits et aux ressources.

Sa seule relation substantielle est avec son ami de vingt ans, qui vit en Appartement de coordination thérapeutique[919] dans une communauté Emmaüs. Iliès allait le rejoindre, mais son incarcération a interrompu le processus de candidature au dispositif de travail et d'hébergement. Au cours des dernières années, Iliès a vécu à la rue, en prison, en hôtels, en foyers, sur le canapé de copains quand il pouvait, puis dans une tente près de la gare d'Austerlitz juste avant nos entretiens.

En ce qui concerne ses caractéristiques sociodémographiques et pénales, Iliès correspond à la classe des « Nord-africains précaires », décrite p. 273. Ses parents sont de nationalité algérienne, ses revenus sont faibles et ses incarcérations courtes. Elles sont dues à des infractions mineures liées à la précarité de sa condition et son usage de produits psychoactifs. Comme les autres hommes de cette classe, il est jeune et célibataire.

Quant à ses ressources et au soutien, Iliès se rapproche des hommes de la classe des « minimas couverts », décrite p. 278. Il est couvert par la CMU et le RSA est sa seule source de revenus stable. Il compte sur les professionnels de l'aide sociale pour le soutenir dans ses démarches d'accès aux droits sociaux et il prépare des demandes d'hébergement pour anticiper sa sortie de prison.

S'il me parle de son enfance et de son adolescence avec un recul qui dénote l'expérience auprès de professionnelles de santé mentale, Iliès raconte ses 17 à 32 ans comme une période monochrome, d'usage et de galère. Depuis huit ans, et toujours sans logement personnel, il essaie d'arrêter l'alcool et les drogues, dans un cycle de périodes d'abstinence et de reprise, en lien plus ou moins proche, mais jamais efficace ni agréable, avec des centres de traitement de l'addictologie, des cures et des postcures[920]. Quand je le retrouve dehors, après sa sortie de prison, c'est à l'hôpital ou en Appartement de coordination thérapeutique (ACT). Iliès fait partie de ceux qui ont accepté de me revoir plusieurs fois à la sortie de prison et j'aborderai son expérience de la sortie de manière plus approfondie dans la quatrième partie. Si l'intention derrière le recours à l'aide et aux soins diffère, les situations sociales dans lesquelles Iliès évolue restent similaires à celles d'André et d'Ahmed. Son parcours est à la fois uniforme et fébrile, fait de soubresauts entre situations d'urgence sociale et octroi d'aides temporaires.

---

[919] ACT : Appartement de coordination thérapeutique. Dispositif médico-social d'hébergement et de suivi social pour des personnes en situation de précarité atteintes d'une maladie grave et/ou chronique.

[920] Cure : centre de soin des dépendances dont l'objectif est le sevrage des patients résidents.

Postcure : centre de soin dont l'objectif est le maintien du sevrage et l'ajustement à la vie sans produits psychoactifs. Les durées de séjour peuvent être longues et par extension ces centres peuvent ainsi être utilisés comme hébergement par des personnes sans domicile fixe.

Paul

L'injection de drogues par intraveineuse et l'errance ont eu des effets similaires sur le parcours de Paul[921]. Après une première expérience de l'injection lorsqu'il était adolescent, il s'opère un glissement vers l'usage de drogues dans son récit : cette activité d'abord périphérique accapare progressivement son parcours biographique. Né d'une union mixte entre un homme Noir togolais et une femme française blanche, Paul est placé à la Ddass à l'âge de trois mois. Parmi la suite de placements en familles d'accueil et en foyers, il ne se reconnait qu'une « mère » réelle, une assistante sociale qui l'élève sans formaliser l'adoption et à qui il sera retiré à l'âge de 11 ans. À 18 ans, son usage de drogues est découvert et la Ddass met fin à son contrat jeune majeur, en recommandant à sa mère de lui retirer tout soutien. C'est ici que commence la période d'errance, de précarité, de travail en *intérim*, d'usage et de vols de subsistance, d'arrestations et d'incarcérations, de sorties, d'obligations de soins et de reprises de l'usage. Il me raconte la sévérité du traitement pénal de la toxicomanie des années 1990-2000, comme un des facteurs structurels de la persistance de l'usage et de l'errance, faisant ainsi écho aux ressentis d'André, d'Iliès, de Medhi et d'Ayoub. L'inefficacité des mesures de soins ordonnées par les juges est aussi évoquée, ponctuée par des anecdotes qui mettent en scène la solitude face aux obstacles de la vie, où l'on ne peut compter que sur soi.

Cependant, et à la différence des autres hommes rencontrés en détention, Paul est plutôt bien entouré. Malgré les incarcérations, il reste en lien avec sa mère adoptive et des amis et travaille par moments dans les entreprises de ses frères et sœurs adoptifs. À 31 ans, il a eu deux relations amoureuses sérieuses et de longue durée, dont une qu'il maintient par téléphone et courriers pendant sa détention.

Les caractéristiques sociodémographiques et pénales du récit de Paul le rapprochent de celles des détenus de la classe « récidivistes français », décrite p. 273. S'il est en couple au moment de notre entretien, il a longtemps vécu seul et n'a jamais été marié. Il a été incarcéré plusieurs fois et, comme un tiers des hommes de cette classe, il a connu de longues périodes d'errance et de débrouille. Quant aux ressources et au soutien dont il dispose, il correspond plutôt à la classe des « sorties sèches », décrite p. 278. À l'exception du logement de son compagnon qu'il prévoit de regagner à sa sortie, Paul n'a pas d'emploi ni de ressources prévues après son incarcération au moment de nos entretiens. L'autre personne qui est présente dans son récit est sa mère, mais il ne compte pas sur elle pour l'aider matériellement.

[921] J'ai déjà abordé plusieurs aspects de mes entretiens avec Paul dans les chapitres 3 et 4 mais, par souci de clarté, je reprends l'entièreté de l'analyse de son parcours ici.

Content d'avoir arrêté l'usage depuis son incarcération, le récit de Paul présente les caractéristiques de la prison comme pause et reprend certains éléments de la figure de la « prison soignante », développée dans le chapitre suivant. Nos premiers entretiens correspondent ainsi à une période d'ajustements de son traitement de substitution ; la réduction des doses de méthadone provoque un état de manque léger, mais permanent qui pèse sur les relations avec le codétenu. Il parvient à assumer le poste de détenu auxiliaire, ou « auxi-bricoleur », ce qui allège la dureté du quotidien en détention.

Paul est physiquement imposant, grand et musclé, perçu comme Noir et travailleur manuel ; il parle peu et se présente au premier entretien avec un visage stoïque et fermé. En détention, il fait tout pour se fondre dans la masculinité hégémonique[922] de la détention francilienne[923]. Alors qu'il s'installe progressivement dans l'entretien, il change de registre de pratiques de genre et raconte son enfance difficile, aborde sa vulnérabilité face à son addiction et la difficile gestion du cloisonnement des relations carcérales et des relations avec sa mère au téléphone depuis la détention ; lors des derniers entretiens, il aborde en confidence la relation avec son compagnon. Pour Paul, la dépendance, l'errance et la galère fondent la temporalité resserrée du quotidien. La rencontre puis la cohabitation avec son compagnon semblent ralentir la cadence et amorcer un changement de rythme. Il envisage la suite avec une certaine quiétude, ou résignation, pour passer l'épreuve de la détention et retrouver sa vie de couple.

Wassim

Wassim a lui aussi eu un parcours chaotique, ponctué d'incarcérations. Placé par sa mère en famille d'accueil à 3 ans et peu après son départ d'Algérie, il grandit en milieu rural dans le nord de la région Centre et ne voit sa mère que rarement. Il m'explique qu'il est « un peu différent des autres », ayant grandi dans la « culture occidentale », avec un encadrement plutôt strict, loin des cités et de la drogue. Il se distingue aussi en mettant en avant qu'à 30 ans, après dix ans de « délinquance juvénile multiple » où il enchaîne huit condamnations en neuf ans, il pense autrement et il a changé. Il est d'ailleurs marié depuis peu, avec une femme qui reste séronégative au VIH malgré les rapports non protégés. Il parle de cette union comme une étape hétéronormative importante, dans une sexualité qu'il qualifie de perverse et ambigüe : après deux relations longues avec des

---

[922] CONNELL R. W., *Masculinities*, *op. cit.*

[923] Comme le décrit J. Messerchmidt dans le cas étasunien, en détention, il fait bon agir en homme viril, c'est-à-dire fort, imposant, prêt à se défendre sans être agressif et économe dans l'expression de ses émotions et de ses sensibilités. Dans le cas présent, l'appartenance ethnoraciale de Paul joue aussi dans sa faveur, les « Noirs » et les « Arabes » étant les deux catégories majoritaires en prison en Ile-de-France, comme le rappelle D. Fassin. MESSERSCHMIDT James W., « Masculinity, crime and prison », *in Prison Masculinities*, Philadelphia, Temple University Press,U.S., 2001 ; FASSIN Didier, *L'ombre du monde*, *op. cit.*

Voir la page 205 pour un commentaire plus développé.

hommes, que l'on peut qualifier de transactionnelles[924], il tombe amoureux d'une transsexuelle sud-américaine. Il emménage chez elle et vit des revenus qu'elle génère en se prostituant. Il est violent avec elle et la relation s'interrompt lorsqu'il est incarcéré pour proxénétisme et violence aggravée.

Il ne reconnait pas le proxénétisme, mais explique cette déviation de la norme sexuelle par une enfance difficile faite de placements et de rapports douloureux avec sa mère. Il met tout particulièrement en avant un épisode d'attouchement sexuel par un oncle en Algérie. Les traces du travail psychologique dont Wassim a fait l'objet apparaissent ici en filigrane, et s'épaississent au cours des entretiens où il évoque graduellement sa polyconsommation de drogues festives, son abus d'alcool et les obligations de soins ordonnées par les juges. Ses recours à l'aide sociale sont peu évoqués dans nos entretiens, à part une demande d'AAH en cours, et ses revenus sont peu élevés, sporadiques et entièrement liés à des activités illicites.

Wassim se rapproche du profil des hommes de la classe de caractéristiques sociodémographiques et pénales intitulée « Nord-africains précaires », décrite p. 273. Il est d'origine algérienne et garde des liens avec l'Algérie. Ses revenus sont faibles et incertains et sont en grande partie issus des aides sociales et d'une activité illicite discontinue et peu fiable. Le profil de Wassim est proche de celui des détenus de la classe intitulée « sortie sèche », décrite p.278, et qui concerne les éléments liés aux ressources et au soutien. L'hébergement, l'emploi, les ressources et le soutien d'un proche sont peu probables à sa sortie de prison. Le soutien dont il bénéficie vient essentiellement de professionnels de santé et du travail social.

Amin

Les parcours d'André, Iliès, Paul et Wassim sont marqués par la dépendance. Ils consomment des produits psychoactifs illicites et des médicaments détournés ou non de leur usage et ils sont régulièrement sous traitement de substitution. Si leur usage varie et évolue dans le temps, l'alcool est vécu comme peu problématique (à l'exception de certaines périodes dans la vie d'Iliès). Pour Amin, l'alcool est le problème principal : il explique ses échecs amoureux et il pèse sur ses relations avec ses proches.

---

[924] La notion de « *transactional* sex » a été appliquée par les anthropologues du VIH/Sida en Afrique Subsaharienne dans les années 2000, en référence aux relations sexuelles entretenues par des hommes avec des jeunes femmes dans lesquelles des cadeaux sont la contrepartie des rapports sexuels. Elles sont entendues comme une catégorie de rapports qui incluent la prostitution, qui serait un cas particulier dans lequel la rétribution serait monétaire ; voir HUNTER Mark, « The materiality of everyday sex: thinking beyond'prostitution' », *African studies* 61 (1), 2002, p. 99–120.

Discutée, voire discréditée aujourd'hui, je retiens toutefois cette notion pour le parcours de Wassim, dans la mesure où ces relations qu'il présente comme des relations amoureuses sont aussi ses seules sources de revenus et de soutien matériel.

« J'ai eu quand même des bons couples d'amour et c'était toujours moi qui ai échoué. C'est-à-dire avec l'alcool, j'ai perdu mes anciennes copines. La première fois, une fille, on était pendant 3 ans ensemble, mais je buvais beaucoup. L'apéro normalement, c'est un verre ou deux. Moi, c'est la bouteille. (…) Ouais, j'étais bourré tous les jours. »

[L'alcool est particulièrement problématique avec son père] « Il disait : « on est des musulmans, on ne boit pas. » À chaque fois que je parle avec lui, je bégaie, je transpire. »

(Amin, 35 ans, VIH+ depuis 7 ans, troisième incarcération)

Les incarcérations sont un poids de plus et cette fois-ci, la troisième en dix ans, son père refuse de venir le voir et de répondre à ses lettres. La situation finit par s'améliorer et il retourne vivre chez ses parents, grâce notamment à la médiation d'une éducatrice spécialisée du Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) qu'Amin intègre à sa sortie de prison. Il retrouve ainsi son CDI d'agent de nettoyage, dans l'entreprise où travaille sa mère depuis vingt ans.

Fils d'immigrés marocains, Amin est né en France ; il a suivi sa famille lorsque ses parents, devenus propriétaires d'un pavillon en banlieue parisienne, ont quitté la cité. Il travaille tous les jours, en début et en fin de journée et passe la machine à nettoyer les sols, la serpillère et vide les poubelles dans une grande école. Il a très peu d'expérience de l'aide sociale, mais son VIH et sa situation professionnelle lui permettent d'accéder à un suivi éducatif et à l'hébergement en Csapa à sa sortie[925]. En CDI depuis dix ans et vivant chez ses parents à qui il verse un petit loyer, Amin a une situation plutôt privilégiée, au regard de celle des autres hommes interviewés dans cette enquête. Ses dépenses vont vers ses sorties et, notamment, sa consommation d'alcool. Peu avant le premier entretien, il a eu un accident de voiture, un événement qu'il raconte comme une rupture biographique :

« Un accident grave. J'étais entre la vie et la mort. J'avais fait un bête de cocktail vodka et médocs. Je me souviens, c'était le jeudi 21 janvier. Je sortais du travail. Ils m'ont emmené à l'hôpital [H]. Je suis resté une semaine dans un coma artificiel avec la mâchoire et les tibias fracturés. Ils ont trouvé 2,98 g d'alcool et des médocs. Ils m'ont fait un lavage d'estomac et une transfusion. (…) Cet accident m'a permis de vivre une seconde vie, de me battre, d'arrêter tout ça, l'alcool, le cannabis, le tabac. (…) Je devais faire mon hallal ce mois-ci au Maroc. Mais la vie a voulu me changer, si vous voulez le mektoub [destin, en arabe], a changé l'histoire. C'est ma 2e vie, depuis l'accident. Oui, j'y crois au destin. Je sais tout est gris, tout est bleu, mais on peut s'en sortir. Le destin, c'est ça. (…) Oui, c'est écrit. »

(Amin, 35 ans, VIH+ depuis 7 ans, troisième incarcération)

[925] Et son expérience avec le soin hospitalier se restreint à prise charge de son VIH, régulière et routinisée.

La suite des entretiens biographiques conduits après sa sortie permet de déceler, au contraire, une continuité dans les activités qui occupent le quotidien d'Amin. À son retour, il reprend son poste d'agent de nettoyage et reprend la consommation d'alcool excessive, en essayant de la cacher à son père. Il est donc difficile de parler de rupture ou de bifurcation pour Amin, si l'on tient compte de l'évolution de son parcours pendant le temps de l'enquête. Il est plutôt question de continuité, de prolongation d'un parcours ancré dans une vie familiale et un emploi stables — mais ponctué d'accident et d'incarcérations liées à l'usage non maîtrisé de drogues et d'alcool.

Pour ces raisons, le profil d'Amin ne correspond pas clairement à une classe de caractéristiques sociodémographiques et pénales élaborée à partir de l'enquête par questionnaires[926]. En revanche, les ressources et le soutien dont il bénéficie correspondent à celles des détenus de la classe « insertion », décrite p.278. En effet, après son séjour en postcure, Amin retrouve son emploi et sa chambre dans le pavillon de ses parents. Ses revenus et ses ressources sont certains et fiables : il peut compter sur son salaire et sa couverture maladie antérieurs. Il peut aussi compter sur sa mère, qui plaide en sa faveur auprès de son employeur et du père d'Amin pour réparer les liens distendus par l'incarcération et le stigmate de la prison.

André, Iliès, Paul, Wassim et Amin ont en commun des parcours relativement lisses, mais empreints d'une fébrilité, liée à la précarité et/ou à l'usage de psychoactifs. Ils glissent dans une dépendance, où l'activité d'abord périphérique de l'usage les rend vulnérables aux prises de risques et à l'enfermement, accaparant progressivement le parcours biographique.

Pour les quatre autres hommes avec des parcours « lisses en rebondissements », Mehdi[927], Patrick, Mourad et Ayoub, la dépendance prend de l'ampleur tout aussi graduellement dans les parcours. Cependant, elle diffère en ce qu'elle peut être vue comme un risque professionnel : tous les quatre débutent et fondent leur consommation de drogues dans le contexte de leur travail de trafiquant de drogues. Au moment où je les rencontre, la consommation n'est plus maîtrisée et, comme une sorte de dérapage professionnel, elle a mis en danger leur travail, leur réseau et leur carrière.

[926] Ses incarcérations antérieures sont trop peu nombreuses pour correspondre à la classe libellée « récidivistes français » et trop courtes pour correspondre à la classe des « longues peines » ; sa situation plutôt stable avant l'incarcération ne correspond pas à la classe « Nord-africains précaires » ; son âge est bien inférieur à celui des détenus de la classe « multirécidivistes âgés » ; et son origine géographique ne correspond pas à celle de la classe « Europe de l'Est. »

[927] Le parcours de vie de Medhi est décrit dans le chapitre 7.

Patrick

Né en Guyane, Patrick est arrivé en métropole pour gagner sa vie il y a un peu moins de trente ans. Il a été en couple et a travaillé. Peu de moments saillants ressortent de son récit de vie. Il n'est plus en couple depuis quelques années. Il est père d'un jeune garçon de 9 ans, qui vit en banlieue parisienne avec sa mère. Avant son incarcération, il voyait son fils en fin de semaine, mais peu souvent. À part les contacts téléphoniques irréguliers avec sa mère en Guyane, les rapports de Patrick avec sa famille sont quasi inexistants et il n'a pas ou peu d'amis.

En entretien, il me raconte assez vite et sans que je le lui demande, les raisons de sa mise sous écrou. Un soir, alors qu'il buvait avec d'autres hommes dans une rue, l'un d'eux meurt des blessures d'une bagarre. Patrick est accusé de non-assistance à personne en danger et est incarcéré en préventive pendant le temps de l'enquête. Il s'inquiète du jugement, car, contrairement à ses cinq incarcérations précédentes, pour détention d'héroïne entre autres, « là, c'est différent » et il risque une sanction beaucoup plus lourde. Même si ses arrestations précédentes pour des faits de violence jouaient contre lui, il est finalement reconnu qu'il n'était pas impliqué. Noir, récidiviste et travailleur précaire, Patrick est lui aussi proche de la figure de la « cible » du système pénal décrite par L. Wacquant dans le cas étasunien.

Patrick est proche des détenus de la classe des « récidivistes français », car, comme eux, il n'est pas en couple, vit seul et est né et a grandi en France. Il a connu de courtes périodes d'errance et a déjà été incarcéré. En ce qui concerne les personnes qui peuvent lui apporter du soutien et ses ressources, Patrick correspond dans une certaine mesure à la classe « insertion ». Il n'a pas de proches sur qui compter. Patrick est pris en charge par le centre d'hébergement à sa sortie, le critère le plus représentatif des individus de cette classe. En revanche, contrairement à eux, il entreprend les démarches pour accéder à ses droits sociaux et retrouver sa CMU et son RSA à la sortie.

Depuis quelques années, il a une relation privilégiée avec un travailleur social du XVIIIe arrondissement de Paris, qui le suit en pointillé pour ses démarches d'accès aux droits. Patrick connaît bien les associations d'aide sociale aux usagers de droguesen situation de précarité. Il obtient d'ailleurs un hébergement à sa sortie de prison, mais, parce qu'il ne respecte pas les règles du centre concernant l'alcool et rentre tard, il est exclu d'abord de manière temporaire puis définitive. Les soirs suivants, il dort dans un centre commercial ou en squats.

Pour gagner de l'argent, Patrick fait des petits boulots. Il a travaillé comme manutentionnaire pendant huit ou neuf ans, mais en 2006, l'entreprise fait faillite. Cette année est aussi celle de son mariage avec la mère de son fils, mais la relation se détériore

rapidement et il est accusé de violence conjugale. Patrick, lui, n'est pas d'accord, « ce n'était qu'une petite claque » lors d'une dispute ordinaire. Dans un des entretiens dans son centre d'hébergement, il me demande à ce sujet si je ne trouve pas que, dans une relation amoureuse, « qui aime bien, châtie bien. » Je bredouille que non, pas trop, m'inquiétant de perdre le contact avec Patrick à ce moment charnière de la sortie de prison. Je me rattrape avec une relance sur sa condamnation suite à cet incident. La peine prononcée de trois mois de prison ferme s'explique pour Patrick par son comportement avec les policiers : « c'est parce que je me suis mal comporté avec les flics. Alors ils m'ont fait tomber. »

Il ne reconnait pas les faits de violence sexiste contre sa femme, mettant pour moi en exergue une des difficultés importantes de l'outil de l'entretien : l'entretien biographique donne accès au point de vue de Patrick et, si la tentation est grande de savoir « ce qu'il s'est réellement passé » dans une grande partie des récits de vie, l'objectif reste de reconstruire les forces structurelles qui contraignent le parcours de santé, pour mieux mesurer les marges de manœuvre dans l'expérience de la maladie.

Si l'on s'en tient au point de vue de Patrick, l'interprétation en termes de masculinité subalterne[928] paraît néanmoins pertinente. Grand, Noir, très apprêté dès sa sortie, il porte des vêtements et des accessoires onéreux. À mon sens, sa démarche fière, son recours à la violence et sa situation socialement dominée participent à le rapprocher de la figure de la masculinité dite subalterne, au sens de R. W. Connell : dominé dans les rapports de pouvoir liés à la classe et la race dans le monde du travail, dans la sphère domestique, il affirme sa supériorité par la violence physique contre son ex-femme tout en la banalisant. Sur la voie publique, il résiste aux forces de police par la violence, une pratique socialement située, genrée mais aussi caractéristique des classes ouvrières dans l'analyse de R.W. Connell.

En revanche, en prison, c'est une masculinité opposée qui s'exprime, plus proche de la masculinité marginale associée à la figure du « toxico ». Fatigué par le traitement contre le VHC et les neuroleptiques, Patrick passe ses journées allongé, à somnoler, en interagissant très peu avec d'autres détenus et les surveillants. Aux marges des rapports sociaux de genre qui s'organisent sous la domination de la figure de la masculinité hégémonique, le détenu perçu comme un usager de drogue est étiqueté et mis à l'écart[929]. Il reste ainsi à l'écart, aux marges de ces interactions et de ces pratiques genrées, qui s'organisent et se déroulent comme sans lui, lorsqu'il évite les situations de violence. Ce changement de pratiques de genre est spécifique aux rapports sociaux en détention, un

[928] CONNELL R. W., *Masculinities*, *op. cit.*

[929] FERNANDEZ Fabrice, « Contrôler la toxicomanie en maison d'arrêt: punir pour mieux soigner. », *art. cit.*

monde masculin qui selon M. Bandyopadhay défie les normes dominantes de la masculinité[930]. Il permet de rappeler que les pratiques qui font le genre masculin dépendent de leur contexte et que, lorsque celui-ci change, il est possible d'identifier des registres de masculinités différentes pratiquées par une même personne.

Ayoub

Ayoub a lui aussi connu l'expression du traitement de la déviance sous la forme d'altercations avec les forces de l'ordre. À 42 ans, il est dépendant aux opiacés et en situation de travail précaire ou d'errance depuis plus de vingt ans. Après des redoublements et une orientation en cursus technique, qu'il est difficile de ne pas rapprocher de la négligence de l'État dans la prise en charge des populations vivant dans les cités de banlieues parisiennes, Ayoub quitte l'école sans obtenir de diplôme et galère dans une banlieue limitrophe. Il s'injecte de l'héroïne pour la première fois à 16 ans et, moins d'un an plus tard, ses parents l'obligent à quitter le domicile familial. Après cette « expulsion, c'est la chute libre (…) c'est la délinquance. » Pourquoi ? « Parce que je me drogue » me dit Ayoub. En quatre ans, il est incarcéré trois fois, pour des périodes de 5 mois puis 15 mois puis 4 ans. C'est au cours de cette troisième incarcération qu'il souffre d'une tuberculose et qu'il découvre qu'il a une hépatite C. Il m'explique qu'entre le début de son usage de drogues et cette troisième sortie de prison, il était un « vrai SDF », qu'entre les incarcérations, il a passé un grand nombre de nuits dans sa voiture ou dans des escaliers.

Sa troisième sortie de prison marque le début d'une nouvelle orientation dans son parcours : il rencontre une femme avec qui il s'installe. Il reprend avec elle une consommation de drogues sporadique, qu'il contrôle, reprend ses études, obtient son BEP et travaille en intérim. Pour payer « les impondérables de la vie : les factures, les découverts, les loyers, pas que ma dose quotidienne », il recommence à voler puis est condamné à une courte peine.

Sa quatrième incarcération a été un moment d'échanges importants avec une professionnelle de santé mentale. La « thérapie » d'Ayoub marque sensiblement ses propos et explique certaines interprétations individualistes et responsabilisantes de son parcours, telles que « j'étais un vrai SDF, je ne me donnais pas les moyens à ce moment-là. » Ainsi, au sujet de son sevrage de méthadone, deux ans avant notre premier entretien, il me dit : « Il était temps. Je dis tant mieux pour moi… Non, aucune gloire, au contraire, j'ai perdu du temps pendant des années. J'essaie de raisonner en adulte pour une fois. » Cette incarcération est aussi un moment de pratique religieuse. Issu d'une

[930] BANDYOPADHYAY Mahuya, « Competing Masculinities in a Prison », *Men and Masculinities* 9 (2), octobre 2006, p. 186-203.

famille malienne et sénégalaise musulmane, il n'a jamais été très pratiquant. En prison, il essaie de manger cacher, à défaut de pouvoir manger hallal, et de faire la prière. Comme souvent, l'incarcération est un moment de retour aux pratiques religieuses, qu'elle s'accompagne d'un renouvellement de la foi ou non[931].

Ayoub partage un certain nombre de caractéristiques sociodémographiques et pénales avec les détenus de la classe des « récidivistes français » : il n'est pas en couple au moment de l'enquête, il a grandi en France et a connu une longue période d'errance et des incarcérations antérieures. En ce qui concerne ses sources de soutien et ses ressources, il se rapproche des détenus de la classe « sortie incertaine. » Comme ces détenus, au moment de nos entretiens, il ne sait pas s'il aura un emploi, un hébergement ou des ressources à la sortie.

Dans le récit d'Ayoub, la « thérapie », la réflexion pendant l'incarcération, le sevrage, le recours au traitement contre le VHC participent au retournement dont il essaie de me convaincre. Il a pris de bonnes résolutions et cette sortie sera différente. Comme le décrit M. Comfort chez les jeunes nord-américains non Blancs sortant de prison, l'incarcération peut prendre une place paradoxalement positive dans les parcours. Elle est vue comme une opportunité de réfléchir à sa vie et de mûrir, car elle permet de marquer une pause par rapport au rythme effréné de la vie à l'extérieur[932]. Cette fois-ci, Ayoub sent qu'il a évolué. Mobilisant une conception genrée de l'insertion relationnelle, il me parle d'une préoccupation nouvelle pour son rôle de père et de la nécessité de ne pas se dévoiler ni partager ce qui relève de l'intime en prison.

> *« - Avant, j'étais dans la séduction, j'ai changé. Je côtoie des gens avec des peines différentes, des affaires différentes. Ya que du respect entre ces gens. Je respecte tout le monde. On a tous nos problèmes perso, alors on essaie de fermer les portes.*
>
> - *Vous dites que pour se faire respecter, il faut fermer les portes ? Il ne faut pas se dévoiler ?*
> - *Ouais. Il faut une force de caractère, on va pas s'apitoyer sur notre sort. Il faut être toujours sur, pas la défensive, l'interrogative : comment il pense l'autre ? (…) Ouais, c'est un monde de loups. Mais ça, ça va. Ça me plait, l'exercice. De savoir ce que pense l'autre. Parce qu'il y a des escrocs ici. Je suis arrivé à un stade où j'essaie de prendre tout ce qui est positif.*
> - *Et ça vous coûte ? En termes de compromis ?*
> - *Avec moi-même, pas avec les gens. Pas les connaissances proches et éloignées.*

---

[931] BÉRAUD Céline, GALEMBERT Claire De et ROSTAING Corinne, « Des dieux et des hommes en prison », Lyon, ISP, 29 avril 2014, <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00976952>, consulté le 3 juillet 2016.

[932] COMFORT Megan, « "It was basically college to us": Poverty, prison, and emerging adulthood », *Journal of poverty* 16 (3), 2012, p. 308–322.

- *Ça vous pèse encore ?*
- *Non, mais pendant des années, c'était très difficile. Alors non, le positif ne me coûte pas. J'étais dans la pénombre pendant des années. C'est pour moi, c'est pour mon bien. J'ai un petit garçon. J'ai un devoir de le protéger, de lui apprendre la vie même si je ne suis pas avec la maman. Ça m'a appris à avoir plus confiance en moi, la prison et de voir la psy. »*

(Ayoub, VHC+ depuis 9 ans, 5e incarcération)

Cette ouverture vers la suite est empreinte d'espoirs et de bonnes résolutions. La sortie de prison est le moment charnière, où il faudra s'efforcer de répondre à ces attentes, face aux exigences et aux contraintes pratiques de la vie hors les murs.

La partie IV aborde en détail cette période des parcours. Je l'illustrerai avec les cas d'Iliès, Medhi, Jean et Patrick plus particulièrement, que j'ai vus plus longuement en ville. Les parcours de Robin, Jean, Medhi, Karim et Mourad ont des formes et des contraintes structurelles similaires à celles d'Ayoub, Patrick, Amin, Paul, Iliès, Ahmed et André. Je réserve la description de leurs parcours de vie et de santé pour la IVe partie aussi, car c'est avec eux que j'ai eu le plus d'échanges en ville. La IVe partie sera donc ancrée dans l'expérience de six sortants de prison.

Les détenus venus d'Europe de l'Est, le cas de Monsieur K.

Comme je l'ai mentionné précédemment, le corpus des récits recueillis dans le cadre du volet d'enquête par entretiens biographiques répétés n'inclut pas les quatre hommes d'origine d'Europe de l'Est et peu à l'aise en français, du fait notamment de la barrière de la langue et de l'absence de traducteur en ville. Avec ces hommes, j'ai plutôt conduit des entretiens ouverts et eu des échanges informels. Même si ces entretiens et ces échanges étaient nombreux, ils produisent des données peu comparables à celles recueillies auprès des autres détenus et sortants.

Dans les paragraphes précédents, j'ai établi une correspondance entre chacun des parcours de vie issus de l'enquête par entretiens biographiques et les classes issues de l'analyse des données par questionnaires – à l'exception de la classe relative aux caractéristiques sociodémographiques et pénale intitulée « Europe de l'Est » étant donné qu'aucun récit de vie recueilli ne correspondait à ses caractéristiques. C'est pourquoi la description du parcours de Monsieur K ci-dessous vise à enrichir la compréhension du parcours de ce parangon de la classe « Europe de l'Est[933]. » Elle est construite à partir de ses réponses au questionnaire et des échanges que nous avons eus, que j'ai notés au plus près du verbatim dans les marges du questionnaire.

[933] Voir en page 6 la description des parcours des parangons de chaque classe et en annexe la description plus détaillée des caractéristiques de chaque classe, p.660.

Monsieur K. a 23 ans, il est plutôt jeune par rapport aux autres détenus qui ont répondu au questionnaire. Il est russe et vit en France depuis cinq ans. Il parle très peu le français, mais, grâce à la traduction simultanée d'un détenu bilingue, on parvient à remplir le questionnaire à trois et discuter des réponses. Il est d'accord pour que je le recontacte après sa sortie de prison pour que l'on remplisse le second questionnaire. Il dit qu'il me donnera les coordonnées de son parrain, la personne dont il est le plus proche ici, mais elles sont restées dans sa cellule. Après une relance par courrier interne, je n'obtiens pas les coordonnées et fais une croix sur le second questionnaire.

Monsieur K. parle, lit et écrit le français avec beaucoup de difficultés. En Russie, il a fait des études techniques après une interruption de sa scolarité à 17 ans, et a fini par obtenir un « diplôme de dentiste » après trois ans en école « technique ».

Sa femme et son enfant vivent en Russie, mais il a des contacts avec eux toutes les semaines. Depuis qu'il est incarcéré, il leur parle au téléphone environ une fois par mois. Quand il passe par un moment difficile, c'est à sa femme qu'il en parle. Il est aussi en contact avec sa mère et plus rarement, avec sa sœur. Son parrain est le seul de ses proches à vivre en France ; il « est là quand il a besoin de quelque chose », mais Monsieur K. estime qu'ils se voient moins d'une fois par mois. En cas de problème avant son incarcération, Monsieur K. ne pouvait compter que sur son parrain. À sa sortie de prison, il pense pouvoir compter sur lui pour l'aider ou le soutenir, et d'ailleurs, à sa sortie de prison précédente, ce n'est que sur lui qu'il a pu compter.

En cinq mois d'incarcération, il a vu une conseillère d'insertion et de probation deux fois (une fréquence qui reste dans la normale pour un détenu condamné avec si peu de soutien en France). Il a accès aux activités sportives, scolaires et à la bibliothèque, ce qui est rare. Son pécule est alimenté par des mandats envoyés par son parrain et il n'a jamais été mis en isolement. Même s'il n'a pas accès au travail, ces privilèges indiquent que Monsieur K. joue le jeu en détention et que son quotidien est plutôt supportable. Un autre indice de son expérience carcérale est son rapport aux autres détenus et aux professionnels : lorsqu'il a un problème, il dit pouvoir compter sur le traducteur pour l'aider ou le soutenir, ainsi que sur son codétenu, les soignants et les surveillants. Quand je lui demande ce qu'il pense de l'injonction à préparer sa sortie et des moyens à sa disposition pour y faire face, il répond qu'il ne peut pas dire ce qu'il va faire, mais que oui, il croit que la Spip va l'aider. Dans mon expérience, dire que l'on peut compter sur les professionnels qui travaillent en détention est assez rare ; d'autres détenus sont plutôt désabusés ou indignés.

De plus, lorsque, pour conclure le questionnaire, je lui demande ce qui rend cette incarcération le plus difficile pour lui, le traducteur répond : « le pire, c'est qu'on est

enfermé. On ne peut pas sortir. Et je suis d'accord. » Lorsque je lui demande ce qui rend l'incarcération moins difficile, soutenable, il cherche. Le traducteur lui suggère : « le sport, l'école… Des choses qui font qu'on sort, ça remonte le moral. Ça passe le temps. » Monsieur K. est d'accord. Sa courte expérience de la prison en France et ses difficultés à se faire comprendre en français sont *a priori* des indices de vulnérabilité en détention. Mais Monsieur K. semble avoir accès à certains privilèges qui allègent le quotidien et il ne semble pas souffrir de l'animosité dans les rapports des détenus avec les surveillants et les soignants.

Il est incarcéré pour la deuxième fois, mais il précise que :

> *« la première affaire, c'était pour rien, mais ils s'en sont rendu compte qu'après trois mois de prison. Une histoire de vol. Un témoin a dit que c'était lui parce qu'il n'aimait pas son visage. Le juge a écouté le témoin parce que [Monsieur K.] a déjà une condamnation pour bagarre, où il a été contrôlé. »*
>
> (Monsieur K., notes prises en marge du questionnaire)

Après ces trois mois en détention, Monsieur K. a été libéré, mais un mois plus tard, il a été incarcéré de nouveau ; cette fois-ci, il a été condamné à 14 mois pour vol. Il n'a pas vu d'avocat depuis qu'il est incarcéré ici. Il dit avoir payé 600 euros pour les services d'un avocat pour le défendre, mais qui depuis, a disparu.

Concernant les droits sociaux et le travail, Monsieur K. n'a pas de papiers, car il a perdu son passeport. Il aimerait demander un « titre de séjour pour soins. » Il dit avoir demandé un récépissé. En attendant, il n'a aucune couverture médicale ni allocation. Il travaille au noir « pas tous les jours, de temps en temps », en boulangerie. Avant, en Russie, il était commerçant, dans une boutique familiale. Ses parents étaient électricien et couturière lorsqu'il était enfant. En France, il gagne entre 400 euros et 1000 euros par mois, mais en détention, c'est son parrain qui le soutient financièrement.

J'annonce ensuite que nous allons parler de sa santé. Monsieur K. trouve que son état de santé est mauvais et le traducteur explique : « le traitement est trop fort, il n'a pas de force, il n'est pas bien. » Le traducteur joue le jeu de la traduction, même si le temps devient long. Je ne parle pas russe, mais en suivant leurs échanges, il me semble que le traducteur ne traduit que ce que je dis, sans ajouter de commentaires ni de reformulation. S'il estime que son état de santé est mauvais, Monsieur K. le trouve néanmoins meilleur que dehors, disant qu'il se soigne plus et qu'il prend plus soin de lui depuis qu'il est enfermé. Il n'a pas de médecin traitant ni de médecin qui le suit dehors, mais depuis qu'il est arrivé en France, en 2008, il a vu un médecin plusieurs fois par an pour sa maladie. Il a été hospitalisé pendant une journée, pour faire des analyses pour son foie (« une écho et des prises de sang. ») En détention, il est suivi et les relations avec

le médecin de l'Ucsa et les infirmières sont plutôt bonnes. Par contre, quand il passe par un moment difficile, ce n'est pas avec l'un d'eux qu'il en parle.

Lorsqu'il est arrivé, il a demandé à ce qu'on poursuive son traitement de méthadone et d'imovan[934]. Au quartier Arrivants, on lui a aussi proposé un dépistage, qui a confirmé une infection au VHC. Monsieur K. sait qu'il a une hépatite C depuis 2005 (huit ans avant l'enquête). Il ne sait pas quand il a été contaminé : « dans sa jeunesse, quand il prenait de l'héroïne. Il ne sait pas quand. » Il pense que c'est en partageant du matériel d'injection qu'il a été contaminé. Cette hépatite le préoccupe un peu et il y pense souvent. Quand je demande si, quand il a appris qu'il avait une hépatite C, c'était un événement important, moyennement important, peu important, ou pas du tout important, le traducteur me dit avant de traduire : « je pense que c'était important. » Il ajoute ensuite : « Important. Bien sûr, ça fait pas plaisir. » Quand il a appris qu'il avait une hépatite C, Monsieur K. en a parlé à sa femme puis à ses proches. La connaissance de cette hépatite n'a pas rompu de liens autour de lui.

C'est ici, en détention qu'a débuté la prise en charge de son hépatite et qu'il a été mis sous traitement. Au moment de l'enquête, il prend « 6 [comprimés de] rébétol, 2 doliprane, 2 imovan, 1 médicament pour le stress et 40 mg de métha[935]. » De temps en temps, il oublie de prendre ses médicaments, sauf sa méthadone et l'injection d'interféron, qui sont délivrées par des infirmières. Quand je lui demande ce qui l'a décidé à débuter le traitement contre l'hépatite C, il m'explique que : « dehors, il a essayé plusieurs fois, mais il y avait d'autres problèmes, alors il a arrêté. Ici, on est enfermé, c'est un peu plus facile. En plus, il n'y avait pas les papiers dehors. » Depuis qu'il est ici, son traitement n'a jamais été interrompu ; il dit n'avoir jamais été ni moins ni plus régulier dans ses prises de médicaments. Enfin, sa polyconsommation de cocaïne et d'alcool semble sporadique. Sa consommation de cocaïne est néanmoins significative au regard de l'épidémiologie des infections à VIH et à VHC en Europe de l'Est : l'hépatite C touche entre 50 % et 74 % des usagers de droguespar voie intraveineuse et entre 40 % et 50 % des personnes vivant avec le VIH, selon les pays[936].

---

934 La méthadone est un traitement de substitution aux opiacés, qui pallie le manque d'héroïne, dans le cas de Monsieur K. L'imovan est un médicament psychoactif de la famille des hypnotiques, qu'il prend pour s'endormir.

935 Le rébétol est un antirétroviral prescrit contre le VHC ; le doliprane est prescrit pour pallier les effets de l'injection d'interféron, qu'il oublie de mentionner mais qu'il reçoit toutes les semaines pour traiter son hépatite.

936 EUROPEAN AIDS TREATMENT GROUP, « Report: Hepatitis C in Eastern Europe and Central Asia: Epidemic and Response », Bruxelles, EATG, 2015, <http://www.eatg.org/?module=download&action=list&file=502&p=172135>, consulté le 7 juin 2016 ; STRATHDEE Steffanie A., HALLETT Timothy B., BOBROVA Natalia, RHODES Tim, BOOTH Robert, ABDOOL Reychad et HANKINS Catherine A., « HIV and risk environment for injecting drug users: the past, present, and future », *The Lancet* 376 (9737), 2010, p. 268–284.

Concernant sa santé psychique, Monsieur K. n'a jamais été hospitalisé ou pris en charge en psychiatrie, mais en Russie, il a eu « un problème un peu, quand il était petit. Il avait contact avec un psychologue. Il le suivait à cause du trauma de la guerre en Russie. Il a demandé [à être reçu par] un psychologue ici, mais on lui a refusé parce qu'il ne parle pas assez français. » Monsieur K. n'a pas eu d'autres problèmes de santé qui auraient nécessité un suivi long.

Depuis qu'il est en France (2008-2013), l'hébergement de Monsieur K. « a alterné entre son parrain, au début, et l'hôtel et la rue. Il a alterné depuis les trois. » À cette période, il prenait son traitement moins régulièrement. Son observance est moins bonne en ville et meilleure en détention. Il ajoute au sujet de l'hébergement, qu'il n'a pas eu de contact avec des associations, des professionnels de santé ou des travailleurs sociaux, ni des membres de l'Église, mais qu'il connaît quelques Russes.

Quand il sortira de prison, il ne sait pas s'il aura un endroit où dormir ; il prévoit d'appeler le 115 pour avoir une chambre d'hôtel, mais pour quelques jours seulement. Sinon, il travaillera au noir pour payer un hôtel. Il ne sait pas non plus s'il aura un emploi ou des ressources ni si son parrain pourra venir le chercher à la sortie. Il pense que cela dépendra de la date de sortie, s'il peut le prévenir à l'avance.

Les parcours de vie des hommes interviewés en détention et, pour certains, en ville montrent que l'incarcération peut y occuper une place variable, selon leur insertion relationnelle et leur rapport au système pénal. Les parcours de Komi et Édouard se distinguent des autres en ce que l'incarcération est une bifurcation, un événement qui trouble leur entendement de leur place dans l'ordre social. Cet événement imprévu et imprévisible remet aussi en cause leur statut social, leur insertion sociale et leur insertion par le travail. Il est raconté par Komi et Édouard comme l'événement le plus marquant dans leur parcours. C'est pourquoi j'ai présenté l'incarcération comme une bifurcation biographique. Pour Couly et Alain, les événements marquants n'appartiennent pas à la sphère biographique du pénal, mais plutôt à la sphère familiale et professionnelle. La délinquance et son pendant, le risque mesuré et prévisible de l'incarcération, relèvent plutôt de l'activité choisie et raisonnée. C'est pourquoi j'ai décrit leurs parcours comme étant marqués par un tournant biographique antérieur, qui donne lieu à une délinquance assumée et « normale. »

Enfin, la forme de parcours la plus fréquente dans le groupe d'hommes avec lesquels je me suis entretenue est celle d'un parcours ponctué de petits rebondissements appartenant à une diversité de sphères biographiques, principalement infléchi par une progression de la dépendance à la drogue ou à l'alcool et l'amenuisement du capital social. Souvent en lien avec des guichets de l'aide sociale et de la prise en charge de la

toxicomanie, leurs situations sociales se précarisent au fil des incarcérations, du délitement de leurs liens avec leurs proches et de leur éloignement progressif de l'insertion par le travail. Comme on le verra dans la suite de cette analyse de leurs parcours, le corps malade et la séropositivité occupent une place importante, notamment dans le maintien d'une prise en charge institutionnelle et dans l'accès parfois facilité aux ressources et aux droits sociaux.

Les parcours de santé

Les parcours de santé constituent une sphère des parcours de vie qui, selon les événements peuvent affecter ou être affecté par les autres sphères biographiques. Il existe des types d'expérience biographiques de la maladie, ou « parcours de santé » ici, décrits dans la littérature des expériences du VIH et du VHC[937]. Je m'intéresse dans ce chapitre aux « événements de santé » plus précisément, les points nodaux qui marquent et infléchissent la sphère de la santé au sein du parcours biographique, dans ses dimensions objective (étape chronologique de la prise en charge sanitaire) ou subjective (compris ou ressenti comme « marquant » par le malade[938]). L'événement de santé est saillant dans l'analyse du parcours en ce qu'il est le produit d'un choix individuel et d'une détermination sociale. Il donne à voir une situation sociale impliquant l'homme séropositif et son milieu, comme ses proches ou l'institution hospitalière, ou soignante carcérale par exemple. Dans cette perspective, j'appelle « événement de santé », un moment raconté comme éprouvant par le patient, qui concerne le corps et qui infléchit le parcours de vie, l'état de santé au sens large ou le rapport à la prise en charge

[937] S'il est pertinent de faire appel à la notion de « trajectoire biographique » dans la lignée de des travaux interactionnistes d'A. Strauss (1992) ou de « parcours biographique » (cf. chapitre 1), l'évolution de la sphère plus particulière de la santé sera plutôt qualifiée de « parcours de santé », pour marquer le point de vue de la personne interviewée et la distance avec le terme technique de « parcours de soins » (qui fait référence à l'enchainement des étapes d'une prise en charge médicale et la gestion et au contrôle de la consommation de soins par l'assurance maladie, BLOCH Marie-Aline et HÉNAUT Léonie, *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Paris, Dunod, 2014.)

Le positionnement de cette recherche dans la très riche littérature en sociologie de la santé, du corps et de la maladie est élaboré dans le chapitre 1.

Les principaux travaux de référence sur les parcours de séropositivité ici sont les suivants : POLLAK Michael, *Les homosexuels et le sida: sociologie d'une épidémie*, Paris, Métaillé, 1988 ; PIERRET Janine, *Vivre avec le VIH. Enquête de longue durée auprès de personnes infectées*, Paris, PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE, 2006 ; TREOLAR Carla et RHODES Tim, « The Lived Experience of Hepatitis C and its Treatment Among Injecting Drug Users: Qualitative Synthesis », *Qualitative Health Research* 19 (9), 2009, p. 1321-1334.

[938] Ici encore utilisé par commodité de langage, la catégorie de "malade" ne convient pas strictement pour désigner la personne qui fait l'objet d'une prise en charge sanitaire et sociale du VIH/VHC (le patient) ou la personne faisant l'expérience de la séropositivité. Les soignants en font une distinction centrale dans leur discours de santé publique aux personnes vivant avec le VIH notamment, insistant sur le caractère asymptomatique de l'infection à VIH de stade non-Sida.

médicale[939]. Selon l'état de santé, les parcours, les situations sociales et l'insertion relationnelle, ce qui « fait événement » varie grandement d'un patient à l'autre et l'objectif principal de ce chapitre est de restituer la complexité de ces parcours et de ces situations, pour comprendre les ressorts de ces ruptures d'intelligibilité et ces inflexions dans les parcours de santé.

Dans la continuité de la description précédente des parcours de vie des hommes interviewés en détention puis en ville, je situe les parcours de santé au regard des résultats de la classification hiérarchique des données de santé issues de l'enquête par questionnaires. Comme précisé dans la IIe partie, ce volet d'enquête propose une classification des hommes interrogés par questionnaires selon leur statut sérologique, sur la base de leurs réponses données aux questions concernant leur état de santé perçu, leur expérience du VIH ou du VHC, leur prise en charge somatique et psychiatrique et leurs traitements. Le volet produit ainsi deux ensembles de résultats sur la santé et les prises en charge des détenus : la description statistique et la classification. La description statistique est traitée dans le chapitre 6. La classification est traitée ci-dessous par la description des parangons de chaque classe et de la description synthétique des caractéristiques significatives en notes de bas de page. Enfin, les critères de classification des états de santé et des prises en charge apparaissent aussi en filigrane dans l'analyse des récits de vie dans la mesure où l'expérience corporelle, les effets de l'annonce, l'adhésion aux traitements font, aussi, l'événement de santé.

Dernier résultat issu de l'enquête par questionnaires, l'analyse des correspondances multiples globale des trois sous-ensembles précédemment décrits ((1) les caractéristiques sociodémographiques et pénales, (2) le soutien et les ressources et (3) la santé et les prises en charge) est traitée dans le chapitre suivant, à la suite de la description statistique de leur état de santé.

---

[939] A propos de la définition des « évènements de santé » : L'usage de cette catégorie pose des questions méthodologiques quant à la collecte des données. Il est ici question de données recueillies en entretien biographique ouvert et souple, analysées pour en identifier les évènements de santé *a posteriori*. En ce sens, si la catégorie mobilisée porte le même nom, les données diffèrent sensiblement de celles que l'on trouve dans la littérature, comme celles collectées par fiches Ageven par exemple : VÉDASTE BANTURIKI Yannick, NGANAWARA Didier et THOMSIN Laurence, « Conceptualisation d'un événement de santé et sa prise en compte dans la collecte des biographies individuelles », *Cahiers québécois de démographie* 35 (2), 2006, p. 161. Sur cette question, cf. les chapitres 3 et 4 et les passages sur le déroulement des volets de l'enquête.

Tableau 4 - Caractéristiques les plus significatives[940] et effectifs des classes de santé et de prise en charge à partir du volet d'enquête par questionnaires et individus de l'enquête par entretiens s'en rapprochant.

Libellés des classes	Caractéristiques principales et effectifs des classes concernant la santé et la prise en charge	Individus
« Co-infection »	Être co-infecté, être suivi pour le VIH, être séropositif au VIH depuis 21 à 30 ans, être sous traitement pour le VIH, avoir connu une interruption de traitement VIH due à une incarcération, être régulièrement suivi pour le VIH, avoir une infection VIH indétectable et être séropositif au VHC depuis 21 à 30 ans. Effectif = 11 individus.	André, Ahmed, Jean
« VIH+ »	Être séropositif au VIH, ne pas avoir connu d'interruption de traitement VIH due à une incarcération, d'avoir un suivi spécialisé régulier, d'être observant, d'être séropositif depuis 2 à 10 ans et de n'être ni sous traitement à base de benzodiazépines ou associés ou de substitution aux opiacés. Effectif = 22 individus.	Komi, Édouard, Couly, Alain, Wassim, Amin, Mourad, Karim, Joseph
« VHC+ sans prise en charge »	Ne pas être sous traitement, être séropositif au VHC, ne pas être suivi pour le VHC, avoir été prescrit un traitement, mais n'avoir pas pu le commencer et ne pas savoir combien de médecins ont été vus au sujet du VHC. Effectif = 18 individus.	Paul, Medhi
« VHC+ pris en charge »	Avoir débuté son suivi du VHC en prison, n'avoir jamais connu d'interruption du traitement VHC due à une incarcération, être observant au traitement contre le VHC, être séropositif au VHC, être sous traitement contre le VHC, avoir interrompu son traitement contre le VHC et d'avoir connu une interruption de traitement contre le VHC due à une incarcération. Effectif = 16 individus.	Iliès, Robin, Patrick, Ayoub,

[940] Caractéristiques principales : modalités dont la valeur-test supérieure à 2.

Typologie des détenus, selon la santé et la prise en charge

Dans la continuité des classifications présentées plus haut, concernant les caractéristiques sociodémographiques et pénales puis les ressources et le soutien, cette troisième analyse des correspondances multiples propose un regroupement des modalités[941] de réponses au questionnaire en quatre classes : « co-infection », « VIH+ », « VHC+ sans prise en charge » et « VHC+ pris en charge ». La description ci-dessous fait état des caractéristiques principales de chaque classe, sous la forme de la présentation d'un parangon de chaque classe, puis en propose un résumé. La description plus complète de ces classes, avec le nombre de détenus correspondant à chacune des caractéristiques les plus importantes pour distinguer ces classes, est incluse en annexe p. 646, à la suite des deux autres précédemment citées.

1. Monsieur B. est co-infecté au VIH et au virus de l'hépatite C, comme les 11 autres détenus de la classe « co-infection[942]. » Il a 43 ans et a toujours vécu en France. Sa charge virale est indétectable depuis plus de six mois, c'est-à-dire que son VIH est maîtrisé par le traitement et que Monsieur B. n'est plus infectieux. Il se sait séropositif depuis 1994, à la suite d'une période où il avait partagé du matériel d'injection de drogues. Au moment de l'enquête, il dit ne pas être préoccupé par son VIH et ne pas être particulièrement affecté – contrairement au moment où il a découvert qu'il était séropositif, lorsqu'un médecin pénitentiaire lui en a parlé en consultation de manière désinvolte, en pensant qu'il connaissait son statut sérologique. Son premier traitement est pourtant prescrit à l'hôpital et depuis 15 ans, il est bien et régulièrement suivi par son généraliste. Les nombreuses incarcérations n'affectent pas son adhésion au traitement ni son suivi médical, mais il me parle d'une période de deux ans où il n'a pas pris de traitement, parce qu'il travaillait (au sens d'activité rémunératrice délictuelle) beaucoup en équipe et qu'il

---

[941] Les variables actives (15 variables et 74 modalités associées) : l'âge, le continent de scolarité, la situation de couple, le statut matrimonial, la situation du vie, la situation administrative, l'activité, la nature majoritairement délictueuse ou non-délictueuse de l'activité, le revenu mensuel moyen avant l'incarcération, la durée de l'incarcération au moment de l'enquête, la durée de la peine pour les détenus condamnés, la nature criminelle ou correctionnelle de leur inculpation, le nombre et la durée des incarcérations antérieures et la durée des périodes d'errance.

Les variables illustratives (11 variables et 58 modalités associées) : le continent de naissance, la nature des séjours en France, la nationalité de l'individus et de ses parents, la maitrise du français lu et écrit, le nombre d'enfants, le métier des parents, le statut pénal et l'expérience de l'errance.

[942] 1. La classe « co-infectés » regroupe 11 individus, qui sont tous co-infectés (18% de l'échantillon), suivis pour leur VIH (36%) et qui déclarent avoir de bonnes relations avec leur médecin (90%).

Neuf d'entre eux déclarent avoir de bonnes relations avec les infirmières de l'unité sanitaire en détention et un les déclare moyennes et le dernier, mauvaises. Leur infection à VIH est indétectable (7) ou symptomatique (4). Ils ont débuté leur prise en charge du VIH en milieu hospitalier (7) ou en détention (3). A l'exception d'un individu, ils sont sous traitement contre le VIH (10) et ont un suivi régulier généraliste (10) et spécialisé (10). Neuf d'entre eux n'ont pas connu d'interruption de leur traitement sue à une sortie de prison, et deux en ont connu. Seuls trois d'entre eux prennent des médicaments de la classe des benzodiazépines ou associés. A l'exception d'un individu, ils ne sont pas sous traitement psychiatrique (10). Neuf d'entre eux n'ont pas non plus de suivi psychiatrique, seuls deux en ont.

n'avait pas le temps ni les moyens de garder son traitement secret vis-à-vis de ses collègues. Quant à son hépatite C, elle ne le préoccupe pas non plus malgré le stade avancé et la cirrhose. Il m'explique que rien ne lui prend la tête depuis qu'à 21 ans, il a perdu ses deux parents à un an d'intervalle.

L'annonce de l'hépatite n'a pas été un événement important et il ne parle de son VHC qu'aux nombreux médecins qui l'ont traité (plus de huit). Le suivi de son hépatite est irrégulier, car il n'a lieu qu'en prison, il n'a jamais eu de traitement. Il me dit que cette fois il pense commencer le traitement à sa sortie parce qu'il en a besoin, à cause de sa cirrhose. Mais il ne veut pas le faire ici, en détention : enfermé et fatigué, ce n'est pas possible. La prison, ce n'est pas l'endroit. Fatigué, il ne peut pas faire le ménage dans sa cellule et ne veut pas vivre comme un clochard. Et, enfermé, les surveillants vont profiter de sa situation de faiblesse. Monsieur B n'a pas d'autres problèmes de santé. Ses dépendances à l'alcool et aux drogues sont révolues et il a pu réduire sa dose de méthadone de 60 mg en un an, ce qui représente un effort important. Monsieur B tient les difficultés de la vie à distance : il sait qu'il vaut mieux ne pas trop penser au VIH, à l'hépatite ou à ce qui rend l'incarcération difficile, car il a l'habitude et y penser, ou se prendre la tête, ne lui fera que du mal.

2. Monsieur H vit avec le VIH, comme les vingt-trois détenus de la classe « VIH+ »[943]. Il est incarcéré pour la septième fois et décrit ses relations avec les professionnels de la santé en prison comme étant très bonnes, tout comme avec son médecin traitant à l'extérieur. Il a 52 ans et a toujours vécu en France. Il trouve son état de santé bon, ajoutant « je mange et dors très bien, sauf que j'ai cassé mon appareil [auditif][944]. » Il trouve que son état de santé est le même qu'avant son incarcération et qu'il se soigne autant, indiquant qu'en plus, il a diminué la cigarette. Par contre, en référence au bien-être, à l'alimentation et la spiritualité, il dit prendre moins soin de lui en détention. Monsieur H vit avec le VIH depuis 2000, mais ne se souvient plus de son âge ou de l'année où il aurait pu être contaminé. Sa charge virale est indétectable depuis plus de 6 mois et il n'est plus préoccupé ni affecté par son VIH – contrairement, lui aussi, à « avant. » L'annonce de sa séropositivité a été un moment important, mais depuis, le VIH n'est pas un motif de rupture de rapports avec les personnes autour de lui. Son suivi

[943] 2. La classe « VIH+ » regroupe 22 individus, qui sont séropositifs au VIH (21, 31% de l'échantillon) et co-infecté (1). Ils ont tous un suivi généraliste (21), à l'exception de l'un d'entre eux. Dix-sept d'entre eux ont un suivi spécialisé régulier mais seuls 13 sont sous traitement au moment de l'enquête, les autres ne sont pas sous traitement (3), l'ont interrompu (1). Avec leur médecin, ils ont de bonnes (20) ou moyennement bonnes (2) relations. Avec les infirmières en détention, ils ont de bonnes (19) ou moyennement bonnes (3) relations A l'exception de l'un d'entre eux, ils n'ont jamais connu d'interruption de traitement due à une sortie de prison. Seuls trois ont un traitement psychiatrique et quatre, un suivi psychiatrique. Seuls trois prennent des médicaments de la classe des benzodiazépines ou associés et seuls trois prennent un traitement de substitution aux opiacés. Seuls six d'entre eux déclarent une dépendance à l'alcool passée ou présente.

[944] Notes manuscrites en marges du questionnaire.

médical est régulier et se partage entre son médecin généraliste et un grand nombre de médecins d'Ucsa. Son premier traitement a été prescrit en ville, au moment de son diagnostic et depuis, il n'a connu aucune rupture de traitement et il adhère à sa prise en charge. L'observance qu'il déclare est remarquable, car son diagnostic a déclenché la rupture de son couple, entraînant une période d'errance et de vie à la rue ou en hébergement social.

3. Monsieur O. appartient quant à lui à la classe « VHC+ sans prise en charge », avec dix-sept autres hommes qui n'ont pas ou peu de suivi médical[945]. Il a 42 ans et a toujours vécu en France. Il a déjà été incarcéré à quatre reprises pour de longues périodes. Lorsque je lui pose des questions sur son état de santé, il le déclare comme étant « moyen » et se plaint de douleurs au dos et aux reins. Son état de santé n'a pas changé depuis son incarcération, mais il dit moins se soigner et moins prendre soin de lui. En ville, les relations avec son médecin traitant sont bonnes et celles avec les professionnels de santé en prison « plutôt bonnes. » À son arrivée en détention, il a demandé à être mis sous traitement de substitution aux opiacés ainsi que sous « traitement du sevrage de l'alcool [valium]. » Son hépatite C a été détectée peu après son arrivée et au moment du questionnaire, il attend la décision de son appel le mois suivant pour décider s'il commence le traitement. Il pense avoir été contaminé par partage de matériel d'usage de drogues par voie nasale (dit « sniff »), mais ne sait pas quand. Il me dit être dépendant à l'alcool et sous traitement de substitution aux opiacés.

4. Monsieur A. vit lui aussi avec le virus de l'hépatite C, mais appartient à la classe « VHC+ avec prise en charge[946] », une classe qui rassemble seize détenus séropositifs au VHC qui sont en grande partie sous traitement et observants. À 33 ans, Monsieur A. a vécu en Russie, mais l'année précédente, il vient en France et est incarcéré six mois plus

---

[945] 3. La classe « VHC+ sans prise en charge » regroupe 18 individus, qui sont tous séropositifs au VHC. Seize d'entre eux ne sont pas sous traitement contre le VHC et deux sont guéris. Six d'entre eux ne sont pas sous traitement car il n'y a pas de nécessité médicale, sept, car le traitement a été prescrit mais impossible à débuter au moment de l'enquête, et trois, en sont pas sous traitement pour une autre raison.

Seize d'entre eux n'ont pas de suivi spécialisé, seuls deux en ont. Treize d'entre eux ne se souviennent pas combien de médecins ils sont vus pour leur hépatite, deux, en ont vu deux ou trois, et trois, moins d'un médecin. Seize d'entre eux déclarent avoir de bonnes relations avec les infirmières en détention et deux, de mauvaises relations ; de même pour les relations avec leur médecin. Douze d'entre eux ont déjà été sous traitement de substitution aux opiacés et douze, prennent des médicaments de la classe des benzodiazépines ou associés au moment de l'enquête. Onze ont déjà été dépendants à l'alcool. Seize d'entre eux n'ont pas de suivi psychiatrique et deux en ont.

[946] 4. La classe « VHC+ avec prise en charge » regroupe 16 individus, qui sont tous séropositifs au VHC (51% de l'échantillon). Onze d'entre eux disent être en pire état de santé depuis leur incarcération, quatre en meilleur état et un, ne perçoit pas de différence. Au moment de l'enquête, neuf d'entre eux sont sous traitement et les autres l'ont interrompu. Douze d'entre eux sont observants à leur traitement contre le VHC, deux le sont moyennement et deux le sont peu. Cinq d'entre eux ont connu une interruption de traitement due à une incarcération. Avec les infirmières en détention, ils ont de bonnes relations (13), de mauvaises (1) ou moyennes relations (2) ; de même avec leur médecin. Quatre d'entre eux ont été dépendants à l'alcool. Neuf prennent des médicaments de la classe des benzodiazépines ou associés et huit, un traitement de substitution. Seuls trois d'entre eux ont un traitement psychiatrique, et un, un suivi psychiatrique.

tard. Il se sait porteur du VHC depuis, mais ne sait pas ni où ni quand il a été contaminé. Il se demande s'il n'a pas été infecté lors de son incarcération dans la maison d'arrêt précédant celle où je le rencontre. Il est préoccupé et pense souvent à son hépatite. L'annonce a été un événement important, qui l'a affecté, car elle met en doute sa capacité à s'occuper de sa famille et d'avoir du travail pour assurer l'éducation de son fils. Il se sent fatigué par le traitement par interféron, qu'il a commencé ici, à l'Ucsa. Le suivi est régulier, mais il a dû suspendre le traitement quelque temps à cause des effets secondaires trop difficiles à supporter. Il est aussi sous méthadone et sous traitement pour son état dépressif. Il trouve l'incarcération difficile et attend la décision d'appel.

Les particularités des rapports à la séropositivité et à la prise en charge des parangons des quatre mises à jour offrent un aperçu de la distinction des parcours de santé selon les virus. Elles confirment aussi une distinction plus fine entre deux sous-groupes de détenus vivant avec une hépatite C, selon la régularité de la prise en charge, que je développe ci-dessous, à travers la description des parcours de santé des hommes ayant participé à l'enquête par entretiens biographiques répétés. Les parcours de santé sont marqués par trois événements majeurs : la découverte du VIH ou du VHC, la contamination et le traitement. À la fin de ce chapitre, je confronte ces événements au sens et aux attentes qu'ils induisent chez les professionnels. Les professionnels interviennent dans les événements de santé suivants : le diagnostic et l'annonce, la prévention de la contamination et la mise sous traitement.

La découverte du VIH, un événement de santé majeur

Pour les huit hommes qui font le récit de leur parcours de santé avec le VIH en entretiens, la découverte est un moment important et émotionnellement fort, qu'ils peuvent décrire en détail, même trente ans plus tard. La découverte s'est faite en institution fermée plutôt qu'en milieu ouvert ou civil : en prison (3), au service militaire (2) ou à l'hôpital après un accident grave (1). Les deux autres hommes apprennent leur séropositivité par le médecin du travail (1) et dans un CDAG (1). Pour les hommes que j'ai rencontrés en entretiens, l'annonce du VIH a lieu entre 1986 et 2009, c'est-à-dire tout au long d'une longue période de l'histoire de l'épidémie, qui voit les débuts du dépistage en 1986 et une montée en puissance de la stigmatisation des personnes séropositives, à l'apparition de traitements efficaces en 1996, à la transition de l'infection à VIH vers une normalisation et une homogénéisation des expériences de prise en charge vers la fin des années 2000.

En dépit de l'évolution de l'épidémie, de son contexte et des expériences des malades en France, l'annonce est uniformément vécue par ces hommes de façon

dramatique : tous me racontent « un choc », « une catastrophe » ou « un effet de masse » (au sens d'une sensation soudaine de poids très lourd)[947].

> *« J'ai pris un coup de masse [quand je l'ai appris] parce que je ne l'ai pas cherché [je n'ai pas pris de risques, même avec des seringues] je trouvais ça injuste. C'était la plus grosse claque que j'ai reçue. »*
>
> (Medhi, 42 ans, VIH+ depuis 7 ans, plus de trois incarcérations[948])

Dans les récits, la découverte du VIH marque émotionnellement, et elle est traumatique. D'abord, parce qu'elle est l'annonce d'une mort imminente qui fait perdre tout espoir.

> *« C'était la plus grosse claque que j'ai reçue. Ce qui m'a fait reprendre espoir, c'est quand j'ai appris que mon fils [né 17 ans plus tard] n'était pas infecté.*
>
> (Medhi, 42 ans, VIH+ depuis 7 ans, plus de trois incarcérations)

> *« Au début, c'était la catastrophe. Je suis resté deux ans sans traitement. » Plus tard, il me demande « Est-ce que vous savez ce que c'est, le syndrome de Lazare, mademoiselle ? ». Il m'explique : quand il a appris qu'il avait le VIH, il a cru qu'il allait mourir dans quelques mois ou quelques années, avant qu'une avancée thérapeutique ne lui redonne quelques années à vivre et lui reporte son « échéance de vie ». Cela lui est arrivé à plusieurs reprises. C'est ça, le syndrome de Lazare, penser que sa vie est bientôt finie, se préparer à mourir, pour ensuite se voir accorder encore quelques années, mais plusieurs fois dans sa vie. »*
>
> (Édouard, 41 ans, VIH+ depuis 18 ans, première incarcération – notes d'entretiens)

En ce sens, l'annonce fait disparaître les parcours biographiques futurs ou imaginaires et réduit soudainement le champ des possibles.

> *« « M. B**, vous êtes séropositif au virus de l'immunodéficience humaine. Voilà. Vous pouvez disposer. » Ça l'a « complètement plombé ». Le diagnostic était pour lui une annonce de mort imminente. Quand je lui demande ce que ça voulait dire « Vous avez le VIH » il fait signe de tomber raide par terre avec les mains et me dit « Cimetière. » Il m'explique ensuite qu'avant, il n'y avait pas de traitement, il n'y avait que des antibiotiques pour les maladies opportunistes. »*
>
> (Ahmed, 48 ans, co-infecté depuis 26 ans, plus de trois incarcérations – notes d'entretiens)

L'annonce est un changement si radical des perspectives de vie future qu'elle entraîne chez certains des réactions violentes. Ainsi, quand Wassim a découvert qu'il était séropositif, ça a été un traumatisme. Il a fait une tentative de suicide, qu'il m'explique ainsi :

---

[947] Cet état de choc est une figure centrale de l'expérience de l'annonce du VIH, décrite il y a plus de vingt-cinq par M. Pollak (1988) puis par J. Pierret (2006).

[948] Le parcours de vie de Medhi est décrit dans le chapitre 7.

« Ma vie est foutue (…) je ne pourrai jamais avoir d'enfant, de femme. »

(Wassim, 39 ans, VIH+ depuis 6 ans, plus de onze incarcérations)

L'intensité émotionnelle de la réaction est une deuxième caractéristique de l'annonce de la sérologie VIH positive.

« La nouvelle [de la séropositivité au VIH], c'était chaud. Je m'y attendais pas, pas du tout parce que je me disais que j'étais bien. J'étais volontaire au test, mais le docteur m'a dit que le test était positif. Je croyais que ma vie était finie. »

(Alain, 30 ans, VIH+ depuis 10 ans, plus de trois incarcérations)

Ce moment, si marquant émotionnellement l'est aussi, car il est associé à l'anticipation d'une souffrance et à un ostracisme lié au stigmate du sida, variablement présent selon la période, mais toujours important pour les détenus musulmans notamment. Dans le cas de Mourad, Tunisien vivant en France depuis de nombreuses années, le VIH doit rester un secret, au risque de se voir assigner une homosexualité tabou par sa famille restée en Tunisie et ses connaissances à Paris. Parce que la séropositivité empêche tout projet de couple et de famille pour Mourad, l'absence d'enfant engendre elle aussi des suspicions d'homosexualité chez sa mère. Il raconte ces moments douloureux pour Mourad avec peine lors de nos entretiens. Ainsi, le VIH est un sujet qu'il ne partage qu'avec ses médecins, les travailleurs sociaux à qui il fait appel notamment pour obtenir un logement à sa sortie, et moi – il en parle rarement avec les infirmières du milieu carcéral. L'annonce affecte au-delà de la sphère de la santé et contamine les sphères privées – en rendant le privé public dans les cas où il y a secret dans le couple et la famille et partage du secret avec les professionnels de santé.

La découverte et la discrimination qui lui est associée induisent une troisième inflexion dans les récits : une remise en question de soi et de son rôle social.

« La nouvelle, ça été un choc. Oui, je me rappelle. (…) tout de suite, ça a été un choc. Je me suis dit, il faut pas se laisser aller, je me suis replié [sur moi-même] je disais rien, rien à personne, ça a été un choc, je me suis replié sur moi-même. J'étais très bousculé par ça et puis en parallèle, je me suis dit, il faut que, même si je me replie, il faut au moins pour l'hosto et me faire soigner. J'ai pas envie de rester comme ça. Parce que j'ai appris que les médicaments existent, c'est ça qui a repris le dessus. La prise de médicaments. C'était difficile au début, mais je me suis dit, je suis un homme quoi, enfin, je suis une personne, j'essaie de me faire soigner. Mais ça me trotte dans la tête. »

(Komi, 41 ans, VIH+ depuis 4 ans, première incarcération)

J. Pierret montre que l'annonce peut aussi déclencher « une rupture pour le sujet », qui peut s'accompagner pendant plusieurs mois de difficultés sexuelles, d'un repli sur soi, d'un refus de sortir et d'une grande solitude[949].

Quatrième caractéristique : la prévisibilité et la réversibilité de l'annonce sont plus nuancées dans les récits que j'ai recueillis. Dans les récits où la découverte a lieu dans la première décennie de l'épidémie, elle est qualifiée d'imprévue et d'irréversible, avec des conséquences prévisibles. Comme le décrit aussi J. Pierret, l'annonce peut être une annonce de mort. C'est le cas d'Édouard et Alain, cités plus haut.

Pour ceux qui sont dépistés après la mise sur le marché des traitements et la diffusion de campagnes d'information et de prévention à grande échelle, elle est plutôt qualifiée de prévisible et d'irréversible, faisant suite à de comportements de prise de risques, comme la cristallisation d'une série de mauvais choix, moralement chargés, et d'erreurs de jugement.

> *« C'est vraiment que j'avais fait des conneries avant. Il faut assumer. Le VIH, il est pas tombé du ciel, j'ai fait n'importe quoi, des conneries. (...) Je me suis jamais piqué, j'en suis jamais arrivé là. [n'ai jamais pris d'héro, ni de crack] »*
>
> (Wassim, 39 ans, VIH+ depuis 6 ans, plus de onze incarcérations)
>
> *« Je pense que c'est une meuf qui me l'a filé. Y'avait une période où [je buvais beaucoup, prenais des drogues, et couchais avec des filles, dans les boîtes.] Y'avait beaucoup d'argent qui tournait. J'ai arrêté l'école à 19 ans. Et j'ai eu une période d'alcool, de boîtes, de drogues, de deal, de soirées, avec des filles. Elle s'est arrêtée en 2004, quand j'ai appris ma maladie. [Il y a avait] beaucoup de filles, je faisais confiance [et ne mettais pas de capote]." »*
>
> (Amin, 35 ans, VIH+ 7 ans, troisième incarcération)

Enfin, l'annonce lorsqu'elle a eu lieu après 2003, est aussi un basculement entre la fin d'une période, « l'avant », et le début d'une autre, « l'après ». Alain continue à décrire l'événement de l'annonce de sa séropositivité :

> *« Le docteur a dit que le test était positif, que ma vie allait changer, que ça allait plus être comme avant. Après, il m'en a dit plus, il m'a donné des petits machins (...) Oui, des dépliants »*
>
> (Alain, 30 ans, VIH+ depuis 10 ans, plus de trois incarcérations)

J. Pierret note que, dans les récits où il y a un « avant » le VIH et un « après », c'est la découverte qui organise le récit[950]. Elle nuance son propos, en notant que les conditions de la découverte du VIH, les conséquences psychologiques et leurs impacts sont difficilement évaluables en entretien des années après, car elles apparaissant peu

---

[949] PIERRET Janine, *Vivre avec le VIH. Enquête de longue durée auprès de personnes infectées*, *op. cit.*, p. 91.
[950] *Ibid.*, p. 90.

dans les récits[951]. Dans le cas de cette enquête en détention, les entretiens et la relation d'enquête analysés dans le chapitre 3 indiquent néanmoins que le récit de la sphère de la santé et du corps ne prend pas préséance sur les autres. Ce sont les précautions dans la conception de l'enquête (l'entrée par la prison, les rapports avec les proches et les soins en prison) qui permettent notamment de faire émerger les préoccupations plus saillantes des autres sphères de la vie.

Dans tous ces récits, la séropositivité est assumée seul, dans les premières années tout du moins. Pour ces hommes, cette épreuve appartient à la sphère privée, de l'intime, et ils ne font pas appel à des proches pour les soutenir ou se confier. Dans les premiers temps, seuls les professionnels et les professionnelles de santé sont dans la confidence. Alors qu'elle remet en cause le rapport au couple et à la paternité, cette autonomie dans la gestion de cet événement de santé peut se lire comme une manière masculine de réagir à une épreuve corporelle, dans la continuité des comportements genrés de prise de risque sanitaire circonscrits par W. Courtenay[952].

Pour les hommes qui ont un parcours plus chaotique, plus familier de la marginalisation sociale et de la figure de « l'inutile au monde »[953], avec des périodes d'errance importante, la « vie normale » est celle des autres : ceux qui ne sont pas en prison, qui ont un travail, un partenaire et des enfants et qui paient leurs impôts, des gens « comme vous », me dit Paul. Dans les parcours d'usagers polyconsommateurs, il n'y a jamais eu de vie à laquelle revenir, mais toujours une exclusion et une vie vécue en marge, avec un fort lien avec les guichets d'aide sociale et l'associatif. Comme indiqué plus haut, leurs parcours rappellent le parcours type « d'engrenages » proposé par G. Chantraine[954], où l'intrusion du VIH dans leur biographie relève plutôt du type de « l'enfermement » de J. Pierret[955], entendu comme un récit dans lequel la découverte du VIH est un malheur parmi d'autres dans une vie pleine d'embuches et de difficultés.

Si André, Jean[956] et Wassim ont eu une vie pleine d'embuches et de difficultés, ils racontent eux aussi la découverte de leur VIH avec effroi, un moment marquant et majeur, et un événement de santé à part entière. Entre polyconsommation, multirécidive, errance, dépendance aux aides sociales et à l'institution de soins pour l'hébergement ou les autorisations de séjour, la découverte reste un moment saillant. Son sens varie selon

---

[951] *Ibid.*, p. 91.

[952] COURTENAY Will H, « Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health », *Social science & medicine* 50 (10), 2000, p. 1385–1401.

[953] R. Castel dans CHANTRAINE Gilles, *Par-delà les murs: expériences et trajectoires en maison d'arrêt*, Paris, Presses universitaires de France « Le Monde », 2004, p. 19-78.

[954] CHANTRAINE Gilles, *Expériences carcérales en maison d'arrêt*, *op. cit.*

[955] PIERRET Janine, *Vivre avec le VIH. Enquête de longue durée auprès de personnes infectées*, *op. cit.*

[956] Le parcours de vie de Jean est décrit dans le chapitre 7.

la date de la découverte, au sens de sa position dans la chronologie de l'histoire sociale de l'épidémie. Ces hommes ne vivent pas leur statut de malade assumé comme un élément constitutif de leur identité, qui les soulage en apportant de la reconnaissance et de la valeur. Par exemple, alors qu'ils font les démarches pour obtenir l'allocation de la MDPH[957], ils ne se présentent pas comme « séropositifs. » La procédure est plutôt racontée comme un moyen d'accès à des ressources, auxquelles ils ont droit, qui ne requiert pas de se construire en tant que sujet séropositif.

Si du point de vue du patient la découverte du VIH est un événement de santé marquant, du point de vue des professionnels de santé, l'annonce de la séropositivité n'est pas tant marquante qu'engageante, au sens d'une attente d'engagement dans le soin. Pour des patients étiquetés comme difficiles, cette attente s'accompagne d'une anticipation de la rupture de la prise en charge.

L'annonce du VIH, l'anticipation d'une rupture

L'annonce du VIH se fait par un médecin qui doit être formé et garant d'une sensibilité dans la maîtrise d'un événement jugé traumatique pour le patient. Cette attention et ces précautions pour l'annonce de la sérologie VIH (en médecine de ville, en centre de dépistage anonyme, à l'hôpital) sont récentes et font suite entre autres à une mobilisation des patients infectés par le VIH dans les décennies 1980 et 1990, pendant lesquelles l'annonce a pu être faite de manière sommaire et avec jugement et discrimination. C'est le cas d'Ahmed et d'Édouard, cité précédemment à qui l'on annonce sa séropositivité au virus de l'immunodéficience humaine puis qu'il peut disposer.

> *« J'ai contracté le virus en avril 1994, j'avais 24 ans. Il a été détecté par une infection opportuniste, une anémie macrocytaire, au service militaire de Berlin, où j'étais aide de camp ; c'est un poste important. L'officier qui m'a vu, il était homophobe, je lui ai dit que j'avais eu des rapports homosexuels. Il m'a dit "Tu vas crever dans 5 ans ! Quel gâchis !" »*
>
> (Édouard, 41 ans, VIH+ depuis 18 ans, première incarcération)

Dans les professions de soins, l'annonce est conçue comme relevant de l'expertise du médecin, comme un moment charnière dans la vie du patient ; aujourd'hui il est question de mettre en avant les perspectives d'avenir qu'offrent les traitements antirétroviraux, l'indétectabilité possible[958] et sur la longue durée, et l'évolution vers une chronicité et une banalisation de la sérologie VIH. Le médecin anticipe donc dans le

[957] Allocation de la Maison départementale pour les personnes en situation de handicap

[958] L'observance d'un traitement efficace et bien supporté permet aujourd'hui de réduire la charge virale au-dessous du seuil de détectabilité des examens ; un patient avec une charge virale indétectable pendant plus de 6 mois est considéré comme n'étant plus infectieux.

choix des mots, du message et de la posture vis-à-vis du patient, la rupture que peut être l'annonce.

Incontestablement, l'annonce est exécutée par le médecin en partant du principe qu'elle fait événement pour le patient. La vie post-annonce est conçue comme intégrant une nouvelle sphère dans la vie du patient, le médical. C'est en étant en lien proche avec l'institution de soins, dans le cadre d'un suivi, sinon fréquent, du moins régulier (bilans à intervalles réguliers pour suivre l'évolution de la charge virale), que le patient doit concevoir « l'après » annonce, la vie avec le VIH. C'est aussi l'annonce d'une nouvelle relation au corps et au médical, où le corps et le bien-être doivent avoir une place centrale.

L'observance ultérieure aussi se joue dans l'annonce, car elle est le moment de transfert d'informations qui déterminent en partie l'adhésion du patient. La continuité est mise en avant dans l'annonce, en ce qui concerne la sphère professionnelle notamment, mais le patient doit apprendre, faire avec et faire place au médical, à partir du moment de l'annonce et pour le reste de sa vie. C'est le cas d'Alain, cité plus haut, à qui : « Le docteur a dit que le test était positif, que ma vie allait changer, que ça allait plus être comme avant. »

Dans l'annonce, l'enjeu pour le médecin est de redéfinir l'événement pour le patient ; il s'agit de transformer l'annonce de mort, imprévisible et irréversible, en une annonce de bifurcation, un moment d'articulation entre un « avant » un « après » qui permet la continuité des autres sphères de la vie. Un autre enjeu est celui de l'observance, priorité de santé publique et marqueur d'un patient adhérent[959].

Contrairement au VIH, l'expérience du VHC est un objet bien moins étudié et moins théorisé par la littérature en sciences sociales. Dans le chapitre 2, j'ai situé le traitement social de l'hépatite C en France et dans les organisations internationales dans le sillage de celui du VIH, en notant l'intérêt relativement récent des pouvoirs publics pour cette affection. On verra dans la suite de ce chapitre que chez les patients, les risques liés au VHC sont vécus et entendus en relation au VIH, c'est-à-dire que par rapport au VIH, l'hépatite C est perçue comme une infection et un risque sanitaire moins graves[960]. De la même manière, pour les hommes co-infectés, l'hépatite s'efface derrière le VIH : l'annonce, les effets et l'expérience du traitement, et la place de la contamination sont moins présents dans les récits. De même, l'attention et l*a priori*té accordées au

[959] BACLET Véronique « Prise en charge des patients infectés par le virus du VIH dans les centres pénitentiaires du Nord Pas de Calais », panel « Pathologies infectieuses », 9ème *Congrès* National des *U.C.S.A.*, 6 & 7 octobre *2011*. Faculté de Médecine Henri Warembourg, Lille.

[960] TREOLAR Carla et RHODES Tim, « The Lived Experience of Hepatitis C and its Treatment Among Injecting Drug Users », *art. cit.*

traitement contre le VIH prennent souvent préséance dans les pratiques professionnelles.

La découverte du VHC, un non-événement

La découverte de l'hépatite C est un non-événement, un événement qui ne produit ni inflexion biographique ni contamination des autres sphères biographiques, ni rupture d'intelligibilité ni changement identitaire ni changement dans les processus de subjectivation. La découverte du VHC est lissée dans le contexte des conditions de vie du moment. C'est la continuité qui prévaut dans les récits, où le lieu ou la date de l'annonce s'oublient.

> *« J'ai su que j'avais l'hépatite C quand j'ai attrapé une hépatite A alimentaire. C'était un moment où je mangeais n'importe quoi. J'ai été hospitalisé d'urgence. (Il ne se rappelle plus de quel hôpital), c'était il y a 10-15 ans, je ne sais plus. »*
>
> (Iliès, 39 ans, VHC+ depuis 10 à 15 ans, 7e incarcération – notes d'entretien)

La période de la découverte correspond à des années où Iliès consommait des produits psychoactifs et avait peu de ressources régulières. Iliès apprend qu'il a une hépatite C à l'hôpital. Pour d'autres, comme Ayoub, la découverte se fait en prison.

> *En 1992, il est retombé 4 ans*[961]*. En 1994, il a eu une tuberculose osseuse en détention et ils lui ont découvert l'hépatite. Il a été trafiquant de cocaïne, et a gagné beaucoup d'argent pendant un temps.*
>
> *« Et vous vous rendez compte que je la soigne qu'en 2010. Je vous dis ça pour que vous vous rendiez compte.*
>
> *(MH : vous étiez dans autre chose ?)*
>
> *J'étais dans autre chose, non, j'étais nulle part. J'étais un SDF riche. C'était du gaspillage et de l'errance mentale et physique. C'est super grave. Quelque part, ça me révolte au fond de moi. »*
>
> (Ayoub, VHC+ depuis 9 ans, 5e incarcération – notes d'entretien)

L'annonce et l'attente de recours au soin qu'elle peut induire chez les soignants n'est pas une priorité, du fait de l'usage de drogues et de l'errance. Ayoub me parle de son annonce à un moment où il a décidé de se soigner et se dit très engagé dans son traitement et la préparation de sa sortie de prison. Si je signifie à plusieurs reprises que je n'attends pas de déclaration d'adhésion de sa part – et que je ne suis pas une professionnelle de santé ou du travail social notamment – il souhaite que je comprenne

[961] Contrairement aux *verbatim* à la première personne cités ici, les notes d'entretien reprennent à la troisième personne les propos des détenus interviewés, à partir d'extraits de *verbatim* notés pendant l'entretien lorsque ceux-ci ne sont pas complets. Ici, lorsque Ayoub me dit qu'il est « retombé 4 ans », cela signifie qu'il a été « incarcéré de nouveau pour une durée de 4 ans. »

bien le retournement qu'il est en train de vivre. Cette incarcération est différente : il a décidé de se soigner, de ne plus consommer de drogues et de gagner sa vie de manière responsable, pour être un bon père, présent pour son fils. Ce qu'il vit comme un retournement est d'autant plus marquant au regard de la période d'infection, où les prises de risques sanitaires font partie d'une période floue « d'errance mentale et physique. »

Pour Ayoub comme pour Iliès, Medhi, Ahmed, André ou Paul, la découverte de l'hépatite à la fois s'explique et émerge d'un mode de vie passé, où la drogue et les prises de risques liées à la dépendance en font un événement qui relève plutôt du renforcement biographique que de la rupture. Selon les situations, ce renforcement biographique ne s'accompagne pas toujours d'un renforcement identitaire. Dans le cas de Paul, l'infection par le VHC est une conséquence de sa consommation de drogue, mais il ne raconte pas cette découverte comme une étape de construction d'une identité d'usager.

> *Paul se souvient très bien quand il a découvert qu'il avait une hépatite C, il avait vingt-deux ans et sortait de deux ans de prison à Tours. Il sait aussi quand il a été infecté : c'était surement autour de ses 16 ans-17 ans, « à cause des seringues », quand il consommait de l'héroïne par voie intraveineuse. Il vivait en foyer puis a obtenu une bourse pour vivre dans un appartement ; jeune, seul, avec de l'argent, c'est là qu'il a commencé la drogue.*
>
> *Depuis, il a travaillé en intérim en France et à l'étranger, a eu des relations amoureuses longues. Sa consommation de drogues ou de traitement de substitution reste en arrière-plan, avec des incursions plus ou moins violentes dans son expérience quotidienne, lors d'un sevrage forcé au moment d'une incarcération ou de ses efforts de réduire la méthadone au moment de nos premiers entretiens. Pour autant, il ne se présente jamais comme un « toxico » ou un « usager » comme d'autres peuvent le faire en entretien.*
>
> (Paul, 35 ans, VHC+ depuis 13 ans, quatrième incarcération – notes d'entretien et de terrain)

Si l'annonce ne fait pas événement, elle s'accompagne d'une méconnaissance ou d'une sous-évaluation de la gravité par rapport à celle perçue au moment de l'entretien, qui n'est pas que du fait des détenus. Certains médecins dépistent des hépatites asymptomatiques, en présentent le traitement comme non urgent. Ils partent du principe que le traitement peut attendre l'apparition des symptômes, même chez des patients incarcérés, désaffiliés ou en errance, comme dans le cas de Mehdi par exemple.

Pour les patients, face à des médecins qui ne sont pas inquiets, la relative importance de la sérologie s'explique aussi par des campagnes d'information et de dépistage, qui n'apparaissent comme une priorité de santé publique que dans les années 2000. Par ailleurs, le traitement lourd et peu efficace selon les génotypes, en mono- ou bi-thérapie, contribue à faire de la découverte du virus un événement

reconstruit *a posteriori*. Pour Ayoub, l'incarcération, le suivi par un médecin avec qui il peut adhérer au traitement, le projet de sortie de la délinquance et de l'errance concourent à se saisir de l'opportunité du traitement. L'entrée dans la démarche de suivi médical s'accompagne d'une adhésion au suivi, mais aussi aux recours aux droits sociaux, pour lesquels la découverte de l'hépatite C sert de tremplin – même des années plus tard. Ainsi, c'est plutôt au moment du traitement (et donc peu avant l'entretien avec moi) que le dépistage prend une place significative dans le parcours de soins. Lorsque se construit le parcours de soins, plutôt que le parcours de vie, qui prévalait jusque-là. L'infection devient un événement après, *a posteriori*, au moment du recours aux soins.

C'est pour cette raison que l'objet des entretiens avec les détenus atteints d'une hépatite C varie sensiblement des autres. Pendant les entretiens avec les hommes vivant avec le VIH, l'enjeu est d'éliciter et de recueillir le récit du parcours de soins ; le parcours, raconté en ce sens, n'est pas nouveau, car il est partie prenante du suivi hospitalier notamment. En revanche, avec les détenus atteints du VHC, il s'agit plutôt de construire le parcours, car ils ont eu peu de contacts avec des professionnels de santé à ce sujet et nos entretiens en détention coïncident avec une période de prise en charge médicale de l'hépatite C.

C. Treolar et T. Rhodes montrent que l'expérience des usagers de drogues infectés par le VHC est de l'ordre de la liminalité : la « maladie » (au sens de *illness*) est vécue comme oscillant entre le trivial et le sérieux, normalisée et stigmatisée, relevant tour à tour du public et du privé. Les rares travaux de sciences sociales sur le VHC montrent que, du point de vue du patient, l'expérience se construit en contraste et face à une institution soignante qui minimise le sérieux de la maladie et qui stigmatise ceux qui recherchent un traitement, du soin et une identité de malade légitime[962]. L'annonce de l'hépatite C par les professionnels de santé marque le début des parcours du point de vue institutionnel.

L'annonce de l'hépatite C, une attente d'adhésion

L'annonce d'une sérologie positive au VHC fait l'objet de moins de précautions de la part des professionnels de santé que l'annonce du VIH. L'annonce de l'hépatite C est perçue comme étant moins sensible par les soignants pour deux raisons. D'abord, l'infection est moins symptomatique, avec un temps entre l'infection et l'apparition des symptômes souvent très long. Ensuite, selon le génotype, les chances d'éradication de l'infection par le traitement sont non négligeables ; pour les autres génotypes, ce sont

[962] TREOLAR Carla et RHODES Tim, « The Lived Experience of Hepatitis C and its Treatment Among Injecting Drug Users », *art. cit.*, p. 1328.

plutôt les chances de guérison spontanée qui doivent être mises en perspective avec la pénibilité du traitement et son taux d'échec important.

Cependant, comme pour l'infection par le VIH, l'annonce est un moment qui doit enclencher la prise de contact avec l'institution et la prise de conscience du corps comme source de risque de contamination. Le temps entre prise de contact avec l'institution et prise en charge par l'institution varie notamment selon le médecin, certains préférant mettre sous traitement plus rapidement que d'autres. Plusieurs facteurs influent sur l'attente du médecin et le délai avant mise sous traitement : le stade de l'infection, la pratique clinique et la tendance à suivre les évolutions des recommandations de traitement, la spécialité (infectiologue ou gastro-entérologue), et les préférences/habitudes individuelles du médecin.

« Trainer » (un peu ou dix ans) pour obéir à la demande de recours au traitement, manquer et reporter ses rendez-vous sont vus par les professionnels de santé comme des signes de manque d'adhésion et de résistance à la prise en charge. L'irresponsabilité face au risque d'aggravation des lésions du foie, de la fibrose ou de la cirrhose est aussi mobilisée pour assigner le malade à la catégorie de « patient difficile ». C'est bien le décalage, dans le cas de l'hépatite C, qui éclaire les attentes différentes et le sens différent accordés aux étapes du parcours de santé par les professionnels et par les patients. L'adhésion et le recours au traitement, ou leur absence, sont une des dimensions de l'opposition entre bon et mauvais patient.

Dans leur étude sur les expériences de soin du VHC en Australie, C. Treolar et T. Rhodes évoquent une « trivialisation » de l'infection et une « dévalorisation » des patients par une institution soignante qui stigmatise les usagers de drogues par voie intraveineuse[963]. Leur revue de la littérature anglophone des études (majoritairement australiennes et parues dans les années 2000) sur l'expérience de l'hépatite C chez les toxicomanes montre que l'infection peut être considérée par les professionnels de santé comme la conséquence logique et parfois méritée d'une addiction et d'une prise de risque. La littérature médicale reconnait cette stigmatisation, mais aussi les effets délétères sur la qualité de vie de l'infection à VHC chez les patients, usagers de drogues ou non[964].

Dans leur analyse de l'hépatite C en Australie, S. Frazer et K. Seear insistent quant à elles, sur le diagnostic comme point de départ d'un processus de transformation du

---

[963] *Ibid.*, p. 1327.

[964][964] Plusieurs articles étaient publiés au moment de l'enquête de terrain, dont : FONTANA Robert J. et KRONFOL Ziad, « The patient's perspective in hepatitis C », *Hepatology* 39 (4), 2004, p. 903-905 ; FORMAN L., KAWUT S., ROSEN I., PIEN G. et BOGNER H., « The impact of diagnosis of hepatitis C virus on quality of life », *Hepatology* 31 (4), 2000, p. 1029-1030.

patient en cible des injonctions contemporaines à pratiquer la prévention sanitaire et le soin de soi[965]. Dans le cas français, l'évolution des pratiques médicales en termes de mise sous traitement est sensiblement différente. Sur la période couverte par les parcours des hommes que j'ai interviewés, les pratiques de diagnostic antérieures aux années 2010 s'accompagnaient souvent : d'une annonce succincte, d'une explication rapide sur la non-nécessité de traitement pendant la phase asymptomatique de l'infection et d'un conseil de recours aux soins dans un futur plus ou moins lointain. Ainsi, en comparaison avec le VIH, l'annonce de l'hépatite C dans un grand nombre des parcours décrits ici est un moment nettement moins engageant pour le patient, en termes de responsabilisation et d'injonction aux soins et à la prise en charge de soi.

Il y a un contraste net entre l'anticipation des effets biographiques de l'annonce par les professionnels de santé et entre l'expérience des patients, comme il en sera question plus tard.

La contamination, un événement reconstruit *a posteriori*

Du point de vue des détenus, la contamination par le VIH ou le VHC ne peut pas être décrite comme un événement de santé sans faire le lien avec l'institution médicale. C'est dans les échanges avec les professionnels de santé et dans le cadre d'interventions de santé publique – consultation de dépistage, consultation hospitalière ou en milieu carcéral – que le résultat du dépistage donne lieu à des interactions avec les professionnels puis à la construction de l'événement de la contamination. En effet, les détenus construisent la contamination rétrospectivement, par l'appropriation des catégories de prises de risques sanitaires et de vulnérabilité épidémiologique.

André par exemple ne sait pas identifier le moment ou le lieu de la contamination par le VIH, mais il sait qu'elle est due à des rapports sexuels non protégés avec une femme à sa sortie de prison, c'est-à-dire à des pratiques libellées comme « à risque » par l'institution médicale : « Je suis sorti de Fleury, j'ai attrapé ça pendant une relation, à l'époque, c'était pas à la télé, on savait pas. Je me suis dit qu'est-ce qui se passe ? Je suis pas homo. En 1988, j'ai eu un accident moto et c'est là qu'ils ont fait le dépistage : j'ai été infecté par une femme. » De même, lorsque je demande à Alain s'il sait comment il a été contaminé par le VIH, il me répond : « Non, si je savais comment, j'aurais évité. Non, je ne sais pas quand, mais je suis à 99 % sûr que c'était par des rapports sexuels, mais je ne sais pas qui. »

[965] FRASER Suzanne et SEEAR Kate, *Making disease, making citizens: The politics of hepatitis C*, Farnham, Ashgate Publishing, Ltd., 2011, chap. 4.

Pour Alain, c'est la pratique dite à risque des rapports sexuels non protégés, ou moins probablement une autre pratique, qui sert à identifier la contamination. Cette pratique est perçue comme étant porteuse de risque du fait des échanges qu'Alain a eus avec son médecin et de ses connaissances sur le virus, liées aux campagnes de prévention du VIH/sida. Ces deux espaces d'appropriation des catégories épidémiologiques sont le lieu de la construction de l'événement de santé de la contamination *a posteriori* et en lien avec le discours médical.

Pour Amin aussi, c'est la pratique qui identifie l'événement de la contamination et, comme pour tous sauf trois des hommes que j'ai interviewés, il ne sait pas circonscrire le moment précis où il a été contaminé.

> *« Je pense que c'est une meuf qui me l'a filé. Y'avait une période où y'avait beaucoup d'argent qui tournait. J'ai arrêté l'école à 19 ans. Et j'ai eu une période d'alcool, de boîtes, de drogues, de deal, de soirées, avec des filles. Elle s'est arrêtée en 2004, quand j'ai appris ma maladie. Il y avait beaucoup de filles, je faisais confiance [il ne mettait pas de capote.]*
>
> *Je me dis peut être que c'est elle, une fille un peu bizarre, qui m'a invité dans à l'hôtel, une blanche, elle était bien, son corps était bien. Je trouvais que c'était un peu bizarre qu'elle voulait passer un moment avec moi. J'étais pas son style, elle était trop belle pour moi. Je l'ai cherché à Gare du Nord après, à Châtelet, je l'ai jamais trouvée. Je crois que c'est elle parce que j'ai entendu des rumeurs après. J'ai jamais été avec un homme, j'ai pas eu de relations homo. Parce que des fois, on me demande, mais non. Moi, j'aime les femmes. »*
>
> (Amin, 35 ans, VIH+ depuis 7 ans, troisième incarcération)

Pour Amin comme pour les autres hommes qui vivent avec le VIH, c'est l'incertitude quant à la personne qui les a contaminés qui prédomine. À défaut, c'est un ensemble de pratiques, un « mode de vie » dans une période associée à une activité dominante empreinte de conduites à risques, qui est mis en avant. La voie d'infection est sexuelle et plus précisément, hétérosexuelle. Le tabou concernant l'homosexualité et l'importance de l'attente hétéronormative en détention, ainsi que le tabou concernant l'injection de drogues, peuvent expliquer en partie que certains explicitent leur absence d'attirance envers les hommes. Cependant, les rapports libres et l'atmosphère de confidence en entretiens me conduisent à croire que les infections par voie non hétérosexuelle sont peu nombreuses. Deux exceptions : Édouard déclare des rapports homosexuels comme source de contamination, qu'il sait avoir eu lieu en avril de l'année de ses 24 ans ; et Wassim déclare avoir été infecté par une femme trans qui se prostituait et dont il était amoureux pendant longtemps.

La contamination par le VHC est attribuée à l'addiction et l'usage de drogues par voie intraveineuse. Elle est enfouie dans ce que les hommes racontent comme une

période sous emprise, dans un contexte d'errance physique et psychique. Elle fait partie des parcours de vie décrits plus haut comme ponctués de petits rebondissements dans une continuité dictée en partie par l'addiction. La voie de contamination est le partage de matériel d'injection, pour tous les hommes sauf Iliès et Patrick qui pensent avoir partagé du matériel de sniff[966]. Contrairement au VIH, dans certains récits des hommes atteints d'une hépatite, il apparaît un glissement entre la catégorie décrivant une pratique (le partage de matériel) et l'assignation identitaire (« J'étais toxico à ce moment-là. ») En effet, les rapports hétérosexuels des hommes n'ont pas été l'outil de la construction épidémiologique d'une population dite à risque ; en revanche, les usagers de drogues en situation de précarité l'ont été dès les années 1980-1990.

La contamination, l'origine du parcours de santé

Du point de vue des professionnels de santé, la contamination est un événement marquant, en tant que point de départ de l'histoire naturelle de l'infection ; elle est très présente dans la gestion de l'infection par les professions de santé. Parce qu'elle relève de pratiques intimes (rapports sexuels, consommation de drogues, partage d'objet d'hygiène pour le VHC), la contamination reste d'une certaine façon insaisissable par les acteurs de santé. Ainsi, la construction de la contamination par les professionnels s'opère à deux niveaux.

D'abord, le plus souvent, la contamination est antérieure à la rencontre avec le professionnel lors du dépistage ou de la consultation spécialisée ; il s'agit donc d'un événement construit *a posteriori* et dans un contexte différent, postérieur à celui de la contamination du patient. En consultation, elle est l'objet d'une investigation auprès du patient pour étayer la clinique, où il est question d'identifier la date de l'infection et la voie de transmission du virus, en interrogeant les antécédents et le passé du patient. Ici, l'échelle est celle de l'individu, du patient dans sa relation de soin.

Ensuite, l'événement de la contamination intéresse aussi le praticien dans une autre dimension de sa pratique, celle d'une préoccupation de santé publique. Elle s'anticipe *a priori*, dans un discours épidémiologique et de prévention, mobilisant les catégories de groupes à risque, vulnérables aux prises de risques. Dans cette perspective, le moment de la contamination n'existe pas en tant que tel. Il est traité comme un événement à anticiper et, dans un cadre de prévention du risque, à éviter. La contamination est ici un événement médical, une entité épidémiologique. D'autres acteurs de santé s'en sont saisis, dans le secteur associatif notamment. L'effet de contexte

[966] Le sniff est le mode de consommation de drogues en poudre par aspiration nasale à l'aide d'une paille ou d'une feuille roulée en forme de paille. Le VHC est un petit virus très résistant et infectieux, qui peut aussi se transmettre par partage de matériel de sniff.

n'est pas non plus négligeable, car sa construction sociale est située dans le temps. Ainsi, le contexte politique et social fait d'une contamination en début d'épidémie (1985) un objet sensiblement différent d'une contamination plus tardive dans l'histoire de l'épidémie[967].

La construction de la contamination débute souvent au moment du diagnostic, qui marque le début de la prise en charge du point de vue de l'institution. Selon l'état de santé, la question du traitement occupe une grande partie du parcours de santé à suivre – et, comme on l'a vu dans le deuxième chapitre, elle justifie la construction de la population détenue comme une population vulnérable dont la santé serait un problème public.

Le recours au traitement contre le VIH

Le contexte structurel du recours au traitement joue un rôle important dans la détermination les modalités de traitement et l'adhésion et l'observance du patient. L'incarcération, l'accès aux soins, aux médicaments, aux droits et à un hébergement stable peuvent être des facteurs aussi déterminants que le rapport aux professionnels de santé et la croyance en l'urgence médicale du traitement. Dans les récits de vie, je distingue deux registres de recours au traitement antirétroviral pour les hommes séropositifs au VIH. Dans les deux cas, ce recours peut être identifié comme un événement de santé, qui infléchit la chronologie de la maladie. S'en suit un traitement à vie, avec des périodes d'ajustement ou d'interruption, et des visites plus ou moins régulières à l'hôpital, à l'Ucsa ou en médecine de ville.

Le premier registre de recours au traitement se construit dans la continuité des attentes de l'institution médicale suite au diagnostic, à partir de la reconnaissance et de l'appropriation de la nécessité médicale du traitement par les patients. Le second registre relève de l'effet salutaire de l'incarcération, qui rend la prise en charge accessible et le soin de soi, possible.

Dans le premier registre, Komi et Édouard me racontent leur recours au traitement comme la conséquence logique du diagnostic. Pour Komi, le dépistage et la disponibilité des médicaments justifient son adhésion au traitement et son attention à l'observance.

> *« Je pense que j'ai bien fait de faire le test. Ça m'a permis de commencer vite le traitement. Oui [je l'ai commencé avant de venir] à l'hôpital Henri Mondor. (...) Je suis indétectable depuis toujours parce que je ne loupe pas mes prises parce qu'on m'a dit que quand on loupe des fois ou on les prend pas, le virus devient résistant aux médicaments et puis, je dis que puisque ce médicament existe, autant bien le prendre. Il faut être sérieux. Moi, ma façon, je me dis que ce*

[967] HACKING Ian, *The Social Construction of What?*, Cambridge, Mass., Harvard University Press, 2000.

médicament va être une nourriture pour moi, comme on a besoin de manger pour vivre, je prends ça comme ça. On mange tous les jours pour vivre, je prends mon médicament tous les jours. Ça m'évite de me dire "ah je vais encore le prendre", je les inclus dans ma vie. Même si ça change. Quand je vais voyager, je prends la quantité qu'il faut pour le voyage. Je me débrouille pour que j'ai tout le temps ce qu'il faut. »

(Komi, 41 ans, VIH+ depuis 4 ans, première incarcération)

Sous-jacent à cette adhésion informée, mais peu critique au traitement, le rapport aux soins et à l'institution de Komi est marqué par une confiance en l'expertise médicale et par sa capacité à susciter et entretenir de bonnes relations avec les professionnels de santé. Il sait s'informer et solliciter les professionnels, et si certains trouvent qu'il les sollicite trop, ses relances concernent le plus souvent son traitement, ses effets et les manières dont Komi peut améliorer ses pratiques de santé et mieux répondre aux attentes de son rôle de patient. Son adhésion au traitement est certainement facilitée par un traitement pris très tôt, qui est très bien toléré, a peu d'effets secondaires et a requis une période d'ajustement très courte dans son parcours de santé. Ainsi, le recours et l'adhésion au traitement sont indissociables du contexte historique et politique, en ce qu'il détermine l'accès, la diversité et la performance des médicaments.

Édouard, qui a découvert sa séropositivité en 1994, a commencé son expérience de la maladie par une période sans soins ni traitement. Il me raconte « [qu']au début, c'était la catastrophe. Je suis resté deux ans sans traitement. Puis j'ai été pris en charge à Saint Louis, un très bon service. » Le premier traitement antirétroviral devient disponible en France l'année du dépistage d'Édouard, mais les effets secondaires sont très lourds et les savoirs des médecins spécialistes encore tâtonnants. Progressivement, les médecins et les patients comme Édouard s'informent. Le processus d'ajustement aux nouveaux régimes se déroule dans le cadre d'une implication conflictuelle, mais croissante des associations de patients.

Pour André, dépisté en 1988, cette période d'ajustement aux régimes médicamenteux est elle aussi longue et s'accompagne d'infections opportunistes et d'incarcérations. Elle commence douze ans plus tard, car « la sérologie était là, mais elle dormait », c'est-à-dire par nécessité médicale plutôt que dans la suite logique du diagnostic. Cette période d'ajustement laisse place à une prise en charge répartie entre l'hôpital, l'hôpital pénitentiaire et l'Ucsa. André est suivi depuis longtemps dans le même service parisien et me dit y connaître tous les médecins et être suivi par les meilleurs. Il ne tient pas en estime la médecine pénitentiaire, moins formée, plus stigmatisante et responsable selon lui du décès d'un trop grand nombre de jeunes séropositifs avant 1994 – je reviens sur ce point dans le chapitre suivant.

Aujourd'hui, André me dit bien prendre son traitement, « même si ce n'est pas drôle de prendre des pilules comme petit déjeuner. » Toxicomane, il est aussi sous traitement de substitution. Il me dit vouloir arrêter, car il ne « veu[t] pas être sous Subu à 60 ans ! » Son psychiatre, lui, pense qu'il n'est pas prêt alors André arrête seul, en réduisant la dose petit à petit. Il fait partie de la première génération de patients à vieillir substitués. Il a perdu un grand nombre de ses amis usagers et/ou séropositifs et vieillir en bonne santé prend un tout autre sens pour lui.

Le second registre de recours au traitement contre le VIH relève de l'effet paradoxalement salutaire de la pénalité. Vécue comme une opportunité de soin et de pause dans une existence délétère pour la santé, l'incarcération ou l'obligation de soins peuvent être le cadre d'un recours ou d'une reprise des traitements. Par exemple, pour Alain, le premier recours au traitement contre le VIH se déroule dans le cadre d'une obligation de soins ordonnée par un juge. Quatre ans après son dépistage en détention et suite à une nouvelle condamnation, il commence un traitement au centre hospitalier de sa ville, en lien avec le service de réduction des risques qu'il fréquente depuis plusieurs années. Malgré les effets secondaires parfois très pénibles et gênants pour son travail dans le bâtiment, Alain n'a jamais arrêté son traitement.

Pour Jean, qui est co-infecté, c'est l'incarcération qui facilite le soin. Elle offre des conditions d'abstinence favorables à l'observance.

> *« Soigner, c'est pas trop dehors, je le fais quand je rentre en prison (...) parce que je peux pas boire, faire des conneries, je me dis tant qu'à faire. Dehors je prends des rendez-vous mais j'y vais pas, ou je change d'avis une fois que j'y suis, pas parce que c'est trop long l'attente, parce qu'y'a toujours des chuchotements dans les services à l'hôpital. (...) Pour l'hépatite, je dois mettre en route le traitement, c'est un traitement lourd" »*
>
> (Jean, 42 ans, VIH+ depuis 15 ans, VHC+ nombre d'années inconnu, 15 ans d'incarcérations[968])

Son « tant qu'à faire » fait allusion au « bon » usage du temps de l'incarcération. Ce « bon » usage doit s'entendre en référence à la réponse par l'activation et le recours aux soins et aux droits, que le service public contemporain attend des usagers précaires. Ici, il fait aussi référence à l'opportunité du recours au soin qu'offre l'incarcération, à la fois en terme de proximité des unités de soins que d'éloignement des contraintes de la vie à l'extérieur – l'alcool, l'errance, la précarité, l'isolement relationnel – et de temps d'introspection et d'ajustement de ses priorités personnelles. En ce sens, c'est plutôt l'opportunité de soin que l'accès au système de privilège carcéral au sens goffmanien qui est mise en avant, contrairement à une hypothèse proposée récemment pour expliquer le

[968] Le parcours de vie de Jean est décrit dans le chapitre 7.

recours aux soins important des personnes détenues[969]. Si les avantages en termes de circulation en détention, de « douche médicale[970] » ou d'attention des professionnels de soin sont certains, il n'est pas satisfaisant de leur attribuer l'adhésion aux prises en charge médicale. Les patients détenus ont des pratiques de santé et intentions salutaires qui dépassent l'opportunisme, même si l'opportunité de l'incarcération est remarquable.

Au fil de nos échanges, il s'avère que Jean adhère à son traitement et qu'il connaît bien les services de santé et d'aide sociale en ville. S'il perd patience en salle d'attente et manque des rendez-vous, c'est entre autres parce qu'il s'inquiète des discussions des infirmières à son sujet, les « chuchotements dans les services. » Lors d'un de nos entretiens après sa sortie, il s'inquiète aussi que les personnes attablées autour de nous nous écoutent et nous surveillent. Je m'arrange pour que les entretiens suivants aient lieu à l'extérieur ou par téléphone. Selon lui, l'alcool est aussi responsable de certains de ses comportements à risque. L'alcool et la nature influençable de Jean sont responsables de l'incident qui a mené à sa première incarcération, d'une durée de 7 ans. À cause de l'alcool, il ne se souvient pas du nombre d'incarcérations précédentes ni des circonstances de son arrestation cette fois-ci. À sa sortie, il manque deux rendez-vous avec moi parce qu'il est soul.

Jean est très attaché à son régime de Combivir, un médicament dépassé selon sa médecin en détention, que son médecin de ville lui prescrirait depuis 1998. Elle finit par le convaincre d'en changer, lui expliquant que le Combivir associe deux molécules, l'une contre laquelle il serait résistant et l'autre, l'AZT, une molécule trop « vieille. » Jean se laisse convaincre et accepte ensuite d'interrompre le traitement pour commencer celui contre l'hépatite C. Il n'a pas le temps de commencer cette prise en charge, discutable d'un point de vue médical, et sort de prison un mois et demi plus tard. À sa sortie, il consulte assez rapidement une médecin hospitalière, qui le prend en charge pour son VIH et son hépatite C et dont il est content.

Contrairement à Komi, Édouard et André d'un côté puis Alain et Jean de l'autre, les parcours de Couly et Wassim ne peuvent pas être interprétés selon l'un des deux registres décrits ici, celui du recours comme suite logique du diagnostic ou comme effet de la prise en charge pénale. Couly, qui a été dépisté l'année précédant son incarcération, n'est pas encore sous traitement. Et dans nos entretiens, Wassim est resté vague sur les circonstances de son recours au traitement.

---

[969] MAHI Lara, « De(s) patients détenus. Se soigner dans un environnement contraignant », *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 2015.

[970] Ordonnance de douches émises par un médecin d'Ucsa, qui permet aux surveillants d'accorder à un détenu des douches supplémentaires aux trois douches par semaine réglementaires.

Wassim est plus jeune. Il a appris qu'il était séropositif il y a six ans lorsqu'il était en prison. Je le rencontre pour la première fois lors de la consultation spécialisée en détention. Sa médecin déplore son manque d'observance et essaie de le convaincre de prendre plus régulièrement son traitement en avançant l'argument du risque de contamination de sa femme. Il n'a été suivi que par deux autres médecins et toujours en région parisienne. Il prend aussi un traitement pour ses crises d'épilepsie, qui s'espacent maintenant que la dose a été ajustée. Polyconsommateur de produits psychoactifs (dont l'alcool et les médicaments détournés de leur usage) depuis l'adolescence, il me dit vouloir arrêter « la fumette[971] » parce qu'après en avoir « parlé avec un détenu qui fait la prière, [il sait que] c'est pas bien. Ça rend lent et stupide. Et puis, c'est un truc de gamins, de fumer. »

Wassim me raconte un récit de vie chaotique, qui met en exergue les accidents de la vie et ses difficultés psychologiques à y faire face. Sans verser dans la plainte, son récit est tout à fait compatible aux attentes des professionnels de santé, de l'aide sociale et de la probation. Je m'y laisse prendre moi-même, en réalisant plus tard que mes notes traitent plus de son histoire familiale, relationnelle et sexuelle que de son parcours de santé. Si les circonstances de son recours aux soins restent floues, son traitement antirétroviral n'est visiblement pas bien toléré ni bien suivi. Il se plaint de fatigue et, avant nos entretiens, est passé par des moments sans aucun traitement.

Wassim a une autre expérience de la maladie et de la fin de vie, celle de Joël, un homme avec qui il a vécu pendant près de cinq ans à la fin de son adolescence. Joël le soutenait financièrement et lui donnait du travail, mais Wassim « faisai[t] beaucoup la fête, avec des drogues [il les énumère et me raconte sa « période tekos[972] »]. Joël m'a dit de partir parce que je faisais trop la fête et que je lui demandais de l'argent, mais moi je savais que c'était parce qu'il avait le sida. (...) J'ai pris soin de lui, je lui ai changé les couches. À la fin, il est parti à l'hôpital, tout maigre. En deux-trois mois, il a dépéri. » Wassim ne fait pas le lien avec son état de santé actuel (il a été contaminé par voie hétérosexuelle plus tard) et ne me parle pas de sa vision du futur, à l'exception de la préparation de sa sortie de prison et de ses difficultés à faire les démarches administratives nécessaires.

Comme le montrent les parcours d'Édouard, Komi, André, Alain, Jean et Wassim, le recours au traitement et l'adhésion au suivi du VIH sont à lire et à interpréter dans le contexte de l'évolution de la prise en charge du VIH en France. Le premier recours est identifiable dans les parcours de santé, mais ne prend sens qu'au regard de l'adhésion et

[971] Le cannabis

[972] Tekos : technival ou free-party selon la taille du rassemblement, ce sont des fêtes de musique techno.

du rapport aux soins des patients dans le long terme. Traité à vie, mais jamais guéri, le VIH et ses effets physiologiques sont plus facilement pris en charge pour les patients contaminés plus récemment, comme Alain et Couly.

Aujourd'hui, l'objectif thérapeutique pour la plupart d'entre eux est l'indétectabilité, c'est-à-dire une charge virale assez basse pour rendre ces patients non infectieux, réduisant les effets somatiques aux effets secondaires des médicaments.

La mise sous traitement contre le VIH

Du point de vue des patients, il ressort que le début du traitement est identifiable dans le parcours, comme le point de départ d'une inflexion vers une prise en charge institutionnelle à vie. Cependant, du point du vue du patient, mais aussi du professionnel de santé, la mise sous traitement et le traitement ne peuvent pas être considérés comme des événements uniques ou singuliers. Dans des configurations et des ajustements différents, les infections par le VIH et le VHC ont souvent des traitements discontinus, dont les médicaments et leurs dosages ne sont pas fixes ni donnés. Pour le VIH et le VHC, ils diffèrent cependant dans leurs effets, les attentes qu'ils suscitent et les précautions qu'ils requièrent de la part des soignants.

Pour les soignants, le traitement contre le VIH comme étape du parcours de soins intervient à un moment déterminé par l'infection (la charge virale et ses effets biologiques) et par le patient (son état de santé, son adhésion et pour certains médecins, ses conditions de vie et ses sources de soutien). Cependant, considérer le traitement comme un événement de santé uniforme pour le patient est discutable, notamment si l'on prend en compte la durée du traitement, longue pour le VHC, voire à vie pour le VIH. Du point de vue des soignants, il est de toutes façons à appréhender comme étant hétérogène (avec des changements de médicaments, de dosage, d'effets secondaires) et fluctuant (interruptions, périodes d'observance plus ou moins rigoureuses) et inscrit dans une négociation avec le patient.

Le traitement est une étape constitutive du parcours de soins et le point focal de l'intervention et des savoirs médicaux. Cette étape est omniprésente dans le quotidien du travail de soin. Par exemple, le traitement est toujours marqué et daté dans les dossiers médicaux de l'Ucsa (physiques ou numérisés), pourtant connus pour être très lacunaires. L'absence de traitement est justifiée médicalement, par l'absence de nécessité médicale ou d'observance supposée[973]. Si la mise sous traitement et le traitement sont le point focal de l'intervention médicale, les travaux en sciences sociales sur l'appropriation du

[973] ENEL Catherine, MINELLO Anne et HILLON Patrick, « Améliorer l'adhésion au traitement contre l'hépatite C », *Soins* 58 (780), 2013, p. 28.

savoir médical par les patients et sur la négociation de la relation soignant-soigné dans l'épidémie de VIH/Sida montrent bien qu'ils ne restent pas cantonnés à cette sphère.

La centralité du traitement dans le travail de soin explique aussi l'intérêt pour le problème de l'observance chez des patients considérés comme difficiles par leurs soignants. Leurs situations sociales précaires sont complexes et perçues comme des freins à l'adhésion et au contrôle médical. La médecin spécialiste de la prise en charge du VIH de la première maison d'arrêt où j'ai mené mon enquête me présente ses patients de la division des détenus étrangers et en situation de précarité comme étant « gratinés », pour me signifier le travail supplémentaire que lui demandent leurs parcours chaotiques et leurs situations administrative et sociale instables. En détention, j'y reviens dans le chapitre suivant, leurs sollicitations de l'Ucsa sont souvent perçues comme trop nombreuses, trop insistantes, et leurs plaintes, illégitimes. D'autres médecins prennent le parti de considérer ces facteurs extramédicaux comme caractéristiques de la population incarcérée et les traitent de manière individuelle – j'y reviens aussi, les rapports de soins en détention étant l'objet du chapitre suivant.

De manière générale, à partir du premier recours, le traitement du VIH se déroule et évolue dans les parcours de santé et promet une présence continue et permanente. L'attente de l'observance par les soignants ne remet pas en question la nature hétérogène et changeante du traitement, qui doit être prescrit, testé, ajusté par les professionnels, et suivi, selon ce que permettent les effets secondaires, les conditions de vie, l'interférence des dépendances et les contraintes extérieures des patients.

Si l'on peut penser le traitement contre le VIH comme une présence en pointillé dans les parcours, celui contre le VHC est plutôt caractérisé par un important non-recours et des résistances. Cette interprétation est nuancée dans les paragraphes qui suivent, à partir des récits des patients détenus et du point de vue de leurs soignants.

Le recours au traitement contre le VHC

Précédemment, je montre que l'annonce de l'hépatite C ne fait pas événement pour les hommes mono- ou co-infectés. Le début du traitement contre le VHC n'est pas non plus saillant dans les parcours, même si les hommes savent qu'il est difficile à supporter et s'ils en redoutent les effets secondaires. Commencer le traitement pour le VHC est souvent un moment annoncé il y a longtemps lors de rencontres antérieures avec les soignants ou les travailleurs sociaux. Le début du traitement est entendu comme légitime et important, mais reste dans le registre « il faudrait que, mais… » Il est souvent reporté plusieurs fois au cours du parcours. Medhi me raconte l'annonce de son hépatite C par des médecins en prison, qui l'enjoignent à se traiter :

« C'est en 2003 que Dr [G] et Dr [B] lui ont parlé de son VHC pour la première fois. Ils lui ont dit qu'il fallait se soigner, que c'était grave, qu'il risquait le cancer. Et il est sorti de Fresnes motivé. À la sortie, il a trainé un peu et puis il était en train de préparer le protocole pour l'ACT, en train de mettre le truc en place. « Peut-être que c'est bien pour moi que je suis tombé. » Il a vu encore le docteur [G], et il a dit OK, on fait le traitement. Il est allé le voir en juin ou juillet. Et hier, il a eu le résultat de la prise de sang. Mme [B] lui a dit que c'était bien, que la CV [charge virale] avait baissé, qu'il avait bien réagi au traitement. Il est content. « On va voir après ce que ça donne si on arrête [le traitement du VHC] ».

(Medhi, 48 ans, VHC+ depuis 6 ans, dixième incarcération – notes d'entretien[974])

Des facteurs confus et confondants entrent en jeu lorsqu'il s'agit de comprendre ce qui fait que ces détenus décident de commencer le traitement. La faible priorité de l'hépatite C, longtemps asymptomatique, dans la vie très sollicitée d'usagers de drogues en situation de précarité comme Medhi et Ayoub, sont quelques-uns de ces facteurs. Dans le cas d'Ayoub, le report dure neuf ans, entre son dépistage et son traitement dans la maison d'arrêt où je le rencontre. Durant ces neuf ans, il a été traité à l'hôpital pénitentiaire pendant un an, s'est remis d'une tuberculose, a refusé le traitement contre l'hépatite C, a été incarcéré de nouveau, a oscillé entre médicaments de substitution aux opiacés et drogues plus ou moins occasionnelles et s'est engagé dans une « thérapie » avec une psychologue carcérale. Et puis, sans lien avec l'énumération précédente que je synthétise ici pour situer ses propos, il me dit : « un jour, j'ai décidé. »

« Comme on [nous, les toxicos incarcérés] on est une population fragilisée, parce qu'on se drogue, etc., mais on a nos capacités mentales quand même. »

Ayoub fait référence au choix réfléchi de reporter le projet d'enfant, à cause des effets tératogènes du traitement. Il m'explique que l'hépatite qui ne se soignait pas s'empirait. Donc les perspectives de lendemain s'amenuisaient.

« Si c'est pour crever dans 6-7 mois, c'est pas la peine. Alors que non, il ne faut pas. C'est pour ça qu'hier, je vous disais que cette peine m'a fait du bien. On a tendance à minimiser le toxico ici. (...) Moi, c'est particulier : tout en étant tox, j'ai toujours su me prendre en charge et être autonome. (...) Je suis tombé en 2009, j'étais réfractaire au traitement, j'en voulais pas. Je pensais, 18 mois, c'est long. Mais en fait non, ça vaut le coup. Un jour, j'ai décidé. Il est temps. Ça suffit. Je suis pas un perdant. Je suis quelqu'un qui sait rebondir. »

« Le traitement c'est une idée qui me trottait par la tête. C'est à partir de ce moment-là [quand il a eu sa première ordonnance pour de la méthadone en consultant dans un dispensaire] que je me suis rendu compte que j'étais capable de faire des choses. (...) C'est fatiguant la drogue. »

(Ayoub, VHC+ depuis 9 ans, 5e incarcération – notes d'entretien)

[974] Le parcours de vie de Medhi est décrit dans le chapitre 7.

La longueur mais aussi la pénibilité du traitement sont deux autres facteurs qui permettent de comprendre le report du traitement. Le traitement de l'hépatite C est constitué d'un antiviral et d'une molécule qui stimule le système immunitaire, l'interféron. C'est l'interféron qui est le plus lourd à supporter, en raison d'effets secondaires tels que l'extrême fatigue et le syndrome pseudo-grippal (un état grippal sans infection du virus de la grippe). Iliès est sous traitement pendant la quasi-totalité de la série d'entretiens biographiques, dedans et dehors. En détention, il est fatigué et déprimé[975]. Il sort rarement de cellule et, avec le concours du médecin, a obtenu un encellulement individuel. Il finit par prendre le pli et apprend à s'ajuster, par exemple en prenant du paracétamol pendant les deux jours qui suivent l'injection d'interféron pour prévenir le syndrome pseudo-grippal.

Pour d'autres, les effets secondaires sont moins pesants, comme pour Robin et Medhi.

> *Medhi commence notre premier entretien en disant : « Bonne nouvelle ! » Il est sous traitement depuis 2 mois, sous interféron. Il avait programmé dehors le traitement avec [un Caarud parisien[976]] mais avant le début, il est tombé[977]. Ici, il a commencé le traitement avec le docteur. En fait l'interféron, ce n'est pas si grave, il m'explique, il pensait que ça lui causerait beaucoup de fatigue, mais non, en fait.*
>
> *Pour cette incarcération, il a pris 9 mois. Il a deux mois avant de commencer le traitement. Il connaît le docteur depuis l'année dernière. Il lui avait dit : « Comme vous sortez dans 2 mois, c'est trop court pour commencer. Vous appelez [l'hôpital de rattachement] à la sortie plutôt. » Entre temps, il avait dit à EGO, il avait mis les choses en place avec le docteur.*
>
> *Je demande : « mettre les choses en place ? »*
>
> *« Oui. » Il me dit qu'il avait peur du traitement et que c'était mieux qu'il soit encadré par une association. Ils lui ont donné un logement d'urgence, il voulait prendre un ACT aussi. Il était en train de faire les démarches, mais il est tombé[978]. (...)*
>
> *« En 2003, les docteurs [de la maison d'arrêt] ils disent, il faut que je me soigne, c'est grave. Ils disent y'a un risque de cancer. Je suis sorti d'ici motivé. mais j'ai trainé un peu »*
>
> (Medhi, 42 ans, VIH+ depuis 7 ans, plus de trois incarcérations – notes d'entretiens)

---

975 La déprime étant aussi un effet secondaire du traitement, elle disqualifie les patients avec des pathologies psychiatriques incompatibles.

976 Espoir Goutte d'Or, un Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (*Caarud*), dit de « bas seuil », reçoit les usagers de drogues en situation de grande précarité et propose, entre autres, des traitements de substitution aux opiacés et un accompagnement au traitement des hépatites.

977 Il a été incarcéré.

978 Il a été incarcéré.

Ce sont aussi les nécessités médicales, qui justifient le ton plus directif et paternaliste des médecins, qui mettent en avant le risque de cirrhose et de mort pour motiver le patient à adhérer. Le point de vue des professionnels et la mise sous traitement sont traités plus loin. L'urgence est un facteur cité dans les entretiens, mais il ne suffit pas à saisir pleinement les ressorts de la décision du recours au traitement.

Le traitement est aussi le fait d'opportunité et d'accès plus facile, rappelant la notion de « bon » usage du temps incarcéré, mais aussi la proximité et le rapport de soins que permet la vie en détention. La possibilité de se soigner en Ucsa s'appuie sur l'idée que la prison peut être une pause, que le temps incarcéré est opportun et qu'il offre « l'occasion » de se soigner :

> *« Pour s'en sortir et pour faire le traitement, il me répète que ce sont les gens qui nous entourent qui font la différence. Lui, il est entouré et il l'a toujours été. Sa mère a toujours été là. Lui, s'il l'a fait le traitement, c'est pas pour lui, hein ?! C'est pour les autres. Sa mère, ça fait depuis 1996 qu'elle le saoule pour qu'il le fasse, son traitement, depuis qu'elle le sait.*
>
> *Plus tard, il me dit que s'il l'a fait, le traitement, cette fois-ci et jamais avant, c'est que c'était l'occasion. Et qu'avant, il ne pensait, il ne raisonnait pas comme ça. Avant, il ne se posait pas toutes ces questions. Plus il vieillit, plus il se pose des questions. Maintenant, il est obligé, il ne peut plus faire comme avant, ne pas faire sa carte d'identité, ne pas avoir de compte en banque, ne jamais demander le RMI alors qu'il y a droit. »*
>
> (Paul, 35 ans, VHC+ depuis 13 ans, quatrième incarcération – notes d'entretiens)

Ce moment opportun de l'incarcération pour engager le soin est imbriqué dans le parcours biographique de Paul. La sphère familiale coïncide avec la sphère médicale, dans l'insistance de sa mère à traiter l'hépatite. L'âge, au sens du produit d'une expérience sociale antérieure et d'une maturité, mais aussi des attentes sociales de l'âge chronologique, intervient pour marquer le passage d'une vie dans les marges à un rapprochement de l'État social. Il prend la forme d'une réponse aux injonctions à l'activation et à l'autonomie des usagers des services publics en France. L'engagement dans les démarches de recours aux droits et aux soins s'accompagne aussi, dans une certaine mesure, d'une plus grande dépendance de Paul envers ces ressources et les professionnels qui les dispensent. En ce sens, il est difficile d'interpréter ces recours comme un retour en arrière ou une plus grande autonomie. La dépendance aux ressources de l'aide sociale, les perspectives de travail qui s'éloignent et le cercle de proches réduit à son partenaire et à sa mère sont plutôt des signes d'un processus de désaffiliation en marche.

L'opportunité du traitement joue un rôle important dans le recours, mais n'explique qu'en partie l'adhésion quasi unanime des patients qui décident de s'engager

dans le traitement. Si la sortie de prison et ses perturbations provoquent des ruptures temporaires, la grande majorité des patients restent attachés à suivre leur régime médicamenteux. Dans le cas des usagers de drogues par voie intraveineuse, des études récentes confirment l'adhésion particulière de cette population dite « à risque[979]. »

Recueillir ces récits de vie pour construire des parcours de santé s'est révélé sensiblement différent avec les patients vivant avec le VIH ou co-infectés et avec les patients atteints d'une hépatite C. Pour les premiers, l'enjeu de l'entretien était de recueillir et situer leur récit du parcours de soin, un récit déjà construit et éprouvé par ces patients habitués à se raconter car pris en charge depuis de longues années dans plusieurs services. Pour les seconds, tout en prenant les précautions nécessaires pour ne pas imposer la question de recherche à l'entretien et éviter d'induire une importance de la santé dans leur récit par mes questions orientées, l'enjeu était plutôt de rassembler des éléments qui me permettraient de construire leur parcours *a posteriori*.

J'évoque par la suite la diversité des pratiques médicales qui nuancent l'impériosité du traitement. Certains patients n'ont pas été enjoints à se traiter au moment du dépistage ou pendant la phase asymptomatique de l'hépatite C et certains ont eu peu de contacts avec l'institution médicale au sujet de leur hépatite C. Mon enquête se déroule donc à un moment du recours au traitement, du fait notamment des pratiques médicales locales (auxquelles je reviens dans le chapitre suivant). Il en résulte une confrontation avec la construction de la trajectoire de soins par les professionnels, qui a pour genèse les prises de risques associées à la contamination et le dépistage. Sans aller jusqu'à soutenir que c'est la prise en charge de l'hépatite qui construit ou reconstruit l'assignation à la figure du toxicomane, il me semble que l'hépatite C dont on s'occupe est le signe à la fois de la matérialisation des risques de santé et de sa dégradation corporelle. Elle est aussi le signe d'une réponse à l'activation salutaire et à une mise en soin de soi, et ainsi, d'une évolution et d'un passage possible à une vie sans « galère. »

La fin du traitement, par son échec ou au contraire par sa « réponse virale soutenue[980] », est peu abordée dans mes entretiens du fait de sa rareté au moment de l'enquête dans le parcours de santé. Les échecs antérieurs sont mentionnés par quelques hommes, mais ils n'occupent pas de place particulièrement signifiante dans les récits de vie. S. Fraser et K. Seear étudient le cas de l'expérience du traitement de l'hépatite C en

---

[979] GREBELY Jason, GENOWAY Krista, KHARA Milan, DUNCAN Fiona, VILJOEN Mark, ELLIOTT Doug, RAFFA Jesse D., DEVLAMING Stanley et CONWAY Brian, « Treatment uptake and outcomes among current and former injection drug users receiving directly observed therapy within a multidisciplinary group model for the treatment of hepatitis C virus infection », *International Journal of Drug Policy* 18 (5), 2007, p. 437-443.

[980] Réponse virale soutenue : absence prolongée de particules virales détectées dans le sang après un traitement ; se dit aussi « guérison », même si en réalité la réponse virale n'est pas définitive et doit être vérifiée périodiquement (en cela, l'analogie avec la rémission de cancer est plus juste).

Australie ; elles notent que l'échec du traitement est raconté comme un échec personnel par les patients, qui (les) remet en question. Ils parlent d'avoir « perdu la guerre » contre l'hépatite C, une analogie que j'ai rarement relevée dans mes entretiens biographiques ni dans mes échanges autour de l'administration du questionnaire. M. Hopwood propose une analyse plus approfondie de « l'après » traitement de patients australiens, insistant notamment sur le sentiment de « renouveau » après la confirmation du succès du traitement. Il insiste aussi sur les effets résiduels du traitement, entre effets secondaires et impressions de symptômes persistants. Ainsi, la fin du traitement ne marque pas une rupture dans l'expérience de l'hépatite C, qui reste empreinte de sensations somatiques et de contact avec l'institution médicale[981].

Dans la plupart des cas, le début du traitement arrive bien en aval de la découverte de l'hépatite C chez ces hommes. Du point de vue de leurs soignants, les attitudes de leurs patients sont souvent qualifiées de « refus de soin » puis de « report » et enfin de « recours tardif » à un traitement, dont les recommandations sont en pleine mutation au moment de l'enquête[982]. L'analyse de la mise sous traitement contre le VHC sera enrichie d'une description des enjeux du soin en détention dans le chapitre suivant.

La mise sous traitement contre le VHC

Dans des configurations et des ajustements différents, les infections par le VIH et le VHC font souvent l'objet de traitements discontinus, dont les médicaments et les dosages ne sont ni fixes ni donnés. Ils diffèrent cependant dans leurs effets, les attentes qu'ils suscitent et les précautions qu'ils requièrent de la part des soignants. J'aborde ici quatre dimensions de cette prise de décision médicale, qui seront par ailleurs approfondies dans le chapitre suivant.

(1) Les décisions médicales concernant l'hépatite C sont prises dans un contexte mouvant au moment de l'enquête, entre 2010 et 2014. Le traitement interféron-Ribavirine disponible contre l'hépatite C est lourd et variablement efficace selon les génotypes[983]. Les médecins le prescrivent dans un environnement médical et pharmaceutique particulier : la disponibilité annoncée des régimes d'antiviraux seuls, sans interféron, change la donne, car ils promettent une efficacité bien supérieure, pangénotypique[984] et des effets secondaires beaucoup plus tolérables. En cela, les

[981] HOPWOOD Max, « Recovery from hepatitis C treatments », Sydney, National Center in HIV social research, University of New South Wales, 2009, <https://csrh.arts.unsw.edu.au/media/CSRHFile/8_Recovery_from_hepatitis_C_treatments.pdf>, 29 p.

[982] « Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C. Rapport de recommandations 2014 », Paris, ANRS & AFEF, 2014, p. 540.

[983] Je l'ai développé plus haut et dans le chapitre 2.

[984] C'est-à-dire pour tous les génotypes du virus.

nouveaux régimes ajoutent un critère à la prise de décision de la mise sous traitement d'un patient. « Traiter ou attendre ? » devient une question centrale dans les Ucsa au moment de l'enquête.

Dans une certaine mesure, cette question a pour effet une certaine homogénéisation des pratiques médicales concernant l'hépatite. Avant l'annonce de ces nouveaux traitements, les pratiques médicales étaient relativement clivées. Comme me l'expliquent deux médecins rencontrés lors des réunions du Corevih concernant les prisons, les médecins hépato-gastro-entérologues avaient tendance à traiter une hépatite symptomatique et donc d'annoncer le « report de soin » comme une étape attendue du parcours de santé du patient ; les infectiologues en revanche avaient plutôt tendance à traiter dès le dépistage, arguant que le traitement précoce permettait de traiter une infection seule, avant que n'apparaissent les symptômes d'une hépatite de stade avancé. Les recommandations sur ce point ont évolué au cours de l'enquête et dans les années qui l'ont précédée. Dans la mesure où l'état du patient le permet, les recommandations préconisent le traitement précoce, mais les pratiques observées et commentées par les acteurs de santé restent assez hétérogènes au moment de l'enquête.

(2) La notion d'opportunité de soin mentionnée précédemment comme facteur de recours aux soins des patients détenus est la deuxième dimension de la décision de mise sous traitement qui ressort de mes observations des pratiques médicales en détention. Du point de vue des médecins, la population de patients en détention est à la fois à proximité de l'Ucsa et temporairement protégée des facteurs d'inobservance comme la précarité de logement, l'errance, l'absence de couverture maladie ou l'usage de produits psychoactifs. L'incarcération prévient aussi, ou tout du moins minimise, le risque de « perdus de vue » des patients sous traitement. Je reviens à cette notion d'opportunité dans le chapitre suivant, mais il est important de nuancer cet avantage de la captivité des patients avant de poursuivre.

Mon expérience d'enquête m'a permis d'observer, mais aussi d'éprouver le paradoxe de la disponibilité des détenus en maison d'arrêt : géographiquement proches de l'Ucsa, les médecins ont eux aussi des difficultés à convoquer et effectivement recevoir des détenus patients en entretien, du fait de l'organisation de la vie en détention et des multiples obstacles entre la cellule et la salle d'attente qu'ils peuvent rencontrer ; la très courte durée d'incarcération de certains détenus prévenus a pour conséquence de « perdre de vue » certains détenus dépistés séropositifs lors de la consultation au quartier Arrivant (dans les premiers jours), mais libérés avant la consultation spécialisée (dans les trois mois suivants le dépistage) ; enfin, et ces éléments seront eux aussi approfondis dans le chapitre suivant, le secret médical étant largement perfectible en détention, susciter l'adhésion des patients et convaincre de la compétence des médecins

reste un travail non négligeable pour les soignants. Le manque de convergence entre les attentes et les expériences de traitement des patients et les conseils ou explications des professionnels de santé relevés en ville ou en milieu hospitalier[985] se retrouve dans les prises en charge en milieu carcéral.

(3) La troisième dimension qui ressort de mes observations est l'évaluation et l'anticipation du travail de maintien de l'adhésion du patient tout au long du traitement. Par exemple, la gestion des effets secondaires du traitement, notamment des risques psychiatriques, est une part importante du travail de suivi du traitement en milieu carcéral. Cette gestion participe à promouvoir l'observance, au même titre que la prise en compte des conditions de vie et la promotion de l'abstinence, en particulier d'alcool, participent à prévenir l'interruption. Les obstacles cliniques et individuels au traitement du VHC chez les usagers de drogues sont référencés dans la littérature et ressortent des expériences pratiques des médecins, qui tendent à en tenir compte. Ainsi les comorbidités, l'adhésion et la gestion des effets secondaires sont citées comme les obstacles cliniques principaux ; les facteurs sociaux sont moins bien connus, mais le stigmate, l'hébergement, la criminalisation de l'usage, la couverture maladie et les différences entre les hommes et les femmes sont quelques-uns des « facteurs » cités dans la littérature plus récente[986].

(4) Enfin, quatrième dimension de la mise sous traitement contre l'hépatite C : l'enjeu chronologique de la prise en charge carcérale. L'incertitude de la durée de l'incarcération (généralement assez courte en maison d'arrêt au regard des six à vingt-quatre mois de traitement requis selon le génotype) est un premier élément qui participe à faire du temps chronologique un enjeu central de la mise sous traitement. Commencer un traitement implique d'en mesurer les facteurs d'interruption et de les prévenir le cas échéant. La sortie de prison est un événement sur lequel les médecins ont peu de prise, mais qui accroît la probabilité de rupture. La prévention de la rupture de traitement relève de l'efficacité du traitement pour l'individu, mais aussi, à une échelle populationnelle, de la lutte contre l'émergence des résistances aux antiviraux. Un des médecins de la première maison d'arrêt où j'ai conduit mon enquête a fait une étude rétrospective pour évaluer la rétention en soin d'un sortant de prison orienté vers l'hôpital de rattachement. J'ai participé au recueil de données de cette enquête et il en ressort que les sortants, s'ils étaient suivis par le même médecin en détention puis à l'hôpital, terminaient plus fréquemment leur traitement. Le faible taux d'efficacité du

[985] TREOLAR Carla et RHODES Tim, « The Lived Experience of Hepatitis C and its Treatment Among Injecting Drug Users », *art. cit.*, p. 1328.

[986] HARRIS Magdalena et RHODES Tim, « Hepatitis C treatment access and uptake for people who inject drugs: a review mapping the role of social factors », *Harm Reduction Journal* 10, 2013, p. 7.

traitement a pour conséquence d'inclure dans cette planification le prolongement éventuel du traitement en cas de réponse virologique insatisfaisante.

Conclusion

Ce chapitre traite des parcours de vie et des parcours de santé d'hommes détenus vivant avec le VIH ou une hépatite C. À partir de données recueillies en entretiens et par questionnaires, j'ai montré l'hétérogénéité de ces situations et des attitudes par rapport aux soins, à l'incarcération et aux professionnels qui les structurent. Si les hommes que j'ai rencontrés ont des histoires familiales et migratoires diverses, certaines récurrences dans leurs parcours sont remarquables. De manière générale, ces hommes sont plus âgés et ont plus d'incarcérations antérieures que la population pénale. La précarité et la désaffiliation sont très présentes dans leurs parcours de vie ; pour un nombre important d'entre eux, l'insertion par le travail est faible, voire nulle, et l'insertion relationnelle est globalement faible. La majorité d'entre eux est ou a été en lien avec des professionnels de l'aide sociale, par qui ils doivent souvent passer pour accéder aux prestations sociales.

L'analyse des parcours de vie permet de situer l'analyse des parcours de santé, et de mieux saisir les ressorts des moments identifiés comme des « événements de santé ». Dans la mesure où ils sont émotionnellement marquants, ils peuvent contaminer les autres sphères de l'existence (relationnelle notamment), provoquer des ruptures ou des bifurcations et agir sur les inflexions des processus de subjectivation à l'œuvre dans les parcours. Ainsi, la découverte et l'annonce du VIH diffèrent nettement de celles de l'hépatite C : pour le VIH, ce sont des événements marquants, qui induisent une rupture ou des inflexions très prononcées dans les biographies, du point de vue de l'expérience du patient et des attentes des soignants ; pour le VHC, il s'agit plutôt d'un non-événement, avec peu d'effets sur le mode de vie actuel ou l'anticipation du futur. La contamination se construit ensuite en dialogue avec les personnels soignants, dans une négociation des rapports de soins qui produit des catégories de santé publique opérationnelles pour les institutions de soins, telle que les « populations vulnérables. » Enfin, troisième étape de l'analyse des parcours de santé, le recours puis la mise sous traitement diffèrent sensiblement entre VIH et VHC. Pour le VIH, il est inscrit dans le long terme et l'objet d'ajustements et de négociations. Si la guérison n'est pas dans le champ des possibles, les savoirs cliniques contemporains en ont modifié l'objectif principal, l'indétectabilité. Enfin, le traitement du VHC s'organise autour d'une notion clé, celle de l'opportunité de soin. Celle-ci se décline dans un sens chronologique, mais aussi au sens de l'adéquation avec les circonstances de la prise de décision du traitement,

produit de facteurs structurels et de l'expérience antérieure du soin, du recours à l'aide sociale et de la dépendance.

L'analyse de ces parcours de vie et de santé permet de situer les expériences de la sortie de prison, qui sont un point focal de ma recherche. Mon ambition avec ce chapitre 5 est de décrire la complexité de ces parcours pour en signifier la particularité, au regard de leurs contraintes structurelles. Par particularité, j'entends les conditions d'existence possibles de ces situations au sens sociologique et non une collection de témoignages ou de récits de vie. C'est pour cette raison que j'ai accordé un attention minutieuse au contexte, aux prises en charge institutionnelles et aux pratiques professionnelles dans l'analyse de ces parcours. L'objectif n'est pas de restituer l'entièreté des expériences, qui ne m'appartiennent pas, mais plutôt de rendre raison des logiques des acteurs en fonction des contextes, pour mieux comprendre les enjeux de la sortie de prison.

Ce chapitre précède le questionnement sur le moment particulier de l'incarcération dans le parcours de soins et du rapport soignant-soigné en prison, qui fait l'objet du chapitre 6. Il permet de situer la rencontre avec l'institution médicale dans le temps long et de rappeler que les comportements de santé sont le produit d'un parcours, pris dans des rapports sociaux de domination, et notamment de genre. Dans ces parcours, la prison n'est pas un événement unique ni isolé. Les incarcérations sont des moments particuliers : quel est l'effet de la prison sur les parcours de santé ? Sur les rapports aux soins et aux professionnels ? Comment se situent ces périodes dans le processus social de désaffiliation qui caractérise un grand nombre de ces parcours ?

Chapitre 6. L'incarcération dans les parcours de santé

Introduction

Le temps carcéral semble se distinguer dans les récits des parcours de vie des hommes détenus que j'ai rencontrés. Racontés en détention, mes entretiens avec les hommes détenus sont pris dans cette temporalité particulière, qui affecte les récits du passé, du présent, mais aussi du futur[987]. Dans cette recherche, j'étudie les temporalités des acteurs au travers de leurs pratiques : que font les personnes incarcérées et sortant de prison de leur temps ? Quelles fonctions, les actions accomplies ou non, donnent-elles au temps en prison ? Au temps de la sortie de prison ? En cela, je construis mes interrogations en fonction d'une conception du temps comme un effet de la pratique, ou de ce qu'on en fait, et non pas en fonction d'une représentation d'une population spécifique, exotique ou vulnérable[988].

Il me semble heuristique de penser le temps comme une relation de pouvoir politique au sens entendu par H. Rosa[989]. Le temps en prison est vécu par les détenus comme un temps dominé, et en cela gaspillé, où leurs activités sont contraintes et subordonnées à l'ordre carcéral. En prison, le temps appartient à l'institution, faisant des horaires, des règles et des procédures, un outil de domination sur la population détenue, sans respect des préférences individuelles[990]. Dans une perspective d'analyse des rapports de genre en prison, la routine et la subordination des activités des détenus au temps de l'institution ne sauraient suffire à qualifier le temps carcéral de « dominé » et donc de « féminin ». En cela, je ne souscris pas à l'interprétation de J. A. Sloan selon laquelle le temps carcéral serait celui de l'expérience d'un temps féminin, cyclique, subi par des hommes qui, en ville, jouissent d'un temps masculin car linéaire[991]. Au-delà de la dimension essentialisante du rapprochement entre temps menstruel, temps social des

---

[987] CUNHA Manuela Ivone, « Le temps suspendu : rythmes et durées dans une prison portugaise », *Terrain* (29), 1997, p. 59-68.

[988] BENSA Alban, « Images et usages du temps », *Terrain* (29), 1997, p. 5-18.

[989] « Le fait de savoir qui définit le rythme, la durée, le tempo, l'ordre de succession et la synchronisation des événements et des activités est l'arène où se jouent les conflits d'intérêts et la lutte pour le pouvoir. La chronopolitique est donc une composante centrale de toute forme de souveraineté », ROSA Hartmut, *Accélération*, Paris, La Découverte, 2010, p. 26.

[990] GOFFMAN Erving, *Asylums*, Garden City, New York, Anchor Bay Doubleday and Company, Inc., 1961, p. 67.

[991] SLOAN Jennifer Anne, *Masculinities and the Adult Male Prison Experience*, New York, NY, Palgrave Macmillan, 2016, chap. 4.

femmes et temps dominé des hommes détenus, il est problématique de qualifier le temps de tous les hommes comme linéaire en milieu ouvert.

Quels sont les effets des pratiques carcérales sur les temporalités du soin en prison ? Quels sont les effets du moment de l'incarcération sur les pratiques et les parcours de santé ? Pour explorer cette question, ce chapitre commence par aborder la santé des personnes que j'ai rencontrées en détention pendant l'enquête. À travers l'analyse des items du questionnaire concernant la santé et la prise en charge médicosociale des détenus, je montre que leurs besoins en soins sont importants et que le système de soins en prend une bonne partie en charge. Pour compléter cette description de la santé et de la prise en charge des personnes détenues, je rends compte des pratiques et des rapports de soins en prison : quels sont la teneur et les enjeux des rapports de soins en prison ? Quelles sont leurs particularités au regard des soins en milieu ouvert ? C'est une tension entre traitements et contraintes qui traverse le soin en détention et qui concerne tous les acteurs, professionnels et détenus. Ces résultats de mon observation ethnographique sont complétés par ceux de l'analyse des correspondances multiples, qui permet de mettre en relation toutes ces variables, les situations sociales, sanitaires, relationnelles, et les rapports avec les professionnels.

Enfin, l'exemple problématique du secret médical en prison me permet d'illustrer ces enjeux interprofessionnels et d'en souligner les effets pour les personnes détenues. Les détenus, les professionnels du milieu carcéral et les professionnels de la santé sont partagés sur cette question, et plus largement sur celle de la santé carcérale. Comment faire sens de ce débat et de la diversité des arguments qui circulent entre les professions ? Pour clore ce chapitre, je propose de schématiser l'espace du débat sur la santé carcérale en France, pour visualiser les différents arguments et raisonnements invoqués. Ces logiques se retrouvent en grande partie dans le débat autour de la sortie de prison et dans les discours des professionnels et des sortants, qui font l'objet de la dernière partie de cette recherche.

Je rappelle brièvement les composantes de l'offre de soins pour la population détenue, avant de décrire l'état de santé des détenus. L'offre s'articule autour de plusieurs dispositifs :

- Les unités sanitaires sont les anciennes unités de consultations et de soins ambulatoires, ou « Ucsa » dans cette recherche, en référence à l'expression d'usage au moment de l'enquête. Elles ont pour mission les soins somatiques, mais elles contribuent aussi au travail de soin relationnel et de sollicitude des détenus.

- Les services médico-psychologiques régionaux sont le pendant des unités sanitaires et traitent la santé mentale et les dépendances.
- Il existe aussi un hôpital pénitentiaire et une unité psychiatrique d'hospitalisation (UPH) à Fresnes.
- Enfin, les UHSI et les UHSA sont des unités de soins surveillées dans l'enceinte des hôpitaux de rattachement.

D'autres dispositifs locaux et *ad hoc* participent à pallier les besoins en santé au sens large, par exemple, en prévention et en éducation à la santé : il existe des interventions d'associations telles qu'Aides et Sida Info Service ; de visiteurs de prison qui participent au soin relationnel des détenus ; ou d'autres initiatives plus sporadiques telles que le projet expérimental de la maison d'arrêt de Fresnes qui cherche à « déradicaliser » certains détenus. En pratique, cette dernière se réduit à donner un accès effectif à des soins et des suivis par des professionnels de santé, de santé mentale et de probation à des détenus de retour de Syrie notamment (ateliers de parole, atelier d'informations sur les démarches administratives, accompagnement par des professionnels de l'aide sociale et de la santé mentale).

La distance entre le prescrit et le réel, entre la loi et les dispositifs et ce à quoi les détenus et les professionnels ont réellement accès, dépend très fortement du contexte carcéral. Un grand nombre d'acteurs de terrain et certains détenus disent que chaque prison est différente. Les sociologues ont montré que l'ordre social en prison est un ordre négocié et il s'agit donc de montrer ce que les pratiques des acteurs doivent aux contraintes structurelles et d'en restituer les logiques. Avant de décrire la santé et les prises en charge des personnes détenues que j'ai rencontrées pendant mon enquête, je décris brièvement l'offre et le parcours de soins.

Le parcours de soins en milieu carcéral, quelques éléments de contexte

Mon observation du travail des professionnels de santé et du recours aux soins des hommes détenus me permet de proposer dans ce chapitre un éclairage d'un moment particulier des parcours de santé : l'incarcération. La prison – on l'a vu avec la discussion de la santé carcérale comme problème public confiné dans le chapitre 2 – est un lieu considéré comme privilégié pour l'action de santé publique auprès des publics « vulnérables » et « difficiles à joindre ». Avant d'aborder ce moment particulier dans le parcours de santé, je décris brièvement les enjeux autour du parcours de soins carcéral, c'est-à-dire les étapes de l'offre sanitaire en prison. À partir des exemples de la première maison d'arrêt de mon enquête, j'énumère les étapes de ce parcours, qui s'inscrivent dans

le temps et l'espace de l'incarcération : la consultation au quartier dit « Arrivants », la consultation spécialisée et le traitement (renouvelé, changé ou débuté) en prison.

En prison, les patients sont vus par les infirmières et les médecins dans des locaux proches des cellules. La proximité des infirmeries et des espaces de consultation participe à l'illusion qu'en détention, le soin est à portée de main. Pourtant, la proximité géographique ne va pas toujours de pair avec l'accès aux soins pour les détenus. Les difficultés à obtenir des entretiens avec les détenus ne sont pas réservées à la sociologue[992] : les médecins et les infirmières rencontrent eux aussi des lenteurs dans leur travail, dues à la circulation peu prévisible des détenus dans l'espace de la prison.

Leur travail en Ucsa est encadré par la loi de 1994 relative à la santé publique et la sécurité sociale et par un Guide méthodologique élaboré par les ministères de la Santé et de la Justice[993]. À la suite, la loi de 2009 dispose que les détenus doivent bénéficier des droits du patient et garantit notamment une offre de soins égale en détention et en ville. Cependant, les contraintes liées à l'exercice en milieu carcéral participent à réduire et modifier cette offre. Ainsi, la première étape du parcours de soins est spécifique à la prise en charge carcérale : la consultation médicale et infirmière dans le quartier dit « Arrivants » vise à ausculter et évaluer tous les détenus mis sous écrou dans les trois premiers jours de leur incarcération. Pendant cette période, les hommes détenus s'entretiennent avec l'ensemble des professions exerçant dans l'établissement, surveillants, professionnels de santé somatique et psychique, agents de probation et parfois association d'éducation à la santé. Dans ce circuit rapide, les détenus sont évalués par les professionnels, après une période de garde à vue et de transferts pendant laquelle ils ont généralement peu dormi et peu mangé. Pour les professionnels de santé, la consultation arrivants est le moment d'identifier les besoins de santé ou les caractéristiques médicales qui requièrent une attention ou un traitement prioritaires. Le dépistage des virus des hépatites et du VIH ou celui de la tuberculose participent à identifier ces besoins particuliers.

La consultation arrivants est rapide, mais obligatoire et tous les détenus y sont vus au moins une fois. Pour les patients détenus, le premier contact avec les professionnels de santé est le moment de déclarer ses traitements, notamment d'anxiolytiques, de

---

[992] Voir chapitres 3 et 4.

[993] Cette loi renforce et structure la prise en charge sanitaire des personnes détenus, qui depuis les années 1980 étaient partiellement rattachés au ministère de la Santé via les Services médico-psychologiques régionaux et les conventions locales avec des hôpitaux de proximité pour la prise en charge plus particulière des malades du Sida. La loi dispose aussi l'affiliation des personnes détenues à l'assurance maladie. Elle est complétée du Guide méthodologique conçu conjointement par les ministères de la Santé et de la Justice en 1994, puis actualisé en 2005 puis 2012. Ce sont les versions de 2005 et de 2012 qui encadrent la pratique des professionnels et stimulent les débats sur l'amélioration de la prise en charge des patients détenus, au moment de mon enquête de terrain.

substitution aux opiacés ou contre le VIH ou le VHC. Ces demandes de traitements sont liées à un besoin, entendu comme le prolongement d'un régime médicamenteux débuté avant l'incarcération. Elles sont aussi une anticipation des conditions de privation en détention, soit pour supporter l'expérience éprouvante de l'enfermement, soit une stratégie d'obtention de ressources, car certains médicaments peuvent s'échanger contre des ressources entre les détenus (c'est le cas des anxiolytiques ou des traitements de substitution par exemple).

Pour les professionnels, il s'agit d'une opportunité de santé publique au sens où elle relève de la prévention et du triage. En identifiant les besoins et les états de santé, les professionnels peuvent prévoir les prises en charge et la suite du parcours de soins. Par exemple, les dépistages positifs permettent de prévoir une consultation avec un médecin spécialisé. Les dépistages sont assez systématiquement proposés, mais 20 % des détenus les refusent. L'étude conduite par le médecin spécialisé dans la prise en charge des hépatites de la première maison d'arrêt a aussi montré que la raison principale invoquée par les patients pour expliquer ce refus est la peur ou la réticence à être piqué pour le prélèvement sanguin. Il rapporte qu'en 2010, 2557 sérologies VIH ont été effectuées[994] et que 21 détenus ont été déterminés séropositifs ; de même, 2535 sérologies VHC ont été effectuées et 141 détenus ont été diagnostiqués séropositifs.

Les patients dépistés sont ensuite orientés en consultation avec un médecin spécialisé, c'est-à-dire un spécialiste ou un généraliste avec une expérience particulière dans la prise en charge du VIH et des hépatites virales. Dans le parcours de soins en milieu carcéral, la consultation peut avoir lieu entre un et quatre mois après la première consultation au quartier Arrivant, selon la disponibilité et la charge de travail des médecins et des secrétaires médicales. Ce délai doit être plus court pour les patients sous traitement, les équipes s'efforçant de réduire les interruptions de traitement au sein de la détention dès la première consultation. Ils savent qu'il est fréquent que les détenus n'aient pas accès à leurs médicaments pendant la garde à vue et les transferts précédant la mise sous écrou.

À l'inverse, ce délai peut créer des occasions manquées (ou des détenus « perdus de vue » pour l'Ucsa) lorsqu'ils sont libérés avant la consultation spécialisée. Ainsi, en 2010, 40 des 141 détenus dépistés VHC+ (28 %) au quartier Arrivant[995] ont été libérés avant d'être reçus par le médecin spécialisé. Ce nombre doit être nuancé par la proportion non négligeable (près d'un tiers) de détenus séropositifs au VHC, mais « PCR négatif », c'est-à-dire dont l'hépatite C est séquellaire ou non confirmée. La mise sous traitement est

[994] Ce nombre est à entendre dans la limite du biais lié au fait que les détenus qui se déclarent séropositif au VIH ne se voient pas proposer de test.

[995] Le nombre de sérologies étant de 2535, la prévalence est de 5,6%.

abordée dans le chapitre suivant, et les justifications au regard de la santé carcérale sont développées plus loin. Selon les situations médicales, les antécédents du patient et la durée de l'incarcération, le traitement peut être commencé, stabilisé, évalué, modifié.

Pour les pathologies nécessitant des examens ou une hospitalisation, les patients sont orientés vers l'hôpital pénitentiaire ou l'hôpital de rattachement. Ils sont « extraits », c'est-à-dire accompagnés par une escorte dans le cadre d'un dispositif sécuritaire en chemin et à l'hôpital, dont les contraintes sont telles qu'il n'est sollicité que dans les cas de nécessité médicale. Dans la première maison d'arrêt, un arrangement avec un laboratoire a permis le prêt ponctuel d'un appareil, le « Fibroscan », une à deux fois par an. Ce prêt permet des consultations dédiées à l'examen du foie par scanner, c'est-à-dire l'évaluation par imagerie médicale de l'état d'avancement de la fibrose ou de la cirrhose.

Dans le parcours de soins tel que je le décris ici, il apparaît déjà que l'offre de soins en milieu carcéral n'est pas équivalente à celle en ville, comme le voudrait la loi. Par exemple, l'éducation à la santé, l'éducation thérapeutique ou la kinésithérapie sont difficilement accessibles aux patients détenus, alors même que le besoin est reconnu par les praticiens en détention. Je reviens plus loin sur la contrainte du manque de moyens, qui ne se réduit pas à un manque de personnel dans les Ucsa. Cet écart entre offre de soins prescrite et réelle contraint mais ne prévient pas le travail de soin en détention. Les détenus que j'ai rencontrés, et notamment ceux qui ont participé à l'enquête par questionnaires, sont pris en charge par l'Ucsa pour leur VIH, leur VHC et le cas échéant pour leurs autres pathologies ou traitement, comme la substitution aux opiacés.

Des détenus en mauvaise santé, mais pris en charge

À partir des questionnaires administrés aux détenus vivant avec le VIH et/ou une hépatite C, je présente ici les résultats principaux de l'analyse statistique descriptive concernant leur santé, leur prise en charge et leurs traitements. Au préalable, pour situer ces résultats, je décris brièvement les deux sources de données de cadrage les plus pertinentes : l'enquête sur la santé des entrants en prison et l'enquête Prévacar.

L'enquête sur la santé des entrants en prison et l'enquête Prévacar, des données de cadrage

L'enquête menée par la Drees sur l'état de santé des personnes entrant en prison en 2003 et l'enquête Prévacar de 2010 sur la prévalence des VIH et des hépatites virales et

l'offre de soins en population carcérale[996] sont les seules études récente consacrées à la santé des personnes détenues en France, un sujet mal connu des pouvoirs publics comme le rapporte récemment l'Inspection générale des affaires sociales[997]. L'enquête de la Drees repose sur l'exploitation d'un questionnaire administré par les soignants lors de la visite médicale obligatoire dans les premiers jours suivant l'incarcération. L'enquête Prevacar s'appuie sur les dossiers médicaux de détenus et sur un questionnaire ad hoc sur l'offre de soins. Ces dossiers étaient renseignés par les médecins responsables d'unités sanitaires en France.

Ces enquêtes sont donc difficilement comparables avec mon travail, étant donné leurs différences en termes de taille (2154 dossiers de patients détenus dans 27 Ucsa pour Prévacar[998], 6087 fiches sanitaires de détenus entrant en prison dans l'enquête de la Drees[999]) et de champ. Si leurs échantillons visent la représentativité, mon enquête auprès d'hommes détenus vise l'exhaustivité, comme je le détaille dans le chapitre 4. Malgré ces différences, certains des résultats de ces deux enquêtes permettent de mettre en perspective certains aspects de l'analyse statistique descriptive que j'ai menée. Leurs apports seront inclus au fil de l'analyse descriptive.

Description statistique de l'état de santé des hommes détenus vivant avec le VIH/Sida et/ou l'hépatite C

Pour restituer les résultats de cette analyse descriptive, je propose d'aborder la santé des répondants par l'entrée de la comparaison entre ceux vivant avec le VIH et ceux vivant avec une hépatite C. Parmi les 67 personnes que j'ai interrogées, 21 sont séropositives au VIH, 34 au VHC ou 12 sont co-infectées. Cinq personnes ont refusé de déclarer leur séropositivité au VIH (4) et leur co-infection (1). Ainsi, 28 détenus ont renseigné le volet sur l'infection à VIH (mono- ou co-infectés) et 45, celui sur l'infection à VHC (mono- ou co-infectés). A titre indicatif, sept des détenus vus en entretiens biographiques sont séropositifs au VIH, six sont séropositifs au VHC, et trois sont co-infectés.

---

[996] Godin-Blandeau Elodie, Verdot Charlotte et Develay Aude-Emmanuelle, « La santé des personnes détenues en France et à l'étranger: une revue de la littérature », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2013, p. 35–36.

[997] Branchu Christine, Guedj Jérôme, Zientara-Logeay Sandrine, De Blasi Maxime et Lopez Frédéric, « Evaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice », Paris, Inspection générale des affaires sociales, Inspection des services judiciaires, 2016, p. 176.

[998] Bureau Infection par le VIH, IST et hépatites, « Enquête Prévacar, volet offre de soins VIH, hépatites et traitements de substitution en milieu carcéral », Paris, Direction Générale de la Santé, 2011, p. 14.

[999] Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques et Mouquet Marie-Claude, « La santé des personnes entrées en prison en 2003 », *Études et Résultats* 386, 2005, p. 3.

Je commence par comparer les caractéristiques sociodémographiques et pénales des détenus enquêtés selon leur statut sérologique. J'examine ensuite les éléments suivants : la santé perçue et le stade de l'infection, deux événements de santé (la contamination et le dépistage), le suivi et le traitement puis les effets de la situation administrative sur la santé et, enfin, l'état de santé mentale.

À l'échelle nationale, la séroprévalence parmi les personnes détenues a été évaluée par trois études en France (1997, 2005[1000] et 2010[1001]) : la prévalence du VIH est passée de 0,9 % à 0,6 % puis à 2,0 % ; la prévalence du VHC est passée de 3 % à 2,5 % puis à 4,8 % ; la prévalence de la co-infection VIH-VHC est estimée à 0,08 % en 2010.

Les caractéristiques sociodémographiques et pénales

La comparaison des deux sous-groupes montre que les détenus atteints du VIH sont plus âgés (42 ans en moyenne) que ceux infectés du VHC au moment de l'enquête (38 ans en moyenne).

En ce qui concerne la répartition des lieux de naissance, les détenus séropositifs mono- ou co-infectés au VIH sont nés en France (17), en Afrique subsaharienne (10) ou en Afrique du Nord (4). Le fait d'être né en Europe de l'Est (12 personnes) est très spécifique des détenus vivant avec le VHC. Pour le reste, les détenus séropositifs au VHC mono- ou co-infectés sont nés en France (18), en Afrique du Nord (7), en Afrique Subsaharienne (4) ou dans d'autres pays (5[1002]). Par rapport à Prévacar[1003], les détenus que j'ai interrogés sont plus nombreux à être nés hors de France (58 % vs 30 %).

L'hypothèse de certains professionnels de santé selon laquelle il existerait deux groupes de patients distincts, (a) les détenus séropositifs au VIH infectés par voie hétérosexuelle et ayant immigré d'Afrique subsaharienne d'un côté, et (b) les détenus séropositifs au VHC infectés par partage de matériel d'injection de drogues et ayant immigré d'Europe de l'Est de l'autre, n'est pas pleinement soutenue par l'analyse de cet échantillon. (a) En effet, 9 des 21 répondants infectés par le VIH sont nés en Afrique Subsaharienne et les autres sont nés en France (10) ou en Afrique du Nord (2). 6 des répondants infectés au VIH nés en Afrique Subsaharienne disent avoir été contaminés par voie hétérosexuelle et 3 disent ne pas savoir comment ils ont été contaminés. (b) De plus, seuls 11 des 34 répondants infectés par le VHC sont nés en Europe de l'Est. Les

[1000] *Ibid.*

[1001] Semaille C., Le Strat Y., Chiron E., Chemlal K., Valantin M. A., Serre P., Caté L., Barbier C., Jauffret-Roustide M. et Prevacar Group, « Prevalence of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus among French prison inmates in 2010: a challenge for public health policy », *Euro Surveillance* 18 (28), 2013.

[1002] Voir tris croisés en annexe, p. 653.

[1003] Semaille C., Le Strat Y., Chiron E., Chemlal K., Valantin M. A., Serre P., Caté L., Barbier C., Jauffret-Roustide M. et Prevacar Group, « Prevalence of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus among French prison inmates in 2010 », *art. cit.*, p. 3.

autres sont nés en France(11), en Afrique du Nord (5) ou en Afrique subsaharienne (3). 3 des répondants infectés par le VHC nés en Europe de l'Est disent avoir été contaminés par partage de matériel d'injection et les autres disent avoir été infectés par contamination nosocomiale (1) ou par une autre voie (4). Il existe donc d'autres sous-groupes que ceux couramment identifiés par les soignants, que l'analyse factorielle contribue à délimiter plus finement.

En ce qui concerne la résidence en France et la maîtrise du français, la grande majorité des personnes infectées par le VIH (3 sur 4) déclarent avoir passé plus de temps en France que dans d'autres pays au cours de leur vie ; ainsi, la moitié ont la nationalité française et plus du tiers ont un titre de séjour ou un récépissé de la préfecture. Ils déclarent aussi avoir une bonne maîtrise du français lu et écrit (4 sur 5), ce qui consolide l'hypothèse d'un vécu et une expérience plus stable en France. Il n'en reste pas moins qu'une petite fraction de personnes séropositives au VIH déclare lire et écrire le français avec difficulté (n= 18) ou pas du tout (n= 6).

En termes d'insertion, les personnes infectées par le VHC de l'échantillon sont dans une situation plus délicate. Un tiers sont en situation irrégulière ou en cours de démarches administratives. En particulier, parmi les 5 détenus VHC+ de l'échantillon nés en Afrique du Nord, 4 sont en situation irrégulière et parmi les 11 détenus VHC+ de l'échantillon nés en Europe de l'Est, 6 sont en situation irrégulière ou en cours de demande de régularisation. Il faut ajouter à cela que parmi les VHC+, 2 sur 5 ont passé plus de temps à l'étranger qu'en France, et la moitié d'entre eux ont des difficultés avec la langue française, difficultés qui représentent un obstacle supplémentaire dans les démarches administratives et d'accès aux droits et aux soins.

Le nombre d'enfants, à charge ou non, n'est pas un élément discriminant entre les deux groupes sérologiques. Cependant, on remarque que la situation de vie avant l'incarcération est plus diverse dans le groupe des personnes porteuses du VHC que du VIH. Celles porteuses du VIH vivaient majoritairement seules (1 sur 2) ou en couple (plus 2 sur 5), alors que celles porteuses du VHC vivaient seules (plus de 2 sur 5), en couple avec leurs enfants (1 sur 5), en colocation (moins d'un sur 10) ou chez leurs parents (moins d'un sur 10).

Les revenus, allocations sociales comprises, des patients séropositifs au VIH sont plus élevés que ceux des patients séropositifs au VHC : deux tiers des séropositifs au VHC déclarent des revenus inférieurs à 1500 euros, alors que deux tiers des séropositifs au VIH déclarent disposer de plus de 1000 euros.

L'examen de la situation pénale des individus de ces sous-groupes ne met pas en évidence de différence significative pour le nombre d'incarcérations précédentes[1004] et le nombre total d'années passées en détention au cours de la vie[1005].

La santé perçue et le stade de l'infection

L'état de santé perçu des personnes interrogées au moment de l'enquête est assez également réparti selon les différentes modalités : il est très bon ou bon pour 22 personnes, moyen pour 24 personnes et mauvais ou très mauvais pour 20 personnes. L'état de santé général des entrants en prison en 2003 était meilleur[1006] : il était jugé bon pour 80 % d'entre eux, moyen pour 18 % d'entre eux et mauvais pour 2 % d'entre eux. Les détenus séropositifs au VIH que j'ai enquêtés sont un peu plus nombreux à déclarer un état de santé perçu bon que ceux séropositifs au VHC : près du tiers des détenus séropositifs au VIH déclarent se sentir en très bon ou bon état de santé, contre un quart pour les séropositifs au VHC. Dans la limite de l'effectif restreint (12), les perceptions de l'état de santé des personnes co-infectées sont surprenantes, car elles sont plus positives qu'attendu, étant donné le fardeau supplémentaire d'une deuxième infection[1007].

En ce qui concerne le stade de l'infection, la moitié des détenus porteurs du VIH (14) a une charge virale indétectable au moment de l'enquête. Selon les données de Prévacar, 55 % des porteurs du VIH en détention sont asymptomatique, 28 % d'entre eux sont au stade Sida, et 16 % sont symptomatiques, mais hors stade Sida[1008].

La détention affecte l'état de santé perçu pour 53 des 67 détenus interrogés : 35 d'entre eux déclarent qu'il a empiré depuis l'incarcération, 18 qu'il est meilleur. Plus précisément, le sentiment d'une dégradation de l'état de santé liée à la détention est plus fréquent chez les mono-infectés VHC+ (plus de la moitié) que chez les mono-infectés VIH+ et les co-infectés (environ la moitié). Mais le sentiment d'une amélioration est aussi plus fréquent chez les mono-infectés VHC+ et les co-infectés (environ un tiers) que chez les mono-infectés VIH+ (un cinquième). Le cas particulier des détenus co-infectés suggère une hypothèse d'état de santé perçu très mauvais en milieu ouvert, amélioré par l'incarcération – ou par l'accès aux soins et à des repas réguliers et une réduction de la consommation de drogues (hors tabac et résine de cannabis) et d'alcool. Les 12 personnes co-infectées déclaraient une consommation problématique d'alcool plus

[1004] p=1 (test du chi 2)

[1005] p=0,5309 (test du chi 2)

[1006] DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES et MOUQUET Marie-Claude, « La santé des personnes entrées en prison en 2003 », *art. cit.*, p. 2.

[1007] Ce fardeau s'explique notamment par le fait que l'une rend le patient plus vulnérable à l'autre et par les interactions médicamenteuses, le cas échéant.

[1008] SEMAILLE C., LE STRAT Y., CHIRON E., CHEMLAL K., VALANTIN M. A., SERRE P., CATÉ L., BARBIER C., JAUFFRET-ROUSTIDE M. et PREVACAR GROUP, « Prevalence of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus among French prison inmates in 2010 », *art. cit.*, p. 4.

fréquemment (2 sur 3) que les mono-infectés (moins de 2 sur 5), dans la limite de la petite taille de ce sous-groupe.

Le soin et l'attention à soi

Pour environ un tiers des hommes enquêtés, l'incarcération est le moment de se soigner (27[1009]) et de prendre soin de soi (22[1010]). Pour une fraction un peu moindre, c'est un moment où l'on fait moins attention à sa santé (13) et à soi (21). Enfin pour le reste des détenus interrogés, l'incarcération n'a pas d'effet sur l'attention portée à sa santé (27) et à soi (22).

La contamination

Un cinquième des détenus porteurs du VIH (7/28) ne savent pas identifier l'année ou l'âge de contamination au VIH. La moitié de ceux qui savent l'identifier pensent avoir été contaminés avant l'âge de 31 ans (11/21). Les autres pensent avoir été contaminés entre 31 ans et 40 ans (8/21), ou après 40 ans (2/21). Ils situent la contamination en moyenne 18 ans avant la détention. Dans Prévacar, la découverte de l'infection est beaucoup plus récente (9 ans en moyenne)[1011].

Cinq des détenus VIH+ interrogés ne savaient pas comment ils ont été contaminés. Pour les autres, le mode de contamination dominant est par voie hétérosexuelle (19). 2 seulement ont été contaminés par partage de matériel d'injection de drogues, et deux autres par l'une et l'autre voie. Le mode de contamination est mieux connu dans notre échantillon que dans l'enquête Prévacar : il est inconnu pour les deux tiers des dossiers médicaux de détenus séropositifs[1012]. Dans le tiers restant, la contamination s'est faite par voie hétérosexuelle pour trois personnes sur quatre[1013].

Pour le VHC, la contamination survient plus jeune, avec trois quarts des détenus infectés avant l'âge de 31 ans (15/19). Les autres pensent avoir été contaminés entre 31 et 55 ans (4/19). De manière plus saillante que pour le VIH, l'événement de l'infection est très difficilement situé dans le parcours, même à quelques années près : deux cinquièmes des détenus VHC+ interrogés (26) ne savent pas identifier l'âge ou l'année de leur contamination au VHC. Un tiers d'entre eux ne sait pas non plus identifier le mode d'infection (12). La contamination a lieu en moyenne 14,1 ans (± 7,7 ans) avant

---

[1009] Les hommes déclarent se soigner « plus que dehors » (27), « moins que dehors » (13) ou « pareil que dehors » (27).

[1010] Les hommes déclarent prend soin de soi « plus que dehors » (22), « moins que dehors » (21), « pareil que dehors » (22) ou ne pas savoir (1).

[1011] SEMAILLE C., LE STRAT Y., CHIRON E., CHEMLAL K., VALANTIN M. A., SERRE P., CATÉ L., BARBIER C., JAUFFRET-ROUSTIDE M. et PREVACAR GROUP, « Prevalence of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus among French prison inmates in 2010 », *art. cit.*, p. 4.

[1012] *Ibid.* L'enquête Prévacar interroge des dossiers médicaux et non des patients ou des soignants.

[1013] *Ibid.*

l'incarcération. Dans Prévacar, la durée moyenne depuis le diagnostic de l'hépatite C est de 6,8 ans)[1014].

Quant aux modes de contamination, les détenus mono-infectés au VIH déclarent avoir été contaminés par rapports hétérosexuels (13/17), les autres ne savent pas comment ils ont été contaminés (4/17). Les détenus co-infectés déclarent s'être contaminés par le VIH par voie hétérosexuelle (6/11) ou par partage de matériel d'usage de drogues (4/11)[1015].

Seize des 34 détenus mono-infectés au VHC déclarent avoir été contaminés par partage de matériel d'injection de drogues ; 5 ont été contaminés par d'autres modes, lors d'exposition au sang lors d'un accident de voiture par exemple. Enfin, 13 (soit plus du tiers des cas) disent ne pas savoir comment ils avaient été contaminés. Ceci est supérieur aux données de l'enquête Prévacar, dans laquelle 22 % des dossiers indiquent que le mode de contamination au VHC est inconnu.

Alors que l'annonce de la séropositivité au VHC est perçue comme un événement important pour la moitié des détenus interrogés concernés (23 sur 45), l'infection ne préoccupe pas ou peu plus de la moitié des malades (26), et une grande partie d'entre eux (20) n'y pensent pas souvent ou jamais.

Le dépistage

Le dépistage en prison est à la fois une mesure de santé publique et un événement marquant dans le parcours de santé individuelle. Dans mon enquête, trois quarts des détenus (48) déclarent qu'un dépistage pour le VIH ou pour le VHC leur a été proposé à la consultation médicale d'entrée ; 46 d'entre eux disent l'avoir accepté. Les données qualitatives recueillies en entretiens et en marge de l'administration des questionnaires montrent que, très souvent, les détenus interrogés ne savent pas pour quelles infections ils sont dépistés ni dans quel but sont effectués les prélèvements sanguins. Dans l'ensemble, ils se rappellent difficilement des détails de cette série de consultations qui dure pendant leurs trois premiers jours en détention. Un petit nombre de détenus a néanmoins été dépisté pendant l'incarcération en cours au moment de l'enquête et diagnostiqué séropositif au VIH (1 ou 2) et au VHC (entre 2 et 17)[1016].

[1014] *Ibid.*

[1015] Un détenu co-infecté ne connait pas le mode de sa contamination par le VIH (n=11 car il y a une réponse manquante.)

[1016] Je n'ai pas interrogé les pratiques de dépistages antérieures à la période de mon enquête. En revanche, des données existent sur le dépistage précarcéral. L'enquête nationale sur la santé des entrants en prison en 2003 rapporte que 40 % des entrants déclarent avoir fait au moins un dépistage avant l'incarcération. Ces dépistages étaient pour le VIH (13 %), pour l'hépatite C (1 %) ou pour les deux (8,6 %), DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES (DREES) et MOUQUET Marie-Claude, « La santé des personnes entrées en prison en 2003 », art. cit., p. 3.

Le dépistage du VIH précède l'incarcération en cours d'en moyenne 13,3 ans (±8,6). La durée entre la contamination et l'annonce est en moyenne de 3,5 ans. Cette annonce a été vécue comme un événement important pour 24 des 28 détenus concernés. Depuis, pour la plupart d'entre eux, l'infection les préoccupe peu ou pas du tout (22), occupe leur esprit pas souvent ou jamais (16) et n'affecte leur quotidien que peu ou pas du tout (22).

Les 45 détenus qui ont une infection à VHC, en mono- ou co-infection avec le VIH, forment un groupe à la fois plus large et plus hétérogène. Le dépistage précède l'incarcération en cours d'en moyenne 8,6 ans (± 8,2 ans). La durée entre la contamination et l'annonce est en moyenne de 2,7 ans (± 2,1 ans).

Le suivi, les traitements et l'observance

Sur les 67 personnes interrogées, 46 ont déclaré avoir un médecin traitant en milieu ouvert, et 49 un médecin « qui les suit » (42 d'entre elles ont déclaré avoir les deux). 33 personnes sont sous traitement antirétroviral. Les relations avec le médecin qu'elles voient le plus souvent, en milieu ouvert ou fermé, sont presque toutes bonnes ou plutôt bonnes (60). La majorité des détenus (62) se rappellent avoir vu un médecin dans les premiers jours après leur arrivée en détention, et plus tard en division (65)[1017]. Avec l'unité sanitaire, les relations sont tout aussi positives : elles sont déclarées bonnes ou plutôt bonnes avec les médecins (58) et les infirmières (57).

En ce qui concerne le traitement contre le VIH, 23 personnes reçoivent un traitement antirétroviral (n=33). Le premier traitement contre le VIH a été le plus souvent prescrit en hôpital (18), mais pour 6 des patients, il a été prescrit en détention. Le traitement contre l'hépatite C concerne 18 patients (n=46), dont 10 ont un traitement en cours et 8 l'ont interrompu[1018]. Ce traitement a souvent débuté en prison (12) ou à l'hôpital (5).

Dans Prévacar, 75 % de la population VIH+ est sous traitement antirétroviral[1019], ce qui est très proche de la proportion observée dans mon échantillon (70 %). Quant au traitement des patients VHC+, Prévacar recense aussi un pourcentage légèrement plus élevé que dans mon enquête : Prévacar indique que 44 % des détenus séropositifs au VHC sont sous traitement[1020] et mon enquête en relève 40 %.

[1017] L'enquête de la Drees rapporte qu'au niveau national, le taux de détenus orientés après la consultation généraliste d'entrée vers une consultation spécialisée (hépatogastroentérologie, suivi pour le VIH ou maladies infectieuses) était de 1,8% en 1997 et de 2,3% en 2003.

[1018] Voir tris croisés en annexe, p. 653.

[1019] Semaille C., Le Strat Y., Chiron E., Chemlal K., Valantin M. A., Serre P., Caté L., Barbier C., Jauffret-Roustide M. et Prevacar Group, « Prevalence of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus among French prison inmates in 2010 », *art. cit.*, p. 4.

[1020] *Ibid.*

16 patients n'ont jamais été traités pour leur infection à VHC. Pour 8 d'entre eux, leur médecin leur a indiqué que le traitement n'était pas encore nécessaire au moment de la consultation. Pour 9 autres, le traitement est indiqué, mais n'a pas encore été possible (8). Plus précisément, 3 patients reportent le traitement au motif que le traitement est inopportun en prison et 3 autres sont en attente d'informations quant à leur situation pénale et biologique pour décider de commencer le traitement.

Globalement, l'observance déclarée est bonne : la majorité des détenus déclare ne jamais oublier le traitement anti-VIH[1021] (15) ou anti-VHC[1022] (16), quelle que soit le temps passé en détention ; et l'observance ne semble pas liée au nombre d'années totales passées en détention au cours de la vie. Pour une minorité, l'observance déclarée au traitement contre le VIH est moins bonne : 10 des patients qui ont été sous traitement au moins une fois dans leur vie déclarent oublier leur traitement de temps en temps (5) ou rarement (5). L'observance déclarée est un peu meilleure pour le traitement contre le VHC : seulement 5 des 18 patients qui ont déjà été sous traitement disent oublier leur traitement de temps en temps (3) ou rarement (2).

On n'observe pas de lien entre l'errance[1023] et l'observance au(x) traitements(s) : des 18 personnes qui étaient sous traitement pendant une période sans logement personnel, 12 ne déclarent aucun lien avec la régularité de leurs prises de médicaments, 1 déclare un traitement pris plus régulièrement, et 5, moins régulièrement.

Le suivi médical est nettement plus fréquent chez les personnes séropositives au VIH, mono ou co-infectées (plus de 9 sur 10) que chez celles mono-infectées au VHC (1 sur 2). Avant l'incarcération, l'infection à VIH était suivie par un médecin[1024] pour 24 d'entre eux, dont 19 par un seul médecin et 6 par 4 médecins différents ou plus. Ce suivi est régulier pour la plupart des hommes (27). Pour le VHC, le suivi avant l'incarcération concerne une plus faible part des patients[1025] (13). Peu de détenus VHC+ ont vu un médecin ou un service (12) ou deux médecins ou services (6)[1026] pour leur hépatite C. Cependant la moitié des détenus VHC+ interrogés déclare que le suivi est régulier (21) ; 7 déclarent un suivi irrégulier, 6 n'ont vu aucun médecin depuis l'annonce ou 8 n'ont

[1021] Voir tris croisés en annexe, p. 653.

[1022] Voir tris croisés en annexe, p. 653.

[1023] Les périodes d'errance sont définies comme des périodes où « il est arrivé [à la personne interrogée] de dormir dans la rue, en centre d'hébergement, dans un hôtel social ou d'être hébergé[e] chez quelqu'un parce [qu'elle n'avait] pas d'endroit à [elle]. »

[1024] Ici, le champ est celui des personnes diagnostiquées séropositives avant leur incarcération (2012-2013), c'est-à-dire les 28 personnes qui ont renseigné le volet VIH sauf une personne.

[1025] Ici, le champ est celui des personnes diagnostiquées séropositives avant leur incarcération (2012-2013), c'est-à-dire les 45 personnes qui ont renseigné le volet VHC, sauf (2-17) personnes

[1026] Le champ de répondants ici n'est que de 20 détenus VHC+, le nombre de non-réponse étant élevé (25)

aucun suivi. Le suivi de l'hépatite C est donc moins régulier, et concerne moins de personnes séropositives au VHC qu'au VIH.

Les interruptions de traitement lors des sorties précédentes

La sortie a été un moment d'interruption de suivi médical pour seulement 10 des 48 détenus « récidivistes ». Cette interruption a concerné des pathologies préexistantes, avec un suivi routinisé, de longue durée, commencé en milieu ouvert pour 6 de ces patients. Seul un détenu sous traitement pour le VIH a déclaré une interruption de traitement lors d'une sortie précédente et 2 autres détenus ont déclaré une prise moins régulière due à une sortie de prison.

De même, seuls deux détenus sous traitement pour le VHC ont déclaré une interruption de prise de traitement lors d'une sortie précédente, un autre détenu a déclaré une prise plus régulière due à une sortie de prison et un dernier, une prise moins régulière due à la sortie de prison. La très faible fréquence des interruptions de traitement au moment de la sortie de prison est vraisemblablement sous-estimée à cause d'une moins bonne mémorisation des événements carcéraux antérieurs et/ou lointains.

La situation administrative et l'état de santé

Les détenus enquêtés en situation administrative irrégulière ou en cours de demande de régularisation se disent moins souvent en bon, très bon ou moyen état de santé que ceux en situation régulière[1027][1028]. Sans surprise, je ne note pas de lien remarquable entre la situation administrative et le stade déclaré de l'infection à VIH ni à VHC[1029]. Près de la moitié des détenus qui déclarent que leur état de santé a empiré avec l'incarcération sont en situation irrégulière ou en cours de demande de régularisation (44 %)[1030]. De même, près de la moitié des détenus qui déclarent que leur état de santé s'est amélioré sont français en situation régulière (56 %) ; de même, deux tiers de ceux qui déclarent que leur état de santé n'a pas évolué depuis la mise sous écrou, sont français (62 %).

La santé mentale

Un quart des détenus interrogés a déjà été hospitalisé en psychiatrie (18). Un sur dix (7) est sous traitement psychiatrique au moment de l'enquête (hors substitution). 3 détenus interrogés ont déjà eu un suivi long en psychiatrie hospitalière ou de proximité.

En France, en 2003, près d'un entrant sur dix déclarait un suivi régulier en psychiatrie (au moins une fois par trimestre) ou avoir été hospitalisé dans les douze

[1027] p=0,0051 (test du chi 2)

[1028] Voir tris croisés en annexe, p. 653.

[1029] Voir tris croisés en annexe, p. 653.

[1030] Voir tris croisés en annexe, p. 653.

derniers mois précédant son incarcération[1031]. Ces données nationales ne sont pas directement comparables à mon échantillon car elles interrogent des périodes de vie différentes mais elles donnent une indication de l'importance des problèmes de santé mentale de la population entrante. Elles suggèrent que les détenus que j'ai rencontrés ont plus fréquemment fait l'objet de prises en charge en psychiatrie hospitalière que la population nationale.

Ceux qui ont déjà été hospitalisés en psychiatrie sont plus âgés que les autres détenus interrogés et sont plus souvent nés en France[1032]. Ils sont plus nombreux à avoir été incarcérés plus de quatre fois dans leur vie et pour des périodes de plus d'un an au cours de la vie. Ils sont aussi plus nombreux à avoir connu des périodes d'errance[1033]. Pour plus des trois quarts d'entre eux, les revenus mensuels sont estimés entre 400-1500 euros et près de la moitié bénéficie de l'allocation de la MDPH[1034]. Enfin, ils sont très souvent en situation administrative régulière (4 sur 5) et couverts par l'ALD (3 sur 4)[1035].

La moitié des détenus interrogés est suivie au service médico-psychologique régional de la maison d'arrêt[1036]. Les détenus peuvent être suivis au SMPR pour des troubles légers ou liés à l'incarcération, lorsqu'ils sont sous traitement pour l'hépatite C, ou sous traitement de substitution aux opiacés. Cette prévalence élevée indique aussi un accès privilégié à la ressource rare qu'est le suivi psychologique de soutien en milieu carcéral pour ce groupe de patients.

La prise de psychoactifs concerne une grande partie des personnes interrogées ici. Au cours de leur vie, 2 sur 5 ont connu une addiction à l'alcool, 1 sur 2 à des drogues et plus d'un sur dix ont détourné des médicaments de leur usage prescrit[1037].

[1031] DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES et MOUQUET Marie-Claude, « La santé des personnes entrées en prison en 2003 », *art. cit.*, p. 7.

[1032] Voir tris croisés en annexe, p. 653.

[1033] *Idem.*

[1034] *Idem.*

[1035] *Idem.*

[1036] Selon l'enquête de B. Falissard et coll. sur les troubles de santé mentale en population carcérale, 30 % des détenus souffrent de désordres psychiatriques graves, DUBURQ Anne et al., « Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral », Bourg-la-Reine, Cemka-Eval, 2004, p. 283.

En 2003, la consultation médicale d'entrée prescrivait une consultation en psychiatrie à 44 % des entrants suivis ou hospitalisés en psychiatrie dans les 12 mois précédant l'incarcération et 34 % des entrants ayant en cours un traitement par médicaments psychotropes. Elle orientait aussi en psychiatrie 6 % des entrants pour un motif lié à la toxicomanie et 6 %, lié à l'alcoolisme, DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES et MOUQUET Marie-Claude, « La santé des personnes entrées en prison en 2003 », art. cit., p. 5.

[1037] Au niveau national et en 2003, la proportion d'entrants qui déclaraient une utilisation prolongée et régulière de drogues au cours des 12 mois avant l'incarcération était de 33 %, une proportion restée stable depuis 1997 . La proportion de ceux déclarant un traitement en cours par médicaments psychotropes était de 15 %. Enfin, la part de ceux demandant un traitement de substitution aux opiacés (Buprénorphine et méthadone) s'élevait à 8 %.

Les psychoactifs peuvent être pris dans le cadre de prescription thérapeutique : traitements de substitution aux opiacés (2 cas sur 5), anxiolytiques et benzodiazépines/benzodiazépines associés (2 cas sur 5), au moment de l'enquête. La distribution selon les classes de médicament est comparable à ce qui est observé dans l'enquête de la Drees sur les entrants en 2003 : neuroleptiques (5 %), antidépresseurs (5 %), anxiolytiques ou hypnotiques (12 %). Il n'est pas possible d'estimer la fréquence ou l'intensité du surdosage ou de mesurer précisément les pratiques de détournement de ces médicaments. Un tiers des détenus interrogés (22) avait demandé un traitement de substitution aux opiacés en arrivant en détention.

L'état de santé des hommes qui ont participé au volet d'enquête par questionnaires est lié à l'offre de soins en détention et à leurs recours aux soins antérieurs à l'incarcération. Un autre facteur déterminant pour l'état de santé est le rapport aux soins. En milieu carcéral, il est particulier pour plusieurs raisons, que je développe dans la suite de ce chapitre. J'y présente le rapport entre patients détenus et professionnels de santé en choisissant de le décrire sous la forme d'une tension entre traitements et contraintes. Ce rapport est central dans la compréhension de la place de l'incarcération dans le parcours de santé des patients.

L'incarcération est en effet un moment paradoxal où l'offre de soins existe – et s'est beaucoup améliorée —, mais un nombre important de facteurs contraignent l'accès des patients et le travail des professionnels de santé. Dans la suite de ce chapitre, je restitue ainsi les enjeux du soin en milieu carcéral et questionne la place de la prison dans les parcours de santé, en croisant les perspectives des professionnels et des patients détenus.

Les enjeux du soin en prison, entre traitements et contraintes

Pour rendre compte des enjeux du soin en milieu carcéral, et à travers cela, la place de l'incarcération dans les parcours de santé, je prends le parti de les présenter comme étant traversés par une tension entre deux notions centrales dans la prise en charge des détenus, les formes de traitements et les formes de contraintes. Les formes de traitements sont entendues au sens large et vont au-delà du régime médicamenteux : elles incluent les modalités de prise en charge et de gestion de la population pénale par les professionnels, dont le soin et l'attention aux patients. Par exemple, je commente les catégories qui structurent les perceptions de la population de patients détenus par les médecins qui traitent les hépatites virales et le VIH dans les maisons d'arrêt où j'ai mené mon enquête. Les formes de contraintes sont elles aussi entendues au sens large, et j'inclus par exemple, les contraintes de moyens matériel ou humain des Ucsa ainsi que

l'organisation de la vie en détention qui restreint et régule la circulation des détenus, y compris dans leur accès aux locaux de soins.

Cette approche par la tension entre traitements et contraintes permet donc d'aborder le point de vue des patients, mais aussi des professionnels. Elle rend compte aussi de l'imbrication du soin et de la surveillance dans les pratiques de chacun, professionnels de santé, surveillants ou détenus. Elle est une façon de restituer la complexité des prises en charge des personnes détenues sans tomber dans l'écueil d'une explication de la gestion de la population pénale par la seule coercition.

Traitements

Je décline la notion de traitements de la population de patients détenus en trois axes. Le premier axe traite de la catégorisation de la patientèle vivant avec le VIH ou le VHC, qui éclaire les manières dont les médecins perçoivent leurs patients détenus. Le second traite de la notion selon laquelle la prison est une opportunité d'accès à des patients souvent en rupture avec l'institution médicale. Du point de vue des patients, cette opportunité se traduit en termes d'expérience d'enfermement, loin de l'instabilité liée à l'errance ou la précarité et propice à l'observance aux traitements. Le troisième axe propose d'envisager le traitement comme une question de risque et une question d'échelle.

Dans mes observations des perceptions du VIH et de l'hépatite C en prison et dans les instances de collaboration et de militantisme en ville, il est apparu que les soignants identifient deux grandes catégories de patients : (a) les détenus séropositifs au VIH infectés par voie hétérosexuelle et ayant immigrés d'Afrique subsaharienne d'un côté et (b) les détenus séropositifs au VHC infectés par partage de matériel d'injection de drogues et ayant immigrés d'Europe de l'Est de l'autre. Cette hypothèse selon laquelle il existe deux groupes de patients distincts n'est pas pleinement soutenue par l'analyse de mon échantillon.

(a) En effet, parmi les 67 répondants à mon questionnaire, 9 des 21 répondants infectés par le VIH sont nés en Afrique Subsaharienne et les autres sont nés en France (10) et en Afrique du Nord (2). 6 des répondants infectés au VIH nés en Afrique Subsaharienne disent avoir été contaminé par voie hétérosexuelle et 3 disent ne pas savoir comment ils ont été contaminés.

(b) De plus, 11 des 34 répondants infectés par le VHC sont nés en Europe de l'Est et les autres sont nés en France (11), en Afrique du Nord (5) et en Afrique subsaharienne (3). 3 des répondants infectés par le VHC nés en Europe de l'Est disent avoir été contaminés par partage de matériel d'injection et les autres disent avoir été infectés par

contamination nosocomiale (1) ou par une autre voie (4). Il existe donc d'autres sous-groupes que les deux groupes couramment identifiés par certains soignants, que l'analyse factorielle contribue à délimiter plus finement dans la suite de ce chapitre.

Lors de la réunion de restitution de mes résultats préliminaires avec les médecins traitants le VIH et les hépatites dans les deux premières maisons d'arrêt de mon enquête de terrain, nous avons abordé la composition de leur patientèle. Leur interprétation de mes résultats était la suivante : il y a deux groupes d'intérêt. Le premier est composé de patients vivant avec le VIH : ils sont moins nombreux, plus âgés et infectés depuis plus longtemps. Ils vont plus fréquemment consulter à l'hôpital de rattachement à leur sortie de prison. Pour les médecins, ceci est paradoxal à première vue étant donné qu'ils devraient avoir un médecin traitant en amont de l'incarcération. Le deuxième groupe est composé de patients atteints d'une hépatite C : ils sont plus nombreux, plus jeunes, et souvent sans suivi médical antérieur à l'incarcération. Autre paradoxe pour les médecins, ces patients ne se présentent pas aux consultations à l'hôpital de rattachement. L'étude de la population sortante de la première maison d'arrêt confirme ces interprétations : 24 % des patients VIH+ sont suivis à l'hôpital de rattachement, mais que seuls 11 % des VHC+[1038].

La notion de traitements de la population de patients se décline selon un deuxième axe, celui de la notion de prison comme opportunité médicale. Je l'ai évoqué précédemment, mais la population captive de patients peut être une opportunité d'accès à une patientèle souvent en rupture avec l'institution médicale avant l'incarcération. Dans cette perspective, la proximité et l'oisiveté des patients reclus facilitent la prise de rendez-vous, dite « convocation » en détention, augmentent les chances que les patients s'y présentent effectivement, et prédisposent à l'adhésion à la prise en charge. La proximité et la temporalité particulière à l'incarcération constitue aussi une opportunité pour les médecins de créer une relation de soin avec des patients habituellement peu en lien avec le système de santé. Dans cette configuration, le soin des pathologies s'imbrique à une attention et à une disponibilité aux rapports aux soins particuliers – et les temporalités qu'ils induisent. Pour les soignants, l'incarcération peut être une opportunité de guérir mais aussi de pratiquer une médecine attentive aux besoins des détenus reconnus comme vulnérables. Cet argument de l'opportunité est le plus souvent mobilisé pour des patients en situation précaire, vulnérables au sens de santé publique, qui ont peu recours aux soins ou qui tendent à le reporter lorsqu'ils sont en ville. En ce sens, l'incarcération peut aussi être entendue comme une opportunité de mise sous traitement contre l'hépatite C et d'amélioration de l'observance.

[1038] VHC+ et PCR+, c'est-à-dire ceux dont l'infection est avérée et en cours y sont suivis

Cette dernière perspective est assez présente dans les récits de vie de détenus que j'ai interviewés[1039]. À l'incarcération comme opportunité de mise sous traitement, les patients détenus répondent souvent par l'adhésion, du fait de la temporalité carcérale et de l'injonction à faire « bon usage » du temps en prison. L'incarcération est ainsi vue comme le moment opportun de commencer un traitement, difficilement tenable pour ceux dont la vie hors les murs est contrainte par l'errance ou la précarité.

Le « bon usage du temps » en prison est ainsi associé à un moment biographique où les hommes que j'ai interviewés peuvent exercer un contrôle sur leur traitement institutionnel, où ils peuvent récupérer un peu d'autonomie. Le temps carcéral peut avoir une valeur positive lorsqu'il est vécu comme un moment de relaxation, de réflexion[1040], de développement personnel[1041] ou de prise de distances avec la dépendance aux produits psychoactifs[1042]. À l'inverse, dans les entretiens, le « mauvais usage » du temps carcéral est associé au gaspillage du temps en prison, surtout invoqué *a posteriori* par des détenus incarcérés plusieurs fois au cours de leur vie comme André ou Iliès. Le temps gaspillé l'est du fait de sa dépendance au temps de l'institution pénale : le temps passé en cellule, l'oisiveté, l'ennui, les procédures, les délais, l'attente sont tous le fait de l'organisation de la vie carcérale et sont constitués d'activités dévalorisées. Contrairement au temps dont « on profite » ou dont « on se saisit » pour faire des choses, et prendre le devant de démarches de soins ou d'accès aux droits par exemple, le temps dont on fait « mauvais usage » est gaspillé, car il est tributaire du temps de l'Autre.

Dans le contexte australien, S. Fraser et K. Seear notent qu'un des prérequis au traitement contre le VHC est de montrer aux soignants que l'on prend en charge sa vie et que l'on a « mis sa vie en ordre[1043] » avant de demander à être traité. Elles voient le traitement contre le VHC comme un catalyseur de la « mise en ordre » de soi, qui produit (« performe ») des sujets patients « ordonnés et stables » (à l'inverse, le refus de traitement produit des sujets « désordonnés »[1044]). La logique des professionnels australiens tient à la réduction de l'inobservance de patients distraits par l'usage de drogues ou la précarité et à un effort de réduire les échecs thérapeutiques de régimes très coûteux pour les structures de soins.

[1039] Voir le chapitre précédent.

[1040] SLOAN Jennifer Anne, *Masculinities and the Adult Male Prison Experience*, *op. cit.*, p. 70-72.

[1041] COMFORT Megan, « The Best Seven Years I Could'a Done': The Reconstruction of Imprisonment as Rehabilitation by Former Prisoners and Their Partners », *in* CARLEN Pat (dir.), *Imaginary Penalities*, London, Routledge, 2008, p. 252.

[1042] INCIARDI James A., MARTIN Steven S., BUTZIN Clifford A., HOOPER Robert M. et HARRISON Lana D., « An Effective Model of Prison-Based Treatment for Drug-Involved Offenders », *Journal of Drug Issues* 27 (2), 1997, p. 261-278.

[1043] Ma traduction de « one needs to get one's life « in order » as a prerequisite to treatment » dans: FRASER Suzanne et SEEAR Kate, *Making disease, making citizens*, *op. cit.*, p. 127.

[1044] *Ibid.*

Je n'ai pas observé de telles pratiques de conditionnalité de traitement ni de rationalisation des coûts dans mon enquête en France, sans doute en raison de la couverture sociale dont bénéficie tous les détenus. En revanche, la tendance à attendre des patients qu'ils soient responsables et autonomes dans leur traitement, et par extension dans leurs démarches médicosociales en général, est très présente en prison et dans les guichets de l'aide sociale. Il me semble que, plutôt qu'un catalyseur de « mise en ordre » de sa vie, le traitement de l'hépatite C s'explique mieux comme une pratique de santé dans un moment opportun. Les détenus ont souvent évoqué l'idée de « profiter » de l'incarcération, en tant qu'opportunité et en tant que durée de temps autrement gaspillé, pour débuter et se donner les moyens de mener à bien le traitement. Faire « bon usage » du temps en prison pour commencer un traitement et parvenir à prendre soin de soi après des années de priorisation d'autres impératifs est plus cohérent avec les récits des détenus que j'ai interviewés.

Le dernier axe concernant la notion de traitements de la population de patients détenus concerne le traitement médicamenteux lui-même. Le contexte de l'incarcération repose la question du risque associé au traitement. Le traitement comporte un risque important de souffrir d'effets secondaires gênants et douloureux. Ils sont bien décrits par la littérature médicale et, en consultation, les médecins insistent sur la variabilité de l'expérience de traitement et sur le caractère très aléatoire des effets secondaires selon les patients. Les soignants sont ainsi attentifs à l'opportunité, au sens du moment opportun de prescrire le traitement mais aussi au lieu opportun pour en subir les effets secondaires. Pour certains, la prison offre une pause des contraintes du quotidien à l'extérieur, rendant le traitement plus supportable en détention ; pour d'autres, la dureté de l'expérience peut être incompatible avec un traitement éprouvant. Dans le cas des effets secondaire du traitement contre le VHC liés à l'humeur, la dépression et le risque de suicide, les surveillants jouent un rôle important de veille, d'attention et d'alerte car ils sont en contact réguliers et quotidiens avec les détenus.

Pour les patients, l'expérience est assez liminaire, faite d'effets secondaires un peu flous et d'un sentiment d'incertitude quant à sa spécificité. En effet, les patients ne sont pas toujours sûrs que le malaise et le mal-être ressentis soient le fait de l'interféron ou de la prison. Les effets secondaires prennent des formes variables, je l'ai dit, mais se vivent aussi comme une certaine exacerbation d'états corporels connus ou courants pour des hommes habitués à l'errance ou la vie à la rue. La fatigue, les myalgies ou les douleurs diffuses, les sentiments dépressifs, la perte de poids, la peau sèche ou irritée, les insomnies ou le sommeil difficile, les changements d'humeur sont également des expériences ordinaires de la vie à la rue ou de la vie d'usager de drogues en situation de précarité. Parce que les récits de ces expériences circulent et parce que les patients sont

réceptifs à l'incertitude concernant l'efficacité du traitement et les perspectives de guérison, la décision de suivre un traitement est indéniablement une prise de risque pour le patient.

Le cas des usagers de drogues précaires et incarcérés

Les hommes détenus que j'ai rencontrés qui sont ou ont été dépendants à des produits psychoactifs ont un parcours de santé particulier, on l'a vu dans le chapitre précédent. Leur expérience de la prison et du soin en général est particulière et mérite un court détour pour en délimiter les spécificités. Je m'appuie sur mes observations et les travaux de F. Fernandez et S. Fraser & K. Seear pour montrer que l'incarcération est une épreuve plus délétère pour les usagers de drogues.

D'abord, les usagers de droguessont pris en charge par l'institution médicale d'une manière paradoxale. Ils sont parfois encouragés à faire preuve d'agentivité (*agency*) et de responsabilité dans leurs pratiques de santé, et parfois gérés et pris en charge de manière directive sinon paternaliste, pour compenser l'agentivité qui leur manquerait en raison de leur addiction, lorsqu'elle est prise comme une pathologie de la volonté[1045]. L'injonction thérapeutique[1046] est un bon exemple de ce traitement paradoxal : « on leur demande de se sentir responsables et coupables du rapport qu'ils entretiennent avant tout avec eux-mêmes en les obligeant à en changer, tout en les punissant. Cette simultanéité de la punition et du soin obscurcit l'intelligibilité du sens que doit prendre la peine de prison[1047]. » Les toxicomanes sont marginalisés du fait de leur usage de drogue, une pratique qui est souvent dévalorisée pour être excessivement risquée pour la santé et parfois considérée comme un choix de vie[1048]. Ils sont aussi enjoints à adhérer à un traitement contre le VHC, dont les risques d'échec et d'effets secondaires graves sont connus.

Ensuite, cette notion de risque se retrouve aussi dans les perceptions de l'usager de drogues comme individu instable et irresponsable du fait de la prise de risque sanitaire, sociale et pénale que représente le « choix » de la consommation de stupéfiants et de médicaments détournés. Ces deux conceptions du risque, ces deux calculs, circulent autour de la figure du patient usager séropositif au VHC. Le premier calcul, souvent en

---

[1045] *Ibid.*, p. 107.

[1046] Depuis la loi de 1970, la mesure de l'injonction thérapeutique constitue une alternative à la prison pour les justiciables toxicomanes : elle dispose une orientation vers une structure sanitaire dans l'objectif d'un sevrage, avec ou sans l'adhésion de l'usager condamné.

[1047] FERNANDEZ Fabrice, *Emprises. Drogues, errance, prison: figures d'une expérience totale*, Bruxelles, Larcier, 2010, p. 236.

[1048] LOVELL Anne, « Ordonner les risques, l'individu et le pharmaco-sociatif face à l'injection de drogues », *in* HAURAY Boris et FASSIN Didier (dir.), *Critique de la santé publique, une approche anthropologique*, Paris, Ed. Balland, 2001, p. 340-341.

faveur du traitement, est perçu comme responsable et éclairé. Le second, comme irresponsable et le résultat d'une fragilité de la volonté liée à l'addiction. Ces deux ensembles de pratiques relèvent bien de risques, l'un étant acceptable et souhaitable et l'autre allant à l'encontre des attentes normatives de patients. En ce sens, le facteur qui les distingue est moral, le second étant dévalué par rapport au premier. On retrouve cette discussion du traitement comme prise de risque dans l'ouvrage de S. Fraser et K. Seear sur le VHC en Australie, qu'elles inscrivent dans le cadre théorique des études des sciences et des technologies. Leur analyse conclut que le traitement « performe » le patient, provoquant un changement existentiel. Ce changement verrait des usagers de drogues « désordonnés » et « chaotiques » devenir des patients observants et « ordonnés » sous l'effet du traitement.

Je ne souscris pas à cette interprétation. Les continuités que j'ai observées dans les parcours et entre les entretiens avant, pendant et après le traitement ne me permettent pas de conclure à un changement ontologique du sujet post-traitement ni à un changement subjectif. Au contraire, il apparaît plutôt que le traitement est raconté comme une tâche de plus à accomplir pour répondre à l'injonction institutionnelle à s'activer et se prendre en charge. Il s'agit d'un processus largement longitudinal et antérieur au moment biographique du traitement. Le changement identifié par S. Fraser et K. Seear du non-recours au recours, de l'inobservance à l'adhésion, appartient à une perception de santé publique restrictive, qui n'envisage ni le parcours antérieur au recours au traitement de l'usager ni sa capacité à prendre soin de soi et son « agency » au-delà de ses interactions avec le système de santé.

Sur cette question de l'expérience corporelle de l'usage de drogues, de la médicalisation des prises en charge des usagers et l'incarcération, il me semble que les travaux de F. Fernandez sont plus justes. Il décrit de manière fine et nuancée les parcours d'usagers précaires. Concernant le moment plus précis de l'incarcération dans leurs parcours, il insiste sur la dimension corporelle de l'incarcération : « Le sens de la peine est encore souvent vécu par les détenus eux-mêmes, au moins au niveau des représentations, comme une punition des corps, une privation de sexualité et de plaisirs[1049]. » Pour les usagers détenus les plus pauvres, le traitement de substitution aux opiacés permet de réduire la sensation de manque pour rendre l'incarcération tolérable, mais il participe aussi à l'économie informelle en détention. La prescription de psychotropes en prison est un sujet controversé et récurrent dans les discussions sur la santé carcérale. Les médicaments psychotropes et/ou détournés de leur usage sont souvent dénoncés pour être des outils d'assujettissement et de maintien de l'ordre en

[1049] FERNANDEZ Fabrice, « Du « corps otage » au « corps mémoire » : les actes d'automutilation en prison chez les usagers de drogues et leurs mises en récits », *Face à face. Regards sur la santé* (5), 2003, paragr. 10.

prison – faisant des psychiatres des collaborateurs de l'institution pénitentiaire. Comme les hommes rencontrés par F. Fernandez, les détenus que j'ai interviewés sont critiques envers les pratiques médicales concernant les médicaments psychotropes : les traitements sont souvent différents de leur substitution habituelle et les prescriptions de psychotropes sont parfois très importantes. Comme l'écrit F. Fernandez, « la plupart d'entre eux semblent vivre la prison sur le mode de la violence et de la domination sociale, comme une totalité qui cherche à les écarter du jeu social, les paupérise, reproduisant ou amplifiant les inégalités sociales de l'extérieur et leur renvoyant le stigmate de l'étranger[1050]. » Autour des prescriptions de psychotropes, il se joue des rapports de pouvoir liés à la médicalisation de la toxicomanie et à l'absence de reconnaissance de leur expertise concernant leur corps et leur usage, qui sont exacerbés par l'anticipation de l'expérience du manque et du besoin de ressources pendant l'incarcération.

Contraintes

La contrainte est une notion commune en sociologie et une catégorie hétérogène. Dans ce propos sur les enjeux du soin en prison, je fais référence à trois dimensions de la contrainte en particulier. (1) La première, en lien avec un contexte qui entrave la liberté des acteurs, relève de la restriction de l'autonomie des acteurs en détention. Par exemple, les détenus sont dépendants de l'organisation de la vie carcérale pour se déplacer dans la détention et les médecins dépendent de la régulation de leur circulation par les surveillants pour recevoir et traiter leurs patients. (2) La deuxième dimension de la contrainte relève du contexte de restrictions de moyens et de gestion de la rareté en détention. Par exemple, les infirmières et les secrétaires médicales travaillent souvent à flux tendu, car il est fréquent qu'elles ne soient pas assez nombreuses du fait de manque de recrutements ou de remplacements de personnel. (3) La troisième dimension de la contrainte que je souhaite souligner est celle de la violence exercée sur les patients notamment via la discipline physique (encellulement, courtes périodes de promenade dans des cours exiguës) ou institutionnelle (souffrance due à des négligences et à la rareté des ressources pénitentiaires).

L'approche par la tension entre traitements et contraintes implique un choix de positionnement, celui de ne pas se restreindre à considérer que l'institution et ses professionnels contraignent et que les détenus, au mieux, résistent. Il s'agit aussi de considérer les formes de contraintes que peuvent exercer les détenus sur les professionnels, et les manières dont elles peuvent entrer en conflit avec les premières. Je

[1050] *Ibid.*, paragr. 13.

l'ai évoqué plus haut, cette entrée permet d'éclairer le coût du travail en détention pour les surveillants et les professionnels, y compris la sociologue. Dans cette perspective, les détenus ont des marges de manœuvre sensibles, qui vont au-delà de la « débrouille » ou de la « galère », sans pour autant remettre en question l'expérience totale de l'institution.

(1) Le premier axe de la notion de contraintes que je souhaite aborder est celui lié à la gestion de la population pénale dans l'espace de la prison. En maison d'arrêt, la privation de la liberté d'aller et venir des détenus se traduit par une régulation forte des déplacements des détenus. À l'exception des rendez-vous avec les intervenants extérieurs et les professionnels de santé et de probation, et des douches trois fois par semaine, les détenus des deux établissements dans lesquels j'ai mené mon enquête ne sortent de leur cellule que deux à quatre heures par jour, pour la « promenade », une période d'une à deux heures où les détenus circulent en coursive pour accéder à de petites cours extérieures bétonnées et entourées de murs. Toutefois, les rendez-vous, les douches et les promenades induisent une circulation des détenus assez importante : si l'on considère la première maison d'arrêt par exemple, un surveillant ouvre et ferme les cinquante cellules de l'étage auquel il est affecté au minimum quatre fois par jours, c'est-à-dire qu'il gère les « mouvements » d'entre 70 et 100 détenus (en fonction de la surpopulation), selon un agent pénitentiaire[1051].

Les consultations avec les médecins et les infirmières sont donc partie intégrante de l'organisation quotidienne de la détention, mais les flux importants, au regard des agents affectés à la circulation des détenus, sont un premier facteur de lenteurs dans le trajet entre la cellule et l'Ucsa, comme je l'indique dans le chapitre 3. Pour simplifier la gestion de ces flux, les détenus sont convoqués par groupe et attendent la consultation dans une « salle d'attente », une cellule attenante à l'Ucsa vide ou aménagée de bancs. Ces contraintes organisationnelles sont un premier point de collaboration ou d'achoppement entre les professionnels de surveillance et de santé. Comme l'indique C. Rostaing, « si le surveillant est dominé socialement et culturellement par le personnel soignant, c'est lui qui, en prison, détient les clés[1052]. » Les relations peuvent être plus ou moins bonnes entre les médecins et les surveillants, induisant une circulation des patients ou de leur courrier plus ou moins fluide. De cette dépendance aux agents de surveillance naît une forme de perte d'autonomie professionnelle pour les médecins, contraints de réduire leur travail à celui permis par les interactions avec les surveillants.

[1051] En réalité, ce sont deux surveillants qui assurent ce travail : l'un pour la première moitié de la journée et un autre pour la seconde.

[1052] ROSTAING Corinne, « Ethique des pratiques de santé en milieu pénitentiaire », *La lettre de l'Espace Ethique - APHP* (15-18), 2002, p. 97.

(2) Le deuxième axe de la notion de contraintes est lié au contexte de privation de moyens et de gestion de la rareté des ressources matérielles et humaines en détention. Les effectifs du personnel de santé en Ucsa ont doublé depuis la réforme[1053] mais les ressources humaines restent insuffisantes face à l'augmentation de la population carcérale[1054]. La contrainte matérielle constitue l'un des sujets récurrents de plainte des professionnels, que j'ai entendu en détention et dans des arènes externes. Sur le terrain, dans trois maisons d'arrêt et dans ces rassemblements scientifiques ou militants, les plaintes des soignants que j'ai relevées sont de trois ordres : les moyens et l'accès aux soins sont inadéquats ; l'organisation de la détention réduit l'accès aux soins et rend le quotidien des soignants laborieux ; la dignité des patients et la pratique éthique de la médecine en prison sont difficiles à garantir. Ceux-ci sont des doléances que j'ai recueillies à l'écoute des soignants dans les deux maisons d'arrêt où j'ai mené mon enquête ethnographique, dans une troisième maison d'arrêt et dans les congrès des associations professionnelles de médecins et de soignants travaillant dans le milieu carcéral (Congrès des Ucsa) et travaillant sur les pathologies plus spécifiques, le VIH et les hépatites virales. Comme lors de la Journée nationale des prisons de 2013, les autres acteurs professionnels ou militants autour du milieu pénitentiaire se prononcent aussi contre cette situation sanitaire jugée perfectible[1055].

La gestion de la rareté concerne les moyens matériels, mais aussi humains et elle a des effets délétères sur les équipes soignantes et les détenus. Par exemple, pour les détenus en demande de soins, l'attente est souvent longue avant d'être examinée par un spécialiste. Certaines professions sont absentes, comme les kinésithérapeutes ou les aides-soignants ; c'est ainsi que j'ai pu conduire des entretiens dans la salle prévue pour la kinésithérapie pendant près de deux ans sans gêner le thérapeute qui n'a jamais été remplacé. Dans le cas des détenus dépendants ou grabataires, ce sont aux détenus travailleurs, mais plus souvent au codétenu que revient le travail dit d'auxiliaire de vie en milieu ouvert, car, contrairement aux hôpitaux de rattachement, les Ucsa ne comptent pas d'aides-soignants. Dans cette situation, M.-H. Lechien et M. Bessin attribue ce « sale boulot » au sens d'E. Hughes au défaut de personnel, mais aussi de collaboration, dans un contexte conflictuel entre soignants et surveillants.

Par ailleurs, les équipes sont soumises à des cadences accélérées et des charges de travail régulièrement trop lourdes du fait du manque de personnel. Ce déficit est à la fois permanent et ponctuel, car les effectifs sont réduits au minimum, mais les

---

[1053] L'effectif a augmenté de 1 345 ETP en 1997 à plus de 2 600 en 2013, BRANCHU Christine, GUEDJ Jérôme, ZIENTARA-LOGEAY Sandrine, DE BLASI Maxime et LOPEZ Frédéric, « Evaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice », *op. cit.*, p. 5.

[1054] Au cours de cette période, la population a augmenté de 25%.

[1055] Ce consensus n'inclut pas la direction générale de la Santé, qui n'était pas représentée.

remplacements des professionnels en congés peu souvent concordants, comme c'est le cas des secrétaires médicales que j'ai mentionnée plus haut. La dureté des conditions de travail affecte les professionnels et, si certaines exercent depuis très longtemps dans le service, le roulement des agents de l'Ucsa reste important. Lors du volet d'enquête par questionnaires, l'une d'elle me parle de ses difficultés au travail : elle se plaint de « l'urgence permanente » qui « empêche de bien travailler, proprement, d'anticiper. C'est de l'abattage. [Elle] n'a pas le temps de bien faire les choses ni de systématiser les tâches. Et l'ambiance [entre les professionnelles] n'est pas encourageante ni motivante. (...) Le cadre de travail est oppressant (...) Et [elle est] toujours dérangée, interrompue par des passages, des coups de pression. Le problème du sous-effectif rend le quotidien très difficile. [Travailler en sous-effectif] ça ne donnent pas envie de partir en vacances. Et ça donne pas envie de revenir. Des fois [elle se] couche à 8 h du soir. » Il est tentant d'expliquer nombre des plaintes et des dysfonctionnements des services en milieu carcéral par le manque de ressources, mais cette interprétation doit être nuancée par les restrictions budgétaires et « l'optimisation » des ressources humaines qui affectent l'hôpital de manière plus globale, y compris en ville. L'urgence et la souffrance au travail sont structurelles à l'Ucsa et doivent être mises en lien avec les contraintes du travail en milieu carcéral mais aussi avec celles liées à l'évolution de la gestion hospitalière vers la « managérialisation » décrite dans le chapitre 1.

Lorsque j'ai présenté les résultats de mon enquête par questionnaires aux médecins spécialisés dans la prise en charge des hépatites et du VIH dans les deux premières maisons d'arrêt, ils ont fait écho à ces conditions de travail méconnues en dehors du monde carcéral. J'ai présenté la Figure 6 - du chapitre 4, schématisant les critères de recrutement à l'enquête et les critères de non-recrutement. Les médecins ont commenté le nombre de détenus non sollicités (les 22 détenus libérés entre le moment où je les ai identifiés et le moment où j'ai cherché à les rencontrer) et le nombre de détenus non vus (les 22 détenus que je n'ai pas réussi à identifier ou situer dans la détention, que je n'ai pas pu voir, car la circulation était ralentie ou bloquée, car un lieutenant m'avait interdit l'entretien, car ils travaillaient et difficiles à recevoir en entretien pendant leur journée de travail ou, car ils étaient en isolement).

Pour les médecins, ces nombres importants au regard du champ visé concrétisent et reconnaissent la difficulté du travail de soins en détention. Les médecins rencontrent eux aussi ces problèmes d'accès à leurs patients au quotidien. Mon enquête par questionnaires montre bien une chose, me dit l'un des deux médecins : « c'est le nombre de détenus non vus, le problème de la prison. C'est quelque chose qu'on connaît bien quand on travaille en prison, mais qu'on ne comprend pas quand on ne connaît pas. C'est important de montrer les difficultés d'enquêter en prison. Il faut montrer que la prison

fonctionne différemment selon la prison aussi, ou selon la division[1056]. » Cette difficulté de l'enquête sociologique se révèle être en miroir de la difficulté du travail médical, notamment du suivi des prises en charge. Il s'ajoute à la pesanteur du quotidien en détention que l'on ressent même en fin de journée, celle qui empêche de « ne pas ramener le travail à la maison » selon un agent, ou celle qui fait que cela devient parfois « bizarre d'être dehors après une journée de boulot » selon une médecin.

Les contraintes carcérales en termes de ressources matérielles et humaines participent à expliquer l'économie de la santé particulière à la détention. Cette économie est carcérale au sens où ses caractéristiques dépendent du contexte de l'exercice de la médecine en prison. L'asymétrie de l'information est un critère connu en économie de la santé et fait référence à l'écart entre l'information disponible au soignant et au détenu concernant sa pathologie, son état de santé et le système de soins. En détention, cette asymétrie est exacerbée, car les détenus ont très peu accès à l'information (qu'elle soit issue de connaissances savantes, profane ou de vulgarisation) et ils sont le plus souvent moins éduqués que la moyenne nationale. L'organisation du travail, de l'offre et de l'espace de soins diffèrent d'un établissement pénitentiaire à l'autre. Par ailleurs, les patients détenus n'ont le plus souvent pas le choix de leur soignant, de leur traitement, ni l'option de demander une seconde opinion médicale. Les configurations de soins en détention réduisent la marge de manœuvre des patients détenus, qui gagnent à rester en bons termes avec leur médecin, surtout dans le cas de suivis longs comme le VIH ou l'hépatite.

(3) Ces considérations appellent à situer le rapport de soins qui structure les relations thérapeutiques en prison, la troisième dimension de la notion de contraintes que je présente ici. Le contexte confère à ce rapport une suspicion par ailleurs prégnante dans le milieu carcéral en général, comme le montrent la sociologie des prisons évoquée dans le chapitre 1 et la discussion sur l'ordre carcéral dans le chapitre 3. La circulation des professionnels, des agents hospitaliers depuis 1994, entre la prison et l'hôpital au cours de leurs parcours professionnels n'a pas permis de résorber cette suspicion, même dans les locaux de l'Ucsa. En cela, je ne souscris pas à l'interprétation d'A. Chassagne, qui fait de la porte de l'Ucsa une frontière entre la prison et l'hôpital[1057]. Mes observations de terrain indiquent que la porte qui sépare l'espace de consultations et sociabilité soignante de celui de la coursive n'est pas la manifestation d'un seuil, au-delà duquel les logiques, les représentations ni les catégories carcérales ne circulent pas.

[1056] Restitution des résultats de la description statistique des données issues de mon enquête par questionnaires, le 24 mars 2014, hôpital de rattachement de la première maison d'arrêt, Ile-de-France.

[1057] CHASSAGNE Aline, « Le soin enfermé. La porte comme frontière en maison d'arrêt », *Espaces et sociétés* 162 (3), 2015, p. 63-77.

Les soignants, même à l'intérieur de l'Ucsa, exercent une forme de triage liée à la représentation commune d'un mésusage de l'offre de soins par les détenus. En soi, ce triage n'est pas particulier au milieu carcéral, mais ses principes et les discours qui le traversent le sont[1058]. D. Lhuilier décline ainsi les formes de ce mésusage, notant que les professionnels s'interrogent sur les mobiles des demandeurs, sur l'authenticité des plaintes ou des symptômes, jugeant si les demandeurs peuvent être considérés comme malade et comme patient[1059]. La demande de médicaments est un exemple particulièrement saillant dans l'observation des pratiques, car la surconsommation et le détournement des psychoactifs sont sujets à conflit avec les patients, mais aussi les autres professionnels de la détention.

Les détenus sont eux aussi des agents de circulation de la suspicion, une autre forme de contrainte que les détenus font peser sur les professionnels. C. Rostaing rappelle ainsi que « le médecin dispose, en prison, d'un plus grand pouvoir qu'à l'extérieur. Mais il est en même temps soumis à une pression de la part des personnes détenues[1060]. » La très mauvaise réputation de la médecine pénitentiaire pèse encore sur les rapports de soins. La circulation des savoirs profanes sur la santé carcérale reste empreinte de notions de manquements graves des médecins des années précédant la réforme, notamment envers les patients détenus malades du Sida ou toxicomanes. André, incarcéré plusieurs fois avant 1994 se souvient de ces pratiques d'un autre temps et se fait le relais de cette mauvaise réputation. Il attribue une partie des décès de jeunes séropositifs à la négligence et l'incompétence des médecins pénitentiaires, peu formés et peu sensibilisés aux pathologies liées au Sida :

> *« Oui, j'ai connu ça en 94. 94, c'était un sacré changement. J'ai des amis morts parce que les médecins pénitentiaires s'en foutaient comme du bétail, et encore bétail on en prend soin. J'ai des amis morts jusqu'en 1990. La santé, ce n'était pas la priorité pour la médecine pénitentiaire. Ils savaient pas souvent, et c'était pas le ressort des surveillants. Il fallait faire des examens. Souvent, ils ne les faisaient pas et traitaient les symptômes parce qu'ils ne savaient pas demander les tests VIH. Y a beaucoup de gens morts parce qu'ils étaient pas traités. (…) Les ARV étaient très lourds, et souvent ils étaient incompatibles. Y a des gens pour qui ça réussissait, d'autres non. »*

(André, 47 ans, co-infecté depuis 25 ans, plus de 15 incarcérations)

[1058] LACHENAL Guillaume, LEFÈVE Céline et NGUYEN Vinh-Kim, *La médecine du tri. Histoire, éthique, anthropologie*, Paris, Presses Universitaires de France, 2014.

[1059] LHUILIER Dominique, « Comment soigner en milieu carcéral? Santé, soins et emprise carcérale », *in Social Determinants of Health*, Paris, Vuibert Inserm, 2007, p. 119.

[1060] ROSTAING Corinne, « Ethique des pratiques de santé en milieu pénitentiaire », *art. cit.*, p. 97.

Cette dévaluation de la pratique de la médecine en prison fait écho au statut dominé et dévalué de ces médecins au sein même de leur profession[1061].

La méfiance qui imprègne la relation soignant-soigné est *a priori*, diffuse et généralisée[1062]. Pour B. Milly, les soignants ne la reconnaissent pas aisément, car elle remet en cause la neutralité affective. La neutralité est à la fois impossible en prison et un repère déontologique dans les professions de santé, ancré dans une pratique et une formation en milieu ouvert[1063]. Par exemple, les décisions médicales de réponse aux demandes des patients sont présentées comme répondant strictement à des critères médicaux, mais sont en réalité liées à la position autocratique des médecins ; elles ne sont donc indépendantes ni des normes du milieu pénitentiaire ni de la situation institutionnelle du détenu[1064].

En ce qui concerne la contrainte liée au travail interprofessionnel avec les surveillants mentionnée plus haut, B. Milly note que le travail des soignants est aussi marqué par une volonté de se distancier du personnel pénitentiaire et de montrer une disposition à une relation privilégiée entre soignant-soigné[1065], en mettant notamment en avant leur attachement aux pratiques de la politesse avec les détenus. L'impersonnalité est une caractéristique connue de la relation soignant-soigné mais, pour B. Milly, la consultation en prison est plus fonctionnelle. Elle propose moins d'écoute et moins d'implication personnelle des soignants qu'en milieu ouvert. Les consultations auxquelles j'ai assisté en détention ne concordent pas avec cette interprétation, mais elles ne se sont déroulées qu'avec des médecins spécialisés dans le traitement du VIH et des hépatites virales, qui étaient par ailleurs investis voire engagés dans leur travail. Elles se sont aussi déroulées dix ans après celles étudiées par B. Milly, dans un contexte d'amélioration de l'accès aux soins et des rapports entre soignants et surveillants, et de mesures d'humanisation de la peine et de mise en application de (rares) règles pénitentiaires européennes.

D. Lhuilier remarque à ce propos que la prévalence de la logique sécuritaire est souvent dénoncée comme faisant obstacle à la prévention et aux soins[1066]. La division présupposée entre les logiques pénitentiaires et sanitaires est sous-jacente à cette logique sécuritaire, et opposerait soignants et surveillants. M-H. Lechien et M. Bessin montrent bien à ce propos combien ces logiques sont imbriquées. Ils observent que les surveillants

---

[1061] MILLY Bruno, *Soigner en prison*, Paris, Presses universitaires de France, 2001.

[1062] CHAUVENET Antoinette, ROSTAING Corinne et ORLIC Françoise, *La violence carcérale en question*, 1 vol., Paris, Presses universitaires de France Mission de recherche Droit et justice, 2008.

[1063] MILLY Bruno, *Soigner en prison*, *op. cit.*

[1064] *Ibid.*, p. 181.

[1065] MILLY Bruno, *Soigner en prison*, *op. cit.*

[1066] LHUILIER Dominique, « Comment soigner en milieu carcéral? Santé, soins et emprise carcérale », *art. cit.*

participent à prendre soin des détenus, par des formes de sollicitude ou d'attention particulière aux détenus jugés fragiles[1067], et que les médecins participent au travail sécuritaire, en participant notamment au processus de mise en isolement de détenus déviants.

Ces enjeux du soin en prison ont des effets sur les patients détenus. La dernière analyse des correspondances multiples que je présente ci-dessous fait notamment ressortir des groupes distincts selon les pratiques de santé qui complètent les lectures profanes en termes de « bon » et « mauvais » patient.

L'analyse factorielle de la santé des détenus

La quatrième et dernière analyse des correspondances permet de mettre en relation les variables concernant la santé et la prise en charge avec les classes, c'est-à-dire avec les caractéristiques sociodémographiques et pénales, et les ressources et le soutien dont disposent les détenus[1068]. On a vu qu'il existe des tensions dans le soin en détention et des manières diverses de réagir à l'offre en prison et en ville, selon les parcours. L'analyse des correspondances rend visible des dichotomies décrites dans l'analyse des récits de vie. Elle hiérarchise les relations entre des ensembles de données et décèle des sous-groupes au sein de la population étudiée : dans l'espace multidimensionnel des réponses données par les détenus au questionnaire, ceux ayant donné des réponses similaires à certaines questions du questionnaire se rapprochent et se distinguent des autres. L'analyse des correspondances multiples (ACM) détermine des axes factoriels qui opposent les individus en fonction des réponses qu'ils ont données. J'ai retenu pour l'analyse les huit premiers axes. Les graphiques[1069] également produits par l'ACM montrent comment les variables caractérisant les individus se projettent dans l'espace bidimensionnel défini par ces axes pris deux à deux.

[1067] BESSIN Marc et LECHIEN Marie-Hélène, *Soignants et malades incarcérés: conditions, pratiques et usages des soins en prisons*, Paris, Groupement d'intérêt public-Mission de recherche droit et justice, 2000.

[1068] L'ACM porte sur 67 individus actifs et 42 variables et 162 modalités associées (soit 27 variables actives avec 107 modalités associées et 15 variables illustratives avec 55 modalités associées). Les variables actives sont :

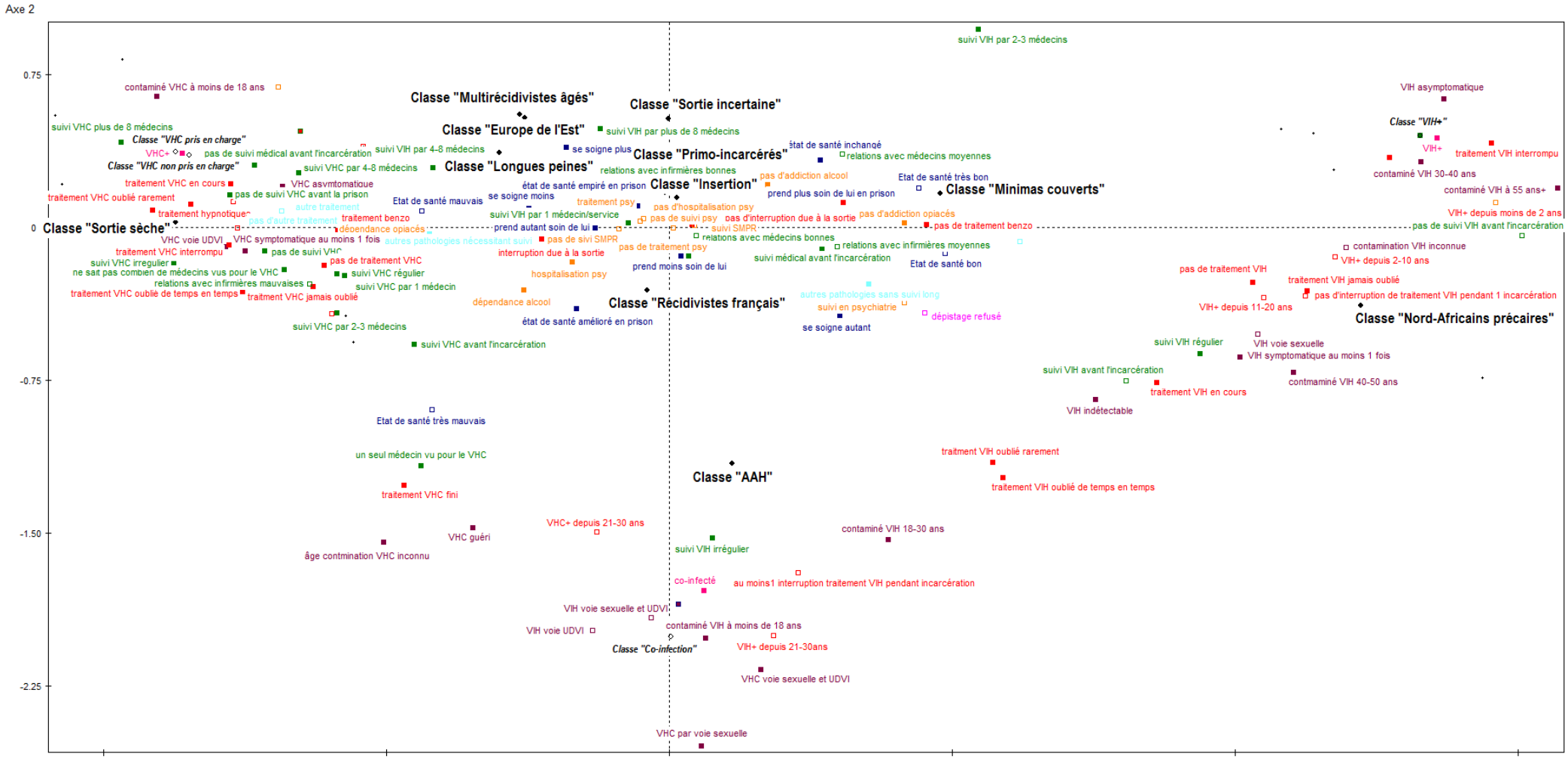
- les 39 variables d'origine (et 147 modalités associées) des ensembles thématiques concernant la santé et la prise en charge socio-sanitaire (blocs 3-4)

- les deux variables synthétiques (et 15 modalités associées) issues des classifications s'appuyant sur les caractéristiques socio-géo-démographiques et pénales (blocs 1-2) d'une part et les ressources et le soutien (bloc 5) d'autre part. Ces classes sont décrites en pages 6-10 et en pages 13-16.

Les modalités ventilées sont : celles de la variable synthétique du bloc 3-4, les manquantes, les modalités à effectif inférieur à 2, les modalités à petit effectif dont les variables sont trop homogènes et les modalités sous la forme de [var_NC].

[1069] Le graphique correspondant aux deux premiers axes de l'analyse (premier plan de l'analyse) est reproduit ici. Les autres tableaux de valeurs correspondants aux autres axes figurent en annexe, p. 721 à 724.

Graphique 1 - Premier plan de l'ACM mettant en relation l'état de santé et la prise en charge des détenus enquêtés et les autres grands ensembles thématiques du questionnaire (classes des bloc 1-2 et 3-4)



Dans les prochains paragraphes, j'interprète les plans résultants de l'analyse des correspondances multiples. Cette interprétation est fractionnée par axe. Les deux premiers axes sont représentés sur le graphique 1.

VHC et VIH

Le premier axe[1070] oppose les détenus séropositifs au VHC et ceux séropositifs au VIH. On trouve d'un côté de l'axe, dans un ordre de significativité croissante, les détenus porteurs du VHC, ayant un traitement à base de médicaments de la classe des benzodiazépines ou associés et un traitement de substitution aux opiacés, les détenus contaminés au VHC par partage de matériel d'usage de drogues, ceux qui ne sont pas suivis par un généraliste, qui ne savent pas dénombrer les médecins vus pour l'hépatite C et, enfin, ceux qui se sont contaminés entre les âges de 30 et 40 ans.

C'est de ce côté de l'axe que se projettent aussi les classes « VHC+ pris en charge » et « VHC+ non pris en charge », ainsi que la classe « sortie sèche » (détenus ayant pas ou peu de ressources qui les attendent une fois sortis de prison)[1071]. L'analyse met ainsi en évidence l'existence d'un lien pour les détenus séropositifs au VHC entre situation précaire à la sortie de prison d'une part et difficultés et discontinuité des soins probable d'autre part. Ce lien rappelle la situation de Patrick, qui galère pendant un mois avant de trouver un hébergement d'urgence et voit son traitement interrompu par son médecin parce qu'il n'est pas assez observant. Le lien est connu de la part des professionnels de santé mais il est mal documenté. L'hôpital ne pouvant pas proposer une prise en charge globale, avec un hébergement notamment, les ressources qui permettrait de mener un traitement à terme pour les personnes en situation précaire comme Patrick dépendent de services et d'associations distinctes.

[1070] L'axe 1 oppose les modalités, dont les valeurs-tests sont supérieures à 3.5 et inférieures à -3.5, le long de l'axe et de part et d'autres de l'origine :

- D'un côté, dans l'ordre croissant des valeurs propres : VHC+, pas d'autre traitement, pas de suivi VHC, sous benzo, traitement de substitution aux opiacés, classe « VHC non pris en charge », pas de suivi généraliste, classe des « VHC pris en charge », ne sait plus combien de médecins vus pour son hépatite C, contaminé entre 30 et 40ans.

- De l'autre, dans l'ordre croissant des valeurs propres : suivi régulier du VIH, classe des « VIH+ », VIH+, sous traitement VIH, pas d'interruption du traitement VIH en prison, suivi spécialisé, contamination par voie sexuelle, observant, pas de benzo, séropositif depuis 2-10 ans, pas de substitution, stade symptomatique, suivi généraliste, stade indétectable, contaminé entre 30 et 40 ans.

[1071] De manière non-significative, on y retrouve aussi le groupe de ceux dont la sortie est « incertaine » qui ont accès à leurs droits mais qui ne savent pas dans quelle mesure ils auront des ressources ou un hébergement à la sortie de prison. Enfin, on y retrouve les quatre groupes de détenus selon leurs caractéristiques sociodémographiques et pénales : les « longues peines », les « Europe de l'Est », les « vieux taulards » et les « récidivistes français ». Les variables retenues ici ont une valeur test inférieure à -2 ou supérieure à 2, faible, mais restent informatives étant donnée la petite taille de l'échantillon.

Les valeurs positives du même axe sont quant à elles associées aux détenus porteurs du VIH et pris en charge. On trouve de ce côté de l'axe le fait d'avoir un suivi régulier et un traitement en cours pour lequel l'observance est bonne, le fait de pas prendre de traitements à base de médicaments de la classe des benzodiazépines ou associés, de ne pas avoir un traitement de substitution aux opiacés, et d'avoir été contaminés dans les dix années précédentes, entre 30 et 40 ans. C'est de ce côté de l'axe que se projette aussi la classe des « Nord-africains précaires »[1072]. L'analyse met ainsi en évidence l'existence d'un lien entre le fait d'être séropositif au VIH, de bénéficier d'un suivi régulier et d'être nord-africain en situation précaire. Ce résultat peut être surprenant si l'on considère le lien fort entre précarité et observance aux soins. Le parallèle avec les situations d'hommes comme Mourad par exemple suggère que l'adhésion à la prise en charge et l'expérience longue de la séropositivité sont clé pour comprendre sa situation. Cette nuance invite à s'interroger sur l'expérience de la sortie et les conditions qui rendent une telle adhésion possibles. L'axe suivant contribue à mieux comprendre cette nuance.

Bon patient, mauvais patient

Le deuxième axe[1073] oppose les détenus selon leur adhésion à la prise en charge médicale de leur infection ; cette opposition rappelle notamment la catégorisation soignante de patients « bon patient » et « patient difficile » décrite en partie II. On trouve d'un côté de l'axe (valeurs négatives de l'axe 2) la classe des « récidivistes français et seuls », ceux ayant une dépendance à l'alcool antérieure ou en cours, ceux consultant un seul médecin pour le suivi de leur hépatite C, ceux ayant un état de santé perçue qui s'améliore en détention, et enfin ceux recevant un traitement de substitution[1074].

À ces patients réputés « difficiles » s'opposent les détenus, qui peuvent correspondre à la catégorie soignante de « bon patient ». Ils répondent aux attentes de

---

[1072] De manière non-significative, on y retrouve aussi : le groupe de détenus « insertion », qui ont des ressources et une certitude quant à leur situation à la sortie de prison ; le groupe des « minimas couverts », qui sont couverts par la CMU et l'ALD et qui perçoivent le RSA ; et le groupe des « handicap », qui perçoivent l'allocation de la MDPH. Enfin, on y retrouve le groupe des détenus « primo-incarcérés ».

[1073] L'axe 2 oppose les modalités, dont les valeurs-tests sont supérieures à 3.5 et inférieures à -3.5, le long de l'axe et de part et d'autres de l'origine:

- D'un côté dans l'ordre croissant des valeurs propres : classe des « récidivistes français et seuls», dépendance à l'alcool, un médecin vu pour le VHC une fois puis plus rien, meilleur état de santé en prison, traitement de substitution

- De l'autre dans l'ordre croissant des valeurs propres : pas de dépendance à l'alcool, état de santé pire en prison, suivi VHC régulier, classe des « insertion », contaminé au VHC entre 30-40 ans, mode de contamination inconnu, pas de substitution

[1074] De manière non-significative, on y retrouve aussi : le groupe de détenus qui perçoivent l'allocation de la MDPH (AAH), ceux qui ont une hépatite C prise en charge. Et enfin, on y retrouve les groupes des « minimas couverts », des « sortie sèche » et des « sortie incertaine ».

leur prise en charge médicale, avec moins de comportements à risque ou de comportements liés à une moins bonne observance. De manière apparemment surprenante, pour ces détenus, l'état de santé se dégrade avec la détention. On trouve pourtant de ce côté de l'axe, l'absence de dépendance à l'alcool et de traitement de substitution, un état de santé dégradé en prison, un suivi régulier du VHC, une contamination entre les âges de 30-40 ans par un mode inconnu. C'est aussi de ce côté de l'axe que se projette la classe « insertion » des détenus qui ont prévu des ressources et un hébergement pour leur sortie de prison[1075]. Pour ces détenus, qui démontrent une adhésion aux « bonnes pratiques » de santé et qui disposent de ressources pour y adhérer dedans et dehors, l'incarcération est pathogène. Leur état de santé se dégrade et les soins accessibles en détention ne semblent pas adaptés à leurs besoins ou pas accessibles. Cette opposition rappelle que la population de patients en milieu carcéral est hétérogène, tant en termes d'état de santé que de dispositions aux soins. Ces expériences différentes de l'incarcération laissent entrevoir des expériences de sortie de prison et de recours aux soins distinctes – mais il serait expéditif d'en conclure que les « bons » patients recourent davantage aux soins à la sortie que les autres. En effet, la sortie de prison est une expérience particulièrement incertaine, où le travail d'ajustements aux nouvelles situations rend l'anticipation des activités difficile[1076].

Les mono-infectés et les co-infectés

Le troisième axe[1077] oppose les détenus co-infectés aux détenus mono-infectés. De ce côté, on retrouve donc un grand nombre de variables notées NC (non-concerné) car les mono-infectés n'ont renseigné le volet du questionnaire correspondant à leur infection. La classe des détenus qui perçoivent l'AAH a une cordonnée forte du côté des co-infectés. Cet axe n'apporte guère plus d'informations.

[1075] De manière non-significative, on y retrouve aussi les groupes de détenus primo-incarcérés et ceux condamnés à de longues peines. Et enfin, on y retrouve les groupes des « « Europe de l'Est », des « vieux taulards », et des « Nord-africains précaires ».

[1076] Voir Partie IV pour une description de l'expérience de la sortie de prison.

[1077] L'axe 3 oppose les modalités, dont les valeurs-tests sont supérieures à 3.5 et inférieures à -3.5, le long de l'axe et de part et d'autres de l'origine:

- D'un côté dans l'ordre croissant des valeurs propres: classe des « VIH+ », VIH+, classe des « sortie incertaine » (beaucoup de var_NC)

- De l'autre dans l'ordre croissant des valeurs propres: classe des co-infectés, co-infectés, contaminé au VIH il y a 20 à 30 ans entre âges 18 à 30 ans, VHC par voie sexuelle, suivi VHC régulier, VHC guéri, classe des AAH, interruption de traitement VIH en prison, observant pour le VHC, suivi VHC

Les autres problèmes de santé

Le quatrième axe[1078] oppose les individus selon leur santé au sens large, à l'exclusion de leur VIH ou de leur hépatite C. On trouve d'un côté de l'axe les détenus qui ont d'autres problèmes de santé, qui ont besoin d'une prise en charge longue, qui sont suivis par un généraliste et qui ont une observance moyenne. La classe des « longues peines » (détenus âgés de 40-49 ans, mariés et condamnés à de longues peines) a une coordonnée forte sur cette partie axe[1079].

De l'autre côté de l'axe, on trouve les détenus qui n'ont pas de suivi par un généraliste, et qui n'ont pas d'autres problèmes de santé que leur VIH et/ou VHC. C'est aussi de ce côté de l'axe que se projette la classe des détenus d'Europe de l'Est.

L'ancienneté de l'hépatite C

Le cinquième axe[1080] oppose les individus selon leur prise en charge pour l'hépatite C. On trouve d'un côté de l'axe les détenus qui sont sous traitement contre le VHC, mais qui ne sont pas observants, et qui ont été contaminés jeunes, entre l'âge de 18 et 30 ans ; on y trouve aussi les détenus qui ne sont pas observants à leur traitement contre le VIH. Deux classes ont des coordonnées fortes sur cette partie de l'axe : la classe des détenus « d'Europe de l'Est » et la classe des détenus « récidivistes, seuls et français »[1081].

De l'autre côté de l'axe, on trouve les détenus qui ne savent pas quand ils ont été contaminés, qui n'ont pas de traitement en cours et qui déclarent avoir été contaminés par le VHC par voie sexuelle.

[1078] L'axe 4 oppose les modalités, dont les valeurs-tests sont supérieures à 3.5 et inférieures à -3.5, suivantes le long de l'axe et de part et d'autres de l'origine :

- D'un côté dans l'ordre croissant des valeurs propres: autre problème de santé, suivi généraliste, moyennement observant

- De l'autre dans l'ordre croissant des valeurs propres: pas de suivi généraliste, pas d'autre problème de santé

[1079] De manière non-significative, on y retrouve aussi : le groupe de détenus seules, français et récidivistes, et les groupes des « minimas couverts », des « rien dehors » et des « AAH ».

[1080] L'axe 5 oppose les modalités, dont les valeurs-tests sont supérieures à 3 et inférieures à -3, suivantes le long de l'axe et de part et d'autres de l'origine :

- D'un côté dans l'ordre croissant des valeurs propres: âge de contamination VHC inconnu, pas de traitement VIH en cours, contamination au VHC par voie sexuelle

- De l'autre dans l'ordre croissant des valeurs propres: n'est pas observant pour le traitement contre le VHC, contaminé entre 18-30 ans par le VHC, est sous traitement VHC, n'est pas observant pour le traitement contre le VIH

[1081] De manière non-significative, on trouve aussi les détenus qui n'ont pas d'autres problèmes de santé chroniques, qui ont été contaminés par le VHC récemment (entre 2 et 10 ans avant l'enquête), qui sont sous traitement de substitution, qui ont un suivi spécialisé pour le VHC, qui sont sous traitement contre le VIH, qui se sont contaminés par partage de matériel d'usage de drogues, qui ont un suivi irrégulier de leur hépatite C, et dont l'infection à VIH est symptomatique.

La santé mentale

Le sixième axe[1082] oppose les individus selon leur prise en charge en psychiatrie. On trouve d'un côté de l'axe les détenus qui se soignent moins en prison qu'à l'extérieur, qui ont déjà été hospitalisés en psychiatrie et dont l'infection VIH est symptomatique. Deux classes ont des coordonnées fortes sur cette partie de l'axe : celle dite des « minimas couverts » (couverts par la CMU et percevant le RSA) et celle des « récidivistes seuls et français »[1083].

De l'autre côté de l'axe, on trouve plutôt les détenus qui n'ont jamais été hospitalisés en psychiatrie, qui ont vu plus de huit médecins pour le VIH, qui sont suivis par un spécialiste pour le VHC et qui ont une infection VIH indétectable. C'est de ce côté de l'axe que se projette la classe dite « AAH »[1084]. L'opposition entre ceux pris en charge en psychiatrie et les autres n'est pas très éclairante en soi mais elle appelle à une précaution analytique importante. Sur le terrain, la toxicomanie est de moins en moins inclue dans cette catégorie car sa prise en charge s'est diversifiée, pour inclure notamment les associations de réduction des risques liés à l'usage de drogues. Aborder cette question par l'hospitalisation en psychiatrie suggère un effet de génération, ou tout du moins d'âge et de durée de la période de toxicodépendance, qui sera mieux étayée par les méthodes complémentaires.

Expériences de l'hépatite C

Le septième axe[1085] oppose les individus selon leur expérience de l'hépatite. D'un côté de l'axe, on trouve l'absence de traitement contre le VHC, le fait d'être à un stade

---

[1082] L'axe 6 oppose les modalités dont les valeurs-tests sont supérieures à 3 et inférieures à -3, suivantes le long de l'axe et de part et d'autres de l'origine :

- D'un côté dans l'ordre croissant des valeurs propres: se soigne moins en prison, hospitalisation en psychiatrie, VIH symptomatique

- De l'autre dans l'ordre croissant des valeurs propres : pas d'hospitalisation en psychiatrie, classe des « sortie incertaine », plus de huit médecins vus pour le VIH, suivi pour le VHC, VIH indétectable

[1083] De manière non-significative, on trouve aussi les détenus qui ont été suivis par 2-3 médecins différents pour le VHC, par un médecin pour le VIH, qui n'ont pas de problème de santé chronique et qui sont observants au traitement contre le VIH.

[1084] De manière non-significative, on trouve aussi les détenus qui ont d'autres problèmes de santé mais sans prise en charge longue, qui ne sont pas observants au traitement contre le VHC, qui ne savent pas dénombrer les médecins qu'ils ont vu pour leur hépatite C, qui ont été contaminé au VHC par voie sexuelle ou par partage de matériel d'usage de drogues, qui ne sont pas sous traitement VIH et qui prennent mieux soin d'eux depuis leur incarcération.

[1085] L'axe 7 oppose les modalités, dont les valeurs-tests sont supérieures à 3 et inférieures à -3, le long de l'axe et de part et d'autres de l'origine:

- D'un côté dans l'ordre croissant des valeurs propres : pas de traitement VHC, VHC asymptomatique, classe des « VHC non pris en charge », prend soin de lui autant dehors que dedans

asymptomatique de l'infection, et un soin de soi qui n'est pas affecté par la détention. La classe « VHC+ non pris en charge » a une coordonnée forte sur cette partie de l'axe. C'est aussi le cas des classes dites des « minimas couverts » (couverts par la CMU et percevant le RSA) et des « récidivistes seuls et français »[1086].

De l'autre côté de l'axe, on trouve les détenus ayant un état de santé perçu comme mauvais et un traitement contre le VHC en cours. La classe « VHC+ pris en charge » se projette aussi de ce côté de l'axe. Cette opposition entre les expériences de l'hépatite C suggère un lien entre le traitement et la perception d'un mauvais état de santé. L'observation ethnographique apporte un élément de compréhension : jusque récemment, une part importante des médecins qui traitaient les hépatites ne prescrivaient pas de traitement avant que l'infection ne devienne symptomatique. Aujourd'hui, la disponibilité de nouveaux traitements plus efficaces et moins difficiles à supporter suggère qu'un changement important dans l'expérience de la maladie et de la prise en charge est en cours.

La continuité des soins

Le huitième axe[1087] oppose les individus selon leur suivi. D'un côté de l'axe, les traitements ont été interrompus au moins une fois lors d'une sortie de prison antérieure et l'infection à VIH est indétectable. La classe « insertion » se projette aussi de ce côté de l'axe. De l'autre côté de l'axe, les traitements n'ont jamais été interrompus et le soin de soi est plus important en prison. La classe des détenus nord-africains en situation de précarité au moment de l'enquête est fortement associée à cette partie de l'axe.

Ces huit axes proposés par l'analyse des correspondances multiples confortent et approfondissent les résultats de mon observation ethnographique et de mes échanges avec les professionnels et les détenus. Le premier axe, « VHC et VIH », met en évidence le risque d'interruption de soins à la sortie et de connaître une situation précaire pour une partie des détenus vivant avec le VHC, comme c'est le cas de Patrick par exemple. Patrick sort de détention sans suivi ni accompagnement après une incarcération préventive ; il dort d'abord à la rue puis en centre d'hébergement et voit son traitement arrêté par le médecin tant son observance est mauvaise. L'enfermement a permis à la

- De l'autre dans l'ordre croissant des valeurs propres : mauvais état de santé perçue, classe des « VHC pris en charge », sous traitement VHC

[1086] Ce groupe de détenus récidivistes, seuls et français apparait plusieurs fois dans la description des axes car ils sont nombres (n=23).

[1087] L'axe 8 oppose les modalités, dont les valeurs-tests sont supérieures à 3 et inférieures à -3, suivantes le long de l'axe et de part et d'autres de l'origine :

- D'un côté, dans l'ordre croissant des valeurs propres : interruption tous traitements confondus due à une sortie, VIH indétectable

- De l'autre, dans l'ordre croissant des valeurs propres: pas d'interruption, prend plus soin de lui en prison

santé de Patrick de s'améliorer, en imposant notamment un sevrage alcoolique, comme c'est le cas des « mauvais patients » opposés aux « bons patients » sur le deuxième axe de l'analyse. Patrick ne souffre pas d'autres pathologies. En cela, il se distingue d'un groupe de patients identifiés par l'axe « les autres problèmes de santé », plus âgés, dont les besoins de santé sont plus conséquents et plus chroniques. Vieillir en bonne santé en prison est une préoccupation récente de l'Administration pénitentiaire ; elle fait l'objet de travaux qui étudient les enjeux du vieillissement de la population carcérale[1088]. Les expériences de l'hépatite C et la question de la continuité des soins, pris en compte par les deux derniers axes, font écho aux parcours de santé décrits plus haut. Les parcours se distinguent selon qu'ils incluent un recours au traitement pour le VHC, qui fait l'objet par la suite d'attente de suivi, d'adhésion et d'observance du patient.

Une des caractéristiques saillantes du soin en détention est son imbrication dans les logiques carcérales. L'exemple du secret médical est heuristique pour en éclairer les enjeux et les rapports interprofessionnels qui contraignent le soin des personnes détenues.

Protéger le droit au secret

Selon les situations antérieures, les effets de l'incarcération sur les parcours de santé peuvent varier. Éléments centraux du soin en prison, le travail des soignants et l'expérience de la prise en charge en prison[1089] ne peuvent être saisis sans prendre en compte le contexte carcéral. J'ai déjà évoqué l'ordre social en prison, qui induit une suspicion dans les rapports entre professionnels et avec les détenus. Les relations d'aide en détention sont empreintes d'une méfiance qui se manifeste de manière particulièrement saillante lorsqu'il est question de secret médical. J'aborde le secret médical, ou plus justement le secret professionnel, un sujet récurrent dans mes observations et mes entretiens. Ceci me permet d'interroger les relations d'aide possibles en détention et m'intéresser aux rapports interprofessionnels. Parce que le secret dépasse le plus souvent l'enceinte de la prison, l'aborder en termes de l'inclusion et de l'exclusion permet de prendre en compte les effets relationnels du secret dans les parcours de vie, au-delà de l'incarcération.

[1088] DÉSESQUELLES Aline et TOURAUT Caroline, « La prison face au vieillissement Expériences individuelles et prise en charge institutionnelle des détenus « âgés » », Paris, GIP Justice, 2015.

[1089] Je les ai soulignés dans le chapitre précédent.

Le secret concernant le VIH a été décrit comme étant « à géométrie variable[1090] » pour indiquer la diversité des formes qu'il peut prendre, selon les situations, les symptômes et l'étendue des cercles sociaux pour lesquels on veut le préserver. Parce que les enjeux du secret diffèrent pour les détenus et pour les professionnels, j'aborde les premiers puis les seconds, pour souligner les manières dont chacun se situe par rapport à l'engagement, par ailleurs consensuel, à protéger le droit au secret en prison.

Éviter le stigmate

Selon les trajectoires antérieures, les détenus associent au VIH et à l'hépatite C une diversité d'identités et de pratiques en très grande partie dévalorisées et stigmatisées. Divulguer sa séropositivité en détention est considéré, pour l'ensemble des détenus, comme un risque. Ce risque se situe sur un spectre de violences allant d'un isolement de la vie de la détention, jusqu'à des violences physiques. Il peut rendre la peine si pénible qu'il s'exprime parfois en termes de double peine par les détenus.

Le VIH/sida en prison est une affection très stigmatisée et stigmatisante, dite « sida » bien plus souvent que « VIH ». Les rapports sociaux de genre du milieu carcéral font du VIH une infection de subalterne et un motif d'exclusion, souvent associés à l'homosexualité ou à la faiblesse. Ceux qui y sont associés sont d'autant plus vulnérables à la violence carcérale. Les méconnaissances sur l'infection sont particulièrement importantes – mais on verra que l'on ne peut pas en conclure que les détenus, qui sont le plus souvent issus des classes populaires ou de migration récente, sont particulièrement peu touchés par les campagnes d'information et de prévention du VIH. L'histoire de la mobilisation pour la lutte contre le VIH et les avancées thérapeutiques tendent à normaliser la perception du VIH en France, en milieu ouvert, qui devient pour certains une maladie quasi chronique[1091]. Cette perspective du VIH est située du point de vue des classes moyennes, éduquées et occidentales. En prison, le VIH suscite encore la peur, la stigmatisation, la marginalisation, le secret et la rumeur.

L'hépatite C en prison est le plus souvent associée à la figure du « shlag », l'usager de drogue par voie intraveineuse en rupture avec son monde social, comme le montre P. Bouhnik[1092]. Le « shlag » est la figure repoussoir des cités contre laquelle on se construit dans des quartiers où l'incertitude et le manque d'opportunités pour acquérir des ressources pérennes et socialement valorisées est difficile à vivre. De plus, l'hépatite est

---

[1090] MELLINI Laura, GODENZI Alberto et DE PUY Jacqueline, *Le sida ne se dit pas: analyse des formes de secret autour du VIH/sida*, Paris, Editions L'Harmattan, 2004.

[1091] SETBON Michel, « La normalisation paradoxale du sida », *Revue Française de Sociologie* 41 (1), 2000, p. 61.

[1092] BOUHNIK Patricia, *Toxicos: Le goût et la peine*, *op. cit.*

encore moins connue et elle est considérée comme bien moins grave que le VIH ou bénigne[1093].

En prison, le VIH et l'hépatite C partagent non-dit, méconnaissance, méfiance, rumeur, stigmatisation, peur de la contamination. Néanmoins, ils se distinguent par certains aspects non négligeables pour l'analyse sociologique : l'hépatite C, méconnue des patients jusqu'à peu, est très bien connue des soignants. Contrairement au VIH, le VHC a depuis longtemps une histoire naturelle connue et un traitement éprouvé – et bientôt, un traitement court, efficace et disponible. Par rapport au VIH, l'hépatite C a longtemps été « trivialisée » par les médecins, qui ne la traitaient que lorsque l'infection devenait asymptomatique. La mobilisation de la santé publique est récente autour du problème des hépatites en France.

Dans les récits des expériences de soins et de la vie en détention, il apparaît que la sérologie se cache ou se discute en fonction de la relation entre les acteurs. Dans l'ensemble, malgré une attention affichée pour le secret professionnel, la sérologie reste difficilement cachée en détention. Evoquer le secret médical, les pratiques et les logiques des détenus, permet de compléter le tableau des relations entre les acteurs de mon enquête, débuté dans les deux chapitres précédents. Je pose plus exactement trois questions : à qui l'homme détenu parle-t-il de sa séropositivité ? À qui la cache-t-il ? Qui en a connaissance sans son consentement ?

Divulguer sa séropositivité

Trois catégories d'acteurs sont le plus souvent sollicitées par les détenus pour partager et garder le secret de leur infection au VIH ou au VHC. Les soignants, les intervenants associatifs extérieurs, travailleurs sociaux pour la plupart, certains proches[1094].

Les médecins se disent les garants du secret médical dans un colloque singulier. C'est dans le cadre de cette relation que se construit le secret médical. S'ils n'adhèrent pas toujours au traitement, les détenus de mon enquête se disent très satisfaits de leurs rencontres avec les médecins dans les deux premières maisons d'arrêt que j'ai observées. 72 % des répondants au questionnaire disent avoir de très bonnes relations avec eux. Lors des entretiens, les détenus me disent les trouver particulièrement à l'écoute, contrairement aux attentes qu'ils ont des praticiens pénitentiaires et de la mauvaise réputation de la médecine pénitentiaire (avant la réforme de 1994). Les détenus entrent

[1093] TREOLAR Carla et RHODES Tim, « The Lived Experience of Hepatitis C and its Treatment Among Injecting Drug Users », *art. cit.*

[1094] Dans cette configuration, les confidences faites à la sociologue sont l'exception plutôt que la règle.

facilement dans la relation soignant-soigné et ce qu'elle implique en termes de confidences et de révélations d'informations intimes.

Un nombre important de mes entretiens et échanges en détention révèlent que les détenus associent plus fréquemment les infirmières à un manque de professionnalisme et, dans l'ensemble, ils les traitent avec méfiance. Les infirmières ne semblent pas bénéficier de la légitimité conférée au statut de médecin. Certaines font exception, notamment celles avec qui j'ai échangé sur ma recherche et que j'ai mises dans la confidence de mon intérêt pour les hépatites virales et le VIH. Ainsi, avec celle qui s'occupe de l'éducation thérapeutique par exemple, Komi et Ayoub me disent pouvoir avoir une relation plus approfondie et de long terme. Cependant, dans l'ensemble, les détenus estiment que les infirmières sont moins sensibles au secret médical. Selon eux, elles sont plus enclines à faire mention de leur pathologie à voix haute en public ou à laisser des dossiers médicaux d'autres patients ouverts sur le bureau de consultation. Les infirmières partagent leur espace de travail et leurs consultations sont souvent plus courtes et plus nombreuses que celles des médecins sur une période de temps donnée ; ces contraintes pèsent peut être sur la perception de leur capacité à préserver le secret médical du point de vue des patients.

Le cadre de leur consultation n'est pas sans lien avec cette perception de risque de divulgation du secret médical. Dans la première maison d'arrêt, c'est aussi l'organisation des soins et des lieux de consultations qui fait obstacle à l'intimité et la confidentialité pour les détenus. Les infirmeries sont le résultat de l'aménagement et la fusion de deux ou trois cellules au rez-de-chaussée de la détention, avec des espaces de consultations, ou « des box » qui communiquent entre eux. On peut ainsi entendre les échanges entre infirmières et détenus, d'un box à l'autre, ou interrompre une consultation en passant par un box pour atteindre la sortie. Je l'ai mentionné plus haut, les surveillants en charge de la circulation des patients et la sécurité des soignants sont eux aussi en blouse blanche. Ils peuvent être présents dans l'infirmerie et assister ou du moins entendre les consultations infirmières. Ils sont perçus comme un relais d'informations médicales aux autres surveillants (et détenus par extension) et donc comme un risque pour les détenus. C'est en dépit de ces installations et la méfiance par rapport à certaines infirmières que les détenus parlent de leur séropositivité avec les infirmières qui les reçoivent.

Les travailleurs sociaux et intervenants associatifs extérieurs sont la deuxième catégorie d'acteurs à qui les détenus communiquent leur pathologie. Les associations intervenant en prison sont souvent dans la confidence des détenus – et de leurs soignants – dans la mesure où ils sont considérés comme des ressources pour l'accès aux droits, aux soins et l'hébergement à la sortie. Ces associations peuvent agir avec un mandat d'éducation à la santé, dans le cadre d'un atelier sur le VIH et les hépatites par

exemple. Elles peuvent aussi être rattachées à des centres de soins pour usagers de drogues ou pour patients atteints de maladies chroniques. Les détenus comprennent leur intérêt à partager leur séropositivité et leur traitement parce que ces associations interviennent en détention pour proposer des hébergements thérapeutiques à la sortie. Dans ce cadre, l'infection est un vecteur de projets, qui peut donner accès à des ressources – j'y reviens dans les chapitres suivants. Quant aux intervenants bénévoles, comme les visiteurs de prison, il peut se créer une relation forte d'écoute et de soutien, qui peut permettre la confidence. Aucun des détenus que j'ai rencontrés n'était cependant dans ce cas.

Je n'ai pas échappé à ce soupçon autour du secret médical, comme je l'ai décrit dans le chapitre 4 : si les détenus m'ont fait confiance, je n'ai pas pu éviter certaines situations désagréables, comme lorsqu'une médecin m'a annoncé qu'elle a « deux hépatites pour moi » depuis l'autre côté de la coursive, pour me signifier qu'elle avait eu connaissance de deux détenus qui correspondaient à un de mes critères d'inclusion.

Cacher sa séropositivité

Le stigmate associé au VIH et à l'hépatite encourage un grand nombre de détenus à cacher leur séropositivité aux surveillants, aux autres détenus et à leurs proches. Le secret en détention est assez uniformément autocentré, c'est-à-dire qu'il participe à se protéger d'éventuels rejets ou discriminations[1095]. Il peut être hétérocentré avec les proches, où l'intention est de ne pas inquiéter ou faire souffrir l'autre. Les stratégies de dissimulation sont de plusieurs ordres et variablement efficaces en détention. Par exemple, si les détenus s'efforcent de cacher leur VIH ou leur VHC aux surveillants, ces derniers peuvent en avoir connaissance via le logiciel de gestion des personnes détenues, contenant les numéros d'écrou, de cellule, mais aussi une partie du dossier pénal. Lorsque la pathologie est mentionnée au tribunal, elle peut être inscrite dans le dossier puis enregistrée dans le logiciel, et ainsi être connue en détention.

Les détenus que j'ai rencontrés en détention cherchent aussi souvent à cacher leur VIH ou leur hépatite aux autres détenus, et plus particulièrement à leurs co-cellulaires. Les efforts et les stratégies varient selon les sérologies, car le VHC est moins connu et moins stigmatisé. Le stigmate associé au VIH est important, mais sa particularité en détention est qu'il peut être invoqué pour identifier ou dénoncer n'importe quels maladie ou symptôme dont il convient de se méfier, y compris une toux. Être identifié comme quelqu'un qui « a le sida » induit un ostracisme et une discrimination de la part de

[1095] MELLINI Laura, GODENZI Alberto et DE PUY Jacqueline, *Le sida ne se dit pas: analyse des formes de secret autour du VIH/sida*, *op. cit.*

certains détenus, mais aussi de certains surveillants. Parce que les associations les plus communes sont l'usage de drogue, l'homosexualité et la contagion, la vie en cellule peut être compromise et la dimension collective de la vie en détention, réduite. Les implications pour le réseau de soutien sont importantes ; être isolé en détention implique de ne recevoir aucun soutien moral ni aide matérielle pendant son incarcération. Les détenus sous traitement contre le VIH ont des stratégies parfois élaborées pour cacher leur infection à leur codétenu. Certains évitent d'aller en promenade ou s'arrangent pour être les premiers à regagner la cellule, pour être sûr d'être celui qui sortira la pochette transparente contenant les médicaments, déposée par l'infirmière dans la boîte aux lettres, et cacher ses comprimés avant que l'autre ne revienne. L'un des détenus que j'ai rencontrés avait demandé à être convoqué tous les jours à l'infirmerie pour prendre son traitement, afin qu'aucun détenu ne reconnaisse les noms indiqués sur les emballages des comprimés.

Dans le cas du VHC, pourtant plus infectieux que le VIH, les inquiétudes des détenus que j'ai interviewés sont moins marquées. Ils invoquent plutôt un droit à une intimité ou à une vie privée en cellule. Leurs stratégies de maintien du secret sont moins élaborées, d'autant que les comprimés sont moins nombreux et l'injection hebdomadaire se fait à l'infirmerie.

Avec les proches, le secret autour du VIH ou de l'hépatite est plus protéiforme. De manière plus prononcée pour le VIH que l'hépatite C, les proches, la famille et la conjointe sont généralement tenus hors de la confidence. Il s'agit le plus souvent de les protéger et de protéger les relations de soutien, intimes, amicales et communautaires. Mourad, par exemple, dont j'ai décrit le rapport à l'enquête dans le chapitre 3, cache soigneusement son VIH à sa famille et ses conjointes depuis des années, pour se préserver d'être associé à un homosexuel. Les seules personnes à qui il en parle sont ses médecins et quelques infirmières – et la sociologue, dans la mesure où j'avais été associée à l'Ucsa lors de notre premier entretien. Le secret relègue ainsi l'intime de l'expérience du VIH à la relation avec le professionnel de santé, et maintient les proches et les codétenus à distance, dans une mise en scène du quotidien.

D'une certaine manière, la proximité en détention crée des frontières entre codétenus et avec les surveillants, dont le secret de la séropositivité est un exemple. Je l'entends comme une stratégie de protection face au stigmate et de sauvegarde d'un espace à soi, dans la cohabitation forcée et la promiscuité. Avec ceux qu'ils côtoient le plus – le cocellulaire, les surveillants et les autres détenus – les détenus doivent se préserver des risques de la découverte, qui vont de la perte de statut jusqu'à l'isolement voire aux violences. Le secret implique de s'isoler des relations de soutien, alors que la séropositivité peut être une expérience difficile. Cette difficulté est de trois ordres :

l'épreuve de la séropositivité elle-même et les remises en question de soi qu'elle peut induire ; la pénibilité des traitements au quotidien et la gestion des effets secondaires ; l'état infectieux, qui demande de prendre précautions quotidiennes, dans la cellule par exemple, où le partage de matériel de cuisine ou d'hygiène devient un mode infectieux et donc un rappel de la distance à maintenir avec les autres.

La proximité et l'intimité en détention sont disjointes et se pratiquent avec les acteurs différents et distants, tant physiquement que socialement. Avec le secret du VIH, l'intimité ne se partage plus de la même manière avec les personnes proches. Les effets de l'infection et du traitement sur le quotidien, la subjectivité et les projets de vie, ou le besoin d'en parler, sont transférés à ceux avec qui il est possible d'en parler, c'est-à-dire les soignants – et parfois, la sociologue. À la différence de la relation avec la sociologue, si l'intime s'exprime avec le soignant, c'est parce qu'il existe une certaine forme de confiance, particulière à la relation de soins, malgré son contexte carcéral.

Avec le soignant ou l'infirmière, il peut s'exprimer l'intime, l'émotion, la vulnérabilité, le doute – autant d'états affectifs qui relèvent de la sphère privée. Dans l'univers d'hommes de la prison[1096], se confier évoque la féminité, que l'ordre du genre en prison dévalorise et décourage. Ces considérations impliquent que l'intimité en prison se construite aussi avec des acteurs socialement éloignés des détenus, comme le médecin, l'infirmière ou la sociologue. Avec le secret, la sphère de sociabilité se reconfigure. Les échanges avec les professionnels du soin s'opèrent dans une asymétrie qui les distingue de ceux qui peuvent appartenir à la sphère privée en milieu ouvert, ou lorsque le VIH et l'hépatite ne sont pas tenus secrets. La confiance reste incertaine, comme elle l'est dans la majorité des relations en milieu carcéral, notamment à cause de la collaboration nécessaire avec les autres professions en détention.

Le jeu du « secret partagé »

Le « secret partagé » désigne l'information minimum qui doit être partagée pour que les professions puissent travailler ensemble en détention. Il est controversé, en détention et dans les autres arènes de travail pluriprofessionnel. En éclairer les enjeux en détention permet d'aborder les rapports interprofessionnels qui structurent les parcours des détenus vivant avec le VIH ou une hépatite C. Dans une recherche de sociologie, il ne peut s'agir de déterminer si le secret médical est respecté ou non. Les acteurs du monde carcéral, détenus inclus, savent bien que les manquements sont nombreux, que « le secret médical est (…) tout relatif, il est fonction des contraintes carcérales[1097]. » Il s'agit

[1096] SLOAN Jennifer Anne, *Masculinities and the Adult Male Prison Experience*, *op. cit.*

[1097] FERNANDEZ Fabrice, *Emprises. Drogues, errance, prison: figures d'une expérience totale*, *op. cit.*, p. 232.

plutôt, à travers l'exemple du secret professionnel, de décrire les relations entre les professionnels en détention, en ce qu'ils participent au contexte de la prise en charge des détenus vivant avec le VIH ou une hépatite C. L'un des points centraux de ces rapports est la définition des identités professionnelles. Le secret, en détention comme ailleurs, est un révélateur des enjeux de définition des identités des professions de santé et de surveillance[1098].

Pour traiter le débat autour du secret médical en prison du point de vue des professionnels de santé, j'aborde dans un premier temps le cadre légal du secret professionnel puis l'exemple particulier du partage du secret professionnel dans le cadre des Commissions pluridisciplinaires uniques (CPU). Ces dernières sont des instances intracarcérales dont l'objectif est de gérer la population pénale de manière collaborative entre surveillants, agents de probation, de santé et de santé mentale. La CPU est un sujet récurrent dans les débats autour du secret professionnel en détention et je la traite pour montrer l'une des dimensions les plus conflictuelles des rapports professionnels dans l'ordre négocié de la prison.

Le secret médical de la personne détenue est garanti comme un droit du malade par la loi du 4 mars 2002. Ce droit pose problème en détention et, pour une partie de l'administration pénitentiaire, le secret médical rend difficile la gestion sécuritaire de la population détenue. Après plusieurs dénonciations des lacunes des établissements pénitentiaires par le Contrôleur général des lieux de privation de libertés, la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 est votée et dispose le respect du secret professionnel des soignants par l'Administration pénitentiaire. Cette loi suit celle de 1983 (article 26) qui dispose que tous les fonctionnaires sont tenus au secret professionnel. Le champ des personnes tenues au secret est clairement défini et les informations concernées par le secret sont toutes celles qui portent sur l'intimité, acquises à titre professionnel. Dans cette logique, « le surveillant n'a pas à savoir si le détenu est séropositif et le médecin n'a pas à savoir s'il est condamné pour viol ou pédophilie[1099]. »

La loi prévoit des dérogations au secret professionnel, dont le « secret partagé » fait partie, dans la mesure où il est dans l'intérêt du patient et fait l'objet de son consentement. Les autres instances de dérogations requièrent aussi le consentement du détenu et incluent : le signalement d'une maltraitance, les situations de péril imminent (le VIH ne constitue pas un péril, selon une décision du Conseil de l'Ordre dans les années 1990), et enfin l'intérêt pénal et global du détenu (comme par exemple la

[1098] A.-M. FRISON-ROCHE in BESSIN Marc et LECHIEN Marie-Hélène, *Soignants et malades incarcérés*, *op. cit.*, p. 23.

[1099] Echanges avec Prof. Bruno Py en marge du Colloque « Santé en détention » à la faculté de droit de l'Université de Lorraine, 27 mars 2015.

demande de suspension de peine pour raison médicale, qui doit contenir un certificat médical et des informations destinées à faciliter la décision du juge d'application des peines).

Le secret médical est basé sur le présupposé que le soin et la surveillance sont distincts en prison. Force est de constater que la prison voit circuler des professionnels, des intervenants extérieurs, des détenus et, avec eux, des pratiques, des attitudes et des conceptions différentes de la prison. Les rapports à la surveillance varient d'un établissement à l'autre, mais le soin en milieu carcéral reste différent du soin hospitalier et l'institution carcérale doit gérer ses malades. Les problèmes posés par le secret médical en prison éclairent le présupposé de la distinction entre les tâches de soin au sens large et les tâches de surveillance. Comme l'indique un directeur interrégional, « Les soins et l'AP[1100] partagent la surveillance. L'idée que l'AP contrôle et que l'hôpital soigne est fausse[1101]. » Par extension, les surveillants, qui sont quotidiennement au contact des détenus, accomplissent aussi un travail relationnel. Peu reconnu avant l'évolution de leur mission vers l'inclusion de la réinsertion, mais encore peu valorisé, l'écoute et l'attention aux détenus sont une part très importante du travail des surveillants[1102].

Pour les soignants, l'écoute et l'attention sont un outil de travail et un signe de leur autonomie professionnelle. Avoir une relation de soin basée sur la confiance et la reconnaissance d'un professionnalisme n'est pas chose facile pour les soignants. Et en retour, s'engager dans une telle relation n'est pas aisé pour les détenus. Les professionnels de santé doivent donc s'aménager un espace de soin, un « espace de confiance » et recourent au secret médical pour le préserver[1103].

Les surveillants revendiquent un partage d'informations sur les détenus, pour assurer l'ordre et la sécurité des agents et organiser la détention et l'affectation des cellules. Les professionnels de santé sont réticents à partager des informations concernant leurs patients, à la fois par souci de déontologie et par souci de préservation de leur autonomie. De part et d'autre, les positions peuvent être plus ou moins caricaturales, les surveillants penchant pour le partage et les soignants pour le secret. En pratique, ces oppositions ne tiennent pas longtemps et il est courant d'observer des professionnels de santé partager des informations médicales et des surveillants chercher à préserver l'intimité des détenus. Par ailleurs, lorsque des divergences opposent

[1100] Administration pénitentiaire

[1101] LECHEVALLIER Yves, « Actualités et perspectives - Table ronde », Politique de santé des personnes placées sous main de justice : actualité et perspectives, ministère chargé de la Santé, Paris, 26 novembre 2012.

[1102] OUTAGHZAFTE-EL MAGROUTI Fatima, « « Un métier pour les durs. » Entretien avec une chef de Service pénitentiaire », *Travailler* (16), 2006, p. 97-110.

[1103] LANCELEVÉE Camille, « Le soin à la peine: le secret médical en prison à l'épreuve de la «pluridisciplinarité », texte non publié, présenté au séminaire des doctorants de l'Iris, EHESS, Paris, 2012.

soignants et pénitentiaires, le recours discursif au détenu, à son point de vue et à son souhait présumé de voir partager des informations médicales qui le concernent sont aussi un moyen de s'extraire de conflits.[1104]

Le secret médical est un analyseur des rapports entre professionnels en détention, comme je l'ai mentionné plus haut. Il s'y joue une « concurrence des humanités[1105] » entre les acteurs, autour d'un problème où chacun cherche à défendre la dignité de son travail ou de sa condition : « Les professionnels de santé intervenant en prison s'y arrogent souvent le monopole de l'humanité. Ce que contestent ceux qui incarnent l'inhumanité du fait de leur fonction (les surveillants) ou du fait de leurs actes (les détenus)[1106]. » Interroger les pratiques et les usages du secret médical permet d'étudier les rapports professionnels et d'en éclairer les effets sur les rapports de soins.

La Commission pluridisciplinaire unique, dite « CPU », est l'une des instances plus formelles où se jouent ces oppositions et ces conflits interprofessionnels. La mission de la CPU est d'examiner les parcours d'exécution de la peine[1107] et y siègent des agents pénitentiaires de surveillance et de probation et des représentants de l'Ucsa et du SMPR. Toutes les semaines, la Commission examine ainsi les cas nécessitant discussion ou collaboration et, dans ce cadre, les soignants sont invités à participer au suivi des personnes détenues. La participation des soignants à ces réunions fait débat, voire conflit, tant au sein des établissements pénitentiaires que dans les instances intraprofessionnelles telles que les congrès annuels des Ucsa.

Pour un médecin intervenant à l'un de ces congrès, ses collègues sont « pris entre deux impératifs kantiens : la déontologie médicale, en lien avec le code de la santé publique, et la loi HPST et les dispositions sur la CPU et le CEL [cahier électronique de liaison]. Alors que ce qui peut être dit en CPU peut être inscrit dans le CEL. C'est normal que certains choisissent de suivre le code déontologique à la CPU [et ne pas participer à la CPU]. Le code déontologique, c'est ce qui fait que nous sommes médecins, et médecins avant tout. » Cette position en faveur de l'usage du secret professionnel tend à valoriser le statut social de la profession médicale, ce à quoi les surveillants ne peuvent pas prétendre étant donné le « sale boulot » du maintien de l'ordre en détention auquel ils sont assignés[1108].

[1104] BESSIN Marc et LECHIEN Marie-Hélène, *Soignants et malades incarcérés*, *op. cit.*, p. 198.

[1105] BESSIN Marc, « Soins en prison: la concurrence des humanités », *Cultures en mouvements* (56), 2003, p. 47.

[1106] *Ibid.*

[1107] MINISTÈRE DE LA JUSTICE et MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, « Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues », Paris, 2012, p. 26.

[1108] BESSIN Marc et LECHIEN Marie-Hélène, *Soignants et malades incarcérés*, *op. cit.*, p. 208.

L'exemple de la prévention des suicides en prison est récurrent et marquant par son caractère à la fois sensible et conflictuel. Les surveillants sont en première ligne et en demande de partage d'informations qui permettraient de repérer et réduire les risques. L'une des médecins traitant le VIH dans la première maison d'arrêt de mon enquête répond à ce sujet : « Les médecins qui viennent et signalent le risque suicidaire d'un patient, après, c'est stocké dans le CEL. Et puis il y a un risque de problèmes en plus : les propos qui concernent la santé dans le CEL sont attribués aux soignants quand ils ne sont pas là. Les patients nous en veulent. »

La place du détenu dans ces rapports interprofessionnels est aussi rappelée par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, dans son allocution aux professionnels de santé en détention[1109]. Il leur rappelle la nécessité de collaborer avec les autres professionnels en détention, tout en se faisant les garants d'une éthique de la gestion des corps détenus.

> *« Il y a une transformation silencieuse de la prison aujourd'hui : l'AP se renseigne sur les personnes détenues. La question est comment on se renseigne ? Quelles informations définissent la « personne dangereuse » ? Il y a une apparition de faisceaux d'instruments pour savoir qui est cette personne, est-ce qu'elle est dangereuse ou pas (génétique, biologique, etc.) C'est une demande du législateur. Ces demandes ne vont pas cesser. Il faut vous armer, vous, soignants, ensemble. Il ne faut pas laisser gérer ces questions individuellement, isolées. [Trois remarques :] d'abord les dossiers médicaux doivent être sous clé. Souvent, ils ne le sont pas. Ils doivent l'être. Ensuite, la CPU. Votre présence ne saurait déroger à vos principes. La mise en commun peut être drastique, comme par exemple, dans le cas d'une unité qui projetait le CEL du détenu dans la salle de la CPU. Enfin, au sujet du CEL : j'appelle à une réflexion collective de votre part. Je vois des pratiques très différentes. J'ai vu une prison où le médecin était le principal informateur du CEL. »*

Le secret professionnel en prison est un prisme d'analyse des rapports interprofessionnels, en ce qu'il participe largement à définir les professions, leurs rapports de pouvoir et leurs autonomies. Discutée hors les murs, la question du secret professionnel se retrouve aussi dans les débats que j'ai observés dans divers groupes de travail, militants ou de santé publique. Ces professionnels se réunissent le plus souvent en dehors de leurs heures de travail et parfois de manière bénévole pour informer des stratégies de plaidoyer (par exemple, le groupe Experts de Sidaction) ou pour améliorer le soin des détenus séropositifs (par exemple, le groupe Corevih[1110] ou de formations). En pratique, les réunions que j'ai observées tenaient plus de l'échange de pratique entre professionnels en difficulté au travail, en termes tant organisationnels, qu'éthiques ou

[1109] Jean-Marie Delarue s'exprimait au Congrès national des Ucsa de 2011 à Lille.

[1110] Comité de coordination régionale de la lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine

psychiques. Ces groupes ne sont pas représentatifs des professions exerçant en milieu carcéral du fait de ce recrutement, mais ils sont éclairants pour l'usage qu'en font les participants : lieu de régulation, d'échanges d'expérience et de reconnaissance de la souffrance au travail, ils sont un espace hors les murs où peuvent se prolonger les rapports interprofessionnels vers une autre forme de collaboration.

Les relations interprofessionnelles en détention sont traversées par un débat autour de la santé carcérale, notamment autour de sa fonction et de son usage. Les professionnels carcéraux, mais aussi péricarcéraux comptent parmi ceux dont le discours est ancré dans une expérience sensible du soin en prison. La santé carcérale, comme je le montre dans le chapitre 2, est investie par une pluralité d'acteurs, dont des politiques et militants.

L'espace polarisé des discours sur la santé carcérale

La santé carcérale et la santé postcarcérale font débat en France, on l'a vu dans le chapitre 2. L'évolution des dispositifs et de l'organisation de soins, telle que je l'ai présentée ici et dans les deux premiers chapitres, permet de voir en filigrane des positions dans ce débat. Selon les arguments que j'ai relevés sur le terrain, en entretiens et à travers ma recherche documentaire, je propose de schématiser ces positionnements dans un espace du débat sur la santé carcérale (Figure 8 - , page 405). Deux positions récurrentes, que je restitue ici sous la forme de figures types en m'inspirant de la méthode de l'idéal-type wébérien, sont la « prison pathogène » et la « prison soignante ». Ce panorama des registres d'arguments mobilisés sur cette question éclaire les discours et les pratiques concernant la prise en charge postcarcérale, que j'aborde ensuite dans les deux derniers chapitres.

Les arguments qui s'échangent dans cet espace du débat sur la santé carcérale sont ancrés dans l'histoire de la fonction et de l'usage de la prison en France. Sans y revenir en détail[1111], on peut néanmoins situer certaines de ces logiques dans leur contexte. Par exemple, avant 1994, la médecine pénitentiaire était un service qui dépendait de la hiérarchie pénitentiaire, avec des liens proches avec la direction des établissements. Sur le territoire national, cette médecine recouvrait une variabilité de pratiques, de l'offre et du respect du secret médical. Cette hétérogénéité a été mise en avant par les promoteurs de la réforme : elle constitue un premier positionnement dans le débat sur la santé carcérale. En 1994, la réforme change radicalement l'offre et le travail de soins en prison en faisant passer les soins en milieu carcéral sous le giron du ministère de la Santé. On assiste à l'entrée de professionnels hospitaliers en prison. Elle provoque une période

[1111] Une discussion approfondie de ces évolutions est présentée dans le chapitre 2.

d'ajustements au milieu carcéral pour les nouveaux, d'ajustements à une reconversion pour les anciens, et d'ajustements à un travail pluridisciplinaire plus ou moins collaboratif pour tout le monde, y compris les surveillants et les autres personnes pénitentiaires – et les détenus[1112].

Le débat autour du soin des détenus se poursuit. En 2000, contre l'avis des psychiatres exerçant en prison, les UHSI et les UHSA sont créés, des unités hospitalières de soins somatique et psychique, pour les personnes détenues situées au sein de l'hôpital, mais surveillées par des agents pénitentiaires[1113]. L'intention affichée de ces nouveaux dispositifs est d'augmenter l'offre de soins disponible aux personnes sous écrou et de faciliter l'accès au plateau technique plus large de l'hôpital, parfois difficile à atteindre pour les détenus. Ici, c'est un autre registre d'arguments qui se profile, un autre positionnement dans l'espace de débats sur les prises en charge de la santé des détenus lié à « la prison soignante », que je décris plus loin. La critique de cette politique d'extension de l'offre de soins effective est qu'elle permet de maintenir, ou de ne pas prévenir, l'incarcération de personnes malades qui n'ont pas leur place en prison – un troisième positionnement.

Cette évolution porterait à croire que les détenus malades peuvent être traités en prison. L'offre de soins existe, mais elle ne suffit pas à comprendre les conditions de l'accès ou les obstacles à l'accès aux soins, tant ils sont pris dans des débats qui divisent sa concrétisation auprès des patients détenus. Ces termes du débat permettent de comprendre les ressorts des interventions contre les hépatites et le VIH en prison. Ce débat se constitue autour de deux pôles, la position de « la prison soignante » et celle de « la prison pathogène ». Ces deux positions opposées constituent en quelque sorte deux idéaux-types entre lesquels s'établissent les situations réelles. Ces deux positions extrêmes, qui n'existent pas en en tant que telles, qui permettent de comprendre les ressorts de ces interventions. Sur le terrain et dans mes recherches, j'ai rarement retrouvé ces arguments formulés de manière aussi marquée chez les personnes impliquées dans ce débat. Autrement dit, ce que ce schéma représente des arguments apparaissant dans le débat et non des discours associés uniquement à certaines personnes ou certaines professions.

Je représente ce débat sous la forme d'un espace formé par deux axes. Le premier axe horizontal, « l'axe santé », comporte d'un côté la figure de la « prison pathogène » et de l'autre celle de la « prison soignante ». Cet axe porte sur la conception des effets de la prison sur les corps.

[1112] BESSIN Marc et LECHIEN Marie-Hélène, *Soignants et malades incarcérés*, *op. cit.*

[1113] Unité hospitalière sécurisée interrégionale, Unité hospitalière spécialement aménagée.

La position de la « prison pathogène » conçoit la prison, à l'extrême, comme un lieu délétère pour la santé, où les détenus et les professionnels sont exposés à des risques sanitaires, mais aussi à de la violence physique, symbolique et institutionnelle. La prison pathogène marque les corps et les esprits, pendant l'incarcération, mais aussi après ; ceux qui y sont enfermés ou qui y travaillent, mais aussi leurs proches. L'un des arguments récurrents dans cette configuration est la prévalence des pathologies supérieure à celle en population générale, notamment en santé mentale[1114]. Un argument connexe met en avant l'insécurité, comme l'exprime un médecin exerçant en milieu pénitentiaire ; il soutient en effet que : « la prison est un endroit insécure, comme le rappellent les rapports du Contrôleur général des lieux de privation de liberté régulièrement. La promiscuité, l'inactivité et l'insécurité sont importantes. La prison est pathogène. Elle peut favoriser l'apparition de pathologies réactionnaires chez le détenu. C'est d'ailleurs pour cela qu'il faut travailler avec le personnel pénitentiaire[1115]. »

Dans cette configuration, les recours judiciaires pour lutter contre les effets délétères de l'incarcération sont peu nombreux. Une juge d'application des peines m'indique ainsi qu'il n'existe que deux options pour préserver les justiciables malades : le placement extérieur et la liberté conditionnelle[1116]. Elle nuance son propos en indiquant que les problématiques toxicomaniaques sont très fréquentes et que les soins en addictologie ne sont souvent pas perçus comme un besoin de santé.

Position opposée, « la prison soignante » représente une conception de l'incarcération comme une opportunité salutaire, au sens de l'antonyme d'une prison pathogène. Elle peut aussi être thérapeutique, car l'incarcération s'accompagne de soins accessibles, de qualité, des conditions de vie qui répondent aux besoins primaires des détenus. Ayoub adhère à cette conception lorsqu'il me dit « La prison, c'est un mal pour un bien. J'ai pu me soigner. » Dans cette perspective, l'institution carcérale peut réhabiliter ou tout du moins améliorer des parcours heurtés par la vie ou par la délinquance. Comme me l'indique un médecin conseiller titulaire auprès de l'Ordre des médecins, pour certains patients, la prise en charge en prison est parfois meilleure que dehors et c'est plutôt la sortie de prison qui cause une interruption sanitaire.

[1114] C'est l'étude de l'équipe de B. Falissard qui est la plus souvent évoquée dans ce cas de figure, étant donné qu'elle est la seule à proposer des prévalences de désordres psychiatriques en prison en France. Elle montre que 35% des entrants en prison présentent des troubles graves, DUBURQ Anne, COULOMB Sandrine, BONTE Juliette, MARCHAND Cédric, FAGNANI Francis et FALISSARD Bruno, « Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral », Bourg-la-Reine, Cemka-Eval, 2004, p. 283.

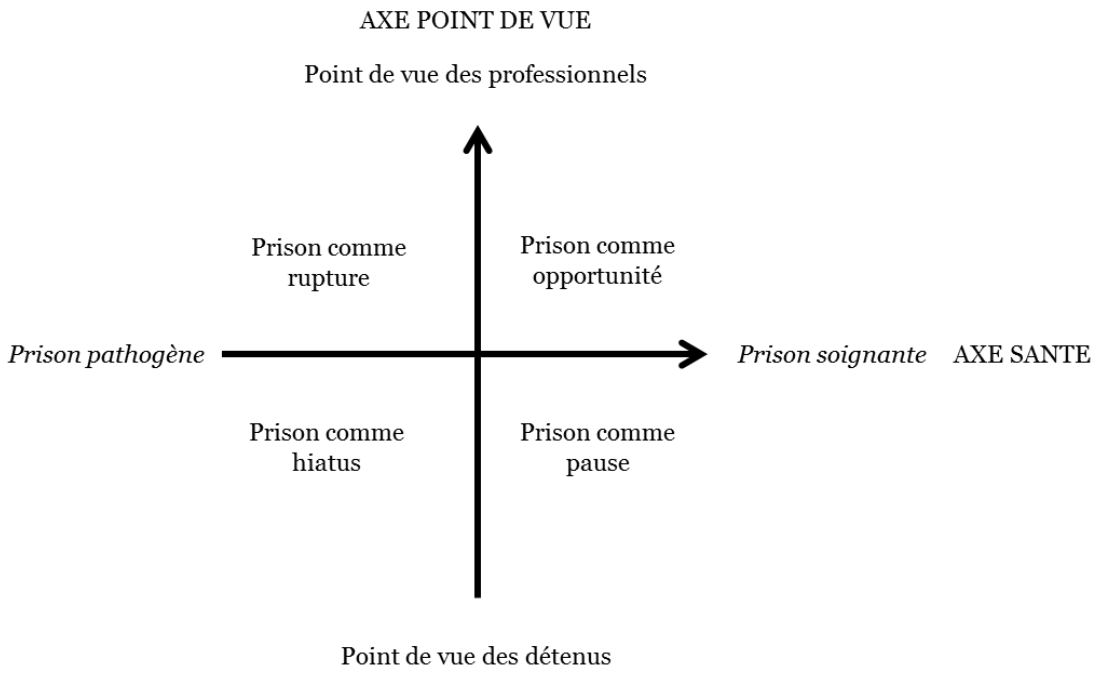
[1115] Dr. P. Horrach (psychiatre en SMPR et UHSA) « Psychiatrie et détention », intervention au Colloque « Santé en détention », Faculté de Droit, Université de Lorraine, 27 mars 2016, Nancy.

[1116] La suspension de peine pour raison médicales est très inusitée par les juges car elle devenue beaucoup trop restrictive selon cette juge d'application des peines. Le pronostic vital doit être engagé à court terme ou l'état du détenu doit être durablement incompatible avec la détention, des conditions peu compatibles avec la durée des procédures liées à cette mesure et le petit nombre d'avocats qui en font la demande.

Le deuxième axe, vertical[1117], de cet espace de débat sur la santé et la prise en charge des personnes détenues, est l'axe des « points de vue ». Il oppose le point de vue des détenus à celui des professionnels. Ces deux catégories, détenus et professionnels, sont larges et hétérogènes. J'entends par « professionnels » ceux qui prennent en charge : médecins, soignants, travailleurs sociaux, agents pénitentiaires, magistrats, politiques, mais j'inclus aussi les militants et les bénévoles. Les détenus ont des parcours eux aussi divers. Ils sont malades ou non, avec des besoins de santé plus ou moins importants. Leurs parcours sont plus ou moins marqués par la précarité, l'errance, l'insertion relationnelle, le travail ou l'addiction.

Néanmoins, les arguments qui s'échangent dans ce débat sur la santé carcérale peuvent être schématisés au sein des quatre cadrans formés par l'intersection des deux axes dans les logiques suivantes : « la prison comme opportunité, comme rupture, comme hiatus ou comme pause.

Figure 8 - Espace des discours sur la santé carcérale



Le premier cadran regroupe les arguments qui relèvent de la figure de la « prison comme opportunité ». La prison et l'incarcération sont conçues comme un espace et un temps propices à la prise en charge et au traitement d'une population captive et à risque. C'est souvent la proximité des équipes de soins et le temps de l'incarcération qui sont invoqués pour justifier un accès privilégié au traitement, au sens de « cure », mais aussi

[1117] Mes choix concernant l'horizontal et le vertical ne sont ici que conventionnels et ne portent aucun sens particulier.

au « care ». Un psychiatre rapporte ainsi avec désarroi le cas d'un patient détenu qu'il avait soutenu dans sa demande de libération auprès d'une juge. Après s'être entretenue avec le psychiatre, la magistrate prononce l'allongement de la peine du détenu, estimant que le psychiatre prenait bien en charge son patient en détention[1118]. Cette logique de l'opportunité sanitaire se retrouve dans une étude de l'effet de la déclaration de la maladie et de la prise en charge des détenus sur la décision judiciaire : en chambre de comparutions immédiates, les justiciables qui ne déclarent pas être pris en charge pour leur maladie sont plus souvent condamnés à une peine de prison ferme que ceux qui déclarent être engagés dans le soin[1119].

Certains médecins se prononcent par ailleurs contre la conception selon laquelle la prison serait une opportunité de « care », du fait du contexte de violence institutionnelle. Ces mêmes médecins peuvent aussi souscrire à la logique de l'opportunité de « cure ». Ainsi, aux congrès nationaux annuels des Ucsa, des panels entretiennent régulièrement des discussions sur la nécessité de santé publique de traiter la population carcérale. Par exemple, alors que la disponibilité des nouveaux traitements contre le VHC est imminente, les médecins s'interrogent sur la mise sous traitements de leurs patients détenus : « Traiter ou attendre ? (…) Qui traiter ? Il faut traiter tous les co-infectés, car les effets contenant de la prison favorisent le soin. La prise en charge en prison est multidisciplinaire, car les détenus ont des problèmes sociaux, psy, et des dépendances[1120]. »

Dans le deuxième cadran, en haut à gauche, se situe la problématique de « la prison comme rupture », qui provoque des discontinuités ou des ruptures dans les parcours de soins. Cette position s'entend du point de vue des institutions et des professionnels qui prennent en charge les patients détenus et sortants. Du point de vue des médecins, l'entrée, mais aussi la sortie de prison mettent en danger le travail de soin et l'observance et créent des « perdus de vue ». C'est dans cette logique que se situe une interrogation récurrente des acteurs de mon enquête : « La prison est-elle un lieu de soin ? » En première ligne, les conditions indignes de la vie en détention sont dénoncées comme étant « un obstacle à la réalisation du « meilleur état de santé », auquel cette population a droit[1121]. » Certains mettent en avant la distinction entre lieu d'actes de soins et lieu où l'on soigne, en soulignant que les conditions carcérales ne permettent qu'une médecine

---

[1118] Cyril Canetti, psychiatre à la maison d'arrêt de Paris, intervenait au séminaire Sciences sociales et prison, février 2016, EHESS, Paris.

[1119] MAHI Lara, « Une sanitarisation du pénal? La mobilisation de la maladie dans des procès pénaux », *art. cit.*

[1120] MEROUEH Fadi, « Point sur nouvelles thérapies HCV : Entre éthique et réalité », Congrès national des Ucsa, 2011, Lille.

[1121] SIDACTION, *VIH et Prison*, Paris, Sidaction, 2010, p. 8.

d'urgence, voire humanitaire, et qu'elles sont incompatibles avec une démarche de soins alliant « cure » et « care ».

Pour certains médecins, soigner en prison « c'est faire du *coping* », c'est-à-dire qu'il faut travailler et « faire avec », dans un cadre qu'ils désapprouvent. Paradoxalement, la même logique sous-tend la création controversée des UHSI et des UHSA. Entendus comme des relais sanitaires aux services en établissements pénitentiaires, ces services hospitaliers carcéralisés permettent de soigner des détenus en améliorant l'accès aux soins nécessitant des équipements ou des soins plus conséquents qu'en Ucsa ou en SMPR.

Le problème de l'interruption de prise en charge à la sortie de prison se formule souvent dans cet esprit. À l'appui, sont mobilisées les expériences des professionnels de santé, qui ont souvent peu d'information sur le devenir de leurs patients libérés. De manière marginale, quelques travaux sur les risques sanitaires de ces ruptures soutiennent aussi ce positionnement. Aux États-Unis, des études de santé publique montrent que si la majorité des détenus infectés par le VIH répondent bien au traitement antirétroviral (ARV) et adhèrent aux modalités complexes de suivi du traitement en détention[1122], nombre d'entre eux interrompent au moins temporairement le traitement à leur sortie de prison[1123].

Dans le troisième cadran, en bas à gauche, se situent les arguments qui conçoivent une incarcération délétère, qui provoque un hiatus dans la vie, mais aussi la santé des détenus. L'incarcération vient interrompre une prise en charge ou perturber l'expérience de la maladie ou de la séropositivité. C'est souvent le manque de confiance dans les pratiques soignantes et le secret médical décrit plus haut qui sont invoqués ici, mais aussi le stigmate plus global au sein du milieu carcéral. Les exemples limites de cette position sont par exemple des séropositivités tenues secrètes ou des non-recours, en attendant de retrouver son médecin traitant dehors. Je n'ai pas observé ce type de choix dans mon enquête, du fait de la conception de mon protocole. Cependant, les professionnels de santé ont recours à cette explication pour rendre compte du nombre d'entrants en prison qui refusent le dépistage.

[1122] DIXON Peters S. *et al.*, « Infection with the human immunodeficiency virus in prisoners: meeting the health care challenge », *The American Journal of Medicine* 95 (6), 1993, p. 629–635.

[1123] BAILLARGEON Jacques *et al.*, « Accessing Antiretroviral Therapy Following Release From Prison », *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 301 (8), 2009, p. 848-857 ; STEPHENSON Becky L *et al.*, « Effect of release from prison and re-incarceration on the viral loads of HIV-infected individuals », *Public Health Reports (Washington, D.C.: 1974)* 120 (1), 2005, p. 84-88 ; SPRINGER Sandra A *et al.*, « Effectiveness of antiretroviral therapy among HIV-infected prisoners: reincarceration and the lack of sustained benefit after release to the community », *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America* 38 (12), 2004, p. 1754-1760 ; PALEPU Anita *et al.*, « Initiating highly active antiretroviral therapy and continuity of HIV care: the impact of incarceration and prison release on adherence and HIV treatment outcomes », *Antiviral therapy* 9 (5), 2004, p. 713–720.

Dans le quatrième cadran, en bas à droite, il s'agit du point de vue des détenus pour qui l'incarcération serait bénéfique. Il s'agit souvent de détenus dont les situations sociales sont très précaires en ville, pour qui l'incarcération est une pause bienvenue dans un mode de vie qui s'accélère vers la dégradation et qui n'est plus très contrôlée. Ici, on retrouve les arguments qui se basent sur les expériences d'errance et de dépendance aux produits psychoactifs, décrits dans les travaux de F. Fernandez et P. Bouhnik. L'éloignement de la dureté et de l'usure de la rue et l'accès aux soins, notamment aux traitements de substitution et aux médicaments psychoactifs, facilitent la prise de distances avec l'usage de drogues et les activités de survie et de génération de ressources qui l'accompagnent.

Cette logique peut se prolonger de la pause vers la réhabilitation. M. Comfort décrit ainsi des récits de vie de détenus qui ont fait « bon usage » de leur temps en détention, pour prendre soin d'eux au sens large : se soigner, s'interroger et engager une démarche réflexive, et préparer des projets de vie alternatifs[1124].

Ce schéma de l'espace des débats sur la santé carcérale permet de rendre compte des logiques à l'œuvre dans les discours qui motivent et accompagnent les interventions sanitaires en prison et en ville. À ce sujet, la promesse des nouveaux traitements contre l'hépatite C interroge : s'il est clair que les problèmes posés par les hépatites sont imbriqués dans d'autres situations, comme l'addiction, l'errance, *etc.*, les nouveaux traitements contre l'hépatite C promettent des changements importants pour les patients et les soignants. Lorsque l'on se place du point de vue de ce débat, de ce que disent les gens de ce qu'ils font, on voit que ces nouveaux traitements vont notamment consolider la position de la « prison comme opportunité », en facilitant la mise sous traitement de personnes qui peuvent être loin du système de santé en milieu ouvert.

Cependant, on remarque tout de même que les promesses des nouveaux traitements ne résoudront pas pour autant tous les problèmes qui se posent avec la santé carcérale. Sur le terrain, les enjeux institutionnels et médicaux des soins en prison, du point de vue des professionnels et des détenus, se distribuent dans un espace de débats segmenté en différentes interprétations. Les traitements antiviraux *pill only* vont certainement renforcer la logique de l'incarcération comme opportunité de traitement pour des patients difficiles à atteindre. Les médecins ne se poseront plus la question de « traiter ou attendre », comme lors de mon enquête. Cela dit, il est difficile de prévoir les effets sur les autres cadrans. Mais on sait d'emblée qu'on ne peut pas parler de *magic*

[1124] COMFORT Megan, « The Best Seven Years I Could'a Done': The Reconstruction of Imprisonment as Rehabilitation by Former Prisoners and Their Partners », *in* CARLEN Pat (dir.), *Imaginary Penalities*, London, Routledge, 2008, p. 252.

bullet comme en santé globale, tant les hépatites sont des infections sociales, imbriquées dans des situations sociales et des parcours de vie existants.

Conclusion

L'incarcération est un moment particulier dans le parcours de santé des personnes que j'ai rencontrées lors de cette enquête. Le parcours de soins intracarcéral est à la fois éprouvant et une opportunité de santé publique de dépistage. Pour certains, l'enjeu du premier contact avec les professionnels de santé est de déclarer leurs besoins de santé et de traitements, dans la mesure de leur état de santé, mais aussi de leur nécessité d'obtenir des ressources pour faire face à l'incarcération à venir. De manière générale, les résultats de l'analyse de la santé et de la prise en charge des détenus issus du volet d'enquête par questionnaires montrent que si les détenus sont en mauvaise santé et dans des situations sociales souvent précaires, ils sont pris en charge. Les pathologies considérées les plus urgentes et les plus lourdes sont le plus souvent traitées, laissant les aspects moins valorisés du soin, comme la rééducation ou l'ophtalmologie, de côté. Cette prise en charge se déroule dans un contexte interprofessionnel que j'ai décrit en recourant au prisme de la question récurrente du secret professionnel en détention. Prisme d'analyse des achoppements sur les identités professionnelles et la valorisation du travail des agents, le secret permet de saisir une dimension des contraintes qui pèsent sur les prises en charge des détenus.

Ces arguments se prolongent dans des arènes hors les murs, dont j'ai pu observer les plus investies sur les questions de santé. À une autre échelle, ils se retrouvent aussi dans le débat plus large sur la santé carcérale. J'ai montré que ce débat s'organise autour de deux positions limites, la « prison pathogène » et la « prison soignante ». Dans cette configuration, les arguments plaidant pour les effets délétères de la prison ou pour l'opportunité qu'elle recèle ne sont pas l'apanage d'une profession ou d'une autre et ne sont pas non plus entièrement incompatibles. Schématiser ce débat permet de noter d'abord que ces arguments ne sont pas nouveaux dans l'histoire de la prison mais qu'ils évoluent continuellement au gré des innovations et des réformes. Ainsi, la promesse de nouveaux traitements pour l'hépatite C n'affectera la composition du débat que de manière marginale. Ce traitement de la question de la santé carcérale mobilise des arguments que je retrouve dans celle de la santé postcarcérale et des attentes concernant la gestion de la sortie de prison, abordés dans les deux prochains chapitres

Synthèse de la Partie III

Quels sont les parcours de santé des personnes rencontrées lors de cette enquête ? À partir des données recueillies en entretiens et par questionnaires, je dresse le tableau des situations sociales, des contextes et des parcours de santé des personnes que j'ai rencontrées en détention. Ainsi, le chapitre 5 traite des parcours biographiques et des parcours de santé. L'analyse des correspondances multiples et la classification des réponses des hommes détenus permettent de produire des classes selon les caractéristiques sociodémographiques et pénales puis selon les ressources et le soutien. J'ai fait dialoguer ces classes avec la description des parcours des hommes que j'ai reçus en entretiens biographiques répétés.

Selon les effets de l'incarcération sur les différentes sphères biographiques, ces parcours sont de trois formes : (1) dans de rares cas, l'incarcération est l'événement le plus saillant et peut être vécue comme une bifurcation biographique qui perturbe les schèmes d'intelligibilité et la capacité à se projeter dans l'avenir pendant un temps court ; (2) le parcours peut être marqué par un premier tournant, qui entraîne une période longue de délinquance dans laquelle l'incarcération est conçue comme un risque prévisible ; et (3) une grande partie des parcours d'hommes vivant avec le VIH ou une hépatite en prison sont accaparés par les effets de la dépendance aux produits psychoactifs, dans lesquels les incarcérations et la précarité sont récurrentes.

Les parcours de santé sont ponctués de plusieurs événements marquants, des événements de santé que je décris du point de vue du patient (la découverte, la contamination et le recours au traitement) et du point de vue des professionnels de santé (l'annonce, la contamination et la mise sous traitement). Les parcours des hommes vivant avec une hépatite C ou le VIH diffèrent sensiblement, notamment du fait de l'histoire politique et des avancées thérapeutiques pour chaque virus. L'hépatite C est vécue et traitée comme étant moins grave par rapport au VIH et les attentes en termes de recours aux soins diffèrent en fonction. L'annonce du VIH est un événement bien plus marquant que l'annonce du VHC. L'annonce du VIH entraîne un engagement et une certaine adhésion aux soins, une bifurcation du parcours de santé bien moins visible et systématique dans le cas du VHC. Cette différence explique en partie le décalage entre les attentes de recours et d'observance des soignants et le report de soins des patients.

Le moment de l'incarcération est particulier dans le parcours de soins et, souvent, il se répète plus d'une fois. Le chapitre 6 traite de l'effet de l'incarcération sur les pratiques et les parcours de soins, éclairant les enjeux du soin en prison. La santé des personnes

ayant répondu au questionnaire est décrite à partir de l'analyse des correspondances des items relatifs à la santé et aux prises en charge perçues. Leur santé est mauvaise, mais elles restent en lien avec le système de soins, même si ce lien peut parfois être distendu. Je complète cette description de l'état de santé par la restitution des pratiques de soins dans le contexte carcéral, pour montrer les manières dont la prise en charge des détenus oscille entre traitements et contraintes, pour tous les acteurs concernés. Le problème du secret médical permet en cela d'illustrer les tensions interprofessionnelles et leurs effets sur le soin des personnes détenues.

Enfin, l'analyse des correspondances multiples des items concernant la santé et la prise en charge, en relation aux classes d'items concernant les caractéristiques sociodémographiques et pénales, permet de mettre en relation tous ces éléments de manière systématique. L'analyse éclaire les enjeux du soin et des parcours de santé observés en détention et en milieu ouvert et met en exergue la diversité des situations sanitaires des détenus. Enfin, pour faire sens des arguments et des logiques invoquées dans le débat plus large de la santé carcérale, je propose un schéma représentant l'espace de ce débat et les positions qui le composent. Cet espace est construit autour de deux pôles, deux positionnements limites dans ce débat : celui de la « prison soignante » et celui de la « prison pathogène ».

Ces deux chapitres visent à rendre compte de la complexité des parcours de santé et des situations sociales des personnes vivant avec une hépatite ou le VIH en prison. Il s'agit plus précisément de rendre compte de cette complexité en contexte, pour éclairer les conditions de possibilités de leur existence à travers la description des contraintes structurelles qui leurs donnent forme. Il ne s'agit pas de recenser cette complexité, pour établir une sorte de collection de récits de vie, mais plutôt de montrer que cet ensemble de cas est particulier au regard des normes et contraintes institutionnelles et professionnelles qui les déterminent. En cela, j'ai insisté sur les pratiques, les logiques et les discours des détenus, mais aussi des professionnels, pour les penser dans leur globalité et leurs interactions.

QUATRIÈME PARTIE – La sortie

Chapitre 7. La sortie de prison, un processus d'ajustements pluriels

La sortie de prison est un moment particulier qui est méconnu des sciences sociales, qu'elle suive l'incarcération en cours ou qu'elle apparaisse en filigrane dans le récit des incarcérations antérieures.. Elle suscite des débats politiques et clive les acteurs du monde judiciaire, médical, associatif et politique. Évolution majeure en 2008, la prévention de la récidive s'est substituée à la réinsertion dans les missions des agents de probation[1125]. Ce glissement dans la mission des agents du système pénal occupe particulièrement l'espace public sur la question de la sortie de prison.

Les débats sur la réinsertion et la récidive sont polarisés, souvent idéologiques et plus rarement fondés sur des connaissances empiriques. En pratique, les deux notions restent des injonctions institutionnelles importantes pour les personnes sous écrou ou libérées[1126]. Parce que ces débats sont rarement ancrés dans les expériences des personnes libérées, avec ou sans contraintes ou contrôles, j'aborde plutôt, dans les deux prochains chapitres, les contextes et les rapports sociaux qui affectent plus directement les pratiques professionnelles de la prise en charge postcarcérale.

S'il existe un relatif consensus sur les sujets polémiques de la réinsertion et de prévention de la récidive parmi les acteurs de terrain que j'ai rencontrés, c'est souvent pour souligner que ces objectifs ne semblent ni réalistes ni tout à fait applicables. Les « sortants » désignés par ces mesures ne sont pas dupes et les professionnels ont peu de moyens pour y parvenir[1127]. Une étude sur les sortants suivis par l'Association Réflexion Action Prison et Justice précise ainsi que c'est le succès des démarches qui permet de croire en « l'insertion » et non pas une croyance en cet objectif : « C'est parce que pour ces personnes l'insertion n'est plus seulement une promesse, mais déjà une réalisation qu'elles y croient – et pas l'inverse – et que se manifestent de supposées qualités morales dont on les croyait et dont elles se pensaient parfois elles-mêmes dépourvues, qui se trouvent être en réalité des attributs fondés par la position sociale[1128]. »

L'injonction à la réinsertion et à l'abstinence de comportements réprimés est paradoxale, car elle requiert des ressources auxquelles les sortants se voient souvent

[1125] Circulaire de la DAP n° 113/PMJ1 du 19 mars 2008 relative aux missions et aux méthodes

[1126] LARMINAT Xavier de, *Hors des murs. L'exécution des peines en milieu ouvert*, Paris, Presses Universitaires de France, 2014.

[1127] LARMINAT Xavier de, « La saturation endémique des services de probations », *in Hors des murs. L'exécution des peines en milieu ouvert*, Paris, Presses Universitaires de France, 2014, p. 34-41.

[1128] LE GOAZIOU Véronique, *Sortir de prison sans y retourner. Parcours de réinsertions réussies*, 2014, p. 78.

refuser l'accès du fait de leur situation. Par exemple, les modalités de leurs prises en charge par les divers professionnels, la stigmatisation de l'incarcération et les représentations liées au casier judiciaire sont un obstacle à l'embauche[1129], et indirectement, à l'accès au logement.

> *« Quand je lui demande ce qu'il faisait dehors [comme profession] il me répond : « Que des bêtises. » J'insiste un peu, en lui demandant s'il a ou avait un métier ; il finit par faire une blague sur le fait que faire des bêtises, c'est tout un métier ! (…) « Non, mais c'est dur de trouver du travail quand on a fait de la prison, quand on a un casier. Je crois pas à la réinsertion. Alors qu'ici [en détention] ils nous parlent beaucoup de réinsertion. (…) Nan, c'est pas avec la Cotorep[1130] qu'on vit. »*
>
> (Jean, 42 ans, VIH+ depuis 15 ans, VHC+ nombre d'années inconnu, 15 ans d'incarcérations – notes d'entretien)

Jean poursuit en me disant que l'on met du temps à reprendre ses repères, quand on sort de prison. L'intériorisation des normes de comportement carcérales participe à compliquer l'ajustement aux normes attendues de la part des institutions de prises en charge postcarcérales. Le passage de l'obéissance et la passivité dans un milieu empreint de méfiance à l'activation et l'authenticité dans des interactions de droit commun requiert temps et ajustement. Pourtant, comme on le verra plus loin, ces quatre modes de rapports à l'institution sont attendus dedans comme en dehors de la prison. Le traitement pénal des justiciables ne permet pas non plus de prévenir les conséquences délétères de l'enfermement sur l'insertion professionnelle. Édouard exerçait en tant que professionnel de santé mentale, avant son incarcération en préventive puis le non-lieu de son procès :

> *« Rien n'est fait pour vous faire sortir, pour vous réinsérer le plus rapidement possible. Dans mon cas, la détention n'était pas inévitable. Mais une fois là-bas [en détention] on aurait pu s'arranger pour me laisser prévenir tous mes patients. On n'a rien fait. »*
>
> (Édouard, 41 ans, VIH+ depuis 18 ans, 1re incarcération)

Le manque de moyens pour parvenir à « réinsérer » les sortants est fréquemment invoqué, mais d'autres contraintes structurelles rendent l'objectif inatteignable, comme la charge de travail très élevée des agents de probation ou le manque de places et de moyens des prestataires de services sociaux.

[1129] Pour certains employeurs, le casier seul peut être un obstacle : un recrutement dans la fonction publique requiert un B2 vierge ; à d'autres employeurs potentiels, il faut fournir un B3, où apparaissent les incarcérations supérieures à deux ans, les suivis sociojudiciaires et les interdictions d'exercer une activité avec des mineurs.

[1130] Ancien terme pour désigner l'allocation destinée aux personnes en situation de handicap reconnu par la sécurité sociale.

Au fond, de quoi parle-t-on exactement ? La sortie de prison est-elle toujours une rupture inattendue et imprévisible ? Quelles sont les différentes manières de sortir de prison derrière le vocable qui uniforme les expériences ? Quelques précision sur le droit pénal permettent dans un premier temps de circonscrire les conditions plurielles de l'acte de quitter un établissement pénitentiaire et de noter d'emblée que la sortie de prison peut être définitive ou temporaire[1131]. Le détenu peut être libéré après l'exécution de la peine et quitter définitivement la prison, comme Amin par exemple ; dans ce cas, les professionnels parlent de « sortie sèche ». Le détenu peut aussi être libéré en faisant l'objet de mesures visant à le surveiller ou à le contrôler, le suivre ou l'accompagner, comme la libération conditionnelle dans le cas d'Édouard par exemple. Certaines de ces mesures peuvent inclure une obligation de soins ; elles sont fréquentes pour les justiciables identifiés comme toxicomanes, comme Paul ou André. Enfin, l'aménagement de peine permet de sortir de prison, avec ou sans levée d'écrou, et d'exécuter la fin de la peine dans d'autres conditions, comme en centre de semi-liberté ou en assignation à domicile avec surveillance électronique[1132].

L'attention à l'expérience individuelle permet de noter une nuance de vocabulaire : dans les premiers temps, les hommes se disent « sortis » de prison. « Sortant de prison » est une notion populationnelle et administrative, utilisée par les professionnels de l'intervention médicosociale et pénale, mais aussi les militants et les politiques (et certains chercheurs).

Dans les chapitres 5 et 6, mon analyse des parcours de vie et des parcours de santé des hommes rencontrés au cours de l'enquête a permis de qualifier leurs situations sociales[1133], c'est-à-dire, l'évolution des enjeux de leur position dans les rapports sociaux liés aux sphères conjugale et familiale, de santé, d'aide sociale, pénale et parfois professionnelle. J'ai décrit comment se déroulent les parcours de santé de ces hommes à travers l'analyse des événements de santé et des incarcérations qui les ponctuent. Ces deux derniers chapitres traitent d'un autre moment particulier, celui de la sortie.

[1131] MAHÉ Noémie, « La sortie de prison », *in Le champ de la prévention de la récidive dans sa dimension multi-partenariale et interinstitutionnelle en Charente-Maritime: étude locale et perspectives comparatistes*, La Rochelle, Mission de recherche Droit & justice, 2014, p. 175-212.

[1132] La suspension de peine devrait être intégrée à cette énumération des manières de sortir de prison mais elle est si peu courante qu'elle n'aurait pas sa place dans ce travail. La suspension de peine pour raisons médicale est une mesure issue de la Loi dite « Kouchner » du 4 mars 2002 qui permet à un détenu dont l'état de santé est jugé incompatible avec la détention de voir sa peine suspendue pendant la période de soins nécessaires. En pratique, les conditions restrictives et les calendriers quasi-incompatibles des acteurs investis rendent son application très rare. BOUVIER Jean-Claude, « La suspension de peine, une affaire de dignité », *in Sortie de prison*, Paris, Sidaction, 2008, p. 86., BOUVIER Jean-Claude, « La dangerosité dans le droit positif français » Conférence au Génépi, Paris, 22 mars 2014.

[1133] Voir Partie III.

Au-delà de l'évidence véhiculée par la sortie physique d'un lieu, ce moment de la sortie apparaît flou dans les parcours biographiques. Est-on « sortant » parce que l'on s'apprête à sortir de prison ? Lorsque l'on sort, reste-t-on « sortant » ? Quand devient-on « sorti » ? Ce moment de la sortie échappe à toute tentative de le délimiter dans le temps chronologique. La sortie est clairement définie par son début (l'action de quitter l'établissement pénitentiaire), mais sa fin reste ouverte : elle se fond dans le retour à la vie de famille, au réseau de soutien des professionnels de la prise en charge de la toxicomanie et de la précarité, ou à la galère. Mes tentatives de délimitations chronologiques de cet objet à la fois omniprésent et insaisissable ont été peu fructueuses et je reviens plus loin sur les conclusions que l'on peut en tirer. Ces tentatives ne m'ont permis que de distinguer deux phases lacunaires : le temps court de la phase administrative de la sortie (démarches de recours aux droits et aux services, dont le soin) et le temps très long de la désistance[1134].

J'aborde cette phase administrative dans la seconde partie de ce chapitre, pour montrer que si les démarches de recours sont intenses dans les premières semaines après la sortie, elles s'estompent avec le temps – remettant ainsi de nouveau en question la pertinence de tenter de circonscrire ou mesurer la durée de cette phase. Quant au temps très long de la désistance, en dépit des nombreux travaux pluridisciplinaires, notamment quantitatifs, qui l'ont pris pour objet, sa seule caractéristique éprouvée et relativement consensuelle parmi les chercheurs est son lien avec l'âge. Sans pouvoir prédire l'âge de la désistance, il semble avéré que l'avancée en âge réduise les chances d'incarcérations nouvelles. La borne la plus lointaine de délimitation de la sortie de prison serait la désistance, qui marquerait un non-retour à la délinquance, un éloignement définitif, comme une sorte d'aboutissement de la sortie de prison. Cette borne lointaine de la sortie de prison est une fiction, car elle résulte d'une moyenne, toutes les personnes incarcérées ne tendent pas en effet vers la non-récidive et l'âge ne protège pas immanquablement non plus de l'incarcération. De plus, considérer la désistance comme l'aboutissement de la sortie reviendrait à adopter une approche normative que je refuse en tant que sociologue : l'accomplissement de la sortie de prison serait un retour à l'intégration sociale, voire un retour la norme. Les parcours des hommes décrits précédemment montrent d'évidence que cette lecture unidirectionnelle des biographies allant de la norme vers la déviance est inopérante.

La sortie de prison reste donc difficilement qualifiable dans un temps chronologique linéaire. Il apparaît dès lors nécessaire de chercher à la qualifier autrement. C'est pourquoi je propose de décrire les pratiques des sortants et les attentes

[1134] Pour une discussion du champ d'études sur le désengagement de la déviance et délinquance, voir le chapitre 1.

des professionnels qui les encadrent, pour qualifier ce que font les acteurs dans le temps et avec le temps, en accordant une attention particulière aux rapports de soutien et de contraintes. Le résultat est un portrait de la sortie de prison qui reste hétérogène et complexe. Je m'efforce de situer cet événement dans le contexte structurel de la progression de la vulnérabilité sociale en France, pour montrer les manières dont la sortie contribue à éroder les supports sociaux des sortants et à les rendre à la fois plus exposés et plus fragiles.

Dans la diversité des formes qu'elle revêt, la sortie de prison suscite des attentes, du travail sur soi et sur autrui. Je propose de qualifier la sortie comme une épreuve car elle exige un travail d'ajustements pluriels aux attentes et aux contraintes qui pèsent sur le sortant lorsqu'il retourne dans son milieu social. J'entends le terme ajustement au sens normatif de soumission à l'ordre des valeurs et des normes de conduites prédominant dans un milieu donné[1135]. D. Martuccelli retrace l'une des origines de l'usage de la notion d'épreuve en sociologie[1136] au courant humaniste, selon lequel la vie humaine est soumise à une série de mises à l'épreuve, qui façonne et transforme l'individu. Dans cette lignée, les travaux sociologiques sur les épreuves (au sens de défi) ont pour objectif de « décrire et d'analyser, sous la forme de défis sociaux et historiques spécifiques, l'expérience que les individus font d'un état de société[1137]. » Ces épreuves sont plus ou moins formalisés ou institutionnalisés, mais occupent toujours une place importante dans les expériences individuelles du fait de leur nature structurelle[1138].

La sortie de prison correspond à une telle épreuve, de même que la maladie et l'incarcération. Elle rompt avec le contexte physique et relationnel des détenus, qui doivent s'ajuster à de nouvelles situations, de nouvelles contraintes et de nouvelles attentes. La sortie accélère la progression de la vulnérabilité sociale de ces hommes, un processus contemporain, qui concerne par ailleurs l'ensemble des individus, selon des modalités situées et spécifiques[1139] et sur lequel je reviens au fur et à mesure de ces deux chapitres. Cette entrée analytique par l'épreuve faite d'ajustements permet d'envisager la sortie comme une composante d'un processus en cours, dont le début précède les périodes d'incarcération. L'attention envers ce processus permet d'éclairer les

---

[1135] « Ajustement » dans : BIROU Alain, *Vocabulaire pratique des sciences sociales*, Paris, Economies et Hmuanismes - Editions ouvrières, 1966.

[1136] Il distingue deux courants : l'usage de l'épreuve-sanction puis l'épreuve-défi. C'est le second qui nous intéresse ici, que je qualifierai simplement d'épreuve, MARTUCCELLI Danilo, « Les deux voies de la notion d'épreuve en sociologie », *Sociologie* 6 (1), juin 2015, p. 43-60.

[1137] *Ibid.*, p. 52.

[1138] *Ibid.*, p. 53.

[1139] SOULET Marc-Henry (dir.), *Vulnérabilité: de la fragilité sociale à l'éthique de la sollicitude*, Fribourg, Suisse, Academic press, 2014.

récurrences et les similitudes entre les parcours de vie, de santé et le travail de prise en charge de soi effectué par les sortants, dans toute leur complexité.

À propos des travaux de sociologie de l'épreuve, D. Martuccelli note que (1) recourir à la notion d'épreuve permet de restituer la pluralité des défis qui se pose à l'individu des sociétés modernes, (2) de manière située socialement et historiquement, (3) et d'articuler des niveaux d'analyse micro (l'expérience individuelle) et macro (les enjeux collectifs) en (4) accordant une place importante au travail effectif des individus[1140]. La maladie et l'incarcération ont été analysées comme des épreuves plus ou moins explicitement selon les travaux (le recours à cette notion peut être implicite dans la mesure où les travaux répondent aux critères méthodologiques cités plus haut.) Par exemple, suivant des travaux fondateurs des sciences sociales de la santé comme ceux de C. Herzlich[1141], E. Langlois fait du VIH une épreuve pour le malade qui doit faire face aux attentes de la figure normative du « malade sujet », à la fois autonome, autocontraint et responsable[1142]. Les approches de G. Ricordeau, C. Touraut et M. Comfort montrent la complexité des conséquences de l'incarcération pour les proches de personnes détenus, mettant en exergue l'épreuve que constitue l'emprise carcérale étendue[1143].

Je ne reviens pas sur l'expérience du VIH et de l'hépatite C pour les sortants que j'ai rencontrés lors de cette enquête, ni sur les contraintes structurelles qui l'encadre ou le travail individuel qu'elle leur impose : les deux chapitres précédents montrent que l'infection provoque un bouleversement qui prend des proportions différentes selon la période de l'épidémie dans laquelle survient l'annonce du VIH. Ces chapitres démontrent que ce bouleversement requiert un travail de prise en charge (de soi), c'est-à-dire que la maladie et les représentations des malades induisent des transformations et des explorations de soi pour ces hommes, liées au traitement social de la maladie au moment de ces événements de santé. Quant au VHC, il est discutable de parler d'épreuve tant les remises en question et les obstacles sont peu évoqués par les détenus. Cependant, l'hépatite C est imbriquée dans un contexte social et historique et des défis qui constituent les parcours et des prises en charge institutionnelles qui les jalonnent.

[1140] MARTUCCELLI Danilo, « Les deux voies de la notion d'épreuve en sociologie », *art. cit.*, p. 53-56.

[1141] HERZLICH Claudine, *Santé et maladie: analyse d'une représentation sociale*, Paris, Mouton, 1969.

[1142] LANGLOIS Emmanuel, *L'épreuve du sida: Pour une sociologie du sujet fragile*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2015.

[1143] RICORDEAU Gwénola, « La solidarité à l'épreuve de l'incarcération. Une analyse comparative », Paris, Institut des Sciences Humaines Appliquées, Université Paris 4, 2003, p. 242 ; TOURAUT Caroline, *L'expérience carcérale élargie. Dynamiques du lien et identités à l'épreuve de l'incarcération d'un proche*, *op. cit.* ; COMFORT Megan, *Doing time together: Love and family in the shadow of the prison*, Chicago, University of Chicago Press, 2007.

En ce sens, la sortie de prison est l'une des épreuves, ou l'un des défis, qui se posent aujourd'hui aux hommes séropositifs ayant été incarcérés et qui prend sens au regard de l'évolution de la question sociale vers une progression de la vulnérabilité et de l'incertitude pour chacun. Cette vulnérabilité devient visible lorsque l'on écoute un homme comme Wassim, qui en détention, m'explique : « Ça m'a détruit vis-à-vis de la société, la prison. J'ai eu huit condamnations, entre mes 20 ans et mes 29 ans. Tous les ans, j'ai fait une peine de prison, plus ou moins longue. » La question qui sert de fil directeur à cette quatrième et dernière partie en découle : comment la sortie de prison participe-t-elle à exacerber la vulnérabilité de ces hommes séropositifs ?

Les parcours et les situations sociales des hommes interviewés sont hétérogènes et ce n'est que par la description individuelle fine et le croisement des regroupements qu'il m'est possible de les décrire. Dans ces deux chapitres, je mets en exergue les liens entre ces situations sociales et le contexte plus large du déclin de la protection sociale et la montée des incertitudes que connaissent les sociétés européennes depuis les années 1970. Dans ce contexte, le moment de la sortie est un moment particulièrement heuristique pour éclairer la fragilité de certaines populations au regard de leur traitement social et institutionnel. Le dernier regroupement que je propose pour décrire les expériences des sortants concerne la sortie : en observant leurs situations sociales à la sortie, dans trois des quatre groupes que je distingue, il apparaît que ces hommes retrouvent des situations en relative continuité avec leur situation précarcérale. Trois hommes font exception – et ils forment le quatrième groupe –, car le retour marque pour eux une rupture avec leur situation précarcérale.

Ainsi, les sortants s'efforcent de retrouver leur situation sociale antérieure à l'incarcération de manières variées selon leurs ressources, relationnelles et professionnelles notamment. Je reviens à cette catégorisation en quatre sous-groupes plus loin dans le chapitre, pour décrire les types de recours aux soins, car ils sont liés à ces situations sociales, familières ou nouvelles. Qu'elle s'inscrive en continuité ou en rupture avec la situation sociale antérieure, la sortie de prison est une épreuve qui rend ces hommes plus vulnérables.

Plus précisément, trois sous-groupes font l'expérience d'une sortie de prison dominée par la continuité avec la situation précarcérale.

(1) Medhi, Iliès et Joseph sortent et réactivent les démarches de prises en charge et de demandes d'hébergement commencées en détention, en mettant en avant leur toxicomanie et leur précarité.

(2) D'autres retrouvent une situation similaire à celle qu'ils connaissaient avant leur incarcération, mais c'est une situation dominée par la galère, comme pour Patrick, Ayoub, Jean ou Robin.

(3) Ceux dont l'insertion relationnelle et le capital social ont soutenu l'épreuve de la rupture de l'incarcération parviennent à s'ajuster à leur retour et à retrouver leur rôle de conjoint, de père et de travailleur ; c'est le cas d'Amin et de Couly. Alain, Paul et Komi racontent des situations familiales et professionnelles similaires, qui me conduisent à penser que leur sortie ressemblerait à celle d'Amin et Couly, en termes d'attitude, de prédispositions et de ressources structurelles. Enfin, Mourad retrouve les avantages de la prise en charge de long terme (hébergement social et VIH), dont il bénéficiait avant d'être incarcéré – et André raconte une situation similaire et des sorties de prison antérieures correspondant aussi à cette situation.

(4) En revanche, les trois hommes suivants font l'expérience d'une sortie de prison qui rompt avec leur situation précarcérale. Ils doivent s'ajuster à une nouvelle situation sociale : Karim obtient un hébergement thérapeutique de longue durée à Paris et, pour la première fois depuis de nombreuses années, peut envisager de « se poser. » Ahmed a déjà fait l'expérience de multiples sorties de prison, mais celle-ci sera différente, car il ne pourra pas rentrer chez lui ; il sera pris en charge dans un Appartement de coordination thérapeutique dans les premiers temps et la suite reste à prévoir. Édouard a vécu une « incarcération catastrophe », qui a fragilisé son insertion relationnelle et professionnelle et son capital social ; la sortie pose la question de l'ajustement et de la reconstruction.

Dans les prochains paragraphes, je restitue le parcours de Jean et décris l'épreuve sensible de la sortie de prison au travers de cas, comme une expérience incorporée du traitement social des sortants de prison en France. Je décris ensuite les cinq autres dimensions de l'expérience de la sortie de prison. La seconde dimension, la phase administrative de la sortie, est décrite à partir du parcours de Medhi. Enfin, j'aborde les différentes modalités de recours aux soins des sortants, rencontrés lors de l'enquête par entretiens biographiques et par questionnaires. Dans le chapitre suivant, je traite les trois dernières dimensions de l'expérience de la sortie de prison, relationnelle, liée au travail puis liée aux attentes et au désir de « changer de vie » après l'incarcération.

Ces six dimensions de l'expérience de la sortie de prison (incorporée, administrative, sanitaire, relationnelle, liée au travail et liée à l'inflexion biographique) sont fortement imbriquées les unes aux autres ; par exemple, les effets psychiques de la sortie étant très liés aux conditions de retour dans le foyer familial. Selon ces liens, les dimensions identifiées se recoupent et c'est pourquoi leur description peut parfois paraître redondante. J'insiste toutefois ici sur le pouvoir heuristique de cette description

pour mieux comprendre le traitement social d'une population hétérogène, mais marginalisée et sur l'universalité de l'expérience de la fragilité sociale aujourd'hui.

La sortie incorporée : la phase sensible de la sortie de prison

L'une des dimensions saillantes de l'expérience de la sortie de prison est son caractère incorporé ; le corps éprouve la sortie et réagit aux traitements sociaux de la déviance et de la précarité par des manifestations somatiques et psychiques[1144]. Pour la majorité des sortants de prison que j'ai interviewés en détention, cette sortie n'est pas la première. Seuls quatre de ces dix-huit hommes en font l'expérience pour la première fois au moment de l'enquête. En cela, ce groupe d'hommes est particulier, car en population pénale générale, 40 % des détenus ont déjà été incarcérés[1145]. Le plus souvent, la sortie se vit en référence aux expériences de sorties antérieures. Ainsi, après tant de sorties de prison qu'il ne sait pas les énumérer, Jean sait à quoi s'attendre.

Je restitue son parcours ici dans la continuité des parcours décrits dans le chapitre 5, pour ensuite montrer la dimension sensible, somatique et psychique, de la sortie de prison. L'expérience de la sortie est fortement marquée par une incertitude diffuse et sans fin précise, qui affecte le corps et l'esprit du sortant ; je la décris à la suite du parcours de Jean.

Le parcours de Jean

Le parcours de Jean ressemble à ceux décrits comme des parcours « lisses en rebondissements[1146] », dans lesquels la galère et la dépendance brouillent les événements marquants. En détention puis en ville, Jean raconte sa biographie en marquant certaines étapes plus que d'autres et en insistant sur certaines périodes plus que d'autres. Il me paraît *a posteriori* que ces choix reflètent l*a priori*sation des événements biographiques qui s'impose au fur et à mesure des entretiens de travail social et des consultations de santé mentale. Jean a été incarcéré plusieurs fois, il a sollicité des prestations et de l'aide sociale auprès de nombreuses professionnelles et il a consulté plusieurs médecins différents pour son VIH. Il a ainsi eu de nombreux contacts avec des professionnels et des institutions, qui ont recours à l'injonction biographique comme mode de dispensation des droits et des services. Une différence remarquable par rapport aux

[1144] J'emploie « incorporé » et « incorporation » au sens « d'embodiment », CSORDAS T.J., « Embodiment as a Paradigm for Anthropology », *Ethos* 18 (1), 1990, p. 5–47.

[1145] Une étude estime qu'en 2007, environ 37% des 89 145 condamnés à une peine d'emprisonnement comportant au moins une partie ferme avaient déjà connu la prison. CARRASCO Valérie et TIMBART Odile, « Les condamnés de 2007 en état de récidive ou de réitération », *Infostat Justice* (108), 2010, p. 6.

[1146] Voir chapitre 5.

autres hommes de cette enquête, Jean est très sensible à la discrétion et au secret. Il est très vigilant et s'inquiète des personnes qui pourraient nous entendre autour de nous, comme les surveillants et les détenus en prison, ou les personnes attablées autour de nous pendant nos entretiens en ville. Cette vigilance est particulièrement aigüe chez Jean, mais elle n'est pas rare après une incarcération. G. Ricordeau l'explique par la promiscuité et les rapports en détention : « La promiscuité (être toujours « en présence », jamais « avec », d'autres), comme l'isolement, est une violence à l'encontre de l'espace personnel nécessaire à l'individu. Cet espace, si souvent violé dedans, on ne saura plus comment le protéger dehors. Le sortant est hanté par la « parano », le « vice » et le « calcul », nécessaires à la vie en prison[1147]. »

Jean me parle de ses origines et de sa famille, de moments marquants lorsque je l'y encourage, mais les vingt dernières années de sa vie restent dans l'ombre, comme s'il s'agissait d'une longue période monotone et sans inflexion. Au fur et à mesure des entretiens, son parcours s'éclaircit pour moi. Jean est né en Guadeloupe dans une famille nombreuse. Jeune, il épouse une femme qu'il connaît depuis ses 7 ans, avec qui il a des jumelles, qui ont 23 ans au moment de son récit. Elles vivent à Paris, mais il les voit peu souvent. Les relations sont tendues et, lorsqu'il sort de prison, les filles veulent qu'il décide de changer avant de renouer les liens avec lui. Elles lui demandent de rester libre pendant au moins cinq ans, pour leur montrer qu'il arrête « les bêtises ». Jean a été incarcéré plusieurs fois, pour une durée totale de plus de quinze ans. Ces peines sont le plus souvent en lien avec sa consommation d'alcool, qui le rend violent et imprévisible. Pour certaines d'entre elles, il se souvient d'avoir été incarcéré sans se souvenir de ce qu'il s'était passé. Il a fait son service militaire et garde un bon souvenir de la discipline, dont il dit aujourd'hui avoir besoin pour se centrer et contrôler sa dépendance à l'alcool.

J'ai abordé son infection au VIH et les effets de l'annonce dans le chapitre 5. Depuis cet événement de santé marquant et majeur, Jean est sous traitement et semble y adhérer. Par contre, il ne demande pas à traiter son hépatite C, car il redoute les effets de l'alcool sur son assiduité aux rendez-vous médicaux. En détention, il est méfiant lorsque la médecin de l'Ucsa tente de le convaincre de changer ses médicaments, qui sont les mêmes depuis plus de dix ans. Il sort de prison avec une ordonnance et des médicaments et consulte un service hospitalier dans les quinze jours qui suivent. Cette sortie n'est pas la première et il parvient à trouver un hébergement chez un proche et à ouvrir ces droits progressivement.

[1147] RICORDEAU Gwénola, « La liberté devant soi », *in Les détenus et leurs proches*, Paris, Autrement, 2008, p. 173.

L'incertitude de la sortie

L'expérience de la sortie dépend fortement des conditions sociales et pénales et du parcours antérieur du sortant. Si Jean avait plusieurs fois fait l'expérience de la sortie de prison et savait trouver des ressources pour subvenir à ses besoins, Édouard découvre le traitement social des déviants, un processus loin de ses habitudes de classes supérieures et qu'il supporte mal.

En revanche, pour Édouard, la sortie est une expérience nouvelle, attendue avec impatience pendant trois mois de détention préventive, mais elle s'avère mitigée. Il ne sort qu'avec ses boutons de manchette, de l'argent, ses médicaments et quelques affaires rassemblées dans un carton. Les premiers temps, il me parle du bonheur d'être sorti, « un bonheur total, j'étais heureux pendant dix jours. Quand j'ai raconté mon histoire au taxi, il m'a offert la course. Chez Orange[1148], le mec m'a offert la puce (…) J'avais comme un besoin de me dire (…) J'étais étonné de pouvoir marcher sur le trottoir… pendant dix jours, tout le monde est beau, tout le monde est gentil. » Trois mois plus tard, les choses ont changé. « Là, je suis retourné à la vie. » Édouard est sous contrôle judiciaire, un processus de surveillance intensif, qui requiert entre autres des entretiens avec des agents de probation, des examens toxicologiques pour attester de son abstinence de drogues et une enquête de personnalité pour évaluer le comportement et la dangerosité : « On se sent en état de dépendance, sous médicaments. Tout le monde se comporte comme s'ils étaient supérieurs, on est totalement assujetti (…) tout le monde me tutoie. »

Les récits de sorties antérieures et en cours diffèrent tant par les ressources, les situations et les manières d'anticiper la suite. Dans sa dimension somatique et psychique, l'expérience de la sortie se caractérise toutefois par deux caractéristiques saillantes : un sentiment d'incertitude et un ensemble d'ajustements incorporés[1149]. L'incertitude concerne l'anticipation d'une situation dont on ne maîtrise pas le déroulement, et parfois la crainte d'un retour à la consommation excessive d'alcool ou de drogues. Cette crainte n'est pas toujours infondée, d'autant que la sortie de prison est un moment attendu et célébré. L'incertitude, et plus largement, l'épreuve de la sortie après celle de l'incarcération, font du retour à la ville un moment réflexif et de retour sur soi. Les sortants se remettent en question, saisissant parfois le moment pour prendre de « bonnes résolutions » et repartir sur le « bon pied[1150] ». Ces décisions de bifurquer vers une consommation plus maîtrisée, vers l'arrêt des délits et des incarcérations et un

[1148] Enseigne de téléphonie mobile.

[1149] J'emploie « incorporé » et « incorporation » au sens « d'embodiment », CSORDAS T.J., « Embodiment as a Paradigm for Anthropology », *art. cit.*

[1150] C'est une dimension de l'expérience de la sortie que j'aborde ensuite dans le chapitre 8.

retour à la vie « normale », sont le plus souvent suivies de déceptions et de retours à la consommation excessive.

Des situations incertaines sans fin ?

Quelques jours avant sa libération et après des mois sans en connaître la date, Jean me parle de sa sortie comme un moment prévu, organisé, anticipé. Il m'explique qu'il va continuer le Combivir, médicament qu'il préfère à celui prescrit par la médecin de l'Ucsa, et qu'il va prendre rendez-vous à l'hôpital. Pour cela, il faut qu'il puisse récupérer son dossier médical avant de sortir et il espère « qu'ils », les professionnels de santé et du greffe, n'oublieront pas. Lorsque je lui demande qui il pense voir quand il sort, il me répond qu'il retournera voir Mme [X] l'assistante sociale qu'il connaît, celle qu'il lui avait fait sa domiciliation. À la sortie, c'est d'abord les papiers qu'il va « faire ». Il a « beaucoup à régler » avec les papiers. Mais il ajoute qu'il va d'abord voir ses filles, et sa famille à Marseille et à Paris. Il se plaint que la procédure d'obtention de la « Cotorep[1151] » est compliquée, qu'il faut solliciter plusieurs professionnels et qu'il n'est pas sûr de la terminer avant d'être libéré.

Lorsque je lui pose des questions sur ce qu'il compte faire une fois sorti, les propos de Jean sont confus quant aux moyens, mais clairs en termes d'objectifs : ils me donnent à voir les démarches qui sont attendues de lui tout en étant incohérents en termes de moyens pour y parvenir. Lorsque je lui demande comment il va faire, il répond souvent qu'il ne sait pas trop. Et lorsque je lui demande si mes questions sur ce qu'il va faire dehors le gênent, il m'explique :

> *« Non, quand on sort, on sait pas comment ça va se passer. J'y pense pas parce que rien n'est sûr. Je préfère pas parler, des fois on a des surprises, des mauvaises surprises. (…) Par exemple, il y un gars qui a été au greffe parce qu'il était libérable, mais au greffe, on lui a dit qu'en fait non, et donc : retour en cellule. Ils ont plus le droit de faire ça je crois, mais y'en a certains qui le font, des sadiques. C'est dégueulasse de faire ça à quelqu'un. »*

L'incertitude est prégnante dans les moments précédant la sortie, pour Jean, mais aussi pour les autres sortants. Elle est très liée au peu de ressources mobilisables une fois sorti : « J'irai dormir chez des amis à la sortie. Ou chez mes filles, mais j'aime pas. », me dit Jean.

Contrairement à Jean, Medhi[1152] est davantage en lien avec des professionnels de l'aide sociale et depuis plus longtemps, dix-sept ans exactement. Il n'a pas de proches qui l'aident matériellement et il est très investi dans la prise en charge de sa toxicomanie, de

---

[1151] Ancien terme pour désigner l'allocation destinée aux personnes en situation de handicap reconnu par la sécurité sociale.

[1152] Le parcours de Medhi est décrit en page 34.

son hépatite et plus largement, et l'obtention d'un hébergement qu'elle peut faciliter[1153]. Notre dernier entretien en détention se déroule quatre jours avant sa sortie et, malgré son investissement important dans la préparation de sa sortie, mes notes sur l'entretien avec Medhi illustrent elles aussi la prégnance de l'incertitude :

> *« On ne parle que de sa sortie, prévue pour dans 4 jours. Il appréhende la sortie, même si, oui, il est déjà sorti plusieurs fois. Non, il n'a « pas peur, mais… on ne sait jamais ce qu'il peut se passer. (…) Il me répète qu'il appréhende un peu. Je lui réponds que pourtant, c'est un professionnel ! Il comprend un « professionnel de la prison » et commence à le prendre un peu mal, avec un ton à la fois surpris et déçu. Je lui dis, non, un professionnel qui connaît toutes les associations, tous les services, mieux qu'une AS[1154]. Il rit. Oui, il les connaît toutes, très bien. Mais avant non. Avant, il ne connaissait même pas ce que c'est, une AS. »*
>
> (Medhi, 48 ans, VHC+ depuis 6 ans, dixième incarcération – notes d'entretiens)

L'incertitude concerne la sortie de prison, mais selon les individus certains aspects préoccupent davantage que d'autres. Les inquiétudes concernant la reprise de consommations excessives de drogues ou d'alcool par exemple concernent neuf des dix-huit hommes. Ainsi, Iliès[1155] fait le lien entre la reprise et l'impossibilité de passer à une autre étape de sa vie :

> *« Dans Paris, on peut se soigner, mais moi, je suis pas stable, psychologiquement, je suis pas stable. J'ai tendance à reconsommer. J'ai des hauts et des bas, des fois ça pète les plombs. Quand vous avez des années de drogues derrière vous, y a des jours où ça va et des jours où vous consommez beaucoup. (…) Quelqu'un qui consomme pas est plus concentré sur lui, moins à la recherche de sensations. Comme si l'alcool et les drogues me permettent de vivre, de me sentir vivre. (…) Oui, je me suis démerdé pour me relever, mais comme à chaque fois que j'ai chuté, je commence à en avoir marre. C'est vachement psychologique [de se démerder pour se relever, faire des démarches, etc.] Il faut pas abandonner. Il faut bien se relever même si à un moment j'ai le pied ou le genou par terre. Après, je sais, pas la peine de me mentir, je prends comme ça vient [quand ça va mieux] je sais que je risque de retomber, mais je m'y fais, je m'adapte, je vis au jour le jour, je prends comme ça vient. Là, je suis en prison, je pense pas trop. Je vis au jour le jour. (…) j'avais arrêté l'alcool, mais je buvais beaucoup avant d'arriver. (…) Oui [depuis que je suis incarcéré, j'ai arrêté], mais quand je sors, je fais quoi ? Il faut encore que je me prépare. Sinon, je sors, à la rue, je galère et après je craque et je recommence. (…) Au bout d'un moment, je baisse les bras. [Depuis mon retour à Paris après ma dernière postcure, il n'est rien arrivé] Rien, je suis allé en*

[1153] Son parcours est décrit dans la suite de ce chapitre, sur le modèle des parcours restitués dans le chapitre 5.

[1154] AS : assistante sociale

[1155] Le parcours d'Iliès est décrit dans le chapitre 5.

prison, alcool, alcool ; qu'est-ce qui pourrait m'arriver ? [Il rit.] Au bout d'un moment, je baisse les bras. C'est vachement dans la tête, je suis épuisé d'avoir essayé de m'en sortir, épuisé. Y'en a pour qui ça marche, moi pas. Quand vous sortez, vous vous dites y a ça, ça à faire. Mais vous entrez dans un bar… C'est l'ennui en fait. Quand vous prenez de l'héro, vous cherchez l'héro, y a quelque chose à faire – c'est assez violent. C'est insidieux. »

(Iliès, 39 ans, VHC+ depuis 10 à 15 ans, 7e incarcération)

L'inquiétude liée à la sortie est prégnante dans cet entretien. Elle est ancrée dans l'incertitude d'obtenir les ressources minimales pour survivre en ville et éviter le retour à la rue, mais elle est aussi ancrée dans l'usure de la dépendance et des tentatives de s'en défaire.

La monotonie de la dépendance et de l'errance est en soi fatigante. Parce que la sortie suggère une inflexion possible dans le parcours, elle surimpose à cette fatigue l'incertitude de s'en sortir. Cette inquiétude de la sortie est aussi due à l'incertitude la suite des poursuites pénales, le cas échéant. Quinze jours après sa sortie, Jean s'inquiète du déroulement de son autre « affaire », comme je le note après notre deuxième entretien en ville. Il n'a pas encore été jugé et ne sait pas s'il sera condamné à du sursis ou s'il devra retourner en prison :

« Jean pense et espère que ça va aller demain [au tribunal], comme ça il peut continuer ce qu'il a entrepris depuis la sortie. Il espère qu'il pourra, car si ce qu'il a entrepris tombe à l'eau… il laisse un blanc pour signifier que ce serait grave. Il dit qu'il serait déprimé, il « retomberait dans une mauvaise passe ». »

(Jean, 42 ans, VIH+ depuis 15 ans, VHC+ nombre d'années inconnu, 15 ans d'incarcérations – notes d'entretien)

D'autres sortants voient leurs condamnations s'enchaîner, et leur sortie de prison reportée. La directrice d'un Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie évoque ces non-sorties et leurs effets sur les efforts investis pour obtenir un hébergement pour les sortants toxicomanes :

« Sur ces 4 derniers mois […], 70 % des admissions prévues sont repoussées de 2 à 6 mois suite à de nouvelles peines prononcées quelques jours avant la sortie. (…) C'est une tendance que nous avons vraiment sentie cette année [2014]. Jusqu'à présent, on se débrouillait plutôt pas mal par rapport à l'arrivée des gens. Cette année, on a eu des gros mois noirs où l'on a eu 100 % de personnes qui n'arrivaient pas, non pas parce qu'elles ne voulaient pas arriver, mais parce que le jour de la libération elles apprenaient qu'elles étaient condamnées à une nouvelle peine. Cela rend les gens fous ! Ils sont en quartier Sortants, ils ont préparé leur baluchon, et puis on leur annonce qu'il y a une peine qui vient de retomber et ils retournent en cellule[1156]. »

[1156] OBRADOVIC Ivana, « Mesures d'accueil des sortants de prison », Paris, OFDT, 2014, p. 14.

L'une des conséquences pour les responsables de centres d'hébergement est une contamination de l'imprévisibilité carcérale : s'il est difficile pour les sortants et les professionnels du soin carcéral de connaître leur date de sortie depuis la détention, pour les professionnels des dispositifs extérieurs, la planification et la gestion des flux et des ressources sont elles aussi difficiles. Pour réduire le nombre de lits vides, les Centres thérapeutiques de réinsertion tels que celui qui accueille Iliès et Medhi adoptent une stratégie de « surbooking » :

> *« Pour 10 places, on en vend 20. On sait que l'on a à peu près 20 % de personnes qui n'entrent pas, en tout cas jusqu'à présent, parce que s'il fait chaud elles vont peut-être rester un peu dehors, histoire de renouer avec leurs vieux démons, ou pour des questions de libération, de RPS, etc. Suite aux mois noirs que l'on a eus, maintenant on programme 20 entrants en se disant qu'on poussera les murs, qu'on ira à l'hôtel, qu'on se débrouillera avec nos autres dispositifs. On propose donc 20 places et on remplit pour 20 places [dit une directrice d'un de ces centres]*[1157]*. »*

L'incertitude concernant le parcours pénal est importante, mais pour Jean, la sortie est finalement maintenue. Dans les premiers mois qui suivent sa sortie, Jean est hébergé chez son cousin, près de la Gare de Lyon. Il fume du crack, incite Jean à fumer et à boire, et Jean dit être très dérangé lors de l'un de nos échanges au téléphone. Il associe cette drogue à un manque de contrôle de soi, un laisser-aller moralement condamnable qui mène à la déchéance. Il reste chez ce cousin, mais « c'est juste un dépannage ». Il me parle à plusieurs reprises de partir, mais semble n'avoir nulle part où aller. Il n'aime pas être hébergé chez des membres de sa famille, car il n'aime pas s'imposer, « les gens ont droit à leur intimité, ils doivent avoir envie d'être seuls, sans que je sois là. » Les relations avec sa famille sont distendues et cela fait longtemps que Jean ne les sollicite plus. L'hébergement à la sortie, c'est être hébergé de manière temporaire, chez quelqu'un qu'on dérange toujours un peu ou dans un centre dont il faut partir bientôt. La sortie, c'est aussi un moment où l'on s'interroge sur sa situation.

Une réflexivité (post)carcérale

Cette expérience de l'incertitude de la sortie est parfois pénible et, pour Jean, elle est aussi un moment où il réfléchit à ses choix, il se remet en question. Cette démarche réflexive comporte à la fois un regard en arrière et une interrogation sur ses manières de faire, une approche qui me paraît très proche de la réflexivité produite en entretien psychologique.

[1157] *Ibid.*, p. 15.

Entretien 15 jours après la sortie : « Je me demande ce que j'ai fait pour en arriver là. » Il le répète plusieurs fois, il se le demande vraiment et ne me parle plus vraiment à moi. Il s'est déjà posé la question de temps en temps, dans sa vie, il a fait un travail sur lui-même, il appelle ça « un travail sur lui-même à lui-même ». Je me dis que l'expression signale un suivi psy et le laisse continuer. Il me dit que souvent, il préfère couper court à ce travail, qu'il préfère ne pas se poser des questions qui (il fait le geste de la main) le font trop tourner dans sa tête. Il se pose des questions sur comment il en est arrivé là, me dit qu'on choisit son destin, puis que chacun son destin.

Il y réfléchit puis me dit qu'on ne choisit pas son destin. Finalement, on a tous un destin, une route et on ne doit pas se détourner de sa route. Je lui demande si lui aussi a une route. Il me répond en souriant un peu déçu, qu'il en a eu une de route, avant. Que là non, n'en a plus de route.

Je lui demande quelle était sa route d'avant. Il me dit qu'il a toujours voulu être gendarme, que la gendarmerie lui aurait plu. Il a même été s'inscrire, avec un type avec qui il trainait à ce moment-là, mais au moment de signer, dans le bureau, son copain lui dit, « Attends, qu'est-ce qu'on est en train de faire là ? » Ils se lèvent et ils partent. Il regrette ses fréquentations, les mauvaises fréquentations qui l'ont poussé à faire des conneries, qui l'ont détourné de sa route.

Il me dit, s'il avait signé [pour s'engager dans la gendarmerie], s'il avait écouté les gens qui lui disaient qu'il faisait des conneries, qu'il se trompait de chemin, qu'il n'en serait pas là aujourd'hui. Sa première femme était la première à le prévenir que telle ou telle fréquentation était mauvaise pour lui. Mais il ne l'a pas écoutée. »

(Jean, 42 ans, VIH+ depuis 15 ans, VHC+ nombre d'années inconnu, 15 ans d'incarcérations – notes d'entretiens)

Dans le prolongement d'un « travail sur soi », autonome, mais souvent débuté en détention et en lien avec des professionnels de la santé mentale, Jean s'interroge. Il pose rapidement les limites d'une réflexion qui risque de le dépasser, mais regrette les opportunités manquées dans son parcours.

Cette réflexivité est partie prenante de l'expérience carcérale[1158] et son débordement dans l'expérience de la sortie est la manifestation de la continuité d'un processus d'ajustement en cours. La consommation excessive d'alcool, sans doute davantage que les autres drogues, prédispose aussi au regard en arrière et au regret des bifurcations manquées dans le parcours de vie. Après leur sortie, Jean et Patrick me téléphonent ainsi plusieurs fois à des moments où ils ont bu, pour m'expliquer les raisons de leurs malaises et leurs errements. La consommation excessive, au sens relatif de supérieure aux habitudes de chacun, est récurrente dans les semaines qui suivent la sortie, j'y reviens plus loin.

[1158] COMFORT Megan, « "It was basically college to us" », *art. cit.*

Robin et Iliès s'interrogent eux aussi sur la suite de leur parcours. Pour eux, la balise chronologique des quarante ans doit marquer l'échéance de la désistance dans leurs parcours de délinquance et de déviances :

> *« La sortie ? Le suivi après ? Je sais pas, je dois voir. J'ai juste reçu une lettre qui me disait qu'il y avait eu changement de Cip[1159]. C'est ma première incarcération. (…) J'ai 40 ans maintenant, c'est bon. J'espère. J'ai plus envie de recommencer. Ces problèmes, plusieurs fois j'ai failli tout perdre. Que mon couple tienne, j'ai eu de la chance qu'elle tienne à moi. J'ai perdu un capital santé important. J'ai une hépatite C, des problèmes veineux aux jambes, des ulcères… »*
>
> (Robin, 40 ans, VHC+ depuis 15 ans, 1re incarcération)
>
> *« J'ai 40 ans, ça fait 8 ans que j'essaye d'arrêter, à part des rechutes, j'arrive pas. J'arrive à 40 ans, faudrait que je me calme. Ça me fait 8 ans de substitution. J'ai essayé, je suis rentré dans des centres ; à chaque fois je craque et je replonge. (…) Les post cures, c'est pas ça qui aide. Vous êtes enfermé pendant des mois et après vous sortez, vous êtes tout seul [à nouveau, face à vous-même et vous recommencez la drogue] j'ai essayé de partir, de quitter les lieux où il y a la drogue, mais à chaque fois, je reviens à Paris »*
>
> (Iliès, 39 ans, VHC+ depuis 10 à 15 ans, 7e incarcération)

L'intériorisation de la norme associée à l'âge chronologique de 40 ans signale une autre dimension de l'épreuve réflexive liée à la sortie de prison. Les attentes normatives liées à l'âge et au désir de s'en sortir se confrontent à l'incertitude d'y arriver. L'épreuve psychologique peut prendre la forme d'un constat d'échec, qui fragilise les sortants de prison.

Ces interrogations sur les opportunités manquées ou les échéances à venir entraînent souvent des décisions de bifurcation, changer de direction pour (re)prendre la « bonne voie ». La sortie est propice aux bonnes résolutions, mais elles se confrontent rapidement aux contraintes de la pénurie postcarcérale. La fragilité de la dépendance ajoute à cette incertitude de soi et de son entourage, où renouer avec ses connaissances peut être synonyme de rechute dans la consommation ou la petite délinquance[1160]. Les désirs d'infléchir sa trajectoire participent d'une projection vers l'avant récurrente dans nombre d'expériences de la sortie.

Ne plus en parler

Le sentiment très répandu de ne plus vouloir penser à la prison une fois que l'on est dehors est inscrit dans cette projection vers l'avant, à la fois incorporée et enjointe

[1159] « Cip » : conseillère pénitentiaire d'insertion et de probation, soit CPIP.

[1160] Les tentatives de s'en sortir et les contraintes et les ressources qui les conditionnent font l'objet d'une discussion à la fin du chapitre 8.

institutionnellement. Je pose l'hypothèse que ce sentiment est caractéristique de l'expérience de la sortie pour deux raisons. D'abord, un nombre non négligeable de sortants rencontrés en détention en entretien biographique ou pour participer au questionnaire n'ont finalement pas accepté de me revoir[1161] malgré une adhésion à l'enquête et de bons rapports en détention. Ensuite, mes échanges avec Antoinette Chauvenet, sociologue de la prison, sur son expérience avec des personnes sorties ou réincarcérées, m'ont confortée dans l'appréciation de ce sentiment de vouloir tourner la page et se défaire de l'expérience pénible de l'incarcération. Selon elle, il est fréquent que les sortants ne veuillent plus penser à la prison et souhaitent « passer à autre chose ».

Édouard me dit ainsi, six semaines après sa sortie de prison, qu'il a reçu une lettre « désespérée » de son ancien codétenu, mais qu'il ne peut pas lui répondre. De classe sociale supérieure et germanophones, les deux hommes s'étaient liés d'amitié et soutenus en détention. « Il y a un temps où il est possible de répondre à un courrier. Pour l'instant, je ne suis pas capable de [retourner] dans le tissu social. Ce n'est pas que je ne pourrais pas, mais je ne l'ai pas fait, je m'en suis pas empêché, mais cette lettre… Oui, ça me replace en situation de détenu fresnais. » Pour Édouard, cette lettre et les autres effets de l'incarcération sur le corps font partie des « freinages de Fresnes » dont il essaie de se défaire pour se préserver.

Interviewée par une journaliste et un magistrat un an après la fin d'une très longue peine pour une affaire de meurtre, Giovanna (un pseudonyme) évoque la prison le moins possible au quotidien :

> *« Prison. Ce mot, qu'on le veuille ou non, c'est un mot difficile à dire… Et quand on y a été, c'est encore plus difficile. Parce que c'est ancré en vous. Moi, je dis « là-bas », je ne dis jamais « prison ». Et mes sœurs, elles disent « pension ». Parce que ce mot-là de « prison » est très, très difficile à dire… Parce que ça fait remonter des choses, parce que quand on a vécu tout ça, on ne peut pas l'oublier… À chaque fois que je parle de la prison, c'est dur, dur, parce que quand j'en parle, je vois les images. Je vois les personnes devant moi, leur agressivité, leur comportement… Je vois les nuits que j'ai passées là-bas[1162]. »*

[1161] Les personnes sorties de prison après avoir accepté la série d'entretiens ou le questionnaire ont toutes accepté de me revoir pour me faire part de leur expérience de la sortie. Comme indiqué dans la partie II, je les ai sollicitées selon la procédure dont nous avions convenu ensemble, par téléphone, par courrier, directement ou par l'intermédiaire de leur mère, leur sœur ou leur compagne ou en me rendant dans un centre de réduction des risques. Par souci éthique de respect de leur droit de changer d'avis quant à la participation à mon enquête, je n'ai relancé les personnes sorties que deux fois au maximum, rendant difficile l'estimation des raisons des non-réponses (changement d'adresse, de numéro de téléphone, problème de transmission avec la proche, retour en détention, refus de participer). J'ai pu revoir neuf des hommes avec qui j'ai mené des entretiens biographiques.

[1162] Serge Portelli, magistrat et président de chambre à la cour d'appel de Versailles, enseignant et membre du Syndicat de la magistrature, et Marine Chanel, journaliste spécialisée dans les questions sociales (Charlie Hebdo), ont publié un ouvrage pour lequel ils ont interviewés 14 hommes et des femmes après des incarcérations longues (de 3 à 25 ans pour 12 d'entre eux) ou des incarcérations répétées (pour 2 d'entre eux). Leur approche compréhensive leur souci de restitution de leur démarche, des contextes des entretiens

Les auteurs poursuivent en décrivant la peur quotidienne dans laquelle vit cette femme depuis sa sortie de prison. L'expérience traumatisante de la vie collective en détention et la longue durée de l'incarcération distinguent le parcours de cette ancienne détenue des parcours des hommes de mon enquête.

Dans un tout autre contexte, une autre raison de taire l'expérience de l'institution totale est évoquée dans le travail d'E. Cronier, sur les permissionnaires de la Grande Guerre[1163]. Pour ces soldats, parler du front créé des tensions et de la distance avec des proches qui ne savent souvent rien de la dureté de l'épreuve et de la violence du front ni des attitudes et comportements particuliers qu'elle requiert. La permission est une expérience très ambivalente du fait du décalage entre les attentes, se retrouver, partager, être ensemble, se projeter temporairement dans le quotidien civil et l'après-guerre, et le dicible, raconter, éluder, comprendre. M. Pollak évoque aussi l'indicible de l'expérience concentrationnaire lors de la Seconde Guerre mondiale, par des rescapées que le traumatisme isole de leurs proches, et plus largement, des autres personnes qui n'ont pas connu les camps. Les expériences sont d'évidence différentes, mais l'isolement qu'elles produisent est similaire. Ainsi, certains sortants préfèrent ne pas évoquer le monde fermé de la prison et ses codes et pratiques, comme la vigilance, le calcul, la peur et la violence physique et verbale subie ou pratiquée, qui sont inappropriés au sein de la famille.

Pourtant, une minorité de sortants choisit de ne pas taire l'expérience carcérale et au contraire s'en servir de socle pour militer et plaidoyer contre l'institution carcérale ou pour la prévention de l'entrée en délinquance chez les jeunes. Les cas médiatiques qui suivent font figure d'exception dans leur volonté de témoigner au sujet de leur vie en prison. Par exemple, Pierre Botton s'engage pour l'amélioration des infrastructures carcérales[1164] ; Mourad Benchellali témoigne de son expérience de combattant pour Al-Quaïda détenu aux États-Unis puis en France, pour prévenir l'engagement des jeunes dans le jihad[1165]. Ces sortants militants diffèrent des hommes que j'ai interviewés, car ils jouissent d'une insertion relationnelle particulièrement importante via leurs proches,

---

et des rapports d'enquête font de cet ouvrage une source appréciable de données. Je me permets de citer ici plusieurs extraits de ces entretiens parmi les parcours de vie et de santé des détenus que j'ai rencontrés pendant mon enquête. Ce choix s'appuie sur la justesse de leur analyse et la rigueur de leurs interprétations développées dans les chapitres thématiques ponctuant les portraits des sortants de prison. PORTELLI Serge et CHANEL Marine, *La vie après la peine*, Paris, Grasset, 2014, p. 39.

[1163] CRONIER Emmanuelle, *Permissionnaires dans la Grande Guerre*, Paris, Belin littérature et revues, 2013.

[1164] BOTTON Pierre, *Moi, ancien détenu, bâtisseur de prisons nouvelles*, Paris, Pygmalion, 2012.

[1165] BENCHELLALI Mourad, « La prison: foyer de radicalisation et espace de lutte contre la radicalisation? Réalités et perspectives », *Séminaire « Sciences sociales et prison », EHESS, Paris*, décembre 2015, <https://prison.hypotheses.org/category/seances-2015-6/seance-2-seances-2015-6>, consulté le 15 avril 2016.

leur milieu social ou militant – et ils ont souvent été incarcérés pour des durées plus longues. Dans le cas du plaidoyer de sortants de prison dans le domaine sanitaire, Laurent Jacqua se prononce pendant et après sa détention en faveur des droits des patients détenus, notamment séropositifs, et dès sa sortie poursuit son militantisme en devenant salarié d'Act-Up Paris, une association communautaire de lutte contre le sida. Il milite, publie, dispense des formations en milieu associatif ; il participe à certaines des réunions de professionnels de la santé en milieu carcéral que j'observe, comme la *Coordination régionale* de lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine[1166].

L'incertitude sans fin précise rend la projection dans le futur et l'anticipation des prochaines étapes du retour en ville difficile. J'aborde ces étapes dans la suite de ce chapitre et décris ici les effets somatiques et psychiques de la fin de l'enfermement et du retour en ville.

L'ajustement incorporé

L'expérience de l'incarcération laisse des traces et la sortie est un moment d'ajustements qui s'inscrivent sur les corps. Les effets psychiques et somatiques de l'enfermement sont relativement méconnus, mais quelques entretiens et travaux en abordent certains aspects. La colère, la déprime et l'angoisse sont souvent évoquées dans les entretiens et illustrent l'inscription dans les corps du traitement institutionnel des sortants de prison. Se sentir libre et se sentir propre sont deux autres dimensions que j'évoque ensuite pour qualifier le processus d'ajustement incorporé qui se déroule à la sortie de prison.

La dimension somatique et psychique de l'expérience de la sortie

Les effets somatiques

Selon G. Ricordeau, « un sentiment d'irréalité marque souvent les premiers instants de liberté, même pour les condamnés à de courtes peines. La sensation est d'abord physique : l'espace étourdit, les couleurs éblouissent[1167]. » Les effets somatiques de l'enfermement évoluent par la suite ; les études manquent sur le sujet mais ces effets sont connus des justiciables et des professionnels qui les prennent en charge pendant et après l'incarcération. Pourtant, ce savoir est peu formalisé, tant les expériences sont variables et les ressentis difficiles à recueillir. Ayoub me dit ainsi que sa vue a baissé : « la prison abime beaucoup les yeux, on ne voit jamais très loin. » Marie-Jeanne, interviewée

[1166] JACQUA Laurent, *J'ai mis le feu à la prison*, Paris, JC Gawsewitch, 2010 ; JACQUA Laurent, « Vue sur la prison », *L'Obs blogs*, 2015, <http://laurent-jacqua.blogs.nouvelobs.com/>, consulté le 7 février 2016.

[1167] RICORDEAU Gwénola, « La liberté devant soi », *art. cit.*, p. 171.

par un magistrat et une journaliste après onze mois d'incarcération, souffre de crises d'agoraphobie et sort le moins de possible de chez elle[1168].

Couly, lui, ressent les effets de l'incarcération dès les premiers mois. Au cours de ses onze mois d'enfermement, il obtient plusieurs permissions de sortir pour demander le renouvellement de sa carte de séjour. Au moment de notre quatrième entretien, il est frappé par ce qu'il estime être un sentiment incongru : ouvrir les portes lui manque. En détention, on ne touche pas les portes et on dépend d'un Autre pour franchir. Lors de sa dernière permission, il s'est fait renverser sur le chemin du retour : il avait perdu l'habitude de regarder pour voir si des voitures arrivaient avant de traverser, après seulement six mois d'enfermement. Il fait mention d'un autre effet plus insidieux : « Ça rend méchant la prison, ça donne des mauvaises idées. Je suis ici alors que j'aurais dû avoir un bracelet, ils se sont trompés [il n'était pas en état de récidive]. C'est pas évident de ne pas se dire que, la prochaine fois, je ne viendrai pas pour rien. » Je reviens plus loin sur les effets psychiques de l'enfermement et le sentiment de colère qui touche une grande partie des sortants de prison, pour m'en tenir d'abord aux effets somatiques.

Les enquêtes étasuniennes offrent un éclairage plus systématique des conséquences néfastes de l'incarcération sur la santé somatique des sortants et leur recours aux soins, dans les mois et les années qui suivent l'incarcération[1169]. Ces enquêtes manquent en France[1170], mais la perspective des États-Unis permet de cadrer et d'appuyer les convictions de certains praticiens français concernant les effets pathogènes de l'incarcération, sur les détenus et les sortants[1171]. Dans le chapitre 1, je distingue deux ensembles de résultats allant d'une part dans le sens d'effets pathogènes de l'incarcération et d'autre part d'un faible recours aux soins des sortants[1172].

Ainsi, des enquêtes sur des populations jeunes avec un parcours d'incarcérations aux États-Unis montrent ces deux ensembles d'effets. Ces jeunes ont des probabilités plus élevées de souffrir de problèmes de santé que les autres, notamment de maladies infectieuses et d'autres maladies liées au stress[1173]. L'exploitation d'une enquête nationale

---

[1168] PORTELLI Serge et CHANEL Marine, *La vie après la peine*, *op. cit.*, p. 118.

[1169] Je l'évoque de manière plus approfondie dans l'analyse du corpus de publications de santé publique sur la santé postcarcérale dans le chapitre 1.

[1170] Peu d'article abordent les effets psychiques et somatiques à long terme de l'enfermement, dont NOALI Loup, « La peine après la peine », *Champ pénal/Penal field*, 2016.

[1171] L'analyse du corpus de publications de santé publique est traitée dans le chapitre 1. Les positions de dénonciatrices d'une « prison pathogène » pour les détenus sont exposées dans le chapitre 6 ; les tenants de cet ensemble d'arguments dans l'espace des débats sur la santé carcérale s'accordent sur la notion que la prison surexpose les détenus à des risques sanitaires et met leur santé psychique et somatique à mal.

[1172] Le recours aux soins est abordé plus loin dans ce chapitre.

[1173] MASSOGLIA Michael, « Incarceration as exposure: the prison, infectious disease, and other stress-related illnesses », *Journal of Health and Social Behavior* 49 (1), 2008, p. 56–71.

et longitudinale sur la jeunesse montre que l'incarcération a des effets notables sur la santé des jeunes, mais seulement une fois qu'ils sont sortis[1174]. L'exposition au risque sanitaire est liée à l'incarcération elle-même et non à la durée de l'incarcération, au contact avec l'institution plutôt qu'à la longueur de l'expérience en prison. Le mécanisme explicatif proposé par les auteurs soulève la stigmatisation des personnes incarcérées, mais aussi la baisse des revenus et l'instabilité maritale liées aux incarcérations, c'est-à-dire aux effets délétères de l'incarcération au sens large[1175].

G. Ricordeau situe les travaux sur les problèmes de santé postcarcéraux dans la continuité d'études sur les effets à long terme de l'enfermement[1176]. Ceux de D. Glaser sur l'efficacité du système carcéral et de probation ont donné lieu à la description d'un « syndrome de Ganser[1177] ». Les traits cliniques incluent : les réponses approximatives, l'obscurcissement de la conscience, la conversion hystérique et l'amnésie[1178]. Les symptômes ne sont pas entièrement clairs selon les sources ne paraissent pas spécifiques à l'incarcération – et dans mes échanges avec les sortants, je n'ai pas remarqué ces symptômes. Les symptômes qui me paraissent plus prégnants sont plutôt la déprime et le sentiment d'isolement, à la fois dans l'expérience des hommes que j'ai interviewés et de ceux accueillis dans les associations d'hébergement social[1179]. P. A. Albrecht décrit plus précisément les effets postcarcéraux vécus par une cohorte six ans après la sortie de prison ; il décrit trois groupes : « la stigmatisation (caractérisée par un sentiment d'anxiété et d'incertitude à l'égard des personnes rencontrées) ; la modification de la personnalité (problèmes sexuels, sentiments d'infériorité, indifférence, *etc.*), et une impossibilité à répondre de façon adéquate aux différentes exigences de la vie en liberté (« Eingewohnungsschwierigkeiten »)[1180]. » Je retrouve ces effets dans la grande partie des expériences de sortie que j'ai observées mais aussi celles évoquées dans la littérature.

1174 SCHNITTKER Jason et JOHN Andrea, « Enduring Stigma: The Long-Term Effects of Incarceration on Health », *Journal of Health and Social Behavior* 48 (2), juin 2007, p. 115-130.

1175 *Ibid.*

1176 G. Ricordeau cite notamment les études de psychiatrie militaire sur les effets psychopathologiques de l'enfermement en camp de concentrations et ceux de P. Matussek (1971) et de H.A. et C. Barocas (1973) sur la détermination du « syndrome post-KZ », RICORDEAU Gwénola, « La solidarité à l'épreuve de l'incarcération. Une analyse comparative », *op. cit.*, p. 187..

1177 *Ibid.*

1178 G. Ricordeau indique que ces travaux ont été approfondis par : Ericson et al. (1973), Waller (1974), Martin et Webster (1971), Moerings (1977), Albrecht (1977), Verrijdt (1978) et Depreeuw (1978). D'autres ont décrit des phénomènes de transition, tels que Irwin (1970) ou Peper et Kramer (1978), *Ibid.*.

1179 Un des résultats d'une enquête sur la prise en charge des personnes sous main de justice, hébergées dans les associations de la Fédération Nationale des Associations d'Accueil, montre que l'isolement et les « mécanismes dépressifs » sont importants après la sortie de prison, BERLIOZ Gilbert et BARBE Laurent, « Etude de l'accompagnement des personnes sous main de justice accueillies dans les associations du réseau FNARS », Paris, Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale, 2010.

1180 RICORDEAU Gwénola, « La solidarité à l'épreuve de l'incarcération. Une analyse comparative », *op. cit.*, p. 187.

Une autre caractéristique des effets corporels de l'incarcération en maison d'arrêt est d'être de courte durée. Édouard consomme des drogues, mais n'a jamais été en situation de précarité ni inclus dans la file active d'un centre de réduction des risques. Trois mois après sa sortie, il affirme que les premiers temps étaient éprouvants, mais il ne se souvient plus précisément des effets physiques. Pour d'autres, ceux notamment qui étaient sous traitement anxiolytiques ou antidépresseurs pour pallier la dureté et l'angoisse de la détention, la sortie s'accompagne d'une rupture de traitement qui a des conséquences à la fois physiques et psychiques parfois sévères.

Les effets psychiques

La dimension psychique de la sortie de prison est délicate à décrire tant les expériences sont diverses et dépendantes du contexte et du parcours du sortant. Les effets psychiques sont de durées et d'intensité variables, mais peuvent presque tous être rapportés à l'expérience en détention et au retour au milieu social d'origine. La sensation dominante est une emprise de l'institution carcérale qui se prolonge au-delà des murs de la prison et qui se ressent dans les corps.

Ainsi Édouard ne se souvient plus des risques physiques des premiers jours après sa sortie, mais il évoque une longue période d'ajustement à la vie en ville : « 89 jours après [s]a sortie de prison », il me dit qu'il faut bien trois mois, pour commencer à aller mieux, « le même temps dehors que dedans ». Psychanalyste de formation, il se demande si c'est « corrélatif », ajoutant « Il faut bien le temps passé sous écrou pour déconstruire la prison une fois qu'on est libéré. » Cette période d'ajustement est longue ; trois mois après la sortie, il ressent toujours l'incarcération et me dit : « Je suis encore en prison. »

D'autres évoquent des séquelles psychiques plus longues, qui peuvent être éclairées par la masculinité hégémonique en prison, qui commande notamment d'être autonome et peu expressif. Gabriel Mouesca, un ancien détenu militant de la cause indépendantiste basque, décrit une forme d'anhédonie, soit une incapacité à ressentir les émotions positives, qui persiste depuis sa sortie de prison en 2001[1181]. Pour lui, cette « anesthésie des émotions » positives est la conséquence de ses dix-sept années d'incarcération : « pendant longtemps, et encore aujourd'hui, je ne suis pas très expansif. Quand il y a un motif d'être heureux, je le vis très calmement. J'attends le jour où tout ça va se libérer[1182]. »

Pour les détenus que j'ai rencontrés, incarcérés pour des périodes beaucoup plus courtes, l'angoisse et la colère sont souvent présentes, d'une manière ou d'une autre.

[1181] PORTELLI Serge et CHANEL Marine, *La vie après la peine*, *op. cit.*, p. 140.
[1182] *Ibid.*

Elles sont liées à l'incertitude décrite plus haut, mais aussi au traitement social de la déviance, et plus particulièrement, au traitement institutionnel des sortants de prison. Édouard, dont la classe sociale prédispose à une intolérance verbalisée de l'humiliation et de la perte d'autonomie, se plaint des effets de la « bombe » qu'est l'incarcération : « Je ne suis pas à la rue, cette incarcération est une bombe à effets limités, mais quand même. La théorie de l'éclaboussement sur le corps détenu de Foucault et Douglas, j'y suis ! (...) Ça rejaillit : certains [amis] s'éloignent, oui. [Ses collègues], les moins bons. Dans le milieu intello par contre, aucun problème. Mais la déflagration symbolique existe... Je ne suis plus au-dessus de tout soupçon[1183]. » Édouard est sous suivi judiciaire depuis sa sortie de prison. Il se plaint de ne pas avoir pu récupérer ses ordinateurs et son téléphone, « son matériel de travail », qui avaient été saisis par la police le jour de son arrestation et qu'une simple formalité pourrait lui restituer. « Ça m'irrite » me dit-il, les professionnels de police et de probation font preuve de mauvaise volonté, de manque de professionnalisme et s'immiscent dans sa vie privée. Les preuves sont insuffisantes et le non-lieu, inévitable selon lui. « Était-il nécessaire que je fusse incarcéré ? Je ne crois pas. (...) Je trouve effarante l'incurie de la justice de la vie pratique des justiciables. Je trouve ça vraiment lent, et encore je suis dans un bon jour ! Après on vous parle de non-récidive et de réinsertion ! » Il précise que la réinsertion ne s'applique pas à son cas. « Mais la récidive, c'est un foirage total ! L'insertion, idem. » Il cite en exemple les détenus qui trafiquent des drogues en grosse quantité et qui ne changent pas de carrière professionnelle du fait d'une incarcération. De son arrestation et sa garde à vue, il garde aussi une « haine à l'égard de la maréchaussée », dont il ne se croyait pas capable. Cette haine le rapproche de l'expérience des autres hommes détenus, dont un grand nombre se rapprochent de ce que F. Jobard nomme le « gibier de police[1184] ».

Pour les autres sortants que j'ai rencontrés, la rancœur contre les institutions tenues pour responsables de leurs incarcérations (la prison, la justice, la police) est récurrente. Chez certains, plus âgés et plus exposés à l'arbitraire et à l'injustice au travers de leurs parcours d'usage ou d'errance, cette rancœur prend la forme d'une certaine résignation, qui sert à se protéger. Alain par exemple me dit que : « ça ne sert à rien de résister ici, ils se mettent à quinze sur toi et tu finis au mitard. Il vaut mieux garder profil bas. »

[1183] Edouard a été incarcéré trois mois en détention préventive ; il était accusé d'un crime dont la charge morale est plus importante que celles des autres sortants de l'enquête (ils sont incarcérés pour des délits liés à la législation sur les stupéfiants ou des délits mineurs liés à la survie en situation d'errance, comme les vols de faible valeur.)

[1184] JOBARD Fabien, « Le gibier de police immuable ou changeant ? », *Archives de politique criminelle* (32), novembre 2010, p. 93-105.

Accepté ou décrié, ce sentiment peut être rapproché de l'expérience du retour de guerre de vétérans. Dans sa description de l'expérience de soldats étasuniens à leur retour des deux Guerres mondiales, W. Waller mentionne un fort sentiment de colère. À partir de ses observations de vétérans à la rue et sa propre expérience, il s'interroge sur la source et l'objet de cette rage diffuse, que les soldats décrivent et articulent difficilement[1185]. Il note bien que la situation de ces vétérans à la rue n'est pas représentative de l'expérience majoritaire du retour de guerre, mais il saisit cet exemple pour décrire les processus de production de cette rage. Certains de ces processus sont éclairants pour l'expérience de la sortie de prison.

W. Waller évoque plusieurs facteurs socioéconomiques et politiques : le manque d'insertion professionnelle et de réinsertion relationnelle[1186], l'insuffisance des aides aux vétérans blessés ou handicapés et le manque de volonté politique d'assister des soldats qui ont donné de leur corps et de leur jeunesse à la guerre. Pour ces trois premiers registres de facteurs, le parallèle avec la sortie de prison est clair : les sortants de prison font l'objet d'un traitement judiciaire puis carcéral qui impose des attentes annoncées en termes de « réinsertion » sans accorder aux administrations les moyens d'assurer l'accès aux droits et aux services nécessaires. W. Waller évoque un dernier registre de facteurs, en lien avec le politique et la place de la conscription dans l'espace public. Si la guerre est une expérience traumatisante pour les soldats, pour certains patrons d'industries et hommes politiques, elle est très profitable. Par exemple, la guerre, en tant qu'acte honorifique et patriotique, est un outil de communication important pour les hommes politiques de l'après-guerre à des fins nationalistes. Mais les vétérans comprennent que : « ceux qui parlent d'idéaux ne se battent pas pour ces idéaux, et ceux qui se battent n'en parlent pas[1187]. » Pour W. Waller, l'usage de l'expérience de la guerre est plus profitable aux hommes politiques qu'aux vétérans, qui sont les premiers concernés et les premiers à en souffrir. D'une certaine façon, le recours à la figure de la prison et à la prévention de la récidive est plus profitable aux tenants du discours sécuritaire, souvent ignorants des conditions de vie et de sortie de détention, qu'à ceux dont on demande qu'ils la vivent et se réinsèrent sans avoir voix au débat. Face à l'instrumentalisation de la guerre et de la prison, une frustration similaire apparaît chez les soldats de retour et les sortants.

[1185] Ma traduction de « inarticulate rage », WALLER Willard, *The veteran comes home*, New York, The Dryden Press, 1944, p. 95.

[1186] « Ils étaient une sorte de résidu d'hommes que l'industrie n'avait pas employés et que la vie de famille et en communauté n'avait pas encore réabsorbés. » *Ibid.*, p. 102.

[1187] Ma traduction de « the soldier has come to believe, and with considerable reason, that those who talk about ideals do not fight for them, and that those who fight for them do not talk about them. » *Ibid.*

La colère que vivent les détenus reste inscrite dans les corps, incorporée[1188], comme une empreinte du traitement social et politique de la déviance et de la pauvreté. Pour Alain Cangina, psychothérapeute et incarcéré pendant trente-quatre mois, la prison est comme

> *« une déflagration totale. Parce que d'un seul coup, vous êtes impuissant, vous êtes isolé de tout, vous ne pouvez plus rentrer en contact. (...) C'est là le paradoxe de la prison qui fait que ça ne marche pas : on va soi-disant en prison pour redevenir quelqu'un ; mais du moment qu'on rentre en prison, on n'est plus personne. (...) En prison, dans la réalité quotidienne, tout est fait pour nous énerver. Tout est fait pour nous brimer (...) Je crois que j'ai découvert ma colère en prison. Vraiment, je suis passé de la colère à la haine. La haine, je l'ai regardée, je l'ai mise à distance, mais maintenant, je sais ce que c'est. La haine qui bouffe, qui ronge[1189]. »*

Ce sentiment se prolonge dans l'expérience de la sortie, où il faut longtemps pour s'ajuster et supporter les frustrations quotidiennes sans avoir recours à cette colère. L'irascibilité est longue à calmer d'après Alain Cangina : « Après ma sortie, j'ai mis deux mois à me calmer. D'un seul coup, j'étais libre, il était hors de question que quelqu'un me regarde mal, me parle de haut ou quoi que ce soit. Avec l'âge, je ne suis pas parti au quart de tour, mais combien de fois j'ai manqué de le faire[1190]. » Pour les détenus de classe supérieure, le traitement social des personnes incarcérées est d'autant plus insupportable que l'expérience de l'arbitraire et de la violence sociale est moins courante ; en effet, le privilège de leur situation sociale les maintient ignorants de l'expérience subie du traitement dégradant plus ou moins explicite des classes dominées.

L'angoisse et l'inquiétude sont un autre ensemble d'émotions récurrentes dans les expériences de sortie de prison. Elle concerne le processus de retour à son milieu d'origine et la réinsertion relationnelle et professionnelle qu'elle sous-tend, mais aussi la prise en charge institutionnelle au sens large. Dans son étude sur les personnes sortant de prison un an après leur inclusion dans la file active de l'Association Réflexion Action Prison et Justice[1191], V. Le Goaziou note les inquiétudes liées aux conditions matérielles de l'accueil et à la réussite du « projet » de réinsertion, par l'emploi notamment[1192]. Ces inquiétudes lorsqu'elles sont couplées à des frustrations et des échecs peuvent donner lieu à des comportements agressifs. Les impressions de V. Le Goaziou font écho aux

---

[1188] CSORDAS T.J., « Embodiment as a Paradigm for Anthropology », *art. cit.*

[1189] PORTELLI Serge et CHANEL Marine, *La vie après la peine*, *op. cit.*, p. 277.

[1190] *Ibid.*

[1191] L'Arapej est une association de prise en charge et d'accompagnement de personnes sous main de justice et sortant de prison. Elle est habilitée à encadrer des mesures telles que les peines alternatives et les libérations conditionnelles. La prise en charge est souvent conditionnée à la construction ou à l'engagement dans un « projet » d'insertion professionnelle, de sortie de la délinquance et de la toxicomanie et de l'accès à l'hébergement.

[1192] LE GOAZIOU Véronique, *Sortir de prison sans y retourner. Parcours de réinsertions réussies*, *op. cit.*

résultats de G. Ricordeau, qui note que : « La sortie de prison, si elle obnubile nécessairement les détenu(e)s, représente pour beaucoup essentiellement une source d'angoisses : que la sortie soit synonyme d'inconnu (lorsque la personne a décidé de « changer de vie »), ou qu'elle soit un retour à une situation pénible, déjà expérimentée et vécue comme une impasse, car ayant auparavant abouti au délit/crime et à l'incarcération[1193]. »

L'angoisse concerne tous les sortants que j'ai revus, mais ils l'expriment différemment. Édouard, qui est psychanalyste, termine notre deuxième entretien en ville en riant : « Ça me fait plaisir de vous parler, vous êtes mon analyste. » Si j'avais conçu l'écoute comme une contrepartie implicite de la participation des détenus à mon enquête, ce n'est qu'une fois sorti que le sujet apparaît explicitement dans nos échanges. Édouard, mais aussi Iliès, Patrick et Jean expriment de la gratitude pour nos conversations et pour mes questions, qui, dehors, sont essentiellement une série de variations sur le thème de « comment allez-vous ? » Ainsi, dans le parc près du centre thérapeutique résidentiel, Iliès me dit : « Sur qui je peux compter ? Mes parents, l'équipe [du CTR]… et puis y a toi. » La distinction entre mon rôle de sociologue et celui de travailleur social étant très claire pour Iliès, comme pour Patrick et Jean, je ne pense pas qu'il s'agisse d'une confusion des genres, ou des professions. Nos conversations se font sur rendez-vous, en personne ou au téléphone, mais elles sont toujours prévues et prévisibles et en cela, certaines. Il me semble que la reconnaissance que certains sortants ont exprimée éclaire plutôt la grande solitude qui caractérise la sortie de prison. Qu'ils retrouvent des proches et leur travail, comme Alain, ou qu'ils retournent à la galère, comme Patrick, les sortants vivent une expérience qu'ils sont les seuls à éprouver et qui fait l'objet de peu de conversations. Et pourtant, par rapport à d'autres, la sortie de prison des hommes séropositifs que j'ai rencontrés est particulièrement encadrée par des travailleurs sociaux et des soignants, c'est-à-dire des professionnels de l'écoute et de l'empathie.

Le corps entre deux mondes, entre dedans et dehors

Le travail d'ajustements au retour en ville est long et, dans les premiers temps, il peut donner le sentiment d'être toujours en prison. Si le sentiment de liberté est vécu différemment par les sortants, ils éprouvent quasi unanimement le besoin d'être de nouveau propres. Marquer la fin de la « contamination » carcérale au sens de Goffman[1194] passe par des actes comme se laver, se raser, se couper les cheveux et porter des vêtements neufs et plus à la mode. Reprendre possession de son apparence leur a

[1193] RICORDEAU Gwénola, « La solidarité à l'épreuve de l'incarcération. Une analyse comparative », *op. cit.*, p. 179.

[1194] GOFFMAN Erving, *Asylums*, *op. cit.*, p. 23-33.

permis de montrer une autre image d'eux-mêmes en entretiens – et cette transformation m'a permis de voir une autre dimension de leur rapport à l'autre. Tous les hommes sortis de prison que j'ai revus en ville paraissaient plus propres, plus soignés et mieux habillés qu'en détention.

Par exemple, Patrick, un Guyanais en métropole depuis près de vingt-cinq ans, était vêtu d'un débardeur en résille large et troué de couleur fluo lors de nos entretiens en détention, un haut peu commun dans l'espace public parisien. Lorsque je le revois au centre d'hébergement un mois après sa sortie, Patrick porte des vêtements et des chaussures neufs, qui forment un ensemble réfléchi, assorti et accompagné d'un bijou voyant. Par rapport à sa tenue négligée en détention, dehors, Patrick se tient plus droit et plus fier, dans une tenue onéreuse et à la mode. Sa tenue et son attitude signalent l'importance du regard de l'autre, y compris le regard féminin, et le soin de son apparence. Cet ajustement concerne aussi les détenus de classe privilégiée et, si l'identité projetée est située selon des codes différents, la transformation est tout aussi visible. En détention, Édouard portait souvent un jogging chiné, propre, mais sans marque apparente – un ensemble courant en détention, mais qui dénotait avec son élocution de grand bourgeois. En ville, il me retrouve pour notre premier rendez-vous vêtu d'un costume gris avec une chemise blanche et une cravate rouge. Il est élégant, marche d'un pas assuré et sa démarche est à l'avenant, affichant plus clairement son orientation sexuelle qu'en détention. Pour les deux hommes, ces entretiens me laissent l'impression qu'ils se sont retrouvés en tant qu'homme, sans pouvoir ni développer ni étayer cette impression.

Se laver, se changer, porter des vêtements neufs sont des pratiques qui font la sortie de prison. Le classement des rites de passage d'A. Van Gennep comprend trois catégories qui sont heuristiques pour décrire l'ensemble des pratiques qui font la sortie. Je les discute brièvement, pour en situer mon usage avec l'expérience des sortants de prison. Selon A. Van Gennep, (1) les rites préliminaires, liés à la « séparation » du milieu que l'on quitte, précèdent (2) les rites liminaires, liés à un moment d'entre-deux, de « marge », plus ou moins long entre le début et la fin du passage ; ils sont suivis (3) des rites postliminaires, liés à « l'agrégation » dans le milieu dans lequel on arrive[1195].

Au début du siècle dernier, A. Van Gennep construit ce schéma dans une perspective nosologique, à partir d'un corpus de travaux anthropologiques sur des sociétés dites traditionnelles et « compartimentées ». L'isolement des compartiments sociaux, tels que la jeunesse ou l'âge adulte, qui requerraient des formalités et des cérémonies de passages des uns aux autres, n'est plus ce qui caractérise les sociétés

[1195] VAN GENNEP, *Les rites de passage*, Paris, Picard, 1969, chap. 1-2.

européennes aujourd'hui. En effet, les temporalités biographiques sont devenues plus flexibles et les parcours de vie ne s'entendent plus en termes de seuil d'âge[1196]. Voici une première limite à l'usage contemporain de la conception des rites de passage d'A. Van Gennep, comme le montre M. Bozon avec le cas de la jeunesse[1197].

P. Bourdieu en propose une deuxième, en attribuant au rite une fonction « d'acte d'institution[1198] », qui marque non pas seulement la distinction entre initiés et non-initiés en passe de le devenir, mais qui rappelle plutôt que les initiables et les non-initiables sont des groupes fondamentalement et socialement différents. Dans cette perspective, le rite du service militaire par exemple servirait à distinguer les hommes des femmes, ces dernières ne pouvant jamais être intégrées à la société des hommes adultes par ce rite, contrairement aux adolescents masculins[1199]. Une troisième limite de l'usage de la notion de rite de passage dans le cas de la sortie de prison suit la première : les sociétés dites traditionnelles sont caractérisées par une faible mobilité, mais aussi par une domination matérielle et symbolique des ainés. Enfin, dernière limite, l'interconnaissance dans ces sociétés donne lieu à un fort contrôle social[1200].

Toutefois, penser la sortie en référence à l'anthropologie des rites de passage permet de distinguer trois classes de pratiques, qui se déroulent en détention, en détention et en ville, et en ville. (1) En détention, les pratiques de séparation sont celles qui anticipent la sortie de prison. Les détenus préparent la sortie, par le recours à

[1196] BESSIN Marc, « Les transformations des rites de la jeunesse », *Agora débats/jeunesses* 28 (1), 2002, p. 12-20.

[1197] BOZON Michel, « Des rites de passage aux «premières fois». Une expérimentation sans fins », *Agora débats/jeunesses* 28 (1), 2002, p. 25.

[1198] BOURDIEU Pierre, « Les rites comme actes d'institution », *Actes de la recherche en sciences sociales* 43 (1), 1982, p. 58-63.

[1199] Le parallèle avec le recrutement social de la population carcérale n'est pas évident car, si les hommes non-Blancs des classes populaires sont incontestablement surreprésentés en prison, les autres catégories sociales n'en sont pas absentes. En droit, les « non-initiables » à l'incarcération n'existent pas mais les sciences sociales montrent bien que les « initiés » partagent des caractéristiques communes bien identifiées. Cette nuance pose la question de la production d'une distinction par l'institution carcérale : les sortants de prison le restent-ils ? Ou parviennent-ils à regagner leurs appartenances sociales antérieures, sans effet notable de leur enfermement ? Mon enquête se borne aux premiers mois, voire la première année, suivant la sortie et suggère que la stigmatisation et la rupture carcérale affecte l'insertion relationnelle et par le travail des sortants qui en jouissent. Il faudrait pouvoir poursuivre cette enquête dans les années et décennies suivant la sortie pour pleinement mesurer la distinction que pourrait créer le passage par l'institution carcérale.

[1200] En dépit de ce que soulignent les études sur la proximité entre les communautés pauvres urbaines et la prison (de L. Wacquant, de M. I Cunha ou de L. Bony par exemple), l'interconnaissance n'est pas la propriété la plus saillante des détenus en France aujourd'hui, du fait notamment de la grande taille des maisons d'arrêt et du cloisonnement de la vie carcérale – en Ile-de-France tout particulièrement. Cependant, l'existence d'un contrôle social des populations détenues et sortantes est indéniable. Il me semble que le contrôle social s'opère plus majoritairement par le maintien de l'ordre carcéral et par les rapports avec les proches et les professionnels du médicosocial en détention, puis par d'autres mécanismes de domination hétérogènes en ville, qui juxtaposent assujettissement et responsabilisation.

l'activation de soi et des professionnels pour ouvrir ses droits et demander un hébergement social par exemple[1201].

(2) À la marge, entre dedans et dehors, le sortant s'ajuste : il se défait de la contamination carcérale et se lave et change de vêtements, par exemple, pour s'ajuster à sa nouvelle situation, mais aussi pour restaurer son rapport aux autres, ou tout du moins créer la possibilité de ces rapports aux autres. Les autres pratiques que j'associe à cette étape liminaire sont situées en détention ou en ville : être encellulé en quartier dit « Sortants », donner sa nourriture et ses ustensiles à son ou ses codétenus en quittant la cellule, être enchanté par le quotidien et par la liberté retrouvée (comme le décrit Édouard), « fêter la sortie » (comme le décrit Jean, qui rappelle la « quille » de son expérience militaire antérieure), reprendre la consommation de psychoactifs, avoir un ou des rapports sexuels, attendre l'aboutissement des démarches médicosociales (comme le décrit Mehdi). Cette liste n'est pas exhaustive et pour chaque sortant elle énumère des pratiques qui peuvent varier selon sa situation. Faite d'une multiplication de rites de passage dans un temps flou, la sortie est fondamentalement différente du rite d'entrée en prison, décrit par E. Goffman au travers de processus identifiés et brutaux, mais explicites et bornés dans le temps, comme la mortification[1202].

Après « un temps plus ou moins long dans une situation spéciale [où] il flotte entre deux mondes[1203] », le sortant s'ajuste et devient en quelque sorte « sorti. » Ce temps plus ou moins long n'est pas un temps chronologique, prévisible ou mesurable. Il est fait de réflexion, d'activités et d'interactions avec les proches et les professionnels du médicosocial qui opèrent la transition dans un temps opportun, celui du *kaïros*. C'est pourtant sur ce temps qu'interviennent et s'interrogent les professionnels de la prise en charge postcarcérale.

Les sortants de mon enquête ont souvent des expériences antérieures de la sortie de prison. La sortie que j'ai observée n'est souvent pas la première et je me suis beaucoup entretenue avec eux sur leurs expériences passées. Le passage de la sortie de prison n'est ainsi pas unique, ni toujours une « première fois. » Se télescopent alors la conception de Van Gennep et les formes contemporaines de multiplication des rites de passage, décrites par M. Bessin et coll.[1204]. Le passage de la prison à la ville est mieux qualifié par un ensemble de rites, qui permettent de s'ajuster à l'incertitude et ses effets somatiques et psychiques, et de (re)créer les rapports sociaux nécessaires pour (re)trouver une

---

[1201] J'ai décrit ces pratiques dans les chapitres précédents et reviens à cette notion d'activation dans la suite de ce chapitre.

[1202] GOFFMAN Erving, *Asylums*, *op. cit.*, p. 16.

[1203] VAN GENNEP, *Les rites de passage*, *op. cit.*, p. 24.

[1204] « Rites et seuils, passages et continuités », *Agora débats/jeunesses*, 2002, no. 28.

insertion relationnelle, une prise en charge médicosociale et une insertion par le travail. La liminalité de cette expérience se manifeste par le fait que ces rites s'accomplissent au moment subjectif de la sortie, qui inclut sa préparation et ses ajustements, c'est-à-dire en détention et en ville.

(3) Cette période d'ajustement s'achève lorsque les anciens détenus, « sortis », ne se sentent plus « en prison » et partagent leur quotidien avec d'autres : certains parlent de manger ensemble avec des proches ou de regarder la télévision avec leur conjointe, par exemple. Parce que je n'ai pas pu observer ce moment aussi bien que les deux précédents, je fais l'hypothèse que retrouver des rapports sexuels « ordinaires » et une consommation d'alcool, de drogues ou un traitement de substitution aux opiacés « ordinaires » entrent aussi dans cette catégorie postliminaire[1205]. Pour les anciens détenus toxicomanes, ce moment de « l'après » peut être assez court dans la mesure où les incarcérations peuvent se suivre et les démarches de recours aux droits et aux services se répéter ; elles demandent de continuer à se présenter comme « sortant » de prison par exemple.

Les effets somatiques et psychiques de l'incarcération et des ajustements à la sortie de prison incluent des effets directs, comme la colère ou l'angoisse face à une épreuve pleine d'incertitude, et des effets indirects, comme la souffrance que peut causer l'injonction à la réflexivité dans la construction du « projet » de sortie ou de sevrage. Ces effets relèvent de l'incorporation car ils sont les marques du traitement social de la déviance et de la précarité et ainsi, l'expression des contraintes structurelles que vivent les sortants. Si certains parviennent à regagner le domicile familial, comme Amin par exemple, tous sortent plus fragiles de cette expérience, qui ébranle leurs supports et les rend plus vulnérables.

Dans l'épreuve de la sortie, les tentatives de recours aux droits et aux services font partie de ce processus de progression de la vulnérabilité des sortants de prison. Les modalités de recours varient selon les situations, mais elles requièrent toutes une activation de la part du demandeur, qui doit se montrer responsable dans ses démarches et adhérer aux attentes des institutions.

La sortie activée : la phase administrative de la sortie de prison

Dans le vocabulaire des professionnels de la prise en charge de la population pénale et postpénale, la « sortie sèche » fait référence à la fin de l'exécution d'une peine

[1205] J'entends « ordinaire » au sens relatif de congruent au parcours et aux situations de chacun : une sexualité et une consommation de psychoactifs qui ne sont plus perturbées par l'abstinence ou le dosage imposés par l'institution carcérale.

d'enfermement, sans suivi ni accompagnement. Souvent, s'y ajoute l'absence de ressources pour faciliter l'accès aux droits en ville et la continuité de la prise en charge médicale. Sortir de prison sans carte d'identité, sans carte vitale, sans argent en espèces, sans ordonnance ou sans rendez-vous médical pour poursuivre le traitement en cours sont quelques-unes des situations qui préviennent l'accès aux soins et aux droits des sortants séropositifs. Selon une majorité de ces professionnels, ces situations sont évitables et doivent être prévenues. Au sens strict, la « sortie sèche » fait aussi référence à la sortie sans libération conditionnelle ; elle concerne 80 % des sortants[1206].

Sous main de justice ou libérés définitivement, les sortants sont les premiers à agir pour faciliter le retour en milieu social, en anticipant autant que possible certaines démarches. Dans mon enquête par questionnaires, deux sur cinq d'entre eux ont déjà fait l'expérience de la sortie de prison[1207]. L'hébergement est un des soucis principaux et la préparation de la sortie commence souvent par un travail sur les liens avec les proches, comme dans le cas d'Amin, qui obtient d'abord une place en centre de postcure, mais réintègre le domicile de ses parents quelques jours plus tard après avoir repris contact avec sa mère.

L'incertitude imprègne l'expérience des sortants, mais elle débute en amont de leur départ de l'institution carcérale : parmi les soixante-sept détenus interrogés par questionnaire en détention, un quart d'entre eux ne sait pas s'il aura un endroit où dormir à la sortie de prison (17) et un sixième sait qu'il n'en aura pas (10). Parmi les trois cinquièmes qui pensent avoir un endroit où dormir (40), seuls deux ont bénéficié de l'aide d'un professionnel du médicosocial ou de la pénitentiaire pour y parvenir[1208].

Le corps malade et le récit comme ressources

La prise en charge par des professionnels de l'aide sociale influe de manière significative sur l'expérience de la sortie. Ceux qui sont hébergés par une association ou par un proche ou ceux qui galèrent vivent une expérience sensiblement différente de ceux qui retournent chez eux et qui ont moins de contacts avec des professionnels de l'aide

[1206] « L'analyse des fiches pénales révèle que 80% des libérés de 2002 n'ont bénéficié d'aucun aménagement de peine lors de leur séjour en détention, 20 % ont bénéficié d'au moins un aménagement de peine. » KENSEY Annie et BENAOUDA Abdelmalik, « Les risques de récidive des sortants de prison. Une nouvelle évaluation », *Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques* (36), 2011, p. 8.

[1207] 37%, cf. note antérieure, p. 10. Et dans le volet d'enquête par questionnaire, 56 des 67 détenus interrogés ont fait l'expérience d'une sortie de prison antérieure.

[1208] L'incertitude concerne aussi l'emploi et les ressources. Vingt-quatre des détenus interrogés pensent avoir un emploi à la sortie, seize pensent qu'ils n'en auront pas, 21 pensent qu'il est difficile de se prononcer au moment de l'enquête, et quatre ne travaillent pas. La moitié pense avoir des ressources à la sortie, seize pensent qu'ils n'en auront pas et dix-neuf ne savent pas se prononcer au moment de l'enquête.

sociale. La liberté qui suit l'enfermement est vécue de manière relative aux règles qui conditionnent l'hébergement et aux difficultés liées à l'errance.

Six des sortants que j'ai pu revoir en ville ont été accueillis par un centre d'aide sociale aux personnes séropositives au VIH ou de prise en charge de la toxicomanie. Ces associations leur ont accordé un hébergement au cours des trois premiers mois suivant la sortie. Patrick a « galéré » pendant un mois, entre l'hébergement d'urgence et la rue, avant d'obtenir un lit dans un centre d'hébergement au nord de Paris pendant un mois environ. Iliès et Mehdi ont été inclus pour quelques semaines dans un Centre thérapeutique résidentiel, grâce à un financement expérimental de places ciblées pour les usagers précaires sortants de prison. Amin a obtenu une place en postcure, dès sa sortie puis est rentré chez lui, chez ses parents. Mourad et Karim, tous deux séropositifs au VIH et âgés de plus de cinquante ans, ont obtenu une place dans un Appartement de coordination thérapeutique, un appartement partagé avec une ou deux autres personnes atteintes de maladies chronique et grave et en situation de précarité importante. La vie y est supervisée par des travailleurs sociaux, qui s'assurent, entre autres, de l'accès aux soins et aux droits des hébergés.

Les modalités d'hébergement varient et favorisent plus ou moins l'optimisme des sortants vis-à-vis de leur « projet ». Mourad et Karim sont dans une situation privilégiée : l'hébergement est de long terme, leur assurant une stabilité et une trêve dans les démarches de recherche et de sollicitations des guichets d'aide sociale, s'ils respectent les conditions de l'hébergement ; leur accès aux droits est encadré par les travailleurs sociaux de l'association, ce qui leur assure un revenu minimum lié à leurs droits sociaux (MDPH notamment) et une situation administrative stable ; Mourad travaille et peut ainsi compléter ses revenus. Dans cette situation, le VIH constitue une ressource pour un accès privilégié à des dispositifs d'aides sociales rares et sélectifs.

Iliès, Medhi et Patrick ont obtenu des places pour des périodes moins longues en hébergement collectif. Iliès et Medhi sont inclus dans le dispositif du Centre thérapeutique résidentiel sur des critères de dépendance aux drogues et de précarité ; Patrick, dans son centre d'hébergement, sur des critères de précarité et de projet de retour à l'emploi. Iliès et Medhi sont inclus sur des critères de dépendance aux drogues et de précarité et Patrick, sur des critères de précarité et de projet de retour à l'emploi.

Cette inclusion requiert une adhésion et un engagement qui doivent paraître authentiques et la formulation d'un projet vers une sortie de la toxicomanie et de la délinquance. Ainsi Iliès et Medhi travaillent à ce projet et finissent par accéder à un Appartement thérapeutique pour le premier et une postcure pour le second. Décrit de cette manière, leur parcours semble être ascendant, vers une réinsertion par le logement

et l'accès aux droits sociaux. En réalité, chaque étape de cet enchaînement est mêlée d'incertitudes et engage un travail intellectuel et sur le corps : pour signifier la crédibilité du projet ou de leur engagement, pour montrer leur capacité à rester abstinent et leur gestion des médicaments psychoactifs, pour attendre la disponibilité de places d'hébergement dans les structures sollicitées. Parce que c'est le projet qui est évalué, tout échec revient à l'usager, porteur pas assez convaincant ou ne semblant pas assez convaincu. Le rapport au projet n'est pas qu'utilitaire ou opportuniste, les sortants se prennent au jeu de la réflexivité et paient de leurs doutes et de leur estime de soi.

Lorsque je vois Iliès pour la deuxième fois au centre thérapeutique résidentiel, il est découragé : « Je pédale dans la semoule là, j'en ai marre. Les deux jours d'entretien [pour obtenir l'appartement thérapeutique], j'étais motivé, j'étais content. Ça se passait bien. Mais là, j'en peux plus. » Il me raconte qu'il se sent éloigné des autres résidents du centre, qui sont moins autonomes que lui et vivent mieux les injonctions paternalistes à se responsabiliser dispensées par les éducateurs :

> *« Tu vois, lui, [il me montre du doigt un autre hébergé sortant de prison que nous croisons dans le parc près du centre], il me demande s'il peut rentrer [au centre]. C'est n'importe quoi. J'en suis plus là, je pédale dans la semoule ici. J'en ai marre d'être toujours en collectif, de ne jamais être seul. Je ne suis pas un bébé moi. Les éducateurs, ils sont toujours à dire « fais-ci », « fais-ça. » (...) Non, moi, j'ai pas besoin. Moi, ils me disent rien, je fais ce que j'ai à faire, mais à force de l'entendre [dit aux autres] ça me pèse. »*

S'il se sent de moins en moins en adéquation avec le type de prise en charge, il reste attaché à ses objectifs : il veut se sevrer, rester abstinent, obtenir un appartement et passer à autre chose. Il croit au baclofène, un médicament « pour arrêter, qui te fait vomir dès que tu bois » et qui l'aidera à se sevrer définitivement de l'alcool. En attendant, il prend un traitement de benzodiazépines assez lourd, qui se voit aux coins de ses lèvres et ne l'aide pas à se sentir désengourdi. Le traitement de substitution aux opiacés est aujourd'hui une des voies de la « sortie de la toxicomanie », au sens où la construit M. Caiata Zufferey[1209]. Il peut être un marchepied nécessaire à la distanciation avec le produit, mais il comporte aussi le risque d'une dépendance prolongée au médicament.

Cette injonction au récit, authentique, mais structuré, biographique, mais construit autour d'un besoin de réflexion et de travail sur soi, est devenue le mode de dispensation principal des traitements de substitution et d'inclusion dans les services d'accompagnement au sevrage. Elle concerne aussi les usagers qui n'ont pas été incarcérés. « Raconter sa vie, y en a qui ont besoin de parler, qui sont dans des situations

[1209] Les deux autres sont l'abstinence et la consommation maîtrisée. CAIATA ZUFFEREY Maria, « Sortie de la toxicodépendance: le dire pour le faire », *in* SOULET Marc-Henry (dir.), *Changer de vie: un problème social*, 1 vol., Fribourg, Academic press, 2011, p. 91-105.

pires que moi, eux ils sont contents de parler, ça leur fait du bien. Moi, non. J'ai déjà réfléchi. J'ai déjà fait ce travail. J'ai juste envie d'arrêter ce produit parce qu'il me rend dépendant. Est-ce que je vais leur raconter que j'ai essayé l'héro pour m'amuser, mais que ça rend dépendant ? Et que je veux arrêter la métha parce que ça rend dépendant et que j'ai envie de passer à autre chose ? Non. Ce n'est pas ça qu'ils ont envie de savoir. Ils veulent que je leur raconte des histoires, que je leur raconte ma vie, que je leur dise que j'étais pas prêt parce que je traversais quelque chose. » Cet ancien usager, en contrat de travail à durée indéterminée et avec un logement personnel, est peu habitué aux dispositifs d'accompagnement au sevrage. Il se confronte avec difficulté à l'injonction biographique, un exercice que les sortants que j'ai rencontrés pendant l'enquête maîtrisent, ou supportent, mieux.

Dans ces dispositifs, pour « passer à autre chose », l'initiative et la motivation doivent être démontrées et doivent s'ancrer dans des tentatives personnelles passées qui se sont soldées par des échecs. Souvent, on demande aux usagers d'interpréter les raisons de leurs difficultés à se défaire de la dépendance, en puisant dans leur parcours biographique et leur « personnalité ». Il s'agit ici d'un gouvernement des corps que D. Memmi qualifie de « police des corps [à laquelle s'ajoute] une police des récits [1210]». Cet exercice réflexif s'appuie souvent sur la mise à jour d'expériences douloureuses et d'incapacités à répondre à des attentes sociales, comme être père par exemple. Iliès me dit qu'il aurait bien aimé être père, mais qu'il ne le sera probablement jamais. Il avait bien quelqu'un, à un moment, mais « j'ai déconné, comme d'habitude. » Aujourd'hui, les gens sur qui il peut compter pour s'en sortir se résument à ses parents et l'équipe des professionnels du centre. L'exercice du projet, sa formalisation et son déroulement, fragilise les usagers et leur estime de soi. « J'ai l'impression de faire la mendicité », me dit-il, au sujet de l'énième épreuve de la robustesse de son projet, de son engagement et de son authenticité, auprès d'une travailleuse sociale d'une autre association d'hébergement plus pérenne.

Les conditions d'accès à un hébergement sont donc exigeantes pour les usagers, qui doivent faire gage de leur corps défaillant, de leur personne et de leur ego dans le « projet ». Le cas de Mehdi est éclairant à ce propos, car il illustre le travail pluriel de recours aux droits et aux services pour un sortant de prison de nationalité étrangère en situation de précarité, avec des besoins de santé.

[1210] MEMMI Dominique, « Vers une confession laïque? La nouvelle administration étatique des corps », *Revue française de science politique* (1), 2000, p. 3-20.

Le parcours de Medhi

Medhi a 48 ans. Il est de nationalité tunisienne et réside en France depuis plus de trente ans. Il vient d'une fratrie de neuf enfants, dont le père était fleuriste à Tunis et la mère au foyer. Arrivé seul en France au début des années 1980, sa carrière de trafiquant de drogues se délite à partir des années 1990. Aujourd'hui, il cumule les problèmes de santé cardiovasculaires, infectieux et toxicomaniaques et il dépend des ressources dispensées par l'aide sociale. Ses revenus sont faibles et incertains.

Arrivé en France d'un pays du Magrheb à l'âge de 17 ans, il rejoint son cousin dans une entreprise de trafic de drogue lucrative à ses débuts. Pendant un temps, il « vit la belle vie. » À partir de 1994, il commence à consommer la cocaïne qu'il vend. Il fréquente une femme qu'il introduit à l'usage de drogues et, usage croissant, la relation s'effrite, mais pas avant d'avoir eu deux enfants avec elle. Aujourd'hui adolescents, les enfants ont été élevés par leur tante paternelle et Medhi les voit peu souvent.

Sa situation administrative oscille entre demandes de régularisation, permis de séjour, demandes d'autorisation de séjour pour raisons médicales et ordres de quitter le territoire français – parfois de manière concomitante. Au moment de l'enquête, il s'en sort avec l'aide d'une juriste d'un Caarud[1211] du nord de Paris, qui le conseille et l'accompagne à la préfecture, et celle des professionnels de l'Ucsa et du SMPR[1212] puis des éducateurs d'un Centre thérapeutique résidentiel. Le profil de Medhi correspond aux caractéristiques sociodémographiques et pénales des détenus de la classe « Nord-africains précaires », décrite dans le chapitre 5.

La prise en charge médicosociale de la toxicomanie, qui inclut le traitement de son hépatite C, est très prégnante dans les entretiens. Mehdi est un usager des services d'aides associatifs (de bas seuil notamment) et hospitaliers depuis treize ans. Il connaît très bien le panorama des ressources de l'aide sociale en Ile-de-France : il connaît les associations et un grand nombre de travailleurs sociaux ; il maîtrise les modes de recours aux services, dont les modes de présentation de soi, et sait répondre aux injonctions des professionnels du champ, notamment biographiques. Medhi déploie une énergie conséquente à obtenir des ressources grâce à l'aide sociale, mais elles sont faibles et incertaines du fait notamment de son statut administratif en France. Sa situation correspond ainsi à celle des détenus de la classe « sortie incertaine », décrite dans le chapitre 5. Contrairement à eux, le soutien dont il bénéficie est conséquent et provient essentiellement des professionnels de l'aide sociale, qu'il sait toucher et ménager.

[1211] Caarud : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues

[1212] Le SMPR, ou service médicopsychologique régional, dispense les soins de santé mentale en détention.

Medhi est sous traitement de substitution aux opiacés depuis longtemps et consomme sporadiquement des produits psychoactifs en complément, d'une manière que l'on peut qualifier de maîtrisée dans le sens où elle ne prévient pas son accès aux ressources dispensées par les guichets de l'aide sociale. De même, il a été incarcéré de nombreuses fois et sait faire en prison : il obtient un poste d'auxiliaire peu de temps après son arrivée en détention ; il connaît les codes et les particularités de la maison d'arrêt, voire certains des professionnels. Également sorti de prison de nombreuses fois, il décrit l'expérience comme un inéluctable retour à la consommation de cocaïne et de galette[1213] et, plus ou moins directement, à un retour en prison.

Des situations sociales complexes, mais dans le giron de l'aide médicosociale

Au moment de l'enquête, le quotidien de Medhi est fait de démarches médicosociales et administratives, de gestion des rapports avec les multiples guichets d'aide sociale et médicale. Usager privilégié et expert, voire « client professionnel » des associations de bas seuil, son travail de sollicitation des professionnels en et hors détention lui donne finalement accès à une postcure puis à un hébergement individuel, dans une région rurale, en appartement thérapeutique, comme je l'ai évoqué plus haut. C'est à ce moment-là que je perds contact avec Medhi, environ huit mois après sa sortie de prison. L'ennui et la solitude dont il me parle lors de notre dernière conversation téléphonique me donnent l'impression qu'il n'y restera peut-être pas définitivement.

De mon point de vue, au moment de l'enquête, le parcours de Mehdi est installé dans la dépendance à la drogue et à l'aide médicosociale, en particulier depuis ce qu'il décrit comme le tournant du début de l'usage de cocaïne en 1994. Si, à l'écouter, on peut reconstruire un parcours ponctué d'événements décisifs ou émotionnellement marquants, comme l'immigration, le décès de son père et le début de sa dépendance, Mehdi me raconte plutôt un parcours lisse et fébrile à la fois, installé dans une précarité pérenne et empreint d'une activité frénétique de démarches médicosociales. À 48 ans, Medhi en parait 65, tant son visage et son corps sont usés. L'incertitude est prégnante et les projets nombreux, même lorsqu'il fait partie des files actives des associations médicales et d'aide sociale qu'il sollicite. Ce tournant de 1994 fait plutôt penser à l'amorce d'un changement de mode de consommation de drogues, d'abord public et collectif (festif, celui d'un entrepreneur qui a réussi) puis privé, mais exposé (se

[1213] Forme de crack.

rapprochant de la figure de « toxico » recherchant l'intimité dans des lieux publics comme la rue et les centres d'aide sanitaire et sociale[1214]).

L'angle de l'enquête, ciblée sur la santé, pourrait laisser croire que Medhi surjoue son investissement dans ces démarches et garde sous silence ses autres activités, comme celles qui lui permettent de continuer son usage de drogues ou de maintenir des relations avec d'autres personnes, hors du champ professionnel médicosocial. Mais Medhi me parle volontiers et de manière volubile de drogues, du plaisir qu'elles lui procurent et des façons de se débrouiller pour en avoir, des façons de se débrouiller en général, de sa famille ou de ses relations amoureuses passées. Au fil des entretiens et des coups de téléphone, il m'apparaît que la vie de Medhi est bien occupée par la galère et la débrouille, dont ces démarches administratives et médicales font partie.

Medhi jongle avec les différentes dimensions d'une situation médicale, sociale et administrative complexe et un ensemble de relais pluriprofessionnels. Il sollicite notamment les services ciblés pour les personnes séropositives ou toxicomanes. Cette activation débute dès la détention (et en réalité, bien avant) et se poursuit après sa sortie. De la maison d'arrêt, il est en lien avec une conseillère de probation pour obtenir une place en hôtel social à la sortie d'un côté et avec la juriste du Caarud[1215] qu'il fréquente en ville de l'autre – ce qui est particulièrement rare dans mon expérience et plutôt le fait de son inclusion antérieure dans ce dispositif et de son statut de toxicomane précaire. Depuis la détention, il s'active aussi pour s'assurer un accès au traitement de substitution aux opiacés dont il aura besoin une fois sorti. En ville, dès sa sortie, il se présente au Caarud, avec un « billet de sortie » attestant de sa situation vis-à-vis du système pénal, pour seul document officiel. La juriste l'aide dès la sortie à comprendre les enjeux et les solutions aux problèmes pointés par la préfecture de police : Medhi est à la fois sans papiers, l'objet d'une interdiction de séjour sur le territoire français, marié à une française, père d'enfants français et sous traitement pour une maladie grave. Le statut de toxicomane délinquant et les accusations d'usurpation d'identité ne facilitent pas les rapports avec les fonctionnaires de la préfecture. Sa situation est si complexe qu'il me faut plusieurs entretiens avec Medhi et trois occasions où je l'accompagne à ses rendez-vous chez la juriste et à la préfecture avec son éducatrice, pour comprendre ce qu'il lui arrive et comment il s'y prend pour s'en sortir.

Dans ce processus d'accès aux droits et aux soins au sens large et exhaustif du terme, Medhi se montre utilitaire, impatient et cordial à la fois, sachant répondre aux attentes minimum en termes de pratiques et de savoir-être avec les professionnels. Pour

---

[1214] BOUHNIK Patricia, « La drogue comme expérience intime », *Ethnologie française* (1), 2002, p. 19-29.

[1215] Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues

certain, la temporalité de la sortie de prison peut être un obtacle à la prise en charge postcarcérale[1216]. Mais Medhi construit son emploi du temps autour des horaires des multiples guichets d'aide sociale, en se gardant une marge de manœuvre pour les activités de débrouille et d'usage. Chaque sollicitation qui se traduit par un échec semble alourdir son dossier, accroître sa dépendance à une aide médicosociale toujours temporaire et le rendre plus vulnérable. Après quelque temps, les dossiers sont envoyés et certaines demandes aboutissent. Six jours après sa sortie, Medhi est reçu dans le Centre thérapeutique résidentiel évoqué plus haut. Au bout de quelques semaines, il apprend qu'il est reçu dans un Centre thérapeutique résidentiel dans le sud de la France.

Obtenir un hébergement à la sortie, entre urgence et « projet »

Lorsqu'une place d'hébergement est obtenue, l'activation s'apaise. Un chef de service de Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie du sud de la France[1217] connaît cette période de relâchement : « Toutes les démarches sont mises en place et il n'y a plus qu'à attendre. Il y a à attendre la réponse pour la Sécurité sociale, pour les ressources, pour les dispositifs d'orientation. Nous, on voit du coup une démobilisation en même temps sur les activités[1218]. » Les professionnels ne sont pas dupes des effets de leurs critères de prise en charge et de construction d'un « projet » global : l'hébergement est le besoin le plus urgent et le plus important pour les sortants qui n'ont ni logement ni réseau relationnel pour les accueillir. Il n'en reste pas moins que l'hébergement doit être imbriqué dans un projet de soin de la toxicomanie, qui inclut des engagements dans le soin, dans les rapports avec les professionnels et dans la vie collective, dont les activités.

Les critères d'éligibilité et les conditions requises pour accorder un accueil sont contraignants pour les demandeurs, mais aussi pour les professionnels qui les orientent et les proches qui les soutiennent. Pour les soignants en Ucsa qui essaient de trouver un hébergement avec suivi médical pour un sortant de prison par exemple, ces critères sont des obstacles à la continuité des soins de leurs patients. Lors d'un atelier de formation sur l'accompagnement de sortants de prison séropositifs au VIH, un médecin d'Ucsa en Ile-de-France intervient ainsi : « Vous semblez dire qu'on oriente en fonction de la pathologie. Non, on essaie de les faire admettre partout. En France entière. Oui, on arrose. Même en province. Parce qu'il y a une spécificité de nos patients : ce sont des

[1216] CUNHA Manuela Ivone, « Le temps suspendu : rythmes et durées dans une prison portugaise », *art. cit.*

[1217] Il participe à l'évaluation du financement pilote de ces places ciblées en accueil court d'accès rapide pour les sortants de prison, dont bénéficient Medhi et Iliès en Ile-de-France.

[1218] OBRADOVIC Ivana, « Mesures d'accueil des sortants de prison », *op. cit.*, p. 12.

détenus. Parfois ils ont une interdiction de territoire. [Parfois c'est autre chose.][1219] » L'orientation des sortants de prison vers des dispositifs de prise en charge médicale qui incluent un hébergement demande un travail supplémentaire et laborieux pour les équipes des Ucsa. Il doit se faire de concert avec le sortant, pour soutenir sa demande et appuyer la crédibilité de son « projet ».

Parce que l'accueil de Medhi est court, les professionnels du Centre thérapeutique résidentiel s'efforcent d'éliciter un projet rapidement, pour amorcer l'orientation vers une autre association de prise en charge de la toxicomanie de plus long terme. Deux à trois mois d'hébergement dans un tel centre constituent en réalité un séjour exceptionnellement long, au regard de l'offre d'hébergement social à laquelle il pourrait prétendre. L'offre est en général de courte durée et soumise à des contreparties, comme l'adhésion à un projet de soins, de sevrage, et d'observance. Les alternatives sont l'hébergement d'urgence, qui n'inclut pas d'engagement dans le soin, mais dont les durées sont plus courtes encore ; par exemple, les demandes doivent être renouvelées tous les jours pour les Centres d'hébergement et de réinsertion sociale.

Cette offre s'inscrit dans la politique de l'urgence sociale, qu'E. Gardella éclaire par l'usage de la notion de chronopolitique, à partir d'une monographie sur la durée de séjour en hébergement social d'urgence[1220]. Il fait appel à la notion de chronopolitique pour problématiser la synchronisation des temporalités individuelles et institutionnelles : le temps court de la prise en charge est le temps chronologique du nombre de nuits auxquelles a droit un demandeur, souvent compris en une et quinze nuits ; il est dissocié du temps kaïrologique qui ajusterait le temps d'hébergement au temps dont le demandeur a besoin[1221]. Dans ce contexte, la chronopolitique fait référence à un rapport de pouvoir ancré dans l'usage et l'imposition du temps chronologique et institutionnel sur le temps des activités. Dans le cas de l'hébergement d'urgence, son usage permet d'éclairer les relations entre « l'organisation de temporalités par des dispositifs d'action publique et l'expérience temporelle des individus[1222]. » E. Gardella montre ainsi que le temporaire est le principe directeur de l'hébergement d'urgence, qui fragmente le temps de l'assistance en rationnant le temps de séjour, en augmentant le *turnover* des hébergés et en les remettant à la rue pendant la journée. Il note au passage que « la règle générale est donc bien l'absence de continuité de l'hébergement. » Cette

---

[1219] Extraits de la discussion suivant la présentation de l'enquête sur les ACT en France financée par la Direction Générale de la Santé, conduite et présentée par Julie Micheau, Atelier de formation dispensé par une association de lutte contre le VIH/Sida, Paris, 2011.

[1220] GARDELLA Edouard, « L'urgence comme chronopolitique. Le cas de l'hébergement des sans-abri », *Temporalités* (19), 2014.

[1221] *Ibid.*, paragr. 13.

[1222] *Ibid.*, paragr. 6.

fragmentation donne lieu à un rétrécissement du présent pour les personnes en situation de précarité, qui butent contre l'incertitude d'obtenir un hébergement la nuit suivante et l'absence de « continuité maîtrisée » d'un lieu où habiter[1223]. C'est la logique des flux qui commande la gestion de l'urgence pour laquelle la crise est avant tout un problème organisationnel ; ce problème contribue paradoxalement à reconduire et à maintenir les individus dans l'urgence, que cette gestion devrait précisément contribuer à réduire.

La particularité de ces institutions de prise en charge de la toxicomanie par rapport aux autres guichets de l'hébergement social est la prise en compte des incapacités des usagers à répondre à certaines attentes sociales, notamment en termes de réinsertion par le travail. J'y reviens dans le chapitre suivant, mais on n'attend ni d'Iliès ni de Medhi qu'ils trouvent un emploi pour faire avancer leur « projet ». Patrick en revanche est sommé de trouver un emploi et se heurte à son manque de diplôme et de réseau professionnel. La stratégie alternative qu'il poursuit en parallèle est de demander une formation au Pôle Emploi, pour laquelle il faut aussi construire un « projet ».

Le VIH et la dépendance permettent aux institutions d'aide sociale d'avoir une prise sur le sortant, et au sortant de mettre en avant un besoin particulier, une vulnérabilité particulière qui peut jouer en sa faveur, dans un contexte de gestion de la rareté d'institutions sursollicitées et sous-dotées. En effet, en Ile-de-France, un quart des personnes incarcérées en 2010 sont sans domicile et la moitié des personnes sorties en 2011 n'ont pas de solution d'hébergement[1224].

Tous les sortants que j'ai vus ne sont pas dans la situation de Medhi, qui relève plutôt de la situation limite de l'accès aux droits d'une personne dépendante et en situation de précarité en région parisienne. Les autres, comme Amin ou Joseph, jouissent de la nationalité française, ce qui facilite les démarches et l'accès aux postcures par exemple. Mais les associations restent confrontées à des prises en charge qui dépassent leurs missions et parfois leur budget. Un sortant de prison qui a « perdu » sa carte d'identité en maison d'arrêt, une plainte courante des sortants, et qui se présente dans un centre d'hébergement impose une étape supplémentaire à sa prise en charge sociale par les professionnels sur place. Refaire la carte d'identité coûte 25 euros, une somme à la

---

[1223] *Ibid.*, paragr. 14.

[1224] Serge Canape est chef du bureau des politiques sociales et d'insertion de l'Administration Pénitentiaire lorsqu'il présente les résultats d'une étude sur le logement des sortants de prison à partir de données transmises par le greffe, le 6 juin 2013 lors du 21e Atelier de la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement, à Paris. Sur les 1933 entrants en prison en 2010, 27% sont sans-domicile et relèvent de « l'inter-région » de Paris (la moyenne nationale d'entrants sans domicile est de 7%.) Sur le même territoire, 54% des sortants n'ont pas de solution de logement, l'essentiel d'entre eux étant libérés des maisons d'arrêt d'Essonne et du Val de Marne (où se situent les établissements les plus grands, de Fleury et Fresnes).

charge de l'association lorsque le sortant n'est pas solvable[1225]. Les coûts liés aux avances pour les soins de santé hors addictions sont aussi à la charge de l'association, ou tributaire de l'orientation vers un autre établissement ou de l'ouverture des droits à la CMU[1226]. Dans le cas du traitement contre l'hépatite C, qui est très coûteux, l'association doit orienter le sortant vers une Permanence d'accès aux soins de santé (qui prend en charge les médicaments) au risque d'interrompre le traitement.

En 2010, la création des Services intégrés d'accueil et d'hébergement (SIAO) modifie profondément les modalités d'accès à l'hébergement d'urgence en France. Le SIAO devient le dispositif de référence pour l'attribution des places d'hébergement, salué par les agents de probation parce qu'il promettait de fluidifier l'accès à l'hébergement social[1227]. Ainsi, lorsqu'une requête aboutit, le demandeur doit pouvoir se présenter au centre d'hébergement et être accueilli, sans subir une série d'entretiens et risquer un refus une fois sur place, comme l'exigeaient certaines structures auparavant. Après une période de mise en place progressive, les dysfonctionnements imposent néanmoins des lourdeurs et des délais pour les prises en charge des sortants en Ile-de-France, non sans rappeler la situation antérieure. Par exemple, il est commun qu'à Paris, « les structures d'hébergement se réservent le droit de dire oui ou de dire non. [Selon] le témoignage de certaines structures d'hébergement, quand ils sont à la commission SIAO ils savent qu'ils ne vont pas accepter telle personne, mais ce n'est pas dit à ce moment-là, on fixe quand même un rendez-vous à la personne, elle vient dans la structure d'hébergement et c'est non. Et on recommence. (....) C'est le parcours du combattant », rapporte une assistante sociale exerçant en Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en Ile-de-France[1228].

La mission du SIAO est de centraliser et d'uniformiser les modalités de demande et d'accès à l'hébergement social. Les réseaux individuels des professionnels et leur travail de lien entre les associations, qui permettaient auparavant de cibler et d'adapter l'offre à la demande des personnes à héberger, n'ont désormais plus leur place dans le processus. Parce que ce travail de partenariat n'est ni valorisé ni productif pour faire aboutir les demandes, les travailleurs sociaux et les agents de probation voient leurs requêtes

---

[1225] Certaines professionnelles savent demander l'application de la loi autorisant l'exonération des personnes non solvables mais elles sont rares car la mesure est récente.

[1226] Les coûts pour les sortants doivent être pris en charge par le régime général de la sécurité sociale, qui couvre les sortants de prison et leurs ayant-droits pendant un an. Plusieurs facteurs réduisent l'accès à ce droit social : la prise en charge requiert de présenter son billet de sortie, mais celui-ci n'est pas toujours en possession du sortant ; la prise en charge n'est pas de 100%, pour les traitements couteux, comme contre le VIH ou l'hépatite C, les couts résiduels restent importants.

[1227] CANAPE Serge, « Quel public, quelle organisation de l'administration? Quels défis posés par les alternatives à l'incarcération ou d'accompagnement des personnes dites "à risques"? », 21e Atelier de la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement, Paris, juin 2013.

[1228] OBRADOVIC Ivana, « Mesures d'accueil des sortants de prison », *op. cit.*, p. 17.

traitées plus lentement et de manière moins adaptée aux besoins individuels. Par ailleurs, selon les territoires, les agents de probation sont variablement inclus dans la politique de logement, ce qui rend les initiatives de préparation à la sortie plus ardues.

Le temps judiciaire, le temps pénitentiaire et le temps de l'aide sociale permettent difficilement de concilier les demandes d'hébergement pour les sortants : si la date de sortie de prison est annoncée quelques jours au préalable, le montage du dossier pour le SIAO nécessite bien plus longtemps. Il est ainsi difficile d'anticiper et de concilier ces contraintes calendaires pour les professionnels. Qui plus est, une demande de place sans date précise est considérée comme irrecevable, car elle impliquerait un système de réservation de place, trop coûteux selon la directrice du Service d'insertion et de probation du Val d'Oise en 2013. Celle-ci ajoute qu'en cas de sortie sèche, le délai pour affecter un professionnel du SIAO à un dossier reporte de deux à quatre mois la saisie de la demande. En effet, la procédure de demande d'hébergement au SIAO par un agent de probation requiert deux professionnels identifiés, du SIAO et du Service de probation.

Dans le cas des sortants pris en charge par le Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (dans la deuxième maison d'arrêt de l'enquête par observation), l'assistante sociale a dû restreindre ses requêtes à certains profils. Ceux pour lesquels elle peut soumettre une demande sont ceux qui peuvent l'anticiper plus de quatre mois avant la date de sortie et ceux dont le profil « n'est pas trop compliqué », c'est-à-dire dont les droits sont ouverts et les pathologies peu prononcées. De fait, les étrangers et les personnes sans papiers ne sont jamais considérés selon ces catégories. Le plus souvent, l'assistante sociale trouve donc les hébergements pour les sortants qu'elle accompagne sans passer par le SIAO. L'urgence du besoin d'hébergement n'est pas reconnue dans cette nouvelle procédure de régulation des demandes, parce que les sortants sont considérés comme hébergés et pris en charge pendant leur incarcération, et ainsi, moins prioritaires que d'autres demandeurs sans logement et sans assistance pour les besoins primaires[1229].

Les lenteurs d'accès à l'hébergement des sortants de prison s'expliquent en partie par l'absence de convention entre le SIAO et les centres d'accueil des personnes placées sous main de justice et des sortants de prison libérés définitivement : en 2015, plus de trois quarts des SIAO de France n'ont pas de convention avec ces centres (45/58) et seule la moitié d'entre eux ont un partenariat fonctionnel et une coordination hors convention avec elles[1230].

[1229] Echanges avec la Directrice du Service pénitentiaire d'insertion et de probation du Val d'Oise, 2013.

[1230] FNARS, « Enquête SIAO-Justice », Paris, Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale, 2015,

Une fois l'accueil obtenu, le calendrier judiciaire s'oppose au calendrier de la prise en charge médicosociale des associations, distinguant la prise en charge des sortants de prison de celle des autres personnes hébergées. Alors que les centres d'hébergement s'efforcent de pratiquer un accompagnement similaire pour les personnes hébergées sans distinction selon le parcours pénal, certaines obligations liées à leurs liens avec le système pénal rendent l'accompagnement particulier. Par exemple, les dates d'arrivée des sortants dans les associations sont incertaines, car elles dépendent de décisions judiciaires, rendant difficiles la préparation et l'anticipation de la prise en charge, pour l'association, mais aussi pour le sortant. Une étude sur l'accueil des personnes placées sous main de justice dans les associations de la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion indique que dans ce cas de sortie particulier, les mesures judiciaires bornent l'accueil, et l'accompagnement dans un temps qui n'est pas toujours opportun pour la prise en charge[1231]. Dans ce domaine, les professionnels de l'hébergement social peuvent s'afficher comme appartenant à une association partenaire de la Justice : elles bénéficient de liens plus proches avec les Services d'insertion et de probation et ainsi d'informations sur les personnes candidates à l'hébergement en amont, ainsi qu'un accès privilégié aux sortants dès la détention ou lors des audiences avec le juge d'application des peines[1232]. La majorité des associations revendiquent pourtant un positionnement plus distant et autonome vis-à-vis des professionnels de la justice, qui leur permet de garder le contrôle de leur file active et des modalités de prise en charge de leur public[1233].

Dans ce contexte, les mesures de priorisation de l'accession au logement pérenne dans les accompagnements sociaux, dites « housing first » dans les pays précurseurs anglophones, sont *a priori* prometteuses. Elles ont pour ambition d'accorder un logement en premier lieu sans critères exigeants (tel que l'abstinence pour les personnes toxicomanes ou l'observance pour les personnes souffrant de troubles de santé mentale), avant d'engager l'usager dans un suivi médicosocial plus global. Une expérience est en cours dans le sud de la France, qui permet à des justiciables souffrant de troubles mentaux d'accéder à un logement pérenne dès le début de la prise en charge en milieu ouvert[1234]. En proposant d'abord un logement, et non à la suite d'une progression d'étapes pensées pour démontrer l'adhésion et l'adaptation aux temporalités du travail

---

<http://www.fnars.org/images/stories/2_les_actions/accueil_et_hebergement/actualit%C3%A9s/Enquete SIAO-justice.pdf>, .

[1231] BERLIOZ Gilbert et BARBE Laurent, « Etude de l'accompagnement des personnes sous main de justice accueillies dans les associations du réseau FNARS », *op. cit.*, p. 10.

[1232] *Ibid.*, p. 18.

[1233] *Ibid.*

[1234] HAGEGE Meoïn, « Séance 4 "Malades mentaux: comment éviter la prison?", Thomas Bossetti », *Sciences sociales et prison*, février 2016, <http://prison.hypotheses.org/225>, consulté le 5 septembre 2016.

social, ce projet pilote propose une intervention structurelle et non pas individuelle et ponctuelle. Il pourrait aller à contre-courant de la chronopolitique de l'urgence sociale et permettre aux usagers de tendre vers la continuité maîtrisée d'un lieu où habiter, en réduisant l'incertitude et les solutions de court terme.

Les conditions de recevabilité d'une demande dans les dispositifs conventionnels impliquent que les personnes cherchant un hébergement ne peuvent pas faire ces démarches seules, et sont contraintes de passer par des professionnels de l'aide sociale ou de la probation. Ce critère est un des facteurs cités par les professionnels pour expliquer le faible recours au soin qu'ils attribuent au public sortant de prison.

Le non-recours, une catégorie plurielle

À sa sortie de prison, Medhi recourt aux droits sociaux, aux soins et aux services qui peuvent lui donner accès à des prestations, un hébergement et un traitement de substitution. Pourtant, la situation et le capital social limité de Medhi porteraient à croire qu'il relève de la catégorie de « population précaire » et donc de la « population à risque » de non-recours. Cette apparente contradiction porte à s'interroger sur le non-recours, terme souvent attribué aux sortants de prison par les professionnels de la prise en charge (post)carcérale. L'utilisation et la représentation dominante du terme dans le débat sur le non-recours aux droits et aux services (dont les soins), associe non-recours et précarité[1235]. Autrement dit, ceux qui n'ont pas recours aux droits sociaux et aux services sont les individus les plus précaires, ceux qui en ont le plus besoin. Ce principe est particulièrement prégnant dans la littérature et le plaidoyer contre le non-recours aux soins. En cela, Medhi apparaît à première vue comme une exception, car il cumule précarité, errance et besoins de santé pluriels. Mais d'autres partagent ces caractéristiques, comme Iliès, André, Jean, Ayoub, Paul, Patrick et Joseph. Les pratiques de recours de ces hommes peuvent se comprendre à la lumière de leur long parcours d'usager précaire et leur expérience, voire leur expertise, avec les guichets d'aide sociale. Dans la définition de la sortie de prison comme problème public ou de santé publique, les détenus sont souvent associés à la catégorie de « non-recours » ou de « population précaire ».

Le non-recours est un terme mobilisé par les professionnels d'un côté, et par nombre d'universitaires de l'autre, en référence au débat gestionnaire sur l'effectivité des

[1235] WARIN Philippe, « Qu'est-ce que le non-recours aux droits sociaux? », *La Vie des idées*, 2010, <http://www.laviedesidees.fr/Qu-est-ce-que-le-non-recours-aux.html>, consulté le 21 juillet 2015 ; RODE Antoine, *Le « non-recours » aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes*, Thèse de doctorat, Grenoble, Université de Grenoble / Institut d'études politiques de Grenoble, 2010.

politiques sociales, notamment les prestations sociales financières[1236]. La sociologie du non-recours montre que le terme doit être entendu dans un sens plus large, pour élargir le champ des populations concernées et aussi pour préciser les types et sous-types de non-recours, car leurs ressorts et leurs conséquences en termes de politiques sociales sont différents. Le non-recours concerne les individus qui ne bénéficient pas d'un droit ou d'un service alors qu'ils pourraient y prétendre[1237]. À partir de cette définition plus large, Ph. Warin distingue trois sous-types de non-recours : la non-demande, qui existe de fait si l'on considère que les demandeurs ne sont pas contraints aux services, contrairement aux prestataires ; la non-connaissance, dans les cas où l'offre n'est pas connue ; la non-réception d'une offre après qu'elle ait été demandée. La non-demande inclut les instances de non-recours contraint, où l'usager est dans l'impossibilité de demander, et celles de non-recours choisi, où il y a un risque perçu ou un désaccord avec la demande de prestation.

L'exemple de l'Affection longue durée (ALD[1238]) est intrigant à ce titre : un quart des détenus n'ont pas l'ALD alors qu'ils y sont éligibles[1239]. Plus précisément, 6 d'entre eux sont séropositifs au VIH, 9 ont une hépatite C et 2 sont co-infectés. L'enquête par questionnaires ne permet pas de préciser les types de non-accès aux droits et aux services, mais, pour les hommes vivant avec le VIH, je pose l'hypothèse qu'il s'agit de non-recours contraints et de non-connaissance[1240]. Cette absence de couverture est problématique pour les services médicaux dans la mesure où l'ouverture de ces droits relève des services d'aide sociale hospitaliers.

Cette absence pose indirectement la question du guichet, telle qu'elle est élaborée par V. Dubois[1241]. Dans ses travaux sur l'évolution des services publics et des *street level*

[1236] WARIN Philippe, « Qu'est-ce que le non-recours aux droits sociaux? », *op. cit.*

[1237] *Ibid.*

[1238] Les infections à VIH et à VHC permettent aux patients en situation régulière de bénéficier de l'ALD : elle permet l'exonération du ticket modérateur pour les frais liés à une affection « dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. » ASSURANCE MALADIE, « Qu'est-ce qu'une Affection de longue durée? », *Ameli.fr*, juillet 2016, <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/les-affections-de-longue-duree/qu-est-ce-qu-une-affection-de-longue-duree/les-ald-exonerantes.php>, consulté le 24 septembre 2016.

[1239] 17/67 répondants n'ont pas d'ALD mais sont *a priori* éligibles, c'est-à-dire qu'ils sont français ou européens et/ou étranger en situation régulière.

Au total, 35 répondants n'ont pas l'ALD.

A l'inverse, 32 détenus bénéficient de l'ALD, dont 9 sont séropositifs au VIH, 14 ont une hépatite C et 9 sont co-infectés.

Voir tris croisés en annexe, p. 653.

[1240] Pour ceux vivant avec une hépatite C, la demande d'ALD est souvent liée à la mise sous traitement, qui ne concerne pas tous les hommes interrogés dans cette enquête.

[1241] DUBOIS Vincent, « Ethnographier l'action publique », *art. cit.* ; DUBOIS Vincent, « Politiques au guichet, politique du guichet », *in* BORRAZ Olivier et GIRAUDON Virginie (dir.), *Politiques publiques 2*, Paris, Presses de Sciences Po, 2012.

bureaucracies au sens de M. Lipsky[1242], V. Dubois met en évidence un nouveau mode de gouvernement des administrés. Son étude des cadres d'interactions entre usagers et guichetiers des services publics montre que les nouvelles politiques sociales et les réformes censées améliorer le service public français ont eu pour effets, entre autres, de renforcer le pouvoir discrétionnaire des « petits fonctionnaires » et de leur imposer une obligation de résultats chiffrés. La responsabilisation dont ils sont ainsi l'objet touche aussi les administrés, qui subissent à leur tour des injonctions à être responsables et à répondre aux attentes des agents[1243]. L'importance des interactions au niveau du guichet dans l'accès effectif aux droits et aux services, dont de soins, contribue à expliquer le nombre de détenus en situation régulière qui n'ont pas accès aux droits liés au dispositif de l'ALD.

Dans le cas plus précis du non-recours aux soins, A. Rode préconise de considérer la pluralité des situations que cette catégorie regroupe, comme le non-recours aux services qui donnent accès aux soins (l'Assurance Maladie par exemple), le renoncement aux soins, le retard aux soins, l'inobservance thérapeutique et les rendez-vous non honorés[1244]. Dans le cas des sortants de prison que j'ai interviewés, je choisis la notion de report de soins, une forme de non-recours qui implique un retard, mais qui situe la discussion du côté des pratiques des sortants et non des attentes des professionnels de santé.

Le recours aux soins, fréquent, mais problématique

Les patients sortants : non-recours ou report de soins ?

Le corpus de publications de santé publique analysé dans le chapitre 1 suggère que les interruptions de prise en charge postcarcérale sont nombreuses et que le recours aux soins est tardif. Dans le cas des hommes qui ont participé au volet d'enquête par questionnaires, les interruptions de traitement ou de suivi lors de sorties antérieures sont peu nombreuses : seuls dix hommes déclarent une interruption du suivi d'une pathologie

[1242] LIPSKY Michael, *Street-Level Bureaucracy : Dilemmas of the Individual in Public Services*, New York, Russell Sage Foundation, 1980.

[1243] MARTUCCELLI Danilo, « Figures de la domination », *Revue française de sociologie* 45 (3), 2004, p. 469-497.

[1244] RODE Antoine, *Le « non-recours » aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes*, *op. cit.*, chap. 1.

somatique (10/56)[1245] et aucun ne déclare d'interruption de son suivi en psychiatrie (0/8).

Il faut distinguer le recours aux soins liés aux pathologies somatiques, dont le VIH et l'hépatite C, du recours aux soins en toxicomanie. La prise en charge médicale de la dépendance, le traitement de substitution (délivré en centre de soin ou acheté dans la rue) et les ressources liées à la prise en charge en centre de bas seuil suivent rapidement la sortie. Leur obtention n'est souvent pas liée à la continuité de la prise en charge du VIH ou de l'hépatite C, mais les prises en charge institutionnelles de la toxicomanie incluent souvent des services médicosociaux plus larges, tels que l'accompagnement dans les prises en charge médicales ou l'ouverture des droits sociaux (et par extension l'accès aux médicaments.)

En ce qui concerne les sortants interrogés par entretiens biographiques, leurs parcours montrent que le plus grand nombre d'entre eux s'efforce de retrouver ses conditions de vie antérieures. Les autres doivent s'ajuster à de nouvelles situations et ce sont ces situations qui influent sur le délai de recours aux soins après la sortie : en effet, tous les détenus que j'ai suivis à la sortie ont consulté un professionnel de santé ou ont renouvelé leur ordonnance lorsqu'ils en avaient, et les autres n'évoquent pas de non-recours aux soins lors de leurs sorties précédentes. Certains ont évoqué des interruptions longues dans le suivi pour le VIH, mais celles-ci sont moins en lien avec les incarcérations qu'avec leur activité, l'usage de drogues ou l'errance[1246]. La typologie des détenus qui ont répondu au questionnaire à partir des données sur la santé et la prise en charge vont dans le même sens : dans l'ensemble, les détenus de la classe libellée « VIH » n'ont pas connu d'interruption due à une incarcération[1247]. Il s'agit donc le plus souvent de délais ou de reports de soins plutôt que de non-recours.

Dans les prochains paragraphes, je propose de passer en revue les différentes modalités de recours aux soins des sortants que j'ai interviewés, en rappelant brièvement le contexte de leur sortie en référence à leurs parcours décrits dans ce chapitre et dans les deux chapitres précédents.

[1245] Les données manquent pour lier ce résultat à la séropositivité VIH ou VHC, ces dix hommes étant séropositifs au VIH (2), au VHC (6) ou co-infectés (2). Cependant, trois des hommes vivant avec une hépatite indiquent que cette interruption concerne une autre pathologie que le VHC (3/25).

[1246] Dans le volet d'enquête par questionnaires, l'errance ne semble pas avoir d'effet remarquable sur l'observance car la prise de médicaments tous traitements confondus est dite plus régulière (1), moins régulière (5) ou constante (12) en période d'errance mais la petite taille de cette sous-population ne permet d'en tirer de conclusion ou d'hypothèse robuste.

[1247] Voir le tableau des classes construites à partir des données liées à la santé et la prise en charge dans l'enquête par questionnaires, p.

Des reports de soins pour le VIH/Sida et l'hépatite C

Les hommes qui ont participé au volet d'enquête par entretiens biographiques ont eu recours aux soins pour continuer à traiter leur VIH ou leur hépatite C dans les mois qui ont suivi leur sortie. Les délais sont variables entre le moment de la sortie et la première consultation ou l'obtention de médicaments, et ils sont liés à la situation à la sortie et à l'urgence du besoin de consulter un professionnel de santé. Sur le terrain, le critère de recours de soin à la sortie est souvent la première consultation. L'interruption est caractérisée en termes d'interruption de traitement médicamenteux, rappelant la primauté du médicament dans la prise en charge du VIH/Sida et de l'hépatite C[1248]. Pour ma part, je considère le recours aux soins au sens large, incluant le rapport à l'institution. Je reprends les quatre groupes présentés en début de chapitre,[1249] car ils coïncident avec des comportements de recours aux soins.

Les sortants qui restent en lien avec les centres de soins

Comme je l'ai évoqué plus haut, Iliès, Medhi et Joseph sont des sortants qui s'efforcent dès la préparation de la sortie, de reprendre leur travail d'activation de soi et de sollicitation des dispositifs de prise en charge de la toxicomanie des personnes précaires. En cela, leurs activités à la sortie de prison sont en continuité avec leurs activités avant leur incarcération. Contrairement à ce que leur dénuement et leur capital social pourraient suggérer, ils contreviennent aux attentes des professionnels de santé et parviennent à consulter un médecin dans les premiers jours qui suivent la sortie.

Mehdi, qui a commencé son traitement en détention, le termine en ville avec le même médecin, à l'hôpital de rattachement de l'Ucsa, puis un médecin proche du Centre thérapeutique résidentiel où il est ensuite accueilli. Medhi obtient les résultats des examens confirmant la réponse virale soutenue sept mois après sa sortie de prison et, ravi, il me charge d'en informer son médecin à l'Ucsa. Il est ravi de cette rémission car, après des années de report de soins, le parcours de santé antérieur de Medhi concernant la prise en charge de l'hépatite C était plus proche de la classe intitulée « VHC+ sans prise en charge[1250] ». La courte durée du report de soins s'explique en partie par la démarche de Medhi, qui s'attache à répondre aux attentes des professionnels du médicosocial qui peuvent le soutenir dans sa recherche de ressources à la sortie. Ainsi, il consulte le médecin de l'hôpital de rattachement moins de dix jours après sa sortie, après avoir « un peu fait la fête » les quelques premiers jours. Par ailleurs, Medhi s'adresse

[1248] Voir le chapitre 2 sur le processus de pharmaceuticalisation de la réponse au VIH mais surtout au VHC.

[1249] Trois groupes d'hommes font l'expérience de la sortie dans la continuité de la situation antérieure à l'incarcération et un groupe, en rupture : voir page 8.

[1250] Typologie construite à partir des données de l'enquête par questionnaires, voir tableau p.

aussi à l'hôpital de rattachement pour obtenir un traitement de méthadone, en espérant ne pas avoir besoin d'entrer dans le protocole long du Caarud, qu'il fréquente pour son accueil de jour et pour les services de la juriste qui l'aide dans ses démarches auprès de la préfecture.

Iliès et Joseph obtiennent eux aussi des hébergements en association de prise en charge de la toxicomanie, après avoir commencé les démarches depuis la détention avec le soutien de l'Ucsa. Iliès se présente ainsi à l'hôpital de rattachement de l'Ucsa dans la semaine qui suit son inclusion dans le Centre thérapeutique résidentiel, accompagné d'une éducatrice. La consultation lui permet de poursuivre et vérifier les progrès de son traitement et d'obtenir des médicaments à la pharmacie de l'hôpital. Pour le traitement à base de benzodiazépines et le traitement de substitution, il est suivi par le médecin du Centre. L'interruption médicamenteuse a été très courte et il poursuit son traitement jusqu'à la fin. Joseph a maintenu les liens noués en amont de son incarcération avec l'équipe d'un Appartement de coordination thérapeutique et a pu obtenir une place à sa sortie.

Les sortants qui galèrent avant et après l'incarcération

À leur sortie de prison, Ayoub, Patrick et Jean retrouvent leur situation sociale et des conditions de vie similaires à celles qu'ils connaissaient avant leur incarcération : ces situations sont caractérisées par une instabilité du mode d'hébergement, voire l'errance, une consommation d'alcool ou de drogues qu'ils estiment problématique, des liens distendus et souvent conflictuels avec des proches (leur(s) enfant(s) et leur mère dont ils sont séparés) et un recours au travail formel très intermittent voire nul, mal compensé par un recours aux droits sociaux. Cette galère ne prévient pas la prise de contact avec un médecin pour le VIH ou le VHC à la sortie, mais rend très difficiles l'observance et les conditions de la bonne tolérance du traitement, comme une alimentation régulière, suffisante et saine ou une consommation d'alcool compatible par exemple.

Par ailleurs, il existe une sorte de contamination de la méfiance carcérale à l'égard du soin, dont Jean fait les frais plus particulièrement. En ville, l'accumulation des expériences négatives est courante pour les personnes en errance et contribue à expliquer les représentations négatives qu'elles peuvent avoir des institutions de soins[1251]. Ces expériences incluent « la consultation en situation d'urgence, l'hospitalisation psychiatrique involontaire dans un contexte de refus de soins, l'imposition de traitement lors d'une poursuite judiciaire, la menace ou l'abandon du suivi des intervenants[1252] ».

[1251] CHÂTEL Vivianne et SOULET Marc-Henry (dir.), *Agir en situation de vulnérabilité*, Sainte-Foy, Québec, Canada, Presses de l'université Laval, 2003.

[1252] CHÂTEL Vivianne et SOULET Marc-Henry (dir.), *Agir en situation de vulnérabilité*, Sainte-Foy, Québec, Canada, Presses de l'université Laval, 2003.

Jean est hébergé par un cousin avec qui les relations ne sont pas faciles et n'a eu qu'un échange tendu avec ses filles et son ex-femme, les seules proches avec qui il est en lien. Il reprend une consommation d'alcool problématique, qui est à l'origine de ses arrestations et de ses errements biographiques selon lui. Il sort de prison avec une ordonnance et consulte une médecin dans un service hospitalier de Paris dans les quinze jours qui suivent sa sortie. Elle lui conseille un suivi en addictologie pour se sevrer de l'alcool, mais il refuse. Son traitement contre le VIH est rapidement ajusté et prouve efficace : deux mois après la sortie, il est « presque indétectable » et considère s'engager dans un traitement contre l'hépatite C.

Quand je vois Patrick six semaines après sa sortie de prison, il me dit avoir « galéré pendant un mois », c'est-à-dire dormi à la rue ou dans un centre commercial du centre-ville, puis avoir obtenu une place en centre d'hébergement un mois plus tard. Quelques semaines plus tard, il se fait expulser. Il consulte le médecin avec qui il avait commencé son traitement contre l'hépatite C à l'Ucsa à l'hôpital de rattachement. Le médecin juge son observance trop basse depuis sa sortie et il décide d'interrompre le traitement pendant trois mois, le temps que sa situation d'hébergement se stabilise (pour réduire le risque d'émergence de résistances du virus).

Ayoub quant à lui fait face à une situation difficile après les deux mois passés en centre de semi-liberté. Il n'a pas le moral, car sa femme hésite à le laisser voir son fils. La sortie est une épreuve, mais le traitement contre le VHC n'est pas un facteur aggravant. Il est très heureux d'avoir pu terminer le traitement et obtenir confirmation de son efficacité avant sa libération. Le « bon usage » de son temps en détention aura eu cet effet positif selon lui. Ayoub doit tout de même faire des examens de confirmation une à deux fois par an, mais cette attente du médecin n'affecte pas son expérience de sortie de prison.

Les sortants qui bénéficient d'une meilleure insertion relationnelle

Paul, Couly, Amin, Robin, Alain et Komi retrouvent tous les cinq des proches qui sont à même de les accueillir et les soutenir dans leur retour à leur milieu social à la sortie de prison. Ces proches sont souvent présents dès la préparation de la sortie. Ces conditions relationnelles, mais aussi matérielles leur facilitent l'ouverture des droits et les autres démarches qui leur permettent de recourir aux soins contre le VIH ou l'hépatite C dans les premières semaines suivant la sortie.

Paul est, comme Ayoub, libre de son traitement contre l'hépatite, dont l'efficacité a été confirmée avant sa sortie. Je ne le vois qu'en détention, mais il prévoit de retourner chez son compagnon et pense trouver du travail sans difficulté. Couly n'est pas non plus sous traitement lors de sa sortie, car sa charge virale ne le requiert pas. Il lui reste à

passer des examens périodiques pour surveiller sa charge virale, mais il prévoit de retourner voir le médecin qu'il consultait avant son incarcération. Les permissions dont il a bénéficié en détention lui ont permis de maintenir le lien avec sa sœur, qui le soutient et l'héberge, et de suivre les démarches requises pour l'obtention du renouvellement de son permis de séjour. Il prévoit de retrouver du travail en intérim une fois sorti.

Amin retrouve son emploi à sa sortie de prison, après un court séjour en postcure. Il obtient cette place en postcure, notamment grâce au soutien de l'éducatrice spécialisée du Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie de la maison d'arrêt. Elle sait mettre en avant l'insertion relationnelle et professionnelle d'Amin et le risque que la reprise d'alcool pourrait avoir sur sa « réinsertion ». Sa mère le soutient beaucoup : elle négocie son retour au travail auprès de son employeur, l'accueil dans le foyer parental et travaille à réconcilier Amin et son père pour que son retour se passe au mieux. Le passage par la postcure, en termes de prise en charge et d'anticipation du retour dans son milieu social, permet à Amin de s'assurer une continuité des soins à la sortie. La préparation de la sortie en vue d'intégrer la postcure lui permet de sortir de prison avec une ordonnance pour un traitement à base de benzodiazépines, censé l'aider avec sa dépendance à l'alcool. Quant au VIH, il ne requiert que des consultations périodiques avec un spécialiste, car il n'est pas sous traitement ; le temps de la postcure puis le retour chez lui, lui permettent d'anticiper la suite de son parcours de soins.

Robin et Alain retrouvent leur famille, leur foyer et leurs sources de revenus à la sortie de prison. Quant aux soins, Robin consulte à l'hôpital de rattachement dans les premiers jours qui suivent sa sortie puis chez un médecin de ville qu'il a connu dans une association de réduction des risques. Alain prévoit de retourner voir son médecin et le Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie qu'il fréquentait avant son incarcération. Alain ne s'inquiète pas de la suite de sa prise en charge car il a été pris en charge dans les services hospitaliers et carcéraux de sa ville. Il correspond ainsi à la classe libellée « VIH », composée de détenus qui ont un suivi régulier, peu d'interruption et une bonne observance[1253]. Komi, qui a bénéficié du soutien actif de ses parents depuis le début de son incarcération, tant pour le procès, les relations avec son avocat, que pour lui garantir le retour chez son employeur antérieur, sait prévoir et préparer sa sortie en sollicitant les professionnels de santé.

Les sortants qui font face à une situation nouvelle à la sortie

Karim, Ahmed et Édouard sortent de prison après des changements importants dans leur situation sociale, anticipés ou non. Karim et Ahmed parviennent à obtenir une

[1253] Les classes issues de la typologie construite à partir des données sur la santé et la prise en charge des hommes qui ont répondu aux questionnaires sont synthétisées dans le tableau p.

place en Appartement de coordination thérapeutique, c'est-à-dire une prise en charge médicosociale et un hébergement stable et de long terme. Cette temporalité est rare dans le traitement social de l'addiction et de la précarité, comme on l'a vu plus haut, et permet une projection dans le temps et une stabilité nouvelle dans les parcours de vie de ces deux hommes. Parce que la prise en charge est aussi médicale, les traitements contre le VIH sont une priorité et ni l'un ni l'autre ne connaît de report de soins à la sortie.

Édouard connaît lui aussi une situation différente à la sortie de prison. Sa charge virale est stable et indétectable et il n'éprouve aucune difficulté à faire remplir l'ordonnance émise par l'Ucsa par sa pharmacienne. Cependant, Édouard se retrouve avec beaucoup moins d'amis et de proches prêts à le soutenir qu'il n'anticipait et il a perdu sa clientèle. Privé de l'insertion relationnelle et l'insertion par le travail dont il jouissait avant son incarcération, Édouard doit se reconstruire une situation.

Ces modalités variées de recours et de report des soins à la sortie appellent deux remarques. D'abord, lorsque le tableau clinique le commande, les attentes des professionnels font de la consultation une priorité. Dans la majorité des cas que j'ai observés, les sortants réussissent à s'y plier. Ce sont bien des éléments hors du champ d'intervention biomédicale qui perturbent la réponse des sortants à ces attentes, surtout dans les cas où une ordonnance est délivrée par l'Ucsa et les droits sont ouverts avant la sortie. Si les sortants ont des dispositions variées au recours aux soins, le report court est fréquent, notamment du fait de contraintes administratives.

Ensuite, pour ceux qui bénéficient d'une insertion relationnelle et professionnelle minimale (mais qui suffit à ne pas les rendre dépendants de l'aide sociale), il apparaît en filigrane que ce sont les proches qui assument la charge de travail liée au soutien à l'insertion – et non les professionnels de la prise en charge postcarcérale pénitentiaires. Les missions de prévention de la récidive des agents de probation et les injonctions à la réinsertion des magistrats ne sont pas réalisables sans le soutien de proches, souvent des femmes, pendant et après l'incarcération – j'y reviens dans le chapitre suivant.

Les interruptions longues dans le passé : un lien avec l'incarcération ?

Dans les parcours de santé de certains patients séropositifs au VIH, il peut apparaître des interruptions de traitement longues, de plusieurs mois à plusieurs années, antérieures à l'enquête. Je note d'emblée que cette caractéristique des parcours de santé n'a de sens que (1) pour les personnes vivant avec le VIH (le VHC n'appelle pas de traitement de plus de 24 mois) et (2) pour les personnes dont la charge virale requiert

d'être sous traitement[1254]. Certaines de ces longues périodes d'interruption sont dues à l'indisponibilité ou aux effets secondaires pénibles des traitements ; Ahmed, Édouard, André, Mourad et Karim sont séropositifs depuis les années 1980 et 1990 et ont connu des périodes sans traitement (avant 1996) et des périodes où les traitements étaient difficilement supportés (bi- puis tri-thérapies). À ce sujet, Ahmed me précise toutefois que les interruptions sont parfois imposées, comme lors de ses hospitalisations pour des infections liées au Sida.

Le secret est aussi un facteur d'interruption : Mourad connaît aussi des périodes d'interruption de traitements dues à ses difficultés à dissimuler sa séropositivité, lorsqu'il est en couple ou lorsqu'il « travaille » en collaboration avec d'autres personnes et qu'il partage leur quotidien. Deux hommes qui ont répondu au questionnaire m'ont aussi indiqué que les situations de vie collective ne sont pas propices à l'observance pour ceux qui tentent de cacher leur séropositivité.

D'autres hommes connaissent des périodes où l'inobservance est très importante, notamment lorsque leurs activités sont dominées par l'usage et le trafic de drogues et l'errance. Joseph, Karim, Mourad, André, Jean et Wassim me parlent de périodes plus ou moins longues où les conditions de vie stable ne sont pas réunies pour faire de la régularité de la prise de traitement une priorité. Je l'évoque plus haut, les données issues de l'enquête par questionnaires ne sont pas claires sur le lien entre errance et observance déclarées, tous traitements confondus : la moitié ont déclaré que l'errance n'a pas eu d'effet sur la régularité du traitement (12/28)[1255].

Deux hommes m'ont parlé d'une observance quasi parfaite : Komi a été infecté quatre ans avant l'enquête et montre tous les signes d'une adhésion importante au rôle de patient[1256] ; et Alain a commencé le traitement à la suite de son diagnostic il y a dix ans et affirme ne jamais l'avoir arrêté (il ajoute qu'il peut parfois l'oublier, lorsqu'il a trop bu par exemple, mais qu'il « décale » les prises et n'interrompt jamais son traitement.)

En dépit de périodes parfois longues de décrochage, le recours aux soins est plutôt la norme que l'exception, en particulier pour le VIH. La stigmatisation et les stratégies de protection du secret concernant la séropositivité semblent être des motifs d'interruption de moins en moins usités. Cependant, les campagnes d'information et de prévention du VIH allant décroissant, il est probable que les méconnaissances et les discriminations

[1254] Le seuil au-dessous duquel le traitement ARV est recommandé a changé au cours de l'évolution des avancées thérapeutique et de la disponibilité des traitements. Au moment de l'enquête, seuls Couly et Amin ne sont pas concernés par le traitement.

[1255] Dans le volet d'enquête par questionnaires 28 personnes ont connu l'errance : une personne déclare prendre son traitement plus régulièrement en période d'errance, 5 moins régulièrement, 12 ne déclarent aucun effet sur la régularité de la prise et 9 personnes n'avaient pas besoin de traitement et une personne a répondu que l'errance avait eu « autre » effet.

[1256] Voir les parcours dans le chapitre 5 et les rapports aux soins en détention dans le chapitre 6.

créent les conditions de maintien de telles stratégies. Dans ces situations, la maladie et son traitement sont perçus comme des obstacles quotidiens. Dans d'autres, notamment à la sortie de prison, ils peuvent être des ressources, pour accéder aux droits et aux services. L'impréparation de la sortie de prison est un problème qui fait consensus chez les professionnels. L'étude permet d'éclairer la tension entre la maladie comme obstacle et ressources.

Faire face à l'impréparation de la sortie de prison, le corps malade comme obstacle et ressource

Le problème de l'absence de préparation de la sortie de prison est récurrent dans les échanges que j'ai eus avec les professionnels de la prise en charge carcérale et postcarcérale. Objectif de travail et enjeu pluriprofessionnel s'il en est, l'impréparation de la sortie fait consensus chez les acteurs du médicosocial et de la pénitentiaire, tant il sert d'explication uniforme des situations problématiques des sortants de prison. Formulé de cette manière, il se retrouve aussi du point de vue des sortants, pour qui la liminalité de l'expérience de la sortie, entre dedans et dehors, commence avant la sortie physique de l'institution carcérale et se poursuit en ville, pendant une période variable et difficilement déterminée. Les professionnels souhaiteraient qu'un sortant de prison qui a des besoins de prise en charge médicale ou sociale fasse l'objet d'un travail de suivi spécifique en détention, pour assurer l'ouverture de ses droits, l'accès aux soins et aux services dont il a besoin en ville (dont l'hébergement est le plus problématique). Sur le terrain, l'impréparation de la sortie se justifie en invoquant deux registres : le manque de coordination entre les professionnels et la faible capacité ou volonté des sortants à répondre aux attentes des prises en charge, en termes d'adhésion et de responsabilisation.

Pour un agent de probation exerçant en milieu carcéral, le projet est primordial et la condition *sine qua non* de la préparation de la sortie ; selon lui, le projet est « l'espace dans lequel vont se croiser des compétences diverses dans l'intérêt de la PPSMJ[1257]. » C'est souvent ce travail pluriprofessionnel qui est pointé du doigt, car les obstacles sont nombreux et le plus souvent lié au fonctionnement cloisonné des services pénitentiaires ; la tension liée au travail dans l'urgence et en sous-effectif ne permet pas de faire le lien avec les agents et professionnels des autres services et associations en milieu ouvert. Cet agent de probation note ainsi que les relations entre les services de probation en milieu fermé et en milieu ouvert sont une source importante de difficultés et de perte d'énergie

[1257] PPSMJ : personne placée sous main de justice.

des agents : « on ne se connaît pas assez, les services, les compétences de chaque service. C'est une question de temps. On n'a pas le temps d'aller voir ce que fait l'autre. »

La directrice du service de probation de la première maison d'arrêt propose un autre facteur qui contribue à expliquer pourquoi les agents peinent à travailler ensemble et atteindre l'objectif de prévention de la récidive et d'insertion des sortants de prison. Dans la formation de conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation, les dimensions techniques du traitement des dossiers de demande d'accès aux droits et aux services des personnes sous main de justice ne sont pas enseignées : « c'est ce qui fait que les agents ne savent pas demander une CMUc[1258], la MDPH[1259], le 100 %[1260] (...) ils doivent se former sur le tas », mais on connaît la charge de travail des agents de probation et le peu de marge de manœuvre pour les activités non urgentes, comme la formation continue.

Selon les agents du Point d'accès au droit, un service juridique au sein de l'établissement pénitentiaire, la situation des détenus et sortants de nationalité étrangère est la plus problématique et la plus sujette à des interruptions et au manque de suivi. Les discontinuités que les agents décrivent sont structurelles, car elles résultent de l'organisation du travail et des rapports entre agents et entre services. Les agents saisis d'ouvrir les droits ou de se battre pour l'accès effectif à ces droits de ces détenus et de ces sortants sont témoins au quotidien de la violence gestionnaire[1261] et des difficultés à y faire face.

Ce défaut de capacité de travail collaboratif entre les professionnels de la pénitentiaire et ceux exerçant en ville, entre les professions, ou entre les professionnels d'une même profession, mais exerçant dans des établissements différents, est invoqué pour expliquer la persistance de dysfonctionnements dans les prises en charge qu'ils connaissent quotidiennement. Lors d'un atelier de formation continue destiné à ces professionnels auquel j'ai contribué[1262], les participants et les participantes dressent progressivement une liste des « facteurs qui freinent la continuité de la prise en charge à la sortie » : la domiciliation, la régularisation des papiers et les relations avec la préfecture[1263], le changement de caisse primaire d'assurance maladie, les frais de

---

[1258] La Couverture maladie universelle complémentaire est une forme de mutuelle, pour compléter la prise en charge des frais liés aux soins et aux traitements d'individus à faibles revenus.

[1259] Allocation destinées aux personnes en situation de handicap reconnu.

[1260] Dite « Affection longue durée » : prise en charge complète des coûts liés à une affection chronique, comme le VIH par exemple.

[1261] MAKAREMI Chowra, « Les «zones de non-droit»: Un dispositif pathétique de la démocratie », *Anthropologie et Sociétés* 32 (3), 2008, p. 81.

[1262] Atelier de formation dispensé par une association de lutte contre le VIH/Sida, Paris, 2011.

[1263] Parfois, pour un sortant en situation irrégulière, la maladie peut être un facteur d'accès à une situation administrative stabilisée. Pour les étrangers séropositifs qui cherchent à rester sur le territoire français, la prise en charge médicale peut permettre de demander une autorisation de séjour pour soins. Au moment de l'enquête, la procédure est longue mais réalisable, avec l'appui du médecin de l'Ucsa. L'issue reste du ressort

transport, la coordination de la continuité des ordonnances, le manque de repères des interlocuteurs à l'extérieur, l'entrée en contact avec les professionnels des Ucsa et des SMPR, les problèmes de langue et d'illettrisme, la transition de « passif » à « actif » dans le parcours de soins, la coordination ou la gestion des différents projets de soins, professionnels, d'hébergement. La rhétorique de « l'obstacle » est récurrente dans les discours associatifs et militants. Elle permet de dénoncer les causes institutionnelles du non-recours aux droits et aux services de soins de populations vulnérables ou en situation de précarité[1264].

Selon A. Rode, ces obstacles relèvent de contraintes structurelles diverses et incluent la pauvreté économique, le nombre décroissant et la répartition territoriale inégale des professionnels de santé, le refus de soins par certains praticiens et la législation permettant le contrôle de personnes en situation irrégulière près des dispensaires et autres services d'aide sociale. Dans le cas des sortants, le refus de soins par les cabinets de médecine de ville est assez important, selon deux médecins d'Ucsa exerçant aussi à l'hôpital. Ces refus augmentent la patientèle des services hospitaliers, des urgences et des permanences d'accès aux soins de santé notamment, et préviennent l'inclusion des sortants de prison aux patientèles non spécialisées en ville.

La conception du « bon travail » ou d'un « bon accompagnement » pour les travailleurs sociaux en ville inclut plus de coordination et plus de « lissage » entre les professionnels de la prise en charge postcarcérale, dits les « partenaires » tout en garantissant un suivi le plus individualisé possible. Si cette conception est assez consensuelle, la contradiction apparente entre un travail lisse et adapté à l'usager individuel est un des points d'achoppement de ce projet collectif. Les besoins sont individuels et divers, et les manières dont les institutions y répondent le sont presque tout autant. L'exemple du débat autour d'une offre ciblée ou de droit commun pour les sortants est éclairant : une des solutions proposées au manque de places d'hébergement est la construction de dispositifs spécialisés ou l'institution de quotas de places réservées ; en centre spécialisé, les places d'hébergement pour les sortants de prison sont plus faciles à obtenir, mais l'accès à l'hébergement se fait au détriment de l'autre objectif de l'accompagnement social, la « réinsertion », qui se joue notamment par l'accès aux services de droit commun.

Selon les professionnels, certains problèmes rencontrés dans leur travail postcarcéral s'expliquent en invoquant les sortants eux-mêmes, leur motivation, leur

---

de la préfecture, et notamment du médecin de la préfecture, avec qui les médecins en détention ou en ville n'ont presqu'aucun contact.

[1264] RODE Antoine, *Le « non-recours » aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes*, *op. cit.*

capacité ou leur volonté à faire des démarches et « s'en sortir. » Ainsi, la « transition de « passif » à « actif » fait référence à l'ensemble des ajustements auxquels doivent se faire les sortants de prison, mais aussi leur volonté à répondre aux injonctions des institutions en termes de responsabilisation et de « projet », que je détaillais plus haut. Dans ce registre, les explications des professionnels sont moins structurelles qu'individuelles, et font souvent appel à la « personnalité » du sortant de prison.

De manière plus générale, les professionnels expliquent les problèmes posés par les démarches (comme la domiciliation) ou la communication (comme l'entrée en contact avec les soignants du milieu carcéral) par un manque de coordination entre les « intervenants », c'est-à-dire les professionnels. Ce manque de coordination est aussi invoqué pour expliquer la faible connaissance de dispositifs locaux qui élaborent des solutions qui fonctionnent (comme le travail d'information, d'ouverture de droits et de préparation à la sortie assuré par une assistante sociale dans un Ucsa du sud-ouest de la France, une exception notable au regard des dotations en personnel des autres Ucsa que j'ai étudiées).

Au sujet du paysage du travail postcarcéral et de ses contraintes structurelles, un éducateur d'un Centre de soins spécialisés aux toxicomanes d'Ile-de-France entend ainsi ses difficultés avec l'accompagnement médicosocial des sortants de prison :

> *« Y a énormément d'établissement où le médical ne peut pas, où ils sont trop peu nombreux [pour préparer la prise en charge postcarcérale]. C'est presque jamais les CIP[1265] qui font ces démarches, alors que ça devrait. Y a plus de public carcéral général. Y a que des publics spécifiques. Ils ont pas un réseau. [Vous, les professionnels de l'accompagnement qui travaillez en ville, à] L'extérieur, faut pas que vous hésitiez à dire : « Voilà, nous on peut travailler avec des sortants. », pour se présenter à eux. Développer le réseau ça paraît évident, mais les structures n'ont pas toujours le temps. Surtout que c'est dans l'air du temps, les sortants de prison. Mais eux sont demandeurs de travailler en partenariats. Si d'un effort commun entre intérieur et extérieur de savoir qui prend quel public à la sortie, les CIP pourront faire leur boulot d'orienter les sortants. Si les choses sont au moins amorcées à la sortie, déjà les choses auront un peu avancées. (…) C'est imperméable, c'est difficile de les joindre, les CIP. Mais ça reste plus simple que d'essayer de joindre les Ucsa[1266]. (…) Le cas classique du gar s à la rue, qui va sortir sans hébergement dans six mois, moi ma solution c'est : soit il y a une dynamique de projet de soins en CTR[1267], et là il faut anticiper les délais de chaque structure. [Le CTR « C »] c'est six mois d'attente pour la réponse. [Le CTR « C' »] c'est une semaine. [Le CTR « C" »] c'est un mois ou deux. Y a pas de règles. Tous les intervenants font comme ils*

[1265] Conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation.

[1266] Unité de soins et de consultations ambulatoires, aujourd'hui devenu Unité sanitaire.

[1267] Centre thérapeutique résidentiel, qui propose un hébergement et une prise en charge médicosociale à des personnes gravement ou chroniquement malades et indigentes.

peuvent à l'intérieur puis au sein même de sa structure. De l'extérieur, on ne sait pas comment ça fonctionne à l'intérieur. Le plus important dans les colloques, c'est ce qui se passe dans les couloirs, il faut rencontrer les intervenants[1268]*. »*

L'impréparation du « projet de sortie » pénalise les sortants et embarrasse les professionnels en ville, qui exercent dans un contexte de gestion de la rareté de l'offre de services d'aide. De plus, ils doivent concilier l'urgence de la demande et le calendrier de leur association et des associations partenaires. Dans le cas de Medhi comme d'Iliès, le VIH et le statut d'usager souhaitant sortir de la toxicomanie sont des leviers d'accès préférentiel à des ressources par ailleurs rares dans le paysage de l'hébergement social en Ile-de-France. Par exemple, les demandeurs séropositifs au VIH ont accès plus facilement aux Appartements de coordination thérapeutiques par exemple, certains ACT ayant même maintenu le VIH comme critère d'admission[1269].

Les sortants de prison sans hébergement qui ne sont pas malades ou qui n'ont pas de difficultés liées à leur pathologie relèvent des dispositifs d'hébergement social d'urgence, où les places font défaut de manière structurelle. Dans ces lieux d'hébergement non spécialistes de la prise en charge d'usagers de drogue, la toxicomanie est un critère effectif d'exclusion ou de non-inclusion. Une éducatrice m'indique ainsi que : « souvent, les usagers sont connus des associations. À cause de leurs conduites addictives et leur comportement, les associations ne veulent pas les reprendre. J'ai plusieurs usagers sortis, sans logement ni accompagnement. J'en ai eu plusieurs qui ont demandé à retourner en prison parce que comme ils sont dehors, sans mesure, ils me disent : « Au moins, j'ai accès aux soins. » »

L'impréparation de la sortie est un problème qui fait consensus, mais qui ne suscite de mobilisation, d'échange de pratiques et de dialogue entre professionnels que de manière marginale. Pourtant, si ces réactions semblent contenir la possibilité de changement structurel, les dysfonctionnements semblent tout aussi récurrents que leurs justifications. Les réponses restent parcellaires et isolées, dans un champ qui paraît soit trop contraint par des restrictions de personnel ou budgétaire soit trop cloisonné. On peine à imaginer des « États généraux de la sortie de prison », investis par l'Administration pénitentiaire, l'Hôpital et les fédérations d'associations d'aide à l'accès au logement, à l'emploi et aux soins de santé (dont la toxicodépendance). Ils seraient

[1268] Educateur spécialisé, CSST, Ile-de-France.

[1269] Les premiers critères restent l'urgence et le besoin d'accompagnement social au cours d'une maladie grave. MICHEAU Julie, Présentation de l'enquête sur les dispositifs d'hébergement pour les personnes vivant avec le VIH, Sida Info Service, Paris, 2011, GANDON Virginie, GIMEL Josué et MICHEAU Julie, « Etude sur les dispositifs d'hébergement crées dans le champ du VIH et accueillant des personnes atteintes du VIH/Sida ou d'une autre pathologie chronique lourde et en état de fragilité psychologique et/ou sociale », Paris, Direction Générale de la Santé, 2010, p. 173.

pourtant une expérimentation à même de produire à la fois la légitimité et le dialogue suffisant pour établir des protocoles de prise en charge nationaux.

Dans cette perspective, l'impréparation de la sortie apparaît comme un manque de prises sur le corps détenu et sortant, par les institutions et les professionnels du gouvernement des individus déviants. Dans ce discours, le corps sortant de prison semble échapper à l'assujettissement attendu d'un produit de l'institution carcérale, pris entre l'injonction à être assujetti et celle d'agir en tant qu'individu responsable. Je propose de considérer que cette impression est liée à l'invisibilisation des réponses des sortants du point de vue des professionnels, du fait du croisement des injonctions à l'assujettissement et à la responsabilisation dont ils sont l'objet. Autrement dit, le problème de l'impréparation de la sortie interroge les expériences de la domination[1270] des sortants, qui aujourd'hui se sont élargies pour inclure l'assujettissement[1271] et la responsabilisation[1272]. L'hypothèse que je propose veut que ces modes de gouvernement différents induisent des attentes diverses de la part des professionnels et des réponses confuses au premier abord. Cette diversité rend illisibles les réponses individuelles, qui ne peuvent de fait correspondre à la fois à une démonstration d'intériorisation d'une norme imposée (assujettissement) et à une prise en charge de soi en tant qu'acteur responsable et autonome (responsabilisation). Lorsque l'on examine les expériences individuelles des sortants, les formes d'assujettissement et de responsabilisation coexistent et sont imbriquées.

Par ailleurs, les institutions qui prennent en charge les sortants sont hétérogènes et assez éclatées dans le paysage de l'aide sociale. Mon hypothèse induit que l'illusion de leur incapacité à contrôler les individus marginalisés se renforce par la pluralité des réponses possibles aux formes de responsabilisation elle-même. Ces formes se déclinent en quatre registres non exclusifs selon D. Martuccelli, l'inculcation, l'implosion, l'injonction ou la dévolution, selon que la responsabilisation ou l'assujettissement s'exercent par la contrainte ou par le consentement[1273]. Elles impliquent des expériences de domination plurielles et, en retour, des réponses plurielles de la part des sortants. Les expériences de la domination des sortants de prison, prises entre des exigences diverses,

---

[1270] MARTUCCELLI Danilo, « Figures de la domination », *art. cit.*

[1271] Selon D. Martuccelli, l'assujettissement correspond à « la série de « disciplines » imposée par l'institution pour à la fois former des sujets et les contrôler, à la fois produire et reproduire des rapports de domination, et à la fois susciter le discours sur soi et prescrire les normes de la construction du sujet. (474 : 2004)»

[1272] Pour D. Martuccelli, « En parallèle à l'assujettissement, émerge la responsabilisation, une autre forme d'inscription de la domination dans les sujets, commandant responsabilité de ses actes et responsabilisation, c'est-à-dire d'assumer la charge de l'incertitude liée aux transformations macrosociales, l'implication dans la vie sociale, et à défaut, leur situation d'échec ou d'exclusion. (2004 : 476) »

[1273] MARTUCCELLI Danilo, « Figures de la domination », *art. cit.*, p. 480.

produisent-elles des réponses hétérogènes qui rendraient illisibles les pratiques des dominés ?

Enfin, le problème de l'impréparation de la sortie permet aussi de noter que la catégorie juridique de « sortant de prison », pour définir et mettre en œuvre une prise en charge médicosociale, est inopérante. De fait, la population postcarcérale est très hétérogène et, comme le montre la sociologie des prisons, l'expérience carcérale fait peu pour la rendre plus homogène. Dans cette perspective, il paraît peu surprenant que cette catégorisation diverge de celles en termes de besoins de santé ou de précarité économique, sociale ou relationnelle.

Conclusion

La sortie de prison est une épreuve constituée d'ajustements pluriels, qui demande un travail d'adaptation aux contraintes et de mobilisation de ressources de la part du sortant. Cette expérience se déroule dans une incertitude importante qui affecte la dimension somatique et psychique de la sortie. L'incertitude est aussi prégnante dans la phase administrative de la sortie de prison, au cours de laquelle le sortant doit multiplier les démarches d'accès aux droits et aux services. Ces démarches sont encadrées par des rapports souvent contraints avec des institutions qui privilégient la conditionnalité des ressources et des preuves de responsabilisation des demandeurs. L'outil du « projet » est éclairant, en ce qu'il requiert l'articulation d'une adhésion explicite aux conditions d'attribution des ressources, sous la forme de gages d'efforts d'autonomisation, d'authenticité, de réflexivité et de responsabilité. La troisième dimension de l'expérience de la sortie que j'ai abordée est celle du report de soins de santé. Dans l'ensemble, après une période d'ajustement courte, mais variable, les sortants ont eu recours aux services hospitaliers ou associatifs pour continuer la prise en charge de leurs besoins liés au traitement du VIH ou de l'hépatite C et aux addictions. Trois autres dimensions de l'expérience de la sortie, liées à l'insertion relationnelle, au travail et aux attentes de « changer de vie », y sont enchevêtrées et font l'objet du prochain et dernier chapitre.

Chapitre 8. La sortie de prison ou la progression de la vulnérabilité

L'expérience de la sortie de prison se ressent dans le corps et s'éprouve. Elle s'accompagne d'une inscription dans des rapports institutionnels donnant accès à une prise en charge médicosociale, faite d'un ensemble de démarches administratives et de recours aux soins. Suivant la conception des rites de passage d'A. Van Gennep, la phase liminaire de l'expérience de la sortie de prison se déroule dans un monde d'entre-deux, partagé entre les lieux de la prison et de la ville. En prison, la sortie s'attend, se prépare et s'anticipe, en opposition à la phase préliminaire de l'incarcération et la phase postliminaire du retour en ville. En ville, elle se déroule comme une épreuve faite d'ajustements pluriels qui affectent le corps, la psyché, les proches et le travail.

Dans ce dernier chapitre, je poursuis la description de l'expérience de la sortie de prison en traitant les trois autres dimensions, qui s'imbriquent à celles décrites plus haut. Dans la mesure où elle peut être décrite comme un retour au milieu social d'origine pour certains, la sortie s'accompagne d'une réinsertion relationnelle et par le travail ; ce sont les quatrième et cinquième dimensions que j'aborde. Les attentes et les désirs d'infléchir son parcours biographique et « s'en sortir » sont la sixième et dernière dimension de l'expérience de la sortie.

À partir des cas étudiés, je distingue les sortants qui bénéficient du soutien matériel, affectif et social de proches, et qui peuvent aussi avoir un emploi, de ceux qui sont plus seuls, célibataires et qui dépendent de leurs rapports avec les professionnels de l'aide sociale pour obtenir soutien et ressources. Ces sortants plus démunis sont-ils pour autant pris dans une situation anomique, où l'absence de contrainte carcérale imposerait en contraste un vide normatif ? Je soulignerai que dehors, les procédures institutionnelles, les attentes, les ressources atteignables et les contraintes pour y parvenir sont claires. Les sortants connaissent le paysage institutionnel et les rapports des sortants avec les professionnels de l'aide sociale. J'insisterai plutôt sur le fait que, dans mon enquête, tous les sortants regagnent la ville, s'adaptent à ses contraintes et saisissent ses ressources dans un temps flottant. Ce dernier est mieux décrit comme le temps opportun des activités et de l'ajustement postcarcéral que le temps chronologique de certaines prises en charge dites d'urgence. Ce temps est imprégné d'une incertitude difficile à circonscrire et, qui, de manière variable selon les situations sociales et les parcours, fragilise des sortants surexposés aux risques sociaux. Pour certains, ce temps de la marge, entre incarcération et inclusion, peut être long et donner l'impression que le

passage à l'agrégation au sens d'A. Van Gennep est impossible. Les sortants les plus pauvres sont-ils pris dans cette marge ? La sociologie de la liminalité permettra d'interroger cette notion d'entre-deux et ses implications pour les prises en charge.

Enfin, la sortie se caractérise aussi par une réflexivité, une anxiété et une fatigue qui mènent les sortants à s'interroger sur la suite de leur vie. Le temps gaspillé en prison vient se confronter au champ des possibles, dans une expérience liminaire tournée vers l'avant. Comment se vit cette projection, et sa confrontation à la pénurie relationnelle ou matérielle, vécue par tous, mais à des degrés divers ?

Dans ce chapitre, j'aborde d'abord brièvement l'évolution du système social depuis les années 1970, pour en identifier ensuite les effets sur les parcours et sur la sortie de prison. Je poursuis dans un second temps la description des trois dernières dimensions de la sortie, les dimensions relationnelle, liée au travail et liée à la projection dans le futur.

Des sortants vulnérables

J'ai décrit l'expérience de la sortie de prison comme une épreuve qui fragilise les sortants, en affectant leur corps, mais aussi leurs rapports aux institutions médicales et d'aide sociale. Je poursuis cette description en abordant la dimension relationnelle et de travail, pour montrer comment ces épreuves d'insertion ou de réinsertion relationnelle et de retour au travail contribuent à rendre les sortants plus vulnérables.

Le choix de situer cette description dans le champ de la vulnérabilité permet de rendre compte de la continuité des expériences antérieures et postérieures à l'incarcération. Elle invite ensuite à souligner leur inscription dans un processus social plus large, celui de la progression de l'incertitude et de l'évolution des expériences de domination. Avant de poursuivre la description du vécu de la sortie de prison, je précise les caractéristiques de ce contexte macrosocial et ses implications pour l'analyse.

Au préalable, il faut noter que la notion de vulnérabilité n'est ni nouvelle ni univoque : elle a été saisie par des champs et des disciplines divers. Il n'est pas excessif de qualifier le terme « d'omniprésent[1274] », tant il est récurrent dans les publications scientifiques et les débats contemporains autour des politiques sociales[1275]. Je choisis de recourir à l'approche sociologique de la vulnérabilité, au sens large, c'est-à-dire qui

[1274] Par exemple, les occurrences du terme « vulnérabilité » dans le corpus des publications recensées dans la base GoogleScholar entre 1970 et 2014 croissent de manière exponentielle depuis les années 2000, comme le montre BRODIEZ-DOLINO Axelle, « Le concept de vulnérabilité », *La Vie des Idées*, 2016, <http://www.laviedesidees.fr/Le-concept-de-vulnerabilite.html>, consulté le 6 septembre 2016.

[1275] SOULET Marc-Henry, « La vulnérabilité comme catégorie de l'action publique », *Pensée plurielle* (2), septembre 2005, p. 49-59.

dépasse les discussions sur la nature vulnérable de certains individus, pour appréhender la dimension structurelle de la vulnérabilité, prise dans les transformations contemporaines du système social.

Autrement dit, la notion de vulnérabilité que je privilégie ici permet de poser le regard à la fois sur ses conditions d'existence et ses effets dans les parcours individuels. Elle permet aussi de considérer qu'en tant que propriété structurelle, mais en évolution, du système social elle concerne tous les individus et non pas seulement les « exclus » ou les « marginaux ». Les sortants, mais aussi les professionnels qui les accompagnent, sont fragilisés par l'épreuve de la sortie. Comme je l'ai évoqué dans le chapitre 2, la gestion hospitalière tournée vers l'efficience s'impose aux professionnels de santé au détriment de leur travail auprès de patients plus précaires. Elle affecte l'épanouissement professionnel et met un nombre croissant d'agents hospitaliers à risque de souffrance au travail.

Enfin, la notion de vulnérabilité permet de situer les expériences des sortants de prison dans le contexte pertinent : celui d'une exposition plus forte aux risques sociaux pesant sur l'ensemble du système social, dans la mesure où l'érosion de leurs supports sociaux est exacerbée par la sortie de prison.

Les transformations du système social depuis les années 1970 sont protéiformes, mais en s'inspirant de synthèses de M.-H. Soulet, on peut identifier quatre axes pertinents pour caractériser la vulnérabilité sociale des sortants de prison[1276]. (1) L'État social a évolué depuis sa vocation première « d'État bailleur » assurant droits et prestations à des populations spécifiques. Progressivement, il se rapproche de la figure d'un « État souteneur », qui dispense des dotations spécifiques, parfois sous conditions[1277]. (2) La conception du risque s'est également transformée et on assiste au passage d'un modèle solidariste, où les individus sont collectivement protégés des risques sociaux et dédommagés lorsqu'ils se réalisent, à un modèle responsabiliste, où la charge de ces risques est progressivement assumée par l'individu[1278]. (3) Le politique se présente aujourd'hui comme une modalité d'élaboration de préférences négatives (comme l'illustre le principe de précaution) et comme une création d'opportunités permettant à chacun d'assumer le maximum de risques dans une visée promotionnelle et réalisatrice

---

[1276] *Ibid.* ; SOULET Marc-Henry, « La vulnérabilité: un problème social paradoxal », *in* CHÂTEL Vivianne et ROY Shirley (dir.), *Penser la vulnérabilité: visages de la fragilisation du social*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2008, p. 65-92.

[1277] On pense notamment au droit au chômage aujourd'hui contractualisé : l'Allocation de retour à l'emploi n'est plus un droit mais une prestation conditionnée à la recherche d'emploi, preuves à l'appui.

[1278] EWALD François et Denis KESSLER, « Les noces du risque et de la politique », *Le Débat*, 2000, n° 109, p. 55-72, in Soulet, 2005.

(comme l'exemplifient les politiques soutenant la logique de la *capability*)[1279]. (4) Dans ce projet politique l'individu a vu ses droits se diversifier : aux droits lui accordant une citoyenneté juridique et politique (comme le vote) et à ceux soutenant sa citoyenneté sociale (comme les prestations sociales), se sont ajoutés des droits conditionnés qui doivent lui permettre de s'accomplir en tant qu'acteur intégré et de se construire comme sujet.

Parce qu'il revient aujourd'hui à l'individu de se construire et de se gérer comme sujet, cette évolution induit une vulnérabilité croissante pour les individus qui risquent de ne pas pleinement se réaliser en tant que sujet « achevé » ou « complet ». Cette dynamique est structurée par cinq processus, liés aux transformations du système social : la privatisation de la relation de travail, une désocialisation des protections, une désinstitutionnalisation de la société, une mutation des modes de socialisation et un renversement du rapport au risque[1280].

Dans ce tableau, l'incertitude est centrale : elle est, par exemple, prégnante sur le marché du travail ou dans les biographies du fait du transfert du risque à l'individu, mais aussi du fait de la flexibilité des parcours de vie et de la multiplication des rites de passage[1281]. Cette incertitude structurelle et le transfert des responsabilités à l'individu participent à ce que D. Martuccelli décrit comme une domination par la responsabilisation des individus, un contrôle qui s'exerce en parallèle aux mécanismes connus, mais insidieux de l'assujettissement[1282]. Cette responsabilisation s'inscrit dans un contexte où les épreuves et les évaluations imposées aux individus sont permanentes ; ce contexte suppose que « l'individu se sente, toujours et partout, responsable non seulement de tout ce qu'il fait (notion de responsabilité), mais également de tout ce qui lui arrive (principe de responsabilisation)[1283]. » Produire de la subjectivation devient ainsi un enjeu de réalisation individuelle, mais aussi un enjeu social, car la subjectivation est requise pour faire pleinement part à la société. Agir par soi-même et accomplir ses projets devient une injonction pour toutes et tous à participer à l'intégration du social.

Mais, comme l'indique M.-H. Soulet, « cette obligation de se tenir de l'intérieur a un coût individuel et un coût social d'ores et déjà perceptibles. » Pour ceux qui ont des supports sociaux insuffisants, pour les « individus sans support[1284] », la vulnérabilité se traduit par une mise à l'écart. Je précise que je privilégie le cadre théorique qui considère

---

[1279] SOULET Marc-Henry, « Une solidarité de responsabilisation », *Le travail social en débat*, 2005, p. 89.

[1280] SOULET Marc-Henry, « La vulnérabilité comme catégorie de l'action publique », *art. cit.*

[1281] Que je mentionnais plus tôt, dans le chapitre 7.

[1282] MARTUCCELLI Danilo, « Figures de la domination », *art. cit.*

[1283] *Ibid.*, p. 479.

[1284] CASTEL Robert, « Des individus sans support », *in* CHÂTEL Vivianne et SOULET Marc-Henry (dir.), *Agir en situation de vulnérabilité*, Sainte-Foy, Québec, Canada, Presses de l'université Laval, 2003, p. 51-61.

que l'incertitude produite par les transformations sociales du vingtième siècle affecte et fragilise tous les individus, et non pas seulement ceux pris dans la « zone de vulnérabilité » décrite par R. Castel. Les plus exposés et les moins protégés sont plutôt plus vulnérables que les autres, et non pas une catégorie sociale à part. À défaut de moyens adéquats et d'un capital social suffisant, l'indépendance devient vulnérabilité et l'incertitude devient sans fin.

Les études sur le *care* proposent une nuance à ce cadre théorique qu'il importe de garder à l'esprit. La remontée de l'incertitude et de la vulnérabilité dépend d'une conception selon laquelle la société salariale conférait une protection sociale et une autonomie vis-à-vis des risques sociaux. Or tous ne bénéficiaient pas de cette protection et cette autonomie ; on pense notamment aux non-salariés mais aussi aux ayant droits des salariés, dont le droit est la consécration de la dépendance au chef de famille. Les travaux sur l'éthique du *care* rappellent la continuité des expériences de dépendance et de vulnérabilité.

Pour qualifier cette vulnérabilité, je me tourne vers deux registres de support qui ont fait l'objet de nombreux travaux, à la suite de ceux de R. Castel. Le premier, l'insertion relationnelle, fait du soutien matériel, affectif et social apporté par les proches, les conjointes et les professionnels de l'aide sociale une ressource pour opérer la transition entre la prison et la ville.

Une insertion relationnelle faible, des sortants vulnérables

L'insertion relationnelle à la sortie, des ajustements dans la famille et dans le couple

Les relations familiales

Amin fait figure d'exception parmi le groupe d'hommes qui m'ont accordé des entretiens biographiques. Plus de la moitié des détenus de l'enquête par entretiens biographiques n'ont reçu aucune visite de leurs proches pendant leur incarcération. À sa sortie de prison, après un bref séjour en postcure, Amin retourne chez lui, ou plus exactement, chez ses parents. Amin jouit d'une insertion relationnelle importante. Le soutien de sa mère est quotidien, matériel et professionnel. Elle l'aide à ménager la relation conflictuelle avec son père, elle l'héberge et assure le travail domestique, et elle parvient à négocier son retour au travail auprès de son employeur.

Komi jouit d'un soutien similaire de la part de ses parents, qui le soutiennent moralement et financièrement, et qui intercèdent auprès de son employeur de manière à

lui éviter le licenciement. Si leurs familles sont présentes à leur sortie de prison, l'incarcération a un coût, qui ne laisse pas indemnes les relations avec leur fils. En effet, l'incarcération a des coûts directs et indirects, qui reviennent souvent à la charge des familles : coûts des déplacements pour se rendre à la maison d'arrêt, frais de défense, dédommagements des victimes, factures impayées et loyers s'ajoutent à la perte de ressources (salaires, allocations, travail domestique) liée à l'incarcération du détenu.

Komi raconte que son arrestation et son incarcération pour le viol d'une jeune femme ont été un choc pour ses parents. L'incarcération était, de leur point de vue et dans le récit de Komi, imprévisible. Elle était aussi illégitime, car, dans un premier temps, ils peinaient à croire à sa culpabilité. Ces deux dimensions de l'événement et l'appartenance à une classe sociale privilégiée des parents de Komi rappellent « l'expérience carcérale élargie » de type « dévastatrice », décrite par C. Touraut[1285]. Cette expérience élargie fait référence à l'emprise des prisons sur les proches qui ne sont pas enfermés, mais qui éprouvent eux aussi l'incarcération, à travers ses effets économiques, sociaux, somatiques et psychiques[1286]. Ainsi, les coûts liés directement et indirectement à l'incarcération participent à lier les expériences des parents de Komi à la sienne. Les travaux sur les proches de détenus décrivent plus largement une altération de la temporalité des femmes et des mères de détenus, qui se réorganise autour des activités de soutien à leur proche détenu. Les visites au parloir, les courriers et l'attente de leurs réponses, mais aussi l'incertitude et l'impuissance liées aux procédures judiciaires modifient leurs calendriers et leurs préoccupations[1287].

Pour Amin et Komi, l'insertion relationnelle est constituée en grande partie des liens avec leurs parents. Dans le cas des hommes interrogés par questionnaire dans le deuxième volet de mon enquête, elle inclut la famille : 10 des 28 détenus qui avaient déjà fait l'expérience d'une sortie de prison, disent avoir pu compter sur un membre de leur famille lors de leur dernière sortie de prison. Au regard du reste de la population pénale, qui a peu de contact avec leurs parents et leurs enfants[1288], Amin et Komi jouissent d'une insertion relationnelle privilégiée.

[1285] TOURAUT Caroline, *L'expérience carcérale élargie. Dynamiques du lien et identités à l'épreuve de l'incarcération d'un proche*, *op. cit.*, p. 257.

[1286] *Ibid.*, p. 256.

[1287] TOURAUT Caroline, *L'expérience carcérale élargie. Dynamiques du lien et identités à l'épreuve de l'incarcération d'un proche*, *op. cit.* ; COMFORT Megan, *Doing time together*, *op. cit.* ; MANUELA IVONE P. DA CUNHA, « Closed circuits Kinship, neighborhood and incarceration in urban Portugal », *Ethnography*, 2008, p. 325-350.

[1288] CASSAN Francine et TOULEMON Laurent, « L'histoire familiale des hommes détenus », *art. cit.*, p. 43.

Les relations conjugales

Pour d'autres, comme Robin, Alain et Paul, c'est la vie conjugale qui constitue le socle du soutien moral, relationnel et financier. Les hommes en couple sont peu nombreux en détention, et le risque de rupture conjugale croît avec le temps passé en prison[1289]. Dans le groupe des hommes qui ont participé au volet d'enquête par questionnaires, seuls 3 sur 19 ont répondu qu'ils avaient pu compter sur leur partenaire pour les aider ou les soutenir[1290].

Dans le groupe des hommes qui ont participé à l'enquête par entretiens biographiques, Robin, Alain et Paul se distinguent par leur engagement conjugal. Robin par exemple est en couple avec Gaïa depuis de nombreuses années. Elle vient le chercher à sa sortie de prison et le conduit à leur domicile conjugal. L'incarcération de Robin est courte et ne semble pas avoir d'effet délétère sur son couple. Gaïa et lui sont restés en lien pendant sa peine de prison, vécue plutôt comme un risque professionnel qu'une surprise ou une injustice.

À l'inverse, Paul a dû ménager sa relation avec son compagnon depuis la détention et la séparation a été difficile. Penser aux proches et entrer en relation avec eux par courrier ou par téléphone tout en étant détenu a parfois été pénible pour Paul. La projection par-delà le quotidien carcéral, dont il faut faire preuve pour soutenir moralement son compagnon au téléphone depuis la détention, est pénible pour deux raisons. D'abord la séparation est pénible en soi et, ensuite, cette projection dans le couple détourne du rôle social du détenu. Ce rôle, dans le cas de Paul, se doit être présent, vigilant, viril et peu expressif[1291]. Ce travail de ménagement de la relation conjugale ne compense pas tout à fait la distension causée par l'incarcération, une expérience parfois indicible, comme l'évoque M. Pollak au sujet de l'expérience concentrationnaire.

Les proches, entre soutien et tensions

Ce décalage est la source du soulagement qu'éprouvent les détenus, lorsqu'ils sortent et qu'ils sont libérés du milieu social qui les contraignait à ce rôle. Mais le temps d'ajustement des réactions et des attitudes peut être plus ou moins long, et l'occasion d'angoisses et de tensions avec les proches. Après des mois de communication par courrier ou par téléphone, surveillée par la pénitentiaire, durant lesquels les sentiments

---

[1289] *Ibid.*

[1290] N=19, soit les hommes qui ont fait l'expérience d'une sortie de prison antérieure et qui avaient une partenaire à ce moment-là.

[1291] J'ai approfondi le récit de vie et les rapports d'enquête avec Paul dans les chapitres précédents, chapitre 5 et 4 respectivement.

s'expriment parfois avec difficulté, les relations avec les proches ne sont pas toujours faciles. Un grand nombre d'entre eux se sont séparés dans un contexte de tension, comme Amin et son père au sujet de la boisson, ou comme Ahmed et sa mère, après des violences domestiques.

Si les détenus éprouvent de l'anxiété à l'idée de quitter la prison et d'être confrontés à l'incertitude de la sortie, les proches connaissent aussi des inquiétudes. G. Ricordeau indique ainsi que : « La socialisation carcérale et la nécessité, pour beaucoup, de présenter différentes identités (dedans et dehors) nourrissent l'inquiétude des proches. Ils craignent que le détenu, à sa libération, ne soit différent de ce qu'il était avant ou pendant sa peine (notamment pour les couples constitués en prison). De plus, lorsque l'incarcération a été un soulagement pour les proches (en cas de violences conjugales, d'alcoolisme, de toxicomanie…), ceux-ci peuvent craindre que les évolutions dont il a pu faire montre dedans ne durent pas dehors. Malgré leurs connaissances théoriques des effets de l'incarcération, les proches idéalisent la sortie[1292]. » Si la prison a pu changer les détenus, le retour au foyer familial concrétise ces appréhensions et confronte les proches et le sortant à la distance instaurée par l'incarcération.

Dans le cas des permissionnaires de la Grande guerre, les tensions liées au plaisir des retrouvailles et à l'appréhension de l'incertitude contribuent au choc de se retrouver, soulignant la distance entre les soldats et leurs familles : « Les familles découvrent parfois un homme bien différent de celui qu'elles ont quitté, et l'apparence des combattants, qui a nourri le cliché du « poilu » hirsute et crasseux, joue beaucoup dans le sentiment de distance qui s'installe. Malgré les efforts de l'armée, beaucoup de permissionnaires arrivent en piteux état, et si certains assument leur apparence, d'autres sont mal à l'aise face au regard de leurs proches, notamment des enfants, « apeurés à la vue de pères qu'ils ne reconnaissent plus[1293] ». Une fois dehors, les relations familiales et conjugales sont soumises à une double tension : les attentes sont fortes pour que les retrouvailles se passent bien, mais le retour s'accompagne souvent de conflits, comme dans le cas d'Amin et son père.

La fin de la privation de liberté, pour soi et avec ses proches, est joyeuse, mais l'impression que l'on « doit » s'en réjouir s'oppose au temps de l'ajustement de la sortie. Le temps qu'il faut pour sortir de prison et pour se sentir sorti de prison n'est pas le même et s'explique difficilement aux proches. De là vient aussi l'incapacité de parler de l'incarcération, les ex-détenus évoquant un « sentiment de n'avoir rien à dire, d'être « vides » (la violence des émotions et leur simultanéité étourdissent) et leur obligation de

[1292] RICORDEAU Gwénola, « La liberté devant soi », *art. cit.*, p. 167.
[1293] CRONIER Emmanuelle, *Permissionnaires dans la Grande Guerre*, *op. cit.*, p. 110.

faire bonne figure[1294]. » Ainsi, les détenus libérés après une longue peine rompent souvent avec leur conjointe, après des années de courrier et de visites au parloir[1295]. Dans les relations amoureuses en prison, l'autre et la relation elle-même sont idéalisées et la confrontation à la vie commune peut être un échec pour les détenus devenus plus adaptés à la vie carcérale. Enfin, les tensions peuvent être exacerbées par la contamination du stigmate : la stigmatisation liée à la sortie de prison contamine elle aussi les proches, qui étaient des « proches de détenus » et restent des « proches de sortants. »

Le retour à la vie de quartier ou de voisinage constitue une autre facette de l'insertion relationnelle à la sortie. J'ai peu évoqué ce retour avec les sortants, mais dans le cas de Mourad, elle est importante. Son inclusion dans le réseau d'interconnaissance forte du quartier populaire qu'il fréquente depuis des années lui permet de bénéficier d'une solidarité. Son réseau professionnel étant inscrit dans ce quartier, c'est par ce biais qu'il obtient un emploi déclaré en tant que barman à temps partiel. Ceci lui permet en retour de justifier d'un emploi auprès de l'assistante sociale de son centre d'hébergement.

Dans un registre plus intime qui participe à cette insertion relationnelle, j'ai peu abordé la sexualité des détenus et des sortants dans nos entretiens et ne peux étayer cette dimension du retour à la ville à partir de mes données. Leurs relations intimes sont marquées par la séropositivité, annoncée ou dissimulée, acceptée ou stigmatisée, pour le VIH davantage que pour le VHC. Les travaux de G. Ricordeau et dans un tout autre contexte le travail historique d'E. Cronier sont en cela plus éclairants car ils décrivent combien la sexualité est source d'appréhensions puis de frustrations importantes[1296]. La sortie est une expérience intime, qui permet de compenser en partie la pénurie affective et sexuelle de l'incarcération, mais les attentes et les fantasmes dont elle fait l'objet la rendent ambivalente. D'abord, la stigmatisation ne joue pas en la faveur des sortants, lorsqu'ils cherchent à s'engager dans des relations amoureuses. Pour ceux qui retrouvent leur conjointe, les relations doivent se défaire de fortes tensions, notamment liées à la crainte de l'infidélité féminine pendant l'incarcération. Ensuite, les sortants peuvent s'inquiéter d'interagir de nouveau avec des femmes après une incarcération où les relations avec des femmes sont à la fois rares, mais policées, sexualisées mais mises à distance. De plus, l'enfermement a des effets physiologiques sur la sexualité avec lesquels les sortants doivent composer, comme l'éjaculation précoce due à une longue pratique de la masturbation. Enfin, la frustration semble l'emporter sur la satisfaction d'être libre de

---

[1294] RICORDEAU Gwénola, « La liberté devant soi », *art. cit.*, p. 172.

[1295] *Ibid.*, p. 171.

[1296] *Ibid.*, p. 173-177 ; CRONIER Emmanuelle, *Permissionnaires dans la Grande Guerre*, *op. cit.*, p. 128-135.

vivre sa sexualité, car après l'enfermement, les sortants se trouvent inhibés et distraits par l'anxiété générale de la sortie de prison – et parfois face à des compagnes tout aussi inquiètes de rompre avec l'abstinence.

À la sortie c'est donc tout un travail d'ajustement au rôle conjugal et de retour à l'Autre, même le plus familier, qui doit s'amorcer, avec plus ou moins de succès. Les relations familiales et conjugales contraintes par les règles de la vie carcérales doivent s'adapter à la vie dehors, à la cohabitation, mais aussi au partage des tâches domestiques ou des rôles parentaux. Dans son enquête sur les proches des personnes détenues, G. Ricordeau s'entretient avec un homme sur la difficulté de reprendre sa place, ou d'en trouver une autre, à la sortie de prison. Elle le cite ainsi : « Ma copine m'a dit : « Faut que je fasse le papa et la maman. » Alors, quand je vais revenir, il va falloir faire doucement[1297]. » L'ajustement à la vie familiale et conjugale implique une sorte d'apprentissage dans la mesure où il faut s'adapter et reprendre ses marques, mais où il faut aussi de composer avec les liens et les personnalités changées par l'expérience de l'enfermement.

Le système carcéral joue un rôle complexe et parfois paradoxal pour ces femmes, comme le montre M. Comfort dans son étude sur les partenaires de détenus en Californie[1298]. Elle décrit les manières dont la prison s'insère dans leurs relations amoureuses et intimes, en contrôlant les registres et les modalités d'échanges et de communication, leur impose d'encourager la docilité ou l'adhésion aux attentes carcérales, endossant ainsi un rôle punitif. Elle pèse aussi sur les budgets familiaux et, parfois, les protège de partenaires violents. D'après M. Comfort, pendant l'incarcération, les femmes adoptaient un rôle curieux, celui de « compagnon de cellule extérieur[1299] », un statut hybride entre proche dévouée et agent de rappel à l'ordre carcéral, dont bénéficient les détenus et l'institution pénale. Les femmes, fiancées et petites amies fournissent le travail et le financement des récompenses qui brident les comportements déviants des détenus, du moins en partie. M. Comfort en conclut que les femmes vivent une expérience carcérale en tant que compagnon de cellule, mais aussi en tant qu'agent de probation secondaire.

Ce rôle s'adapte lui aussi à la sortie de prison : en tant que partenaires ou mères d'hommes sortant de prison, elles tendent à assumer des charges proches de celles d'agent de probation et de travailleur social[1300]. Les femmes soutiennent et parfois anticipent les démarches liées à la domiciliation et à l'ouverture d'accès aux droits, à la

---

[1297] RICORDEAU Gwénola, « La liberté devant soi », *art. cit.*, p. 176.

[1298] COMFORT Megan, *Doing time together*, *op. cit.*

[1299] Ma traduction de « external "prison mate" » *Ibid.*, p. 187.

[1300] *Ibid.*, p. 189.

recherche d'emploi. Elles hébergent leur partenaire sortant et prennent soin d'eux, elles ménagent leur santé somatique et mentale et, parfois, leur sobriété. Par exemple, faire mention d'une partenaire dans son dossier de demande d'aménagement de peine ou dans ses interactions avec les agents de probation joue en faveur du détenu, car celle-ci confère une impression de stabilité. Les professionnels savent que les relations de couple et la vie familiale sont propices à la bifurcation dans le parcours délinquant et qu'elles jouent un rôle important dans les trajectoires de désistance[1301].

Prendre en compte le travail des partenaires et des mères de détenus permet de réévaluer les ambitions affichées par les services de probation. Dans cette perspective, les personnes qui assument la plus grande partie des coûts de la « réinsertion » ne sont pas les professionnels de la justice. Ce sont aux femmes et aux mères, aux professionnels associatifs et aux proches, que reviennent la charge d'aider à trouver et justifier d'une domiciliation et d'un emploi.

Pour un tiers des répondants au questionnaire et trois quarts des hommes interviewés, la vie familiale et conjugale n'est pas une source de soutien mobilisable, et ne fournit que des ressources marginales, voire nulles. La faible insertion relationnelle de ces détenus est le produit d'un faisceau d'expériences antérieures, dont la dépendance et la précarité sont fondamentales, mais pas nécessaires. Lorsque je lui demande s'il a quelqu'un dans sa vie, Iliès me répond que : « non, on ne peut pas être amoureux de plusieurs personnes. La drogue, l'alcool, une femme, ce n'est pas compatible. La drogue prend le dessus sur tout. » Robin, Paul et Alain sont eux aussi des usagers de droguesou sous traitement de substitution au moment de l'enquête. Un autre facteur déterminant est peut-être l'expérience de la discrimination liée à la catégorisation d'usager de drogue, mais cette distinction n'est pas systématique selon les parcours. Pour un nombre important de détenus usagers que j'ai rencontrés, la stigmatisation précède l'incarcération. En cela, il s'agit d'une expérience qu'ils connaissent en ville puis en détention, qui participe à la porosité des murs de la prison, soulignant ainsi la continuité entre la prison et la ville.

L'insertion relationnelle par le réseau de soutien professionnel

La présence de proches ou d'une conjointe à la sortie est plutôt exceptionnelle chez les hommes que j'ai rencontrés. Les hommes comme Iliès, Mehdi, Jean, Wassim, Ahmed, Ayoub, Patrick, Karim ou Joseph ont une insertion relationnelle plus fragile qu'Amin et

[1301] MOHAMMED Marwan (dir.), « Schémas de sortie de bande: de l'usure de la rue à l'ouverture sociale », *in* MOHAMMED Marwan (dir.), *Les sorties de délinquance: Théories, méthodes, enquêtes*, Paris, La Découverte, 2012, p. 182-209.

Komi ou Robin, Paul et Alain. Célibataires et peu en lien avec leur famille, ils manquent de personnes sur qui compter à la sortie de prison, mais aussi avant l'incarcération. La solitude est récurrente dans nos entretiens et de manière générale, ils ont peu de capital social. Pour ces hommes, les professionnels du médicosocial constituent un lien et des ressources essentielles[1302]. Bien que ce groupe de travailleurs sociaux, éducateurs spécialisés, médecins ou infirmiers soit hétérogène, il constitue une présence constante dans les parcours tels qu'ils me sont racontés en détention puis en ville.

Avec certains professionnels, les sortants peuvent apprécier le sens et la chaleur de ces relations d'aide. Avec d'autres, elles sont plus uniformément utilitaires. La majorité de ces relations sont de courte durée et requièrent un investissement particulier de la part des sortants, fait de preuves de responsabilisation, d'autonomie et d'authenticité[1303]. Ces rapports se manifestent par des attentes et des règles, que les sortants connaissent et maîtrisent, le plus souvent. Cette régulation normative des rapports indique que la situation des sortants de prison, même les plus démunis, n'est pas anomique.

Le fait que les liens avec les professionnels puissent se poursuivre en détention participe à la porosité de l'expérience carcérale au-delà des murs pour des détenus comme Medhi ou Iliès. Principales personnes sur qui ils peuvent compter, la sociabilité avec les professionnels de l'aide médicosociale et, plus particulièrement, de la prise en charge de la toxicomanie, est une dimension du parcours qui se construit en amont. Elle se poursuit pendant puis après l'incarcération. Les professionnels changent et ne se connaissent pas toujours, mais les rapports avec les usagers de leurs services restent régis par les mêmes contraintes et promettent les mêmes ressources. En dépit de cette continuité, les détenus ne sont pas à l'abri de ruptures du fait de l'enfermement. Medhi et Karim ont tous deux perdu leur place en centre d'hébergement spécialisé lorsqu'ils ont été arrêtés et incarcérés. La continuité des rapports d'aide se situe plus précisément dans la dépendance qui s'impose aux sortants en situation de précarité, une dimension de l'expérience de la domination qui se prolonge avant, pendant et après des incarcérations souvent multiples.

Dans cette perspective, la stigmatisation qu'éprouvent les personnes toxicodépendantes en situation de précarité s'inscrit elle aussi dans une continuité entre dehors et dedans, comme cela a été décrit dans les travaux sur le continuum entre la

---

[1302] Des 28 répondants au questionnaire qui ont des expériences de sortie de prison antérieure, 6 ont pu compter sur un ou une amie lors de leur sortie précédente et 2, sur un professionnel ou une professionnelle. 3 de ces 28 hommes ont dit avoir compté sur quelqu'un d'autre. Le nombre d'hommes ayant eu recours à l'aide sociale via un professionnel à la sortie de prison est très faible, rappelant le nombre important de sorties dites « sèches », évoqué plus haut. Ces résultats ne sont pas dans la continuité des expériences racontées par les sortants en entretiens biographiques et rappelle les distinctions entre ces deux groupes, décrites dans la partie II.

[1303] MARTUCCELLI Danilo, « Figures de la domination », *art. cit.*

prison et la ville dans les expériences de personnes détenues issues de minorités raciales[1304]. La stigmatisation se fonde sur la catégorisation de ces personnes comme usagères de drogues, comme pauvres et comme racialisées. Elle se fonde aussi sur la notion que, pour ce « gibier de police[1305] », les incarcérations sont banalisées[1306].

Les continuités des rapports aux professionnels, en tant que rapports de pouvoir qui régissent les relations avec les professionnels du médicosocial, mais aussi l'expérience de la stigmatisation, rappellent le cadre analytique que j'annonçais dans le premier chapitre. Dans ma discussion sur le traitement de la sortie dans les travaux de sciences sociales, j'ai montré comment la sortie de prison pouvait s'interpréter au prisme des travaux analysant la sortie d'institution comme une rupture institutionnelle, inscrite dans une continuité biographique[1307]. Je faisais notamment appel à l'étude de D. Thin et M. Millet, sur les trajectoires de sortie anticipée de l'institution scolaire. Ces auteurs montrent que les « ruptures scolaires » se manifestent par l'arrêt des cours à l'école d'élèves « en difficulté », mais qu'elles sont l'aboutissement d'un processus de marginalisation préexistant[1308].

C'est en ce sens que j'entends éclairer les expériences d'incarcérations et de sortie de prison. La continuité des rapports d'aide sociale chez les sortants les plus précaires contredit l'interprétation selon laquelle la sortie de prison marque une rupture pour tous les sortants. Il s'agit d'être plus précise et de rappeler que la sortie est une expérience complexe, faite de ruptures relationnelles (être loin de ses proches, perdre sa place dans un centre d'hébergement spécialisé), mais aussi d'une continuité dans les rapports sociaux qui soutiennent les parcours (dépendre de travailleurs sociaux pour obtenir des ressources, retrouver son contrat à durée déterminée). Ces rapports sociaux sont inscrits dans un système social où l'incertitude rend tout un chacun vulnérable aux risques sociaux. L'épreuve de la sortie de prison exacerbe cette vulnérabilité – d'autant qu'elle se répète dans les parcours.

Si les sortants sont fragilisés par cette épreuve, les professionnels sont eux aussi pris dans un contexte d'incertitude qui les rend plus vulnérables. Pour les professionnels, travailler avec ce public n'est pas sans coût. Ils et elles sont aussi fragilisés par leurs expériences avec les sortants, qui peuvent être éprouvantes psychiquement et parfois

---

[1304] CUNHA Manuela Ivone, « Trajets et dérives autour d'une prison de femmes », *Ethnologie française* (1), 2001, p. 84.

[1305] JOBARD Fabien et NÉVANEN Sophie, « La couleur du jugement », *Revue française de sociologie* 48 (2), juillet 2007, p. 243-272.

[1306] CUNHA Manuela Ivone, « Trajets et dérives autour d'une prison de femmes », *art. cit.*, p. 84.

[1307] Voir le chapitre 1

[1308] MILLET Mathias et THIN Daniel, *Ruptures scolaires: L'école à l'épreuve de la question sociale*, Paris, France, Presses Universitaires de France, 2015.

causer des mises à l'écart de leurs collègues. Une infirmière d'une permanence d'accès aux soins de santé que certains sortants ont consulté me décrit la genèse de son engagement dans la continuité des soins à la sortie de prison, que je note en ces termes :

> *« Moi la préca[1309], on me l'a imposée. Je n'ai pas choisi. » Elle m'explique qu'elle a fait des formations (d'éducation thérapeutique, sur les pathologies liées au Sida et sur les hépatites) pour se spécialiser dans le soin infirmier des patients de la Pass, « les gays et les toxicos ». C'est aussi bien que ce soit elle, me dit l'infirmière, car les autres ont des préjugés contre les gays et les tox. Certaines lui ont explicitement fait des commentaires négatifs sur les gays, les tox et les « pratiques africaines ». Elles lui font ces commentaires à elle, aussi parce qu'elles savent qu'elle est amie avec des gays et des toxicos. Ces infirmières-là, dit-elle ne seraient pas capables de les recevoir et de créer une relation de confiance pour que les malades se sentent à l'aise, parlent et se confient.*
>
> *D'après elle, les autres infirmières acceptent mal que mon interlocutrice se spécialise au point d'avoir des relations privilégiées avec les patients et d'assister à certaines de leurs consultations avec le médecin. L'infirmière dit qu'elles lui reprochent de devenir redondantes ou de paraître peu professionnelles quand les patients ne s'adressent qu'à elle. Les patients refusent de faire leurs demandes et leurs questions aux autres infirmières : « De quoi on a l'air nous ? », lui reprochent-elles. »*
>
> (Infirmière référente de la Permanence d'accès aux soins de santé, hôpital de rattachement de la première maison d'arrêt, 2011 – notes d'entretiens)

Dans les services dits de droit commun, comme les services hospitaliers, les agents peuvent ressentir les effets de la contagion du stigmate. L'infirmière qui me livrait ces propos a démissionné de ce poste un an après la fin de l'enquête. Les relations avec ses collègues et le manque de reconnaissance de son activité par sa hiérarchie étaient devenus insupportables. Pour la gestion hospitalière, les services ciblés ont la réputation d'être coûteux et peu efficaces : ils font régulièrement l'objet de restrictions qui les maintiennent dans des incertitudes importantes. Dans le cas de cette permanence d'accès aux soins de santé, la reconduction de son financement a fait l'objet d'interrogations et d'inquiétudes de la part des agents tout au long de mon enquête, qui a inclus l'observation de réunion de service. La gestion hospitalière des services spécialisés qui reçoivent des sortants de prison et la contamination du stigmate sur les rapports de travail fragilisent des professionnels déjà éprouvés par la managérialisation contemporaine du service public[1310].

La sortie de prison est ainsi une expérience qui fragilise les sortants, mais aussi les professionnels qui les accompagnent. La remontée de la vulnérabilité structurelle

---

[1309] Selon les services et les professionnels, la permanence d'accès aux soins de santé peut être nommée « consultation précarité » ou « préca ».

[1310] BELORGEY Nicolas, *L'hôpital sous pression: Enquête sur le nouveau management public*, Paris, La Découverte, 2010.

s'inscrit dans les parcours de sortie et affecte l'insertion relationnelle, mais aussi l'insertion liée au travail.

La protection par le travail, une exception

L'insertion par le travail est peu fréquente chez les sortants que j'ai rencontrés, qui se voient donc privés de la protection sociale qu'il confère. Le travail est rare ou est précaire, en contrats courts, plus ou moins enchaînés, ou non déclarés. Pour ceux qui retrouvent un emploi à la sortie, comme Komi, le retour à l'emploi tient en grande partie à l'intervention d'un proche, liant insertion relationnelle et insertion par le travail. Dans un autre cas de figure, Mourad parvient à jouer de son insertion dans son quartier d'origine pour obtenir un emploi, condition de son hébergement social.

Le parcours de Mourad

Mourad est arrivé en France il y a plus de vingt-cinq ans au moment de l'enquête. Il a travaillé en tant que trafiquant de drogues et proxénète. Il cache son infection au VIH au plus grand nombre de personnes possible, à l'exception de ses soignants. Il n'a ainsi pas eu de relation de couple de long terme et ne s'est jamais marié. Sans enfant à plus de cinquante ans, il fait l'objet de soupçons de la part de sa famille en Tunisie, mais aussi de ses connaissances et collègues à Paris : reste-t-il célibataire parce qu'il est homosexuel ? La seule réaction possible pour Mourad face à cette stigmatisation est de se tenir à distance de relations substantielles, de ménager son cercle de sociabilité professionnelle et de vivre seul. À sa sortie de prison, il est inclus dans un centre d'hébergement de longue durée en banlieue sud de Paris et reprend le travail dans son quartier de prédilection dans la capitale. Il consulte régulièrement son médecin à l'hôpital, prend son traitement régulièrement et, habitué des prises en charge médicosociales, il entretient de bonnes relations avec son assistante sociale et son infirmière.

Mourad justifie d'un emploi auprès de l'association qui l'héberge, mais son contrat de barman est complété par d'autres activités moins officielles et plus lucratives. Ces activités ne sont pas pérennes et l'incertitude est importante, mais elles lui permettent de vivre et de travailler pendant les mois suivant sa sortie et il en est plutôt satisfait. Mourad est en capacité de répondre aux attentes de l'aide sociale, de l'association qui l'héberge et du monde du travail délictueux et criminel. En cela, il se distingue des autres sortants séropositifs au VIH de son âge, comme André, Medhi ou Karim, qui ne peuvent pas travailler et dont l'incapacité est reconnue par l'Assurance Maladie. Il se distingue aussi de sortants comme Patrick ou Paul, qui souhaitent travailler à la sortie sans y parvenir.

Le travail à la sortie, une exception

Tous les sortants que j'ai interviewés ne sont pas dans la même situation face au travail. Pour la plupart, ils retrouvent une situation similaire à celle qu'ils connaissaient avant l'incarcération : certains retrouvent leur emploi, d'autres en recherchent, et d'autres encore n'ont pas les prérequis de la recherche et *a fortiori* de l'embauche.

Alain, Amin et Komi bénéficient d'un rapport plus stable à l'emploi déclaré que les autres. Ils sont tous les trois salariés avant leur incarcération et retrouvent leur place à la sortie de prison. Édouard avait des revenus liés à son cabinet de consultation, qu'il doit reprendre à sa sortie de prison ; la tâche est lourde, mais il possède les capitaux, sociaux notamment, pour le remettre sur pied ou trouver une source alternative de revenus stables. Couly a travaillé en contrats courts ou en intérim et ne doute pas de sa capacité à trouver du travail à la sortie. Ces cinq hommes partagent ce qui est difficile d'appeler une insertion par le travail, tant les protections sociales associées à leurs contrats (ou leur cabinet) sont faibles ou précaires. À l'exception de Komi, qui a un contrat à durée indéterminée dans une institution publique, les autres ont des cadres de travail précaires. Depuis la fin du XXe siècle, ces contrats courts sont fréquents pour les travailleurs moins qualifiés, mais, en dépit de leur précarité, ils restent un ancrage dans une affiliation sociale par le travail.

Ce n'est pas le cas des autres sortants . Jean, Wassim, Ahmed, Ayoub, Iliès, Robin et Joseph ne travailleront sans doute jamais dans la sphère formelle. L'accumulation des effets de la dépendance, de la précarité ou de l'errance, des incarcérations et du manque d'expérience dans le monde du travail formel rendent difficile voire impossible de se conformer aux attentes du monde du travail[1311]. Ces extraits des échanges entre des professionnels de Csapa, qui proposent des accueils de longue durée (2 à 3 mois) à des toxicomanes sortants de prison, sont éclairants à ce propos. Iliès, Ahmed, Medhi, Karim et Mourad ont fait partie de la file active de ce type de prestataires sociaux :

> *« Nous, l'idée de l'appartement thérapeutique parce qu'il y a des revenus liés au travail, cela fait vingt ans que l'on a oublié ce principe-là. Ce ne sont pas des publics qui retravailleront. Ce n'est pas non plus 100 % des gens qui sont chez nous, mais ce n'est pas une condition pour être sur de l'appartement thérapeutique, sinon nos appartements seraient vides » (directeur de Csapa, Paca)[1312]. »*

[1311] Pour des raisons similaires, je doute qu'ils ne parviennent à travailler de manière rentable ou pérenne dans le milieu de la drogue ou du trafic, qui requièrent eux aussi d'être ponctuel, digne de la confiance d'un supérieur, de travailler avec d'autres personnes et d'être sobre.

[1312] OBRADOVIC Ivana, « Mesures d'accueil des sortants de prison », *op. cit.*, p. 9.

« Nous, on a une moyenne d'âge de 40 ans et on a plus de 60 % de notre public qui n'a jamais travaillé de sa vie. Quand tu as 42 ans et qu'on vient te dire qu'il va falloir aller bosser… (directrice de Csapa, Île-de-France)

- Je lis ce qui est écrit dans le cahier des charges [du dispositif d'accueil des sortants de prison] : « Élaborer un projet d'insertion sociale et professionnelle en adéquation avec la situation judiciaire, administrative, sanitaire, familiale et professionnelle » (directeur de Csapa, Paca).

- C'est ce qu'on fait ! Bien sûr qu'on va les orienter vers Pôle Emploi, sinon ils n'ont pas droit à l'allocation temporaire d'attente[1313]. Mais ce n'est pas pour trouver du boulot ! » (directeur adjoint de Csapa, éducateur spécialisé, Île-de-France).

« Nous, si on arrive à les inscrire à l'ANPE, on a l'impression d'avoir déjà fait un travail énorme » (directeur de Csapa, Paca).

« L'insertion professionnelle, c'est l'inscription à Pôle Emploi » (chef de service en Csapa, Paca)[1314]. »

L'injonction à l'emploi d'individus fragilisés comme les sortants de prison dépendants et précaires est un outil fréquent pour tendre vers « l'insertion ». Elle se heurte aux capacités et aux parcours des sortants, ou plus exactement, vient se surajouter aux obstacles que rencontrent les sortants les plus désaffiliés, dont le VIH et le VHC font partie. Ceux qui ne bénéficient pas d'un accompagnement éclairé, comme celui illustré plus haut, à même de résister par le contournement, sont plus exposés au risque de réincarcération.

En effet, le travail fait partie du « projet » que les sortants accompagnés ou sous mesure sont enjoints à construire et à mettre en œuvre. Dans les suivis de l'Association de politique criminelle appliquée et de réinsertion sociale, qui prend en charge des personnes sous main de justice ou libérées, les hébergés sont enjoints d'élaborer un projet dont l'objectif est la réinsertion par le logement (plus pérenne que l'hébergement), par les ressources (l'accès aux droits par exemple), mais aussi par le travail, pour ceux en capacité de travailler[1315]. Les échecs dans la recherche d'emploi stable sont un des facteurs les plus angoissants pour les hébergés et le moteur d'une « trajectoire descendante », qui s'éloigne du marché du travail et du logement, selon l'évaluatrice V. Le Goaziou.

Dans le cas de mon enquête, seul un tiers des hommes qui ont participé à l'enquête par questionnaires pensait avoir un emploi à sa sortie de prison (24)[1316]. Lorsque je leur

---

[1313] Allocation à laquelle sont éligibles les personnes sortant de prison et inscrites au Pôle Emploi (c'est-à-dire en situation administrative régulière et en mesure de s'inscrire au Pôle Emploi).

[1314] OBRADOVIC Ivana, « Mesures d'accueil des sortants de prison », *op. cit.*, p. 17.

[1315] LE GOAZIOU Véronique, *Sortir de prison sans y retourner. Parcours de réinsertions réussies*, *op. cit.*

[1316] 4 hommes ont répondu qu'ils ne travaillaient pas et 1 a répondu « autre » (n=66).

ai demandé s'ils avaient bénéficié de l'aide de quelqu'un pour trouver un emploi, pour moitié ils ont répondu qu'ils n'avaient pas eu besoin d'aide (12) ou qu'un proche les avait aidés (8)[1317]. Les autres estimaient qu'il était « difficile de dire » s'ils auraient un emploi à la sortie (21) ou savaient qu'ils n'en auraient pas (16)[1318].

Les données quantitatives à l'échelle nationale, qui permettraient de mieux situer ces résultats, sont rares et datées. Une (seule) étude réalisée auprès de personnes libérées une semaine donnée en 1996 mesure les conditions matérielles des sorties à partir du critère de l'emploi notamment[1319]. 60 % des sortants déclarent ne pas avoir d'emploi[1320]. L'étude dénombre les situations au regard de l'emploi avant et après l'incarcération et distingue quatre groupes de libérés : ceux qui n'ont pas d'emploi avant et après la détention (40 %) ; ceux qui ont un emploi avant et après la détention (30 %) ; ceux qui ont un emploi avant la détention, mais n'obtiennent pas d'emploi à la sortie (20 %) ; et ceux qui n'ont pas d'emploi avant la détention, mais en obtiennent à la sortie (10 %)[1321]. Dans le sous-groupe des détenus libérés après une période d'incarcération de trois mois à moins d'un an, le pourcentage de ceux qui peuvent travailler est faible : seuls 36 % d'entre eux déclarent obtenir un emploi[1322].

Cet éloignement effectif du marché du travail n'est souvent pas entendu par les magistrats et les agents de probation, qui peuvent soumettre les justiciables à des obligations de justifier leur insertion par le travail à la sortie. La maladie, ou tout du moins les vulnérabilités associées à la séropositivité et aux traitements, est un obstacle de plus à l'embauche. Devant l'incompatibilité des compétences du sortant et ses obligations, les professionnels qui les suivent infléchissent les accompagnements. Ainsi certains considèrent par exemple que l'inscription au Pôle Emploi ou la participation à des ateliers de formation constituent une démarche d'insertion professionnelle, du moins dans sa dimension de « recherche active d'emploi ». Du point de vue déontologique, l'accompagnement de l'inscription ou l'animation de ce type d'ateliers constituent des outils, car ils permettent aux travailleurs sociaux de « créer du lien » avec leurs usagers et de susciter l'adhésion au « projet » en construction.

L'éloignement du marché du travail (stable) des sortants de prison a pour effet d'instaurer ou de perpétuer leur marginalisation et leur impuissance. Celles-ci sont

---

[1317] Pour 3 hommes, c'est quelqu'un d'autre qu'un proche ou un professionnel du médicosocial qui les a aidés à trouver un emploi à la sortie ; et pour les 3 derniers, personne ne les a aidés (n=26).

[1318] 4 hommes ont répondu qu'ils ne travaillaient pas et 1 a répondu « autre » (n=66).

[1319] GUILLONEAU Maud, KENSEY Annie et MAZUET Philippe, « Enquête socioéconomique sur les sortants de prison », *Cahiers de démographie pénitentiaire* 5, 1997, p. 1-4.

[1320] La taille de l'échantillon n'est pas indiquée dans la publication.

[1321] GUILLONEAU Maud, KENSEY Annie et MAZUET Philippe, « Enquête socioéconomique sur les sortants de prison », *art. cit.*, p. 2.

[1322] *Ibid.*, p. 3. 87% d'entre eux déclarent avoir un logement et 46% déclarent disposer de 100 francs ou plus.

conçues par I. M. Young comme deux dimensions de l'oppression, au sens d'une inhibition de leur aptitude à développer et exercer leurs capacité et à exprimer leurs besoins, leur pensée et leur émotions[1323]. Les obstacles à l'emploi ou l'incapacité de travail constituent une marginalisation des sortants qui, mis au banc du système salarial, sont privés de la sociabilité liée au travail. Ce faisant, ils sont aussi privés de tout un ensemble de conditions culturelles, pratiques et institutionnelles liées à l'inclusion dans la vie professionnelle qui préviennent l'exercice de leurs capacités. Quant à la dimension de l'impuissance de l'oppression, elle permet de souligner que les sortants qui ont accès à l'emploi, comme Paul ou Amin, occupent souvent des postes subalternes. Ces postes ne confèrent ni autorité, ni statut, ni autonomie ou initiative au travail et contribuent à réduire les marges de manœuvre des sortants au quotidien.

Ces expériences de l'oppression participent à qualifier l'insertion par le travail des sortants, que je confronte à l'insertion relationnelle de manière schématique, suivant les travaux de R. Castel.

L'insertion relationnelle et par le travail dans l'espace

J'ai abordé les différentes situations des sortants au regard de leurs relations familiales et conjugales, de leurs relations avec les professionnels de l'aide sociale et au regard du travail. Dans cette recherche, j'inscris les parcours des sortants de prison dans un contexte macrosocial qui a vu croître les incertitudes et fragiliser les supports sociaux des individus depuis les années 1970. Le modèle du processus de la désaffiliation de R. Castel a été conçu pour expliquer l'hétérogénéité des formes de marginalités, telles qu'elles se sont manifestées depuis cette époque, de manière transversale[1324]. R. Castel fait de la marginalité l'aboutissement d'un processus de décrochage par rapport à l'insertion relationnelle et par rapport au travail (et la protection sociale qu'il confère – j'y reviens). Les dimensions de ce double décrochage peuvent être schématisées en un espace à quatre cadrans, formés par l'intersection de ces deux axes (filiation et affiliation, ou travail et sociabilité, suivant le travail de R. Castel). J'illustre ici cet espace des insertions des hommes en plaçant les noms des sortants qui ont participé à l'enquête par entretiens biographiques, selon leur situation sociale au moment de la fin de l'enquête (Figure 9 - ci-dessous).

Je place ainsi Amin et Komi dans le premier cadran, en haut à droite, parce qu'aux regards des situations sociales des autres hommes, ils sont relativement protégés des

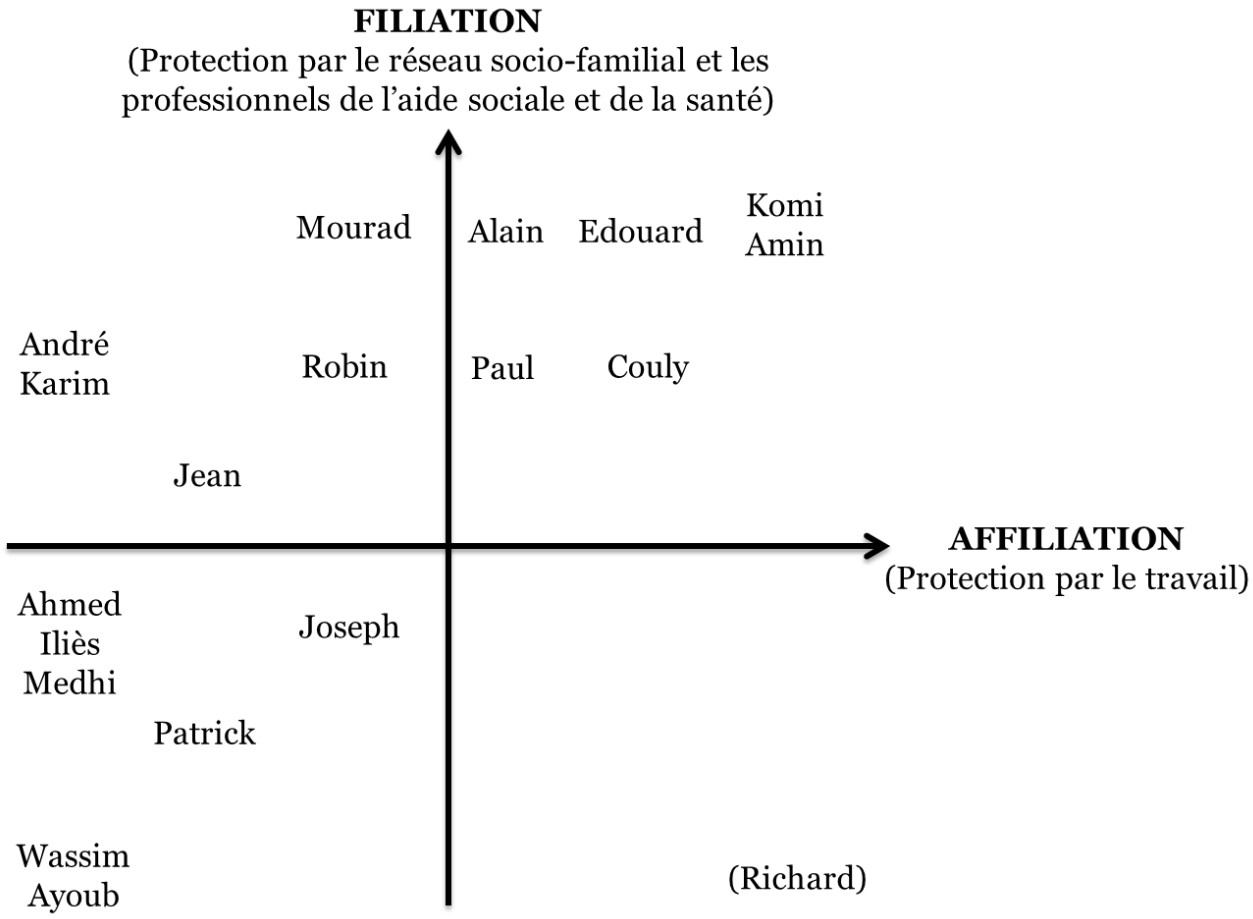
[1323] YOUNG Iris Marion, « Five faces of Oppression », *in Justice and the Politics of Difference*, Princeton, Princeton University Press, 1990, p. 40.

[1324] CASTEL Robert, « La dynamique des processus de marginalisation: de la vulnérabilité à la désaffiliation », *Cahiers de recherche sociologique* (22), 1994, p. 11–27.

risques sociaux : ils jouissent d'une insertion relationnelle et d'une affiliation par le travail stable (en CDI). À l'opposé, je place Wassim et Ayoub dans le troisième cadran, en bas à gauche, pour signifier leur manque de ressources et de soutien de la part de proches ou de professionnels de l'aide sociale et leur éloignement du monde du travail. Ni Wassim ni Ayoub n'ont ni les ressources ni les compétences requises, ni l'expérience récente du travail formel ; il me paraît très peu probable qu'ils obtiennent un emploi déclaré après l'enquête.

Dans le deuxième cadran, en haut à gauche, Jean et Mourad sont placés à distance l'un de l'autre : le second bénéficie d'une filiation plus importante que le premier grâce à ses relations avec son quartier d'origine et à son inclusion dans un foyer de travailleurs précaires à la sortie d'un côté, et d'une affiliation faible de l'autre côté, car son travail est faiblement protecteur, car précaire et que partiellement déclaré. Enfin, dans le quatrième cadran, je situe Richard, un homme que je n'ai pas inclus dans le corpus d'entretiens biographiques en dépit de nos nombreux échanges en détention et en ville. Les nombreux précautions et non-dits dans les entretiens et l'hypervigilance de Richard dans l'interaction ne m'ont pas permis de recueillir de données fiables ni comparables à celles qui ont servi à construire les parcours des autres hommes. Si Richard était sorti de prison sans attache (sans famille sur qui compter et sans contact avec des professionnels de l'aide sociale), mais avec une perspective d'emploi déclaré alors je l'aurais placé dans le quatrième cadran, en bas à droite.

Figure 9 - Espace des insertions sociales des hommes ayant participé au volet par entretiens, au moment de l'enquête , adapté de R. Castel (1994).



Ce schéma permet de mettre en exergue l'hétérogénéité des situations sociales des sortants que j'ai rencontrés, mais aussi leur faible protection par le travail, décrites toutes deux plus haut. Il permet aussi de noter qu'aucun facteur individuel intrinsèque n'explique cette distribution. Par exemple, la dépendance aux psychoactifs concerne aussi bien ceux qui sont placés dans le premier cadran en haut à droite, et qui ont une situation sociale plus protégée des risques sociaux que les autres. La précarité concerne un plus grand nombre de sortants placés dans les deuxième et troisième cadrans, mais elle concerne aussi Paul, qui est dans le premier cadran.

Ce que ce schéma permet de montrer est bien la pénurie de protection et la fragilité des supports sociaux de la grande majorité des hommes que j'ai rencontrés en détention – qui est d'autant plus visible si l'on considère que la zone dans laquelle se situe la majorité des individus de la société se situe en haut à droite du schéma tel qu'il est représenté. À ces vulnérabilités issues des rapports à la sociabilité et au travail, il faut

ajouter celle liée à la séropositivité, qui use les corps et pèse sur les relations d'une grande partie des sortants.

R. Castel poursuit la construction de son modèle en désignant des « zones » (« intégrée », « de vulnérabilité » et « de grande marginalité ») pour situer des individus identifiés socialement (tels que les domestiques, les manouvriers et le vagabond[1325].) Je ne représente pas ces zones ici à dessein : je situe mon usage de la notion de la désaffiliation dans le contexte de la remontée de la vulnérabilité et de la « destabilisation des stables », pour reprendre les termes de R. Castel dix ans plus tard[1326]. Or ce contexte a des effets non seulement sur le champ des individus vulnérables dont on parle, mais sur l'ensemble de la population.

L'argument des sociologues de la question sociale est que, depuis les années 1970, la majorité des individus connaît un déplacement allant du premier cadran vers le troisième. Autrement dit, l'incertitude structurelle a des effets sur l'ensemble de la société et sur la protection sociale, issue de l'insertion relationnelle ou conférée par le travail. À l'inverse, la première construction conceptuelle de R. Castel avec les zones de vulnérabilité désignait seulement certaines marges de la population comme affectées par le contexte de croissance de l'incertitude concernant les risques sociaux. Je souscris plutôt à la notion d'universalité de la vulnérabilité, comme conséquence de l'incertitude produite par les transformations sociales du siècle dernier. Choisir cette approche demande de prendre compte les apports des travaux sur le *care*, qui soulignent notamment que la protection conférée par la société salariale avant les années 1970 ne concernait qu'une partie de la population en France. Ils induisent de nuancer les propos sur un basculement d'une période de certitude à une période d'incertitude à la fin du siècle dernier.

S'intéresser à l'agir en situation de pénurie, c'est-à-dire aux registres d'actions possibles lorsque les ressources ou les capacités manquent, mène à s'interroger sur l'agir des individus qui ne seraient pas « sans support » dans le contexte contemporain de vulnérabilité. Pour les sortants de prison, c'est la confrontation des capacités d'agir aux attentes de réinsertion par le travail, le logement et la famille – certes souvent partagées – qui sous-tend les enjeux de la projection biographique à la sortie de prison. Ces attentes sont au centre de la dernière dimension de l'expérience de la sortie de prison que je traite, la dimension temporelle.

[1325] *Ibid.*, p. 14.

[1326] CASTEL Robert, « Des individus sans support », *art. cit.*

Sortir et changer de vie ?

La dernière dimension de l'expérience de la sortie que j'aborde est temporelle. Après avoir traité les dimensions somatique, psychique, administrative, sanitaire, relationnelle et professionnelle de la sortie, je conclus la description en abordant la tendance des sortants à se projeter vers l'avant et parler d'infléchir leur parcours pour ne plus se confronter à la prison. « Changer de vie » est une thématique récurrente dans les récits de vie des sortants et nos échanges, en détention et en ville. Elle apparaît d'abord sous la forme de décisions de changer de mode de vie, pour arrêter les « mauvaises habitudes », sanitaires ou délictuelles et pour certains, se mue ensuite en des efforts pour retourner leur situation et se conformer aux attentes d'insertion relationnelle, d'emploi et de logement personnel. Si les ressources, matérielles, mais aussi le capital social des sortants, posent d'emblée des limites à ces intentions, ces efforts interrogent la temporalité de ces hommes et des institutions qui cherchent à les prendre en charge. Ils interrogent aussi la liminalité de l'expérience de passage entre la prison et la ville, qui, selon les situations, peut se prolonger et donner l'impression de cantonner les sortants dans l'entre-deux de la sortie.

De bonnes résolutions et des déceptions

La sortie peut être une opportunité pour repartir sur de « bonnes bases », de faire de meilleurs choix et, par exemple de mieux prendre soin de soi. L'observance aux traitements est souvent évoquée et contribue à distinguer l'expérience de ces sortants par rapports à la population pénale générale. D'autres décisions concernent le bien être au sens large. Jean me dit ainsi qu'il veut reprendre la course à pied, une pratique saine pour avoir un esprit sain selon lui. Mourad, lui, veut arrêter les mauvaises habitudes, comme il me le confie lors d'un entretien en ville :

> *« Je veux changer. Je vole pas, moi, c'est la coke et les femmes. Je vais arrêter. [Avec le VIH] on vit en sursis. Comme un humain, mais dans notre cerveau, on n'est pas un humain, on est comme un animal. On sait pas quand on va à l'abattoir et boum. Je pense pas si quelqu'un qui a ça [le VIH] même avec toutes les femmes, tout l'argent du monde, il peut pas être heureux. Pourquoi on boit de l'alcool, on prend de la coke ? Parce qu'on a trop de pression dans la tête. Les autres, ils ont des enfants*[1327]*.*
>
> *Je t'ai menti la dernière fois. J'ai oublié le rendez-vous parce que j'avais pris de la coke et j'avais trop bu la veille. Même si je suis dur, je suis fragile… même un*

[1327] Et Mourad n'en a pas, à cause du VIH, cf. chapitre 5.

taureau, y a des choses qui rendent fragile. Les autres qui demandent pourquoi j'ai pas d'enfants. Comme un âne. Là avant que t'arrives, j'ai bu un peu. »

(Mourad, 48 ans, VIH+ depuis 25 ans, plus de 8 incarcérations)

Amin décide de ne pas reprendre l'alcool après son incarcération et parvient à obtenir une place en postcure. Vue comme un « sas de décompression » entre la prison et la ville, la postcure doit l'aider à maintenir son abstinence. Mais il coupe court à son séjour pour reprendre le travail. De retour chez ses parents, il recommence à boire et la situation se tend de nouveau avec son père, qui, musulman pratiquant, désapprouve d'autant plus de la boisson[1328].

Certains retours à la consommation ne sont pas perçus comme des échecs. La fin de l'enfermement est plutôt un heureux événement ou un soulagement, qui se fête. Ainsi, Jean passe les quinze jours suivant sa sortie à boire beaucoup, manger peu et mal dormir. Patrick fête aussi sa sortie par une période de consommation d'alcool, qu'il réussit plus ou moins bien à concilier avec le règlement du centre d'hébergement qui l'accueille un mois plus tard.

Ce schéma de consommation est connu des professionnels de la prise en charge de la toxicomanie. Il est souvent associé au risque d'overdose et à la surmortalité des usagers sortants de prison[1329]. Pour les rares usagers sortants qui ont pu bénéficier d'un accueil en centre de soins dès la sortie de prison, « il y a quasiment une admission sur deux qui ne se fait pas le jour prévu parce qu'ils sont partis faire un peu la fête. », rapporte un chef de service interrogé lors d'une évaluation par l'Observatoire français des drogues de la toxicomanie[1330]. Selon les centres et l'adhésion aux principes de réduction des risques, l'abstinence est plus ou moins requise, avant ou pendant l'accueil des sortants, mais elle est reconnue comme faisant partie de l'expérience de la sortie de prison. « Je pensais qu'ils passeraient tous par la case youpi tralala !, mais pas tant que ça, je trouve qu'ils viennent », indique un directeur lors de la même évaluation[1331].

Si Iliès lutte pour ne pas reprendre, Medhi sait que la consommation de drogues fait partie de la sortie de prison :

« [En détention], je lui pose la question de comment se sont passées ses sorties de prison, par le passé. Il me répond que la sortie, c'est toujours [avec les mains : hyperactif, très occupé], tu es là [ici], tu vas par là, là-bas [puis encore

---

[1328] Je reviens à la situation d'Amin et ses efforts pour se défaire de la dépendance à l'alcool dans le chapitre suivant.

[1329] BINSWANGER Ingrid A., STERN Marc F., DEYO Richard A., HEAGERTY Patrick J., CHEADLE Allen, ELMORE Joann G. et KOEPSELL Thomas D., « Release from prison—a high risk of death for former inmates », *New England Journal of Medicine* 356 (2), 2007, p. 157–165.

[1330] OBRADOVIC Ivana, « Mesures d'accueil des sortants de prison », *op. cit.*, p. 10.

[1331] *Ibid.*

ailleurs]. Et puis il y a la cocaïne, tu reprends, j'aime bien la cocaïne, et puis tu tombes. »

(Medhi, 48 ans, VHC+ depuis 6 ans, dixième incarcération – notes d'entretien)

Pour parvenir à respecter les règles d'abstinence qu'imposent certains des centres d'hébergement ou postcures et rester bénéficiaire des services d'aide, Medhi déploie plusieurs stratégies pour ne pas acheter de crack. Il essaie d'éviter la Gare du Nord, un endroit où la vente est facile et rapide, il demande au Centre thérapeutique résidentiel qui l'héberge pendant quelque temps de ne le laisser sortir qu'accompagné d'un éducateur ou d'une éducatrice. En l'absence d'un soutien relationnel familial ou conjugal, Medhi sollicite son réseau de soutien professionnel, un réseau pourtant fragile et tributaire de son inclusion dans le centre.

La reprise de la consommation de psychoactifs, les situations d'hébergement ou vis-à-vis de la justice sont fortement marquées par l'incertitude ; elles rendent la sortie de prison imprévisible et l'anticipation et la projection dans le temps, difficiles. Pourtant, les attentes des professionnels des guichets de l'aide sociale sont formulées en termes de responsabilité et de capacité de faire preuve d'initiative dans son « projet » pour l'avenir. Le projet requiert aussi de montrer une certaine connaissance de soi et un désir de repentir, qui doit prendre la forme d'une réflexivité, qui est dans une certaine continuité avec l'expérience carcérale. Avoir un projet constitue un ensemble d'activités tournées vers l'avant, qui maintiennent les expériences passées (l'usage, l'incarcération) en arrière-plan. Paradoxalement, ce sont pourtant ces activités et ce passé qui catégorisent certains sortants comme public cible et qui leur permettent d'accéder à des ressources rares, comme l'hébergement des usagers de drogues ou des personnes précaires et séropositives au VIH.

La place centrale de la toxicodépendance dans les parcours montre que l'expérience postcarcérale dépend des conditions de la sortie. Pour ceux dont les proches sont présents, la transition est moins dure, l'incertitude moins saillante, car ils peuvent les soutenir matériellement, affectivement et administrativement (en se portant caution ou garant d'une domiciliation ou d'une promesse d'embauche) auprès des agents de probation et de l'aide sociale. Pour ceux qui sortent seuls, l'incertitude et le risque de précarité sont plus grands, et par conséquent, les « bonnes résolutions » plus difficiles à tenir.

Si la sortie est idéalisée, la confrontation avec le retour à la ville peut être dure et ces « bonnes résolutions » ne durent pas. La vie à la marge est toujours incertaine, même pour ceux qui ont déjà connu la sortie de prison. Comme cette période d'entre-deux

paraît sans fin, et parce qu'elle peut être longue, elle pose la question de la capacité des sortants à se réadapter à la vie hors les murs.

Des sortants désadaptés ?

Un détenu adapté à la vie en détention s'adaptera mal à la vie hors les murs : la notion est bien connue des criminologues. Elle s'inspire d'un concept issu d'un des premiers travaux étasuniens sur la prison, la « prisoniérisation » de D. Clemmer[1332]. Psychiatre en détention pendant près de trente ans, D. Clemmer analyse les comportements des détenus et leur rapport à la règle et à la vie en « communauté » en détention. La prisoniérisation fait référence à l'assimilation plus ou moins importante des manières de faire, des conventions, des coutumes et de la culture pénitentiaires[1333]. Les critères qu'il retient pour qualifier cette assimilation sont le temps et l'exposition au système et à la vie carcérale, la personnalité et l'insertion relationnelle en détention, la continuité des relations avec les proches à l'extérieur, l'acculturation, le hasard des assignations de cocellulaires, et la déviance[1334]. La prisoniérisation rappelle en retour « l'enrégimentation » de K. Manheim, pour qui « la capacité d'une personne « à se réorganiser » est liée au « degré » selon lequel elle a été soumise à un régime exigeant une attitude où l'on ne pose pas de questions et où on ne réfléchit pas [1335]»[1336].

Peut-on dire que les hommes libérés après une courte peine sont « prisonisés » ? Qu'ils sont désadaptés à la vie en société ? L'exposition à la vie carcérale (sa durée et son intensité) est centrale dans l'usage analytique de cette notion et cette exposition rejoint la discussion sur l'usage du concept d'institution totale dans le cas des détenus condamnés à de courtes peines[1337]. Sans entrer dans le riche débat sur l'usage et les limites du

---

[1332] CLEMMER Donald, *The prison community*, New York, Rinehart, 1958.

[1333] Ma traduction de : « the taking on in greater or lesser degree of the folkways, mores, customs, and general culture of the penitentiary (Clemmer 1958 : 299). »

[1334] Par « déviance », D. Clemmer entend les pratiques tels que les jeux d'argents, les pratiques homosexuelles ou la masturbation, D. Clemmer, 1958 dans COMFORT Megan, *Doing time together*, *op. cit.*, chap. 1.

[1335] K. Manheim (1940) dans COSER Rose Laub, « Un chez soi hors de chez soi [1940] », *in* HERZLICH Claudine (dir.), *Médecine, maladie et société*, Paris, Mouton, 1970, p. 63-80.

[1336] Dans le cas du retour du vétéran étasunien décrit par W. Waller, c'est « l'institutionnalisation », du soldat qui l'a habitué à obéir et à ne pas prendre d'initiatives, des qualités qui n'aident pas la recherche d'un emploi, souligne-t-il. WALLER Willard, *The veteran comes home*, *op. cit.*

[1337] Dans le cas différent des longues peines, ces questions se posent, et ont été posées notamment par G. Ricordeau (2008). La longue durée de l'incarcération impose une adaptation plus consistante aux détenus, qui doivent composer avec la passivité requise à l'intérieur : « La sortie implique de réapprendre son autonomie quand, pendant des années, on a été assisté et déresponsabilisé dans tous les domaines, de réapprendre les façons du dehors : réapprendre jusqu'à ouvrir les portes. La libération signifie aussi (re)trouver une place et un rôle parmi ses proches. Or cette transition est d'autant plus difficile à effectuer que, pour beaucoup d'ex-détenus, leur expérience est indicible et inaccessible à la compréhension des gens "ordinaires". », RICORDEAU Gwénola, « La liberté devant soi », *art. cit.*, p. 172.

concept d'E. Goffman, il me semble néanmoins établi que l'expérience de la prison ne produit pas les mêmes effets selon la durée de l'enfermement. De toute évidence, le processus de dégradation de soi qu'engendre l'incarcération fragilise les détenus et les sortants. L'institution totale modifie durablement les corps et les subjectivités, mais le temps court des incarcérations en maison d'arrêt ne rend pas la « dépersonnalisation » et la « déculturation » irréversibles par la suite[1338]. Les sortants ne perdent pas les qualités qu'ils ont acquises à l'extérieur en quelques mois d'enferment, en attestent les pratiques continues d'activation des professionnels d'aide sociale par certains pour obtenir un hébergement social par exemple. De plus, le travail d'ajustements à la sortie de prison est précisément fait d'efforts de récupération de ces qualités et de compensation de leurs pertes.

Pour les courtes peines, ces interrogations sur les incapacités des sortants de prison rejoignent le champ des études sur les « effets collatéraux » de l'incarcération aux États-Unis[1339]. Dans la mesure où elles sous-entendent que les détenus sont des individus asociaux, elles rappellent aussi les discours injonctifs sur la « réinsertion » à la sortie de prison de l'institution pénale et les tenants du discours sécuritaire. Ces questions appellent des réponses et des interventions individuelles et c'est pourquoi, aujourd'hui, ces interrogations préoccupent rarement les sociologues, plutôt soucieux de souligner les processus structuraux à l'œuvre dans le traitement social des détenus et des sortants de prison. C'est cette intention qui a motivé l'étude des parcours de vie dans cette recherche. C'est une approche méthodologique qui permet de défaire l'objet de recherche de sa délimitation par les murs de la prison, pour développer les réflexions issues des travaux sur le milieu carcéral intérieur.

Quant aux effets structuraux des incarcérations en maison d'arrêt sur les situations sociales sur les sortants, ceux qui affectent les désirs de « changer de vie » et leur concrétisation possible relèvent de l'insertion relationnelle et par le travail. Le temps en prison et la multiplication des incarcérations, on l'a vu, fragilisent et réduisent le réseau

---

Il me semble que c'est plutôt l'absence d'injonction quotidienne à l'élaboration d'un « projet » et de responsabilisation des détenus condamnés à de longues peines, qui constitue la différence entre les effets des incarcérations en maison d'arrêt (plus courtes) et en centres de détention (plus longues). Ainsi, les incarcérations courte mais répétées ne produisent pas la passivité liée à l'acculturation carcérale de la « prisoniérisation » de la même manière que les longues peines.

[1338] Il ne s'agit pas de discuter de la « perméabilité » de la maison d'arrêt, au sens d'E. Goffman, c'est à dire le degré auquel les standards sociaux dans l'institution et dans la société environnante s'influent, et dont la conséquence et d'en réduire les différences. GOFFMAN Erving, *Asylums*, *op. cit.*, p. 119.

Les éléments « perméables » sont discutés dans les deux chapitres précédents et incluent les expériences de la domination par la responsabilisation des détenus et des sortants face au service public au sens large. Ils participent à éclairer les continuités dans les parcours et les processus sociaux par-delà l'institution carcérale.

[1339] Voir le chapitre 1 pour une discussion détaillée de ce champ.

de proches et éloignent les sortants du marché du travail. Ils affectent aussi les temporalités, ou du moins la perception des temporalités par les professionnels de l'aide sociale. Si les sortants parlent d'activation, d'hyperactivité dans leurs démarches administratives auprès de guichets peu conciliants, les professionnels formulent une partie de leur travail en termes de normalisation des temporalités des sortants de prison. Partant d'une désynchronisation produite par l'ordre carcéral, les travailleurs sociaux évoquent des temporalités sortantes incompatibles avec les attentes des prises en charge par l'aide sociale en milieu ouvert.

Si l'incarcération cloisonne, atomise et isole les détenus, la sortie est aussi une expérience solitaire, qui ne se déroule pas pour autant sans interactions. Sortir, c'est être seul, mais c'est aussi dépendre des autres pour s'en sortir, pour s'ajuster à des relations familiales et conjugales fragilisées et pour obtenir des ressources en accédant à ses droits et aux services d'aide sociale. Une psychologue m'explique ainsi que : « la temporalité est différente en prison : c'est un temps qui ne s'écoule pas. À l'extérieur, tout s'écoule très vite. Le temps est dilué par rapport à l'extérieur. Tout est à retravailler. » Un éducateur poursuit : « dehors, il faut être responsable de la gestion de son temps, avoir des échéances, ne pas rester longtemps sans travailler. Celui qui ne sait pas faire cette transition, il peut se mettre en échec, là, à la sortie. »

La prison produirait ainsi des individus incapables de se conformer aux attentes de l'aide sociale et des guichets[1340].

> *« Un éducateur d'un CSST d'Ile-de-France à un atelier de formation sur la santé et la sortie de prison nous dit : « Il y a une absence de projet. Quand on demande qu'est-ce que vous pouvez faire ou qu'est-ce que vous voulez faire à la sortie, c'est difficile pour eux. Ils ne savent pas. Y en a un qui m'a dit « Je suis arrivé dehors en mode arrivants. »*
>
> *Il fait remarquer aux participants que la notion du temps est primordiale dans l'accompagnement des sortants. Il explique aux autres participants, travailleurs sociaux, médecins, psychologues, qu'il faut mener un accompagnement spécial, car il faut comprendre dans quel type de temps il était dedans pour l'aider à se remettre dans un temps réel. Un autre participant ajoute : « Et le rythme, il faut arriver à les faire dormir la nuit, et à retrouver un rythme de jour. » Une autre explique que le temps du détenu n'est pas le même que celui des professionnels qui interviennent avec lui. Le temps est long. Puis, certaines demandes arrivent en cascade et il faut y faire face tout d'un coup. Une psychologue ajoute que l'origine ethnique compte aussi, on entre dans l'ethnopsychiatrie, leur temps est différent que le nôtre. Les participants entrent dans un débat sur les facteurs socioéconomiques, de genre et d'ethnicité qui interfèrent avec la synchronicité des temps de l'usager et des*

[1340] Au sens de V. Dubois et la sociologie du guichet.

professionnels qui le suit. Le débat se termine lorsque l'une d'entre eux déclare que la sortie, c'est un état de déprime aussi, qui explique que les sortants n'ont pas toujours envie de faire des démarches. »

(Notes prises lors deux séances d'atelier de formation continue à destination de professionnels de la prise en charge sanitaire de personnes sortant de prison dans une association de lutte contre le VIH/Sida, Paris, 2011.)

En décalage par rapport à ses collègues, une autre éducatrice spécialisée trouve plutôt que : « La particularité du public prison n'est pas si particulier que ça. Sur la question de la temporalité notamment, elle recoupe beaucoup avec le public précaire et en errance. » Il me semble plutôt que, suivant les travaux de C. Girola notamment, que cette assignation au présentisme des détenus, en décalage avec le temps des institutions n'est pas une interprétation particulière aux sortants de prison, mais qu'elle concerne plus largement la clientèle de l'aide sociale[1341].

Au-delà de sa dimension temporelle, la contamination de la subjectivité carcérale du milieu ouvert entraînerait une forme de désadaptation des sortants de prison, selon une étude étasunienne sur la sortie de détenus séropositifs[1342]. Conduite dans un tout autre contexte, autour d'un système carcéral sans commune mesure avec le système français, cette étude s'attache à décrire le recours aux soins de sortants dans des centres de soins spécialisés dans la prise en charge médicosociale d'anciens détenus. L'interprétation de l'auteur se formule en termes de dégradation de soi (l'automutilation est l'exemple phare) et de dégradation sociale (comme simuler des symptômes médicaux ou sursolliciter les professionnels). Produites par l'enfermement, ces pratiques de dégradation seraient le terreau d'une « citoyenneté de la dégradation » après la sortie. Cette citoyenneté se constituerait lorsque les sortants recourent à des pratiques antisociales, non citoyennes et abjectes pour obtenir des droits et des ressources. Et elle serait le cadre d'une « société extramurale[1343] » fondée sur la violence corporelle comme outil de résistance à la discipline. À ma connaissance, cette étude est la seule autre enquête de sciences sociales sur la sortie de prison d'hommes séropositifs au VIH et leurs pratiques de continuité des soins. Mais son analyse n'est pas heuristique pour le terrain que j'ai étudié, dans la mesure où il n'existe pas d'action collective de détenus ni de sortants de prison. Si les sortants que j'ai rencontrés vivent une expérience commune, elle ne fait pas communauté pour autant. À mon sens, l'accent porté sur la discipline, les adaptations secondaires violentes et la (dis)simulation ne permet pas de saisir la

---

[1341] GIROLA Claudia Maria, *De l'homme liminaire à la personne sociale: la lutte quotidienne des sans-abris*, Paris, Ecole des Hautes Etudes en Sociales, 2007.

[1342] KUESTER Landon, « Degradation citizenship: the lived experience of incarceration and return to the public community in a U.S. setting », *in*, Poster, Congrès AIDS 2014, Melbourne, 2014.

[1343] Ma traduction de « extramural society. »

L'auteur ne cite ni les travaux de M. Foucault ni ceux d'E. Goffman.

complexité des rapports entre soignants et soignés en détention et en ville ; c'est pourquoi dans mon enquête, je me suis attachée à étudier l'ambivalence des prises en charge, entre soin et contrainte.

La sortie de prison reste un moment où les détenus retrouvent une capacité plus grande de faire des choix. L'un des choix possibles qui se présentent aux sortants est celui de rompre avec le parcours d'incarcération ou de toxicodépendance et de « changer de vie ».

Changer de vie ?

Dans les entretiens avec les sortants, les expressions « changer de vie » ou « s'en sortir » ne sont évoquées ni par eux ni par moi. En revanche, le désir et les attentes liées à la bifurcation biographique qui écarterait le parcours de la délinquance, l'errance et la dépendance, eux sont très présents. Selon les parcours, et l'usure attribuée au parcours, les sortants expriment différemment leur position vis-à-vis de cette attente parfois partagée de conformité aux normes biographiques.

Ceux qui ressentent une adhésion forte avec leur parcours déviant et qui vivent leur situation comme le produit d'un choix libre et raisonné (comme ceux qui sont engagés dans une carrière délinquante lucrative et qui vivent l'incarcération comme un risque prévisible et préparé du métier) se mobilisent moins pour infléchir leur parcours. Alain par exemple est surpris et choqué que sa condamnation soit si lourde, mais il considère l'incarcération elle-même comme une conséquence prévisible de son choix de travailler dans le transport de drogues. S'ils s'engagent ou souhaitent plus ou moins dans cette bifurcation, la question du retournement biographique se pose pour tous les sortants. D'une part, c'est une injonction institutionnelle forte et d'autre part, le coût de la déviance, de la relégation et de la pénurie est assez lourd pour que tous souhaitent une vie meilleure.

Les hommes dont les parcours sont dominés par la toxicodépendance ou l'errance, comme Medhi ou Iliès, ressentent un désir fort de sortir de la galère et la dépendance, même s'ils savent qu'ils risquent de reprendre une consommation excessive de psychoactifs ou de « retomber » en prison à tout instant. Les attentes et le désir de « s'en sortir », c'est-à-dire s'affranchir de la dépendance et s'assurer des revenus et un logement personnels stables, se confondent. Ayoub, qui a verbalisé et élaboré ce désir de « passer à autre chose » avec des professionnels de la santé mentale, en fait l'étape nécessaire de son épanouissement personnel. Il souhaite assumer sa responsabilité de père et être présent, et donc sevré et autonome, pour son fils. La charge morale de l'adhésion à l'inflexion est lourde et se vit en référence à la masculinité hégémonique telle que les

sortants la perçoivent. Pour Ayoub, un homme doit être un bon père, présent, sur qui son fils peut apprendre à compter et dépendre, y compris financièrement.

Si le temps opportun de la sortie de la dépendance ou de la rue ne se concrétise pas en un changement biographique pour tous, les hommes engagés dans un parcours déviant de plus courte durée ressentent eux aussi les injonctions à la désistance et à l'insertion par le travail légal. Le constat de départ de ces réflexions, qui se disent et se racontent avant de se faire, est celui d'un mécontentement ou d'une souffrance attribuée à la situation actuelle et à l'expérience récente ou en cours de l'incarcération. Iliès se retient se revoir ses connaissances lorsqu'il sort de prison, car elles incarnent le risque de reprendre la boisson et la petite délinquance. De même, Medhi sait qu'il faut qu'il quitte Paris pour réussir à s'empêcher de fréquenter le quartier de la Gare du Nord, où le crack est trop facilement accessible pour rester sevré. C'est à la fois un désir individuel et un impératif social qui encouragent ce retournement et ces tentatives de sevrage.

Ne plus faire de prison, changer, se sevrer peut ainsi s'envisager dans la perspective d'une conversion identitaire conséquente. Ce changement de soi est inextricable de son contexte social et s'accompagne souvent d'un dispositif de conversion : les centres de réduction des risques pour les toxicomanes, le logement social pour les sans-domiciles, pour certains détenus particulièrement usés par la déviance, la prison[1344]. Le désir individuel et l'impératif social d'une part et le dispositif d'accompagnement d'autre part sont deux des trois aspects de la conversion identitaire décrite par C. Dubar. La troisième est le changement de présentation et de récit de soi : « Si être Je, c'est dire Je, être devenu un Autre doit se dire autrement[1345]. » Mon enquête ne m'a pas permis de suivre cette dernière évolution du changement biographique souhaité chez nombre des hommes que j'ai interviewés. Le travail de M. Caiata-Zufferey est éclairant pour le cas des sorties de la toxicomanie et des ruptures subjectives qu'elles impliquent. Elle montre que la sortie de la toxicomanie passe par certaines étapes, qui constituent le passage d'une désocialisation à une resocialisation et d'une subjectivité à une autre. Ce passage implique une conversion qui est indissociable du travail de présentation de soi et de négociation avec ceux qui entourent l'usager, car la sortie de la toxicomanie doit convaincre et donc se dire, avant d'être effective[1346].

[1344] La prison n'est vécue comme l'un de ces dispositifs que dans la mesure où l'incarcération est vécue comme une « pause » salutaire, qui permet le recours aux soins. Ici encore, la sortie de prison est bien une phase liminaire, vécue en détention puis en ville.

[1345] DUBAR Claude, « La conversion identitaire: un paradigme sociologique? », *in* SOULET Marc-Henry (dir.), *Changer de vie: un problème social*, 1 vol., Fribourg, Academic press, 2011, p. 63.

[1346] CAIATA ZUFFEREY Maria, « Sortie de la toxicodépendance: le dire pour le faire », *art. cit.*

La conversion identitaire n'est qu'une de manières de vivre le désir de changement après la prison. Pour Patrick, il ne s'agit pas tant de changer ses fréquentations, son identité ou ses pratiques en tant que père, mais simplement de trouver un emploi stable. Pour Ahmed, qui se présente comme un survivant improbable au Sida et ses infections opportunistes graves, et à la toxicomanie, la sortie de prison promet un changement de prise en charge et un éloignement contraint de sa mère, mais elle n'implique pas de changement subjectif fondamental.

Pour tous les sortants, l'expérience de la sortie présente l'opportunité d'infléchir son parcours et de changer. Cette opportunité, en partie désirée par le sortant et en partie attendue de lui, s'inscrit dans une ambivalence entre deux sortes « d'autre » possible. Le premier, « Alter est le "bon autre", l'alter ego, celui en qui on a confiance, celui dont on est sûr de la fidélité et de la reconnaissance. [Le second,] Alius est le "mauvais autre", celui de l'aliénation, de la perte de soi, de la sujétion, de la soumission. Devenir autre peut être aliénation - devenir fou - ou "alternation" devenir qui l'on est (Pindare) c'est-à-dire s'accomplir, se dépasser, se réaliser[1347]. » La possibilité de changer pour devenir « meilleur » implique d'être en relation avec un entourage et d'avoir des relations sociales dans lesquelles peut se construire la confiance, la fidélité ou la reconnaissance. En retour, c'est aussi de cet entourage que dépend le passage à l'altérité, qui doit être reconnue des autres pour pleinement se réaliser. En cela, la sortie de prison est un travail solitaire d'ajustements aux situations nouvelles, mais elle est inextricable de son contexte de relations et de rapports sociaux. Pour les sortants plus isolés, le passage peut être long et laborieux parce que manquent à la fois les ressources et les relations sociales qui peuvent le faciliter.

Dernier cas de figure, ce passage peut être d'emblée refusé. L'inflexion biographique vers la « normalité », perçue comme l'insertion sociale par le logement, le revenu stable et la conjugalité, n'est pas la seule modalité du désir de « changer de vie ». Comme l'indique G. Ricordeau, citant un sortant après une longue peine : « Changer de vie ne signifie pas obligatoirement la refaire. L'incarcération peut provoquer, plus qu'un réel dégoût des femmes, une déception générale à l'égard de l'humanité. (...) [le détenu lui dit] :] « Maintenant, je voudrais vivre dans la nature, tout seul, qu'on me foute la paix après... Que la société me foute la paix, j'ai payé, qu'on me foute la paix[1348]. »

L'expérience de la sortie se constitue aussi au travers d'un travail réflexif de projection. Sixième dimension de l'expérience que j'aborde ici, la confrontation à la possibilité de changer et de vivre autrement se pose pour tous les sortants, et selon leur

[1347] DUBAR Claude, « La conversion identitaire: un paradigme sociologique? », *art. cit.*, p. 64.
[1348] RICORDEAU Gwénola, « La liberté devant soi », *art. cit.*, p. 179.

parcours et leur situation sociale, ceux-ci s'en saisissent et y réagissent différemment. Que ce travail temporel sur le parcours futur donne lieu à une inflexion biographique ou non, il reste caractéristique d'une expérience liminaire, d'entre-deux, qui, parce que sa fin est incertaine, semble assigner les sortants de prison à la marge.

Des sortants pris dans la marge ?

Dans la continuité des travaux d'A. Van Gennep, la sociologie de la liminalité propose une alternative heuristique à l'éclairage du traitement social de l'altérité. En proposant un cadre de réflexion sur les situations de seuil, entre la séparation (préliminaire, selon A. Van Gennep) d'une part, et l'agrégation (postliminaire) d'autre part, M. Calvez aborde le cas du handicap. Dans cette perspective, la situation sociale de personnes en situation de handicap peut s'entendre comme une situation de seuil. Leur non-conformité aux normes corporelles ou psychiques les assigne à une altérité. Le refus de cette assignation institue la séparation, mais, en l'absence d'alternative, l'agrégation n'est pas possible et les individus, exclus sans être inclus, restent entre deux mondes, assignés à la marge.

Les sortants de prison sont-ils pris dans une situation de « flottement dans les interstices de la structure sociale » ? Les détenus sont-ils pris dans des rapports sociaux qui les mettent à l'écart sans leur proposer une place alternative en échange ? On a vu que pour certains, l'inclusion dans le marché du travail et dans un réseau relationnel de proches peut se reconstruire, en dépit des ruptures relationnelles et d'une certaine souffrance imposées par l'incarcération. Pour d'autres, l'inscription dans un ensemble stable de relations de soutien est difficile, voire improbable. La séropositivité, la maladie et la toxicodépendance jouent ici un rôle ambivalent, de frein, mais aussi de ressources pour ceux qui savent s'en saisir – et cette spécificité de la sortie de mon enquête est sans doute à confronter avec les expériences de sortants qui ne sont pas malades, ni toxicodépendants et moins âgés.

Mehdi est toxicodépendant et termine son traitement contre l'hépatite C dans les mois qui suivent sa sortie de prison. Son parcours d'incarcérations, d'usage et d'errance m'interroge sur la permanence d'une situation de seuil, qui perdurerait à la sortie de prison.

> *« [Quelques semaines] après sa sortie de prison, je rejoins Medhi à la préfecture. Il est accompagné d'une juriste et d'une bénévole d'une association de réduction des risques. Il est dehors depuis un moment et il me parle de la tentation de « reconsommer » du crack. Il me dit que ce matin, il a planté [l'accompagnatrice] à la gare d'Austerlitz, il avait trop envie de fumer. Mais il s'est dit : « non, ça ne se fait pas », et il est retourné. On parle de fumer, sans*

dire crack. Il dit "fumer" et fait le geste d'allumer la pipe avec les mains. Il me dit que ce qu'on cherche quand on fume c'est la première montée, la première. Et puis la deuxième, c'est pour retrouver la première. Et puis la troisième, c'est pour retrouver la deuxième.

On parle de la postcure qu'il envisage, de ne pas fumer. Je lui demande : « Tu avais déjà arrêté, pendant longtemps comme ça ? » Il me répond : « Non, jamais, que en prison. C'est la première fois qu'il arrête seul, dehors, pas en prison. »

Il m'explique que tous ses souvenirs avec des amis, les endroits, c'est avec du crack. Quand il pense à un endroit, ou à un bon moment, avec des potes, où il était bien, y'avait toujours du crack. Tous les gens qu'il connaît, tous ses amis, ils sont dedans, y'en avait pas un qui était neutre. Il y pense, au crack.

Moi, je me rappelle une conversation similaire avec Iliès et je pense au fait que, pour finalement arrêter, il faut se défaire de tout. Il faut se défaire de ses contacts, de son quartier, de tout ce qu'on connaît, et que quelque part ce n'est pas possible de s'arrêter, de ne plus refumer du crack.

Il réfléchit. Il finit par dire qu'il risque de reconsommer, qu'il sait qu'il va reconsommer un jour, que c'est sûr. Il va reconsommer. Il sourit.

Il y a longtemps, je lui avais fait remarquer qu'il était entouré [lors d'une conversation sur les différents professionnels de l'aide sociale qu'il avait pu solliciter]. Il y a repensé depuis et me dit qu'il en tire une autre conclusion : « Alors il faut leur rendre. » Il m'explique que c'est aussi un peu pour ceux qui l'entourent qu'il fait toutes ces démarches, pour leur rendre. Ça fait depuis 2003 qu'il n'a pas été à la préfecture et aujourd'hui il y est. [Et il en est à son 6e rendez-vous depuis la sortie de prison.] À l'inverse, son expérience à la postcure, dans une région rurale et isolée, se passe bien. Il me dit « y a rien là-bas. Rien. Mais c'est bien. »

(Medhi, 48 ans, VHC+ depuis 6 ans, dixième incarcération)

Ce que Medhi dit sur la dépendance et le retour toujours possible à la consommation de drogues à la sortie est déterminant dans son expérience de la sortie de prison. La consommation, parce qu'elle est indirectement liée à la délinquance, maintient un lien avec l'incarcération et plus précisément, avec le risque de réincarcération. Elle contribue à l'inscription de l'expérience de sortie dans la marge, entre consommation et sevrage, incarcération et désistance, entre débrouille et hébergement et ressources stables. Parce que Medhi ne sait pas si, ni quand, il pourra passer au-delà de cet entre-deux, l'incertitude est à la fois toujours présente et indéfinie. Il dit inscrire ses efforts dans un rapport de contre-don vis-à-vis de ses relations sociales, pour « rendre » à ceux qui l'entourent. En ce sens, l'intention d'infléchir sa trajectoire, ou l'altérité désirée, est à la fois dite et annoncée pour être mise en œuvre et dépendante du contexte relationnel pour se concrétiser. Sa progression dans les étapes de la prise en charge médicosociale lui permet d'accéder à la postcure, puis à un hébergement en famille d'accueil puis à un

hébergement seul (en Appartement thérapeutique). En dépit de cette autonomie graduelle, mais toute relative, Medhi reste inquiet face à l'avenir, incertain de pouvoir s'ajuster au calme, ou à l'ennui, de la vie loin de la capitale et du crack. Pour les individus qui ont moins de supports, pour qui l'incertitude semble sans fin, la sortie de prison peut prendre la forme d'enfermement dans une marginalité ressentie, tant la réincarcération semble probable et les ressources insuffisantes pour infléchir son parcours seul.

À l'inverse, l'expérience de Karim semble s'affranchir de cette situation de seuil. Après de nombreuses années d'usage et de délinquance professionnelle, Karim approche de la soixantaine. À sa sortie de prison, il parvient à être hébergé en Appartement thérapeutique. La vie avec deux colocataires malades et vieillissants ne l'enchante pas tous les jours, mais il apprécie la stabilité de la situation. Son observance lui a permis de réduire sa charge virale et l'indétectabilité est en vue. Il renoue avec son quartier d'origine et ses connaissances. Dans cette nouvelle situation, il peut voir venir : il a logement certain pour une longue durée, sa santé est sous contrôle, et il est libre d'entretenir une sociabilité choisie. Le risque de consommer de nouveau de la cocaïne ou de commettre de nouvelles infractions mineures n'est pas vécu comme un obstacle, car il ne perturbe pas la stabilité de cette situation. En cela, il me semble que Karim s'oriente vers l'assimilation, une situation nouvelle, mais différente de l'incertitude et des ajustements multiples de la sortie de prison. Selon les situations et les parcours, l'expérience liminaire de la sortie de prison est plus ou moins longue, mais toujours inscrite dans un contexte relationnel et une réflexion sur le parcours à venir.

Si les expériences des sortants que j'ai étudiées ne permettent pas de statuer sur la permanence de la situation de seuil pour certains d'entre eux, la sociologie de la liminalité permet de souligner que la sortie de prison n'est ni un moment de retour à une situation antérieure ni un moment d'inclusion prévisible et balisée pour tous ni vraiment une rupture. Elle se caractérise mieux par le travail d'ajustements pluriels qu'elle requiert et la progression de la vulnérabilité qu'elle engendre. Le travail réflexif sur l'opportunité de changer ou de s'en sortir, associé aux efforts de recours aux droits et aux services, y compris de soins, font de la sortie un processus tourné vers l'avant. Dans toutes les dimensions que j'ai décrites dans ces deux derniers chapitres soulignent les capacités, mais aussi les injonctions institutionnelles à se projeter. La sortie interroge l'après : l'inclusion après la sortie de prison, mais aussi la rémission après l'infection, ou dans le cas du VIH, la vie lorsque la charge virale est indétectable. Le corps enfermé puis libre, malade puis en rémission, est le vecteur de cette projection vers l'avant, dans sa dimension subjective, mais aussi dans son inscription dans les rapports de pouvoir institutionnels et intériorisés qui font le gouvernement des corps.

Conclusion

Dans la continuité de la description de l'expérience de la sortie de prison (incorporée, administrative et sanitaire), ce dernier chapitre décrit les trois dernières dimensions de l'expérience de la sortie de prison. Celles-ci sont liées à l'insertion relationnelle, au travail et à la projection dans changement de vie possible. Ces six dimensions sont imbriquées les unes aux autres et constituent une expérience solitaire et inscrite dans des relations sociales, faite d'ajustements pluriels que j'ai décrit en termes de travail situé. Le processus sous-jacent à cette expérience multidimensionnelle est éclairé au fur et à mesure du croisement des expériences et des interactions avec les institutions : la progression de la vulnérabilité résulte de l'incarcération et de la sortie de prison, qui fragilisent les supports des sortants. Le travail d'ajustements pluriels de la sortie est un objet qui permet d'éclairer les effets de cette vulnérabilité croissante, selon les situations, les ressources disponibles et les contraintes imposées.

L'insertion relationnelle est variable et constitue un soutien plus ou moins tangible selon les parcours individuels. Selon le parcours, l'insertion relationnelle peut se caractériser par un retour et un ajustement à la vie de famille ou de couple. Pour les sortants les plus désaffiliés, elle peut être le fait d'une inscription dans des rapports d'aide sociale et de soins et se jouer avec des professionnels du médicosocial. L'insertion par le travail est beaucoup plus limitée dans l'ensemble. Seuls certains sortants ont le capital social pour réintégrer le marché du travail rapidement à la sortie et seule une minorité bénéficie de contrats donnant droit à une protection contre les risques sociaux. Enfin, la dernière dimension de l'expérience de sortie est temporelle. Elle concerne l'opportunité que confère passage du milieu carcéral au milieu ouvert d'infléchir son parcours biographique. La sortie engage à s'interroger sur la possibilité de se défaire de son parcours, de son addiction, de l'errance, de la délinquance, pour éviter la réincarcération et « changer de vie ». Si les sortants s'en saisissent de manières diverses, s'y engagent plus ou moins, effectuent des changements plus ou moins probants, ils vivent tous la sortie comme un moment réflexif et de projection biographique.

Les sortants que j'ai rencontrés lors de mon enquête forment un groupe hétérogène, que j'ai décrit en croisant les situations et les pratiques individuelles et les contextes sociaux et institutionnels. De cette diversité ressort une expérience commune partagée, celle du passage d'une institution totale au milieu social d'origine, et d'une situation liminaire plus ou moins longue, mais toujours incertaine.

Synthèse de la Partie IV

Dans ces deux derniers chapitres, je décris l'expérience de la sortie de prison comme une épreuve qui se distingue dans les parcours de vie et de santé. Cette épreuve fragilise des hommes plus exposés et moins protégés face aux risques sanitaires et sociaux qui s'accumulent à la sortie. L'incertitude est devenue structurelle, mais, toujours située, elle se décline et se ressent différemment selon les parcours individuels. La particularité de l'expérience de la sortie est le sentiment que cette incertitude est sans fin, tant les supports sociaux semblent flottants et la situation, liminaire.

Dans cette perspective, je me suis attachée à montrer la complexité de la progression de la vulnérabilité, en décrivant le travail d'ajustements pluriels qu'accomplissent les sortants de prison. La première dimension de cette expérience est inscrite dans les corps et les esprits des sortants. L'anxiété, mais aussi les surdosages de produits psychoactifs, dont l'alcool, sont les manifestations incorporées de la séparation monde carcéral. Deuxième dimension, la phase administrative de la sortie de prison comprend toutes les démarches de recours aux droits et aux services et se caractérise par une forte présence de la logique de projet. Ces démarches sont prises dans des rapports entre individus et institutions qui s'entendent dans la continuité des situations précarcérales. Ces rapports de pouvoir relèvent d'expériences de la domination par l'assujettissement et la responsabilisation, qui s'imbriquent dans les relations des sortants et des professionnels de la justice et de l'aide sociale. Les deuxième et troisième dimensions de la sortie mettent en lumière la particularité de l'expérience pour des hommes séropositifs au VIH et au VHC. Identifiés comme une population fragile et à risque, certains de ces hommes peuvent accéder à des ressources et des services ciblés. Élément central de la troisième dimension de la sortie, le report de soin est court et concerne l'ensemble des sortants interviewés. Cependant, les besoins de santé exacerbent la vulnérabilité des sortants et ne les protègent pas des inégalités d'accès et de qualités des soins, hospitaliers notamment. La quatrième dimension concerne l'insertion relationnelle, ou les rapports avec les proches et les professionnels de santé et de l'aide sociale présents lors de la sortie. Seule une minorité de sortants bénéficie d'une insertion relationnelle capable de les soutenir matériellement, affectivement et socialement. Les autres vivent une expérience solitaire et entretiennent des relations avec des professionnels, qui suivent, construisent et enjoignent au projet. La cinquième dimension est liée et concerne le travail, un pilier des attentes des proches et des professionnels. La protection sociale par l'affiliation au travail ne concerne qu'une minorité de sortants, par ailleurs entourés, et reste plutôt précaire. Les autres vivent le

travail comme un élément du projet d'insertion à construire ou comme une injonction hors sol, tant les parcours ont éloigné du marché du travail. Enfin, la sixième dimension de la sortie est temporelle. Elle concerne la tendance à reconsidérer son parcours et à envisager de « changer de vie » pour éviter l'incarcération ou en finir avec la toxicodépendance. Les désirs et les attentes d'inflexion biographiques sont plus ou moins convergents selon les sortants, mais tous s'interrogent et vivent la sortie comme une opportunité. La liminalité de l'expérience participe à faire de la sortie de prison, un processus tourné vers l'avant.

Le passage de la prison à la ville, de l'enfermement au retour au milieu social, n'est pas circonscrit dans le temps chronologique ni structuré par des étapes standardisées. Il se décrit mieux comme un moment d'entre-deux, à la marge entre deux mondes, en référence à l'anthropologie d'A. Van Gennep. Il pose la question de la permanence de l'entre-deux, pris dans le temps des activités de débrouille, qui peuvent paraître sans fin.

CONCLUSION GENERALE

L'analyse des traitements institutionnels d'une population vulnérable est le fondement de l'enquête ethnographique que j'ai réalisée. Je me suis attachée à décrire les pratiques et les expériences de soins, d'incarcération et de sortie de prison d'un côté, et le travail des professionnels de la prise en charge de l'autre. L'analyse des parcours de santé de détenus et de sortants de prison vivant avec le VIH ou l'hépatite C m'a permis d'éclairer les continuités qui traversent les vies des personnes détenues, au-delà des ruptures individuelles causées par l'enfermement ou la sortie de prison. J'ai ainsi montré que ces épreuves rendent les sortants plus vulnérables car elles fragilisent leurs insertions relationnelles et freinent leur accès aux droits et aux services, dont les soins font partie.

À l'échelle internationale, la santé postcarcérale est un objet mieux connu de la santé publique que des sciences sociales. En France, la santé postcarcérale est un champ encore peu investi par la santé publique. Ses enjeux se formulent en termes de prévalences de maladies infectieuses trop élevées et en termes d'interruptions du parcours de soins. Les professionnels de santé s'appuient sur leur expertise et leur expérience mais aussi sur des connaissances scientifiques pourtant lacunaires de la santé en prison en France. La santé postcarcérale constitue un enjeu particulier pour l'intervention de santé du fait de la difficulté perçue des professionnels à joindre leurs patients, dans le moment charnière entre la sortie de prison et le recours aux soins hospitaliers. Cet entre-deux institutionnel éclaire les obstacles à une prise en charge en continuité, pour des soignants et des patients soumis aux normes et aux injonctions de deux institutions contraignantes, dont l'articulation est à la fois récente et encore largement incomplète.

Le contexte d'essor d'une rationalité gestionnaire dans les institutions médico-sociales commande d'intervenir dans les parcours des patients, afin de réduire la charge, financière ou en termes d'activités, portée par les établissements et la sécurité sociale. À la sortie de prison, les parcours des patients semblent échapper aux professionnels de la prise en charge postcarcérale, lorsque les patients ne s'adressent pas à l'hôpital de rattachement. La santé postcarcérale pose en outre un problème épidémiologique majeur, étayé par des prévalences de maladies infectieuses très élevées. Ainsi identifiée comme une période problématique de la prise en charge par les professionnels, la sortie de prison fait l'objet d'inquiétudes fondées mais peu documentées. En revanche, elles ne

sont pas ou peu reconnues des pouvoirs publics. C'est en ce sens que j'ai qualifié la santé (post)carcérale de problème « confiné », selon la terminologie adoptée par les récentes études sur la construction des problèmes publics, en particulier dans le domaine sanitaire. En effet, tous les indicateurs qui attestent d'une situation sanitaire problématique sont connus et repris par une diversité d'acteurs, mais aucune politique publique n'est engagée de manière significative et pérenne afin d'agir efficacement sur les inégalités entre la santé des personnes détenues et la santé de la population générale.

Dans ce contexte, le VIH et l'hépatite C apparaissent comme deux infections particulièrement saillantes. En effet, les données sur l'état de santé des détenus sont lacunaires et datées pour la plupart, à l'exception remarquable des prévalences de VIH et de VHC (qui ont été actualisées en 2012). Le statut particulier de ces infections s'explique en partie par leur histoire politique. La lutte contre le VIH/Sida a profondément transformé les politiques sanitaires et la gouvernance des maladies infectieuses. Or comme je le montre dans cette thèse, tout laisse à penser que la mobilisation contre les hépatites virales aux échelles nationales et mondiales se constitue dans le sillage de celle contre le VIH/Sida.

Crise sanitaire reconnue à l'échelle globale comme nationale depuis la fin des années 1980, l'épidémie de VIH/Sida est cependant encore caractérisée par d'importantes inégalités de santé. Celles-ci relèvent tant de l'accès que de qualité des soins. En particulier, la population carcérale demeure une population particulièrement vulnérable, en raison de son exposition et de sa fragilité pour faire face à la maladie, en dépit des avancées thérapeutiques depuis les années 1990. S'intéresser aux parcours de santé de sortants qui vivent avec le VIH et le VHC permet de décrire ces inégalités, de comparer certaines des récurrences, comme la toxicodépendance par exemple, et de mieux qualifier les soins et la santé de la population postcarcérale.

J'ai choisi d'appréhender les parcours de santé par le biais de leurs implications sur les rapports que les individus entretiennent avec les institutions qui les prennent en charge. Dans une approche processuelle des expériences de prise en charge avant, pendant et après l'incarcération, j'ai porté le regard sur le temps long et l'attention sur les continuités et les ruptures multiples. C'est ainsi que le parcours de santé est apparu comme l'objet de recherche le plus à même d'éclairer ces processus sociaux, dans la mesure où il se construit en croisant les expériences individuelles et les conditions structurelles qui délimitent les marges de manœuvre et les ressources des sortants de prison. Cet objet se distingue du parcours de soins coordonné, qui est défini pour sa part comme un outil gestionnaire des administrations de santé, et dont l'usage vise à rationaliser les coûts et les moyens alloués aux établissements de soins.

L'enquête de terrain a permis de croiser l'étude de plusieurs groupes d'acteurs, les détenus, les sortants, les professionnels et les militants, les proches, qui participent plus ou moins activement, plus ou moins durablement à ces parcours de santé. Il en ressort une connaissance plus fine des enjeux du travail auprès d'un public identifié comme vulnérable voire difficile. En effet, celui-ci se caractérise par l'étendue de la précarité et de la désaffiliation d'une population majoritairement masculine, non-Blanche, moins éduquée et issue des classes populaires. Les parcours de vie des détenus sont marqués par l'institution pénale : pour ceux, peu nombreux, dont les parcours ne laissaient pas prévoir une incarcération, l'expérience en prison produit une bifurcation biographique ; pour d'autres, c'est un évènement antérieur et exogène à la sphère pénale ou de santé qui engage dans une carrière délinquante assumée, dans laquelle les incarcérations sont anticipées ; enfin pour la majorité des hommes que j'ai rencontrés, le parcours de vie est ponctué de rebondissements, qui à la fois marquent, perturbent les individus et consolident l'emprise de la dépendance et la progression de la désaffiliation.

L'analyse des parcours de santé de ces hommes rejoint les travaux de sciences sociales de la santé sur l'expérience de la maladie. En particulier, le cas des sortants de prison éclaire des contraintes spécifiques liées aux incarcérations répétées mais aussi à la persistance de la stigmatisation d'infections encore méconnues dans certains groupes sociaux. Si les hommes interviewés présentent des similitudes, les parcours de santé des hommes vivant avec le VIH diffèrent sensiblement de ceux vivant avec une hépatite C. L'annonce du diagnostic du VIH est un événement traumatique, qui provoque une rupture et contamine les sphères relationnelles, conjugales et parfois professionnelles. Pour les professionnels de santé, l'événement induit une attente d'engagement des patients dans une démarche de soin et d'observance. En revanche, j'ai montré que l'annonce de l'hépatite C n'est pas vécue comme un évènement de santé pour les patients. Il n'est pas marquant et n'induit pas d'infléchissement biographique ni de contamination aux autres sphères de la vie. N'engageant pas systématiquement de recours au traitement, les détenus vivant avec le VHC peuvent plus aisément aller à l'encontre des attentes des professionnels. Ce résultat contribue à mieux comprendre le décalage entre les expériences de la séropositivité des patients et les attentes de leurs soignants.

L'enquête aurait sans doute gagné à inclure les effets de l'incarcération et de la sortie de prison sur la qualité des soins. Le problème des parcours de soins et du traitement social des détenus ne se pose pas qu'en termes de défaut d'accès aux soins, aux droits et aux services mais aussi en termes de qualité des soins et des services. Dans mon enquête, je n'ai pas recueilli de données me permettant de quantifier ni de qualifier la qualité des soins, ni d'établir une différence entre la qualité des soins des sortants et celle de la population générale, non-sortante de prison. De telles données, élargies à

d'autres pathologies, permettraient de situer encore mieux le traitement particulier des sortants de prison en France. On peut néanmoins faire l'hypothèse que cette question de la qualité des soins et des services pour les détenus et les sortants ne changerait pas fondamentalement l'analyse des processus de vulnérabilisation à l'œuvre dans les parcours de santé.

Dans les parcours que j'ai étudiés, l'incarcération peut être vécue comme une épreuve ponctuelle ou récurrente. La prison rassemble des détenus en mauvaise santé, dont les besoins de santé sont en grande partie pris en charge par une offre de soins lacunaire mais parfois plus accessible qu'en ville. Les rapports de soins se construisent dans un contexte où la méfiance intrinsèque à l'ordre carcéral contamine les relations entre patients et soignants. Le cas du secret médical permet d'illustrer avec plus de précisions ces tensions, en notant qu'elles sont le produit de rapports entre soignant et soigné, et conjointement de rapports pluri-professionnels.

Ce cas s'inscrit dans le contexte plus large de l'espace des discours sur la santé carcérale. Je l'ai schématisé en étudiant les prises de positions et les raisonnements évoqués dans le débat sur la santé en prison, à partir de mon enquête par observation ethnographique et ma recherche documentaire. Deux positions limites se dégagent dans l'espace identifié. Chacune de ces deux positions mêlent les points de vue des détenus et ceux des professionnels : la première, la « prison pathogène », fait de l'institution carcérale un environnement délétère pour les détenus et les professionnels, qui inscrit la violence et la pénurie du milieu carcéral dans les corps ; la seconde, la « prison soignante » défend l'opportunité de soins que représente l'enfermement, d'une population peu en lien avec les institutions médicale et d'aide sociale en ville. Ces deux positions permettent de comprendre, d'une autre manière, le caractère confiné du problème car les positions traversent les groupes dans et en dehors de la prison et ralentissent des positions consensuelles.

La mise sur le marché de nouveaux traitements antiviraux contre le VHC est une évolution majeure, depuis que j'ai clos mon enquête de terrain. Dans l'espace des débats sur la santé carcérale, cette avancée thérapeutique est déjà saluée par les professionnels et les militants comme une opportunité de santé publique. En libérant les médecins de la question de « traiter les patients détenus ou attendre ? », l'accessibilité des traitements conforte la position de la « prison soignante ». Le schéma invite cependant à s'interroger sur les effets de la disponibilité des traitements sur les autres positions qui font cet espace des discours. Si l'on considère les effets délétères de la prison sur la santé, on remarque que les conditions de travail et de vie en détention peuvent compliquer le suivi d'un traitement, de surcroit lorsque la fin de peine est incertaine. En dépit des enthousiasmes sur le terrain – et du progrès réel que constituent ces médicaments – il

est évident que le traitement ne sera pas un *magic bullet*, tant les hépatites sont des infections sociales, imbriquées dans des situations sociales et des parcours de vie existants. Les professionnels de santé, de l'aide sociale et de la pénitentiaire conçoivent leur travail de collaboration de différentes manières mais peinent à appréhender ensemble la complexité des parcours de leurs patients, de leurs usagers et de leurs justiciables. Comme dans de nombreux exemples, il y a de fortes raisons de penser que l'innovation thérapeutique ne pourra pas à elle seule surmonter les nombreux obstacles du milieu carcéral et de la sortie de prison, qui font toute la différence entre la disponibilité d'un médicament nouveau, son accessibilité théorique ou juridique, et l'effectivité du traitement sur le terrain.

Conduite en détention puis en ville, l'enquête montre que la sortie de prison est un moment particulier dans les parcours de santé. Je l'ai décrite comme une expérience liminaire du passage de la prison à la ville. Situation d'entre-deux, ou de marge, la sortie se caractérise par une incertitude prégnante, qui semble sans fin. Elle fragilise les sortants de prison, qui deviennent plus vulnérables aux risques sociaux. Plus précisément, j'ai identifié six dimensions distinctes qui s'imbriquent pour accroître la vulnérabilité des sortants de prison. (1) La sortie de prison est une expérience incorporée, dont les effets sont visibles sur les corps malades, usés, fragilisés par l'enfermement mais aussi l'anxiété de la sortie. (2) La phase administrative fragilise des sortants, enjoints à l'activation et la responsabilisation face à des guichets de l'aide sociale qui freinent l'accès aux droits et aux services. L'urgence est le plus souvent de trouver un hébergement puis d'ouvrir ses droits. (3) Le report de soins est fréquent mais les sortants ne « perdent pas de vue » l'institution médicale, consultant le plus souvent dans les quinze jours suivant la sortie. Les sortants sont souvent pris dans des démarches laborieuses et une expérience d'ajustement sensorielle et relationnelle qui font du soin une priorité subsidiaire. (4) Le retour à la vie familiale et conjugale est aussi imprégné de l'incertitude de la sortie de prison et fait l'objet d'un ajustement à des liens fragilisés. Pour les plus désaffiliés, l'insertion relationnelle se joue avec les professionnels de l'aide sociale, avec qui le registre d'échange inclut la construction d'un projet et les preuves d'une responsabilisation. (5) Pour une minorité de sortants, l'inclusion dans le marché du travail permet une protection contre les risques sociaux. Pour les autres, moins dotés en capital social ou en incapacité de travailler, la précarité ajoute à l'incertitude et à la dépendance à l'aide sociale. (6) Enfin, l'expérience de la sortie se joue aussi dans une dimension temporelle.

L'enquête a montré que l'incertitude traverse toutes ces dimensions de l'expérience de la sortie, qui reste un moment flottant, qui ne peut être borné dans le temps chronologique. C'est plutôt la confrontation entre le temps des activités, le temps

opportun et les injonctions temporelles des institutions de prises en charge qui qualifie le mieux la temporalité de l'expérience liminaire de la sortie de prison. Les implications de cette temporalité située pour les relations entre professionnels et sortants sont importantes pour mieux comprendre les expériences de prise en charge à la sortie. La confrontation des temporalités des sortants et celles des institutions a pour effet de produire un travail sur les temporalités des sortants, qui doivent (ou qui sont enjoints à) se « réadapter ». Ce résultat invite à s'interroger sur les manières dont les institutions mobilisent les individus, et plus particulièrement à celles qui ont pour objet les temporalités. La confrontation des temporalités des demandeurs et des institution, et leurs effets sur les parcours, sont difficiles à saisir par la seule méthode de l'observation des pratiques ou celle du recueil du récit de vie. Cette confrontation demeure un objet fondamental pour saisir les expériences de la domination contemporaine.

Les récits de vie ont été un outil fondateur pour les sciences sociales de la médecine et la santé en France, depuis les travaux de C. Herzlich et J. Pierret en particulier. Fructueux pour recueillir le point de vue et l'expérience du patient, cet outil a permis de mieux comprendre la subjectivité des patients et la construction sociale de la maladie – ce que l'approche biomédicale de la médecine et de la maladie permet très peu. Mais il pose un problème méthodologique important, que je soumets en rappelant l'analogie avec l'enquête en milieu carcéral que j'ai convoquée dans le chapitre 3. A. Liebling disait que ne pas avoir peur lorsque l'on enquête en prison relève du choix scientifique. J'ai souscrit à ce choix, en me rappelant que le chercheur ne peut pas se laisser prendre dans les logiques du système carcéral, car c'est précisément ce système qu'il cherche à décrire et à objectiver. Enquêter sur les expériences de la maladie et de la prise en charge pose un problème similaire à la chercheure en sciences sociales. L'enquêtrice qui recoure au récit de vie s'inscrit dans les mêmes rapports de pouvoir qui gouvernent les corps malades qu'elle cherche à étudier : ceux qui produisent des injonctions biographiques, des injonctions à l'authenticité, des injonctions à la réflexivité et à la projection dans le temps. La continuité psychologique ou subjective et la réflexivité sont des qualités – je dirai plutôt des compétences – qui sont attendues des usagers des services d'aide sociale les plus désaffiliés. Il est d'ailleurs indéniable que certains acquièrent, au fil des interactions et des prises en charge, des compétences dans ce récit de soi. Dans quelle mesure cette imposition du récit peut-elle être considérée comme un concept et une pratique occidentale et de classe moyenne et supérieure ? Autrement dit, cet outil induit des rapports sociaux de domination, qui dans le cas de mon enquête, ont produit des entretiens entre une sociologue perçue comme Blanche, privilégiée et instruite et des hommes perçus en majorité comme non-Blancs et moins instruits.

Cette normativité dans les traitements institutionnels des populations vulnérables rappelle la normativité induite dans l'outil de l'entretien biographique en sciences sociales de la santé. Le présupposé de l'outil est que le récit est une qualité universelle : or il convient de prendre en compte ses détracteurs, qui soutiennent une position contraire. La narrativité ne serait le propre que des personnes capables de se vivre comme un sujet en continuité avec son passé et son futur, capables de mettre un récit en forme, de *storytelling* et de révisions[1349]. D'autres, tout en étant tout à fait capables de comprendre les événements de manière séquentielle et de comprendre les rapports de cause à effet, ne conçoivent pas leur biographie sous la forme d'un récit, n'ont pas particulièrement d'intérêt pour leur passé et ne ressentent pas d'inquiétude pour le futur[1350]. Dans cette perspective, l'outil de l'entretien biographique ne peut être utilisé qu'en prenant garde à ne pas surimposer cette continuité et ne pas surinterpréter le lien entre récit et subjectivité. Parce qu'il risque de réduire la diversité des expériences que les sciences sociales ont précisément pour ambition de saisir, l'outil appelle à être repensé, ou tout du moins articulé à d'autres outils de recueil de l'expérience de la maladie, qui ne requièrent pas de se raconter, de se projeter, d'exprimer une continuité passée et futur avec le soi que l'on raconte. La méthode mixte utilisée dans cette enquête visait en partie à compléter les apports de l'entretien biographique.

Il apparait néanmoins riche pour comprendre la liminalité de la sortie. Concevoir la sortie comme un seuil, dont les temporalités ne sont pas seulement linéaires, permet de rendre compte de la continuité d'une expérience qui débute avant la levée d'écrou et se termine bien après le retour au foyer ou la première consultation à l'hôpital. La sortie est ainsi plutôt un moment, délimité par le temps de l'activité et non par le temps chronologique. Cette période est bornée par le travail d'ajustement temporel, d'une temporalité à une autre, d'un enfermement temporel à une temporalité de la prise en charge de soi, plutôt que par le passage d'une institution à une autre.

Cette analyse temporelle aurait gagné à être poursuivie plus longtemps après la sortie, pour mieux qualifier la frontière entre la phase liminaire de la sortie et la phase postliminaire de l'agrégation, pour reprendre la terminologie de Van Gennep – soit le retour à une situation lisible, pour ne pas dire stable, en ville. Les parcours des sortants les plus précaires et les plus toxicodépendants, comme Iliès ou Medhi, pourraient donner l'impression d'être ceux pour lesquels se prolonge cette liminarité qui semble sans fin. Il me semble que leur prompt recours aux services de prises en charge de la toxicomanie et d'hébergement social à la sortie suggère que la phase liminaire est parfois courte. Tel

---

[1349] WOODS Angela, « The limits of narrative: provocations for the medical humanities », *Medical humanities*, 2011.

[1350] STRAWSON Galen, « Against narrativity », *Ratio* 17 (4), 2004, p. 428-452.

n'est pas le cas de sortants mieux dotés en capital économique, comme Édouard, pour qui la sortie semble un ajustement déconcertant, pénible et sans fin. Prolonger l'enquête après la sortie de prison permettrait de qualifier encore plus précisément « l'après » et les facteurs éventuels de la stabilisation. Quels sont les effets à long terme des incarcérations sur les parcours ? Les sortis sont-ils de plus en plus vulnérables ou certains parviennent-ils à consolider des supports sociaux ? L'expérience de la maladie joue-t-elle un rôle dans ce processus ?

En ce sens, la libération conditionnelle apparaît comme une mesure capable d'amorcer et d'encadrer la (re)construction de supports sociaux après une incarcération. Le système pénal détient un outil efficace pour préparer et améliorer les conditions de sortie de ses condamnés, qui mériteraient d'être utilisé davantage et précisément évalué dans les cas des maladies graves ou chroniques notamment. Ce sont donc aussi des recherches interventionnelles qui sont nécessaires, pour étudier la faisabilité de prises en charge sociales possibles en détention puis à la sortie.

Les professionnels du travail social, ceux formés à l'accès aux droits et aux services effectifs et capables de faciliter l'accès au logement, à l'insertion relationnelle et au travail des sortants qui le souhaitent, sont justement les professionnels qui font le plus défaut en prison. La prison recrute parmi les populations les plus précaires et l'incarcération favorise les ruptures administratives et le report de soins. Certains agents ont été formés au travail social mais aujourd'hui les conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation (Cpip) n'ont pas les moyens de pleinement mener leur mission d'insertion à bien. L'institutionnalisation de services sociaux en prison, sur le modèle des unités sanitaires pour les soins somatiques, rattachés à une institution extérieure comme les Centres d'action et d'aide sociale par exemple, me semblent être une piste pour pallier aux besoins en accès aux droits et aux services. Ces travailleurs sociaux auraient les moyens d'atteindre des hommes et des femmes souvent peu ou mal couvert, sans l'ambivalence liée aux missions de probation attribuées aux Cpip. Le lien avec les centres d'aide sociale en ville permettraient une continuité de certaines prises en charge, comme je l'ai constaté pour les cas d'hépatites C orientées vers l'hôpital de rattachement des Ucsa où j'ai mené mon enquête par exemple. Elle permettrait aussi de réduire le non-recours aux droits et aux services d'une population vulnérable, consolidant ainsi certains de leurs supports sociaux, pour faire des sortants de prison des individus non pas moins fragiles, mais peut-être moins exposés, et avec eux leurs entourages.

Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales,
Institut de Recherches Interdisciplinaires sur les enjeux Sociaux &
Institut National des Etudes Démographiques

Sortir et s'en sortir ?
Parcours de santé et vulnérabilités de sortants de prison qui vivent avec le VIH ou une hépatite C

Thèse pour l'obtention du grade de Docteure de l'EHESS
Discipline : Sociologie

Présentée par Meoïn Hagège, le 5 décembre 2016

(Volume II)

Devant un jury composé de :
Marc Bessin, Chargé de Recherche, Centre National de la Recherche Scientifique, *Directeur de thèse*
Marcel Calvez, Professeur des Universités, Université Rennes 2, *Rapporteur*
Manuela I. Cunha, Directrice de recherche, Universidade do Minho
Aline Désesquelles, Directrice de recherche, Institut National d'Etudes Démographiques, *Directrice de thèse*
Frédéric Le Marcis, Professeur, Ecole Normale Supérieure de Lyon, *Rapporteur*

TABLES,

BIBLIOGRAPHIE,

ANNEXES & INDEX

Table des matières (vol I)

REMERCIEMENTS **5**

SOMMAIRE **9**

INTRODUCTION GENERALE **11**
La santé (post)carcérale, un objet peu étudié 13
Étudier les parcours de santé, une approche processuelle 15
L'enquête, dedans et dehors 19

PREMIÈRE PARTIE – L'ÉTAT DE LA LITTÉRATURE **23**

Chapitre 1. Pour une approche processuelle de la santé postcarcérale **25**
Introduction 25
La santé postcarcérale : un objet de santé publique 26
Des données médicales et épidémiologiques largement anglaises et étasuniennes 26
Les sortants de prison, population cible de la santé publique aux États-Unis 27
Les populations carcérale et postcarcérale, des cibles d'actions de santé publique 28
Une population étudiée et connue de la profession médicale 30
Des études interventionnelles et des initiatives pour la continuité des soins à la sortie 33
Mesurer la discontinuité des soins 35
Les effets somatiques et psychiques de la discontinuité des soins postcarcéraux 36
Les facteurs socioéconomiques ou environnementaux qui préviennent la continuité de soins 37
La santé postcarcérale française dans l'angle mort de la santé publique 39
La santé postcarcérale en France, un objet de publication investi par les acteurs de santé publique plutôt que par les médecins-chercheurs épidémiologistes 40
La discontinuité des soins, des besoins spécifiques rarement anticipés par les soignants 41
En France, des données lacunaires sur la santé carcérale 45
Des données épidémiologiques lacunaires 45
Des témoignages de praticiens en milieu carcéral 49
La santé postcarcérale : une prise en charge interstitielle 50
La santé en prison : des acteurs sous contraintes 51
La santé à l'hôpital : des prises en charge sous contraintes 58
Une contrainte gestionnaire 58
Le rapport soignant-soigné en évolution 60
La santé postcarcérale, vers un objet sociologique 62
Entre prison et hôpital, un entre-deux institutionnel 62
Concevoir la sortie en sciences sociales 66
Approches processuelles de la prison 66
Approches populationnelles, les études sur la récidive 72
La sortie en sciences sociales, rupture ou continuité ? 75
La sortie comme rupture individuelle et continuité institutionnelle 76
Le cas de la rémission de cancer 76
La sortie comme continuité institutionnelle et individuelle 78
Le cas de la sortie de bande 78
Le cas de la sortie de la toxicomanie 80
Le cas de la sortie de la rue 84
La sortie comme une rupture institutionnelle et individuelle 86
Le cas de la sortie d'expérience concentrationnaire 86
Le cas de la sortie de guerre 87

La sortie comme rupture institutionnelle et continuité individuelle 88
Le cas de la sortie de l'institution scolaire 89
Du parcours de soins au parcours de santé 90
Le parcours de soins, une notion de santé publique 91
Le parcours de santé, un objet sociologique 92
Les temporalités des détenus, imbriquées dans les rapports sociaux de domination 96
Conclusion du chapitre 1 99

Chapitre 2. Les interventions de lutte contre le VIH/Sida et l'hépatite C, de la mobilisation à la responsabilisation 101
La santé carcérale, un problème public en sourdine 102
Une santé carcérale déplorée mais qui ne fait pas problème 103
Des acteurs insatisfaits, mais peu audibles 108
Des acteurs insatisfaits 108
Des professionnels peu entendus 109
Des détenus peu audibles 110
Une crise confinée 111
Le VIH chez les sortants de prison, inégalités sociales et questions de santé globale 114
L'épidémie de VIH/Sida en France, quelques éléments de contexte 115
Les inégalités sociales de santé, au cœur de l'épidémie de VIH contemporaine 118
Le VIH/Sida chez les personnes détenues, la santé globale en France 120
Le VHC, un problème public dans le sillage du VIH/Sida 125
L'hépatite C, une infection socialement située 126
La construction sociale de l'épidémie 130
Co-infection et syndémie, des approches transversales 134
La lutte contre l'hépatite C, une mobilisation dans le sillage du VIH/Sida ? 137
Un problème contenu 142
La mobilisation 142
Une pharmaceuticalisation en marche ? 148
Une enquête inscrite dans des attentes militantes situées 154
Gouverner les malades après la prison 156
Le cas du traitement social de la toxicomanie 159
Conclusion 162

Synthèse de la partie I 164

DEUXIÈME PARTIE – L'ENQUÊTE 165

Chapitre 3 : Enquêter sur le parcours de santé, dedans et dehors 167
Le protocole d'enquête par observation des prises en charge médicosociales 169
L'entrée sur le terrain, des procédures laborieuses, mais des acteurs adhérents 170
Les rapports avec les détenus et les professionnels 177
L'ordre social en prison, quelques éléments de contexte 178
Se positionner en prison 180
Les interactions avec les détenus, une disponibilité sous contraintes 186
Les contraintes carcérales du faisable 191
Les contraintes structurelles du dicible 195
L'âge 195
La classe sociale 196
La race ou l'ethnicité 197
Le genre et le sexe 198
Les interactions avec les professionnels, en détention et en ville 203
Le contexte des interactions avec les professionnels 203
Des professionnels en adhésion avec l'enquête 204
Enquêter en terrain médicalisé, défendre les « sciences molles » 209
Conclusion 214

Chapitre 4 : Qualifier et situer les parcours, enjeux méthodologiques 215
Des méthodes complémentaires 216
Les outils complémentaires, fondements d'un débat méthodologique 217

Le dispositif d'enquête 222
Éléments méthodologiques et épistémologiques 222
Le dispositif d'enquête : les entretiens biographiques 226
Le dispositif d'enquête : les questionnaires 228
Le dispositif d'enquête : l'observation 230
L'ethnographie en prison 230
L'ethnographie en ville 234
Le protocole d'enquête par entretiens biographiques sur les parcours de santé 235
Le recrutement dans le volet d'enquête par entretiens biographiques 235
L'entretien biographique 237
Des entretiens biographiques répétés, dedans et dehors 238
Le protocole d'enquête par questionnaires sur la santé des détenus 241
Le questionnaire 242
Le recrutement des participants 242
L'administration des questionnaires 246
L'analyse des correspondances multiples 247
Situer les cas, données préliminaires issues de l'enquête par questionnaires 250
Le sexe et l'âge 250
Le cas particulier des femmes détenues 252
L'origine et la trajectoire géographiques 253
Le cas particulier des détenus non francophones 253
La nationalité et la situation administrative 254
Langues 254
La formation 254
La couverture et les droits sociaux 255
L'activité, les allocations et les revenus 257
L'activité 257
Les allocations 257
Les revenus 258
L'errance 258
La situation pénale 258
Conclusion 259

Synthèse de la Partie II 260

TROISIÈME PARTIE – LES PARCOURS 263

Chapitre 5. Le VIH/Sida et l'hépatite C dans les parcours de santé 265
Introduction 265
Typologie des hommes détenus enquêtés par questionnaires 267
Les caractéristiques sociodémographiques et pénales 269
Les ressources et le soutien 273
Les parcours biographiques 278
L'incarcération comme bifurcation : une exception 283
Komi 283
Édouard 285
Le tournant puis la « normalité délinquante » 287
Couly 288
Alain 293
Des parcours lisses en rebondissements : les récits de dépendance 295
André 296
Ahmed 298
Iliès 299
Paul 302
Wassim 303
Amin 304
Patrick 307
Ayoub 309
Les détenus venus d'Europe de l'Est, le cas de Monsieur K. 311
Les parcours de santé 316

Typologie des détenus, selon la santé et la prise en charge 319
La découverte du VIH, un événement de santé majeur 322
L'annonce du VIH, l'anticipation d'une rupture 327
La découverte du VHC, un non-événement 329
L'annonce de l'hépatite C, une attente d'adhésion 331
La contamination, un événement reconstruit *a posteriori* 333
La contamination, l'origine du parcours de santé 335
Le recours au traitement contre le VIH 336
La mise sous traitement contre le VIH 341
Le recours au traitement contre le VHC 342
La mise sous traitement contre le VHC 347
Conclusion 350

Chapitre 6. L'incarcération dans les parcours de santé 353
Introduction 353
Le parcours de soins en milieu carcéral, quelques éléments de contexte 355
Des détenus en mauvaise santé, mais pris en charge 358
L'enquête sur la santé des entrants en prison et l'enquête Prévacar, des données de cadrage 358
Description statistique de l'état de santé des hommes détenus vivant avec le VIH/Sida et/ou l'hépatite C 359
Les caractéristiques sociodémographiques et pénales 360
La santé perçue et le stade de l'infection 362
Le soin et l'attention à soi 363
La contamination 363
Le dépistage 364
Le suivi, les traitements et l'observance 365
Les interruptions de traitement lors des sorties précédentes 367
La situation administrative et l'état de santé 367
La santé mentale 367
Les enjeux du soin en prison, entre traitements et contraintes 369
Traitements 370
Le cas des usagers de drogues précaires et incarcérés 374
Contraintes 376
L'analyse factorielle de la santé des détenus 383
VHC et VIH 385
Bon patient, mauvais patient 386
Les mono-infectés et les co-infectés 387
Les autres problèmes de santé 388
L'ancienneté de l'hépatite C 388
La santé mentale 389
Expériences de l'hépatite C 389
La continuité des soins 390
Protéger le droit au secret 391
Éviter le stigmate 392
Divulguer sa séropositivité 393
Cacher sa séropositivité 395
Le jeu du « secret partagé » 397
L'espace polarisé des discours sur la santé carcérale 402
Conclusion 409

Synthèse de la Partie III 411

QUATRIÈME PARTIE – LA SORTIE 413

Chapitre 7. La sortie de prison, un processus d'ajustements pluriels 415
La sortie incorporée : la phase sensible de la sortie de prison 423
Le parcours de Jean 423
L'incertitude de la sortie 425
Des situations incertaines sans fin ? 426

Une réflexivité (post)carcérale 429
Ne plus en parler 431
L'ajustement incorporé 434
La dimension somatique et psychique de l'expérience de la sortie 434
Les effets somatiques 434
Les effets psychiques 437
Le corps entre deux mondes, entre dedans et dehors 441
La sortie activée : la phase administrative de la sortie de prison 445
Le corps malade et le récit comme ressources 446
Le parcours de Medhi 450
Des situations sociales complexes, mais dans le giron de l'aide médicosociale 451
Obtenir un hébergement à la sortie, entre urgence et « projet » 453
Le non-recours, une catégorie plurielle 459
Le recours aux soins, fréquent, mais problématique 461
Les patients sortants : non-recours ou report de soins ? 461
Des reports de soins pour le VIH/Sida et l'hépatite C 463
Les sortants qui restent en lien avec les centres de soins 463
Les sortants qui galèrent avant et après l'incarcération 464
Les sortants qui bénéficient d'une meilleure insertion relationnelle 465
Les sortants qui font face à une situation nouvelle à la sortie 466
Les interruptions longues dans le passé : un lien avec l'incarcération ? 467
Faire face à l'impréparation de la sortie de prison, le corps malade comme obstacle et ressource 469
Conclusion 475

Chapitre 8. La sortie de prison ou la progression de la vulnérabilité 477
Des sortants vulnérables 478
Une insertion relationnelle faible, des sortants vulnérables 481
L'insertion relationnelle à la sortie, des ajustements dans la famille et dans le couple 481
Les relations familiales 481
Les relations conjugales 483
Les proches, entre soutien et tensions 483
L'insertion relationnelle par le réseau de soutien professionnel 487
La protection par le travail, une exception 491
Le parcours de Mourad 491
Le travail à la sortie, une exception 492
L'insertion relationnelle et par le travail dans l'espace 495
Sortir et changer de vie ? 499
De bonnes résolutions et des déceptions 499
Des sortants désadaptés ? 502
Changer de vie ? 506
Des sortants pris dans la marge ? 509
Conclusion 512

Synthèse de la Partie IV 513

CONCLUSION GENERALE 515

Table des figures & illustrations (vol I)

Figure 1 - Parcours de prise en charge du VIH avant, pendant et après la sortie de prison : résultats de la synthèse de la littérature, la plus récente au moment de la rédaction, sur le VIH en population carcérale aux États-Unis et au Canada (Iroh et al. 2015 : e12, figure 2). 35

Figure 2 - Histoire naturelle de l'infection par le virus de l'hépatite C (extrait de « Hépatite C. Transmission nosocomiale, état de santé et devenir des personnes atteintes », *art. cit.*, 2003, p. 234) 128

Figure 3 - Procédures de demandes d'autorisations d'enquête, chronologie 2010-2013 173

Figure 4 - Les parcours de santé comme ensemble de cas dans le dispositif d'enquête 225

Figure 5 - Déroulement chronologique des trois volets des enquêtes par observation, entretiens biographiques et questionnaires, en référence à la figure 3 (page 176), 2010-2014. 240

Figure 6 - Recrutement des participants à l'enquête par questionnaires 245

Figure 7 - Processus de traitement et d'analyse des données de l'enquête par questionnaires 249

Figure 8 - Espace des discours sur la santé carcérale 405

Figure 9 - Espace des insertions sociales des hommes ayant participé au volet par entretiens, au moment de l'enquête , adapté de R. Castel (1994). 497

Graphique 1 - Premier plan de l'ACM mettant en relation l'état de santé et la prise en charge des détenus enquêtés et les autres grands ensembles thématiques du questionnaire (classes des bloc 1-2 et 3-4) 384

Tableau 1 - Caractéristiques les plus significatives et effectifs des classes construites à partir des caractéristiques sociodémographiques et pénales des détenus ayant répondu aux questionnaires et détenus de l'enquête par entretiens s'en rapprochant le plus, lorsque possible. 268

Tableau 2 - Caractéristiques principales et effectifs des classes de caractéristiques construites à partir des caractéristiques de ressources et de soutien du volet d'enquête par questionnaires et individus de l'enquête par entretiens s'en rapprochant. 274

Tableau 3 - Classification des détenus ayant participé au volet d'enquête par entretiens biographiques selon (1) les caractéristiques sociodémographiques et pénales, (2) le soutien et les ressources et (3) la santé et la prise en charge 282
Tableau 4 - Caractéristiques les plus significatives et effectifs des classes de santé et de prise en charge à partir du volet d'enquête par questionnaires et individus de l'enquête par entretiens s'en rapprochant. 318

Table des annexes (vol. II)

Bibliographie 535
Annexe 1. Corpus de publications sur la santé carcérale et postcarcéral analysés dans le chapitre 1 563
Annexe 2. Processus de traitement et d'analyse en trois étapes des données de l'enquête par questionnaires (détaillé) 576
Annexe 3. Questionnaire 577
Annexe 4. Tris croisés selon le statut sérologique 612
Annexe 5. Tris croisés 638
Annexe 6. Description des classes issues de l'analyse de l'enquête par questionnaires 646
Annexe 7. Lexique des libellés des modalités utilisées dans les analyses de l'enquête par questionnaires 657
Annexe 8. Edition des résultats de la classification de facteurs et description des partitions suite aux trois ACM des variables des trois ensembles thématiques (bloc 1/2, bloc 3/4 et bloc 5) (SPAD) 676
Annexe 9. Edition des résultats de l'ACM finale (SPAD) 700
Annexe 10. Représentation graphique de l'ACM finale 707
Annexe 11. Représentation graphique de l'ACM des modalités liées aux caractéristiques sociodémographiques et pénales 708
Annexe 12. Représentation graphique de l'ACM des modalités liées aux caractéristiques de santé et de prise en charge 709
Annexe 13. Représentation graphique de l'ACM des modalités liées aux caractéristiques de soutien et de ressources 710
Annexe 14. Description des axes factoriels de l'ACM finale (SPAD) 711
Annexe 15. Prestations sociales pour les personnes détenues ou sortant de prison 715

Bibliographie

ABBOTT Andrew, *The system of professions: An essay on the division of expert labor*, Chicago, University of Chicago Press, 1988.

ABRAHAM John, « Pharmaceuticalization of Society in Context: Theoretical, Empirical and Health Dimensions », *Sociology* 44 (4), 2010, p. 603-622.

ADLER Michael et LONGHURST Brian, *Discourse, Power and Justice*, London, Routledge, 1994.

ALDERSON Marie *et al.*, « La pratique infirmière en milieu carcéral : des détenus pour patients », *Recherche en soins infirmiers* 113 (2), 2013, p. 95.

ALLAN YOUNG, « Introduction », *in The harmony of illusions : Inventing post-traumatic stress disorder*, Princeton, Princeton University Press, 1997, p. 3.

ARAIN Amber, ROBAEYS Geert et STÖVER Heino, « Hepatitis C in European prisons : a call for an evidence-informed response », *BMC Infectious diseases* 14, 2014, p. S17.

ARENDELL Terry, « Reflections on the researcher-researched relationship : A woman interviewing men », *Qualitative sociology* 20 (3), 1997, p. 341-365.

Arora S, Thornton K, Murata G, et al. Outcomes of Hepatitis C Treatment by Primary Care Providers. *The New England journal of medicine*, 2011, 364 (23): 10.1056/NEJMoa1009370.

ARORA Sanjeev *et al.*, « Outcomes of hepatitis C treatment by primary care providers », *The New England journal of medicine* 364 (23),

ASTIER Isabelle et DUVOUX Nicolas, *La société biographique : une injonction à vivre dignement*, Paris, L'Harmattan, 2006.

ASTIER Isabelle, « Les transformations de la relation d'aide dans l'intervention sociale », *Informations sociales* (2), 2009, p. 52-58.

ATLANI-DUAULT Laëtitia et VIDAL Laurent, « Le moment de la santé globale », *Revue tiers monde* (3), 2013, p. 7-16.

AXINN William G et PEARCE Lisa D, *Mixed method data collection strategies*, Cambridge, Cambridge University Press, 2006.

BAILLARGEON Jacques *et al.*, « Accessing antiretroviral therapy following release from prison », *JAMA : The journal of the American Medical Association* 301 (8), 2009, p. 848-857.

BANDYOPADHYAY Mahuya, « Competing masculinities in a prison », *Men and masculinities* 9 (2), 2006, p. 186-203.

BARBIER Christine, « Résultats préliminaires de l'enquête Prévacar », Réunion à Sida Info Service, 2012.

BARRÉ Marie Danièle, TOURNIER P et LECONTE B, « La mesure du temps carcéral », *Revue de science criminelle* 2, 1990, p. 379–387.

BASZANGER Isabelle, « Introduction : les chantiers d'un interactionniste américain », *in La trame de la négociation*, Paris, L'Harmattan, 1992.

BASZANGER Isabelle, « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue française de sociologie*, 1986, p. 3-27.

BEAUD Stéphane, « L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'«entretien ethnographique» », *Politix* 9 (35), 1996, p. 226-257.

BEAUREPAIRE Christiane de, « La vulnérabilité sociale et psychique des détenus et des sortants de prison », *Revue du MAUSS* 40 (2), 2012, p. 125-146.

BECKER Howard S., « Biographie et mosaïque scientifique », *Actes de la recherche en sciences sociales* 62 (1), 1986, p. 105-110.

BECKER Howard S., « Who's side are we on ? », *Social problems* 14 (3), 1967, p. 239-47.

BECKER Howard S., *Outsiders. Etudes de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié, 1985.

BELL Susan E. et FIGERT Anne E., « Medicalization and pharmaceuticalization at the intersections : Looking backward, sideways and forward », *Social science & medicine* 75 (5), 2012, p. 775-783.

BELORGEY Nicolas, *L'hôpital sous pression : Enquête sur le nouveau management public*, Paris, La Découverte, 2010.

BENCHELLALI Mourad, « La prison : foyer de radicalisation et espace de lutte contre la radicalisation? Réalités et perspectives », Séminaire « Sciences sociales et prison », EHESS, Paris, 2015, <https://prison.hypotheses.org/category/seances-2015-6/seance-2-seances-2015-6>, consulté le 15 2016.

BENGUIGUI George, CHAUVENET Antoinette et ORLIC Françoise, « Les surveillants de prison et la règle », *Déviance et société* 18 (3), 1994, p. 275–294.

BENKIMOUN Paul, « Conflit autour d'un traitement contre l'hépatite C », *Le Monde.fr*, 10 2015, <http://www.lemonde.fr/planete/article/2015/02/10/conflit-autour-d-un-traitement-contre-l-hepatite-c_4573300_3244.html>, consulté le 8 2015.

BENSA Alban et FASSIN Eric, « Les sciences sociales face à l'événement », *Terrain. Revue d'ethnologie de l'Europe* (38), 2002, p. 5-20.

BENSA Alban, « Images et usages du temps », *Terrain* (29), 1997, p. 5-18.

BÉRAUD Céline, GALEMBERT Claire De et ROSTAING Corinne, « Des dieux et des hommes en prison », Lyon, ISP, 29 2014, <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00976952>, consulté le 3 2016.

BERGERON Henri et CASTEL Patrick, « Captation, appariement, réseau : une logique professionnelle d'organisation des soins », *Sociologie du travail* 52 (4), 2010, p. 441-460.

BERGERON Henri, « Nouvelle santé publique et individualisation », *Prospective jeunesse* (59), Et 2011, p. 10-17.

BERGERON Henri, *L'état et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française*, Paris, Presses Universitaires de France, 2000.

Berlioz Gilbert et Barbe Laurent, « Etude de l'accompagnement des personnes sous main de justice accueillies dans les associations du réseau FNARS », Paris, Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale, 2010.

BERNARD Pierre-Yves, *Le décrochage scolaire*, Paris, Presses Universitaires de France , 2013.

BERTAUX Daniel, *Le récit de vie. L'enquête et ses méthodes*, Paris, Armand Colin, 2010.

BESSIN Marc et CHAUVENET Antoinette, « Peut-on parler des prisons ? », *Lettre du CEMS* 6, 2000, p. 8-9.

BESSIN Marc et GAUDART Corinne, « Les temps sexués de l'activité : la temporalité au principe du genre ? », *Temporalités* 9, 2009.

BESSIN Marc et LECHIEN Marie-Hélène, « Hommes détenus et femmes soignantes : l'intimité des soins en prison », *Ethnologie française* 32 (1), 2002, p. 69–80.

BESSIN Marc et LECHIEN Marie-Hélène, « Proximité avec le corps malade des détenus. La participation des prisonniers aux soins. », *in* MEMMI Dominique et FASSIN Didier (dir.), *Le gouvernement des corps*, 2004, p. 207-236.

BESSIN Marc et LECHIEN Marie-Hélène, *Soignants et malades incarcérés : conditions, pratiques et usages des soins en prisons*, Paris, Groupement d'intérêt public-Mission de recherche droit et justice, 2000.

Bessin Marc, « Les transformations des rites de la jeunesse », *Agora débats/jeunesses* 28 (1), 2002, p. 12-20.

BESSIN Marc, « Soins en prison : la concurrence des humanités », *Cultures en mouvements* (56), 2003, p. 47-50.

BESSIN Marc, BIDART Claire et GROSSETTI Michel, *Bifurcations : les sciences sociales face aux ruptures et à l'événement*, 1 vol., Paris, La Découverte, 2010

BÉTHOUX Élodie, « La prison : recherches actuelles en sociologie », *Terrains & travaux* (1), 2000, p. 71–89.

BIEHL João, « Pharmaceuticalization : AIDS treatment and global health politics », *Anthropological Quarterly* 80 (4), 2007, p. 1083–1126.

BIEHL João, « The activist state. Global pharmaceuticals, Aids and citizenship in Brazil », *Social Text* 22 (3), 2004, p. 105-32.

BIENVAULT Pierre, « Médecins du monde s'attaque au coût d'un médicament contre l'hépatite C », *La Croix*, [s. d.], <http://www.la-croix.com/Actualite/France/Medecins-du-monde-s-attaque-au-cout-exorbitant-d-un-medicament-contre-l-hepatite-C-2015-02-10-1279102>, consulté le 8 2015.

BINSZANGER Ingrid A., Stern Marc F., Deyo Richard A., Heagerty Patrick J., Cheadle Allen, Elmore Joann G. et Koepsell Thomas D., « Release from prison, a high risk of death for former inmates », *New England Journal of Medicine* 356 (2), 2007, p. 157–165.

BIROU Alain, Vocabulaire pratique des sciences sociales, Paris, Economies et Hmuanismes - Editions ouvrières, 1966.

BLOCH Marie-Aline et HÉNAUT Léonie, *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Paris, Dunod, 2014.

Botton Pierre, *Moi, ancien détenu, bâtisseur de prisons nouvelles*, Paris, Pygmalion, 2012.

BOUAGGA Yasmine, *Humaniser la peine ? Ethnographie du traitement pénal en maison d'arrêt*, thèse de doctorat, Paris, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 2013.

BOUHNIK Patricia, « La drogue comme expérience intime », *Ethnologie française* (1), 2002, p. 19-29.

BOUHNIK Patricia, *Toxicos : Le goût et la peine*, Paris, La Découverte, 2007.

BOURBOTTE Yann, *Évolution de la prise en charge médicale des détenus depuis la loi du 18 1994, un exemple : l'unité de consultations et de soins ambulatoires (U.C.S.A.) de la Maison d'arrêt de Nîmes*, thèse d'exercice, Montpellier, Université Montpellier 1, 2003.

BOURDIEU Pierre, « L'illusion biographique », *Actes de la recherches en sciences sociales* 62-63, 1986, p. 69-72.

Bourdieu Pierre, « Les rites comme actes d'institution », *Actes de la recherche en sciences sociales* 43 (1), 1982, p. 58-63.

BOURDIEU Pierre, CHAMBOREDON Jean-Paul et PASSERON Jean-Claude, *Le métier de sociologue*, Paris, Mouton, 1967.

BOURDIEU Pierre, *Sociologie générale : Volume 1, Cours au Collège de France*, Paris, Seuil, 2015.

BOURGOIS P. et SCHONBERG J., « Intimate apartheid : Ethnic dimensions of habitus among homeless heroin injectors », *Ethnography* 8 (1), 2007, p. 7-31.

BOURGOIS Philippe, LETTIERE Mark et QUESADA James, « Social misery and the sanctions of substance abuse : Confronting HIV risk among homeless heroin addicts in San Francisco », *Social problems* 44, 1997, p. 155–173.

BOURGOIS Philippe, PRINCE Bridget et MOSS Andrew, « The everyday violence of hepatitis C among young women who inject drugs in San Francisco », *Human organization* 63 (3), 2004, p. 253–264.

BOUVIER Jean-Claude, « La suspension de peine, une affaire de dignité », in *Sortie de prison*, Paris, Sidaction, 2008, p. 86.

BOZON Michel, « Des rites de passage aux «premières fois». Une expérimentation sans fins », *Agora débats/jeunesses* 28 (1), 2002, p. 22-33.

BRANCHU Christine *et al.*, « Evaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice », Paris, Inspection générale des affaires sociales, Inspection des services judiciaires, 2016, 176 p.

BRISACIER Anne-Claire et COLLIN Cédric, « Les traitements de substitution aux opiacés en France : données récentes », *Tendances* (94), 2014.

BRODIER-DOLINO Axelle, « Le concept de vulnérabilité », *La Vie des Idées*, 2016, <http://www.laviedesidees.fr/Le-concept-de-vulnerabilite.html>, consulté le 6 2016.

BRUNO Spire, « Hépatite C : la guérison par tirage au sort? Cette très chère "révolution thérapeutique" », *L'Obs, le plus*, 20 2014, <http://leplus.nouvelobs.com/contribution/1251160-hepatite-c-la-revolution-therapeutique-oui-mais-pas-a-ce-prix.html>, consulté le 8 2015.

BUREAU INFECTION PAR LE VIH, IST ET HÉPATITES, « Enquête Prévacar, volet offre de soins VIH, hépatites et traitements de substitution en milieu carcéral », Paris, Direction Générale de la Santé, 2011, 88 p.

BURTON-JEANGROS Claudine *et al.* (dir), *A lifecourse perpective on health trajectories and transitions*, Londres, 2015.

BURY Michael, « Chronic illness as biographical disruption », *Sociology of health and illness* 4 (2), 1982, 167–182.

BURY Michael, « The sociology of chronic illness : a review of research and prospects », *Sociology of Health & Illness* 13 (4), 1991, p. 451–468.

CABANES Bruno et PIKETTY Guillaume, « Sortir de la guerre : jalons pour une histoire en chantier », *Histoire@ Politique* 1 (3), 2007

Caiata Zufferey Maria, « Sortie de la toxicodépendance : le dire pour le faire », in Soulet Marc-Henry (dir.), *Changer de vie : un problème social*, 1 vol., Fribourg, Academic press, 2011, p. 91-105.

CAIATA ZUFFEREY Maria, « Sortir de la toxicodépendance à l'époque de la réduction des risques », *Psychotropes* (1), 2005, p. 55-72.

CAIATA ZUFFEREY Maria, *De la toxicomanie à la conventionalité : sociologie des sorties de la drogue à l'époque de la réduction des risques*, Zürich, Seismo, 2006.

CALVEZ Marcel, « Le risque comme ressource culturelle dans la prévention du sida. », Dozon Jean-Pierre & Fassin Didier (dir.) *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, 2001, p. 127-143.

CALVEZ Marcel, *La prévention du sida : les sciences sociales et la définition des risques*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2004.

CAMBOIS Emmanuelle, « Les personnes en situation sociale difficile et leur santé », Paris, ONPES-Drees, 2004, 26 p.

CANAPE Serge, « Quel public, quelle organisation de l'administration? Quels défis posés par les alternatives à l'incarcération ou d'accompagnement des personnes dites "à risques"? », 21e Atelier de la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement, Paris, 2013.

CANETTI Cyrille, « Intervention lors de la journée "Santé en prison, entre logique pénale et logique médicale : du détenu malade au malade détenu ?" », Journées nationales des prisons « La santé à l'épreuve de la prison », Paris, 30 2013.

CARDI Coline et PRUVOST Geneviève (dir), *Penser la violence des femmes*, Paris, La Découverte, 2012.

CARDI Coline, « Le contrôle social réservé aux femmes : entre prison, justice et travail social », *Déviance et société* 31 (1), 2007, p. 3.

CARRABINE Eamonn et LONGHURST Brian, « Gender and prison organisation : Some comments on masculinities and prison management », *The Howard journal of criminal justice* 37 (2), 1998, p. 161–176.

Carrasco Valérie et Timbart Odile, « Les condamnés de 2007 en état de récidive ou de réitération », *Infostat Justice* (108), 2010, p. 6.

CARRICABURU Danièle et MÉNORET Marie, *Sociologie de la santé : Institutions, professions, maladies*, Paris, Armand Colin, 2004.

CARSON E. Ann et GOLINELLI Daniela, « Prisoners in 2012. Trends in Admissions and Releases, 1991–2012 », *Bulletin of the Bureau of Justice Statistics, US Department of Justice*, 2013 - 2014, p. 44.

CASSAN Francine et TOULEMON Laurent, « L'histoire familiale des hommes détenus », *Insee Première* (706), 2000.

CASTEL Patrick, « Le médecin, son patient et ses pairs », *Revue française de sociologie* (3), 2005, p. 443-467.

CASTEL Robert *et al.*, « Les Sorties de la toxicomanie : types, trajectoires, tonalités », Paris, M.I.R.E., Ministère des affaires sociales et de l'intégration, Ministère du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, 1992, 302 p.

CASTEL Robert, « De l'indigence à l'exclusion, la désaffiliation. Précarité du travail et vulnérabilité relationnelle », *Face à l'exclusion. Le modèle français*, 1991, p. 137–168.

Castel Robert, « Des individus sans support », in Châtel Vivianne et Soulet Marc-Henry (dir), *Agir en situation de vulnérabilité*, Sainte-Foy, Québec, Canada, Presses de l'université Laval, 2003, p. 51-61.

Castel Robert, « La dynamique des processus de marginalisation : de la vulnérabilité à la désaffiliation », *Cahiers de recherche sociologique* (22), 1994, p. 11–27.

CASTEL Robert, « Les pièges de l'exclusion », *Lien social et politiques* (34), 1995, p. 13–21.

CEFAÏ Daniel, « Codifier l'engagement ethnographique ? », *La Vie des Idées*, 19 2009, <http://www.laviedesidees.fr/Codifier-l-engagement.html>, consulté le 29 2016.

CENTRE FOR DISEASE CONTROL Effective Interventions, « Project START », 2015, https://effectiveinterventions.cdc.gov/en/highimpactprevention/Interventions/ProjectSTART.aspx, consulté le 2 2016.

CGLPL, « Rapport d'activité du Contrôleur général des lieux de privation de liberté 2012 », Paris, CGLPL Ed. Dalloz, 2013.

CGLPL, « Rapport d'activité du Contrôleur général des lieux de privation de liberté 2011 », Paris, CGLPL Ed. Dalloz, 2012.

CGLPL, « Rapport d'activité du Contrôleur général des lieux de privation de liberté 2010 », Paris, CGLPL Ed. Dalloz, 2011.

CHABROL Fanny et HAGÈGE Meoïn, « La prise en charge du VIH et de l'hépatite C en France et au Cameroun : regards croisés sur l'enquête et sur l'infection chronique grave », Séminaire « Autour du cancer, enquêter sur la maladie grave », Ecole des hautes études en sciences sociales, Paris, 2014.

CHABROL Fanny, « Enquêter en milieu convoité. », *in* BENSA Alban et FASSIN Didier (dir.), *Les politiques de l'enquête. Epreuves ethnographiques*, Paris, La Découverte, 2010.

CHABROL Fanny, « Les paradoxes de la pharmaceuticalisation de la santé publique en Afrique : les hépatites virales au Cameroun dans le sillon du VIH / Sida », *in Publication en cours*, 2016.

CHANTRAINE Gilles, « Prison, désaffiliation, stigmates », *Déviance et société* (4), 2003, p. 363-387.

CHANTRAINE Gilles, *Expériences carcérales en maison d'arrêt : approche socio-historique et biographique d'une institution totale*, thèse de doctorat, France, Université Lille 1 - Sciences et technologies, 2002.

CHANTRAINE Gilles, *Par-delà les murs : expériences et trajectoires en maison d'arrêt*, Paris, Presses universitaires de France « Le Monde », 2004.

CHASSAGNE Aline, « Le soin enfermé. La porte comme frontière en maison d'arrêt », *Espaces et sociétés* 162 (3), 2015, p. 63-77.

CHATEAURAYNAUD Francis et TORNY Didier, « Les sombres précurseurs : une sociologie pragmatique de l'alerte et du risque », 1999.

Châtel Vivianne et Soulet Marc-Henry (dir.), *Agir en situation de vulnérabilité*, Sainte-Foy, Québec, Canada, Presses de l'université Laval, 2003.

CHAUVEAU Sophie, *L'Affaire du sang contaminé (1983-2003)*, Paris, Les Belles Lettres, 2011.

CHAUVENET Antoinette, « Guerre et paix en prison », *Cahiers de la sécurité intérieure* (31), 1998, p. 91-109.

CHAUVENET Antoinette, ORLIC Françoise et BENGUIGUI Georges, *Le monde des surveillants de prison*, Paris, Presses universitaires de France, 1994.

CHAUVENET Antoinette, ROSTAING Corinne et ORLIC Françoise, *La violence carcérale en question*, 1 vol., Paris, Presses universitaires de France, 2008.

CHEMLAL Khadoudja *et al.*, « Offre de soins en milieu carcéral en France : infection par le VIH et les hépatites. Enquête Prévacar, 2010 », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* (10-11), 2012.

CHIRON E *et al.*, « Prévalence de l'infection par le VIH et le virus de l'hépatite C chez les personnes détenues en France. Résultats de l'enquête Prévacar 2010 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2013, p. 35–36.

CLEAR Todd R., *Imprisoning communities : How mass incarceration makes disadvantaged neighborhoods worse*, New York, Oxford University Press, 2009.

CLEMMER Donald, *The prison community*, New York, Rinehart, 1958.

COHÉRIS SPAD, *Spad 7.0 Guide du data miner*, Paris, Cohéris Spad, 2007.

COLLECTIF, « Sida et Prison : la double peine », *Transversal (Sidaction)*, 2010, 34 p.

COMAROFF Jean et COMAROFF John L., « Theory from the South : Or, how Euro-America is Evolving Toward Africa », *Anthropological Forum* 22 (2), 2012, p. 113-131.

COMBESSIE Philippe, « À quels espaces assigner les condamnés ? Quels espaces observer ? », *Espaces et société* 3 (162), 2015, p. 167-174.

COMBESSIE Philippe, *Prisons des villes et des campagnes : étude d'écologie sociale*, Paris, Editions de l'Atelier, 1996.

COMBESSIE Philippe, *Sociologie de la Prison*, Paris, La Découverte, 2004.

COMFORT Megan *et al.*, « "You can't do nothing in this damn place' : Sex and intimacy among couples with an incarcerated male partner », *Journal of sex research* 42 (1), 2005, p. 3–12.

COMFORT Megan *et al.*, « Reducing HIV risk among women visiting their incarcerated male partners », *Criminal justice and behavior* 27 (1), 2000, p. 57–71.

COMFORT Megan *et al.*, « Sexual HIV risk among male parolees and their female partners : the Relate Project », *Journal of health disparities research and practice* 7 (6), 2014, p. 26-53.

COMFORT Megan, « "It was basically college to us" : Poverty, prison, and emerging adulthood », *Journal of poverty* 16 (3), 2012, p. 308–322.

COMFORT Megan, « Punishment beyond the legal offender », *Annual review of law and social science* 3, 2007, p. 271–296.

COMFORT Megan, « The Best Seven Years I Could'a Done' : The Reconstruction of Imprisonment as Rehabilitation by Former Prisoners and Their Partners », *in* CARLEN Pat (dir.), *Imaginary Penalities*, London, Routledge, 2008, p. 252 - 274.

COMFORT Megan, *Doing time together : Love and family in the shadow of the prison*, Chicago, University of Chicago Press, 2007.

CONNELL R. W., *Masculinities*, Oakland, University of California Press, 1995.

COPPEL Anne, « Peut-on sortie de la toxicomanie ? », *in Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques*, Paris, France, La Découverte, 2002, p. 212-227.

COPPEL Anne, *Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques.*, Paris, La Découverte, 2002.

COSER Rose Laub, « Un chez soi hors de chez soi [1940] », in Herzlich Claudine (dir.), *Médecine, maladie et société*, Paris, Mouton, 1970, p. 63-80.

COURTENAY Will H, « Constructions of masculinity and their influence on men's well-being : a theory of gender and health », *Social science & medicine* 50 (10), 2000, p. 1385–1401.

CRESWELL John W. et CLARK Vicki L. Plano, *Designing and Conducting Mixed Methods Research*, Los Angeles, Sage Publications, 2010.

CREWE Ben, « Not Looking Hard Enough Masculinity, Emotion, and Prison Research », *Qualitative inquiry* 20 (4), 2014, p. 392-403.

CREWE Ben, « Prison drug dealing and the ethnographic lens », *The Howard journal of criminal justice* 45 (4), 2006, p. 347–368.

CRONIER Emmanuelle, *Permissionnaires dans la Grande Guerre*, Paris, Belin littérature et revues, 2013.

CSORDAS T.J., « Embodiment as a Paradigm for Anthropology », *Ethos* 18 (1), 1990, p. 5–47.

CUELLAR Alison Evans et CHEEMA Jehanzeb, « As roughly 700,000 prisoners are released annually, about half will gain health coverage and care under federal laws », *Health affairs (Project Hope)* 31 (5), 2012, p. 931-938.

CUNHA Manuela Ivone, « Le temps suspendu : rythmes et durées dans une prison portugaise », *Terrain* (29), 1997, p. 59-68.

CUNHA Manuela Ivone, « Trajets et dérives autour d'une prison de femmes », *Ethnologie française* (1), 2001, p. 81-87.

CUNHA Manuela Ivone, « Closed circuits Kinship, neighborhood and incarceration in urban Portugal », *Ethnography*, 2008, p. 325-350.

DAMONT Nicolas, *Un ballon dans la tête, socio-ethnographie de l'apprentissage du métier de footballeur*, mémoire de master 2, Paris, EHESS, 2008.

DAP / PMJ / PMJ5, « Séries statistiques des personnes placées sous main de justice 1980-2014 », Paris, Direction de l'Administration Pénitentiaire/Ministère de la Justice, 2014, 73 p.

DARLEY Mathilde, LANCELEVÉE Camille et MICHALON Bénédicte, « Où sont les murs ? Penser l'enfermement en sciences sociales », *Cultures & conflits* (2), 2013, p. 7-20.

DARMON Muriel, « La notion de carrière : un instrument interactionniste d'objectivation », *Politix* (2), 2008, p. 149–167.

DAVEY-ROTHWELL Melissa A. *et al.*, « Norms, attitudes, and sex behaviors among women with incarcerated main partners », *Journal of urban health* 90 (6), 2013, p. 1151-1165.

DAVID Pierre-Marie, GIRARD Gabriel et NGUYEN Vinh-Kim, « Sida et biocapitalisme », *La Vie des idées*, 2015, <http://www.laviedesidees.fr/Sida-et-biocapitalisme.html>, consulté le 20 2015.

DE BLIC Damien et LEMIEUX Cyril, « Le scandale comme épreuve : Éléments de sociologie pragmatique », *Politix* 71 (3), 2005, p. 9.

DE BRUYN Florence et KENSEY Annie, « Durées de détention plus longues, personnes détenues en plus grand nombre (2007-2013) », *Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques* (40), 2014, p. 1-12.

DELARRE Sébastien, « Sur le réécrou : d'un usage du fichier national des détenus - 20 000 anciens écroués observés sur une période de trois ans », *Cahiers d'études pénitentiaires et ciminologiques* (34), 2010, p. 8.

DELARUE Jean-Marie, « Intervention lors de la journée "Santé en prison, entre logique pénale et logique médicale : du détenu malade au malade détenu ?" », Journées nationales des prisons « La santé à l'épreuve de la prison », Paris, 30 2013.

DEMAZIÈRE Didier, « L'entretien biographique comme interaction négociations, contre-interprétations, ajustements de sens », *Langage et société* (1), 2008, p. 15-35.

DÉPLAUDE Marc-Olivier, « Une fiction d'institution : les «besoins de santé» de la population », *in Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, La Découverte, 2009, p. 255-272.

DÉSESQUELLES Aline, « Disability in French Prisons », *Population (english edition)* 60 (1), 2005, p. 65–91.

DÉSESQUELLES Aline et KENSEY Annie, « Les détenus et leur famille : des liens presque toujours maintenus mais parfois très distendus », *Données sociales : La société française*, 2006, p. 59-67.

DÉSESQUELLES Aline, « HID Prisons, leçons d'une enquête particulière », *Courrier des statistiques* (107), 2003, p. 43-49.

DÉSESQUELLES Aline, « Le handicap en milieu carcéral : quelles différences avec la situation en population générale ? », *in Santé et expérience de soins*, Paris, Vuibert Inserm, 2005, p. 125-156.

DÉSESQUELLES Aline, « Self-rated health of french prison inmates : does time spent behind bars matter ? », *Ined - Documents de travail* (179), 2003, 20 p.

DESROSIÈRES Alain, « L'opposition entre deux formes d'enquête : monographie et statistique », *Cahiers du centre d'Etudes de l'emploi* 33, 1989.

DIEDRICH Lisa, « Against compassion. Attending to histories and methods in medial humanities : Or, doing critical medical studies », *Narrative studies « Narrative Matters in Medical Contexts across Disciplines »* 22, 2015, p. 167–182.

DILL LeConté J. *et al.*, « "I Want a Second Chance" : Experiences of African American Fathers in Reentry », *American journal of men's health*, 2015, p. 1557988315569593.

DIRECTION DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE, « Les chiffres clés de l'Administration Pénitentiaire au 1er 2013 », 2013, 16 p.

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES (DRESS) et MOUQUET Marie-Claude, « La santé des personnes entrées en prison en 2003 », *Études et résultats* 386, 2005.

DIXON Peters S. *et al.*, « Infection with the human immunodeficiency virus in prisoners : meeting the health care challenge », *The American journal of medicine* 95 (6), 1993, p. 629–635.

DODIER Nicolas, *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 2003.

DORSETT Diane S, « The trajectory of cancer recovery », *Research and theory for nursing practice* 5 (3), 1991, p. 175–184.

DRAKE Deborah H., EARLE Rod et SLOAN J. (dir.), *The Palgrave Handbook of Prison Ethnography*, Houndmills, Springer, 2016.

DU THÉ Guy et PERREY Christophe, *Le souple et le dur. Les sciences humaines au secours des sciences biomédicales*, Paris, CNRS Editions, 2009.

DUBAR Claude, « La conversion identitaire : un paradigme sociologique? », in Soulet Marc-Henry (dir.), *Changer de vie : un problème social*, 1 vol., Fribourg, Academic press, 2011, p. 15-28.

DUBAR Claude, « Trajectoires sociales et formes identitaires. Clarifications conceptuelles et méthodologiques », *Sociétés contemporaines* 29 (1), 1998, p. 73-85.

DUBET François, *La galère jeunes en survie*, Paris, Fayard, 1987.

DUBET François, *Sociologie de l'expérience*, Paris, Seuil, 1994.

DUBOIS Vincent, « État social actif et contrôle des chômeurs : un tournant rigoriste entre tendances européennes et logiques nationales », *Politique européenne* 21 (1), 2007, p. 73.

DUBOIS Vincent, « Ethnographier l'action publique : Les transformations de l'État social au prisme de l'enquête de terrain », *Gouvernement et action publique* 1 (1), 2012, 83 p.

DUBOIS Vincent, « Politiques au guichet, politique du guichet », in Borraz Olivier et Giraudon Virginie (dir.), *Politiques publiques* 2, Paris, Presses de Sciences Po, 2012.

DUBURQ Anne *et al.*, « Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral », Bourg-la-Reine, Cemka-Eval, 2004, 283 p.

DUMONT Dora M. *et al.*, « Jails as Public Health Partners : Incarceration and Disparities Among Medically Underserved Men », *International journal of men's health* 12 (3), 2013, p. 213-227.

DUMONT Dora M. *et al.*, « Public health and the epidemic of incarceration », *Annual review of public health* 33, 2012, p. 325-339.

DUPRAT-KUSHTANINA Veronika, *La grand-parentalité au prisme du care : une étude comparative des figures sexuées et temporelle (France - Russie)*, thèse de doctorat, Paris, EHESS, 2013.

DUVAL Julien, « L'analyse des correspondances et la construction des champs », *Actes de la recherche en sciences sociales* 200 (5), 2013, p. 110-123.

DUVOUX Nicolas, *L'autonomie des assistés : sociologie des politiques d'insertion*, 1 vol., Paris, Presses universitaires de France, 2009.

DUVOUX Nicolas, *L'injonction à l'autonomie : l'expérience vécue des politiques d'insertion*, thèse de doctorat, France, École doctorale de l'École des hautes études en sciences sociales, 2008.

EARLE Rod, « Insider and Out. Making sense of a prison experience and a research experience », *Qualitative inquiry* 20 (4), 2014, p. 429-438.

ENEL Catherine, MINELLO Anne et HILLON Patrick, « [Improving compliance with hepatitis C] », *Soins* (780), 2013.

ENGELMANN Lukas et KEHR Janina, « Double trouble ? Toward an epistemology of co-infection », *Medical anthropology theory* 2 (1), 2015, 31 p.

ENGELMANN Lukas et KEHR Janina, « TB/HIV : Distinct Histories, Entangled Futures. Towards an Epistemology of Co-infection », *Somatosphere*, 2014.

EUROPEAN AIDS TREATMENT GROUP, « Report : Hepatitis C in Eastern Europe and Central Asia : Epidemic and Response », Bruxelles, EATG, 2015, <http://www.eatg.org/?module=download&action=list&file=502&p=172135>, consulté le 7 2016.

EVANS Tony et WALLACE Patti, « A Prison within a prison? The Masculinity Narratives of Male Prisoners », *Men and masculinities* 10 (4), 2008, p. 484-507.

EXPERTISE COLLECTIVE, *Hépatite C. Transmission nosocomiale, état de santé et devenir des personnes atteintes*, Paris, 2003.

FAC Catherine, « [Prison and the elderly] », *Soins. Gérontologie* (88), 2011.

FAGES-PUECH Virginie, *La continuité des soins à la sortie du milieu carcéral : étude de la communication entre l'unité de consultations et des soins ambulatoires (UCSA) de la maison d'arrêt de Béziers et les médecins généralistes de l'ouest de l'Hérault*, thèse d'exercice, Faculté de médecine, Université de Montpellier 1, 2010.

FARGES Éric, « La sanitarisation du social : les professionnels et l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire », *Lien social et Politiques* (55), 2006, p. 99-112.

FARMER P. *et al.*, « An Anthropology of Structural Violence 1 », *Current anthropology* 45 (3), 2004, p. 305–325.

FARMER Paul *et al.* (dir.), *Reimagining Global Health*, Oakland, University of California Press, 2015.

FARMER Paul, « The global AIDS response can help in fighting hepatitis C », *The Washington Post*, 12 2014, <https://www.washingtonpost.com/opinions/the-global-aids-response-can-help-in-fighting-hepatitis-c/2014/02/12/aa76ecc2-89e3-11e3-833c-33098f9e5267_story.html>, consulté le 24 2015.

FASSIN Didier et FASSIN Eric (dir.), *De la question sociale à la question raciale ? : représenter la société française*, Paris, La Découverte, 2006.

FASSIN Didier et HAURAY Boris (dir.), *Santé publique : l'état des savoirs*, Paris, La Découverte, 2010.

FASSIN Didier et MEMMI Dominique, « Introduction », *in* FASSIN Didier et MEMMI Dominique (dir.), *Le gouvernement des corps*, Paris, Editions de l'EHESS, 2004.

FASSIN Didier, « Au coeur de la cité salubre. La santé publique entre les mots et les choses », *in* DOZON, JEAN-PIERRE et FASSIN Didier (dir.), *Critique de la santé publique : une approche anthropologique*, Paris, Balland, 2001, p. 47-62.

FASSIN Didier, « L'anthropologie entre engagement et distanciation. Essai de sociologie des recherches en sciences sociales sur le sida en Afrique », *Vivre et penser le sida en Afrique*, 1999, p. 41–66.

FASSIN Didier, *Des maux indicibles : Sociologie des lieux d'écoute*, Paris, La Découverte, 2004.

FASSIN Didier, *L'ombre du monde : Une anthropologie de la condition carcérale*, Paris, Seuil, 2015.

FASULA Amy M. *et al.*, « Project power : Adapting an evidence-based HIV/STI prevention intervention for incarcerated women », *AIDS education and prevention : official publication of the International Society for AIDS Education* 25 (3), 2013, p. 203-215.

FAUGERON Claude, CHAUVENET Antoinette et COMBESSIE Philippe, *Approches de la prison*, Bruxelles-Ottawa-Montréal, Ed. de Boeck, 1996.

FERNANDEZ Fabrice, « «Responsables de quoi?» », *in* FASSIN Didier (dir.), *Economies morales contemporaines*, Paris, 2012, p. 355–376.

FERNANDEZ Fabrice, « Contrôler la toxicomanie en maison d'arrêt : punir pour mieux soigner. », *Sociologie santé* (27), 2007, p. 173-192.

FERNANDEZ Fabrice, « Du « corps otage » au « corps mémoire » : les actes d'automutilation en prison chez les usagers de drogues et leurs mises en récits », *Face à face. Regards sur la santé* (5), 2003.

FERNANDEZ Fabrice, *Emprises. Drogues, errance, prison : figures d'une expérience totale*, Bruxelles, Larcier, 2010.

FERNANDEZ Fabrice, LÉZÉ Samuel et MARCHE Hélène, « Voilement et dévoilement des émotions sur les terrains de la santé : du rapport de sens au rapport de force », *Face à face. Regards sur la santé* (9), 2006.

FERNANDEZ Fabrice, *Usages et usagers de drogues dans les mondes de l'errance urbaine et de la prison : une « expérience totale » ? Sociologie du sens endogène des pratiques de consommation de produits toxiques associées à des prises de risques pour la santé*, thèse de doctorat, Toulouse, Université Toulouse Le Mirail, 2007.

FERREOL Sophie et LOMBRAIL Pierre, « Interprétation d'un enquête épidémiologique », *La Revue du praticien* (55), 2005, p. 759-764.

FILLIEULE Olivier, « Post scriptum : Propositions pour une analyse processuelle de l'engagement individuel », *Revue française de science politique* 51 (1), 2001, p. 199-215.

FNARS, « Enquête SIAO-Justice », Paris, Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale, 2015, <http://www.fnars.org/images/stories/2_les_actions/accueil_et_hebergement/actualit%C3%A9s/EnqueteSIAO-justice.pdf>.

FONTANA Robert J. et KRONFOL Ziad, « The patient's perspective in hepatitis C », *Hepatology* 39 (4), 2004, p. 903-905.

FORMAN L. *et al.*, « The impact of diagnosis of hepatitis C virus on quality of life », *Hepatology* 31 (4),2000, p. 1029-1030.

FOUCAULT Michel, *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1975.

FRASER Suzanne et SEEAR Kate, *Making disease, making citizens : The politics of hepatitis C*, Farnham, Ashgate Publishing, Ltd., 2011.

FREIDSON Eliot, *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984.

FU Jeannia J. *et al.*, « Understanding the revolving door : Individual and structural-level predictors of recidivism among individuals with HIV leaving jail », *AIDS and behavior* 17, 2013, p. S145-S155.

GALATI Catherine, « Description d'une formation en milieu carcéral innovante : L'unité de preparation à la sortie de la Maison d'Arrêt de Strasbourg », *Analise psicologica* 3, 2002, p. 7-31.

GALBIATI Roberto et PHILIPPE Arnaud, « Enfermez-les tous ! Dissuasion et effets pervers des politiques répressives », *Regards croisés sur l'économie* (1), 2014, p. 44-57.

GALINIER-PUJOL A. *et al.*, « La sexualité aux temps du sida en population vulnérable : éléments d'une enquête auprès de détenus. », *Population* 56 (6), 2001, p. 1011-1041.

GANDON Virginie, Gimel Josué et Micheau Julie, « Etude sur les dispositifs d'hébergement crées dans le champ du VIH et accueillant des personnes atteintes du VIH/Sida ou d'une autre pathologie chronique lourde et en état de fragilité psychologique et/ou sociale », Paris, Direction Générale de la Santé, 2010, p. 173.

GARDELLA Edouard, « L'urgence comme chronopolitique. Le cas de l'hébergement des sans-abri », *Temporalités* (19), 2014.

Gardella Edouard, « L'urgence comme chronopolitique. Le cas de l'hébergement des sans-abri », *Temporalités* (19), 2014.

GARDELLA Edouard, *L'urgence sociale comme chronopolitique. Temporalités et justice sociale de l'assistance aux personnes sans-abri en France depuis les années 1980*, thèse de doctorat, Cachan, Ecole normale supérieure, École doctorale Sciences pratiques (Cachan, Val-de-Marne), 11 2014.

GARFINKEL Harold, « «Passer» ou l'accomplissement du statut sexuel chez une personne «intersexuée» », *Recherches en ethnométhodologie*, Paris, Presses Universitaires de France , 2007.

GAUTIER Arnaud, JESTIN Christine et JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, « Perception et connaissances des hépatites virales : résultats de l'enquête Nicolle, France, 2006 », *Bull epidemiol hebd* 20 (21), 2009, p. 208–211.

GELLY Maud, « Dépistage ciblé, dépistage généralisé », *La Vie des idées*, 2014, <http://www.laviedesidees.fr/Depistage-cible-depistage.html>, consulté le 24 2014.

GILBERT Claude et HENRY Emmanuel, « Introduction. Lire l'action publique au prisme des processus de définition des problèmes », *in Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, La Découverte, 2009.

GIROLA Claudia Maria, *De l'homme liminaire à la personne sociale : la lutte quotidienne des sans-abris*, Paris, Ecole des Hautes Etudes en Sociales, 2007.

GODARD Francis et CONINCK Frédéric de, « L'approche biographique à l'épreuve de l'interprétation. Les formes temporelles de la causalité », *Revue française de sociologie* 31 (1), 1990, p. 23-53.

GODIN-BLANDEAU Elodie, VERDOT Charlotte et DEVELAY Aude-Emmanuelle, « La santé des personnes détenues en France et à l'étranger : une revue de la littérature », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2013, p. 35–36.

GOFFMAN Erving, *Asylums*, Garden City, New York, Anchor Bay Doubleday and Company, Inc., 1961.

GOLLAC Michel, « Des chiffres insensés? Pourquoi et comment on donne un sens aux données statistiques », *Revue française de sociologie* 38 (1), 1997, p. 5-36.

GONIN Daniel, *La santé incarcérée, Médecine et conditions de vie en détention*, Paris, L'Archipel, 1991.

GUILBAUD Fabrice, « Le travail pénitentiaire : sens et articulation des temps vécus des travailleurs incarcérés », *Revue française de sociologie* 49 (4), 2009, p. 763-791.

GUILLONEAU Maud, Kensey Annie et Mazuet Philippe, « Enquête socioéconomique sur les sortants de prison », *Cahiers de démographie pénitentiaire* 5, 1997, p. 1-4.

HACKING Ian, *The Social Construction of What ?* Cambridge, Mass., Harvard University Press, 2000.

HAGAN John et DINOVITZER Ronit, « Collateral Consequences of Imprisonment for Children, Communities, and Prisoners », *Crime and justice* 26, 1999, p. 121-162.

HAGÈGE Meoïn, « Séance 4 "Malades mentaux : comment éviter la prison?", Thomas Bossetti », *Sciences sociales et prison*, 2016, <http://prison.hypotheses.org/225>, consulté le 5 2016.

HAGÈGE Meoïn, *Parcours de Soins de sortants de Prison atteints du VIH-Sida et/ou d'Hépatites Virales en Ile de France*, mémoire de master 2, Paris, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales/Linköping University, 2010.

HAMMETT Theodore M., HARMON Mary Patricia et RHODES William, « The burden of infectious disease among inmates of and releasees from US correctional facilities, 1997 », *American journal of public health* 92 (11), 2002, p. 1789-1794.

HAMON François, *Devenir infirmier en milieu carcéral*, Paris, Masson, 1999.

HARRIS Magdalena et RHODES Tim, « Hepatitis C treatment access and uptake for people who inject drugs : a review mapping the role of social factors », *Harm reduction journal* 10, 2013,7 p.

HARTWELL Stephanie W. *et al.*, « Harmonizing databases? Developing a quasi-experimental design to evaluate a public mental health re-entry program », *Evaluation and program planning* 35 (4), 2012, p. 461-472.

HAURI Anja M, ARMSTRONG Gregory L et HUTIN Yvan J F, « The global burden of disease attributable to contaminated injections given in health care settings », *International journal of STD & AIDS* 15 (1), 2004, p. 7-16.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, « Des parcours de soins pour un système de santé plus efficient. Lettre d'information de la Haute Autorité de santé • n° 36 », *Webzine de l'HAS*, 2013, <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1616095/fr/des-parcours-de-soins-pour-un-systeme-de-sante-plus-efficient>, consulté le 22 2013

HENRY Emmanuel, « Rapports de force et espaces de circulation de discours », *in Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, La Découverte, 2009, p. 155-174.

HERZLICH Claudine et ADAM Philippe, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Armand Colin, 2007.

HERZLICH Claudine, « Vingt ans après… l'évolution d'une épidémie », *Études* (2), 2002, p. 185–196.

HOPWOOD Max et SOUTHGATE Erica, « Living with hepatitis C : a sociological review », *Critical public health* 13 (3), 2003, p. 251–267.

HOPWOOD Max, « Recovery from hepatitis C treatments », Sydney, National Center in HIV social research, University of New South Wales, 2009, 29 p.

HOUYEZ Anne-Cécile, « Mobilités et accès aux soins des migrants en France », *Geoconfluences*, 2012, <http://geoconfluences.ens-lyon.fr/doc/transv/sante/SanteScient4.htm>, consulté le 14 2012.

HUDEBINE Hervé, « L'impact des héritages et des sensibilités sur les politiques de la drogue », *in* DOZON Jean-Pierre et FASSIN Didier (dir), *Critique de la santé publique : une approche anthropologique*, Paris, Ed. Balland, 2001, p. 145-159.

HUGHES Everett C., « Institutional Office and the Person », *American journal of sociology* 43 (3), 1937, p. 404-413.

HUNTER Mark, « The materiality of everyday sex : thinking beyond 'prostitution' », *African studies* 61 (1), 2002, p. 99–120.

INCIARDI James A. *et al.*, « An Effective Model of Prison-Based Treatment for Drug-Involved Offenders », *Journal of drug issues* 27 (2), 1997, p. 261-278.

INTERNATIONAL CENTRE FOR COMPARATIVE CRIMINOLOGICAL RESEARCH, Resisting the Eclipse : An International Symposium on Prison Ethnography, Open University, Milton Keynes, 2012, <http://www.open.ac.uk/icccr/events/prison-ethnography/>, consulté le 14 2014.

IZAMBERT Caroline, « Sida et immigration : quelles luttes pour quels droits ? », *La Vie des idées*, 2014.

JACQUA Laurent, « Vue sur la prison », *L'Obs blogs*, 2015, <http://laurent-jacqua.blogs.nouvelobs.com/>, consulté le 7 2016.

JACQUA Laurent, *J'ai mis le feu à la prison*, Paris, JC Gawsewitch, 2010.

JAEGER Marcel et MONCEAU Madeleine, *La consommation des médicaments psychotropes en prison*, Ramonville-Saint-Agne, Eres, 1996.

JAMES Doris et GLAZE Lauren E., « Mental Health Problems of Prison and Jail Inmates », *Bulletin of the Bureau of Justice Statistics, US Department of Justice*, 2006, 2006 p. 1-11

JANES Craig R. et CORBETT Kitty K., « Anthropology and Global Health », *Annual review of anthropology* 38 (1), 2009, p. 167-183.

JAUFFRET-ROUSTIDE Marie *et al.*, « Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004 », *Bulletin epidémiologique hebdomadaire* 33, 2006, p. 244–7.

JEWKES Yvonne, « An Introduction to "Doing Prison Research Differently" », *Qualitative inquiry* 20 (4), 2014, p. 387-391.

JEWKES Yvonne, « Autoethnography and Emotion as Intellectual Resources Doing Prison Research Differently », *Qualitative inquiry* 18 (1), 2012, p. 63–75.

JOBARD Fabien et Névanen Sophie, « La couleur du jugement », *Revue française de* sociologie 48 (2), 2007, p. 243-272.

JOBARD Fabien, « Le gibier de police immuable ou changeant ? », *Archives de politique criminelle* (32), 2010, p. 93-105.

JOËL Myriam, *La sexualité en prison de femmes*, thèse de doctorat, Nanterre, France, Ecole doctorale Economie, organisations, société, 2012.

JOHANNÈS Franck, « Malades en prison : la colère du médecin de Fresnes », *Le Monde*, 2013.

KANOUI-MEBAZAA Valérie et VALANTIN Marc-Antoine, *« La santé en prison », Les Tribunes de la santé 4 (17), 2007, p. 97-103* KATZ Jack, « A Theory of Qualitative Methodology : The Social System of Analytic Fieldwork », *Méthod(e)s : African review of social sciences methodology* 1 (1-2), 2015, p. 131-146.

KAZEMIAN Lila et FARRINGTON David P., « Recherches sur les sorties de délinquance : quelques limites et questions non résolues », *in* MOHAMMED Marwan (dir.), *Les sorties de délinquance : Théories, méthodes, enquêtes*, Paris, La Découverte, 2012, p. 61-88.

KEHR Janina, « Against Sick States : Ebola Protests in Austerity Spain », *Somatosphere*, 2014.

KEHR Janina, « The Precariousness of Public Health : On Tuberculosis Control in Contemporary France », *Medical anthropology*, 2015.

KENSEY Annie et BENAOUDA Abdelmalik, « Les risques de récidive des sortants de prison. Une nouvelle évaluation », *Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques* (36), 2011.

KENSEY Annie et BENAOUDA Abdelmalik, « Les risques de récidive des sortants de prison. Une nouvelle évaluation », Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques (36), 2011, p. 8.

KENSEY Annie, « Quelques considérations sur les récidives », *Espaces et sociétés* (3), 2015, p. 175-180.

KENSEY Annie, *Prison et récidive*, Paris, France, A. Colin, 2007.

KHODJA Djamel, « Soigner en prison », *in Traité de bioéthique*, Paris, ERES, 2010, 268 p.

KICKBUSCH Ilona, « The move towards a new public health », *Promotion & Education* 14, 2007, p. 9-9.

KINNER Stuart A. et WANG Emily A., « The case for improving the health of ex-prisoners », *American journal of public health* 104 (8), 2014, p. 1352-1355.

KLEINMAN Arthur, DAS Veena et LOCK Margaret M., *Social Suffering*, Oakland, University of California Press, 1997.

KOESTER Kimberly A. *et al.*, « Patient navigation facilitates medical and social services engagement among HIV-infected individuals leaving jail and returning to the community », *AIDS patient care and STDs* 28 (2), 2014, p. 82-90.

KRIEGER Nancy, « Epidemiology and the web of causation : has anyone seen the spider ? », *Social science & medicine* 39 (7), 1994, p. 887-903.

KUESTER Landon, « Degradation citizenship : the lived experience of incarceration and return to the public community in a U.S. setting », in, Melbourne, 2014.

LACHENAL Guillaume, « Quand la médecine coloniale laisse des traces. L'épidémie iatrogène de virus de l'hépatite C en Afrique centrale », *Les Tribunes de la santé* (4), 2012, p. 59-66.

LAÉ Jean-François et MURARD Numa, *Les récits du malheur*, Paris, Descartes et Cie, 1995.

LAGARRIGUE Aude, « Le médecin face aux conflits éthiques en prison », *in Traité de bioéthique*, Paris, ERES, 2010, 257 p.

LAMB H. Richard et WEINBERGER Linda E., « Decarceration of U.S. jails and prisons : where will persons with serious mental illness go? », *The Journal of the American academy of psychiatry and the law* 42 (4), 2014, p. 489-494.

LANGLOIS Emmanuel, L'épreuve du sida : Pour une sociologie du sujet fragile, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2015.

LARCHER Pierre, BARBIER Christine et BOUILLE AMBROSINI Isabelle, « De l'entrée à la levée d'écrou », *Gestions hospitalières* (506), 2011, p. 344-6.

LARMINAT Xavier de, *Hors des murs. L'exécution des peines en milieu ouvert*, Paris, Presses Universitaires de France, 2014.

LAROUCHE Annie, « L'expérience carcérale dans le parcours des jeunes de la rue à Montréal », *Champ pénal*, 2009.

LARREY Dominique, « Un exemple d'éducation thérapeutique par une infirmière sur l'observance et l'efficacité du traitement par bithérapie peg-interferon alpha2-ribavirine dans l'hépatite chronique C : protocole PEGOBS2012 », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* 29-30, 2012. p. 350-353

LARSEN Christine *et al.*, « Gaining greater insight into HCV emergence in HIV-infected men who have sex with men : the HEPAIG Study », *PloS One* 6 (12), 2011, p. e29322.

LARSEN Christine *et al.*, « Prévalence des co-infections par les virus des hépatites B et C dans la population VIH+, France, 2004 », *Bulletin epidémiologique hebdomadaire* 23, 2005, p. 109–12.

LASCOUMES Pierre, « Ruptures politiques et politiques pénitentiaires, analyse comparative des dynamiques de changement institutionnel », *Déviance et société* 30 (3), 2006, p. 405-419.

LAURENT Samuel, « Les prisons françaises, une crise qui perdure [Pourquoi les prisons sont au bord de l'explosion] », *Le Monde.fr*, 29 2015, <http://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2015/10/29/pourquoi-les-prisons-sont-au-bord-de-l-explosion_4799691_4355770.html>, consulté le 30 2015.

LAUSERIE Evelyne et MARMIN Gilles, « Soigner en milieu carcéral - l'UCSA de Fresnes », support de présentation, 2009.

LAVANCHY D., « Evolving epidemiology of hepatitis C virus », *Clinical Microbiology and Infection* 17 (2), 2011, p. 107-115.

LE GOAZIOUVéronique, *Sortir de prison sans y retourner. Parcours de réinsertions réussies*, 2014.

LE MARCIS Frédéric, « Everyday prison governance in Abidjan, Ivory Coast », *Prison service journal (Centre for crime and justice studies)* (212), 2014, p. 11–16.

LE MARCIS Frédéric, « Santé et économie de la valeur en prison : enseignement du programme VIH/TB de la MACA », 7e conférence internationale francophone VIH/Hépatites (AfraVIH), Montpellier, 2014.

LE PEN Claude, « Sovaldi : le prix des médicaments n'est pas le seul critère », *Le Monde.fr*, 15 2014, <http://www.lemonde.fr/idees/article/2014/10/15/sovaldi-le-prix-des-medicaments-n-est-pas-le-seul-critere_4506583_3232.html>, consulté le 8 2015.

LE PORT Gildas, *Mesures de prévention sanitaire et de préparation à la sortie en milieu carcéral : recommandations nationales, actions à la maison d'arrêt de Gradignan*, thèse d'exercice, Bordeaux, Université de Bordeaux, 1998.

LECHEVALLIER Yves, « Actualités et perspectives - Table ronde », Politique de santé des personnes placées sous main de justice : actualité et perspectives, Ministère chargé de la santé, Paris, 26 2012.

LECHIEN Marie-Hélène, « L'impensé d'une réforme pénitentiaire », *Actes de la recherche en sciences sociales* 136-137 (1), 2001, p. 15-26.

LÉCU Anne, *La Prison, un lieu de soin ?*, 1re édition, Paris, Les Belles Lettres, 2012.

LEE Joshua D. *et al.*, « Opioid treatment at release from jail using extended-release naltrexone : a pilot proof-of-concept randomized effectiveness trial », *Addiction*, 2015, p. 1008-1014.

LEIBING Annette, « The hidden side of the moon, or, "lifting out" in ethnographies », *in* MCLEAN Athena et LEIBING Annette (dir.), *The shadow side of fieldwork : Exploring the blurred borders between ethnography and life*, Chichester, John Wiley & Sons, 2008, p. 138-157.

LEMERCIER Claire et OLLIVIER Carine, « Décrire et compter. Du bricolage à l'innovation, questions de méthode », *Terrains & travaux* (19), 2011, p. 5-16.

LEMERCIER Claire et ZALC Claire, *Méthodes quantitatives pour l'historien*, Paris, La Découverte, 2008.

LEMERCIER Claire, OLLIVIER Carine et ZALC Claire, « Articuler les approches qualitatives et quantitatives. Plaidoyer pour un bricolage raisonné », *in* HUNSMANN Moritz et KAPP Sébastien (dir.), *Devenir chercheur : Ecrire une thèse en sciences sociales*, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 2013, p. 125-144.

LEMOINE Diane, *Influences du milieu carcéral sur l'adhésion de détenus séropositifs aux thérapies anti-V.I.H.*, thèse de doctorat, Paris, France, École des hautes études en sciences sociales, 2004.

LHUILLIER Dominique, « Comment se soigner en milieu carcéral ? Santé, soins et emprise carcérale », *Santé et expérience de soins*, Paris, Vuibert Inserm, 2005, p. 111-124.

LIEBLING Alison, « Doing Research in Prison : Breaking the Silence ? », *Theoretical criminology* 3 (2), 1999, p. 147-173.

LIEBLING Alison, « Thrown In or Drawn In? On sinking and swimming in prison research and ethnography », *Resisting the eclipse : An international symposium on prison ethnography*, Open University, Milton Keynes, 2012.

LIEBLING Alison, « Whose Side are We on ? Theory, Practice and Allegiances in Prisons Research », *British journal of criminology* 41 (3), 2001, p. 472-484.

LIEBLING Alison, PRICE David et ELLIOTT Charles, « Appreciative Inquiry and Relationships in Prison », *Punishment & society* 1 (1), 1999, p. 71-98.

LONDEIX Pauline, « Nouveaux traitements de l'hépatite C : stratégies pour atteindre l'accès universel », Paris, Médecins du Monde, 2014, 21 p.

LOVELL Anne et FERONI Isabelle, « Sida-toxicomanie. Un objet hybride de la nouvelle santé publique », *in* FASSIN Didier (dir.), *Les figures urbaines de la santé publique : enquête sur des expériences locales*, Paris, La Découverte, 1998, p. 203-238.

LOVELL Anne, « Ordonner les risques, l'individu et le pharmaco-sociatif face à l'injection de drogues », *in* HAURAY Boris et FASSIN Didier (dir), *Critique de la santé publique, une approche anthropologique*, Paris, Ed. Balland, 2001, p. 340-341.

MACGOWAN Robin J. *et al.*, « Predictors of risky sex of young men after release from prison », *International journal of STD & AIDS* 14 (8), 2003, p. 519–523.

MAHE Noémie, « La sortie de prison », in *Le champ de la prévention de la récidive dans sa dimension multi-partenariale et interinstitutionnelle en Charente-Maritime : étude locale et perspectives comparatistes*, La Rochelle, Mission de recherche Droit & justice, 2014, p. 175-212.

MAHI Lara, « De(s) patients détenus. Se soigner dans un environnement contraignant », *Anthropologie & santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 2015.

MAHI Lara, « Du box des accusés à la cellule pénitentiaire : logiques sociales de l'enfermement carcéral des malades », Séminaire du laboratoire d'analyses socio-anthropologiques du contemporain- Université Paris 10 Nanterre, 2012.

MAHI Lara, « Une sanitarisation du pénal ? La mobilisation de la maladie dans des procès pénaux », *Revue française de sociologie* 56 (4), 2015, p. 697-733.

MAHONEY Megan, BIEN Melanie et COMFORT Megan, « Adaptation of an evidence-based HIV prevention intervention for women with incarcerated partners : expanding to community settings », *AIDS education and prevention* 25 (1), 2013, p. 1-13.

MAIER Katharina, RICCIARDELLI Rose et HANNAH-MOFFAT Kelly, « Vulnerable Masculinities : Constructing and Negotiating Risk in Men's Prisons », http://www.book.dislib.info/b1-other/195832-1-vulnerable-masculinities-constructing-and-negotiating-risk-mens.php, consulté le 15 2015.

MAKAREMI Chowra, « Les «zones de non-droit» : Un dispositif pathétique de la démocratie », *Anthropologie et Sociétés* 32 (3), 2008, p. 81.

MALLIK-KANE Kamala et VISHER Christy, « Health and prisoner reentry : How physical, mental, and substance abuse conditions shape the process of reintegration », Washington, D.C., Urban Institute, 2008, 82 p.

MALOCHET Guillaume, « Dans l'ombre des hommes. La féminisation du personnel de surveillance des prisons pour hommes », *Sociétés contemporaines* (59-60), 2005, p. 199–220.

MANSOUR Reem, *Etat de santé des détenus migrants au centre pénitentiaire Marseille : Premiers constats et recommandations*, mémoire de master 2, Paris, Université Paris Descartes Paris 5 - Faculté des sciences pharmaceutiques, 2013.

MARCELLINI Anne *et al.*, « Itinéraires thérapeutiques dans la société contemporaine », *Corps et culture*, 5, 2000.

MARCUS George E., « Ethnography in/of the World System : The Emergence of Multi-Sited Ethnography », *Annual review of anthropology* 24, 1995, p. 95-117.

MARTUCCELLI Danilo, « Figures de la domination », *Revue française de sociologie* 45 (3), 2004, p. 469-497.

MARTUCCELLI Danilo, « Les deux voies de la notion d'épreuve en sociologie », *Sociologie* 6 (1), 2015, p. 43-60.

MARUSCHAK Laura M., « HIV in Prisons, 2001-2010 », *Bulletin of the Bureau of Justice Statistics, US Department of Justice*, 2012 2015, 12 p.

MASSÉ Raymond, « La santé publique comme projet politique et projet individuel », HOURS Bernard (dir.), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie.*, Paris, Karthala, 2001, p. 41-66.

MASSOGLIA Michael, « Incarceration as exposure : the prison, infectious disease, and other stress-related illnesses », *Journal of health and social behavior* 49 (1), 2008, p. 56–71.

MCINTOSH Peggy, « White privilege : Unpacking the invisible knapsack », *Working paper no.189, Wellesley College*, 1988.

MCKEE Lorna et O'BRIEN Margaret, « Interviewing men : Taking gender seriously », *The public and the private*, 1983, p. 147–161.

MÉDECINS DU MONDE, « Médecins du Monde s'oppose au brevet sur le sofosbuvir », Paris, MdM, 2014, 12 p.

MELLINI Laura, GODENZI Alberto et DE PUY Jacqueline, *Le sida ne se dit pas : analyse des formes de secret autour du VIH/sida*, Paris, Editions L'Harmattan, 2004.

MÉMMI Dominique, « Vers une confession laïque? La nouvelle administration étatique des corps », *Revue française de science politique* (1), 2000, p. 3-20.

MÉNORET Marie, *Les temps du cancer*, Paris, CNRS Editions, 1999.

MEROUEH Fadi, « Traiter le VHC en prison : une initiative salutaire », *in Sortie de prison*, Paris, Sidaction, 2008.

MESSERSCHMIDT James W., « Masculinity, crime and prison », *in Sabo Don (dir.) Prison masculinities*, Philadelphia, Temple University Press, 2001.

MESSU Michel, « L'exclusion : une catégorisation sans objet », *Genèses* 27 (1), 1997, p. 147-161.

MEYER Jaimie P. *et al.*, « Gender disparities in HIV treatment outcomes following release from jail : results from a multicenter study », *American journal of public health* 104 (3), 2014, p. 434-441.

MEYERS Todd et HUNT Nancy Rose, « The art of medicine, the other global south », *The Lancet* (384), 2014, p. 1920-1922.

MICHEL Laurent *et al.*, « Limited access to HIV prevention in French prisons (ANRS PRI2DE) : implications for public health and drug policy », *BMC public health* 11, 2011, 400 p.

MICHEL Laurent, CARRIERI M Patrizia et WODAK Alex, « Harm reduction and equity of access to care for French prisoners : a review », *Harm reduction journal* (5), 2008, 17 p.

MIGLIORINO Roch-Etienne, *Infirmier en milieu carcéral : Accompagner, soigner, réinsérer*, Paris, Elsevier Masson, 2009.

MILLET Mathias et THIN Daniel, *Ruptures scolaires : L'école à l'épreuve de la question sociale*, Paris, P.U.F, 2015.

MILLY Bruno, *Soigner en prison*, Paris, Presses universitaires de France, 2001.

MINISTÈRE DE LA JUSTICE et MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, « Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues », Paris, 2012, 186 p.

MINISTÈRE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES, « La santé en prison : un enjeu de santé publique », *Revue française des affaires sociales*, janvier-mars 1997, no 1.

MOHAMMED Marwan (dir.), « Schémas de sortie de bande : de l'usure de la rue à l'ouverture sociale », MOHAMMED Marwan (dir.), *Les sorties de délinquance : Théories, méthodes, enquêtes*, Paris, La Découverte, 2012, p. 182-209.

MONJARET Anne et PUGEAULT Catherine, *Le sexe de l'enquête, Approches sociologiques et anthropologiques*, Editions ENS, Lyon, 2014.

MONTEIRO Mickaël, *Continuité des soins à la sortie du milieu carcéral : point de vue des médecins intervenant en UCSA de l'inter-région pénitentiaire OUEST*, thèse d'exercice, Faculté de médecine, Université européenne de Bretagne, 2014.

MOREAU François, « La santé dans les prisons françaises », *Pouvoirs* (4), 2010, p. 69-86.

MORELLE Marie, « La prison centrale de Yaoundé : l'espace au cœur d'un dispositif de pouvoir », *Annales de géographie* (691), 2013, p. 332-356.

MORLAT Philippe, *Rapport 2013 sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH*, Paris, La Documentation Française, 2013.

MOULIN Anne-Marie, « Defenseless bodies and violent afflictions in a global world. Blood, Iatrogenesis, and Hepatitis C Transmission in Egypt », *in* GILES-VERNICK Tamara et JR James L. A. Webb (dir), *Global Health in Africa : Historical Perspectives on Disease Control*, Athens, Ohio University Press, 2013, p.138-158.

MOUQUET Marie-Claude, « La santé des personnes entrées en prison en 2003 », *Etudes et Statistiques - DREES* (386), 2005.

MOUQUET Marie-Claude, DUMONT Martine et BONNEVIE Marie-Cécile, « La santé à l'entrée en prison : un cumul des facteurs de risque », *Etudes et Résultats* 4, 1999, p. 1-10.

MYKHALOVSKIY Eric et CAIN Roy, « Critical work : Invigorating critical social sciences & humanities research on HIV », *AIDS in Ontario, Report prepared for the Ontario HIV Treatment Network*, 2008.

NDIAYE Pap, *La condition noire : Essai sur une minorité française*, Paris, Calmann-Lévy, 2008.

NICHTER Mark et VUCKOVIC Nancy, « Agenda for an Anthropology of Pharmaceutical Practice », *Social science & medicine* 39 (11), 1994, p. 1509-1525.

NILSEN Ann et BRANNEN Julia, « The use of mixed methods in biographical research », *in* TASHAKKORI Abbas et TEDDLIE Charles (dir.), *Sage handbook of mixed methods in social and behavioral research*, 1 vol., Los Angeles, Sage, 2010, p. 677-696.

NJOUOM Richard, « Epidemiologie moléculaire du VHC en Afrique centrale : états des lieux, impact sur la dynamique de transmission et réponse au traitement antiviral », *Vers un contrôle mondial des hépatites virales*, Institut Pasteur, Paris, 2015.

NYAMATHI Adeline *et al.*, « Understanding correlates of hepatitis C virus infection among homeless recently paroled men », *Journal of forensic nursing* 9 (3), 2013, p. 161-170.

OBRADOVIC Ivana, « Mesures d'accueil des sortants de prison », Paris, OFDT, 2014, p. 27.

OBRADOVIC Ivana, « Programmes d'échange de seringues en milieu pénitentiaire. Revue internationale des expériences », *Psychotropes* 19 (3), 2014, p. 173–195.

OGIEN Albert, « "S'en sortir". Insertion et toxicomanie », *L'insertion en question (s). Annales de Vaucresson* (32-33), 1990, p. 99-110.

OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, *La rigueur du qualitatif : Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*, Louvain, Editions Academia, (3), 2008,

OUTAGHZAFTE-EL MAGROUTI Fatima, « « Un métier pour les durs. » Entretien avec une chef de Service pénitentiaire », *Travailler* (16), 2006, p. 97-110.

OWEN Barbara A., *In the mix : Struggle and survival in a women's prison*, New York, SUNY Press, 1998.

PARIZOT Isabelle, « La prise en charge des malades démunis : entre univers médical et univers humaniste », *in Repenser la solidarité*, Rennes, Presses Universitaires de France, 2011, p. 747-763.

PARIZOT Isabelle, *Soigner les exclus*, Paris, Presses Universitaires de France, 2003.

PARSONS Talcott, « The professions and social structure », *Social forces* 17 (4), 1939, p. 457–467.

PASSERON Jean-Claude et REVEL Jacques, « Penser par cas. Raisonner à partir de singularités », *Penser par cas*, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 2005.

PASSERON Jean-Claude, « Biographies, flux, itinéraires, trajectoires », *Revue française de sociologie* 31, 1990, p. 3-22.

PAUGAM Serge (dir.), *L'exclusion, l'état des savoirs*, Paris, Ed. La Découverte, 1996.

PAWLOTSKY Jean-Michel, « ANRS - Clinique - Actualités - 3 questions posées à Jean-Michel Pawlotsky », 3 2014, <http://anrs.fr/Hepatites-virales-B-et-C/Clinique/Actualites/3-questions-posees-a-Jean-Michel-Pawlotsky>, consulté le 12 2014.

PERRETI-WATEL Patrick « La vie deux ans après un diagnostic de cancer - De l'annonce à l'après cancer », *Etudes et enquêtes*, Boulogne-Billancourt, Institut National du Cancer, 2014, 456 p.

PETERSILIA Joan, *When Prisoners Come Home : Parole and Prisoner Reentry*, Oxford, Oxford University Press, 2009.

PICHON Pascale et TORCHE Tierry, *S'en sortir : accompagnement sociologique à l'autobiographie d'un ancien sans domicile fixe*, Saint-Etienne, Université de Saint-Etienne, 2011.

PICHON Pascale, « Sortir de la rue : Question de recherche et enjeu d'action », *Le sociographe* 48 (4), 2014.

PICHON Pascale, *Les SDF : Sortir de la Rue. Discontinuités Biographiques et Travail de la Reconversion*, Paris, Puca, 2005.

PIERRET Janine, « An analysis over time (1990–2000) of the experiences of living with HIV », *Social science & medicine* 65 (8), 2007, p. 1595–1605.

PIERRET Janine, *Vivre avec le VIH. Enquête de longue durée auprès de personnes infectées*, Paris, Presses Universitaires de France, 2006.

PIMOR Tristana, *Zonards. Une famille de rue*, Paris, Presses Universitaires de France, 2014.

PIRES Alvaro P, « Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique », dans *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Paris, Gaetan Morin, 1997, p. 113–169.

POL Stanislas, « L'engagement de l'ANRS dans la stratégie globale de lutte intégrée contre les hépatites virales », « Vers un contrôle mondial des hépatites ? » Colloque de la Société de pathologie exotique, Paris, Institut Pasteur, 2015.

POLLAK Michael, « La gestion de l'indicible », *Actes de la recherche en sciences sociales* 62 (1), 1986, p. 30-53.

POLLAK Michael, *L'expérience concentrationnaire : essai sur le maintien de l'identité sociale*, Paris, Métailié, 1990.

POLLAK Michael, *Les homosexuels et le sida : sociologie d'une épidémie*, Paris, Métaillé, 1988.

PORTELLI Serge et CHANEL Marine, *La vie après la peine*, Paris, Grasset, 2014.

POUPART Jean, « L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques », *in La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Paris, Gaetan Morin, 1997, p. 173–209.

PRATI Daniele, « Transmission of hepatitis C virus by blood transfusions and other medical procedures : A global review », *Journal of hepatology* 45 (4), 2006, p. 607-616.

PRÉAU M *et al.*, « Time perspective and quality of life among HIV-infected patients in the context of HAART », *AIDS care* 19 (4), 2007, p. 449–458.

PRUDHOMME Johanne, VERGER Pierre et ROTILY Michel, « Fresnes - Mortalité des sortants. Étude rétrospective de la mortalité des sortants de la maison d'arrêt de Fresnes Second volet de l'évaluation des unités pour sortants (UPS) », Paris, OFDT, 2003, 60 p.

RAMBOURG Cécile, « La féminisation à l'épreuve de la prison », Paris, Rapport pour la Direction de la recherche et de la documentation de l'Ecole nationale de l'administration pénitentiaire, 2013.

RAZAC Olivier, GOURIOU Fabien et SALLE Grégory, « La « prévention de la récidive » ou les conflits de rationalités de la probation française », *Champ pénal*, 9, 2014. http://champpenal.revues.org/8932, consulté le 5 2015

RÉMY André-Jean, « Suivi postcarcéral : du travail... mais peut mieux faire », *in Sortie de prison*, Paris, Sidaction, 2008.

REMY André-Jean, WENGER Hugues et BOUCHKIRA Hakim, « [Treatment of chronic hepatitis C in drug users : ethic, successful and useful] », *Presse Médicale* 43, 2014, p. 1314-1316.

RENISIO Yann et SINTHON Rémi, « L'analyse des correspondances multiples au service de l'enquête de terrain », *Genèses* 97 (4), 2014, p. 109-125.

REYNOLDS WHYTE Susan, VAN DER GEEST Sjaak et HARDON Anita, « An anthropolgy of materia medica », *in The social lives of medicines*, Cambridge, Cambridge University Press, 2002, p. 3-22.

RHODES Lorna A., « Toward an Anthropology of Prisons », *Annual review of anthropology* 30, 2001, p. 65-83.

RHODES Tim *et al.*, « The social structural production of HIV risk among injecting drug users », *Social science & medicine* 61 (5), 2005, p. 1026–1044.

RHODES Tim, HARRIS Magdalena et MARTIN Anthea, « Negotiating access to medical treatment and the making of patient citizenship : the case of hepatitis C treatment », *Sociology of health & illness* 35 (7), 2013, p. 1023-1044.

RICH Josiah D. *et al.*, « Successful linkage of medical care and community services for HIV-positive offenders being released from prison », *Journal of urban health* 78 (2), 2001, p. 279–289.

RICORDEAU Gwénola et MILHAUD Olivier, « Prisons. Espaces du sexe et sexualisation des espaces », *Géographie et cultures* (83), 2012, p. 69–85.

RICORDEAU Gwénola, « Entre dedans et dehors : les parloirs », *Politix* 97 (1), 2012, p. 101-123.

RICORDEAU Gwénola, « La solidarité à l'épreuve de l'incarcération. Une analyse comparative », Paris, Institut des Sciences Humaines Appliquées, Université Paris 4, 2003, p. 242.

RICORDEAU Gwénola, *Les détenus et leurs proches. Solidarités et sentiments à l'ombre des murs*, Paris, Autrement, 2008.

ROBERT Dominique et FRIGON Sylvie, « La santé comme mirage des transformations carcérales », *Déviance et société* (3), 2006, p. 305-322.

RODE Antoine, *Le « non-recours » aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes*, thèse de doctorat, Grenoble, Université de Grenoble / Institut d'études politiques de Grenoble, 2010.

ROINGEARD Philippe, « Hépatite C », *Inserm*, 2015, <http://www.inserm.fr/thematiques/immunologie-inflammation-infectiologie-et-microbiologie/dossiers-d-information/hepatite-c>, consulté le 2 2015.

ROSA Hartmut, *Accélération*, Paris, La Découverte, 2010.

ROSE N. et NOVAS C., « Biological citizenship », *Global assemblages*, 2005, p. 439–463.

ROSTAING Corinne, « A chacun son psy. La diffusion des pratiques psychologiques en prison », *Sociologies pratiques* 17, 2008, p. 81–94.

ROSTAING Corinne, « Ethique des pratiques de santé en milieu pénitentiaire », *La lettre de l'Espace Ethique - APHP* (15-18), 2002, p. 97-99.

ROSTAING Corinne, « L'ordre négocié en prison : ouvrir la boîte noire du processus disciplinaire », *Droit et société* 87 (2), 2014, p. 303-328.

ROSTAING Corinne, « On ne sort pas indemne de prison. Le malaise du chercheur en milieu carcéral. », *in* PAYET Jean-Paul, ROSTAING Corinne et GIULIANI Frédérique (dir), *La relation d'enquête. La sociologie au défi des acteurs faibles.*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2010, p. 23.37.

ROTILY M *et al.*, « Surveillance of HIV infection and related risk behaviour in European prisons. A multicentre pilot study », *European journal of public health* 11 (3), 2001, p. 243-250.

ROWE Abigail, « Situating the Self in Prison Research Power, Identity, and Epistemology », *Qualitative inquiry* 20 (4), 2014, p. 404-416.

SABO Don F., KUPERS Terry Allen et LONDON Willie James, *Prison masculinities*, Philadelphia, Temple University Press, 2001.

SAILLANT Francine *et al.*, « Les discours sur le cancer en contexte clinique moderne : le sens de la mort en question », *Les Cahiers de recherches en sciences de la religion* 6, 1985, p. 143-161.

SAILLANT Francine, « Discours, savoir, expérience du cancer : un récit de vie », *Santé mentale au Québec* 12 (2), 1987, p. 12-31.

SAILLANT Francine, « Le cancer comme symbole de mort : note de recherche », *Anthropologie et sociétés* 6 (3), 1982, p. 91-103.

SAILLANT Francine, *Cancer et culture : produire le sens de la maladie*, Montréal, Éditions Saint-Martin, 1988.

SALLE Grégory, « De la prison dans la ville à la prison-ville », *Politix* 97 (1) 2012, p. 75-98.

SALLE Grégory, *La part d'ombre de l'État de droit : la question carcérale en France et en République fédérale d'Allemagne depuis 1968*, Paris, Editions de l'Ecole des hautes études en sciences sociales, 2009.

SANNIER Olivier, « Approche sanitaire du vieillissement de la population carcérale », *Gestions hospitalières* (506), 2011, p. 355-357.

SCHLAGDENHAUFFEN Régis et RICORDEAU Gwénola (dir.), « Dossier - Sexualités et institutions pénales », *Champ Pénal*, à venir.

SCHNITTKER Jason et JOHN Andrea, « Enduring Stigma : The Long-Term Effects of Incarceration on Health », *Journal of health and social behavior* 48 (2), 2007, p. 115-130.

SCHNITTKER Jason, « The Psychological Dimensions and the Social Consequences of Incarceration », *The ANNALS of the American academy of political and social science* 651 (1), 2014, p. 122-138.

SÉGÉRAL Olivier et HAGÈGE Meoïn, « [Hepatitis C in French prisons] », *Soins ; La revue de référence infirmière* (780), 2013, p. 43-45.

SEMAILLE C. *et al.*, « Prevalence of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus among French prison inmates in 2010 : a challenge for public health policy », *Euro surveillance* 18 (28), 2013.

SEPTFONS Alexandra *et al.*, « Prévalence, morbidité et mortalité associées aux hépatites B et C chroniques dans la population hospitalisée en France, 2004-2011 », *Bulletin epidémiologique hebdomadaire* 12, 2014, p. 202-209.

SETBON Michel, « La normalisation paradoxale du sida », *Revue française de sociologie* 41 (1), 2000, 61 p.

SICOT François, « La maladie mentale, quel objet pour la sociologie ? », *Déviance et société* (2), 2006, p. 203-232.

SIDACTION, *VIH et Prison*, Paris, Sidaction, 2010.

SLOAN Jennifer Anne, *Masculinities and the adult male prison experience*, New York, Palgrave Macmillan, 2016.

SOLOMON Liza *et al.*, « Survey finds that many prisons and jails have room to improve HIV testing and coordination of postrelease treatment », *Health affairs (Project Hope)* 33 (3), 2014, p. 434-442.

SOULET Marc-Henry (dir.), *Vulnérabilité : de la fragilité sociale à l'éthique de la sollicitude*, Fribourg, Suisse, Academic press, 2014.

SOULET Marc-Henry, « La vulnérabilité : un problème social paradoxal », in Châtel Vivianne et Roy Shirley (dir.), *Penser la vulnérabilité : visages de la fragilisation du social*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2008, p. 65-92.

SOULET Marc-Henry, « La vulnérabilité comme catégorie de l'action publique *», Pensée plurielle* (2), 2005, p. 49-59.

SOULET Marc-Henry, « Reconsidérer la vulnérabilité », *Empan* (4), 2005, p. 24–29.

SOULET Marc-Henry, « Une solidarité de responsabilisation », *Le travail social en débat*, 2005, p. 86–103.

SOUTRENON Emmanuel, « Le «questionnaire ethnographique» Réflexions sur une pratique de terrain », *Genèses* 60 (3), 2005, p. 121-137.

STRAUSS Anselm, *La trame de la négociation*, Paris, L'Harmattan, 1992.

SUEUR Christian et ROUAULT Thomas, « Toxicomanes en prison », *Toxibase* 1, 1993, 12 p.

TARANTINI Clément, VERGELYS Chantal et PERETTI-WATEL Patrick, « Pauvreté, «présentisme» et prévention », *Temporalités,* (19), 2014.

TASHAKKORI Abbas et TEDDLIE Charles (dir.), *Sage handbook of mixed methods in social and behavioral research*, 1 vol., Los Angeles, Sage Publications, 2010.

THE GLOBAL FUND, « Global Fund Financing of Hepatitis C Treatment Approved by the Board on 21 November 2014 », *The Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*, 2014, <http://www.theglobalfund.org/Knowledge/Decisions/GF/B32/DP07/>, consulté le 25 2015.

THE LANCET, « Editorial - Hepatitis C : cost of lost opportunities », *The Lancet* 386 (10007), 2015, p. 1917.

THÉBAUD-MONY Annie, « Recherche engagée et rigueur méthodologique. A propos de la recherche sur les cancers professionnels », *in Devenir chercheur. Ecrire une thèse en sciences sociales.*, Paris, Editions de l'EHESS, 2013, p. 315-331.

TINSLEY Melinda *et al.*, « EnhanceLink Overview - 2012 International AIDS Conference », Washington, D.C., 2012, <http://www.enhancelink.org/EnhanceLink/index.html>, consulté le 14 2015

TONRY Michael et PETERSILIA Joan (dir.), *Prisons*, Chicago, University of Chicago Press, 1999.

TORION Nicolas, *Accompagnement médical et social post-carcéral des détenus atteints d'hépatite B, C et/ou d'infection à VIH : résultats d'une enquête nationale de pratiques 2006 sur 83 UCSA*, thèse d'exercice, Faculté de médecine, Université Montpellier 1, 2010.

TOURAUT Caroline, « Entre détenu figé et proches en mouvement, « l'expérience carcérale élargie » : une épreuve de mobilité », *Recherches familiales* 1 (6), 2009, p. 81-88.

TOURAUT Caroline, « Parentalité partagée à distance : rôles parentaux et rapports conjugaux face à l'enfermement », *Champ pénal*, 2014.

TOURAUT Caroline, *L'expérience carcérale élargie. Dynamiques du lien et identités à l'épreuve de l'incarcération d'un proche*, thèse de doctorat, Lyon, Université Lumière Lyon 2, 2009.

Touraut Caroline, *L'expérience carcérale élargie. Dynamiques du lien et identités à l'épreuve de l'incarcération d'un proche*, thèse de doctorat, Lyon, Université Lumière Lyon 2, 2009.

TOURNIER Pierre-Victor, « L'"horreur carcérale". Le retour de la question pénitentiaire », *in* DEMORAND Nicolas et JALLON Hughes (dir.), *L'année des débats : « la suite dans les idées », 2000-2001*, Paris, La Découverte, 2002, p. 69-72.

TREOLAR Carla et RHODES Tim, « The lived experience of hepatitis C and its treatment among injecting drug users : Qualitative synthesis », *Qualitative health research* 19 (9), 2009, p. 1321-1334.

TURNEY Kristin, « The intergenerational consequences of mass incarceration : Implications for children's co-residence and contact with grandparents », *Social forces* 93 (1), 2014, p. 299-327.

UNITAID, « UNITAID approves grants of 160 million », *Unitaid.org*, 2014, <http://www.unitaid.org/en/resources/press-centre/releases/1352-unitaid-approves-grants-of-160-million>, consulté le 14 2015

VAN DER GEEST Sjaak, WHYTE Susan Reynolds et HARDON Anita, « The anthropology of pharmaceuticals : a biographical approach », *Annual review of anthropology*, 1996, p. 153-178.

Van Gennep, *Les rites de passage*, Paris, Picard, 1969.

VARAN Aiden K. *et al.*, « Hepatitis C seroprevalence among prison inmates since 2001 : still high but declining », *Public health reports (Washington, D.C.)* 129 (2), 2014, p. 187-195.

VASSEUR Véronique, *Médecin-chef à la prison de la santé*, Paris, Le Cherche Midi, 2000.

VASSY Carine et KELLER Richard, « Faut-il contrôler les aspects éthiques de la recherche en sciences sociales, et comment ? », *Mouvements* (3), 2008, p. 128–141.

VÉDASTE BANTURIKI Yannick, NGANAWARA Didier et THOMSIN Laurence, « Conceptualisation d'un événement de santé et sa prise en compte dans la collecte des biographies individuelles », *Cahiers québécois de démographie* 35 (2), 2006, 161 p.

VERGER P. *et al.*, « High mortality rates among inmates during the year following their discharge from a French prison », *Journal of Forensic Sciences* 48 (3), 2003, p. 614-616.

VOEGTLI Michael, « Du Jeu dans le Je : ruptures biographiques et travail de mise en cohérence », *Lien social et Politiques* (51), 2004, p. 145-158.

WACQUANT Loïc, « Class, race & hyperincarceration in revanchist America », *Daedalus* 139 (3), 2010, p. 74–90.

WACQUANT Loïc, « Symbiose fatale. Quand ghetto et prison se ressemblent et s'assemblent », *Actes de la recherche en sciences sociales* 139 (1), 2001, p. 31-52.

WACQUANT Loïc, « The curious eclipse of prison ethnography in the age of mass incarceration », *Ethnography* 3 (4), 2002, p. 371-397.

WACQUANT Loïc, *Les prisons de la misère*, Paris, Raisons d'Agir, 1999.

WACQUANT Loïc, *Punir les Pauvres*, Marseille, Agone, 2004.

WAKEFIELD Sara et UGGEN Christopher, « Incarceration and Stratification », *Annual review of sociology* 36 (1), 2010, p. 387-406.

Waller Willard, *The veteran comes home*, New York, The Dryden Press, 1944.

WANG Emily A. *et al.*, « Transitions Clinic : Creating a community-based model of health care for recently released California prisoners », *Public health reports* 125 (2), 2010, p. 171-177.

Warin Philippe, « Qu'est-ce que le non-recours aux droits sociaux? », La Vie des idées, 2010, <http://www.laviedesidees.fr/Qu-est-ce-que-le-non-recours-aux.html>, consulté le 21 2015.

WIEVIORKA Michel, « Du concept de sujet à celui de subjectivation/dé-subjectivation », *FMSH-WP*, FSMH, 2012, <https://hal.inria.fr/docs/00/71/78/35/PDF/FMSH-WP-2012-16_Wieviorka.pdf>, consulté le 5 2016, 14 p.

WIKTOR Stefan, « Programme de lutte contre les hépatites virales de l'Organisation Mondiale de la Santé », Journée nationale de lutte contre les hépatites virales, Direction de la santé, Paris, 2013, <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan-_CR_colloqueH_patites30_mai_2013_VcorrF.pdf>, consulté le 6 2016

WILDEMAN Christopher, LEE Hedwig et COMFORT Megan, « A new vulnerable population ? The health of female partners of men recently released from prison », *Women's Health Issues : Official Publication of the Jacobs Institute of Women's Health* 23 (6), 2013, p. e335-340.

WORD HEALTH ORGANISATION, « Guidelines for the screening, care and treatment of persons with hepatitis C infection », Genève, World Health Organisation, 2014, <http://www.who.int/hepatitis/publications/hepatitis-c-guidelines/en/>, consulté le 25 2015.

WORLD HEPATITIS ALLIANCE, « Annual report and financial statement », Geneva, World Hepatitis Alliance, 2013.

WORLD HEPATITIS ALLIANCE, « Our Story | World Hepatitis Alliance », *World Hepatitis Alliance*, [s. d.], <http://www.worldhepatitisalliance.org/en/node/49>, consulté le 24 2015.

YÉNI Patrick (dir.), *Rapport 2010 sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH*, Paris, La Documentation Française, 2010.

ZELENEV Alexei *et al.*, « Patterns of homelessness and implications for HIV health after release from jail », *AIDS and behavior* 17 (2), 2013, p. 181-194.

ZLODRE Jakov et FAZEL Seena, « All-cause and external mortality in released prisoners : systematic review and meta-analysis », *American journal of public health* 102 (12), 2012, p. 67-75.

ZOLESIO Emmanuelle, « Distanciation et humour noir : modes de gestion de la mort par les chirurgiens », *in Les soignants et la mort*, Paris, ERES, 2013, 91 p.

« "La prison, un lieu de soins ?", de Anne Lécu - France Culture », 2013, <http://www.franceculture.fr/oeuvre-la-prison-un-lieu-de-soins-de-anne-lecu>, consulté le 7 2015.

« “Safety and Efficacy of the Combination Daclatasvir-Sofosbuvir in HCV Genotype 1-Mono-Infected Patients From the French Observational Cohort ANRS CO22 HEPATHER” A special meeting review edition : Advances in the Treatment of Hepatitis C Virus Infection From EASL 2015 », *Gastroenterology & hepatology* 11, 2015, p. 1-23.

« Actes 2es Rencontres parlementaires sur l’Hépatite C du 27 2014 », Hépatite C, un tournant décisif, Chimie Paris, <http://fr.slideshare.net/soshepatites/actes-journe-parlementaire-hpatite-c-du-26-mai-2014>, consulté le 8 2015.

« Anthropologie et santé mondiale | Collège d’études mondiales | FMSH », <http://www.college-etudesmondiales.org/fr/content/anthropologie-sante-mondiale>, consulté le 4 2015.

« Archive Larousse : Larousse Médical - hépatite virale C - hépatite virale C », <http://www.larousse.fr/archives/medical/page/454#t185282>, consulté le 5 2015.

« Articuler quanti et quali : les résultats du volet qualitatif de l’enquête Trajectoires et origines », Institut national d’études démographiques, Paris, 21 2013.

« Autres données épidémiologiques / Hépatite C / Hépatites virales / Maladies infectieuses / Dossiers thématiques / Accueil », [s. d.], <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Hepatites-virales/Hepatite-C/Autres-donnees-epidemiologiques>, consulté le 5 2015.

« Dossier - Médecine en milieu carcéral », *La Revue du praticien* 63, 2013, p. 75-96.

« Dossier - Milieu pénitentiaire », *La santé en action* (424), 2013, p. 4-15.

« Eradiquer l’hépatite C : Mais à quel prix ? », *Le Monde.fr*, 2 2014, <http://www.lemonde.fr/sciences/article/2014/06/02/eradiquer-l-hepatite-c-mais-a-quel-prix_4430423_1650684.html>, consulté le 2 2015.

« Hépatite C », *Institut de veille sanitaire*, 2015, <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Hepatites-virales/Hepatite-C>, consulté le 2 2015.

« Journées annuelles - TRT-5 », <http://www.trt-5.org/spip.php?rubrique7&debut_articles=5#pagination_articles>, consulté le 8 2015.

« OMS | Hépatite C », *WHO*, 2015, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/fr/>, consulté le 2 2015.

« Plan national de lutte contre l’hépatite C 1999-2002 », Paris, Direction Générale de la Santé, 1999.

« Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012 », Paris, Direction Générale de la Santé, 2009.

« Prise en charge des personnes infectées par les virus de l’hépatite B ou de l’hépatite C. Rapport de recommandations 2014 », Paris, ANRS & AFEF, 2014, 540 p.

« Programmes et plans nationaux de lutte contre l’hépatite B et C - Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes - www.sante.gouv.fr », [s. d.], <http://www.sante.gouv.fr/programmes-et-plans-nationaux-de-lutte-contre-l-hepatite-b-et-c.html>, consulté le 25 2015.

« RSA, aides sociales : Wauquiez contre «l’assistanat» », *Liberation.fr*, 2011, <http://www.liberation.fr/politiques/2011/05/09/rsa-aides-sociales-wauquiez-contre-l-assistanat_734403>, consulté le 3 2015.

« Soins aux personnes détenues », *Gestions hospitalières* (506), 2011, p. 298-359.

« TRT-5 - Groupe interassociatif traitements & recherche thérapeutique », <http://trt-5.org/>, consulté le 25 2015.

« WHO | There's a reason viral hepatitis has been dubbed the "silent killer" », *WHO*, [s. d.], <http://www.who.int/mediacentre/commentaries/viral-hepatitis/en/>, consulté le 23 2015.

Annexe 1. Corpus de publications sur la santé carcérale et postcarcéral analysés dans le chapitre 1

Corpus des publications de santé publique sur la santé postcarcérale (États-Unis)

1. Adams Jennifer *et al.*, « HIV risk after release from prison: a qualitative study of former inmates », *Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)* 57 (5), 2011, p. 429.
2. Adams Leah M. *et al.*, « Perceived susceptibility to AIDS predicts subsequent HIV risk : a longitudinal evaluation of jail inmates », *Journal of Behavioral Medicine* 37 (3), juin 2014, pp. 511-523.
3. Althoff Amy L. *et al.*, « Correlates of Retention in HIV Care after Release from Jail: Results from a Multi-site Study », *AIDS and behavior* 17 (0 2), octobre 2013, pp. 156-170.
4. Altice Frederick L., Mostashari Farzad et Friedland Gerald H., « Trust and the acceptance of and adherence to antiretroviral therapy », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 28 (1), 2001, pp. 47–58.
5. Angell Beth *et al.*, « Engagement processes in model programs for community reentry from prison for people with serious mental illness », *International Journal of Law and Psychiatry* 37 (5), octobre 2014, pp. 490-500.
6. Avery Ann K. *et al.*, « Jails as an Opportunity to Increase Engagement in HIV Care : Findings from an Observational Cross-Sectional Study », *AIDS and Behavior* 17 (2), septembre 2012, pp. 137-144.
7. Azbel Lyuba *et al.*, « Burden of substance use disorders, mental illness, and correlates of infectious diseases among soon-to-be released prisoners in Azerbaijan », *Drug and Alcohol Dependence*, mars 2015.
8. Baillargeon Jacques G. *et al.*, « Enrollment in outpatient care among newly released prison inmates with HIV infection », *Public Health Reports (Washington, D.C. : 1974)*, février 2010, pp. 64-71.
9. Baillargeon Jacques *et al.*, « Predictors of reincarceration and disease progression among released HIV-infected inmates », *AIDS Patient Care and STDs* 24 (6), juin 2010, pp. 389-394.
10. Baillargeon Jacques *et al.*, « Accessing Antiretroviral Therapy Following Release From Prison », *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 301 (8), février 2009, pp. 848 -857.
11. Begun Audrey L., Early Theresa J. et Hodge Ashleigh, « Mental Health and Substance Abuse Service Engagement by Men and Women During Community Reentry Following Incarceration », *Administration and Policy in Mental Health*, février 2015.
12. Binswanger Ingrid A. *et al.*, « Gender and risk behaviors for HIV and sexually transmitted infections among recently released inmates: A prospective cohort study », *AIDS care* 26 (7), 2014, pp. 872-881.
13. Binswanger Ingrid A. *et al.*, « Return to drug use and overdose after release from prison : a qualitative study of risk and protective factors », *Addiction Science & Clinical Practice* 7, 2012, p. 3.
14. Binswanger Ingrid A. *et al.*, « “From the prison door right to the sidewalk, everything went downhill,” A qualitative study of the health experiences of recently released inmates », *International Journal of Law and Psychiatry* 34 (4), juillet 2011, pp. 249-255.

15. Binswanger Ingrid A. *et al.*, « Release from Prison — A High Risk of Death for Former Inmates », *New England Journal of Medicine* 356 (2), janvier 2007, pp. 157-165.
16. Binswanger Ingrid A. *et al.*, « Release from prison—a high risk of death for former inmates », *New England Journal of Medicine* 356 (2), 2007, pp. 157–165.
17. Binswanger Ingrid A. *et al.*, « A patient navigation intervention for drug-involved former prison inmates », *Substance Abuse* 36 (1), mars 2015, pp. 34-41.
18. Blank Wilson Amy, « How people with serious mental illness seek help after leaving jail », *Qualitative Health Research* 23 (12), décembre 2013, pp. 1575-1590.
19. Booker Cristina A. *et al.*, « Linkage to HIV care for jail detainees : findings from detention to the first 30 days after release », *AIDS and behavior*, octobre 2013, pp. S128-136.
20. Boutwell Amy E. et Freedman Jonathan, « Coverage expansion and the criminal justice-involved population: implications for plans and service connectivity », *Health Affairs (Project Hope)* 33 (3), mars 2014, pp. 482-486.
21. Boutwell Amy et Rich Josiah D., « HIV Infection behind Bars », *Clinical Infectious Diseases* 38 (12), juin 2004, pp. 1761-1763.
22. Brinkley-Rubinstein Lauren et Turner William L., « Health impact of incarceration on HIV-positive African American males : a qualitative exploration », *AIDS patient care and STDs* 27 (8), août 2013, pp. 450-458.
23. Brown Carlie A., Hickey J. Scott et Buck David S., « Shaping the Jail Inreach Project: program evaluation as a quality improvement measure to inform programmatic decision making and improve outcomes », *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 24 (2), mai 2013, pp. 435-443.
24. Buck David S., Brown Carlie A. et Hickey J. Scott, « The Jail Inreach Project: linking homeless inmates who have mental illness with community health services », *Psychiatric Services (Washington, D.C.).* 62 (2), février 2011, pp. 120-122.
25. Bureau of Justice Statistics US Department of Justice, « HIV in prisons, 2001 », Washington, D.C., 2004.
26. Calcaterra Susan L. *et al.*, « The association between social stressors and drug use/hazardous drinking among former prison inmates », *Journal of Substance Abuse Treatment* 47 (1), juillet 2014, pp. 41-49.
27. Centre for Disease Control Effective Interventions, « Project START », 2015.
28. Chitsaz Ehsan *et al.*, « Contribution of substance use disorders on HIV treatment outcomes and antiretroviral medication adherence among HIV-infected persons entering jail », *AIDS and Behavior* 17 (2), mai 2013, pp. 118-127.
29. Clarke Jennifer G. *et al.*, « Working Inside for Smoking Elimination (Project W.I.S.E). study design and rationale to prevent return to smoking after release from a smoke free prison », *BMC public health* 11, 2011, p. 767.
30. Cocoros Noelle *et al.*, « Screening for Hepatitis C as a Prevention Enhancement (SHAPE) for HIV: an integration pilot initiative in a Massachusetts County correctional facility », *Public Health Reports*, février 2014, pp. 5-11.
31. Colbert Alison M. *et al.*, « Health care needs of women immediately post-incarceration: a mixed methods study », *Public Health Nursing* 30 (5), octobre 2013, pp. 409-419.
32. Comfort Megan *et al.*, « Sexual HIV risk among male parolees and their female partners: the Relate Project », *Journal of Health Disparities Research and Practice* 7 (6), 2014, pp. 26-53.
33. Cropsey Karen L. *et al.*, « Characterization of opioid overdose and response in a high-risk community corrections sample: a preliminary study », *Journal of Opioid Management* 9 (6), décembre 2013, pp. 393-400.

34. Cuellar Alison Evans et Cheema Jehanzeb, « As roughly 700,000 prisoners are released annually, about half will gain health coverage and care under federal laws », *Health Affairs (Project Hope)* 31 (5), mai 2012, pp. 931-938.

35. Danzer Graham, « Integrated services plus drug treatment as a system alternative to crime control and parole », *Social Work in Public Health* 27 (7), 2012, pp. 687-698.

36. Davey-Rothwell Melissa A. *et al.*, « Norms, attitudes, and sex behaviors among women with incarcerated main partners », *Journal of Urban Health* 90 (6), décembre 2013, pp. 1151-1165.

37. De Voux Alex *et al.*, « Early identification of HIV : empirical support for jail-based screening », *PloS One* 7 (5), 2012, p. e37603.

38. Dill LeConté J. *et al.*, « "I Want a Second Chance": Experiences of African American Fathers in Reentry », *American Journal of Men's Health*, février 2015.

39. Di Paola Angela *et al.*, « Design and methods of a double blind randomized placebo-controlled trial of extended-release naltrexone for HIV-infected, opioid dependent prisoners and jail detainees who are transitioning to the community », *Contemporary Clinical Trials* 39 (2), novembre 2014, pp. 256-268.

40. Dixon Peters S. *et al.*, « Infection with the human immunodeficiency virus in prisoners: meeting the health care challenge », *The American journal of medicine* 95 (6), 1993, pp. 629–635.

41. Dumont Dora M. *et al.*, « Public health and the epidemic of incarceration », *Annual Review of Public Health* 33, avril 2012, pp. 325-339.

42. Dumont Dora M. *et al.*, « Jails as Public Health Partners : Incarceration and Disparities Among Medically Underserved Men », *International Journal of Men's Health* 12 (3), 2013, pp. 213-227.

43. Easley Cheryl E., « Together we can make a difference: the case for transnational action for improved health in prisons », *Public Health* 125 (10), octobre 2011, pp. 675-679.

44. Eshareturi Cyril *et al.*, « The case for nurses as central providers of health and social care services for ex-offenders: a discussion paper », *Journal of Advanced Nursing* 70 (5), mai 2014, pp. 1030-1039.

45. Fasula Amy M. *et al.*, « Project power : Adapting an evidence-based HIV/STI prevention intervention for incarcerated women », *AIDS education and prevention: official publication of the International Society for AIDS Education* 25 (3), juin 2013, pp. 203-215.

46. Feaster Daniel J. *et al.*, « Health status, sexual and drug risk, and psychosocial factors relevant to post-release planning for HIV+ prisoners », *Journal of correctional health care* 19 (4), octobre 2013, pp. 278-292.

47. Fischl M. *et al.*, « Impact of directly observed therapy on long-term outcomes in HIV clinical trials », *in Program and abstracts of the 8th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections*, 2001, pp. 4–8.

48. Flanigan Timothy *et al.*, *AIDS Behavior* 17, 2013, pp. 83-226.

49. Flanigan Timothy P., « Jails : The New Frontier. HIV Testing, Treatment, and Linkage to Care After Release », *AIDS and Behavior* 17 (2), août 2013, pp. 83-85.

50. Fox Aaron D. *et al.*, « A description of an urban transitions clinic serving formerly incarcerated people », *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 25 (1), février 2014, pp. 376-382.

51. Frank Joseph W. *et al.*, « Emergency department utilization among recently released prisoners: a retrospective cohort study », *BMC emergency medicine* 13, 2013, p. 16.

52. Frank Joseph W. *et al.*, « Discrimination based on criminal record and healthcare utilization among men recently released from prison: a descriptive study », *Health & Justice* 2, mars 2014, p. 6.

53. Fu Jeannia J. *et al.*, « Understanding the Revolving Door: Individual and Structural-Level Predictors of Recidivism Among Individuals with HIV Leaving Jail », *AIDS and behavior* 17 (0 2), octobre 2013, pp. S145-S155.

54. Goshin Lorie S. et Byrne Mary W., « Predictors of post-release research retention and subsequent reenrollment for women recruited while incarcerated », *Research in Nursing & Health* 35 (1), février 2012, pp. 94-104.

55. Goshin Lorie S., Byrne Mary W. et Henninger Alana M., « Recidivism after release from a prison nursery program », *Public Health Nursing* 31 (2), avril 2014, pp. 109-117.

56. Gummerum Michaela, Hanoch Yaniv et Rolison Jonathan J., « Offenders' risk-taking attitude inside and outside the prison walls », *Risk Analysis* 34 (10), octobre 2014, pp. 1870-1881.

57. Haley Danielle F *et al.*, « Multilevel challenges to engagement in HIV care after prison release : a theory-informed qualitative study comparing prisoners' perspectives before and after community reentry », *BMC Public Health* 14, décembre 2014.

58. Hammett Theodore M., Harmon Mary Patricia et Rhodes William, « The burden of infectious disease among inmates of and releasees from US correctional facilities, 1997 », *American Journal of Public Health* 92 (11), novembre 2002, pp. 1789-1794.

59. Harris Andiea *et al.*, « Rate of community methadone treatment reporting at jail reentry following a methadone increased dose quality improvement effort », *Substance Abuse* 33 (1), 2012, pp. 70-75.

60. Hartwell Stephanie W. *et al.*, « Harmonizing databases? Developing a quasi-experimental design to evaluate a public mental health re-entry program », *Evaluation and Program Planning* 35 (4), novembre 2012, pp. 461-472.

61. Howard Rick *et al.*, « Re-offending in forensic patients released from secure care: the role of antisocial/borderline personality disorder co-morbidity, substance dependence and severe childhood conduct disorder », *Criminal behaviour and mental health* 23 (3), juillet 2013, pp. 191-202.

62. Hummert Christine M., « Middle of the road. Wakefield, Ohio, and pre-release planning for mentally-ill inmates », *The Journal of Legal Medicine* 32 (3), juillet 2011, pp. 295-313.

63. Iroh Princess A., Mayo Helen et Nijhawan Ank E., « The HIV Care Cascade Before, During, and After Incarceration: A Systematic Review and Data Synthesis », *American Journal of Public Health* 105 (7), juillet 2015, pp. e5-e16.

64. James Doris et Glaze Lauren E., « Mental Health Problems of Prison and Jail Inmates », *Bulletin of the Bureau of Justice Statistics, US Department of Justice*, décembre 2006, p. 2006.

65. Jarrett M. *et al.*, « Continuity of care for recently released prisoners with mental illness: a pilot randomised controlled trial testing the feasibility of a Critical Time Intervention », *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 21 (2), juin 2012, pp. 187-193.

66. Johnson A. P. *et al.*, « Cost and threshold analysis of an HIV/STI/hepatitis prevention intervention for young men leaving prison: Project START », *AIDS and behavior* 17 (8), octobre 2013, pp. 2676-2684.

67. Johnson Jennifer E. *et al.*, « Provider Experiences with Prison Care and Aftercare for Women with Co-occurring Mental Health and Substance Use Disorders: Treatment, Resource, and Systems Integration Challenges », *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, mars 2014.

68. Johnson Jennifer E., Schonbrun Yael Chatav et Stein Michael D., « Pilot test of 12-step linkage for alcohol-abusing women in leaving jail », *Substance Abuse* 35 (1), 2014, pp. 7-11.

69. Jordan Alison O. *et al.*, « Transitional care coordination in New York City jails : facilitating linkages to care for people with HIV returning home from Rikers Island », *AIDS and Behavior* 17 (2), novembre 2012, pp. 212-219.

70. Khawcharoenporn Thana *et al.*, « Continuity of care in a cohort of HIV-infected former jail detainees », *Journal of Correctional Health Care* 19 (1), janvier 2013, pp. 36-42.

71. Kinner Stuart A. et Wang Emily A., « The case for improving the health of ex-prisoners », *American Journal of Public Health* 104 (8), août 2014, pp. 1352-1355.

72. Koester Kimberly A. *et al.*, « Patient navigation facilitates medical and social services engagement among HIV-infected individuals leaving jail and returning to the community », *AIDS patient care and STDs* 28 (2), février 2014, pp. 82-90.

73. Krishnan Archana *et al.*, « Post-release substance abuse outcomes among HIV-infected jail detainees : results from a multisite study », *AIDS and Behavior* 17 (2), novembre 2012, pp. 171-180.

74. Lamb H. Richard et Weinberger Linda E., « Decarceration of U.S. jails and prisons : where will persons with serious mental illness go? », *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 42 (4), 2014, pp. 489-494.

75. Lavoie Melissa *et al.*, « Promoting civic engagement post-release from correctional facilities », *American Journal of Public Health* 103 (11), novembre 2013, p. e6.

76. Lee Joshua D. *et al.*, « Opioid treatment at release from jail using extended-release naltrexone: a pilot proof-of-concept randomized effectiveness trial », *Addiction (Abingdon, England)*, février 2015.

77. Liem Marieke et Kunst Maarten, « Is there a recognizable post-incarceration syndrome among released “lifers”? », *International Journal of Law and Psychiatry* 36 (3)-(4), août 2013, pp. 333-337.

78. Lim Sungwoo *et al.*, « Risks of drug-related death, suicide, and homicide during the immediate post-release period among people released from New York City jails, 2001-2005 », *American Journal of Epidemiology* 175 (6), mars 2012, pp. 519-526.

79. MacGowan Robin J. *et al.*, « Positive Transitions (POST) : Evaluation of an HIV Prevention Intervention for HIV-Positive Persons Releasing from Correctional Facilities », *AIDS and behavior*, septembre 2014.

80. MacGowan Robin J. *et al.*, « Predictors of risky sex of young men after release from prison », *International journal of STD & AIDS* 14 (8), 2003, pp. 519–523.

81. Maruschak Laura M., Berzofsky Marcus et Unangst Jennifer, « Medical Problems of State and Federal Prisoners and Jail Inmates, 2011–12 », *Bulletin of the Bureau of Justice Statistics, US Department of Justice*, février 2015, p. 23.

82. Matejkowski Jason et Ostermann Michael, « Serious mental illness, criminal risk, parole supervision, and recidivism: testing of conditional effects », *Law and Human Behavior* 39 (1), février 2015, pp. 75-86.

83. McKenna Brian *et al.*, « A prison mental health in-reach model informed by assertive community treatment principles : evaluation of its impact on planning during the pre-release period, community mental health service engagement and reoffending », *Criminal behaviour and mental health: CBMH*, novembre 2014.

84. Menting Ankie T. A. *et al.*, « A trial of parent training for mothers being released from incarceration and their children », *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 43 (3), 2014, pp. 381-396.

85. Meyer Jaimie P. *et al.*, « Frequent Emergency Department Use among Released Prisoners with HIV: Characterization Including a Novel Multimorbidity Index », *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine* 20 (1), janvier 2013, pp. 79-88.

86. Meyer Jaimie P. *et al.*, « Emergency department use by released prisoners with HIV: an observational longitudinal study », *PloS One* 7 (8), 2012, p. e42416.

87. Meyer Jaimie P. *et al.*, « Gender disparities in HIV treatment outcomes following release from jail: results from a multicenter study », *American Journal of Public Health* 104 (3), mars 2014, pp. 434-441.

88. Montague Brian T. *et al.*, « Tracking linkage to HIV care for former prisoners: a public health priority », *Virulence* 3 (3), mai 2012, pp. 319-324.

89. Muñoz-Laboy Miguel *et al.*, « Socio-environmental risks for untreated depression among formerly incarcerated Latino men », *Journal of Immigrant and Minority Health / Center for Minority Public Health* 16 (6), décembre 2014, pp. 1183-1192.

90. Nunn Amy *et al.*, « Linking HIV-positive jail inmates to treatment, care, and social services after release : results from a qualitative assessment of the COMPASS Program », *Journal of Urban Health* 87 (6), décembre 2010, pp. 954-968.

91. Nyamathi Adeline *et al.*, « Understanding correlates of hepatitis C virus infection among homeless recently paroled men », *Journal of Forensic Nursing* 9 (3), septembre 2013, pp. 161-170.

92. Patterson Evelyn J., « The dose-response of time served in prison on mortality: New York State, 1989-2003 », *American Journal of Public Health* 103 (3), mars 2013, pp. 523-528.

93. Patterson George T., « Prisoner reentry : a public health or public safety issue for social work practice ? », *Social Work in Public Health* 28 (2), 2013, pp. 129-141.

94. Potter Roberto Hugh, Akers Timothy A. et Bowman Daniel Richard, « Replicating MISTERS: an epidemiological criminology framework analysis of a program for criminal justice-involved minority males in the community », *Journal of Correctional Health Care: The Official Journal of the National Commission on Correctional Health Care* 19 (1), janvier 2013, pp. 4-14.

95. Prendergast Michael *et al.*, « A multi-site, randomized study of strengths-based case management with substance-abusing parolees », *Journal of Experimental Criminology* 7 (3), septembre 2011, pp. 225-253.

96. Ramaswamy Megha *et al.*, « Factors associated with smoking among adolescent males prior to incarceration and after release from jail: a longitudinal study », *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 8, 2013, p. 37.

97. Rapp Richard C. *et al.*, « The role of jails in engaging PLWHA in care: from jail to community », *AIDS and behavior* 17 (2), octobre 2013, pp. S89-S99.

98. Redmond Nicole *et al.*, « Association of recent incarceration with traumatic injury, substance use-related health consequences, and health care utilization », *Journal of Addiction Medicine* 8 (1), février 2014, pp. 66-72.

99. Reznick Olga Grinstead *et al.*, « An ecosystem-based intervention to reduce HIV transmission risk and increase medication adherence among inmates being released to the community », *Journal of Correctional Health Care* 19 (3), juillet 2013, pp. 178-193.

100. Rich Josiah D. *et al.*, « Successful linkage of medical care and community services for HIV-positive offenders being released from prison », *Journal of Urban Health* 78 (2), 2001, pp. 279–289.

101. Robillard Alyssa G. *et al.*, « Challenges and strategies of frontline staff providing HIV services for inmates and releasees », *Journal of Correctional Health Care* 17 (4), octobre 2011, pp. 344-360.

102. Saberi Parya *et al.*, « Directly observed versus self-administered antiretroviral therapies: preference of HIV-positive jailed inmates in San Francisco », *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine* 89 (5), octobre 2012, pp. 794-801.

103. Sacks JoAnn Y., McKendrick Karen et Hamilton Zachary, « A randomized clinical trial of a therapeutic community treatment for female inmates: outcomes at 6 and 12 months after prison release », *Journal of Addictive Diseases* 31 (3), 2012, pp. 258-269.

104. Salem Benissa E. *et al.*, « At a crossroads : reentry challenges and healthcare needs among homeless female ex-offenders », *Journal of Forensic Nursing* 9 (1), mars 2013, pp. 14-22.

105. Schafhalter-Zoppoth Ingeborg, Walther Ako et Flattery Davida, « Exclusion of non-english speaking, recently released prisoners », *American Journal of Public Health* 103 (6), juin 2013, p. e6.

106. Scheyett Anna *et al.*, « HIV-infected prison inmates : depression and implications for release back to communities », *AIDS and behavior* 14 (2), avril 2010, pp. 300-307.

107. Schnittker Jason et John Andrea, « Enduring Stigma: The Long-Term Effects of Incarceration on Health », *Journal of Health and Social Behavior* 48 (2), juin 2007, pp. 115-130.

108. Schnittker Jason, Massoglia Michael et Uggen Christopher, « Out and down: incarceration and psychiatric disorders », *Journal of Health and Social Behavior* 53 (4), 2012, pp. 448-464.

109. Scott Christy K. et Dennis Michael L., « The first 90 days following release from jail: findings from the Recovery Management Checkups for Women Offenders (RMCWO) experiment », *Drug and Alcohol Dependence* 125 (1)-(2), septembre 2012, pp. 110-118.

110. Solomon Liza *et al.*, « Survey finds that many prisons and jails have room to improve HIV testing and coordination of postrelease treatment », *Health Affairs (Project Hope)* 33 (3), mars 2014, pp. 434-442.

111. Spaulding Anne C. *et al.*, « Jails, HIV testing, and linkage to care services : an overview of the EnhanceLink Initiative », *AIDS and Behavior* 17 (2), octobre 2012, pp. 100-107.

112. Spaulding Anne C. *et al.*, « Planning for success predicts virus suppressed: results of a non-controlled, observational study of factors associated with viral suppression among HIV-positive persons following jail release », *AIDS and behavior*, octobre 2013, pp. S203-211.

113. Spaulding Anne C. *et al.*, « Diversity of release patterns for jail detainees: implications for public health interventions », *American Journal of Public Health*, décembre 2011, pp. S347-352.

114. Spaulding Anne C. *et al.*, « Cost Analysis of Enhancing Linkages to HIV Care Following Jail: A Cost-Effective Intervention », *AIDS and Behavior* 17 (2), novembre 2012, pp. 220-226.

115. Spaulding Anne C. *et al.*, « Prisoner survival inside and outside of the institution: implications for health-care planning », *American Journal of Epidemiology* 173 (5), mars 2011, pp. 479-487.

116. Spaulding Anne C. *et al.*, « HIV/AIDS among inmates of and releasees from US correctional facilities, 2006: declining share of epidemic but persistent public health opportunity », *PloS One* 4 (11), 2009, p. e7558.

117. Spaulding Anne C. *et al.*, « A comparison of liver disease mortality with HIV and overdose mortality among Georgia prisoners and releasees: A 2-decade cohort study of prisoners incarcerated in 1991 », *American Journal of Public Health* 105 (5), mai 2015, pp. e51-57.

118. Spaulding Anne S. *et al.*, « Impact of new therapeutics for hepatitis C virus infection in incarcerated populations », *Topics in Antiviral Medicine* 21 (1), mars 2013, pp. 27-35.

119. Springer Sandra A. *et al.*, « Design and methods of a double blind randomized placebo-controlled trial of extended-release naltrexone for alcohol dependent and hazardous drinking prisoners with HIV who are transitioning to the community », *Contemporary Clinical Trials* 37 (2), mars 2014, pp. 209-218.

120. Springer Sandra A *et al.*, « Effectiveness of antiretroviral therapy among HIV-infected prisoners: reincarceration and the lack of sustained benefit after release to the community », *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America* 38 (12), juin 2004, pp. 1754-1760.

121. Springer Sandra A. *et al.*, « Retention on buprenorphine is associated with high levels of maximal viral suppression among HIV-infected opioid dependent released prisoners », *PloS One* 7 (5), 2012, p. e38335.

122. Springer Sandra A. *et al.*, « Public health implications for adequate transitional care for HIV-infected prisoners: five essential components », *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America* 53 (5), septembre 2011, pp. 469-479.

123. Stein Matthew S. *et al.*, « HIV-positive and in jail : race, risk factors, and prior access to care », *AIDS and Behavior* 17 (2), octobre 2012, pp. 108-117.

124. Stephenson Becky L *et al.*, « Effect of release from prison and re-incarceration on the viral loads of HIV-infected individuals », *Public Health Reports (Washington, D.C. : 1974)* 120 (1), février 2005, pp. 84-88.

125. Strang John, Bird Sheila M. et Parmar Mahesh K. B., « Take-home emergency naloxone to prevent heroin overdose deaths after prison release: rationale and practicalities for the N-ALIVE randomized trial », *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine* 90 (5), octobre 2013, pp. 983-996.

126. Swartzendruber Andrea *et al.*, « Sexually transmitted infections, sexual risk behavior, and intimate partner violence among African American adolescent females with a male sex partner recently released from incarceration », *The Journal of Adolescent Health* 51 (2), août 2012, pp. 156-163.

127. Tehrani Ali S. Saber *et al.*, « Rationale, study design and sample characteristics of a randomized controlled trial of directly administered antiretroviral therapy for HIV-infected prisoners transitioning to the community - a potential conduit to improved HIV treatment outcomes », *Contemporary Clinical Trials* 33 (2), mars 2012, pp. 436-444.

128. Teixeira Paul A. *et al.*, « Health outcomes for HIV-infected persons released from the New York City jail system with a transitional care-coordination plan », *American Journal of Public Health* 105 (2), décembre 2014, pp. 351-357.

129. Tinsley Melinda *et al.*, « EnhanceLink Overview - 2012 International AIDS Conference », Washington, D.C., 2012, http://www.enhancelink.org/EnhanceLink/index.html.

130. Tsai Jack *et al.*, « Risk of incarceration and clinical characteristics of incarcerated veterans by race/ethnicity », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 48 (11), novembre 2013, pp. 1777-1786.

131. Vagenas Panagiotis *et al.*, « An evaluation of hepatic enzyme elevations among HIV-infected released prisoners enrolled in two randomized placebo-controlled

trials of extended release naltrexone », *Journal of Substance Abuse Treatment* 47 (1), juillet 2014, pp. 35-40.

132. Venters Homer et Keller Allen S., « Diversion of patients with mental illness from court-ordered care to immigration detention », *Psychiatric Services (Washington, D.C.).* 63 (4), avril 2012, pp. 377-379.

133. Vigilante Kevin C. *et al.*, « Reduction in recidivism of incarcerated women through primary care, peer counseling, and discharge planning », *Journal of Women's Health* 8 (3), avril 1999, pp. 409-415.

134. Wall II Ashbel T, « Win–Win : How health care professionals and jail administrators can collaborate to address HIV behind bars », *AIDS and Behavior* 17 (2), juillet 2013, pp. 86-88.

135. Wang Emily A. *et al.*, « Transitions Clinic: Creating a community-based model of health care for recently released California prisoners », *Public Health Reports* 125 (2), 2010, pp. 171-177.

136. Wang Emily A. *et al.*, « Engaging individuals recently released from prison into primary care: a randomized trial », *American Journal of Public Health* 102 (9), septembre 2012, pp. e22-29.

137. Wang Emily A. *et al.*, « Discharge planning and continuity of health care: findings from the San Francisco County Jail », *American Journal of Public Health* 98 (12), décembre 2008, pp. 2182-2184.

138. Wenzlow Audra T. *et al.*, « Effects of a discharge planning program on Medicaid coverage of state prisoners with serious mental illness », *Psychiatric Services (Washington, D.C.).* 62 (1), janvier 2011, pp. 73-78.

139. Westergaard Ryan P et Rich Josiah D, « HIV and reincarceration: time for a comprehensive approach », *The Lancet HIV* 1 (2), novembre 2014, pp. e54-e55.

140. Westergaard Ryan P., Spaulding Anne C. et Flanigan Timothy P., « HIV among persons incarcerated in the US: a review of evolving concepts in testing, treatment and linkage to community care », *Current opinion in infectious diseases* 26 (1), février 2013, pp. 10-16.

141. Wildeman Christopher, Lee Hedwig et Comfort Megan, « A new vulnerable population ? The health of female partners of men recently released from prison », *Women's Health Issues: Official Publication of the Jacobs Institute of Women's Health* 23 (6), décembre 2013, pp. e335-340.

142. Williams Chyvette T. *et al.*, « Gender differences in baseline health, needs at release, and predictors of care engagement among HIV-positive clients leaving jail », *AIDS and behavior* 17 (0 2), octobre 2013, pp. 195-202.

143. Williams Natasha H, « Prison health and the health of the public: Ties that bind », *Journal of Correctional Health Care* 13 (2), 2007, pp. 80–92.

144. Wohl David A. *et al.*, « Intensive case management before and after prison release is no more effective than comprehensive pre-release discharge planning in linking HIV-infected prisoners to care: a randomized trial », *AIDS and Behavior* 15 (2), 2011, pp. 356–364.

145. Wolitski Richard J., « Relative efficacy of a multisession sexual risk–reduction intervention for young men released from prisons in 4 states », *American Journal of Public Health* 96 (10), octobre 2006, pp. 1854-1861.

146. Zaller Nickolas D *et al.*, « Linkage to treatment and supportive services among HIV-positive ex-offenders in Project Bridge », *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 19 (2), mai 2008, pp. 522-531.

147. Zaller Nickolas *et al.*, « Initiation of buprenorphine during incarceration and retention in treatment upon release », *Journal of Substance Abuse Treatment* 45 (2), août 2013, pp. 222-226.

148. Zelenev Alexei *et al.*, « Patterns of homelessness and implications for HIV health after release from jail », *AIDS and Behavior* 17 (2), mai 2013, pp. 181-194.

149. Zlodre Jakov et Fazel Seena, « All-cause and external mortality in released prisoners: systematic review and meta-analysis », *American Journal of Public Health* 102 (12), décembre 2012, pp. e67-75.

Corpus des publications de santé publique sur la santé postcarcérale (Afrique du Sud, Australie, Canada, Espagne, Europe, Iran, Italie, Népal, Royaume-Uni, Suède, Suisse, Thaïlande et Ukraine)

1. ALAEI Arash et ALAEI Kamiar, « Newsmaker interview. Iran's Alaei brothers to continue AIDS work after release from prison. Interview by Yudhijit Bhattacharjee », *Science (New York, N.Y.)*. 334 (6055), octobre 2011, p. 444.

2. ANDREWS Jessica Y. *et al.*, « Sensitivity of a national coronial database for monitoring unnatural deaths among ex-prisoners in Australia », *BMC research notes* 4, 2011, p. 450.

3. ANDREWS Jessica Y. et KINNER Stuart A., « Understanding drug-related mortality in released prisoners: a review of national coronial records », *BMC public health* 12, 2012, p. 270.

4. ARAIN Amber, ROBAEYS Geert et STÖVER Heino, « Hepatitis C in European prisons: a call for an evidence-informed response », *BMC Infectious Diseases* 14, septembre 2014, p. S17.

5. AVERY Alex et KINNER Stuart A., « A robust estimate of the number and characteristics of persons released from prison in Australia », *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, février 2015.

6. AZBEL Lyuba *et al.*, « Burden of infectious diseases, substance use disorders, and mental illness among Ukrainian prisoners transitioning to the community », *PloS One* 8 (3), 2013, p. e59643.

7. BARTH Thomas, « Relationships and sexuality of imprisoned men in the German penal system--a survey of inmates in a Berlin prison », *International Journal of Law and Psychiatry* 35 (3), juin 2012, pp. 153-158.

8. BRANDOLINI Micaela *et al.*, « Prevalence and epidemiological correlates and treatment outcome of HCV infection in an Italian prison setting », *BMC public health* 13, 2013, p. 981.

9. CEPEDA Javier A. *et al.*, « High-risk behaviors after release from incarceration among people who inject drugs in St. Petersburg, Russia », *Drug and Alcohol Dependence* 147, février 2015, pp. 196-202.

10. DAVID Michael C. *et al.*, « Attrition in a longitudinal study with hard-to-reach participants was reduced by ongoing contact », *Journal of Clinical Epidemiology* 66 (5), mai 2013, pp. 575-581.

11. DAVIES Natasha E. C. G. et KARSTAEDT Alan S., « Antiretroviral Outcomes in South African Prisoners: A Retrospective Cohort Analysis », *PLoS ONE* 7 (3), mars 2012.

12. DEGENHARDT Louisa *et al.*, « Imprisonment of opioid-dependent people in New South Wales, Australia, 2000–2012: a retrospective linkage study », *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 38 (2), avril 2014, pp. 165-170.

13. DEGENHARDT Louisa *et al.*, « The impact of opioid substitution therapy on mortality post-release from prison: retrospective data linkage study », *Addiction* 109 (8), août 2014, pp. 1306-1317.

14. DIAS Shannon *et al.*, « Co-occurring mental disorder and intellectual disability in a large sample of Australian prisoners », *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 47 (10), octobre 2013, pp. 938-944.

15. FAIRBAIRN Nadia *et al.*, « Compulsory drug detention and injection drug use cessation and relapse in Bangkok, Thailand », *Drug and Alcohol Review* 34 (1), janvier 2015, pp. 74-81.

16. FORSYTH Simon J. *et al.*, « Striking subgroup differences in substance-related mortality after release from prison », *Addiction* 109 (10), octobre 2014, pp. 1676-1683.

17. Haller-Hester Dagmar et al., « Médecine pénitentiaire : une porte d'accès au réseau de soins communautaires », Revue médicale suisse 3 (126), 2007, pp. 2171-4.

18. HAMERS F. F., « HIV infection in Ukraine (1987-96) », *Revue D'épidémiologie Et De Santé Publique*, avril 2000, pp. 1S3-1S15.

19. IZENBERG Jacob M. *et al.*, « High rates of police detention among recently released HIV-infected prisoners in Ukraine: implications for health outcomes », *Drug and Alcohol Dependence* 133 (1), novembre 2013, pp. 154-160.

20. KANT JHA Chandra et M DONOVAN Dennis, « Prison, a missing target to address issues related to drug detoxification and rehabilitation: Nepalese experiences », *International Journal of Prisoner Health* 9 (4), novembre 2013, pp. 208-219.

21. KARIMINIA Azar *et al.*, « Increased mortality among Indigenous persons during and after release from prison in New South Wales », *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 36 (3), juin 2012, pp. 274-280.

22. KINNER Stuart A. *et al.*, « Randomised controlled trial of a service brokerage intervention for ex-prisoners in Australia », *Contemporary Clinical Trials* 36 (1), septembre 2013, pp. 198-206.

23. LUND Christina *et al.*, « Violent criminal recidivism in mentally disordered offenders: a follow-up study of 13-20 years through different sanctions », *International Journal of Law and Psychiatry* 36 (3)-(4), août 2013, pp. 250-257.

24. MEYER Jaimie P. *et al.*, « Emergency department use by released prisoners with HIV: an observational longitudinal study », *PloS One* 7 (8), 2012, p. e42416.

25. MOORE Elizabeth *et al.*, « Non-fatal overdose among adult prisoners with a history of injecting drug use in two Australian states », *Drug and Alcohol Dependence* 133 (1), novembre 2013, pp. 45-51.

26. MORADI Ali Reza *et al.*, « Prevalence of Human Immunodeficiency Virus Infection among Injection Drug Users Released from Jail », *Addiction & Health* 4 (3)-(4), Summer-Autumn 2012, pp. 151-155.

27. MOROZOVA Olga *et al.*, « Ukrainian prisoners and community reentry challenges: implications for transitional care », *International Journal of Prisoner Health* 9 (1), 2013, pp. 5-19.

28. NAVADEH Soodabeh *et al.*, « HIV prevalence and related risk behaviours among prisoners in Iran: results of the national biobehavioural survey, 2009 », *Sexually Transmitted Infections*, novembre 2013, pp. iii33-36.

29. NURSE Jo, WOODCOCK Paul et ORMSBY Jim, « Influence of environmental factors on mental health within prisons: focus group study », *BMJ* 327 (7413), août 2003, p. 480.

30. PALEPU Anita *et al.*, « Initiating highly active antiretroviral therapy and continuity of HIV care: the impact of incarceration and prison release on adherence and HIV treatment outcomes », *Antiviral therapy* 9 (5), 2004, pp. 713–720.

31. PETTUS-DAVIS Carrie, « Social support among releasing men prisoners with lifetime trauma experiences », *International Journal of Law and Psychiatry* 37 (5), octobre 2014, pp. 512-523.

32. SANZ J. *et al.*, « [Comprehensive care program for the mentally ill in Spanish prisons (PAIEM) : assessment after four years operation] », *Revista Española De Sanidad Penitenciaria* 16 (3), 2014, pp. 91-102.

33. SEAMAN S. R., BIRD S. M. et BRETTLE R. P., « Historical HIV prevalence in Edinburgh Prison: a database-linkage study », *Journal of Epidemiology and Biostatistics* 5 (4), 2000, pp. 245-250.

34. SIFUNDA Sibusiso *et al.*, « Psychosocial determinants of risky sexual behaviour amongst South African male prison inmates in KwaZulu-Natal and Mpumalanga Provinces », *International Journal of Prisoner Health* 8 (3)-(4), 2012, pp. 151-162.

35. STURUP Joakim *et al.*, « Risk assessments and recidivism among a population-based group of Swedish offenders sentenced to life in prison », *Criminal behaviour and mental health: CBMH*, janvier 2015.

36. THOMAS Emma *et al.*, « Predictive validity of the AUDIT for hazardous alcohol consumption in recently released prisoners », *Drug and Alcohol Dependence* 134, janvier 2014, pp. 322-329.

37. TOMPKINS Charlotte N. E., « Exploring motivations to stop injecting in English prisons: qualitative research with former male prisoners », *International Journal of Prisoner Health* 9 (2), 2013, pp. 68-81.

38. VAN DOOREN Kate, KINNER Stuart A. et FORSYTH Simon, « Risk of death for young ex-prisoners in the year following release from adult prison », *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 37 (4), août 2013, pp. 377-382.

39. WOODS Lakeesha N. *et al.*, « The role of prevention in promoting continuity of health care in prisoner reentry initiatives », *American Journal of Public Health* 103 (5), mai 2013, pp. 830-838.

40. YORICK Roman *et al.*, « HIV Prevention and Rehabilitation Models for Women Who Inject Drugs in Russia and Ukraine », *Advances in Preventive Medicine* 2012, 2012, p. 316871.

Corpus des publications de santé publique sur la santé postcarcérale (France)

41. BEAUREPAIRE Christiane de, « La vulnérabilité sociale et psychique des détenus et des sortants de prison », *Revue du MAUSS* 40 (2), novembre 2012, pp. 125-146.

42. FAGES-PUECH Virginie, La continuité des soins à la sortie du milieu carcéral : étude de la communication entre l'Unité de consultations et des soins ambulatoires (UCSA) de la maison d'arrêt de Béziers et les médecins généralistes de l'ouest de l'Hérault, Thèse d'exercice, Faculté de médecine, Université de Montpellier 1, 2010.

43. GALATI Catherine, « Description d'une formation en milieu carcéral innovante : L'unité de preparation à la sortie de la maison d'arrêt de Strasbourg », *Analise psicologica* 3, 2002, pp. 7-310.

44. LARCHER Pierre, BARBIER Christine et BOUILLE AMBROSINI Isabelle, « De l'entrée à la levée d'écrou », *Gestions hospitalières* (506), 2011, pp. 344-6.

45. LE PORT Gildas, Mesures de prévention sanitaire et de préparation à la sortie en milieu carcéral : recommandations nationales, actions à la maison d'arrêt de Gradignan, Thèse d'exercice, Bordeaux, Université de Bordeaux, 1998.

46. MARZO Jean-Noël *et al.*, « Maintenance therapy and 3-year outcome of opioid-dependent prisoners: a prospective study in France (2003-06) », *Addiction* 104 (7), juillet 2009, pp. 1233-1240.

47. MEROUEH Fadi, « Traiter le VHC en prison : une initiative salutaire », *in Sortie de prison*, Paris, Sidaction, 2008, p. 86.

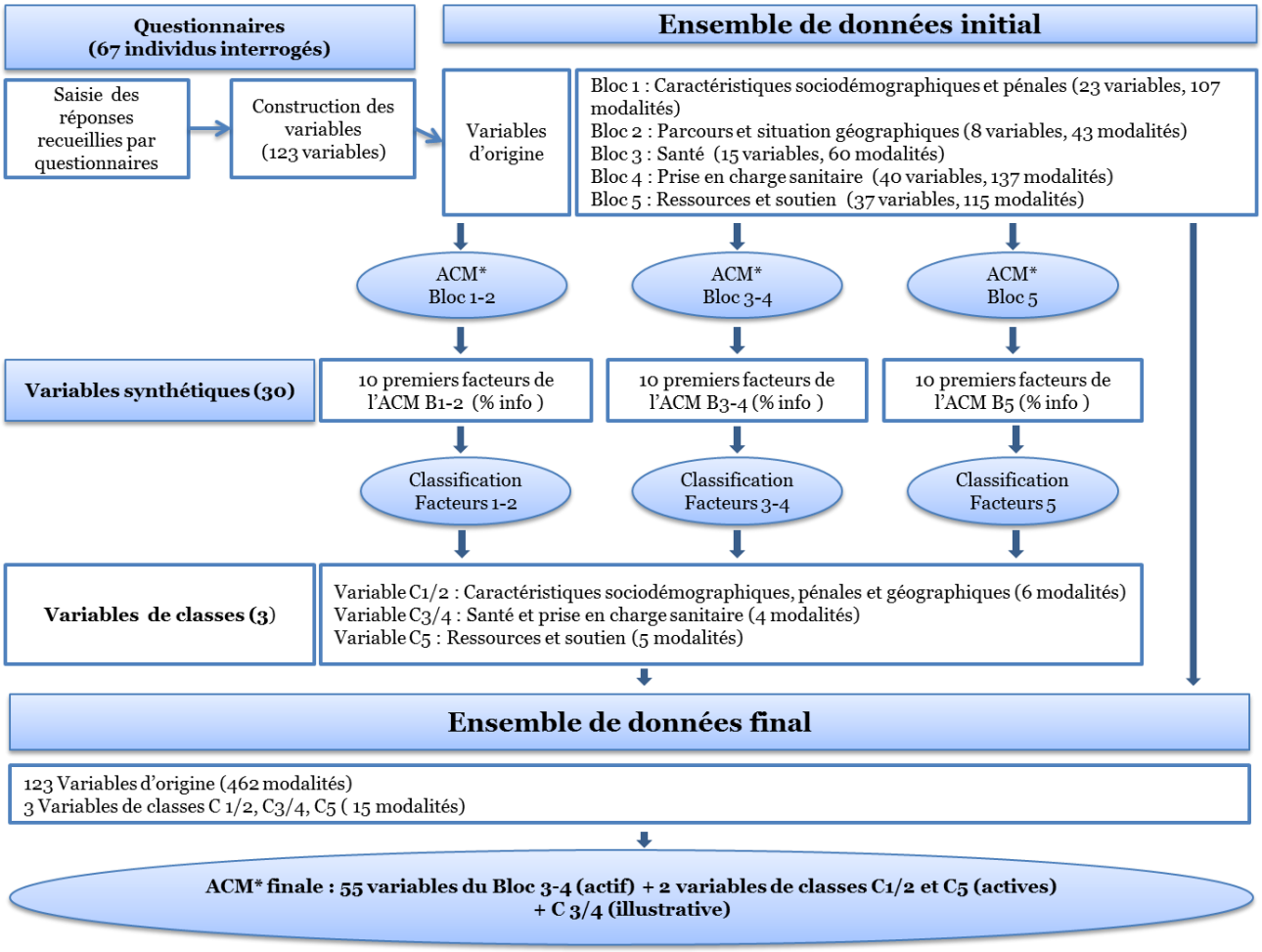
48. MONTEIRO Mickaël, Continuité des soins à la sortie du milieu carcéral : point de vue des médecins intervenant en UCSA de l'inter-région pénitentiaire OUEST, Thèse d'exercice, Faculté de médecine, Université européenne de Bretagne, 2014.

49. RÉMY André-Jean, « Suivi postcarcéral : du travail… mais peut mieux faire », *in Sortie de prison*, Paris, Sidaction, 2008, p. 86.

50. TORION Nicolas, Accompagnement médical et social post-carcéral des détenus atteints d'hépatite B, C et/ou d'infection à VIH : résultats d'une enquête nationale de pratiques 2006 sur 83 UCSA, Thèse d'exercice, Faculté de médecine, Université Montpellier 1, 2010.

51. VERGER P. *et al.*, « High mortality rates among inmates during the year following their discharge from a French prison », *Journal of Forensic Sciences* 48 (3), mai 2003, pp. 614-616

Annexe 2. Processus de traitement et d'analyse en trois étapes des données de l'enquête par questionnaires (détaillé)



* ACM avec choix de modalités actives (Corem)

Annexe 3. Questionnaire

Bonjour. Ce questionnaire vise à mieux comprendre les problèmes de santé à la sortie de prison. Il est proposé aux personnes qui sont suivies à l'UCSA de Fresnes. Il fait partie de l'étude sur les trajectoires de soins de sortant-e-s de prison, conduite ici par Mlle Meoïn Hagège*. Elle vous posera des questions sur : la santé, la prison et vos proches.
Si vous l'acceptez, Meoïn Hagège vous appellera après votre sortie, pour savoir où vous en êtes au niveau de votre santé.

1. **Vous êtes absolument libre de participer ou de refuser de participer.**
2. **Votre participation n'affecte en aucun cas votre suivi par le médecin ou votre situation vis-à-vis de l'Hôpital ou l'Administration Pénitentiaire.**

Code : heure de début :
heure de fin :

Est-ce que vous avez une date de sortie ou de jugement :

A - Caractéristiques sociales

A1 **Vous êtes** : ☐ un homme ☐ une femme ☐ trans

A2 **Quelle est votre date de naissance (ou votre âge) ?**
jour /_//_/ mois/_//_/ Année : /_//_//_//_/ ou /_//_/ ans

A3 **Dans quelle commune est ce que vous habitez ?** _____☐ NSP/NVPR
(commune de résidence avant l'incarcération)

A4 **Dans quel pays est ce que vous êtes né.e ?** _____☐ NSP/NVPR
Si France, préciser : ☐ métropole ou ☐ DOM/TOM et aller à A5b

A5 **<u>Si vous n'êtes pas né en France</u>, quelle est la date de votre dernière entrée en France ?**
mois/_//_/ Année /_//_/

A5b **<u>D</u>ans quel pays est ce que vous avez passé le plus de temps ? ?** _____☐ NSP/NVPR
Si France, aller à A6.

A5c **<u>En France, vous</u> :**
☐ n'avez fait que des séjours courts (*de moins de 6 mois*)
☐ avez fait un ou plusieurs séjours d'au moins 6 mois mais de moins d'un an
☐ avez fait un ou plusieurs séjours d'au moins un an
☐ autre (préciser) :

A6 **Quelle est (sont) votre (vos) nationalité(s) ?** _____☐ NSP/NVPR
☐ autre (préciser) :

***Meoïn Hagège**
Doctorante en Sociologie de la Santé
Tel : 01 49 54 24 30 - ou - 06 34 14 27 99
Email : Meoin.Hagege@gmail.com

Secrétariat de l'UCSA de Fresnes 2° Division Sud
Tel : 01 49 84 38 00 x 32 35
Hôpital du Kremlin Bicêtre - Tel : 01 45 21 22 53

A7 **Quelle était la nationalité de vos parents quand ils sont nés ?** (Si France, métro ou DOM/TOM)
☐ père ? _____ ☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :
☐ mère ? _____ ☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :

A8 **Quelle(s) est ou sont la ou les langue(s) que vous parliez quand vous aviez 5 ans ?**
_____ ☐ NSP/NVPR

A9 **Vous parlez le français :**
☐ sans difficultés,
☐ avec quelques difficultés,
☐ avec beaucoup de difficultés,
☐ pas du tout
☐ autre (préciser) :

A10 **Vous lisez le français :**
☐ sans difficultés,
☐ avec quelques difficultés,
☐ avec beaucoup de difficultés,
☐ pas du tout
☐ autre (préciser) :

A11 **Vous écrivez le français :**
☐ sans difficultés,
☐ avec quelques difficultés,
☐ avec beaucoup de difficultés,
☐ pas du tout
☐ autre (préciser) :

A12 **Dans quel pays est ce que vous avez fait la plus grande partie de vos années d'école** *(scolarité)* **?**
_____ ☐ NSP/NVPR ☐ pas de scolarité : Aller à B

A13 **A quel âge est ce que vous avez arrêté l'école ?**
_____ ☐ NSP/NVPR ☐ pas de scolarité : Aller à B

A14 **En quelle classe est ce que vous avez arrêté l'école ?**
☐ primaire. Aller à B1
☐ collège
☐ lycée
☐ bac+2 ou bac+3
☐ master
☐ doctorat
☐ encore à l'école
☐ Ne sait pas
☐ autre (préciser) :

A15 **Quel est le diplôme le plus élevé que vous avez eu ?**

- ☐ aucun diplôme
- ☐ un diplôme de fin d'études primaires (ou équivalent étranger)
- ☐ brevet des collèges ou BEPC
- ☐ CAP, BEP (ou équivalent étranger),
- ☐ Bac technologique ou professionnel (ou équivalent étranger)
- ☐ Bac+2, Bac +3
- ☐ Bac+4, bac+5
- ☐ Non concerné
- ☐ Ne sait pas
- ☐ autre (préciser) :

*Meoïn Hagège
Doctorante en Sociologie de la Santé
Tel : 01 49 54 24 30 - ou - 06 34 14 27 99
Email : Meoin.Hagege@gmail.com

Secrétariat de l'UCSA de Fresnes 2° Division Sud
Tel : 01 49 84 38 00 x 32 35
Hôpital du Kremlin Bicêtre - Tel : 01 45 21 22 53

B - Réseau de soutien

Je vais maintenant vous poser quelques questions sur votre situation familiale

B1 **Aujourd'hui, vous êtes:**
- ☐ seul
- ☐ en couple : aller à B1 a
- ☐ autre (préciser) :

B1a **Depuis quand ?**
(Séparations incluses)
jour /_//_/ mois/_//_/ Année : /_//_//_//_/

B2 **Vous êtes :**
- ☐ marié.e ou pacsé.e : aller à B2a
- ☐ séparé.e ou divorcé.e : aller à B2a
- ☐ veuf/veuve
- ☐ célibataire

B2a **Depuis quand ?**

jour /_//_/ mois/_//_/ Année : /_//_//_//_/
- ☐ toujours

B3 **Est ce que vous avez des enfants ?**
- ☐ oui
- ☐ non. Aller à B4
- ☐ NSP/NVPR : aller à B4
- ☐ autre (préciser) :

B3b **Combien d'enfants est-ce que vous avez ?** _____☐ NSP/NVPR
- ☐ autre (préciser) :

B3c **Est ce qu'ils sont à votre charge ?** ☐ oui (en tout ou en partie) ☐ non ☐ NSP/NVPR
- ☐ autre (préciser) :

B4 **Est ce que vous avez des beaux-enfants ?**
- ☐ oui
- ☐ non. Aller à B5
- ☐ NSP/NVPR : aller à B5
- ☐ autre (préciser) :

B4b **Combien de beaux-enfants est-ce que vous avez ?**
- ☐ NSP/NVPR
- ☐ **autre (préciser) :**

B4c **Est ce qu'ils sont à votre charge ?** ☐ oui (en tout ou en partie) ☐ non ☐ NSP/NVPR
☐ autre (préciser) :

B5 **Alors avant votre incarcération, vous viviez :**
☐ seul
☐ en couple sans enfant
☐ en couple avec enfants (y compris si ne sont pas les vôtres)
☐ seul avec enfants
☐ autre (préciser) :

*Meoïn Hagège
Doctorante en Sociologie de la Santé
Tel : 01 49 54 24 30 - ou - 06 34 14 27 99
Email : Meoin.Hagege@gmail.com

Secrétariat de l'UCSA de Fresnes 2° Division Sud
Tel : 01 49 84 38 00 x 32 35
Hôpital du Kremlin Bicêtre - Tel : 01 45 21 22 53

<u>Je vais maintenant vous poser des questions sur les personnes autour de vous.</u>
Pour chacune des personnes, j'aimerais savoir combien de contacts (visites ou rencontres, coups de téléphones, etc) vous aviez avec elles avant votre incarcération.

B6 *(Si pas clair : Quand je dis **Père et Mère**, je veux dire : biologiques ou adoptifs, celui et celle qui vous ont élevé.e.*

*Quand je dis **Conj,** je veux dire : votre mari, femme, petit.e ami.e, selon votre situation. **->2e***

<u>Si B5 =enfts</u> : *Quand je dis **Enf #1 et Enf #2,** je veux dire : les enfants ou beaux-enfants ou enfants à charge avec qui vous avez des contacts plus plus souvent **->3e***

*Quand je dis **Fr/Sr #1** et **Fr/Sr #2,** je veux dire : les 2 frères, sœurs, demi-frères, demi-sœurs avec qui vous avez des contacts plus plus souvent, si vous en avez. **->4e***
*Quand je dis **Ami,** je veux dire : l'ami.e avec qui vous avez des contacts le plus souvent **->5e**)*

Avec votre ..., avant votre incarcération, vous aviez des contacts en moyenne: (*lire les modalités*)
1. tous les jours
2. au moins une fois par semaine
3. au moins une fois par mois
4. plusieurs fois par an
5. moins souvent
6. pas du tout
7. est décédé.e (ne pas énoncer)
8. autre (préciser) :

Père	**Mère**	**Conj**, si vous en avez	**Enf. #1**, si vous en avez	**Enf. #2**, si vous en avez	**Fr/Sr #1**, si vous en avez	**Fr/Sr #2**, si vous en avez	**Ami**, si vous en avez
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8

B7 **<u>Toujours avant votre incarcération,</u> est-ce que vous aviez des contacts avec des travailleurs sociaux, des bénévoles ou des professionnels de santé ?**

☐ Oui tous les jours
☐ Oui au moins une fois par semaine
☐ Oui au moins une fois par mois
☐ Oui plusieurs fois par an
☐ Oui moins souvent
☐ Non aucun contact
☐ autre (préciser) :

B8 **En cas de problème, est-ce qu'il y avait des personnes sur lesquelles vous pouviez compter pour vous aider ou vous soutenir :**

"problème" = conflit, accident, difficulté à faire quelque chose, ponctuel

☐ Oui :
☐ Non vous ne pouvez compter sur personne : aller à B10
☐ Non vous vous débrouillez tout seul : aller à B10
☐ NSP/NVPR : aller à B10
☐ autre (préciser) :

B9 **Qui ?** (pause après chaque modalité, plusieurs réponses possibles)

de votre partenaire ou conjoint.e :
☐ Oui ☐ Non ☐ NSP/NVPR ☐ pas de partenaire/conjointe ☐ autre (préciser) :

d'autres personnes de votre famille
☐ Oui (préciser)
☐ Non
☐ NSP/NVPR
☐ autre (préciser) :

d'amis
☐ Oui ☐ Non ☐ NSP/NVPR ☐ Pas d'ami ☐ autre (préciser) :

de professionnels du médico-social
☐ Oui ☐ Non ☐ NSP/NVPR ☐ Pas de contact avec des profl ☐ autre (préciser) :

d'autres personnes (préciser) :
☐ Oui ☐ Non ☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :

B10 **Quand vous passiez par un moment difficile, le plus souvent, est ce que vous en parliez à :**
(pause après chaque modalité, plusieurs réponses possibles)

si vous en avez, votre partenaire ou conjoint.e ?

"moment difficile": plusieurs problèmes en même temps qui rendent une situation difficile à vivre, à gérer, et garder le moral.

*Meoïn Hagège
Doctorante en Sociologie de la Santé
Tel : 01 49 54 24 30 - ou - 06 34 14 27 99
Email : Meoin.Hagege@gmail.com

Secrétariat de l'U
Tel
Hôpital du Krem

 Oui
 Non
 pas de partenaire ou conjoint
 NSP/NVPR
 autre (préciser) :

d'autres proches ?
 Oui (préciser) :
 Non
 NSP/NVPR
 autre (préciser) :

des professionnels du médico-social ?
 Oui
 Non
 NSP/NVPR
 autre (préciser) :

 vous n'en parlez pas ?
 autre (préciser) :

Là, je vais vous poser des questions sur maintenant, depuis que vous êtes ici :

B11 **Depuis que vous êtes incarcéré.e, avec quelles personnes de l'extérieur est-ce que vous avez des contacts ?**
☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :
Combien de fois par sem, par mois, par an ?

Qui	#/sem	#/ mois	#/an

B12 **Depuis que vous êtes incarcéré.e, est-ce que vous avez vu :**
(en entretien)

un.e CIP ou SPIP :
☐**Oui** Combien de fois? _____☐Non ☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :

Le prêtre, l'immam ou le rabbin :
☐**Oui** A quelle fréquence? _____☐Non ☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :

un.e visiteur.euse.
☐**Oui.** A quelle fréquence? _____☐Non ☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :

votre avocat.
☐**Oui** Combien de fois? _____☐Non ☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :

*Meoïn Hagège
Doctorante en Sociologie de la Santé
Tel : 01 49 54 24 30 - ou - 06 34 14 27 99
Email : Meoin.Hagege@gmail.com

Secrétariat de l'UCSA de Fresnes 2° Division Sud
Tel : 01 49 84 38 00 x 32 35
Hôpital du Kremlin Bicêtre - Tel : 01 45 21 22 53

B13 **Depuis que vous êtes incarcéré.e, est-ce que vous avez :**

eu une permission.
☐**Oui** Combien de fois? _____☐Non ☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :

fait une activité (autre que travailler).
☐**Oui** Laquelle ?_____☐Non ☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :

travaillé
☐**Oui** ☐Non ☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :

été au QD/en isolement.
☐**Oui** Combien de fois ? _____☐Non ☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :

changé de co-détenu.
☐**Oui** Combien de fois? _____☐Non ☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :

B14 **En détention, <u>en cas de problème,</u> est-ce qu'il y a des personnes sur lesquelles vous pouvez compter pour vous aider ou vous soutenir :**
(énumérer)
☐ Oui
☐ Non vous ne pouvez compter sur personne : aller à B16
☐ Non vous vous débrouillez tout seul : aller à B16
☐ NSP/NVPR : aller à B16
☐ autre (préciser) :

"problème" = conflit, accident, difficulté à faire quelque chose, ponctuel

B15 **Sur qui ?** (pause après chaque modalité, plusieurs réponses possibles)

d'un.e ou de professionnels du médico-social:
☐ Oui ☐ Non ☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :

d' un.e ou de professionnels de la pénitentiaire (surveillant.e, admin,, CIP)
☐ Oui ☐ Non ☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :

de votre ou vos co-détenu(s)
☐ Oui ☐ Non ☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :

d'un ou d'autres détenu.e(s)
☐ Oui ☐ Non ☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :

d'autres personnes (préciser) :
☐ Oui ☐ Non ☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :

B16 **Quand vous passez par un moment difficile en détention, est ce que vous en parlez à :**
(pause après chaque modalité, plusieurs réponses possibles)

"moment difficile": plusieurs problèmes en même temps qui rendent une situation difficile à vivre, à gérer, et garder le moral.

***Si vous en avez*, votre partenaire ou conjoint.e**
☐ Oui ☐ Non ☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :

d'autres proches
☐ Oui (préciser)
☐ Non ☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :

des professionnels du médico-social
☐ Oui ☐ Non ☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :

d'un.e ou de professionnels de la pénitentiaire (surveillant.e, admin,, CIP)
☐ Oui ☐ Non ☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :

de votre ou de vos co-détenu(s)
☐ Oui ☐ Non ☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :

d'un ou d'autres détenu.e(s)
☐ Oui ☐ Non ☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :
☐ vous n'en parlez pas
☐ autre (préciser) :

B17 **Quand vous sortirez, est-ce que vous pensez que vous pourrez compter sur quelqu'un pour vous aider ou vous soutenir:**
(pause après chaque modalité, plusieurs réponses possibles)
☐ Oui
☐ Non vous ne pouvez compter sur personne : aller à B19
☐ Non vous vous débrouillez tout seul : aller à B19
☐ NSP/NVPR : aller à B19
☐ autre (préciser) :

B18 **Sur qui ?** (pause après chaque modalité, plusieurs réponses possibles)
***Si vous en avez*, de votre partenaire ou conjoint.**e :
☐ Oui ☐ Non ☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :

d'autres personnes de votre famille
☐ Oui (préciser) ☐ Non ☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :

d'amis
☐ Oui ☐ Non ☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :

de professionnels du médico-social
☐ Oui ☐ Non ☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :

*Meoïn Hagège
Doctorante en Sociologie de la Santé
Tel : 01 49 54 24 30 - ou - 06 34 14 27 99
Email : Meoin.Hagege@gmail.com

Secrétariat de l'UCSA de Fresnes 2° Division Sud
Tel : 01 49 84 38 00 x 32 35
Hôpital du Kremlin Bicêtre - Tel : 01 45 21 22 53

d'autres personnes (préciser) :
☐ Oui ☐ Non ☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :

B19 **Est ce que c'est votre première incarcération ?**
☐ oui : aller à B22 ☐ non ☐ NSP/NVPR : aller à B22 ☐ autre (préciser) :

1e peine

B20 **<u>La dernière fois que vous êtes sorti.e de prison</u>, est ce qu'il y a des personnes sur lesquelles vous avez pu compter pour vous aider ou vous soutenir:** *(énumérer)*
☐ Oui
☐ Non je ne peux compter sur personne : aller à B22
☐ Non je me débrouille tout seul : aller à B22
☐ NSP/NVPR : aller à B22
☐ autre (préciser) :

B21 **Sur qui ?** (pause après chaque modalité, plusieurs réponses possibles)
de votre partenaire ou conjoint.e :
☐ Oui ☐ Non ☐ NSP/NVPR ☐ Pas de partenaire/conjoint ☐ autre (préciser) :

des personnes de votre famille
☐ Oui (préciser) ☐ Non ☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :

Des amis
☐ Oui ☐ Non ☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :

des professionnels du médico-social
☐ Oui ☐ Non ☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :

d'autres personnes (préciser) :
☐ Oui ☐ Non ☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :

B22 **<u>Cette fois-ci, quand vous sortez</u>, est-ce que vous avez un endroit où dormir ?**
(énumérer)
☐ oui
☐ non : aller à B24
☐ difficile à dire pour l'instant : aller à B24
☐ NSP/NVPR : aller à B24
☐ autre (préciser) :

B23 **Est-ce que quelqu'un vous a aidé pour avoir un endroit où dormir ?**
☐ des professionnels du médico-social
☐ votre partenaire ou conjoint.e
☐ d'autres personnes de votre famille (préciser) :
☐ des amis
☐ autre (préciser) :
☐ personne ne m'a aidé
☐ pas besoin d'aide (préciser)

B24**A la sortie, est-ce que vous aurez un emploi?**

- ☐ oui
- ☐ non : aller à B26
- ☐ difficile à dire pour l'instant : aller à B26
- ☐ NSP/NVPR : aller à B26
- ☐ autre (préciser) :

B25**Est-ce que quelqu'un vous a aidé pour avoir un emploi?**

- ☐ des professionnels du médico-social
- ☐ votre partenaire ou conjoint.e
- ☐ d'autres personnes de votre famille (préciser ?)
- ☐ des amis
- ☐ autre (préciser) :
- ☐ personne ne m'a aidé
- ☐ pas besoin d'aide (préciser) :

B26**A la sortie, est-ce que vous aurez des ressources?**

- ☐ oui
- ☐ non : aller à B28
- ☐ difficile à dire pour l'instant : aller à B28
- ☐ NSP/NVPR : aller à B28
- ☐ autre (préciser) :

B27**Est-ce que quelqu'un vous a aidé pour avoir des ressources?**

- ☐ des professionnels du médico-social
- ☐ votre partenaire ou conjoint.e
- ☐ d'autres personnes de votre famille - préciser :
- ☐ des amis
- ☐ autre (préciser) :
- ☐ personne ne m'a aidé
- ☐ pas besoin d'aide (préciser) :

B28**A la sortie, est-ce que quelqu'un viendra vous chercher ?**

- ☐ oui
- ☐ non : aller à B30
- ☐ difficile à dire pour l'instant : aller à B30
- ☐ NSP/NVPR : aller à B30
- ☐ autre (préciser) :

B29**<u>Si oui,</u> qui ?**

- ☐ des professionnels du médico-social
- ☐ votre partenaire ou conjoint.e
- ☐ d'autres personnes de votre famille (préciser ?)
- ☐ des amis
- ☐ autre (préciser) :
- ☐ personne ne viendra me chercher

*Meoïn Hagège
Doctorante en Sociologie de la Santé
Tel : 01 49 54 24 30 - ou - 06 34 14 27 99
Email : Meoin.Hagege@gmail.com

Secrétariat de l'UCSA de Fresnes 2° Division Sud
Tel : 01 49 84 38 00 x 32 35
Hôpital du Kremlin Bicêtre - Tel : 01 45 21 22 53

Maintenant je vais vous poser des questions sur vos droits sociaux et sur le travail.

B30 **Quels papiers d'identité est-ce que vous possédez?**
☐ carte d'identité ou passeport français,
☐ titre de séjour,
☐ **pas de titre de séjour mais démarches** en cours
☐ **pas de titre de séjour et pas de démarches** en cours
☐ autre (préciser) :

B31 **Avant votre incarcération, vous aviez :** (*pls réponses possibles)*
☐ une couverture sociale avec mutuelle,
☐ une couverture sociale sans mutuelle,
☐ la CMU et/ou CMUc
☐ l'AME
☐ l'ALD (le 100%,)
☐ aucune couverture sociale,
☐ vous ne savez plus
☐ autre (préciser) :

B32 **Avant votre incarcération, vous receviez** : (*pls réponses possibles)*
☐ des indemnités de chômage (ASSEDIC, autres)
☐ le Revenu de Solidarité Active (RSA, RMI),
☐ l'Allocation pour Adulte Handicapé (AAH, Cotorep, MDPH)
☐ des indemnités de retraite
☐ d'autres allocations ou aides sociales (préciser) :
☐ aucune allocation
☐ autre (préciser) :

B33 **Depuis votre incarcération, vous touchez** : (*pls réponses possibles)*
☐ le RSA
☐ des indemnités de retraite
☐ l'Allocation pour Adulte Handicapé (AAH, Cotorep, MDPH)
☐ d'autres allocations ou aides sociales (préciser) :
☐ aucune allocation
☐ autre (préciser) :

B34 **Juste avant cette incarcération, quelle était votre activité ? Vous :**
☐ travailliez à temps complet,
☐ travailliez à temps partiel,
☐ étiez chômeur,
☐ étiez homme\femme au foyer
☐ étiez retraité.e, en pré-retraite
☐ étiez étudiant
☐ autre (préciser)

B35 **Dehors, vous diriez que vous faites quel(s) métier(s) ?** *(même si pas déclaré)* (☐ économie informelle)

_____

CSP /_//_/

B36 **<u>Si « pas de métier »</u> : Qu'est-ce que vous faites pour gagner de l'argent ?**

_____

B37 **Quand vous étiez enfant (vers 8 ans), quel métier faisaient-vos parents?**

☐ père : _____. ☐ ne sait pas CSP /_//_/

☐ mère : _____. ☐ ne sait pas CSP /_//_/

B38 **Juste avant cette incarcération, combien d'argent est-ce que vous aviez par mois, y compris les prestations sociales ?**

/_//_//_//_//_/ euros par mois

ou

☐ Moins de 200 euros
☐ Plus de 200 et moins de 400 euros (200<= <400)
☐ Plus de 400 et moins de 1000 euros (400<= <1000)
☐ Plus de 1000 et moins de 1500 euros (1000<= <1500)
☐ Plus de 1500 et moins de 2000 euros (1500<= <2000)
☐ Plus de 2000 et moins de 4000 euros (2000<= <4000)
☐ plus de 4000 euros (>= 4000)

B39 **Depuis que vous êtes incarcéré.e ici, d'où vient l'argent de votre pécule ?**

(énumérer) *(plusieurs réponses possibles)*

☐ vous travaillez,
☐ vous aviez des économies,
☐ vos proches vous envoient des mandats. Qui ?_____. ☐ ne sait plus
☐ une association vous envoie des mandats. Laquelle ? _____. ☐ ne sait plus
☐ vous êtes indigent
☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :

C - Situation carcérale et trajectoire pénale

Je vais maintenant vous poser quelques questions sur votre situation vis-à-vis de la prison

C1 **Quelle est la date de votre incarcération ?**
jour /_//_/ mois/_//_/ année /_//_//_//_/ ☐ NSP

C2 **Vous êtes** : ☐ condamné.e ☐ prévenu.e ☐ NSP
☐ autres (préciser) :

C3 **Si vous avez été jugé.e, (***au moins pour une affaire)* **quelle est la durée** *(la plus longue)* **de votre peine ?**
mois /_//_/ années /_//_/ ☐ NSP
☐ autres (préciser) :

C4 **Pour quel type d'affaire est-ce que vous êtes incarcéré.e** *(pour l'affaire la plus longue si plusieurs)***?**
☐ correctionnelle ☐ criminelle ☐ NSP ☐ autres (préciser) :

C5 **Est-ce que vous avez un avocat ?** ☐ aucun ☐ oui, un avocat commis d'office ☐oui un avocat que vous payez ☐ NSP ☐ autres (préciser) :

Si c'est la première incarcération aller à D
(cf B19)

Si ce n'est pas la première incarcération **:**
C6 **Combien de fois est-ce que vous avez déjà été incarcéré.e dans votre vie ?**
_____. ☐ NSP
☐ autres (préciser) :

C8 **Est-ce que vous pouvez me dire, pour chacune des ces incarcérations, quand vous êtes entré.e en prison et combien de temps ont duré ces peines de prison?**

mois /_//_/ années /_//_/ - date d'entrée en /_//_//_//_/

mois /_//_/ années /_//_/ - date d'entrée en /_//_//_//_/

mois /_//_/ années /_//_/ - date d'entrée en /_//_//_//_/

mois /_//_/ années /_//_/ - date d'entrée en /_//_//_//_/

mois /_//_/ années /_//_/ - date d'entrée en /_//_//_//_/

mois /_//_/ années /_//_/ - date d'entrée en /_//_//_//_/

D - Etat de santé et trajectoire de soins

Je vais maintenant vous poser des questions sur votre santé, et sur les soins que vous recevez, ici et avant la prison.

D1 **Aujourd'hui, vous trouvez que votre état de santé est :**
- ☐ très bon
- ☐ bon
- ☐ moyen
- ☐ mauvais
- ☐ très mauvais
- ☐ autre (préciser)

D2 **Vous trouvez que depuis votre incarcération, votre état de santé :**
- ☐ est meilleur que dehors
- ☐ est pire que dehors
- ☐ est pareil que dehors
- ☐ NSP

D3 **Depuis que vous êtes incarcéré.e ici, vous vous soignez :** *(santé)*
- ☐ plus que dehors
- ☐ moins que dehors
- ☐ pareil que dehors
- ☐autre (préciser)

D4 **Depuis que vous êtes incarcéré.e ici, vous prenez soins de vous:** *(bien être, alimentation, spiritualité)*
- ☐ plus que dehors
- ☐ moins que dehors
- ☐ pareil que dehors
- ☐ autre (préciser) :

D5 **Dehors, est-ce que vous avez un médecin traitant ?**
☐ oui ☐ non ☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :

D6 **Dehors, est-ce que vous avez un médecin qui vous suit ?**
☐ oui ☐ non ☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :

D7 **Avec le médecin que vous voyez le plus souvent (dehors ou dedans), les relations sont :**
- ☐ bonnes
- ☐ plutôt bonnes
- ☐ moyennes
- ☐ plutôt mauvaises
- ☐ mauvaises
- ☐ vous préférez ne pas répondre à cette question
- ☐autre (préciser)

D8 **Au quartier arrivants, est ce que vous avez vu un médecin généraliste ?**
☐ oui ☐ non ☐ NSP/NVPR

 autre (préciser) :

D9 **<u>Depuis</u> le quartier Arrivants, est-ce que vous avez vu un médecin ?**
 oui non : aller à D11 NSP/NVPR : aller à D11 autre (préciser) :

D10 **Avec le médecin de la prison, les relations sont :**
 bonnes
 plutôt bonnes
 moyennes
 plutôt mauvaises
 mauvaises
 vous préférez ne pas répondre à cette question
autre (préciser)

D11 **Avec les infirmières *(UCSA)*, les relations sont :**
 bonnes
 plutôt bonnes
 moyennes
 plutôt mauvaises
 mauvaises
 vous préférez ne pas répondre à cette question
 autre (préciser)

<u>Maintenant, je vais vous poser quelques questions sur la visite médicale au quartier arrivants.</u>

D12 **Au quartier arrivants, est-ce que vous avez déclaré avoir besoin de prendre un traitement ?**
 oui. Lequel ? : _____ NSP/NVPR
 non
 NSP/NVPR
 autre (préciser) :

D13 **Au quartier arrivants, est-ce qu'on vous a proposé un ou des dépistages ?**
 oui non: aller à D 16a NSP/NVPR
 autre (préciser) :

D14 **Est-ce que vous avez accepté ?**
 oui non : aller à D16 NSP/NVPR aller à D 16a
 autre (préciser) :

D15 **Est-ce qu'on vous a rendu les résultats ?**
 oui.

☐ non
☐ NSP/NVPR
☐ autre (préciser) :

D15a **Quels étaient les résultats ?**
☐ infection 1+
☐ infection 1-
☐ infection 2+
☐ infection 2-
☐ autre (préciser) :
☐ NSP/NVPR

Aller à D17

D16 **Est-ce que vous avez refusé le dépistage parce que :**
☐ vous ne voulez pas savoir si vous êtes infecté : aller à D16a
☐ vous savez déjà que vous êtes infecté. : aller à D16a
☐ vous ne voulez pas que les gens ici sachent que vous êtes infecté: aller à D16a
☐ vous n'aimez pas les prises de sang ou les aiguilles
☐ autre (préciser) : aller à D16a

D16a **Vous me disiez, vous avez [l'infection] ? vous en avez une autre ?** *(ne pas énumérer)*
☐ infection 1
☐ infection 2
☐ les deux
☐ une autre :
☐ NSP/NVPR

Pour [l'infection 1] (sinon, cf. p.23) **:**

D17 **A quel stade de l'infection est-ce que vous êtes ?**
☐ c'est le début, pas de symptômes
☐ vous avez, ou avez déjà eu, des symptômes
☐ vous êtes indétectable depuis plus de 6 mois
☐ autre :

D18 **En quelle année ou à quel âge est-ce que vous avez découvert que vous aviez le [virus] ?**

Année : /_//_//_//_/
ou /_//_/ans

☐ NSP/NVPR
☐ autre (préciser)

D19 **En quelle année ou à quel âge est-ce que vous pensez avoir été contaminé.e ?**

Année : /_//_//_//_/
ou /_//_/ans

☐ NSP/NVPR
☐ autre (préciser)

D20 **Comment est-ce que vous pensez avoir été contaminé.e?** *(ne pas énumérer)*
☐ rapports sexuels (hétéro)
☐ rapports sexuels (homo)
☐ rapports sexuels (hétéro ou homo)
☐ partage de matériel d'injection de drogue
☐ autre (préciser) :

D21 **Ce [virus] vous préoccupe, vous prend la tête :**
☐ beaucoup
☐ un peu
☐ pas du tout
☐ autre (préciser) :

D22 **Vous y pensez ?**
☐ très souvent
☐ souvent
☐ pas souvent
☐ jamais ou presque jamais
☐ autre (préciser) :

D23 **Ce que ce [virus] vous affecte dans la vie de tous les jours :**
☐ beaucoup
☐ un peu
☐ pas du tout
☐ autre (préciser) :

D24 **Quand vous avez appris que vous aviez le [virus], c'était un événement :**
☐ important
☐ moyennement important
☐ peu important
☐ pas du tout important
☐ autre (préciser) :

D25 **Quand vous avez appris pour le [virus], à qui est ce que vous en avez parlé ?**
(plusieurs réponses possibles)
☐ des professionnels du médico-social
☐ votre partenaire ou conjoint.e
☐ d'autres proches
☐ autre (préciser) :
☐ à personne

D26 **Et plus tard, est ce que vous en avez parlé à d'autres personnes?**
(plusieurs réponses possibles)
☐ des professionnels du médico-social
☐ votre partenaire ou conjoint.e
☐ d'autres proches
☐ autre (préciser) :
☐ personne

D26a **Est ce que vous en avez parlé avec un médecin spécialiste ?**
☐ oui ☐ non ☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :

D26b **Est ce que vous en avez parlé avec une infirmière ?**
☐ oui ☐ non ☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :

D27 **Est ce qu'il y a des gens à qui vous ne parlez plus depuis que vous avez le [virus], à cause du [virus] ?**
☐ oui ☐ non ☐ NSP/NVPR
☐ autre (préciser) :

D28 *Si n'a pas été dépisté pour la 1e fois ici :*
Dehors, est-ce que vous avez un médecin qui vous suit <u>pour le [virus] ?</u>
☐ oui
☐ non
☐ NSP/NVPR
☐ autre (préciser) :

D29 **Depuis que vous avez été dépisté, vous avez vu :**
☐ toujours le même médecin ou le même service
☐ plusieurs médecins/services
Si plusieurs, combien ? /_//_/
Si ne sait pas :
☐ 2-3
☐ 4-8
☐ plus de 8
☐ NSP

D30 **Pour le [virus], vous avez :**
☐ un suivi régulier.
☐ un suivi irrégulier, de temps en temps
☐ vous avez vu un médecin au début et depuis, plus rien
☐ aucun suivi
☐ autre (préciser) :

D31 **Pour le [virus] :**
☐ vous avez un traitement en cours,
☐ vous avez déjà eu un traitement mais vous l'avez arrêté,
si oui : ☐ vous avez arrêté votre traitement pour le garder secret ici, si non : D32.
☐ vous n'avez jamais eu de traitement : aller à D37
☐ vous ne vous en souvenez plus : aller à D60 ou à [infection 2]
☐ autre (préciser) :

aller à D60 ou à [infection 2]

D32 **La première fois, qu'est-ce qui vous a décidé à commencer le traitement ?** *(énumérer)*
☐ un.e proche,
☐ un professionnel médico-social ,
☐ le fait d'avoir un travail,
☐ le fait d'être en prison,
☐ le fait d'avoir d'y avoir accès *(carte vitale, droits ouverts)*
☐ vous veniez d'apprendre que vous aviez le virus
☐ NSP
☐ autre :

D33 **Pour obtenir votre premier traitement, vous êtes allé.e :**
☐ à l'UCSA de la prison
☐ à l'hôpital
☐ chez un médecin en ville
☐ autre (préciser) :
☐ NSP/NVPR

D34 **Combien de comprimés est-ce que vous prenez?**
Par jour : /_//_/ ☐ NSP ☐ autre (préciser) :
Par semaine : /_//_/ ☐ NSP ☐ autre (préciser) :

D35 **Il vous arrive d'oublier de prendre vos médicaments :**
☐ souvent,
☐ de temps en temps,
☐ rarement,
☐ jamais
☐ NSP

D36 *Si 1e incarcération :* **Est que votre traitement a été arrêté…**
Si >1e incarcération : **Est ce qu'il vous est arrivé d'arrêter votre traitement…**

au moment où vous avez été mis sous écrou ?
☐ oui ☐ non ☐ NSP/NVPR ☐ Traitement commencé ici ☐ autre (préciser) :

pendant l'incarcération ?
☐ oui ☐ non ☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :

Si>1e incarcération : **à la sortie de prison ?**
☐ oui ☐ non ☐ NSP/NVPR ☐ jamais sorti ☐ jamais sorti sous traitement ☐ autre (préciser) :

à un autre moment (préciser) ?
☐ oui ☐ non ☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :

D36b **Est-ce qu'à l'un des moments suivants, vous avez pris votre traitement <u>moins</u> régulièrement :**

au moment où vous avez été mis sous écrou ?
☐ oui ☐ non ☐ NSP/NVPR ☐ Traitement commencé ici ☐ autre (préciser) :

pendant l'incarcération ?
☐ oui ☐ non ☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :

Si>1e incarcération : **à la sortie de prison ?**
☐ oui ☐ non ☐ NSP/NVPR ☐ jamais sorti ☐ jamais sorti sous traitement ☐ autre (préciser) :

à un autre moment (préciser) ?
☐ oui ☐ non ☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :

D36c **Est-ce qu'à l'un des moments suivants, vous avez pris votre traitement <u>plus</u> régulièrement :**

au moment où vous avez été mis sous écrou ?
☐ oui ☐ non ☐ NSP/NVPR ☐ Traitement commencé ici ☐ autre (préciser) :

pendant l'incarcération ?
☐ oui ☐ non ☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :

Si>1e incarcération : **à la sortie de prison ?**
☐ oui ☐ non ☐ NSP/NVPR ☐ jamais sorti ☐ jamais sorti sous traitement ☐ autre (préciser) :

à un autre moment (préciser) ?
☐ oui ☐ non ☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :

<u>Aller à la prochaine page</u>

D37 **Vous n'avez jamais eu de traitement car :**
☐ le.s médecin.s vous ont dit que vous n'en aviez pas encore besoin,
☐ le.s médecin.s vous ont dit que vous en aviez besoin mais vous n'avez pas encore pu le commencer,
☐ le.s médecin.s vous ont dit que vous en aviez besoin mais vous ne voulez pas le commencer ici
☐ autre (préciser) :

<u>S'il y a infection 2 :</u>

D17x **A quel stade de votre [virus] est-ce que vous êtes ?**
☐ c'est le début, pas de symptômes
☐ vous avez, ou avez déjà eu, des symptômes
☐ vous êtes guéri.e

 autre :

D18x **En quelle année ou à quel âge est-ce que vous avez découvert que vous aviez le [virus]?**

Année : /_//_//_//_/
ou /_//_/ans

 NSP/NVPR
 autre (préciser)

D19x **En quelle année ou à quel âge est-ce que vous pensez avoir été contaminé.e ?**

Année : /_//_//_//_/
ou /_//_/ans

 NSP/NVPR
 autre (préciser)

D20x **Comment est-ce que vous pensez avoir été contaminé.e?** (ne pas énumérer)
 rapports sexuels (hétéro)
 rapports sexuels (homo)
 intervention médicale
 partage de matériel d'injection de drogue
 autre (préciser) :

D21x **Ce [virus] vous préoccupe, il vous prend la tête :**
 beaucoup
 un peu
 pas du tout
 autre (préciser) :

D22x **Vous y pensez :**
 très souvent
 souvent
 pas souvent
 (presque) jamais
 autre (préciser) :

D23x **Ce [virus] vous affecte dans la vie de tous les jours :**
 beaucoup
 un peu
 pas du tout
 autre (préciser) :

D24x **Quand vous avez appris que vous aviez le [virus], c'était un événement :**
 important
 moyennement important
 peu important

 pas du tout important
 autre (préciser) :

D25x **Quand vous avez appris pour le [virus], à qui est ce que vous en avez parlé ?**
 des professionnels du médico-social
 votre partenaire ou conjoint.e
 d'autres proches
 autre (préciser) :
 personne
:

D26x **Et plus tard, est-ce que vous en avez parlé à d'autres personnes?**
 des professionnels du médico-social
 votre partenaire ou conjoint.e
 d'autres proches
 autre (préciser) :
 personne

D27x **Est ce qu'il y a des gens à qui vous ne parlez plus depuis que vous avez le [virus], à cause du [virus]?**
 oui non NSP/NVPR autre (préciser) :

D28x **Dehors, est-ce que vous avez un médecin qui vous suit <u>pour le [virus] ?</u>**
 oui non NSP/NVPR
 autre (préciser)

D29x **Depuis que vous avez été dépisté, vous avez vu :**
 toujours le même médecin ou le même service
 plusieurs médecin/services
Si plusieurs, combien ? /_//_/
Si ne sait pas :
 2-3
 4-8
 plus de 8 NSP

D30x **Pour cette infection, au cours de votre vie, vous avez eu :**
 un suivi régulier.
 un suivi irrégulier, de temps en temps
 vous avez vu un médecin au début et depuis, plus rien
 aucun suivi
 autre (préciser) :

D31ax **Pour cette infection :**
 vous avez un traitement en cours,
 vous avez déjà eu un traitement mais vous l'avez arrêté,
 vous avez déjà eu un traitement mais vous l'avez arrêté,
si oui : vous avez arrêté votre traitement pour le garder secret ici
 vous n'avez jamais eu de traitement :aller à D37x
 vous ne vous en souvenez plus :aller à D37x
 autre (préciser) : aller à D40

D31bx **Pour obtenir ce premier traitement, vous êtes allé.e :**
☐ à l'UCSA de la prison
☐ à l'hôpital
☐ chez un médecin en ville
☐ autre (préciser) :
☐ NSP/NVPR

Est-ce qu'il vous est déjà arrivé d'arrêter votre traitement :
☐ au moment où vous avez été mis sous écrou
☐ pendant l'incarcération
☐ à la sortie de prison
☐ à un autre moment (préciser) :

D31cx **Si vous prenez (ou avez-pris) un traitement, combien de comprimés est-ce que vous prenez ?**

Par jour : /_//_/ ☐ NSP ☐ autre (préciser) :
Par semaine : /_//_/ ☐ NSP ☐ autre (préciser) :

D31dx **Si vous prenez (ou avez-pris) un traitement, est ce qu'il vous arrive (ou vous arrivait) d'oublier de prendre vos médicaments ?**
☐ souvent,
☐ de temps en temps,
☐ rarement,
☐ jamais
☐ NSP

D32x **La première fois, qu'est ce qui vous a décidé à commencer le traitement ?**
☐ un.e proche,
☐ un professionnel médico-social ,
☐ le fait d'avoir un travail,
☐ le fait d'être en prison,
☐ le fait d'avoir d'y avoir accès *(carte vitale, droits ouverts)*
☐ vous veniez d'apprendre que vous aviez le virus
☐ NSP
☐ autre :

D36ax *Si 1e incarcération :* **Est que votre traitement a été arrêté…**
Si >1e incarcération : **Est ce qu'il vous est arrivé d'arrêter votre traitement…**

au moment où vous avez été mis sous écrou ?
☐ oui ☐ non ☐ NSP/NVPR ☐ Traitement commencé ici ☐ autre (préciser) :

pendant l'incarcération ?
☐ oui ☐ non ☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :

Si>1e incarcération : **à la sortie de prison ?**
☐ oui ☐ non ☐ NSP/NVPR ☐ jamais sorti ☐ jamais sorti sous traitement ☐ autre (préciser) :

à un autre moment (préciser) ?
☐ oui ☐ non ☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :

D36bx **Est-ce qu'à l'un des moments suivants, vous avez pris votre traitement <u>moins</u> régulièrement :**

au moment où vous avez été mis sous écrou ?
☐ oui ☐ non ☐ NSP/NVPR ☐ Traitement commencé ici ☐ autre (préciser) :

pendant l'incarcération ?
☐ oui ☐ non ☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :

Si>1e incarcération : **à la sortie de prison ?**
☐ oui ☐ non ☐ NSP/NVPR ☐ jamais sorti ☐ jamais sorti sous traitement ☐ autre (préciser) :

à un autre moment (préciser) ?
☐ oui ☐ non ☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :

D36cx **Est-ce qu'à l'un des moments suivants, vous avez pris votre traitement <u>plus</u> régulièrement :**

au moment où vous avez été mis sous écrou ?
☐ oui ☐ non ☐ NSP/NVPR ☐ Traitement commencé ici ☐ autre (préciser) :

pendant l'incarcération ?
☐ oui ☐ non ☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :

Si>1e incarcération : **à la sortie de prison ?**
☐ oui ☐ non ☐ NSP/NVPR ☐ jamais sorti ☐ jamais sorti sous traitement ☐ autre (préciser) :

à un autre moment (préciser) ?
☐ oui ☐ non ☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :

<u>Aller à la prochaine page</u>

D37x **Vous n'avez jamais eu de traitement car :**

 le.s médecin.s vous ont dit que vous n'en aviez pas encore besoin,
 le.s médecin.s vous ont dit que vous en aviez besoin mais vous n'avez pas encore pu le faire,
 le.s médecin.s vous ont dit que vous en aviez besoin mais vous ne voulez pas le faire ici,
 autre (préciser) :

POUR TOUS
C'est bientôt la fin du questionnaire. Je vais vous poser quelques questions sur d'autres problèmes de santé

D40 **Est-ce que vous avez déjà été hospitalisé?**
☐ oui. Pourquoi ? _____
_____
☐ non ☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :

D41 **Est-ce que vous avez déjà été hospitalisé en hôpital psychiatrique ?**
☐ oui ☐ non ☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :

D42 **Aujourd'hui est-ce que vous avez un traitement médicamenteux pour un problème de santé mentale? (hors substitution)**
☐ oui ☐ non : aller à D42b ☐ NSP/NVPR : aller à D42b ☐ autre (préciser) :

D42 a **Depuis combien de temps ?**
_____ mois ☐ NSP
☐ autre (préciser) :

D42 b **Et avant, est-ce que vous avez déjà eu un traitement psychiatrique (hors substitution) ?**
☐ oui ☐ non ☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :

D43 **Est ce que vous êtes actuellement suivi par un.e psychologue au SMPR ?**
☐ oui ☐ non ☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :

D44 **Au cours de votre vie, est-ce que vous avez déjà eu un suivi en CMP ou en hôpital psychiatrique ?**
☐ oui ☐ **non : aller à D47** ☐ NSP/NVPR : aller à D47
☐ autre (préciser) : aller à D47

D45 **Est-ce que ce suivi a été** :
☐ long et régulier
☐ long et irrégulier (ou court mais à répétition)
☐ court
☐ autre (préciser) :

D46 **Est-ce qu'il est arrivé que cette prise en charge soit interrompue…**

au moment où vous avez été mis sous écrou :
☐ oui ☐ non ☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :

lors d'une sortie de prison
☐ oui ☐ non ☐ NSP/NVPR ☐ Sans objet (jamais sorti**)** ☐ autre (préciser) :

D47 **Est -ce que vous avez dejà été accro à l'un de ces produits ?** *(demander modalité par modalité, plusieurs possible)*

alcool. ? ☐ oui ☐ non ☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :

Si oui : est ce encore le cas ? ☐ oui ☐ non ☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :

drogues ? ☐ oui ☐ non ☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :

Drogues = psychotrope

Si oui : est ce encore le cas ? ☐ oui ☐ non ☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :

« Médicaments détourn
leur usager » = sans
ordonnance, ou pour l'e

médicaments (détournés de leur usage) ? ☐ oui ☐ non ☐ NSP/
autre (préciser) :
Si oui : est ce encore le cas ? ☐ oui ☐ non ☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :

Enoncer : **autre** (préciser) : ☐ non

Est ce encore le cas ? ☐ oui ☐ non ☐ NSP/NVPR ☐ autre (préciser) :

Non : aller à D49

D48 **Est ce qu'il vous est arrivé de prendre souvent plusieurs de ces produits au cours d'une même période** (mois):
☐ oui.
☐ non aller à D49
☐ NSP/NVPR aller à D49
☐ autre (préciser) : aller à D49

D48 a **Lesquels ?**
(prévoir les différentes modalités)
☐ alcool
☐ psychotropes illicites
☐ médicaments détournés de leur usage
☐ autre (préciser) :

D49 **Est-ce que vous avez déjà pris un traitement de substitution ?**
☐ subutex
☐ méthadone
☐ les deux
☐ ni l'un ni l'autre
☐ autre (préciser)

D50 **Au cours de votre vie, est-ce que vous avez eu d'autres problèmes de santé que ceux dont nous avons déjà parlé et pour lesquels vous avez eu un suivi médical assez long?**
☐ oui.
☐ non et vous n'avez jamais vraiment eu d'autres problèmes de santé : aller à D55
☐ non, vous avez eu d'autres problèmes de santé, mais sans suivi médical long : aller à D55
☐ NSP/NVPR : aller à D55
☐ autre (préciser) : aller à D55

D51	**(pb de santé avec suivi med long)**	**Encore en cours ?**	**Suivi long et régulier ?**	**Suivi long et irrégulier ?**	**Autre**	**Est-ce que ce suivi a été interrompu à cause d'une mise sous écrou ?**	**Est-ce que ce suivi a été interrompu à cause d'une sortie ?**
		☐ oui. ☐ non ☐ NSP	☐ oui. ☐ non ☐ NSP	☐ oui. ☐ non ☐ NSP	☐ oui. ☐ non ☐ NSP	☐ oui. ☐ non ☐ NSP	☐ oui. ☐ non ☐ NSP
		☐ oui. ☐ non ☐ NSP	☐ oui. ☐ non ☐ NSP	☐ oui. ☐ non ☐ NSP	☐ oui. ☐ non ☐ NSP	☐ oui. ☐ non ☐ NSP	☐ oui. ☐ non ☐ NSP
		☐ oui. ☐ non ☐ NSP	☐ oui. ☐ non ☐ NSP	☐ oui. ☐ non ☐ NSP	☐ oui. ☐ non ☐ NSP	☐ oui. ☐ non ☐ NSP	☐ oui. ☐ non ☐ NSP
		☐ oui. ☐ non ☐ NSP	☐ oui. ☐ non ☐ NSP	☐ oui. ☐ non ☐ NSP	☐ oui. ☐ non ☐ NSP	☐ oui. ☐ non ☐ NSP	☐ oui. ☐ non ☐ NSP

D52 **Pour l'un ou plusieurs de ces problèmes de santé, est ce que vous avez été sous traitement ?**
☐ oui
☐ non : aller à D55
☐ NSP/NVPR : aller à D55
☐ autre (préciser) : aller à D55

D53 **Est-ce que vous avez commencé l'un de ces traitements avant cette incarcération ?**
☐ oui.

☐ non, aucun. *Aller à D55*
☐ NSP/NVPR. *Aller à D55*
☐ autre (préciser) :

D54 **Est ce que depuis que vous êtes incarcéré.e :**
☐ vous prenez vos médicaments plus régulièrement qu'avant,
☐ vous prenez vos médicaments tout aussi régulièrement qu'avant, (*tous meds confondus)*
☐ vous prenez vos médicaments moins régulièrement qu'avant,
☐ vous avez arrêté votre traitement
☐ NSP
☐ autre (préciser) :

Reprendre ici pour tous.

D55 **Est-ce que vous prenez d'autres médicaments dont on n'a pas encore parlé aujourd'hui ?**
☐ oui. ☐ non. Aller à D61 ☐ NSP/NVPR

D55 b **Lesquels ?**
☐ pour une autre maladie ? Laquelle? _____.
☐ pour dormir ou pour vous calmer. Lesquels ? _____.
☐ autre (préciser) :

D61 **Est ce que, dans votre vie d'adulte, il vous est déjà arrivé de dormir dans la rue, en centre d'hébergement, dans un hotel social ou d'être hébergé chez quelqu'un parce que vous n'aviez pas d'endroit à vous ?**
☐ oui
☐ Non. Aller à D67
☐ NSP/NVPR. Aller à D67

D62 **La fois la plus longue où vous étiez [...], elle a duré combien de temps ?**

jours /__//__/ mois/__//__/ années/__//__//__//__/

D63 (**D63 ssi est sous traitement**, ssi D52=oui)
Vous étiez sous traitement à ce moment là. Est ce que vous avez :
☐ pris votre traitement plus régulièrement
☐ pris votre traitement moins régulièrement
☐ il n'y a pas eu d'effet sur la prise de votre traitement
☐ sans objet : pas besoin de traitement
☐ NSP/NVPR
☐ autre (préciser) :

D64 **Est ce que, pendant ces moments là, vous avez :**

 plus été en contact avec des soignants
 moins été en contact avec des soignants
 il n'y a pas eu d'effet sur vos contacts avec les soignants
 sans objet (pas besoin)
 NSP/NVPR
 autre (préciser) :

D65 **Est ce que, pendant ces moments là, vous avez :**
 plus été en contact avec des travailleurs sociaux
 moins été en contact avec des travailleurs sociaux
 il n'y a pas eu d'effet sur vos contacts avec les soignants
 sans objet (pas besoin)
 NSP/NVPR
 autre (préciser) :

D66 **Est ce que, pendant ces moments là, vous avez :**
 plus pris soin de vous
 moins pris soin de vous
 il n'y a pas eu d'effet
 NSP/NVPR
 autre (préciser) :

D67 **Est ce qu'il y a eu d'autres moments dans votre vie où vous avez pris vos médicaments moins régulièrement ?**
 oui.
 non ; Aller à D69 NSP/NVPR pas de traitement autre (préciser) :

D68 **Si oui, à quels moment.s est ce que vous preniez vos médicaments moins régulièrement, alors que vous en aviez besoin:**
 quand vous n'aviez pas de travail
 quand vous étiez célibataire
 quand vous croyiez pas trop au traitement
 quand vous n'étiez pas en lien avec un professionnel médico-social
 autre (préciser) :

D69 **A l'inverse, est-ce qu'il y a eu d'autres moments dans votre vie où vous avez pris vos médicaments plus régulièrement ?**
 oui.
 non. Aller à D71 NSP/NVPR autre (préciser) :

D70 **Si oui, à quels moment.s est-ce que vous preniez vos médicaments plus régulièrement alors que vous en aviez besoin :**
 quand vous aviez du travail
 quand vous aviez un.e copin.e /femme/mari
 quand vous croyiez au traitement
 quand vous étiez en lien avec un professionnel médico-social

☐ autre (préciser) :

<u>Je vais maintenant vous poser les 3 dernières questions, sur votre temps ici à Fresnes.</u>

D71 **Qu'est ce qui rend cette incarcération <u>le plus</u> difficile ?**
(ne pas énumérer)
☐ les conditions de vie
☐ le quotidien avec le co-détenu
☐ votre état de santé
☐ les relations avec les professionnels (surveillants, administration, soignants)
☐ votre situation vis à vis de vos proches
☐ l'attente ou le temps qui ne passe pas
☐ autre (préciser)

D72 **Qu'est ce qui rend cette incarcération moins difficile (soutenable) ?**
(ne pas énumérer)
☐ les conditions de vie
☐ le quotidien avec le co-détenu
☐ votre état de santé [que vous faites soigner, par exemple]
☐ les relations avec les professionnels (surveillants, administration, soignants)
☐ votre situation vis à vis de vos proches
☐ c'est une pause dont vous aviez besoin
☐ c'est le moment pour faire le point et réfléchir à vous
☐ rien
☐ autre (préciser)

D73 **On entend souvent qu'il faut « préparer la sortie », mais pour vous :**
Je vais vous proposer plusieurs options
☐ il faut la préparer, mais vues les conditions ici, ce n'est pas possible de le faire
☐ il faut la préparer, mais il faut se débrouiller tout seul pour le faire
☐ vous vous en occuperez une fois dehors
☐ vous vous en occuperez plus tard. là, vous êtes préoccupé par autre chose
☐ vous verrez ça avec votre CIP, elle vous aidera à le faire
☐ autre (préciser)

Est-ce que vous acceptez que je vous rappelle à la sortie pour voir comment ça se passe, au niveau de votre santé ?
Est-ce que vous pourriez me donner un no. de téléphone et une adresse où je pourrai vous joindre ?

Dans le cas où j'aurai du mal à vous joindre, est ce que vous pourriez me donner les numéros et adresse deux autres personnes, qui pourraient faire relais ? un proche et votre médecin par exemple ?

Annexe 4. Tris croisés selon le statut sérologique

	VIH+ (mono-infectés) N=21		VIH+ (mono- et co-infectés) N=33		VHC+ (mono-infectés) N=34		VHC+ (mono- et co-infectés) N=46		VIH+ VHC+ (co-infectés) N=12		Totaux N=67	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Sexe (n=67)												
Hommes	20	95	31	94	34	100	45	98	11	92	65	97
Femmes	1	5	2	6	0	0	1	2	1	8	2	3
Age (n=67)												
Moins de 30 ans	1	5	2	6	4	12	5	11	1	8	6	9
30-39 ans	7	33	8	24	15	44	16	35	1	8	23	34
40-49 ans	7	33	13	39	14	41	20	43	6	50	27	40
50 ans et plus	6	29	10	30	1	3	5	11	4	33	11	16
Né en : (n=67)												
France	10	48	17	52	11	32	18	39	7	58	28	42
Afrique du Nord	2	10	4	12	5	15	7	15	2	17	9	13
Afrique Subsaharienne	9	43	10	30	3	9	4	9	1	8	13	19
Europe de l'Est	0	0	1	3	11	32	12	26	1	8	12	18
Autre	0	0	1	100	4	12	5	11	1	8	5	7
Séjour en France (n=31*)												
Moins de 2 ans	0	0	0	0	6	30	6	25	0	0	6	19
3-4 ans	0	0	0	0	5	25	5	21	0	0	5	16
5-9 ans	0	0	1	9	3	15	4	17	1	25	4	13
10-19 ans	5	71	5	45	2	10	2	8	0	0	7	23
Plus de 20 ans	2	29	5	45	4	20	7	29	3	75	9	29
*: seuls les répondant nés à l'étranger ont renseigné cet item												
Au cours de la vie, a passé le plus longtemps (n=63*)												
En France	16	80	27	84	17	55	28	65	11	92	44	70
A l'étranger	4	20	5	16	14	45	15	35	1	8	19	30
*: n≠67 car réponses manquantes												
Nationalité (n=67)												
France	11	52	18	56	13	38	20	44	7	58	31	46
Afrique du Nord	2	10	4	13	5	15	7	16	2	17	9	13
Afrique Subsaharienne	8	38	9	28	2	6	3	7	1	8	11	16
Europe de l'Est	0	0	1	3	10	29	11	24	1	8	11	16
Autre	0	0	0	0	4	12	4	9	0	0	5	7
Nationalité du père (n=67)												
France	7	33	10	30	12	35	15	33	3	25	22	33
Afrique du Nord	4	19	9	27	5	15	10	22	5	42	14	21
Afrique Subsaharienne	8	38	9	27	2	6	3	7	1	8	11	16
Europe de l'Est	0	0	0	0	11	32	11	24	0	0	11	16
Europe de l'Ouest	2	10	3	9	2	6	3	7	1	8	5	7
Autre	0	0	1	3	2	6	3	7	1	8	3	4
Ne sait pas	0	0	1	3	0	0	1	2	1	8	1	1
Nationalité de la mère (n=67)												
France	9	43	12	36	12	35	15	33	3	25	24	36
Afrique du Nord	2	10	5	15	5	15	8	17	3	25	10	15
Afrique Subsaharienne	10	48	12	36	2	6	4	9	2	17	14	21
Europe de l'Est	0	0	0	0	11	32	11	24	0	0	11	16

	VIH+ (mono-infectés) N=21		VIH+ (mono- et co-infectés) N=33		VHC+ (mono-infectés) N=34		VHC+ (mono- et co-infectés) N=46		VIH+ VHC+ (co-infectés) N=12		Totaux N=67	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Europe de l'Ouest	0	0	2	6	2	6	4	9	2	17	4	6
Autre	0	0	1	3	2	6	3	7	1	8	3	4
Ne sait pas	0	0	1	3	0	0	1	2	1	8	1	1
Double nationalité (n=67)												
Oui	1	5	2	6	2	6	3	7	1	8	4	6
Non	20	95	31	94	32	94	43	93	11	92	63	94
Français langue maternelle (n=52*)												
Oui	10	67	16	70	13	45	19	51	6	75	29	56
Non	5	33	7	30	16	55	18	49	2	25	23	44
*: n≠67 car question filtrée												
Parle aussi une autre langue que le français (n=67)												
Oui	19	90	30	91	21	62	32	70	11	92	51	76
Non	2	10	3	9	13	38	14	30	1	8	16	24
Français parlé (n=67)												
Sans difficulté	2	90	13	81	20	59	31	67	11	92	50	75
Avec difficulté	2	10	3	19	4	12	5	11	1	8	7	10
Pas du tout	0	0	0	0	10	29	10	22	0	0	10	15
Français lu (n=67)												
Sans difficulté	10	90	21	88	20	59	31	67	11	92	50	75
Avec quelques difficultés	0	0	0	0	1	3	1	2	0	0	1	1
Avec beaucoup de difficultés	0	0	1	4	5	15	6	13	1	8	6	9
Pas du tout	2	10	2	8	8	24	8	17	0	0	10	15
Français écrit (n=67)												
Sans difficulté	17	81	25	76	17	50	25	54	8	67	42	63
Avec quelques difficultés	2	10	4	12	3	9	5	11	2	17	7	10
Avec beaucoup de difficultés	0	0	2	6	4	12	6	13	2	17	6	9
Pas du tout	2	10	2	6	10	29	10	22	0	0	12	18
Français lu et écrit (n=67)												
Sans difficulté	17	81	25	76	17	50	25	54	8	67	42	63
Avec difficulté	2	10	6	18	9	26	13	28	4	33	15	22
Pas du tout	2	10	2	6	8	24	8	17	0	0	10	15
Scolarité en : (n=67)												
France	2	57	11	48	14	41	23	50	9	75	35	52
Afrique du Nord	1	5	1	4	3	9	3	7	0	0	4	6
Afrique Subsaharienne	7	33	7	30	2	6	2	4	0	0	9	13
Europe de l'Est	0	0	1	4	10	29	11	24	1	8	11	16
Europe de l'Ouest	0	0	1	4	2	6	3	7	1	8	3	4
Autre	0	0	1	4	3	9	4	9	1	8	4	6
Pas de scolarité	1	5	1	4	0	0	0	0	0	0	1	1
Age de fin de scolarité (n=65*)												
Moins de 15 ans	2	10	7	23	9	26	14	31	5	45	16	25

	VIH+ (mono-infectés) N=21		VIH+ (mono- et co-infectés) N=33		VHC+ (mono-infectés) N=34		VHC+ (mono- et co-infectés) N=46		VIH+ VHC+ (co-infectés) N=12		Totaux N=67	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
16-18 ans	8	40	13	42	20	59	25	56	5	45	33	51
Plus de 19 ans	10	50	11	35	5	15	6	13	1	9	16	25
*: n≠67 car sans objet												
Cycle de fin de scolarité (n=67)												
Primaire	0	0	0	0	1	3	1	2	0	0	1	1
Collège	4	19	10	33	10	29	16	36	6	50	20	30
Lycée	11	52	15	50	21	62	25	56	4	33	36	54
Post-bac	4	19	5	17	2	6	3	7	1	8	7	10
Diplôme (n=66)												
Aucun diplôme	3	15	7	22	12	35	16	35	4	33	19	29
Fin d'études primaires	1	5	2	6	2	6	3	7	1	8	4	6
Brevet des collèges/BEPC, CAP, BEP	11	55	15	47	14	41	18	39	4	33	29	44
Bac, bac+2, bac+3	5	25	8	25	6	18	9	20	3	25	14	21
*: n≠67 car sans objet												
Couple (n=67)												
Est en couple	15	75	21	64	20	59	26	57	6	50	41	61
N'est pas en couple	5	24	10	30	14	41	19	41	5	42	24	36
Autre	1	5	2	6	0	0	1	2	1	8	2	3
Statut matrimonial (n=67)												
Marié.e ou pacsé.e	2	10	2	6	9	26	9	20	0	0	11	16
Séparé.e ou divorcé.e	3	14	5	15	1	3	3	7	2	17	6	9
Veuf.ve	0	0	2	6	1	3	3	7	2	17	3	4
Célibataire	16	76	24	73	23	68	31	67	8	67	47	70
Enfants (n=66)												
A des enfants	12	60	18	56	18	53	24	57	6	50	36	55
Enfants sont à charge	4	40	7	22	9	64	12	29	3	75	16	44
Enfants ne sont pas à sa charge	6	60	7	22	5	36	6	14	1	25	12	33
Non-réponse											8	22
N'a pas d'enfants	8	40	14	100	15	44	21	95	6	50	29	44
Ne sait pas	0	0	0	0	1	3	1	5	0	0	1	2
Avant l'incarcération, vivait (n=67) :												
Seul	9	43	15	45	15	44	21	46	6	50	30	45
En couple sans enfant	5	24	7	21	5	15	7	15	2	17	12	18
En couple avec enfants	2	10	5	15	6	18	9	20	3	25	11	16
Seul avec enfants	1	5	1	3	1	3	1	2	0	0	2	3
En colocation	0	0	0	0	3	9	3	7	0	0	3	4
Chez mère ou autre parent	3	14	4	12	3	9	4	9	1	8	7	10
Hébergé	1	5	1	3	0	0	0	0	0	0	1	1
Situation changeante	0	0	0	0	1	3	1	2	0	0	1	1
Lors de la dernière sortie, en cas de problème, pouvait compter												

	VIH+ (mono-infectés) N=21		VIH+ (mono- et co-infectés) N=33		VHC+ (mono-infectés) N=34		VHC+ (mono- et co-infectés) N=46		VIH+ VHC+ (co-infectés) N=12		Totaux N=67	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
sur *:												
Sa partenaire (n=19)	2	33	3	30	2	22	3	23	1	75	5	26
Quelqu'un de sa famille (n=28)	5	63	8	57	7	50	10	50	3	50	15	54
Un.e ami.e (n=28)	2	25	5	36	3	21	6	30	3	50	8	29
Un.e professionnel.le (n=28)	1	13	2	14	1	7	2	10	1	17	3	11
Quelqu'un d'autre (n=28)	2	25	4	28	1	7	3	15	2	33	5	18
*n≠67 car question filtrée												
Avant cette incarcération, en cas de problème, pouvait compter sur :												
Sa partenaire (n=32)	6	67	8	53	5	25	7	30	2	33	13	41
Quelqu'un de sa famille (n=47)	12	71	18	69	12	52	18	57	6	67	29	62
Un.e ami.e (n=47)	7	41	9	35	8	38	10	33	2	22	17	36
Un.e professionnel.le (n=46)	3	19	7	28	4	19	8	27	4	44	11	24
Quelqu'un d'autre (n=47)	5	29	6	23	2	10	3	10	1	11	8	17
*n≠67 car question filtrée												
Avant cette incarcération, en cas de moment difficile, pouvait en parler avec :												
Sa partenaire (n=39*)	5	38	7	33	7	39	9	35	2	25	14	36
Un.e proche (n=65*)	8	38	13	39	14	44	19	43	5	42	27	42
Un.e professionnel.le (n=65*)	3	14	6	18	2	6	5	11	3	25	8	12
Personne (n=63*)	10	48	15	47	8	26	13	31	5	45	23	37
*n≠67 car question filtrée ou réponses manquantes												
Pendant cette incarcération, en cas de problème, peut compter sur :												
Un.e professionnel.le du médico-social (n=22)	6	67	8	62	4	44	6	46	2	50	12	55
Un.e professionnel.le de la Pénitentiaire (n=23)	4	40	4	29	3	33	3	23	0	0	7	30
Un.e co-détenu.e (n=22)	1	11	3	23	3	33	5	38	2	50	6	26
Un.e autre détenu.e (n=23)	3	30	3	21	5	56	5	38	0	0	8	35
Quelqu'un d'autre (n=23)	3	30	3	21	0	0	0	0	0	0	3	13
Pendant cette incarcération, en cas de moment difficile, peut en parler avec :												
Sa partenaire (n=29)	1	8	2	33	4	31	5	10	1	25	6	21

	VIH+ (mono-infectés) N=21		VIH+ (mono- et co-infectés) N=33		VHC+ (mono-infectés) N=34		VHC+ (mono- et co-infectés) N=46		VIH+ VHC+ (co-infectés) N=12		Totaux N=67	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Un.e proche (n=64)	5	24	7	100	0	0	2	4	2	17	7	11
Un.e professionnel.le du médico-social (n=64)	5	24	9	53	8	26	12	24	4	33	17	27
Un.e professionnel.le de la Pénitentiaire (n=64)	2	10	3	75	1	3	2	4	1	8	4	6
Un.e co-détenu.e (n=64)	3	14	3	43	4	13	4	8	0	0	7	11
Un.e autre détenu.e (n=64)	1	5	2	67	1	3	2	4	1	8	3	5
Personne (n=64)	13	62	20	57	15	48	22	45	7	58	35	55
*n≠67 car question filtrée												
Avant l'incarcération, était en contact avec :												
Son père (n=66)												
Tous les jours	5	24	6	19	1	3	2	4	1	9	7	11
Au moins 1 fois/semaine	3	14	4	13	7	21	8	18	1	9	11	17
au moins 1 fois/mois	1	5	1	3	2	6	2	4	0	0	3	5
Plusieurs fois/an	2	10	2	6	0	0	0	0	0	0	2	3
Pas du tout	1	5	2	6	6	18	7	16	1	9	8	12
Est décédé	8	38	15	47	17	50	24	53	7	64	32	48
autre	1	5	2	6	1	3	2	4	1	9	3	5
*n≠67 car sans objet												
Sa mère (n=66*)												
Tous les jours	7	33	9	28	8	24	10	22	2	18	17	26
Au moins 1 fois/semaine	3	14	4	13	11	32	12	27	1	9	15	23
au moins 1 fois/mois	2	10	3	9	3	9	4	9	1	9	6	9
Plusieurs fois/an	2	10	2	6	1	3	1	2	0	0	3	5
Moins souvent	1	5	2	6	0	0	1	2	1	9	2	3
Pas du tout	2	10	3	9	3	9	4	9	1	9	6	9
Est décédé	4	19	8	25	8	24	12	27	4	36	16	24
Autre	0	0	1	3	0	0	1	2	1	2	1	2
*n≠67 car sans objet												
Sa partenaire (n=38*)												
Tous les jours	7	58	13	65	15	83	21	81	6	75	28	74
Au moins 1 fois/semaine	3	25	3	15	2	11	2	8	0	0	5	13
au moins 1 fois/mois	1	8	1	5	0	0	0	0	0	0	1	3
Plusieurs fois/an	1	8	1	5	0	0	0	0	0	0	1	3
Est décédé	0	0	1	5	1	6	2	8	1	13	2	5
autre	0	0	1	5	0	0	1	4	1	8	1	3
*n≠67 car sans objet												
Un de ses enfants (n=37*)												
Tous les jours	7	50	10	50	10	59	13	57	3	50	20	54
Au moins 1 fois/semaine	3	21	3	15	2	12	2	9	0	0	5	14
au moins 1 fois/mois	2	14	2	10	0	0	0	0	0	0	2	5
Plusieurs fois/an	1	7	2	10	2	12	3	13	1	17	4	11
Moins souvent	0	0	0	0	2	12	2	9	0	0	2	5
Pas du tout	0	0	1	5	0	0	1	4	1	17	1	3
Est décédé	1	7	1	5	1	6	1	4	0	0	2	5
autre	0	0	1	5	0	0	1	4	1	17	1	3
*n≠67 car sans objet												

	VIH+ (mono-infectés) N=21		VIH+ (mono- et co-infectés) N=33		VHC+ (mono-infectés) N=34		VHC+ (mono- et co-infectés) N=46		VIH+ VHC+ (co-infectés) N=12		Totaux N=67	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Un deuxième de ses enfants (n=20*)												
Tous les jours	2	33	4	36	5	56	7	50	2	40	9	45
Au moins 1 fois/semaine	1	17	1	9	1	11	1	7	0	0	2	10
au moins 1 fois/mois	2	33	3	27	0	0	1	7	1	20	3	15
Plusieurs fois/an	1	17	2	18	1	11	2	14	1	20	3	15
Moins souvent	0	0	0	0	1	11	1	7	0	0	1	5
Pas du tout	0	0	0	0	1	11	1	7	0	0	1	5
autre	0	0	1	9	0	0	1	7	1	20	1	5
*n≠67 car sans objet												
Un de ses frères ou sœurs (n=63*)												
Tous les jours	6	29	9	28	9	29	12	29	3	27	18	29
Au moins 1 fois/semaine	4	19	8	25	11	35	15	36	4	36	19	30
au moins 1 fois/mois	2	10	3	9	3	10	4	10	1	9	19	30
Plusieurs fois/an	4	19	4	13	3	10	3	7	0	0	7	11
Moins souvent	1	5	2	6	2	6	3	7	1	9	4	6
Pas du tout	3	14	4	13	2	6	3	7	1	9	6	10
Est décédé	1	5	1	3	1	3	1	2	0	0	2	3
autre	0	0	1	3	0	0	1	2	1	9	1	2
*n≠67 car sans objet												
Un deuxième de ses frères ou sœurs (n=49*)												
Tous les jours	5	28	6	29	5	23	6	19	1	11	11	22
Au moins 1 fois/semaine	2	11	4	19	8	36	10	32	2	22	12	24
au moins 1 fois/mois	2	11	4	19	2	9	4	13	2	22	6	12
Plusieurs fois/an	5	28	7	33	1	5	3	10	2	22	8	16
Moins souvent	0	0	0	0	2	9	2	6	0	0	2	4
Pas du tout	3	17	4	19	3	14	4	13	1	11	7	14
Est décédé	1	6	1	5	0	0	0	0	0	0	1	2
autre	0	0	1	5	1	5	2	6	1	11	2	4
*n≠67 car sans objet												
Un.e ami.e (n=44*)												
Tous les jours	7	44	10	42	14	70	17	61	3	38	24	55
Au moins 1 fois/semaine	6	38	10	42	2	10	6	21	4	50	12	27
au moins 1 fois/mois	3	19	3	13	2	10	2	7	0	0	5	11
Plusieurs fois/an	0	0	0	0	2	10	2	7	0	0	2	5
Est décédé	0	0	1	4	0	0	1	4	1	13	1	2
*n≠67 car sans objet												
Depuis l'incarcération, n'est plus en contact avec :												
Son père (n=67)	7	33	9	27	7	21	9	18	2	17	16	24
Sa mère (n=66)	8	38	11	34	13	38	16	36	3	27	24	36
Sa partenaire (n=38)	8	67	13	65	8	44	13	50	5	63	21	55
Ses enfants (n=67)	10	48	13	39	13	38	16	35	3	25	26	39
Ses frères ou sœurs (n=67)	12	57	18	55	26	76	32	70	6	50	44	66
Un.e ami.e (n=44)	12	75	16	67	17	85	21	75	4	50	33	75
*n≠67 car sans objet												
En cas de problème, peut compter sur des professionnel.les du médico-social : (n=18)												

	VIH+ (mono-infectés) N=21		VIH+ (mono- et co-infectés) N=33		VHC+ (mono-infectés) N=34		VHC+ (mono- et co-infectés) N=46		VIH+ VHC+ (co-infectés) N=12		Totaux N=67	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Avant et pendant l'incarcération	1	14	2	18	1	14	2	18	1	25	3	17
Avant l'incarcération	0	0	1	9	0	0	1	9	1	25	1	6
Pendant l'incarcération	3	43	4	36	2	29	3	27	1	25	6	33
Ni avant ni pendant l'incarcération	3	43	4	36	4	57	5	45	1	25	8	44
*n≠67 car question filtrée												
Avant l'incarcération, était en contact ave des professionnel.les ou bénévoles du médico-social : (n=67)												
Tous les jours	0	0	1	3	2	6	3	7	1	8	3	4
1 fois/semaine	3	14	7	21	7	21	11	24	4	33	14	21
1 fois/mois	4	19	6	18	9	26	11	24	2	17	15	22
Plusieurs fois par an	8	38	12	36	6	18	10	22	4	33	18	27
Moins souvent	0	0	0	0	2	6	2	4	0	0	2	3
Jamais	6	29	7	21	8	24	9	20	1	8	15	22
En détention, a vu la conseillère d'insertion et de probation : (n=60*)												
1 fois	13	72	15	52	11	35	13	31	2	18	26	43
2 fois	0	0	2	7	10	32	12	29	2	18	12	20
3-5 fois	2	11	6	21	9	29	13	31	4	36	15	25
Plus de 9 fois	3	17	6	21	1	3	4	10	3	27	7	12
*n≠67 car question non-renseignée en cas de faible maîtrise du français												
En détention, a vu l'aumônier (n=66)												
Oui	5	24	8	25	15	44	18	35	3	27	23	35
Non	16	76	24	75	19	56	27	52	8	73	43	65
*n≠67 car réponse manquante												
En détention, a vu une visiteuse (n=67)												
Oui	3	14	6	18	4	12	7	13	3	25	10	15
Non	18	86	27	82	39	88	48	87	9	75	57	85
En détention, a vu un avocat (n=67)												
Jamais	8	38	15	45	22	65	29	63	7	58	37	55
1 fois	1	5	3	9	6	18	8	17	2	17	9	13
2-6 fois	8	38	11	33	5	15	8	17	3	25	16	24
Plus de 8 fois	3	14	3	9	0	0	0	0	0	0	3	4
Non-réponse	1	5	1	3	1	3	1	2	0	0	2	3
En cas de moment difficile, peut en parler												

	VIH+ (mono-infectés) N=21		VIH+ (mono- et co-infectés) N=33		VHC+ (mono-infectés) N=34		VHC+ (mono- et co-infectés) N=46		VIH+ VHC+ (co-infectés) N=12		Totaux N=67	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
des professionnel.les du médico-social : (n=67)												
Avant et pendant l'incarcération	1	5	2	6	1	3	2	4	1	8	3	4
Avant l'incarcération	2	10	5	15	3	9	6	13	3	25	8	12
Pendant l'incarcération	5	24	6	18	3	9	4	9	1	8	9	13
Ni avant ni pendant l'incarcération	11	52	16	48	22	65	27	59	5	42	38	57
Ne sait pas	2	10	4	12	5	15	7	15	2	17	9	13
Lors de sa sortie précédente, pouvait compter sur quelqu'un pour l'aider ou le soutenir : (n=47)												
Oui	8	53	14	56	14	64	20	63	6	60	28	60
Non, ne peut compter sur personne	2	13	2	8	3	14	3	9	0	0	5	11
Non, se débrouille seul	4	27	7	28	5	23	8	25	3	30	12	26
Pas besoin d'aide/soutien	1	7	2	8	0	0	1	3	1	10	2	4
*n≠67 car question filtrée												
A sa prochaine sortie, aura un endroit où dormir (n=67)												
Oui	15	71	21	64	19	56	25	54	6	50	40	60
Non	0	0	2	6	8	24	10	22	2	17	10	15
Difficile à dire pour l'instant	6	29	10	30	7	21	11	24	4	33	17	25
A sa prochaine sortie, quelqu'un l'aura aidé pour trouver un endroit où dormir (n=43)												
Des professionnels du médico-social	0	0	1	5	1	5	2	7	1	14	2	5
Sa partenaire	3	21	3	14	1	5	1	3	0	0	4	9
Quelqu'un de sa famille	0	0	1	5	4	18	5	17	1	14	5	12
Des amis	1	7	2	10	2	9	3	10	1	14	4	9
Quelqu'un d'autre	0	0	0	0	1	5	1	3	0	0	1	2
Personne ne l'a aidé	2	14	2	10	1	5	1	3	0	0	3	7
Pas besoin d'aide	8	57	12	57	12	55	16	55	4	57	23	53
*n≠67 car question filtrée												
A sa prochaine sortie, aura un emploi (n=66)												
Oui	7	33	13	39	11	33	17	38	6	50	24	36
Non	2	10	6	18	10	30	14	31	4	33	16	24
Difficile à dire pour l'instant	8	38	10	30	11	33	13	29	2	17	21	32
Autre	1	5	1	3	0	0	0	0	0	0	1	2
Ne travaille pas	3	14	3	9	1	3	1	2	0	0	4	6
*n≠67 car réponse manquante												
A sa prochaine sortie, quelqu'un												

	VIH+ (mono-infectés) N=21		VIH+ (mono- et co-infectés) N=33		VHC+ (mono-infectés) N=34		VHC+ (mono- et co-infectés) N=46		VIH+ VHC+ (co-infectés) N=12		Totaux N=67	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
l'aura aidé pour trouver un emploi (n=26)												
Des professionnels du médico-social	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sa partenaire	0	0	1	8	1	7	2	10	1	17	2	8
Quelqu'un de sa famille	1	17	1	8	3	21	3	15	0	0	4	15
Des amis	1	17	2	17	0	0	1	5	1	17	2	8
Quelqu'un d'autre	1	17	1	8	2	14	2	10	0	0	3	12
Personne ne l'a aidé	0	0	1	8	2	14	3	15	1	17	3	12
Pas besoin d'aide	3	50	6	50	6	43	9	45	3	50	12	46
*n≠67 car question filtrée												
A sa prochaine sortie, aura des ressources (n=67)												
Oui	11	52	20	61	12	35	21	46	9	75	32	48
Non	4	19	4	12	12	35	12	26	0	0	16	24
Difficile à dire pour l'instant	6	29	9	27	10	29	13	28	3	25	19	28
A sa prochaine sortie, quelqu'un l'aura aidé pour avoir des ressources (n=24)												
Des professionnels du médico-social	0	0	0	0	2	25	2	13	0	0	2	8
Sa partenaire	1	13	2	13	0	0	1	6	1	13	3	13
Quelqu'un de sa famille	1	13	2	13	1	13	2	13	1	13	3	13
Des amis	0	0	0	0	1	13	1	6	0	0	1	4
Quelqu'un d'autre	2	25	3	19	0	0	1	6	1	13	3	13
Personne ne l'a aidé	1	13	3	19	0	0	2	13	2	25	3	13
Pas besoin d'aide	3	38	6	38	4	50	7	44	3	38	10	42
*n≠67 car question filtrée												
A sa prochaine sortie, quelqu'un viendra le chercher (n=67)												
Oui	12	57	18	55	11	32	17	27	6	50	29	43
Sa partenaire	0	0	1	6	4	36	5	8	1	17	5	100
Quelqu'un de sa famille	11	92	14	54	2	18	5	8	3	50	16	100
Des amis	0	0	2	11	4	36	6	10	2	33	6	100
Quelqu'un d'autre	1	8	1	6	0	0	0	0	0	0	1	100
Ne sait pas	0	0	0	0	1	9	1	2	0	0	1	100
Non	5	24	9	41	12	35	16	25	4	33	21	31
Difficile à dire pour l'instant	4	19	6	46	11	32	13	21	2	17	17	25
Situation administrative (n=65)												
Papiers d'identité français ou européens et en cours de validité	9	45	16	50	17	52	24	53	7	58	33	51
Titre de séjour en cours de validité	2	10	3	9	7	21	8	18	1	8	10	15
Situation en cours de régularisation	4	20	6	19	4	12	6	13	2	17	10	15
Situation irrégulière	5	25	7	22	5	15	7	16	2	17	1	18

	VIH+ (mono-infectés) N=21		VIH+ (mono- et co-infectés) N=33		VHC+ (mono-infectés) N=34		VHC+ (mono- et co-infectés) N=46		VIH+ VHC+ (co-infectés) N=12		Totaux N=67	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
*n≠67 car réponse manquante											2	
Couverture médicale de régime général avec mutuelle (n=67)												
Oui	5	24	6	18	3	9	4	9	1	8	9	13
Non	16	76	27	100	31	91	42	91	11	92	58	87
Couverture médicale de régime général sans mutuelle (n=67												
Oui	3	14	7	21	5	15	9	20	4	33	12	18
Non	18	86	26	100	29	85	37	80	8	67	55	82
Couverture maladie universelle (CMU) (n=67)												
Oui	9	43	11	33	10	29	12	26	2	17	21	31
Non	12	57	22	67	24	71	34	74	10	83	46	69
Aide médicale d'Etat (AME) (n=67)												
Oui	2	10	3	9	4	12	5	11	1	8	7	10
Non	19	90	30	91	30	88	41	89	11	92	60	90
Affection longue durée (ALD) (n=67)												
Oui	9	43	18	55	14	41	23	50	9	75	32	48
Non	12	57	15	45	20	59	23	50	3	25	35	52
Aucune couverture médicale (n=67)												
Oui	1	5	2	6	10	29	11	24	1	8	12	18
Non	20	95	31	94	24	71	35	76	11	92	55	82
Allocation Pole Emploi (n=67)												
Oui	0	0	0	0	1	3	1	2	0	0	1	1
Non	21	100	33	100	33	97	45	98	12	100	66	99
Revenu de solidarité active (RSA) (n=67)												
Oui	6	29	7	21	6	18	7	15	1	8	13	19
Non	15	71	26	79	28	82	39	85	11	82	54	81
Allocation adulte handicapé (AAH/MDPH) (n=67)												
Oui	5	24	13	39	3	9	11	24	8	67	16	24
Non	16	76	20	61	31	91	35	76	4	33	51	76
Allocation de retraite (n=67)												
Oui	2	10	2	6	2	6	2	4	0	0	4	6
Non	19	90	31	94	32	94	44	96	12	100	63	94

	VIH+ (mono-infectés) N=21		VIH+ (mono- et co-infectés) N=33		VHC+ (mono-infectés) N=34		VHC+ (mono- et co-infectés) N=46		VIH+ VHC+ (co-infectés) N=12		Totaux N=67	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Aucune allocation (n=67)												
Oui	9	43	12	36	22	65	25	54	3	25	34	51
Non	12	57	21	64	12	35	21	46	9	75	33	49
Juste avant cette incarcération, exerçait une activité (n=67)												
A temps complet	8	38	10	30	8	24	10	23	2	17	18	27
A temps partiel	2	10	4	12	13	38	15	35	2	17	17	25
Est chômeur	4	19	9	27	1	12	6	14	5	42	13	19
Ne travaillait pas	3	14	4	12	5	15	6	14	1	8	9	13
Statut d'invalidité	4	19	6	18	3	9	5	12	2	17	9	13
Sortait à peine de prison	0	0	0	0	1	3	1	2	0	0	1	1
Avant l'incarcération, l'activité exercée était (n=67)												
Majoritairement délictueuse	4	19	7	21	6	18	9	20	3	25	13	19
Majoritairement non-délictueuse, légale ou au noir	12	57	18	55	25	74	31	67	6	50	43	64
En partie délictueuse, et en partie non-délictueuse	2	10	2	6	1	3	1	2	0	0	3	4
Ne travaillait pas	3	14	6	18	2	6	5	11	3	25	8	12
Métier du père (n=67)												
Agriculteur exploitant (PCS 1)	2	10	2	6	1	3	1	2	0	0	3	4
Artisans, commerçant, chef d'entreprise (PCS 2)	4	19	4	12	2	6	2	4	0	0	6	9
Cadres, professions intellectuelles supérieures (PCS3)	4	19	4	12	4	12	4	9	0	0	8	12
Professions intermédiaires (PCS4)	0	0	0	0	1	3	1	2	0	0	1	1
Employés (PCS5)	2	10	6	18	5	15	9	20	4	33	11	16
Ouvriers (PCS6)	7	33	13	39	11	32	17	37	6	50	24	36
Autres personnes sans activité professionnelle (PCS8)	0	0	0	0	1	3	1	2	0	0	1	1
Ne sait pas	2	10	4	12	9	27	11	24	2	17	13	19
Métier de la mère (n=67)												
Agriculteur exploitant (PCS 1)	1	5	3	9	2	6	4	8	2	17	5	7
Artisans, commerçant, chef d'entreprise (PCS 2)	3	14	3	9	4	12	4	8	0	0	1	1
Cadres, professions intellectuelles supérieures (PCS3)	1	5	1	3	4	12	4	8	0	0	5	7
Professions intermédiaires (PCS4)	1	5	2	6	3	9	4	8	1	8	5	7
Employés (PCS5)	3	14	4	11	3	9	4	8	1	8	7	10
Ouvriers (PCS6)	3	14	6	17	8	24	11	22	3	25	14	21
Autres personnes sans activité	7	33	12	34	8	24	13	26	5	42	20	30

	VIH+ (mono-infectés) N=21		VIH+ (mono- et co-infectés) N=33		VHC+ (mono-infectés) N=34		VHC+ (mono- et co-infectés) N=46		VIH+ VHC+ (co-infectés) N=12		Totaux N=67	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
professionnelle (PCS8)												
Ne sait pas	2	10	4	11	4	12	6	12	2	17	8	12
Revenus (n=67)												
Moins de 200€	1	5	1	3	2	6	2	4	0	0	3	4
200-400€	1	5	1	3	2	6	2	4	0	0	3	4
400-1000€	4	19	11	33	12	35	19	41	7	58	23	34
1000-1500€	3	14	4	12	7	21	8	17	1	8	11	16
1500-2000€	3	14	4	12	2	6	3	7	1	8	6	9
2000-4000€	3	14	5	15	5	15	7	15	2	17	10	15
Plus de 4000€	6	29	6	18	4	12	4	9	0	0	10	15
Pas de revenus	0	0	1	3	0	0	1	2	1	8	1	1
A eu une permission de sortir (n=67)												
Oui	4	19	6	18	3	9	5	11	2	17	9	13
Non	17	81	27	82	31	91	41	89	10	83	58	87
A fait une ou des activités en détention (n=67)												
Oui	13	62	20	61	22	65	29	63	7	58	42	63
Non	8	38	13	39	12	35	17	37	5	42	25	37
Travaille (n=67)												
Oui	6	29	10	31	3	9	7	15	4	33	13	19
Non	14	67	22	69	31	91	39	85	8	67	53	79
A été détenu en quartier disciplinaire (n=67)												
Oui	3	14	3	9	1	3	1	2	0	0	4	6
Non	18	86	30	91	33	97	45	98	12	100	63	94
A changé de co-détenu (n=67)												
Oui	14	67	25	76	27	79	38	83	11	92	52	78
Non	7	33	8	24	7	21	8	17	1	8	15	22
Son pécule est alimenté par : (n=67)												
Son travail en détention	4	19	6	17	3	9	5	10	2	17	9	13
Ses économies personnelles	4	19	8	23	5	15	9	18	4	33	13	19
Des mandants envoyés par des proches	11	52	16	46	18	53	23	45	5	42	34	51
Des mandats envoyés par une association	1	5	1	3	0	0	0	0	0	0	1	1
Est indigent	1	5	4	11	11	32	14	27	3	25	15	22
Au moment de l'enquête, est incarcéré depuis (n=67)												
Moins d'1 mois	1	5	2	6	4	12	5	11	1	8	6	9
1-3 mois	4	19	7	21	12	35	15	33	3	25	19	28
3-6 mois	6	29	9	27	6	18	9	20	3	25	15	22
6-12 mois	6	29	10	30	3	9	7	15	4	33	13	19
12-24 mois	2	10	2	6	6	18	6	13	0	0	8	12

	VIH+ (mono-infectés) N=21		VIH+ (mono- et co-infectés) N=33		VHC+ (mono-infectés) N=34		VHC+ (mono- et co-infectés) N=46		VIH+ VHC+ (co-infectés) N=12		Totaux N=67	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Plus de 24 mois	2	10	3	9	3	9	4	9	1	8	6	9
Procédure en cours (n=66)												
Correctionnelle	15	75	23	72	28	82	36	78	8	67	51	77
Criminelle	5	25	7	22	6	18	8	17	2	17	13	20
Correctionnelle et criminelle	0	0	1	3	0	0	1	2	1	8	1	2
Ne sait pas	0	0	1	3	0	0	1	2	1	8	1	2
*n≠67 car réponse manquante												
Statut pénal (n=67)												
Condamné	11	52	21	64	22	65	32	70	10	83	43	64
Prévenu	8	38	10	30	12	35	14	30	2	17	22	33
Condamné et prévenu (plus d'une procédure en cours)	2	10	2	6	0	0	0	0	0	0	2	3
Durée de la peine si condamné (n=45)												
Moins de 6 mois	0	0	3	13	2	9	5	16	3	30	5	11
6-12 mois	4	31	6	26	8	36	10	31	2	20	14	31
12-24 mois	5	38	8	35	3	14	6	19	3	30	11	24
24-36 mois	3	23	4	17	4	18	5	16	1	10	7	16
Plus de 36 mois	1	8	2	9	5	23	6	19	1	10	7	16
*n≠67 car question filtrée												
Son avocat est (n=66)												
Commis d'office	2	10	7	22	5	15	10	22	5	42	12	18
Payé par le détenu	6	30	8	25	19	56	21	46	2	17	27	41
Autre	12	60	17	53	9	26	14	30	5	42	26	39
N'a pas d'avocat	0	0	0	0	1	3	1	2	0	0	1	2
*n≠67 car réponse manquante												
Nombre d'incarcérations précédentes (n=67)												
Aucune	6	29	8	24	10	29	12	26	2	17	18	27
1	5	24	5	15	7	21	7	15	0	0	12	18
2	2	10	3	9	3	9	4	9	1	8	6	9
3	3	14	5	15	4	12	6	13	2	17	9	13
4 ou 5	1	5	3	9	3	9	5	11	2	17	6	9
Plus de 6	4	19	9	27	7	21	12	26	5	42	16	24
Nombre d'années passées en détention au total, au cours de la vie (n=67)												
Durée courte (moins d'1 an)	5	24	6	18	7	21	8	17	1	8	13	19
Durée moyenne (1-3 ans)	6	29	11	33	13	38	18	39	5	42	24	36
Durée longue (plus de 3 ans)	10	48	16	48	14	41	20	43	6	50	30	45
Etat de santé perçue au moment de l'enquête (n=67)												
Très bon	3	14	4	12	1	3	2	4	1	8	5	7
Bon	9	13	11	33	6	18	8	17	2	17	17	25

	VIH+ (mono-infectés) N=21		VIH+ (mono- et co-infectés) N=33		VHC+ (mono-infectés) N=34		VHC+ (mono- et co-infectés) N=46		VIH+ VHC+ (co-infectés) N=12		Totaux N=67	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Moyen	7	33	10	30	14	41	17	37	3	25	24	36
Mauvais	2	10	5	15	11	32	14	30	3	25	16	24
Très mauvais	0	0	2	6	2	6	4	9	2	17	4	6
Ne sait pas	0	0	1	3	0	0	1	2	1	8	1	1
En détention, état de santé perçue (n=67)												
Meilleur que dehors	4	19	8	24	10	29	14	30	4	33	18	27
Pire que dehors	10	48	16	48	19	56	25	54	6	50	35	52
Pareil que dehors	6	29	8	24	5	15	7	15	2	17	13	19
Ne sait pas	1	5	1	3	0	0	0	0	0	0	1	1
En détention, se soigne (n=67)												
Plus que dehors	7	33	10	30	17	50	20	43	3	25	27	40
Moins que dehors	3	14	5	15	8	24	10	22	2	17	13	19
Pareil que dehors	11	52	18	55	9	26	16	35	7	58	27	40
En détention, prend soin de lui (n=66)												
Plus que dehors	9	43	12	36	10	30	13	29	3	25	22	33
Moins que dehors	6	29	11	33	10	30	15	33	5	42	21	32
Pareil que dehors	6	29	10	30	12	36	16	36	4	33	22	33
Ne sait pas	0	0	0	0	1	3	1	2	0	0	1	2
*n≠67 car réponse manquante												
Dehors, a un médecin traitant (n=66)												
Oui	19	90	28	88	18	53	27	60	9	82	46	70
Non	2	10	4	13	16	47	18	40	2	18	20	30
*n≠67 car réponse manquante												
Dehors, a un médecin qui le suit (n=67)												
Oui	20	95	31	94	18	53	29	63	11	92	49	73
Non	1	5	2	6	16	47	17	37	1	8	18	27
Relations avec le médecin dehors (n=66)												
Bonnes	18	86	29	91	24	73	35	80	11	92	53	80
Plutôt bonnes	2	10	2	6	5	15	5	11	0	0	7	11
Mauvaises	1	5	1	3	1	3	1	2	0	0	2	3
Il ne voit pas de médecin	0	0	0	0	3	9	3	7	0	0	3	5
*n≠67 car réponse manquante												
A vu un médecin généraliste au quartier Arrivants (n=67)												
Oui	19	90	30	91	32	94	43	93	11	92	62	93
Non	0	0	1	3	2	6	3	7	1	8	3	4
Ne sait pas	2	10	2	6	0	0	0	0	0	0	2	3
A vu un médecin en détention												

	VIH+ (mono-infectés) N=21		VIH+ (mono- et co-infectés) N=33		VHC+ (mono-infectés) N=34		VHC+ (mono- et co-infectés) N=46		VIH+ VHC+ (co-infectés) N=12		Totaux N=67	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
(n=67)												
Oui	20	95	32	97	33	97	45	98	12	100	65	97
Non	1	5	1	3	1	3	1	2	0	0	2	3
Relations avec le médecin en détention (n=67)												
Bonnes	17	81	25	76	23	68	31	67	8	67	48	72
Plutôt bonnes	3	14	4	12	6	18	7	15	1	8	10	15
Moyennes	1	5	3	9	3	9	5	11	2	17	6	9
Plutôt mauvaises	0	0	0	0	1	3	1	2	0	0	1	1
Mauvaises	0	0	1	3	1	3	2	4	1	8	2	3
Relations avec les infirmières en détention (n=67)												
Bonnes	18	86	26	84	25	74	33	75	8	67	51	76
Plutôt bonnes	1	5	2	6	4	12	5	11	1	8	6	9
Moyennes	2	10	2	6	2	6	2	5	0	0	2	3
Plutôt mauvaises	0	0	0	0	2	6	2	5	0	0	2	3
Mauvaises	0	0	1	3	1	3	2	5	1	8	2	3
Traitement déclaré au quartier Arrivants (n=67)												
Oui	18	86	29	88	29	85	40	87	11	92	58	87
Non	3	14	4	12	5	15	6	13	1	8	9	13
Dépistage proposé au quartier Arrivants (n=65)												
Oui	11	52	20	65	28	88	37	86	9	75	48	74
Non	9	43	11	35	4	13	6	14	2	17	15	23
*n≠67 car français insuffisant												
Dépistage accepté (n=50)												
Oui	12	92	18	82	28	100	34	92	6	67	46	92
Non	1	8	4	18	0	0	3	8	3	33	4	8
*n≠67 car question filtrée												
Résultats du dépistage rendus (n=46)												
Oui	8	67	11	61	21	75	24	71	3	50	32	70
Non	3	25	6	33	5	18	8	24	3	50	11	24
Ne sait pas	1	8	1	6	2	7	2	6	0	0	3	7
*n≠67 car question filtrée et français insuffisant												
Raison pour avoir refusé le dépistage (n=7)												
Connait déjà sa sérologie	1	50	2	50	2	67	3	60	1	50	4	57
Autre	1	50	2	50	1	33	2	40	1	50	3	43
*n≠67 car question filtrée												
Sérologie déclarée (n=67)												
VIH+	17	81	17	52							17	25
VHC+					34	100					34	51
Co-infecté VIH+VHC+			11	33					11	92	11	16
Se déclare	4	19	5	15			0	0	1	8	5	7

	VIH+ (mono-infectés) N=21		VIH+ (mono- et co-infectés) N=33		VHC+ (mono-infectés) N=34		VHC+ (mono- et co-infectés) N=46		VIH+ VHC+ (co-infectés) N=12		Totaux N=67	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
séronégatif (et ne renseigne pas les volets concernant les infections VIH et VHC)												
Sérologie réelle (n=67)												
VIH+	21	100										
VHC+					34	100						
Co-infecté VIH+VHC+									12	100		
Stade de l'infection VIH (n=28*)												
Pas de symptômes	2	12	2	7					0	0	2	7
A ou a déjà eu des symptômes	8	47	12	43					4	36	12	43
Est indétectable depuis plus de 6 mois	7	41	14	50					7	64	14	50
*n≠67 car question filtrée												
Age à l'annonce du VIH (n=28*)												
Moins de 18 ans	0	0	1	4					1	9	1	4
18-30 ans	4	24	11	39					7	64	11	39
31-40 ans	11	65	14	50					3	27	14	50
41-55 ans	1	6	1	4					0	0	0	0
Plus de 55 ans	1	6	1	4					0	0	1	4
*n≠67 car question filtrée												
Age à la contamination par le VIH (n=28*)												
Moins de 18 ans	0	0	2	7					2	18	2	7
18-30 ans	3	18	10	36					7	64	10	36
31-40 ans	7	41	8	29					1	9	8	29
41-55 ans	1	6	1	4					0	0	1	4
Ne sait pas	6	35	7	25					1	9	7	25
*n≠67 car question filtrée												
Mode de contamination par le VIH (n=28*)												
Hétérosexuel	13	76	19	68					6	54	19	68
UDVI	0	0	2	7					2	18	2	7
Hétérosexuel et UDVI	0	0	2	7					2	18	2	7
Ne sait pas	4	23	5	18					1	9	5	18
*n≠67 car question filtrée												
Le VIH préoccupe, prend la tête : (n=28)												
Beaucoup	4	24	6	21					2	18	6	21
Un peu	4	24	5	18					1	8	5	18
Pas du tout	9	53	17	61					8	73	17	61
*n≠67 car question filtrée												
Pense au VIH : (n=28)												
Très souvent	5	29	6	21					1	9	6	21
Souvent	4	24	6	21					2	18	6	21
Pas souvent	4	24	7	25					3	27	7	25
Jamais ou presque jamais	4	24	9	32					5	45	9	32

	VIH+ (mono-infectés) N=21		VIH+ (mono- et co-infectés) N=33		VHC+ (mono-infectés) N=34		VHC+ (mono- et co-infectés) N=46		VIH+ VHC+ (co-infectés) N=12		Totaux N=67	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
*n≠67 car question filtrée												
Le VIH affecte la vie quotidienne (n=28)												
Beaucoup	4	24	6	21					2	18	6	21
Un peu	4	24	5	18					1	9	5	18
Pas du tout	9	53	17	61					8	73	17	61
*n≠67 car question filtrée												
L'annonce du VIH a été un évènement : (n=28)												
Important	16	94	24	86					8	73	24	86
Peu important	0	0	3	11					3	27	3	11
Peu important	1	6	1	4					0	0	1	4
*n≠67 car question filtrée												
Au moment de l'annonce, a parlé du VIH à :												
Un professionnel (n=28)	9	53	13	46					4	34	13	46
Sa partenaire (n=28)	6	35	9	32					3	27	9	32
D'autres proches (n=28)	7	41	12	43					5	45	12	43
A personne (n=28)	4	24	7	25					3	27	7	25
*n≠67 car question filtrée												
Plus tard, a parlé du VIH à :												
Des professionnel.les du médico-social (n=28)	3	18	3	11					0	0	3	11
Son partenaire (n=28)	3	18	8	29					5	45	8	29
D'autres proches (n=28)	8	47	14	50					6	55	14	50
A personne (n=28)	6	35	9	32					3	27	9	32
*n≠67 car question filtrée												
A parlé du VIH avec un médecin spécialisé (n=28)												
Oui	16	94	27	96					11	100	27	96
Non	1	6	1	4					0	0	1	4
*n≠67 car question filtrée												
A parlé du VIH avec une infirmière (n=28)												
Oui	9	53	19	68					10	91	19	68
Non	8	47	9	32					1	9	9	32
*n≠67 car question filtrée												
Depuis le VIH et à cause du VIH, ne parle plus à certaines personnes (n=28)												
Oui	4	24	7	25					3	27	7	25
Non	13	76	19	68					6	55	19	68
Autre	0	0	1	4					1	9	1	4
Sans objet	0	0	1	4					1	9	1	4
*n≠67 car question filtrée												

	VIH+ (mono-infectés) N=21		VIH+ (mono- et co-infectés) N=33		VHC+ (mono-infectés) N=34		VHC+ (mono- et co-infectés) N=46		VIH+ VHC+ (co-infectés) N=12		Totaux N=67	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Dehors, a un médecin qui le suit pour le VIH (n=28)												
Oui	13	76	24	86					11	100	24	86
Non	4	24	4	14					0	0	4	14
*n≠67 car question filtrée												
Depuis le dépistage du VIH, a vu : (n=28)												
Toujours le même médecin	13	77	19	68					6	55	19	68
2-3 médecins	2	12	3	11					1	9	3	11
4-8 médecins	1	6	3	11					2	18	3	11
Plus de 8 médecins	1	6	3	11					2	18	3	11
*n≠67 car question filtrée												
Pour le VIH, le suivi est : (n=28)												
Régulier	17	100	27	96					10	91	27	96
Irrégulier	0	0	1	4					1	9	1	4
*n≠67 car question filtrée												
Le traitement pour le VIH est : (n=28)												
En cours	13	76	23	82					10	91	23	82
Arrêté	1	6	1	4					0	0	1	4
N'a jamais eu de traitement pour le VIH	3	18	4	14					1	9	4	14
*n≠67 car question filtrée												
Lieu du 1er traitement pour le VIH (n=25)												
UCSA	3	20	6	23					3	30	6	24
UCSA de Fresnes, peine en cours	1	7	1	4					0	0	1	4
Hôpital	11	73	18	69					7	79	18	72
Médecin de ville	1	7	1	4					0	0	1	4
*n≠67 car question filtrée												
Début du traitement VIH encouragé par :												
Un.e proche (n=25)	14	93	24	100					10	100	24	96
Un.e professionnelle de soin (n=20)	8	62	13	100					5	71	13	65
Le fait d'avoir un travail	0	0	0	0					0	0	0	0
Le fait d'être incarcéré (n=20)	0	0	1	100					1	14	1	5
Le fait d'y avoir accès	0	0	0	0					0	0	0	0
L'annonce récente du VIH (n=20)	5	38	8	100					3	43	8	40
Nécessité médicale (n=12)	1	17	3	100					2	33	3	25
*n≠67 car question filtrée												
Oublie de prendre son traitement VIH (n=25)												
De temps en temps	2	13	5	20					3	30	5	20

	VIH+ (mono-infectés) N=21		VIH+ (mono- et co-infectés) N=33		VHC+ (mono-infectés) N=34		VHC+ (mono- et co-infectés) N=46		VIH+ VHC+ (co-infectés) N=12		Totaux N=67	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Rarement	2	13	5	20					3	30	5	20
jamais	11	73	15	60					4	40	15	60
*n≠67 car question filtrée												
Arrêt du traitement VIH (n=25)												
Lors d'une mise sous écrou	3	20	7	32					4	40	7	28
Pendant une incarcération	1	7	6	27					5	50	6	24
Lors d'une sortie de prison	1	5	1	5					0	0	1	4
A un autre moment	4	27	8	36					4	40	8	32
*n≠67 car question filtrée												
Prise du traitement du VIH moins régulière (n=25)												
Lors d'une mise sous écrou	1	7	3	17					2	20	3	12
Pendant une incarcération	1	7	1	6					0	0	1	4
Lors d'une sortie de prison	1	7	2	11					1	10	2	8
A un autre moment	7	47	12	67					5	50	12	48
*n≠67 car question filtrée												
Prise du traitement du VIH plus régulière (n=25)												
Lors d'une mise sous écrou	0	0	1	6					1	10	1	4
Pendant une incarcération	5	33	10	63					5	50	10	40
Lors d'une sortie de prison	0	0	0	0					0	0	0	0
A un autre moment	2	13	5	31					3	30	5	20
Raison d'absence de traitement : (n=4)												
N'en a pas encore besoin	3	100	4	100					1	100	4	100
*n≠67 car question filtrée												
Stade de l'infection VHC (n=45)												
Pas de symptômes					17	50	20	44	3	27	20	44
A ou a déjà eu des symptômes					14	41	17	38	3	27	17	38
Est guéri.e					3	9	8	18	5	45	8	18
*n≠67 car question filtrée												
Age à l'annonce du VHC (n=45)												
Moins de 18 ans					1	3	1	2	0	0	1	2
18-30 ans					14	41	20	44	6	55	20	44
31-40 ans					13	38	15	33	2	18	15	33
41-55 ans					5	15	7	16	2	18	7	16
Plus de 55 ans					0	0	0	0	0	0	0	0
Ne sait pas					1	3	2	4	1	9	2	4
*n≠67 car question filtrée												
Age à la contamination												

	VIH+ (mono-infectés) N=21		VIH+ (mono- et co-infectés) N=33		VHC+ (mono-infectés) N=34		VHC+ (mono- et co-infectés) N=46		VIH+ VHC+ (co-infectés) N=12		Totaux N=67	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
par le VHC (n=45)												
Moins de 18 ans					2	6	4	9	2	18	4	9
18-30 ans					8	24	11	24	3	27	11	24
31-40 ans					2	6	3	7	1	9	3	7
41-55 ans					1	3	1	2	0	0	1	2
Ne sait pas					21	62	26	58	5	45	26	58
*n≠67 car question filtrée												
Mode de contamination par le VHC (n=40)												
Hétérosexuel					0	0	3	8	3	27	3	8
UD (UDVI et sniff)					16	55	19	48	3	27	19	48
Ne sait pas					13	45	16	40	3	27	16	40
Hétérosexuel et UDVI					0	0	1	3	1	9	1	3
Autre					0	0	1	3	1	9	1	3
*n≠67 car question filtrée												
Le VHC préoccupe, prend la tête : (n=44)												
Beaucoup					14	42	17	39	3	27	17	39
Un peu					12	36	14	32	2	18	14	32
Pas du tout					6	18	12	27	6	55	12	27
Autre					1	3	1	2	0	0	1	2
*n≠67 car question filtrée												
Pense au VHC : (n=44)												
Très souvent					9	27	10	23	1	9	10	23
Souvent					11	33	14	32	3	27	14	32
Pas souvent					9	27	10	23	1	9	10	23
Jamais ou presque jamais					4	12	10	23	6	55	10	23
*n≠67 car question filtrée												
Le VHC affecte la vie quotidienne (n=41)												
Beaucoup					9	29	10	24	1	10	10	24
Un peu					10	32	13	32	3	30	13	32
Pas du tout					12	39	17	41	5	50	17	41
Autre					0	0	1	2	1	10	1	2
*n≠67 car question filtrée												
L'annonce du VHC a été un évènement : (n=42)												
Important					18	58	23	55	5	45	23	55
Moyennement important					9	29	9	21	0	0	9	21
Peu important					1	3	5	12	4	36	5	12
Peu important					1	3	3	7	2	18	3	7
Pas du tout important					2	6	2	5	0	0	2	5
*n≠67 car question filtrée												
Au moment de l'annonce, a parlé du VHC à :												

	VIH+ (mono-infectés) N=21		VIH+ (mono- et co-infectés) N=33		VHC+ (mono-infectés) N=34		VHC+ (mono- et co-infectés) N=46		VIH+ VHC+ (co-infectés) N=12		Totaux N=67	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Des professionnel.les du médico-social (n=44)					17	52	24	55	7	64	24	55
Son partenaire (n=44)					6	18	10	23	4	36	10	23
D'autres proches (n=44)					11	33	15	34	4	36	15	34
A personne					27	82	8	18	1	18	8	18
*n≠67 car question filtrée												
Plus tard, a parlé du VHC à :												
Des professionnel.les du médico-social (n=44)					6	18	7	16	1	9	7	16
Son partenaire (n=43)					6	19	8	18	2	18	8	19
D'autres proches (n=44)					15	46	18	41	3	27	18	41
A personne (n=44)					10	30	17	39	7	64	17	39
*n≠67 car question filtrée												
Depuis le VHC et à cause du VHC, ne parle plus à certaines personnes (n=43)												
Oui					0	0	3	7	3	27	3	7
Non					31	97	37	86	6	55	37	86
Sans objet					1	3	3	7	2	18	3	7
*n≠67 car question filtrée												
Dehors, a un médecin qui le suit pour le VHC (n=43)												
Oui					8	25	13	30	5	45	13	30
Non					24	75	30	70	6	55	30	70
*n≠67 car question filtrée												
Depuis le dépistage du VHC, a vu : (n=45)												
Toujours le même médecin					9	26	12	27	3	27	12	27
2-3 médecins					4	12	6	13	2	18	6	13
4-8 médecins					1	3	1	2	0	0	1	2
Plus de 8 médecins					1	3	1	2	0	0	1	2
Ne sait pas					19	56	25	56	6	55	25	56
*n≠67 car question filtrée												
Pour le VHC, le suivi est : (n=45)												
Régulier					15	44	21	47	6	55	21	47
Irrégulier					6	18	7	16	1	9	7	16
Une seule consultation					3	9	6	13	3	27	6	13
Aucun suivi					7	21	8	18	1	9	8	18
Autre					3	9	3	7	0	0	3	7
*n≠67 car question filtrée												
Le traitement pour le VHC est : (n=43)												
En cours					9	26	10	23	1	10	10	23

	VIH+ (mono-infectés) N=21		VIH+ (mono- et co-infectés) N=33		VHC+ (mono-infectés) N=34		VHC+ (mono- et co-infectés) N=46		VIH+ VHC+ (co-infectés) N=12		Totaux N=67	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Arrêté					7	21	8	18	1	10	7	16
Terminé (guérison)					2	6	4	9	2	20	4	9
N'a jamais eu de traitement					16	47	22	50	6	60	22	51
*n≠67 car question filtrée et réponses manquantes												
Lieu du 1er traitement VHC : (n=18)												
UCSA (autre UCSA ou peine antérieure)					11	79	12	67	1	25	12	67
UCSA de Fresnes, peine en cours					10	63	11	61	1	25	11	92
Hôpital					2	14	5	28	3	75	5	28
Médecin de ville					1	7	1	6	0	0	1	6
*n≠67 car question filtrée												
Oublie de prendre son traitement VHC (n=21)												
De temps en temps					2	13	3	14	1	20	3	14
Rarement					2	13	2	10	0	0	2	10
Jamais					12	75	16	76	4	80	16	76
*n≠67 car question filtrée												
Début du traitement VHC encouragé par :												
Un.e proche					0	0	0	0	0	0	0	0
Un.e professionnelle de soin (n=21)					6	38	9	43	3	60	9	43
Le fait d'avoir un travail (n=21)					0	0	0	0	0	0	0	0
Le fait d'être incarcéré (n=21)					7	44	9	43	2	40	9	43
Le fait d'y avoir accès (n=21)					0	0	0	0	0	0	0	0
L'annonce récente du VHC (n=21)					7	44	10	48	3	60	10	48
*n≠67 car question filtrée												
Arrêt du traitement VHC : (n=20)												
Lors d'une mise sous écrou					0	0	3	27	3	75	3	15
Pendant une incarcération					5	31	5	45	0	0	5	25
Lors d'une sortie de prison					2	13	2	18	0	0	2	10
A un autre moment					1	7	1	9	0	0	1	5
*n≠67 car question filtrée												
Prise du traitement du VHC moins régulière (n=20)												
Lors d'une mise sous écrou					0	0	0	0	0	0	0	0
Pendant une incarcération					1	6	1	33	0	0	1	5
Lors d'une sortie de prison					1	6	1	33	0	0	1	5
A un autre moment					1	3	1	33	0	0	1	5
*n≠67 car question filtrée												
Prise du traitement du VHC plus												

	VIH+ (mono-infectés) N=21		VIH+ (mono- et co-infectés) N=33		VHC+ (mono-infectés) N=34		VHC+ (mono- et co-infectés) N=46		VIH+ VHC+ (co-infectés) N=12		Totaux N=67	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
régulière (n=20)												
Lors d'une mise sous écrou					0	0	0	0	0	0	0	0
Pendant une incarcération					1	6	1	50	0	0	1	5
Lors d'une sortie de prison					1	6	1	50	0	0	1	5
A un autre moment					0	0	0	0	0	0	0	0
*n≠67 car question filtrée												
Raison d'absence de traitement VHC:												
Les médecins lui ont dit qu'il n'en avait pas encore besoin					6	38	8	33	2	25	8	33
Les médecins lui ont dit qu'il en avait besoin mais n'a pas pu le commencer					7	44	8	33	1	13	8	33
Il juge l'incarcération incompatible avec le traitement et attend la sortie pour le commencer					3	19	8	33	5	63	8	33
*n≠67 car question filtrée												
Hospitalisation (n=66)												
Oui	20	95	29	91	29	85	38	84	9	82	58	88
Non	1	5	3	9	5	15	7	16	2	18	8	12
*n≠67 car réponse manquante												
Hospitalisation en psychiatrie (n=67)												
Oui	4	19	8	24	10	29	14	30	4	33	18	27
non	17	81	25	76	24	71	32	70	8	67	49	73
Sous traitement psychiatrique (n=67)												
Oui	2	10	4	12	4	12	6	13	2	17	6	9
Non	19	90	29	88	30	88	40	87	10	83	59	88
Traitement psychiatrique antérieur (n=67)												
Oui	0	0	2	6	5	15	7	15	2	17	7	10
Non	21	100	31	94	29	85	39	85	10	83	60	90
Suivi au SMPR (n=66)												
Oui	11	55	18	56	15	44	22	48	7	58	33	50
Non	9	45	14	44	19	56	24	52	5	42	33	50
*n≠67 car réponse manquante												
Suivi psychiatrique (n=66)												
Oui	3	14	6	15	2	6	5	10	3	25	8	12
Long et régulier	1	33	3	8	0	0	2	4	2	67	2	25
Log et irrégulier	0	0	1	3	1	50	2	4	1	33	2	25
court	2	67	2	5	1	50	1	2	0	0	3	38
Non	18	86	27	69	31	94	40	80	9	75	58	88
*n≠67 car réponse												

	VIH+ (mono-infectés) N=21		VIH+ (mono- et co-infectés) N=33		VHC+ (mono-infectés) N=34		VHC+ (mono- et co-infectés) N=46		VIH+ VHC+ (co-infectés) N=12		Totaux N=67	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
manquante												
Interruption du suivi psychiatrique (n=8)												
Lors d'une mise sous écrou	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ne sait pas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lors d'une sortie de prison	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ne sait pas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sans objet	0	0	0	0	1	100	1	100	0	0	1	100
Dépendance aux psychoactifs :												
Alcool (n=67)	6	29	12	36	15	44	21	46	6	50	27	40
En cours (n=21)	1	25	2	25	5	39	6	35	1	25	7	33
Drogues illicites (n=67)	4	19	13	39	20	59	29	63	9	75	33	49
En cours(n=31)	0	0	1	8	6	33	7	27	1	13	7	23
Médicaments détournés de leur usage (n=67)	2	10	2	6	8	24	8	17	0	0	10	15
En cours (n=9)	1	50	1	50	3	43	3	43	0	0	4	44
*n≠67 car question filtrée												
Polyconsommation de psychoactifs : (n=34)												
Oui	5	83	10	71	15	75	20	71	5	63	25	74
Non	1	17	4	29	5	25	8	29	3	38	9	26
*n≠67 car question filtrée												
Traitement de substitution (n=52)												
Oui												
Subutex	1	6	4	15	9	35	12	33	3	30	13	25
Méthadone	1	6	1	4	8	31	8	22	0	0	9	17
Subutex et méthadone	0	0	3	12	3	12	6	17	3	30	6	12
Non	14	88	18	69	6	23	10	28	4	40	24	46
*n≠67 car question filtrée												
Autres pathologies (n=66)												
Oui, avec suivi médical long	3	14	5	15	12	36	14	31	2	17	17	26
Non, pas d'autres pathologies	14	67	20	61	17	52	23	51	6	50	37	56
Non, autres pathologies avec suivi médical court	4	19	8	24	4	12	8	18	4	33	12	18
*n≠67 car réponse manquante												
Interruption de suivi pour une autre pathologie												
Lors d'une mise sous écrou (n=67)	1	5	2	6	4	12	5	7	1	8	6	9
Ne sait pas	18	86	28	85	22	65	32	44	10	83	50	100
Lors d'une sortie (n=67)	0	0	0	0	3	8	3	4	0	0	3	4
Ne sait pas	18	86	28	85	22	65	32	44	10	83	50	100

	VIH+ (mono-infectés) N=21		VIH+ (mono- et co-infectés) N=33		VHC+ (mono-infectés) N=34		VHC+ (mono- et co-infectés) N=46		VIH+ VHC+ (co-infectés) N=12		Totaux N=67	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
*n≠67 car question filtrée												
Traitement pour une autre pathologie (n=32)												
Oui	0	0	1	17	3	12	4	13	1	25	4	13
Non	2	100	5	83	23	88	26	87	3	75	28	88
*n≠67 car question filtrée												
Traitement pour « dormir ou se calmer » (n=34)												
Oui	4	100	8	100	24	92	28	93	4	100	32	94
Benzodiazépines (n=29)	3	100	7	100	21	95	25	89	4	100	28	88
Hypnotiques (n=29)	0	0	0	0	1	5	1	4	0	0	1	3
Non	0	0	0	0	2	8	2	7	0	0	2	6
*n≠67 car question filtrée												
Interruption de suivi pour toutes pathologies confondues lors d'un sortie (n=67)												
Oui	2	10	4	12	6	18	8	17	2	17	10	15
Non	19	90	29	88	28	82	38	83	10	83	57	85
Errance (n=66)												
Oui	11	52	20	61	17	52	26	58	9	75	37	56
Non	10	48	13	39	16	48	19	42	3	25	29	44
*n≠67 car question filtrée												
Durée de la période d'errance la plus longue (n=36)												
Moins d'un an	5	50	11	58	4	24	10	38	6	66	15	42
1-5 ans	3	30	3	16	8	47	8	31	0	0	11	31
Plus de 5 ans	2	20	5	26	5	29	8	31	3	33	10	28
*n≠67 car question filtrée												
Prise du traitement en période d'errance (n=28)												
Plus régulière	0	0	0	0	1	8	1	5	0	0	1	4
Moins régulière	1	11	4	27	1	8	4	21	3	50	5	18
Pas d'effet de l'errance sur l'observance	6	67	8	53	4	31	6	32	2	33	12	43
Pas besoin de traitement à cette période	1	11	2	13	7	54	8	42	1	17	9	32
Autre	1	11	1	7	0	0	0	0	0	0	1	4
*n≠67 car question filtrée												
Contacts avec les soignants en période d'errance (n=31)												
Plus fréquents	2	22	2	13	4	27	4	18	0	0	6	19
Moins fréquents	0	0	3	19	2	13	5	23	3	43	5	16
Pas d'effet de l'errance sur l'accès aux soins	7	78	8	50	8	53	9	41	1	14	16	52
Pas besoin de soins	0	0	3	19	1	7	4	18	3	43	4	13

	VIH+ (mono-infectés) N=21		VIH+ (mono- et co-infectés) N=33		VHC+ (mono-infectés) N=34		VHC+ (mono- et co-infectés) N=46		VIH+ VHC+ (co-infectés) N=12		Totaux N=67	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
*n≠67 car question filtrée												
Contacts avec les travailleurs sociaux en période d'errance (n=31)												
Plus fréquents	6	67	8	50	7	47	9	41	2	29	15	48
Moins fréquents	0	0	3	19	0	0	3	14	3	43	3	10
Pas d'effet de l'errance sur l'accès à l'aide sociale	3	33	3	19	6	40	6	27	0	0	9	29
Pas besoin de soins	0	0	1	6	1	7	2	9	1	14	2	6
Ne sait pas	0	0	0	0	1	7	1	5	0	0	1	3
Autre	0	0	1	6	0	0	1	5	1	14	1	3
*n≠67 car question filtrée												
Soin de soi en période d'errance (n=28)												
Plus important	0	0	0	0	1	8	1	5	0	0	1	4
Moins important	1	11	1	6	1	8	1	5	0	0	2	7
Pas d'effet de l'errance sur la prise de soin de soi	5	56	9	56	5	42	9	47	4	57	14	50
Ne sait pas	3	33	6	38	4	33	7	37	3	43	10	36
Autre	0	0	0	0	1	8	1	5	0	0	1	4
*n≠67 car question filtrée												

Annexe 5. Tris croisés

Tri croisé : continent de naissance selon le mode de contamination par le VIH

	Rapport hétérosexuel	UDVI	Rapport hétérosexuel et UDVI	Ne sait pas	Réponse manquante	Total
Afrique du Nord	3			1		**4**
Afrique Subsaharienne	6			3	1	**10**
Autre	1					**1**
Europe de l'Est				1		**1**
France	9	2	2		4	**17**
Total	**19**	**2**	**2**	**5**	**5**	**33**

N=33 détenus séropositifs au VIH (mono- ou co-infectés)
UDVI : usager de drogues par voie intraveineuse, contamination par partage de matériel d'injection

Tri croisé : suivi médical en milieu ouvert selon le traitement contre le VHC

	Traitement VIH en cours	Traitement VIH arrêté	N'a jamais eu de traitement	Autre	Réponse manquante	Total général
Suivi par un médecin	6	6	13	2	1	**28**
N'est pas suivi par un médecin	4	2	10	2		**17**
Total	**10**	**8**	**23**	**4**	**1**	**45**

N=45 détenus séropositifs au VHC (mono- ou co-infectés)

Tris croisé : nombre total d'années d'incarcération selon l'observance au traitement contre le VIH

	Oublie son traitement de temps en temps	Oublie son traitement rarement	N'oublie jamais son traitement	Réponse manquante	Total
Moins d'un an			3	3	**6**
Entre 1-3 ans	3	2	3	3	**11**
Plus de 3 ans	2	3	9	2	**16**
Total	**5**	**5**	**15**	**8**	**33**

N=33 détenus séropositifs au VIH (mono- ou co-infectés)

Tris croisé : nombre total d'années d'incarcération selon l'observance au traitement contre le VHC

	Oublie son traitement de temps en temps	Oublie son traitement rarement	N'oublie jamais son traitement	Réponse manquante	Total
Moins d'un an			3	5	**8**
Entre 1-3 ans	1	1	7	9	**18**
Plus de 3 ans	2	1	6	11	**20**
Total	**3**	**2**	**16**	**25**	**46**

N=46 détenus séropositifs au VHC (mono- ou co-infectés)

Tris croisé : situation administrative selon l'état de santé

	Très bon / bon		Moyen		Mauvais / très mauvais		Ne sait pas		Total	
Situation régulière	15	33 %	19	42 %	11	24 %	0	0 %	**45**	**100 %**
Situation irrégulière ou en demande de régularisation	7	32 %	5	23 %	9	41 %	1	5 %	**22**	**100 %**
Total	**22**	**33 %**	**24**	**36 %**	**20**	**30 %**	**1**	**1 %**	**67**	**100 %**

N= 67

Tris croisé : situation administrative selon le stade de l'infection à VIH

	Asymptomatique	Symptomatique ou l'a été	Indétectable plus de 6 mois	Réponse manquante	Total
Français ou Européen en situation régulière		7	6	3	**16**
Étranger en situation régulière	1	3	3		**7**
Étranger en cours de demande de régularisation	1		2	1	**4**
Étranger en situation irrégulière		2	3	1	**6**
Total	**2**	**12**	**14**	**5**	**33**

N=33 détenus séropositifs au VIH (mono- ou co-infectés)

Tri croisé : situation administrative selon le stade de l'infection à VHC

	Asymptomatique	Symptomatique au moins 1 fois	Guéri	Réponse manquante	Total
Français ou Européen en situation régulière	12	7	4	1	**24**
Étranger en situation régulière	2	4	1		**7**
Étranger en cours de demande de régularisation	2	5	2		**9**
Étranger en situation irrégulière	4	1	1		**6**
Total	**20**	**17**	**8**	**1**	**46**

N=46 détenus séropositifs au VHC (mono- ou co-infectés)

Tri croisé : situation administrative selon le suivi médical en milieu ouvert

	Suivi	Pas de suivi	Total
Français ou Européen en situation régulière	49 %	50 %	**49 %**
Étranger en situation régulière	22 %	6 %	**18 %**
Étranger en cours de demande de régularisation	8 %	44 %	**18 %**
Étranger en situation irrégulière	20 %	0 %	**15 %**
Total	**100 %**	**100 %**	**100 %**

N= 67

Tri croisé : situation administrative selon l'évolution de l'état de santé depuis l'incarcération

	Meilleur	Pire	Pas d'évolution	Autre	Total
Français ou Européen en situation régulière	56 %	40 %	62 %	100 %	**49 %**
Étranger en situation régulière	6 %	26 %	15 %	0 %	**18 %**
Étranger en cours de demande de régularisation	17 %	23 %	8 %	0 %	**18 %**
Étranger en situation irrégulière	22 %	11 %	15 %	0 %	**15 %**
Total	**100 %**	**100 %**	**100 %**	**100 %**	**100 %**

N= 67

Tri croisé : âge selon l'hospitalisation en psychiatrie

	Au moins une	Aucune	Total
Moins de 30 ans	0 %	12 %	**9 %**
30-39 ans	39 %	33 %	**34 %**
40-49 ans	50 %	37 %	**40 %**
50+ ans	11 %	18 %	**16 %**
Total	**100 %**	**100 %**	**100 %**

N= 67

Tri croisé : continent de naissance selon l'hospitalisation en psychiatrie

	Au moins une	Aucune	Total
Afrique du Nord	11 %	14 %	**13 %**
Afrique du Sud	17 %	20 %	**19 %**
Autre	0 %	6 %	**4 %**
Europe de l'Est	6 %	22 %	**18 %**
France	67 %	33 %	**42 %**
Portugal	0 %	4 %	**3 %**
Total	**100 %**	**100 %**	**100 %**

N= 67

Tri croisé : nombre d'incarcérations précédentes selon l'hospitalisation en psychiatrie

	Au moins une hospitalisation	Aucune hospitalisation	Total
Aucune incarcération précédente	6 %	35 %	**27 %**
1 incarcération	11 %	20 %	**18 %**
2 incarcérations	11 %	8 %	**9 %**
3 incarcérations	11 %	14 %	**13 %**
4-5 incarcérations	17 %	6 %	**9 %**
Plus de 6 incarcérations	44 %	16 %	**24 %**
Total	**100 %**	**100 %**	**100 %**

N= 67

Tris croisé : nombre total d'années d'incarcération selon le hospitalisation en psychiatrie

	Au moins une hospitalisation	Aucune hospitalisation	Total
Aucune incarcération précédente	6 %	35 %	**27 %**
1 incarcération	11 %	16 %	**15 %**
2 incarcérations	33 %	12 %	**18 %**
3 incarcérations	50 %	37 %	**40 %**
Total	**100 %**	**100 %**	**100 %**

N= 67

Tri croisé : Nombre d'années d'errance selon l'hospitalisation en psychiatrie

	Au moins une hospitalisation	Aucune hospitalisation	Total
Errance	72 %	49 %	**55 %**
Pas d'errance	22 %	51 %	**43 %**
Ne sait pas	6 %	0 %	**1 %**
Total	**100 %**	**100 %**	**100 %**

N= 67

Tri croisé : Revenus avant l'incarcération selon l'hospitalisation en psychiatrie

	Au moins une hospitalisation	Aucune hospitalisation	Total
Moins de 200 euros	0 %	6 %	**4 %**
200-399 euros	6 %	4 %	**4 %**
400-999 euros	50 %	29 %	**34 %**
1000-1499 euros	28 %	12 %	**16 %**
1500-1999 euros	0 %	12 %	**9 %**
2000-3999 euros	6 %	18 %	**15 %**
4000+ euros	11 %	16 %	**15 %**
Aucun revenu	0 %	2 %	**1 %**
Total	**100 %**	**100 %**	**100 %**

N= 67

Tri croisé : Allocation de la MDPH (AAH) selon l'hospitalisation en psychiatrie

	Au moins une hospitalisation	Aucune hospitalisation	Total
Allocation de la MDPH	44 %	16 %	24 %
Pas d'allocation de la MDPH	56 %	84 %	76 %
Total	100 %	100 %	100 %

N= 67

Tri croisé : Situation administrative selon l'hospitalisation en psychiatrie

	Au moins une hospitalisation	Aucune hospitalisation	Total
Français ou Européen en situation régulière	72 %	41 %	**49 %**
Étranger en situation régulière	11 %	20 %	**18 %**
Étranger en cours de demande de régularisation	11 %	20 %	**18 %**
Étranger en situation irrégulière	6 %	18 %	**15 %**
Total	**100 %**	**100 %**	**100 %**

N= 67

Tri croisé : Couverture Affection longue durée selon l'hospitalisation en psychiatrie

	Au moins une hospitalisation	Aucune hospitalisation	Total
Couvert par l'ALD	72 %	39 %	**48 %**
Non couvert par l'ALD	28 %	61 %	**52 %**
Total	**100 %**	**100 %**	**100 %**

N= 67

Tris croisé : Affection longue durée (ALD) selon la situation administrative

	Situation administrative				
	Français ou européens avec passeport valide	Étrangers en situation irrégulière	Étrangers en cours de demande de regularization	Étrangers avec titre de séjour valide	Total général
Couvert par l'ALD	19	2	7	4	**32**
Non couvert par l'ALD	14	10	3	8	**35**
Total	**33**	**12**	**10**	**12**	**67**

N= 67

Tri croisé : Affection longue durée (ALD) selon le situation administrative

	Situation administrative				
	Français ou européens avec passeport valide	Étrangers en situation irrégulière	Étrangers en cours de demande de regularization	Étrangers avec titre de séjour valide	Total général
Couvert par l'ALD	4	1	3	1	**9**
Non couvert par l'ALD	5	2	1	4	**12**
Total	**9**	**3**	**4**	**5**	**21**

N=21 détenus séropositifs au VIH (mono-infectés)

Tri croisé : Affection longue durée (ALD) selon le situation administrative

	Situation administrative				
	Français ou européens avec passeport valide	**Étrangers en situation irrégulière**	**Étrangers en cours de demande de regularization**	**Étrangers avec titre de séjour valide**	**Total général**
Couvert par l'ALD	9		3	2	**14**
Non couvert par l'ALD	8	8	1	3	**20**
Total	**17**	**8**	**4**	**5**	**34**

N=34 détenus séropositifs au VHC (mono-infectés)

Tri croisé : Affection longue durée (ALD) selon le situation administrative

	Situation administrative				
	Français ou européens avec passeport valide	**Étrangers en situation irrégulière**	**Étrangers en cours de demande de regularization**	**Étrangers avec titre de séjour valide**	**Total général**
Couvert par l'ALD	6	1	1	1	**9**
Non couvert par l'ALD	1		1	1	**3**
Total	**7**	**1**	**2**	**2**	**12**

N=12 détenus séropositifs au VHC et au VIH

Tri croisé : Comparaison des classes d'âge à la découverte du VIH et du VHC

Découverte du VIH	VIH+	Co-infectés	Total
Moins de 18 ans		1	1
18-29 ans	3	7	10
30-39 ans	9	1	10
40-54 ans	4	2	6
Plus de 55 ans	1		1
Réponse manquante*	4	1	5
Total	21	12	33

Découverte du VHC	VHC+	Co-infectés	Total
Moins de 18 ans	1		1
18-29 ans	11	6	17
30-39 ans	16	2	18
40-54 ans	5	2	7
Ne sait pas	1	1	2
Réponse manquante*		1	1
Total	34	12	46

Test de Student : 0,2946

N= 33 détenus mono- ou co-infectés par le VIH ; N=46 détenus mono- ou co-infectés par le VHC

Comparaison des classes d'âge des répondants de l'enquête Prévacar et de cette enquête (Semaille C., 2013 : tableau 1)

Classes d'âge	Prévacar		Cette recherche		
	%	Effectifs	%	Effectifs	
18-25 ans	26	490	4	3	Test de Student :
26-40 ans	45	840	40	27	0.0010
41-50+ ans	29	535	55	37	
Total	**100**	**1 876**	**100**	**67**	

Prévacar : n=1976 ; cette enquête : n=67

Annexe 6. Description des classes issues de l'analyse de l'enquête par questionnaires

Description des classes de l'ensemble de variables concernant les caractéristiques sociodémographiques, géographiques et pénales (blocs 1-2) après ACM (Corem)

L'analyse ACM Corem[1351] porte sur 67 individus et les variables de l'ensemble thématique concernant les caractéristiques sociodémographiques, géographiques et pénales. L'ACM est suivi d'une classification de facteurs (CAH[1352]), qui génère ici 6 classes.

Les variables actives[1353] (15 variables et 74 modalités associées) : l'âge, le continent de scolarité, la situation de couple, le statut matrimonial, la situation du vie, la situation administrative, l'activité, la nature majoritairement délictueuse ou non-délictueuse de l'activité, le revenu mensuel moyen avant l'incarcération, la durée de l'incarcération au moment de l'enquête, la durée de la peine pour les détenus condamnés, la nature criminelle ou correctionnelle de leur inculpation, le nombre et la durée des incarcérations antérieures et la durée des périodes d'errance.

Les variables illustratives (11 variables et 58 modalités associées) : le continent de naissance, la nature des séjours en France, la nationalité de l'individus et de ses parents, la maitrise du français lu et écrit, le nombre d'enfants, le métier des parents, le statut pénal et l'expérience de l'errance.

Les modalités dont l'effectif est inférieur à 2 ont été ventilées. Les modalités des variables libellées comme « manquante » du fait d'un filtre dans le questionnaire ont été ventilées, sauf celle de la modalité concernant l'activité délictueuse car elle correspond aux détenus en invalidité. Tous les individus ont été inclus en actif dans l'analyse.

Les modalités à faible effectif de variables trop homogènes ont été ventilées[1354].

[1351] Ce type d'analyse quantitative permet d'analyser les liens entre plusieurs variables associées aux individus d'une population sondée. Elle peut être pensée comme une extension d'un tableau de contingence, ou tri croisé, qui ne peut quantifier les liens qu'entre deux variables à la fois (si sans filtre.)

[1352] La classification ascendante hiérarchique (CAH) est une classification qui génère des groupes d'individus ou des classes d'individus, selon des facteurs hiérarchisés en fonction de leur importance.

[1353] Les variables actives sont celles qui participent à la construction des axes de la représentation factorielle. Les variables illustratives sont celles qui n'ont pas participé à la construction des axes mais permettent d'illustrer les représentations factorielles. COHÉRIS SPAD, *Spad 7.0 Guide du data miner*, Paris, Cohéris Spad, 2007, p. 34.

[1354] Les modalités dont l'effectif est inférieur à 2 ont été ventilées. Les modalités des variables libellées comme « manquante » du fait d'un filtre dans le questionnaire ont été ventilées, sauf celle de la modalité concernant l'activité délictueuse car elle correspond aux détenus en invalidité. Tous les individus ont été inclus en actif dans l'analyse.

L'analyse des correspondances (Corem) propose un regroupement des modalités de réponses en 6 classes. La description ci-dessous fait état des caractéristiques principales de chaque classes (plus de 50% de la modalité est représentée dans la classe).

1. La classe « primo-incarcérés » regroupe 11 individus, qui sont tous incarcérés pour la 1e fois au moment de l'enquête (27% de l'échantillon).

Six d'entre eux ne sont pas en couple au moment de l'enquête, et cinq le sont. Sept d'entre eux n'ont jamais connu de périodes d'errance, trois ont été en errance pendant moins d'un an et un, entre un et cinq ans. Sept ont au moins un enfant, et quatre n'en ont pas. Sept d'entre eux sont étrangers en situation irrégulière, les quatre autres étant français avec des papiers d'identité en cours de validité.Dix d'entre eux ont une activité majoritairement non-délictueuse avant la détention, le dernier individu n'étant pas concerné par le travail. Huit d'entre eux ont été incarcérés moins de six mois au cours de leur vie, les trois autres ayant été incarcérés entre six mois et trois ans. Sept individus sont prévenus et quatre, condamnés. Sept sont incarcéré pour une inculpation correctionnelle, et quatre, criminelle.

En résumé, les caractéristiques les plus significatives de cette classe de onze individus (soit les quatre modalités à valeur-test supérieures à 2) sont : d'être incarcéré pour la 1e fois au moment de l'enquête, d'avoir été incarcéré moins de 6 mois au total au cours de la vie, d'être étranger en situation administrative régulière et d'avoir fait sa scolarité dans un pays libellé « autre » (soit Pakistan, Palestine, Portugal ou République dominicaine).

2. La classe des « longues peines » regroupe 5 individus, qui sont tous condamnés à une peine de 3 ans ou plus (10% de l'échantillon).

Ils déclarent un revenu mensuel de 1500 euros ou plus (39%), une activité majoritairement non-délictueuse avant l'incarcération (64%). Ils sont tous âgés de 40-49 ans (40%).

Quatre d'entre eux sont en couple, et un est seul. Quatre d'entre eux ont au moins un enfant, et un n'en a pas. Quatre d'entre eux n'ont aucune difficulté avec le français lu et écrit et un, en a. Quatre d'entre eux ont passé plus de trois ans en prison au total, le dernier y ayant passé entre six mois et trois ans. Ils n'ont pas connu l'errance (45% de l'échantillon).

En résumé, les caractéristiques les plus significatives de cette classe de cinq individus (soit les huit modalités à valeur-test supérieures à 2) sont : d'avoir été condamné à une peine de trois ans ou plus, d'être marié, d'avoir été incarcéré depuis plus

de 24 mois au moment de l'enquête, de déclarer un revenu mensuel de 1500e ou plus, d'avoir 40-49 ans, de n'avoir jamais connu l'errance, d'avoir fait sa scolarité dans un pays d'Afrique Subsaharienne et de vivre en France depuis plus de vingt ans.

3. La classe « Europe de l'Est » regroupe 10 individus.

Huit d'entre eux sont en couple, et deux sont seuls. Huit d'entre eux ont au moins un enfant et deux, n'en ont pas. L'activité antérieure à l'incarcération est majoritairement non-délictueuse pour huit d'entre eux, mixte pour l'un et délictueuse pour le dernier. Huit d'entre eux ont été incarcérés entre six mois et un an au cours de leur vie, un, plus de trois ans et un, moins de six mois. Huit d'entre eux sont incarcérés sen correctionnelle et deux, en criminelle. Sept d'entre eux sont condamnés, deux sont prévenus et un a un statut pénal mixte, condamnés et prévenus.

En résumé, les caractéristiques les plus significatives de cette classe de dix individus (soit les dix modalités à valeur-test supérieures à 2) sont : d'avoir fait sa scolarité et d'avoir la nationalité d'un pays d'Europe de l'Est, d'avoir une incarcération antérieure, d'être né et d'avoir des parents d'un pays d'Europe de l'Est, d'avoir été incarcéré au total entre six mois et un an au cours de la vie, d'être en couple et d'avoir moins de 30 ans.

4. La classe « vieux taulards » regroupe 5 individus, qui vivent tous en couple (18% de l'échantillon) avec un revenu mensuel de 1500 euros ou plus avant l'incarcération (39%) et qui n'ont aucune difficulté à lire ou écrire le français (63%). Quatre d'entre eux ont 50 ans ou plus et un a entre 40-49 ans.

Quatre d'entre eux sont de nationalité française avec des papiers d'identité en cours de validité et le dernier est de nationalité d'un pays d'Afrique Subsaharienne et en cours de demande de régularisation de sa situation administrative.

Ils sont tous incarcérés pour une affaire correctionnelle (76% de l'échantillon) et en détention depuis six mois à un an (4) ou trois à six mois (1). Quatre d'entre eux sont condamnés et un, en situation pénale mixte, condamné et prévenu à la fois. Au cours de leur vie, ils ont passé plus de trois années en prison (4) ou entre six mois et trois ans.

En résumé, les caractéristiques les plus significatives de cette classe de cinq individus (soit les cinq modalités à valeur-test supérieures à 2) sont : vivre en couple avant l'incarcération, avoir 50 ans ou plus, être incarcéré depuis six mois à un an au moment, de gagner 1500 e ou plus avec une activité mixte, délictueuse et non-délictueuse.

5. La classe des « Nord-africains précaires » regroupe 13 individus.

Ils sont âgés entre 30-39 ans (11), entre 40-49 ans (1) ou ont moins de 30 ans (1). Dix d'entre eux sont seuls et trois, en couple. Ils ont un revenu mensuel moyen entre 400-1500 euros (10) ou de 1500 euros ou plus (3).Onze d'entre eux ont connu au moins une période d'errance, et deux, n'en ont jamais connu. Douze d'entre eux sont célibataires et un est veuf ou divorcé.

Ils sont incarcérés pour une affaire correctionnelle (11) ou criminelle (1) .

En résumé, les caractéristiques les plus significatives de cette classe de treize individus (soit les quatre modalités à valeur-test supérieures à 2) sont : d'être âgé de 30-39 ans, d'être d'origine d'un pays d'Afrique du Nord (lieu de scolarité, nationalité, lieu de naissance, nationalité des deux parents), d'être incarcéré depuis un à trois mois au moment de l'enquête, d'avoir tris incarcérations antérieures, de travailler à temps partiel avant l'incarcération et d'avoir connu des périodes d'errance au cours de la vie.

6. La classe des « récidivistes français » regroupe 23 individus.

Ils sont seuls (21), à l'exception d'un individu qui est en couple et d'un autre qui ne sait pas s'il est en couple au moment de l'enquête. Ils sont célibataires (21), à l'exception de deux, qui sont veufs ou divorcés. Ils vivent seuls (18), en couple (1), en couple avec leurs enfants (1), en colocation (1) ou chez leur mère (2).

Ils sont nés en France (18) ou y ont fait leur scolarité (20). Les autres sont nés dans un pays d'Afrique Subsaharienne (4) ou en dans un pays libellé « autre » (1) et ont fait leur scolarité dans un pays d'Afrique Subsaharienne (1) ou libellé « autre » (2).

Ils ont connu des périodes d'errance de plus de cinq ans (9), d'un à cinq ans (2), de moins d'un an (5) ou n'ont jamais connu l'errance (7). Ils ont plus de quatre incarcérations antérieures (17), ou entre une et trois incarcérations antérieures (6). Ils ont passé plus de trois ans de leur vie en prison (17), ou entre six mois et trois ans (5).

En résumé, les caractéristiques les plus significatives de cette classe de vingt-trois individus (soit les quatre modalités à valeur-test supérieures à 3) sont : d'avoir au moins six incarcérations antérieures, d'être né et d'avoir fait sa scolarité en France, vivre seul avant l'incarcération, avoir connu au moins cinq années d'errance au cours de la vie, d'être de nationalité française, de ne pas être en couple, d'avoir entre 40-49 ans, d'avoir été incarcéré plus de trois ans au total au cours de la vie, et d'être français avec des papiers d'identité en cours de validité.

Description des classes de l'ensemble de variables de santé et de prise en charge médicosociale (blocs 3-4) après ACM (Corem)

L'analyse ACM Corem porte sur 67 individus et les variables de l'ensemble thématique concernant la santé et la prise en charge sociosanitaire. L'ACM est suivi d'une classification de facteurs CAH, qui génère ici 3 classes.

Les variables actives (28 variables et 106 modalités associées) : L'état de santé perçu au moment de l'enquête, en comparaison à celui perçu en milieu ouvert, le soin de soi, le suivi par un médecin généraliste, le dépistage en détention, les interruptions de traitement, les autres problèmes de santé et leur traitement, les autres traitements, la dépendance à l'alcool, le traitement de substitution aux opiacés, le traitement à base de benzodiazépines et associés ; pour le VIH et le VHC : le stade de l'infection, le mode de contamination, le suivi par un spécialiste, la régularité du suivi, le nombre de médecin spécialistes du suivi, le traitement, l'observance.

Les variables illustratives (10 variables et 34 modalités associées) : la sérologie VIH et VHC, les relations avec les médecins et les infirmières, la régularité du suivi du VIH, l'ancienneté du diagnostic de la sérologie et les interruptions de traitement pour le VIH et VHC, la prise en charge et le traitement psychiatriques.

Notes concernant les variables illustratives dans cette analyse :

1. La variable de sérologie est incluse en illustrative dans cette analyse en raison de sa forte corrélation à un grand nombre d'autres variables, celles concernant la prise en charge des infections à VIH ou VHC notamment.

2. La variable d'interruption du traitement pour le VIH ou pour le VHC due à une incarcération est incluse dans l'analyse de manière illustrative en raison des faibles effectifs des modalités d'intérêt : 6 interruptions de traitement contre le VIH dues à une incarcération et 19 continuités (avec 43 détenus non concernés par la question) ; 5 interruptions de traitement contre le VIH dues à une incarcération et 12 continuités (avec 51 détenus non concernés par la question).

Les modalités dont l'effectif est inférieur à 2 ont été ventilées. Les modalités des variables libellées comme « manquante » du fait d'un filtre dans le questionnaire ont été ventilées, sauf celle de la modalité concernant l'activité délictueuse car elle correspond aux détenus en invalidité. Tous les individus ont été inclus en actif dans l'analyse.

Les modalités à faible effectif de variables trop homogènes ont été ventilées.

L'analyse des correspondances (Corem) propose un regroupement des modalités de réponses en 3 classes. La description ci-dessous fait état des caractéristiques principales de chaque classes (plus de 70% de la modalité est représentée dans la classe).

1. La classe « co-infectés » regroupe 11 individus, qui sont tous coinfectés (18% de l'échantillon), suivis pour leur VIH (36%) et qui déclarent avoir de bonnes relations avec leur médecin (90%).

Neuf d'entre eux déclarent avoir de bonnes relations avec les infirmières de l'unité sanitaire en détention et un les déclare moyennes et le dernier, mauvaises. Leur infection à VIH est indétectable (7) ou symptomatique (4). Ils ont débuté leur prise en charge du VIH en milieu hospitalier (7) ou en détention (3) . A l'exception d'un individu, ils sont sous traitement contre le VIH (10) et ont un suivi régulier généraliste (10) et spécialisé (10). Neuf d'entre eux n'ont pas connu d'interruption de leur traitement sue à une sortie de prison, et deux en ont connu. Seuls trois d'entre eux prennent des médicaments de la classe des benzodiazépines ou associés. A l'exception d'un individu, ils ne sont pas sous traitement psychiatrique (10). Neuf d'entre eux n'ont pas non plus de suivi psychiatrique, seuls deux en ont.

En résumé, les caractéristiques les plus significatives de cette classe d'onze individus (soit les huit modalités à valeur-test supérieure à 2.8, à l'exception des modalités de réponses à des questions filtrées) sont : d'être coinfecté, d'être suivi pour le VIH, d'être séropositif au VIH depuis 21 à 30 ans, d'être sous traitement pour le VIH, d'avoir connu une interruption de traitement VIH due à une incarcération, d'être régulièrement suivi pour le VIH, d'voir une infection VIH indétectable et d'être séropositif au VHC depuis 21 à 30 ans.

2. La classe « VIH+ » regroupe 22 individus, qui sont séropositifs au VIH (21, 31% de l'échantillon) et coinfecté (1).

Ils ont tous un suivi généraliste (21), à l'exception de l'un d'entre eux. Dix-sept d'entre eux ont un suivi spécialisé régulier mais seuls 13 sont sous traitement au moment de l'enquête, les autres ne sont pas sous traitement (3), l'ont interrompu (1). Avec leur médecin, ils ont de bonnes (20) ou moyennement bonnes (2) relations. Avec les infirmières en détention, ils ont de bonnes (19) ou moyennement bonnes (3) relations A l'exception de l'un d'entre eux, ils n'ont jamais connu d'interruption de traitement due à une sortie de prison. Seuls trois ont un traitement psychiatrique et quatre, un suivi psychiatrique. Seuls trois prennent des médicaments de la classe des benzodiazépines ou associés et seuls trois prennent un traitement de substitution aux opiacés. Seuls six d'entre eux déclarent une dépendance à l'alcool passée ou présente.

En résumé, les caractéristiques les plus significatives de cette classe de vingt-deux individus (soit les six modalités à valeur-test supérieure à 3, à l'exception des modalités

de réponses à des questions filtrées) sont : être séropositif au VIH, ne pas avoir connu d'interruption de traitement VIH due à une incarcération, d'avoir un suivi spécialisé régulier, d'être observant, d'être séropositif depuis 2 à 10 ans et de n'être ni sous traitement à base de benzodiazépines ou associés ou de substitution aux opiacés.

3. La classe « VHC+ sans prise en charge » regroupe 18 individus, qui sont tous séropositifs au VHC. Seize d'entre eux ne sont pas sous traitement contre le VHC et deux sont guéris. Six d'entre eux ne sont pas sous traitement car il n'y a pas de nécessité médicale, sept, car le traitement a été prescrit mais impossible à débuter au moment de l'enquête, et trois, en sont pas sous traitement pour une autre raison.

Seize d'entre eux n'ont pas de suivi spécialisé, seuls deux en ont. Treize d'entre eux ne se souviennent pas combien de médecins ils sont vus pour leur hépatite, deux, en ont vu deux ou trois, et trois, moins d'un médecin. Seize d'entre eux déclarent avoir de bonnes relations avec les infirmières en détention et deux, de mauvaises relations ; de même pour les relations avec leur médecin. Douze d'entre eux ont déjà été sous traitement de substitution aux opiacés et douze, prennent des médicaments de la classe des benzodiazépines ou associés au moment de l'enquête. Onze ont déjà été dépendants à l'alcool. Seize d'entre eux n'ont pas de suivi psychiatrique et deux en ont.

En résumé, les caractéristiques les plus significatives de cette classe de dix-huit individus (soit les cinq modalités à valeur-test supérieure à 3, à l'exception des modalités de réponses à des questions filtrées) sont : ne pas être sous traitement, être séropositif au VHC, ne pas être suivi pour le VHC, avoir été prescrit un traitement mais n'avoir pas pu le commencer et ne pas savoir combien de médecins ont été vus au sujet du VHC.

4. La classe « VHC+ avec prise en charge » regroupe 16 individus, qui sont tous séropositifs au VHC (51% de l'échantillon).

Onze d'entre eux disent être en pire état de santé depuis leur incarcération, quatre en meilleur état et un, ne perçoit pas de différence.

Au moment de l'enquête, neuf d'entre eux sont sous traitement et les autres l'ont interrompu. Douze d'entre eux sont observants à leur traitement contre le VHC, deux le sont moyennement et deux le sont peu. Cinq d'entre eux ont connu une interruption de traitement due à une incarcération. Avec les infirmières en détention, ils ont de bonnes relations (13), de mauvaises (1) ou moyennes relations (2) ; de même avec leur médecin. Quatre d'entre eux ont été dépendants à l'alcool. Neuf prennent des médicaments de la classe des benzodiazépines ou associés et huit, un traitement de substitution. Seuls trois d'entre eux ont un traitement psychiatrique, et un, un suivi psychiatrique.

En résumé, les caractéristiques les plus significatives de cette classe de seize individus (soit les sept modalités à valeur-test supérieure à 3, à l'exception des modalités de réponses à des questions filtrées) sont : d'avoir débuté son suivi du VHC en prison, n'avoir jamais connu d'interruption du traitement VHC due à une incarcération, être observant au traitement contre le VHC, être séropositif au VHC, être sous traitement contre le VHC, avoir interrompu son traitement contre le VHC et d'avoir connu une interruption de traitement contre le VHC due à une incarcération.

Description des classes de l'ensemble de variables de soutien et de ressources (bloc 5) après ACM (Corem)

L'analyse ACM Corem porte sur 67 individus et les variables de l'ensemble thématique concernant le soutien et les ressources. L'ACM est suivi d'une classification de facteurs CAH, qui génère ici 5 classes.

Les variables actives (15 variables et 42 modalités associées) : la couverture médicale, les allocations sociales, les contacts avec les professionnels médicosociaux, les contacts avec l'avocat, l'hébergement, l'emploi et les ressources à la sortie, quelqu'un qui viendra chercher le détenu à la sortie, le soutien lors de la sortie de prison précédente le cas échéant et les contacts avec la mère et les enfants depuis l'incarcération.

Les variables illustratives (15 variables et 49 modalités associées) : les contacts avec la conjointe, le soutien pour obtenir un hébergement, un emploi et des ressources à la sortie et la personne qui viendra chercher le détenu à la sortie.

Les modalités dont l'effectif est inférieur à 2 ont été ventilées. Les modalités des variables libellées comme « manquante » du fait d'un filtre dans le questionnaire ont été ventilées, sauf celle de la modalité concernant l'activité délictueuse car elle correspond aux détenus en invalidité. Tous les individus ont été inclus en actif dans l'analyse.

Les modalités à faible effectif de variables trop homogènes ont été ventilées.

L'analyse des correspondances (Corem) propose un regroupement des modalités de réponses en 5 classes. La description ci-dessous fait état des caractéristiques principales de chaque classes (plus de 50% de la modalité est représentée dans la classe).

1. La classe « insertion » regroupe 17 individus qui ont tous un hébergement prévu à leur sortie de prison (60% de l'échantillon). Treize d'entre eux pensent avoir un emploi à la sortie de prison, l'un ne sait pas, l'un ne pense pas avoir d'emploi à la sortie et les deux derniers ne travaillent pas (invalidité).

Quatorze d'entre eux sont en lien avec leur conjointe avant l'incarcération et l'incarcération est un moment de rupture avec la conjointe pour seuls six d'entre eux. Huit individus pensent qu'un proche viendra les chercher à la sortie de prison. Aucun ne perçoit le RSA (80% de l'échantillon), aucun ne perçoit d'allocation chômage (98% de l'échantillon) et, à l'exception de l'un d'entre eux, ils ne perçoivent pas non plus l'AAH. Ils sont peu couverts : aucun n'est couvert par la CMU (69% de l'échantillon) ; Seuls trois sont couverts par la sécurité sociale (régime général), deux, par la sécurité sociale et une mutuelle, et trois, par une AME.

En résumé, les caractéristiques les plus significatives de cette classe de quinze individus (soit les six modalités à valeur-test supérieure à 3) sont : avoir un hébergement prévu à la sortie, avoir un emploi prévu à la sortie, ne pas avoir eu d'aide à trouver un emploi à la sortie, ne pas percevoir d'allocation sociale, ne pas être couvert par la CMU et ne pas avoir de contact avec des professionnels avant l'incarcération.

2. La classe « minimas couverts » regroupe 16 individus.

Ils sont couverts : quatorze d'entre eux sont couverts par la CMU, un, par la sécurité sociale de régime général et treize sont aussi couverts par une ALD. Aucun n'a de mutuelle (87% de l'échantillon) et aucun n'a d'AME (90% de l'échantillon).

Ils ont des ressources minimales : dix perçoivent le RSA (six ne le perçoivent pas), un perçoit l'AAH (quinze ne la perçoivent pas) et un perçoit une autre allocation ; seuls cinq ne perçoivent aucune allocation. Aucun ne perçoit d'allocation pour le chômage.

Dix d'entre eux pensent qu'un professionnel du médicosocial viendra les chercher à leur sortie de prison, deux, un proche ; seuls quatre d'entre eux pensent que personne ne viendra les chercher. Quatorze d'entre eux pensent avoir un hébergement à la sortie et deux ne savent pas répondre à la question au moment de l'enquête. Dix d'entre eux avaient de contacts fréquents avec des professionnels du médicosocial avant l'incarcération, quatre, peu fréquent ; seuls deux n'avaient aucun contact avec des professionnels.

En résumé, les caractéristiques les plus significatives de cette classe de quinze individus (soit les cinq modalités à valeur-test supérieure à 2.5) sont : être couvert par la CMU, percevoir le RSA, ne pas savoir s'il y a eu des contacts avec son avocat, être couvert par une ALD et prévoir qu'un professionnel du médicosocial viendra le chercher à la sortie de prison.

3. La classe « rien dehors » regroupe 10 individus.

Au moment de l'enquête, ils ont peu de ressources et de soutien à leur sortie de prison : huit ne pensent pas avoir d'hébergement (15% de l'échantillon), un pense en avoir et un ne sait pas répondre ; aucun pense que quelqu'un viendra le chercher à la sortie (31% de l'échantillon) ; neuf ne pensent pas avoir d'emploi lorsqu'ils sortiront de prison (24% de l'échantillon), et un ne sait pas répondre à la question ; six pensent qu'ils n'auront pas de ressources à la sortie de prison (24% de l'échantillon), deux pensent en avoir et deux ne savent pas répondre.

Ils n'ont pas eu de contact avec leur avocat en détention, à l'exception de l'un d'entre eux. Avant l'incarcération, ils avaient des contacts fréquents (8) ou peu fréquents (1) avec des professionnels du médicosocial, et seul un n'en avait pas du tout.

Ils sont mal couverts : seuls trois des dix ont une ALD. Deux ont une AME, un est couvert par la sécurité sociale, un, par la sécurité sociale et une mutuelle, et deux, par une CMU.

Ils perçoivent peu d'allocations sociales : seuls deux, perçoivent le RSA, et deux, l'AAH. Cinq déclarent ne percevoir aucune allocation.

En résumé, les caractéristiques les plus significatives de cette classe de quinze individus (soit les cinq modalités à valeur-test supérieure à 2.5) sont : ne pas avoir d'hébergement prévu à la sortie de prison, ne pas avoir quelqu'un pour venir le chercher à la sortie et ne pas avoir d'emploi ni de ressources prévues à la sortie.

4. La classe « sortie incertaine » regroupe 13 individus.

Au moment de l'enquête, ils ne savent pas encore s'ils auront un emploi (31% de l'échantillon). Neuf d'entre eux ne savent pas non plus s'ils auront un hébergement, seuls trois pensant en avoir. Huit d'entre eux ne savent pas s'ils auront des ressources à la sortie de prison, deux pensent qu'ils n'en auront pas et trois pensent en avoir.

Seuls cinq perçoivent une allocation, dont un, qui perçoit le RSA, deux, l'AAH, un, une allocation pour le chômage et un, une autre allocation. Ils sont mal couverts : seul l'un d'entre eux a une ALD. Par ailleurs, quatre sont couverts par la CMU, trois, par une AME et deux, par la sécurité sociale et une mutuelle ; quatre n'ont aucune couverture. Dix d'entre eux sont en lien avec leur mère avant l'incarcération mais sept, déclarent une rupture avec elle au moment de l'enquête. Quant au contact avec les professionnels du médicosocial, ils ont des contacts fréquents (3) ou peu fréquents (8) avec eux avant la détention, et deux n'en ont aucun.

En résumé, les caractéristiques les plus significatives de cette classe de quinze individus (soit les cinq modalités à valeur-test supérieure à 2.5) sont : Ne pas savoir s'il aura un emploi ou un hébergement à la sortie de prison, ne pas être couvert par une

ALD, ne pas savoir si quelqu'un pourra venir le chercher à la sortie de prison et ne pas savoir s'il aura des ressources à la sortie de prison.

5. La classe « AAH » regroupe 11 individus, dont dix perçoivent l'AAH et un ne la perçoit pas. En retour, aucun ne perçoit le RSA (80% de l'échantillon) ni le chômage (99%).

Ils sont tous couverts par une ALD (48% de l'échantillon). Sept d'entre eux sont couvert par la sécurité sociale de régime général, et quatre ne le sont pas . Seul un est couvert par la CMU et aucun n'a de mutuelle (87%) ni d'AME (90%).

Allocataires de la MADPH (anciennement AAH), dix d'entre eux déclarent pouvoir compter sur des ressources à leur sortie de prison ; le dernier ne sait pas répondre à la question. Cinq d'entre eux ne savent pas s'ils auront un hébergement à la sortie, quatre pensent en avoir et deux n'en auront pas.

Des sept individus qui sont en lien avec leur conjointe avant l'incarcération, quatre déclarent être en rupture au moment de l'enquête. Sept sont en lien avec leur mère, deux ne le sont pas et la mère d'un individu est décédée. Ils ont des contacts fréquents (7) ou peu fréquents (3) avec des professionnels du médicosocial, seul un n'en a aucun.

En résumé, les caractéristiques les plus significatives de cette classe de quinze individus (soit les cinq modalités à valeur-test supérieure à 2.7) sont : percevoir l'AAH, être couvert par une ALD et dépendre du régime général de la sécurité sociale, avoir des ressources prévues à la sortie et percevoir au moins une allocation sociale.

Annexe 7. Lexique des libellés des modalités utilisées dans les analyses de l'enquête par questionnaires

Libellé	Définition de la modalité	Variable	Bloc	Question
<30ans	Détenu âgé de moins de 30 ans	Âge	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Quelle est votre date de naissance ou votre âge ?
0dipl	Détenu sans diplôme	Diplôme	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Quel est le diplôme le plus élevé que vous avez eu ?
0inc	Aucune incarcération précédente	Incarcérations précédentes	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Combien de fois est-ce que vous avez déjà été incarcéré dans votre vie ?
1500e+	Revenu supérieur à 1500 euros, en moyenne et avant l'incarcération	Revenus	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Juste avant cette incarcération, combien d'argent est-ce que vous aviez par mois, y compris les prestations sociales ?
1inc	Une incarcération précédente	Incarcérations précédentes	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Combien de fois est-ce que vous avez déjà été incarcéré dans votre vie ?
200e-	Revenu inférieur à 200 euros, en moyenne et avant l'incarcération	Revenus	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Juste avant cette incarcération, combien d'argent est-ce que vous aviez par mois, y compris les prestations sociales ?
2inc	Deux incarcérations précédentes	Incarcérations précédentes	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Combien de fois est-ce que vous avez déjà été incarcéré dans votre vie ?
30-39ans	Détenu âgé entre 30 et 39 ans	Âge	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Quelle est votre date de naissance ou votre âge ?
3inc	Trois incarcérations précédentes	Incarcérations précédentes	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Combien de fois est-ce que vous avez déjà été incarcéré dans votre vie ?
400-1500e	Revenu compris entre 400 et 1500 euros, en moyenne et avant l'incarcération	Revenus	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Juste avant cette incarcération, combien d'argent est-ce que vous aviez par mois, y compris les prestations sociales ?
40-49ans	Détenu âgé entre 40 et 49 ans	Âge	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Quelle est votre date de naissance ou votre âge ?
4-5inc	Quatre ou cinq incarcérations précédentes	Incarcérations précédentes	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Combien de fois est-ce que vous avez déjà été incarcéré dans votre vie ?
50ans+	Détenu âgé de 50 ans ou plus	Âge	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Quelle est votre date de naissance ou votre âge ?
6+inc	Plus de six incarcérations précédentes (inclus)	Incarcérations précédentes	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Combien de fois est-ce que vous avez déjà été incarcéré dans votre vie ?
Aah0	Pas d'allocation de la MDPH (AAH, cotorep) avant l'incarcération	Allocations sociales	(5) Ressources et Soutien	Avant votre incarcération, vous receviez : l'AAH/MSPH/Cotorep?
Aah1	Allocation de la MDPH (AAH) avant l'incarcération	Allocations sociales	(5) Ressources et Soutien	Avant votre incarcération, vous receviez : l'AAH/MSPH/Cotorep?
Aidavt0	Pas de soutien en cas de problème avant l'incarcération	En cas de problème	(5) Ressources et Soutien	En cas de problème [avant l'incarcération] est ce qu'il y avait des personnes sur lesquelles vous pouviez compter pour vous aider ou vous soutenir : non, vous ne pouvez compter sur personne ?
Aidavt1	Soutien en cas de problème avant l'incarcération	En cas de problème	(5) Ressources et Soutien	En cas de problème [avant l'incarcération] est ce qu'il y avait des personnes sur lesquelles vous pouviez compter pour vous aider ou vous soutenir : oui ?
Aidavt8	Pas besoin de soutien en cas de problème	En cas de	(5) Ressources et	En cas de problème [avant l'incarcération] est ce qu'il y avait des personnes sur

	avant l'incarcération	problème	Soutien	lesquelles vous pouviez compter pour vous aider ou vous soutenir : non, vous vous débrouillez tout seul ?
Aidempl1	Aidé par un.e professionnel.le pour obtenir un emploi	Emploi dehors	(5) Ressources et Soutien	Est-ce que quelqu'un vous a aidé pour avoir un emploi: un.e professionnel.le du médico-social ?
Aidempl2	Aidé par un proche pour obtenir un emploi	Emploi dehors	(5) Ressources et Soutien	Est-ce que quelqu'un vous a aidé pour avoir un emploi: votre partenaire ou conjoint.e, d'autres personnes de votre famille, des amis?
Aidheb1	Aidé par un.e professionnel.le pour obtenir hébergement	Dormir dehors	(5) Ressources et Soutien	Est-ce que quelqu'un vous a aidé pour avoir un endroit où dormir : un.e professionnel.le du médico-social ?
Aidheb2	Aidé par un proche pour obtenir hébergement	Dormir dehors	(5) Ressources et Soutien	Est-ce que quelqu'un vous a aidé pour avoir un endroit où dormir : votre partenaire ou conjoint.e, d'autres personnes de votre famille, des amis?
Aidpdt0	Pas de soutien en cas de problème pendant l'incarcération	En cas de problème	(5) Ressources et Soutien	En cas de problème [pendant l'incarcération] est ce qu'il y a des personnes sur lesquelles vous pouvez compter pour vous aider ou vous soutenir : non, vous ne pouvez compter sur personne ?
Aidpdt1	Soutien en cas de problème pendant l'incarcération	En cas de problème	(5) Ressources et Soutien	En cas de problème [pendant l'incarcération] est ce qu'il y a des personnes sur lesquelles vous pouvez compter pour vous aider ou vous soutenir : oui ?
Aidpdt8	Pas besoin de soutien en cas de problème pendant l'incarcération	En cas de problème	(5) Ressources et Soutien	En cas de problème [pendant l'incarcération] est ce qu'il y a des personnes sur lesquelles vous pouvez compter pour vous aider ou vous soutenir : non, vous vous débrouillez tout seul ?
Aidress1	Aidé par un.e professionnel.le pour obtenir des ressources	Ressources dehors	(5) Ressources et Soutien	Est-ce que quelqu'un vous a aidé pour avoir des ressources : un.e professionnel.le du médico-social ?
Aidress2	Aidé par un proche pour obtenir des ressources	Ressources dehors	(5) Ressources et Soutien	Est-ce que quelqu'un vous a aidé pour avoir des ressources : votre partenaire ou conjoint.e, d'autres personnes de votre famille, des amis?
Alc0	Pas d'addiction à l'alcool	Addiction	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Est-ce que vous avez déjà été dépendant : à l'alcool ?
Alc1	Addiction à l'alcool au moins une fois	Addiction	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Est-ce que vous avez déjà été dépendant : à l'alcool ?
Ald0	Pas d'affection longue durée avant l'incarcération	Couverture médicale	(5) Ressources et Soutien	Avant votre incarcération, vous aviez : une couverture pour Affection longue durée (ALD) ?
Ald1	Affection longue durée avant l'incarcération	Couverture médicale	(5) Ressources et Soutien	Avant votre incarcération, vous aviez : une couverture pour Affection longue durée (ALD) ?
AllAut0	Pas d'allocation autre avant l'incarcération	Allocations sociales	(5) Ressources et Soutien	Avant votre incarcération, vous receviez : une autre allocation?
AllAut1	Autre allocation avant l'incarcération	Allocations sociales	(5) Ressources et Soutien	Avant votre incarcération, vous receviez : une autre allocation?
Alloc	Détenu ne recevait pas aucune allocation avant l'incarcération	Allocations sociales	(5) Ressources et Soutien	Avant votre incarcération, vous receviez : aucune allocation?
Alloc0	Aucune allocation avant l'incarcération	Allocations sociales	(5) Ressources et Soutien	Avant votre incarcération, vous receviez : aucune allocation?
Ame0	Pas d'aide médicale d'état avant l'incarcération	Couverture médicale	(5) Ressources et Soutien	Avant votre incarcération, vous aviez : une aide médicale d'état (AME) ?
Ame1	Aide médicale d'état avant l'incarcération	Couverture médicale	(5) Ressources et Soutien	Avant votre incarcération, vous aviez : une aide médicale d'état (AME)?
Ami0	Pas en lien avec son ami avant l'incarcération	Contacts avant	(5) Ressources et Soutien	Avec votre ami, avant votre incarcération, vous aviez des contacts : tous les jours, au moins une fois par semaine, au moins une fois par mois, plusieurs fois par an, moins souvent, pas du tout ?

Ami1	En lien avec son ami avant l'incarcération	Contacts avant	(5) Ressources et Soutien	Avec votre ami, avant votre incarcération, vous aviez des contacts : tous les jours, au moins une fois par semaine, au moins une fois par mois, plusieurs fois par an, moins souvent, pas du tout ?
ASposto	Pas de soutien à la prochaine sortie	Aide à la sortie	((5) Ressources et Soutien (5) Ressources et Soutien	Quand vous sortirez, est-ce que vous pensez que vous pourrez compter sur quelqu'un pour vous aider ou vous soutenir : non, vous ne pouvez compter sur personne?
ASpost1	Soutien à la prochaine sortie	Aide à la sortie	(5) Ressources et Soutien (5) Ressources et Soutien	Quand vous sortirez, est-ce que vous pensez que vous pourrez compter sur quelqu'un pour vous aider ou vous soutenir : oui?
ASpost8	Pas besoin de soutien à la prochaine sortie	Aide à la sortie	(5) Ressources et Soutien (5) Ressources et Soutien	Quand vous sortirez, est-ce que vous pensez que vous pourrez compter sur quelqu'un pour vous aider ou vous soutenir : non, vous vous débrouillez tout seul ?
ASpost9	Ne sait pas si aura un soutien à la prochaine sortie	Aide à la sortie	(5) Ressources et Soutien (5) Ressources et Soutien	Quand vous sortirez, est-ce que vous pensez que vous pourrez compter sur quelqu'un pour vous aider ou vous soutenir : non, vous vous débrouillez tout seul ?
ASpréo	Pas de soutien à la dernière sortie	Aide à la sortie	(5) Ressources et Soutien (5) Ressources et Soutien	La dernière fois que vous êtes sorti de prison, est-ce qu'il y a des personnes sur lesquelles vous avez pu compter pour vous aider ou vous soutenir : non, vous ne pouvez compter sur personne ?
ASpré1	Soutien à la dernière sortie	Aide à la sortie	(5) Ressources et Soutien (5) Ressources et Soutien	La dernière fois que vous êtes sorti de prison, est-ce qu'il y a des personnes sur lesquelles vous avez pu compter pour vous aider ou vous soutenir : oui ?
ASpré8	Pas de besoin de soutien à la dernière sortie	Aide à la sortie	(5) Ressources et Soutien (5) Ressources et Soutien	La dernière fois que vous êtes sorti de prison, est-ce qu'il y a des personnes sur lesquelles vous avez pu compter pour vous aider ou vous soutenir : non, vous vous débrouillez tout seul?
Avoco	Aucun entretien avec un avocat en détention	Soutien professionnel	(5) Ressources et Soutien	Depuis que vous êtes incarcéré, est ce que vous avez vu votre avocat ?
Avoc1	Entretien avec un avocat en détention	Soutien professionnel	(5) Ressources et Soutien	Depuis que vous êtes incarcéré, est ce que vous avez vu votre avocat ?
BDZ1	Traitement de médicaments de la classe des benzodiazépines ou associés	Traitements psychoactifs	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Est-ce que vous prenez d'autres médicaments que ceux dont on a déjà parlé, pour dormir ou pour vous calmer ?
Célib	Détenu est célibataire	Situation matrimoniale	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Vous êtes : marié/pacsé, séparé/divorcé, veuf, célibataire ?
Chomo	Pas d'indemnités de chômage avant l'incarcération	Allocations sociales	(5) Ressources et Soutien	Avant votre incarcération, vous receviez : les indemnités de chômage ?
Chom1	Indemnités de chômage avant l'incarcération	Allocations sociales	(5) Ressources et Soutien	Avant votre incarcération, vous receviez : les indemnités de chômage ?
chomr	Au chômage avant l'incarcération	Activité	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Juste avant cette incarcération, quelle était votre activité ? Vous : travailliez à temps complet, à temps partiel, étiez chômeur, au foyer, retraité ou en pré-retraite, étudiant, autre ?
Cipo	Aucun entretien avec une conseillère d'insertion et de probation en détention	Soutien professionnel	(5) Ressources et Soutien	Depuis que vous êtes incarcéré, est ce que vous avez vu une CIP ?
Cip1	Entretien avec une conseillère d'insertion et de probation en détention	Soutien professionnel	(5) Ressources et Soutien	Depuis que vous êtes incarcéré, est ce que vous avez vu une CIP ?
Cmuo	Couverture médicale universelle avant l'incarcération	Couverture médicale	(5) Ressources et Soutien	Avant votre incarcération, vous aviez : une couverture médicale universelle (CMU) ?

Cmu1	Couverture médicale universelle avant l'incarcération	Couverture médicale	(5) Ressources et Soutien	Avant votre incarcération, vous aviez : une couverture médicale universelle (CMU)?
coinf	Co-infecté VIH+VHC+	Sérologie	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	
Cond	Détenu est condamné	Statut pénal	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Vous êtes : condamné, prévenu, nsp, autre ?
Condprev	Détenu condamné et prévenu, avec plus d'une procédure en cours	Statut pénal	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Vous êtes : condamné, prévenu, nsp, autre ?
Conj0	Pas en lien avec son partenaire avant l'incarcération	Contacts avant	(5) Ressources et Soutien	Avec votre partenaire, avant votre incarcération, vous aviez des contacts : tous les jours, au moins une fois par semaine, au moins une fois par mois, plusieurs fois par an, moins souvent, pas du tout ?
conj1	En lien avec son partenaire avant l'incarcération	Contacts avant	(5) Ressources et Soutien	Avec votre partenaire, avant votre incarcération, vous aviez des contacts : tous les jours, au moins une fois par semaine, au moins une fois par mois, plusieurs fois par an, moins souvent, pas du tout ?
Correc	Détenu en cours de procédure correctionnelle	Statut pénal	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Pour quelle type d'affaire est ce que vous êtes incarcéré (pour l'affaire la plus longue si plusieurs en cours) ?
Couplo	Détenu est seul (pas en couple)	Couple	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Aujourd'hui, vous êtes : seul, en couple, autre ?
Coupl1	Détenu est en couple	Couple	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Aujourd'hui, vous êtes : seul, en couple, autre ?
couv0	Pas de couverture sociale sans mutuelle avant l'incarcération	Couverture médicale	(5) Ressources et Soutien	Avant votre incarcération, vous aviez : une couverture sociale sans mutuelle ?
couv1	Couverture sociale sans mutuelle avant l'incarcération	Couverture médicale	(5) Ressources et Soutien	Avant votre incarcération, vous aviez : une couverture sociale sans mutuelle ?
Crim	Détenu en cours de procédure correctionnelle	Statut pénal	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Pour quelle type d'affaire est ce que vous êtes incarcéré (pour l'affaire la plus longue si plusieurs en cours) ?
crimaut	Plusieurs procédures en cours	Statut pénal	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Pour quelle type d'affaire est ce que vous êtes incarcéré (pour l'affaire la plus longue si plusieurs en cours) ?
Crimnsp	Détenu ne connait pas le type de procédure en cours	Statut pénal	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Pour quelle type d'affaire est ce que vous êtes incarcéré (pour l'affaire la plus longue si plusieurs en cours) ?
Dep0	Dépistage refusé	dépistage	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Est-ce que vous avez accepté [le dépistage proposé aux arrivants] ?
Dep1	Dépistage accepté	dépistage	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Est-ce que vous avez accepté [le dépistage proposé aux arrivants] ?
Dipl1	Détenu avec un diplôme de fin d'études primaires	Diplôme	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Quel est le diplôme le plus élevé que vous avez eu ?
Dipl2	Détenu avec un brevet, CAP ou BEP	Diplôme	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Quel est le diplôme le plus élevé que vous avez eu ?
Dipl3	Détenu avec un baccalauréat ou plus	Diplôme	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Quel est le diplôme le plus élevé que vous avez eu ?
Ec15-	Scolarité interrompue avant 15 ans inclus	Age de fin de scolarité	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	A quel âge est-ce que vous avez arrêté l'école ?
Ec16-18	Scolarité interrompue entre les âges de 16 et 18 ans	Age de fin de scolarité	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	A quel âge est-ce que vous avez arrêté l'école ?
Ec19+	Scolarité interrompue	Age de fin de	(1) Caractéristiques	A quel âge est-ce que vous avez arrêté

	après 19 ans inclus	scolarité	sociodémographiques et pénales	l'école ?
ecAfrN	Scolarité du détenu effectuée dans un pays d'Afrique du Nord	Lieu de scolarité	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Dans quel pays est-ce que vous avez fait la plus grande partie de vos années d'école ?
ecAfrS	Scolarité du détenu effectuée dans un pays d'Afrique Subsaharienne	Lieu de scolarité	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Dans quel pays est-ce que vous avez fait la plus grande partie de vos années d'école ?
ecAut	Scolarité du détenu effectuée en République dominicaine, Arménie, Pakistan ou Palestine	Lieu de scolarité	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Dans quel pays est-ce que vous avez fait la plus grande partie de vos années d'école ?
ecEurE	Scolarité du détenu effectuée dans un pays d'Europe de l'Est	Lieu de scolarité	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Dans quel pays est-ce que vous avez fait la plus grande partie de vos années d'école ?
ecEurO	Scolarité du détenu effectuée dans un pays d'Europe de l'Ouest	Lieu de scolarité	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Dans quel pays est-ce que vous avez fait la plus grande partie de vos années d'école ?
ecFr	Scolarité du détenu effectuée en France	Lieu de scolarité	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Dans quel pays est-ce que vous avez fait la plus grande partie de vos années d'école ?
Emplo	Pas d'emploi à la prochaine sortie	Emploi dehors	(5) Ressources et Soutien	Cette fois-ci quand vous sortez est-ce que vous aurez un emploi: non ?
Empl1	Emploi à la prochaine sortie	Emploi dehors	(5) Ressources et Soutien	Cette fois-ci quand vous sortez est-ce que vous aurez un emploi : oui ?
Empl9	Ne sait pas si aura un emploi à la prochaine sortie	Emploi dehors	(5) Ressources et Soutien	Cette fois-ci quand vous sortez est-ce que vous aurez un emploi: difficile à dire pour l'instant ?
Enfo	Pas en lien avec son enfant avant l'incarcération	Contacts avant	(5) Ressources et Soutien	Avec votre enfant, avant votre incarcération, vous aviez des contacts : tous les jours, au moins une fois par semaine, au moins une fois par mois, plusieurs fois par an, moins souvent, pas du tout ?
Enf1	En lien avec son enfant avant l'incarcération	Contacts avant	(5) Ressources et Soutien	Avec votre enfant, avant votre incarcération, vous aviez des contacts : tous les jours, au moins une fois par semaine, au moins une fois par mois, plusieurs fois par an, moins souvent, pas du tout ?
Enfto	Détenu n'a pas d'enfants à charge	Enfants	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Est-ce que vous avez des enfants ? Si oui, sont-ils à votre charge ?
Enft1	Détenu a des enfants à charge	Enfants	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Est-ce que vous avez des enfants ? Si oui, sont-ils à votre charge ?
Err ?	Ne sait pas si a connu une période d'errance	Errance	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Est-ce que, dans votre vie d'adulte, il vous est déjà arrivé de dormir dans la rue, en centre d'hébergement, dans un hôtel social ou d'être hébergé chez quelqu'un parce que vous n'aviez pas d'endroit à vous ?
Erro	N'a jamais connu de période d'errance au cours de la vie	Errance	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Est-ce que, dans votre vie d'adulte, il vous est déjà arrivé de dormir dans la rue, en centre d'hébergement, dans un hôtel social ou d'être hébergé chez quelqu'un parce que vous n'aviez pas d'endroit à vous ?
Erro	N'a jamais connu de période d'errance au cours de la vie	Temps d'errance	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	La fois la plus longue où vous dormiez dans la rue, en centre d'hébergement, dans un hôtel social ou d'être hébergé chez quelqu'un parce que vous n'aviez pas d'endroit à vous, elle a duré combien de temps ?
Err1	A connu une période d'errance au cours de la vie	Errance	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Est-ce que, dans votre vie d'adulte, il vous est déjà arrivé de dormir dans la rue, en centre d'hébergement, dans un hôtel social ou d'être hébergé chez quelqu'un parce que vous n'aviez pas d'endroit à vous ?
Err-1	A connu l'errance pendant moins d'une année au cours de la	Temps d'errance	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	La fois la plus longue où vous dormiez dans la rue, en centre d'hébergement, dans un hôtel social ou d'être hébergé chez

	vie			quelqu'un parce que vous n'aviez pas d'endroit à vous, elle a duré combien de temps ?
Err1-5	A connu l'errance entre une et cinq années au cours de la vie	Temps d'errance	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	La fois la plus longue où vous dormiez dans la rue, en centre d'hébergement, dans un hôtel social ou d'être hébergé chez quelqu'un parce que vous n'aviez pas d'endroit à vous, elle a duré combien de temps ?
Err5+	A connu l'errance plus de cinq années au cours de la vie	Temps d'errance	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	La fois la plus longue où vous dormiez dans la rue, en centre d'hébergement, dans un hôtel social ou d'être hébergé chez quelqu'un parce que vous n'aviez pas d'endroit à vous, elle a duré combien de temps ?
EtrCours	Détenu étranger en cours de demande de régularisation administrative	Situation administrative	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Quels papiers d'identité est-ce que vous possédez ?
EtrIrreg	Détenu étranger en situation administrative irrégulière	Situation administrative	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Quels papiers d'identité est-ce que vous possédez ?
EtrReg	Détenu étranger en situation administrative régulière	Situation administrative	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Quels papiers d'identité est-ce que vous possédez ?
Fr10-19	Le détenu est né à l'étranger ; il a passé entre 10 et 19 ans en France	Séjour en France	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Si vous n'êtes pas né en France, quelle est la date de votre dernière entrée en France ?
Fr2-	Le détenu est né à l'étranger ; il a passé moins de 2 ans en France	Séjour en France	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Si vous n'êtes pas né en France, quelle est la date de votre dernière entrée en France ?
Fr20+	Le détenu est né à l'étranger ; il a passé plus de 20 ans en France	Séjour en France	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Si vous n'êtes pas né en France, quelle est la date de votre dernière entrée en France ?
Fr3-4	Le détenu est né à l'étranger ; il a passé entre 3 et 4 ans en France	Séjour en France	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Si vous n'êtes pas né en France, quelle est la date de votre dernière entrée en France ?
Fr5-9	Le détenu est né à l'étranger ; il a passé entre 5 et 9 ans en France	Séjour en France	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Si vous n'êtes pas né en France, quelle est la date de votre dernière entrée en France ?
Frat0	Pas en lien avec son frère ou sœur avant l'incarcération	Contacts avant	(5) Ressources et Soutien	Avec votre frère ou sœur, avant votre incarcération, vous aviez des contacts : tous les jours, au moins une fois par semaine, au moins une fois par mois, plusieurs fois par an, moins souvent, pas du tout ?
Frat1	En lien avec son frère ou sœur avant l'incarcération	Contacts avant	(5) Ressources et Soutien	Avec votre frère ou sœur, avant votre incarcération, vous aviez des contacts : tous les jours, au moins une fois par semaine, au moins une fois par mois, plusieurs fois par an, moins souvent, pas du tout ?
FrDiff0	Français lu et écrit sans difficulté	Maîtrise du Français lu et écrit	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Vous lisez/écrivez le français : sans difficultés, avec quelques difficultés, beaucoup de difficultés, pas du tout ?
FrDiff1	Français lu et écrit avec difficultés	Maîtrise du Français lu et écrit	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Vous lisez/écrivez le français : sans difficultés, avec quelques difficultés, beaucoup de difficultés, pas du tout ?
FrMax0	La France n'est pas le pays où le détenu a passé le plus de temps au cours de sa vie	Séjour en France	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Dans quel pays est-ce que vous avez passé le plus de temps ?
FrMax1	La France est le pays où le détenu a passé le plus de temps au cours de sa vie	Séjour en France	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Dans quel pays est-ce que vous avez passé le plus de temps ?

FrNul	Français ni lu ni écrit	Maîtrise du Français lu et écrit	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Vous lisez/écrivez le français : sans difficultés, avec quelques difficultés, beaucoup de difficultés, pas du tout ?
FrParl0	Français parlé avec beaucoup de difficultés	Maîtrise du français oral	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Vous parlez le français : sans difficultés, avec quelques difficultés, beaucoup de difficultés, pas du tout ?
FrParl0.5	Français parlé avec quelques difficultés	Maîtrise du français oral	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Vous parlez le français : sans difficultés, avec quelques difficultés, beaucoup de difficultés, pas du tout ?
FrParl1	Français parlé sans difficulté	Maîtrise du français oral	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Vous parlez le français : sans difficultés, avec quelques difficultés, beaucoup de difficultés, pas du tout ?
FrReg	Détenu français ou de l'Union Européenne, avec papiers d'identité en cours de validité	Situation administrative	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Quels papiers d'identité est-ce que vous possédez ?
Heb0	Pas d'hébergement à la prochaine sortie	Dormir dehors	(5) Ressources et Soutien	Cette fois-ci quand vous sortez est-ce que vous aurez un endroit où dormir : non ?
Heb1	Hébergement à la prochaine sortie	Dormir dehors	(5) Ressources et Soutien	Cette fois-ci quand vous sortez est-ce que vous aurez un endroit où dormir : oui ?
Heb9	Ne sait pas si aura un hébergement à la prochaine sortie	Dormir dehors	(5) Ressources et Soutien	Cette fois-ci quand vous sortez est-ce que vous aurez un endroit où dormir : difficile à dire pour l'instant ?
HP0	Pas d'hospitalisation en psychiatrie	Santé mentale	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire (3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Est-ce que vous avez déjà été hospitalisé en hôpital psychiatrique ?
HP1	Au moins une hospitalisation en psychiatrie	Santé mentale	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire (3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Est-ce que vous avez déjà été hospitalisé en hôpital psychiatrique ?
Hypno1	Traitement de médicaments de la classe des hypnotiques	Traitements psychoactifs	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Est-ce que vous prenez d'autres médicaments que ceux dont on a déjà parlé, pour dormir ou pour vous calmer ?
Inc1-	Détenu incarcéré depuis moins d'1 mois au moment de l'enquête	Statut pénal	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	
Inc12-24	Détenu incarcéré entre 12-24 mois au moment de l'enquête	Statut pénal	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	
Inc1-3	Détenu incarcéré entre 1-3 mois au moment de l'enquête	Statut pénal	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	
Inc24+	Détenu incarcéré entre plus de 24 mois au moment de l'enquête	Statut pénal	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	
Inc3-6	Détenu incarcéré entre 3-6 mois au moment de l'enquête	Statut pénal	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	
Inc6-12	Détenu incarcéré entre 6-12 mois au moment de l'enquête	Statut pénal	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	
Infrel1	Mauvaises ou plutôt mauvaises avec les infirmières (UCSA)	Relations infirmières	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Avec les infirmières (UCSA), les relations sont : bonnes, plutôt bonnes, moyennes, plutôt mauvaises, mauvaises, vous préférez ne pas répondre à cette question ?
Infrel2	Relations moyennes avec les infirmières (UCSA)	Relations infirmières	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Avec les infirmières (UCSA)les relations sont : bonnes, plutôt bonnes, moyennes, plutôt mauvaises, mauvaises, vous préférez ne pas répondre à cette question ?
Infrel3	Bonnes ou plutôt bonnes relations avec les infirmières (UCSA)	Relations infirmières	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Avec les infirmières (UCSA), les relations sont : bonnes, plutôt bonnes, moyennes, plutôt mauvaises, mauvaises, vous préférez ne pas répondre à cette question ?

Intincvhc0	Aucune interruption de traitement VHC à cause d'une incarcération cours de la vie	Interruption de traitement	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Est-ce qu'il vous est arrivé d'arrêter votre traitement pendant l'incarcération ?
Intincvhc1	Au moins une interruption de traitement VHC à cause d'une incarcération au cours de la vie	Interruption de traitement	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Est-ce qu'il vous est arrivé d'arrêter votre traitement pendant l'incarcération?
Intincvih0	Aucune interruption de traitement VIH à cause d'une incarcération cours de la vie	Interruption de traitement	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Est-ce qu'il vous est arrivé d'arrêter votre traitement pendant l'incarcération ?
Intincvih1	Au moins une interruption de traitement VIH à cause d'une incarcération au cours de la vie	Interruption de traitement	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Est-ce qu'il vous est arrivé d'arrêter votre traitement pendant l'incarcération?
Intsort0	Aucune interruption de traitement à cause d'une sortie de prison au cours de la vie	Interruption de traitement	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Est-ce qu'il vous est arrivé d'arrêter votre traitement au moment d'une sortie de prison ?
Intsort1	Au moins une interruption de traitement à cause d'une sortie de prison au cours de la vie	Interruption de traitement	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Est-ce qu'il vous est arrivé d'arrêter votre traitement au moment d'une sortie de prison ?
Marié0	Détenu est séparé, divorcé ou veuf	Situation matrimoniale	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Vous êtes : marié/pacsé, séparé/divorcé, veuf, célibataire ?
Marié1	Détenu est marié ou pacsé	Situation matrimoniale	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Vous êtes : marié/pacsé, séparé/divorcé, veuf, célibataire ?
medPrel1	Mauvaises ou plutôt mauvaises avec le médecin (UCSA)	Relations médecin	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Avec le médecin de la prison, les relations sont : bonnes, plutôt bonnes, moyennes, plutôt mauvaises, mauvaises, vous préférez ne pas répondre à cette question ?
medPrel2	Relations moyennes avec le médecin (UCSA)	Relations médecin	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Avec le médecin de la prison, les relations sont : bonnes, plutôt bonnes, moyennes, plutôt mauvaises, mauvaises, vous préférez ne pas répondre à cette question ?
medPrel3	Bonnes ou plutôt bonnes relations avec le médecin (UCSA)	Relations médecin	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Avec le médecin de la prison, les relations sont : bonnes, plutôt bonnes, moyennes, plutôt mauvaises, mauvaises, vous préférez ne pas répondre à cette question ?
Medrel1	Mauvaises ou plutôt mauvaises avec le médecin vu le plus souvent	Relations médecin	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Avec le médecin que vous voyez le plus souvent (dedans ou dehors), les relations sont : bonnes, plutôt bonnes, moyennes, plutôt mauvaises, mauvaises, vous préférez ne pas répondre à cette question ?
Medrel2	Relations moyennes avec le médecin vu le plus souvent	Relations médecin	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Avec le médecin que vous voyez le plus souvent (dedans ou dehors), les relations sont : bonnes, plutôt bonnes, moyennes, plutôt mauvaises, mauvaises, vous préférez ne pas répondre à cette question ?
Medrel3	Bonnes ou plutôt bonnes relations avec le médecin vu le plus souvent	Relations médecin	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Avec le médecin que vous voyez le plus souvent (dedans ou dehors), les relations sont : bonnes, plutôt bonnes, moyennes, plutôt mauvaises, mauvaises, vous préférez ne pas répondre à cette question ?
Medvhc1	Un médecin ou service pour le suivi VHC	Nombre de médecins VHC	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Depuis que vous avez été dépisté, vous avez vu : toujours le même médecin ou le même service ou plusieurs médecins/services ?
Medvhc2-3	2-3 médecins ou services pour le suivi VHC	Nombre de médecins VHC	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Depuis que vous avez été dépisté, vous avez vu : toujours le même médecin ou le même service ou plusieurs médecins/services ?
Medvhc4-	4-8 médecins ou	Nombre de	(3) Santé et prise en	Depuis que vous avez été dépisté, vous avez

8	services pour le suivi VHC	médecins VHC	charge sociosanitaire	vu : toujours le même médecin ou le même service ou plusieurs médecins/services ?
Medvhc8+	Plus de 8 médecins ou services pour le suivi VHC	Nombre de médecins VHC	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Depuis que vous avez été dépisté, vous avez vu : toujours le même médecin ou le même service ou plusieurs médecins/services ?
Medvhc9	Ne sais pas combien de médecins ou services pour le suivi VHC	Nombre de médecins VHC	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Depuis que vous avez été dépisté, vous avez vu : toujours le même médecin ou le même service ou plusieurs médecins/services ?
Medvih1	Un médecin ou service pour le suivi VIH	Nombre de médecins VIH	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Depuis que vous avez été dépisté, vous avez vu : toujours le même médecin ou le même service ou plusieurs médecins/services ?
Medvih2-3	2-3 médecins ou services pour le suivi VIH	Nombre de médecins VIH	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Depuis que vous avez été dépisté, vous avez vu : toujours le même médecin ou le même service ou plusieurs médecins/services ?
Medvih4-8	4-8 médecins ou services pour le suivi VIH	Nombre de médecins VIH	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Depuis que vous avez été dépisté, vous avez vu : toujours le même médecin ou le même service ou plusieurs médecins/services ?
Medvih8+	Plus de 8 médecins ou services pour le suivi VIH	Nombre de médecins VIH	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Depuis que vous avez été dépisté, vous avez vu : toujours le même médecin ou le même service ou plusieurs médecins/services ?
mer0	Pas en lien avec sa mère avant l'incarcération	Contacts avant	(5) Ressources et Soutien	Avec votre mère, avant votre incarcération, vous aviez des contacts : tous les jours, au moins une fois par semaine, au moins une fois par mois, plusieurs fois par an, moins souvent, pas du tout ?
mer1	En lien avec sa mère avant l'incarcération	Contacts avant	(5) Ressources et Soutien	Avec votre mère, avant votre incarcération, vous aviez des contacts : tous les jours, au moins une fois par semaine, au moins une fois par mois, plusieurs fois par an, moins souvent, pas du tout ?
merdcd	Mère décédée	Contacts avant	(5) Ressources et Soutien	
Mut0	Pas de couverture sociale avec mutuelle avant l'incarcération	Couverture médicale	(5) Ressources et Soutien	Avant votre incarcération, vous aviez : une couverture sociale avec mutuelle ?
Mut1	Couverture sociale avec mutuelle avant l'incarcération	Couverture médicale	(5) Ressources et Soutien	Avant votre incarcération, vous aviez : une couverture sociale avec mutuelle ?
natAfrN	Détenu de nationalité d'un pays d'Afrique du Nord	Nationalité	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Quelle(s) est(sont) votre (vos) nationalité ?
natAfrS	Détenu de nationalité d'un pays d'Afrique Subsaharienne	Nationalité	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Quelle(s) est(sont) votre (vos) nationalité ?
natAut	Détenu de nationalité portugaise, dominicaine, pakistanaise ou palestinienne	Nationalité	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Quelle(s) est(sont) votre (vos) nationalité ?
natEurE	Détenu de nationalité d'un pays d'Europe du Nord	Nationalité	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Quelle(s) est(sont) votre (vos) nationalité ?
natFr	Détenu de nationalité française	Nationalité	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Quelle(s) est(sont) votre (vos) nationalité ?
natMAfrN	Mère du détenu de nationalité d'un pays d'Afrique du Nord	Nationalité de la mère	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Quelle était la nationalité de vos parents quand ils sont nés ?
natMAfrS	Mère du détenu de nationalité d'un pays d'Afrique Subsaharienne	Nationalité de la mère	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Quelle était la nationalité de vos parents quand ils sont nés ?
natMAut	Mère du détenu de nationalité dominicaine, pakistanaise ou palestinienne	Nationalité de la mère	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Quelle était la nationalité de vos parents quand ils sont nés ?
natMEurE	Mère du détenu de nationalité d'un pays	Nationalité de	(1) Caractéristiques sociodémographique	Quelle était la nationalité de vos parents

	d'Europe de l'Est	la mère	s et pénales	quand ils sont nés ?
natMEurO	Mère du détenu de nationalité d'un pays d'Europe de l'Ouest	Nationalité de la mère	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Quelle était la nationalité de vos parents quand ils sont nés ?
natMFr	Mère du détenu de nationalité française	Nationalité de la mère	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Quelle était la nationalité de vos parents quand ils sont nés ?
natPAfrN	Père du détenu de nationalité d'un pays d'Afrique du Nord	Nationalité du père	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Quelle était la nationalité de vos parents quand ils sont nés ?
natPAfrS	Père du détenu de nationalité d'un pays d'Afrique Subsaharienne	Nationalité du père	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Quelle était la nationalité de vos parents quand ils sont nés ?
natPAut	Père du détenu de nationalité dominicaine, pakistanaise ou palestinienne	Nationalité du père	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Quelle était la nationalité de vos parents quand ils sont nés ?
natPEurE	Père du détenu de nationalité d'un pays d'Europe de l'Est	Nationalité du père	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Quelle était la nationalité de vos parents quand ils sont nés ?
natPEurO	Père du détenu de nationalité d'un pays d'Europe de l'Ouest	Nationalité du père	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Quelle était la nationalité de vos parents quand ils sont nés ?
natPFr	Père du détenu de nationalité française	Nationalité du père	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Quelle était la nationalité de vos parents quand ils sont nés ?
néAfrN	Détenu né en Afrique du Nord	Lieu de naissance	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Dans quel pays est-ce que vous êtes né ?
néAfrS	Détenu né en Afrique Subsaharienne	Lieu de naissance	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Dans quel pays est-ce que vous êtes né ?
néAut	Détenu né au Portugal, en République dominicaine, au Pakistan ou en Palestine	Lieu de naissance	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Dans quel pays est-ce que vous êtes né ?
néEurE	Détenu né en Europe de l'Est	Lieu de naissance	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Dans quel pays est-ce que vous êtes né ?
néFr	Détenu né en France	Lieu de naissance	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Dans quel pays est-ce que vous êtes né ?
Nocouv0	Couverture médicale	Couverture médicale	(5) Ressources et Soutien	Avant votre incarcération, vous aviez : aucune couverture médicale ?
Nocouv1	Aucune couverture médicale avant l'incarcération	Couverture médicale	(5) Ressources et Soutien	Avant votre incarcération, vous aviez : aucune couverture médicale ?
Obsvhc1	Détenu n'oublie jamais de prendre son traitement pour le VHc	Observance	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Il vous arrive d'oublier de prendre vos médicaments : souvent, de temps en temps, rarement, jamais, nsp ?
Obsvhc2	Détenu oublie rarement de prendre son traitement pour le VHC	Observance	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Il vous arrive d'oublier de prendre vos médicaments : souvent, de temps en temps, rarement, jamais, nsp ?
Obsvhc3	Détenu oublie de temps en temps de prendre son traitement pour le VHC	Observance	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Il vous arrive d'oublier de prendre vos médicaments : souvent, de temps en temps, rarement, jamais, nsp ?
Obsvih1	Détenu n'oublie jamais de prendre son traitement pour le VIH	Observance	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Il vous arrive d'oublier de prendre vos médicaments : souvent, de temps en temps, rarement, jamais, nsp ?
Obsvih2	Détenu oublie rarement de prendre son traitement pour le	Observance	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Il vous arrive d'oublier de prendre vos médicaments : souvent, de temps en temps, rarement, jamais, nsp ?

	VIH			
Obsvih3	Détenu oublie de temps en temps de prendre son traitement pour le VIH	Observance	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Il vous arrive d'oublier de prendre vos médicaments : souvent, de temps en temps, rarement, jamais, nsp ?
Pbsant.5	Autres pathologie sans suivi médical long	Autres pathologies	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Au cours de votre vie, est-ce que vous avez eu d'autres problèmes de santé que ceux dont nous avons déjà parlé et pour lesquels vous avez eu un suivi médical assez long : non, vous avez eu d'autres problèmes de santé mais sans suivi médical long?
Pbsant0	Pas d'autre pathologie	Autres pathologies	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Au cours de votre vie, est-ce que vous avez eu d'autres problèmes de santé que ceux dont nous avons déjà parlé et pour lesquels vous avez eu un suivi médical assez long : non et vous et vous n'avez jamais vraiment eu d'autres problèmes de santé?
Pbsant1	Autres pathologies nécessitant un suivi médical long	Autres pathologies	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Au cours de votre vie, est-ce que vous avez eu d'autres problèmes de santé que ceux dont nous avons déjà parlé et pour lesquels vous avez eu un suivi médical assez long : oui?
pen.5-	Peine en cours de moins de 6 mois	Statut pénal	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Si vous avez été jugé, quelle est la durée de votre peine ?
pen.5-1	Peine en cours d'entre 6-12 mois	Statut pénal	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Si vous avez été jugé, quelle est la durée de votre peine ?
pen1-2	Peine en cours d'un à deux ans	Statut pénal	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Si vous avez été jugé, quelle est la durée de votre peine ?
pen2-3	Peine en cours d'entre deux à trois ans	Statut pénal	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Si vous avez été jugé, quelle est la durée de votre peine ?
pen3+	Peine en cours de plus de trois ans	Statut pénal	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Si vous avez été jugé, quelle est la durée de votre peine ?
per0	Pas en lien avec son père avant l'incarcération	Contacts avant	(5) Ressources et Soutien	Avec votre père, avant votre incarcération, vous aviez des contacts : tous les jours, au moins une fois par semaine, au moins une fois par mois, plusieurs fois par an, moins souvent, pas du tout ?
per1	En lien avec son père avant l'incarcération	Contacts avant	(5) Ressources et Soutien	Avec votre père, avant votre incarcération, vous aviez des contacts : tous les jours, au moins une fois par semaine, au moins une fois par mois, plusieurs fois par an, moins souvent, pas du tout ?
perdcd	Père décédé	Contacts avant	(5) Ressources et Soutien	
Prev	Détenu est prévenu	Statut pénal	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Vous êtes : condamné, prévenu, nsp, autre ?
Pris.5-3	Détenu a passé entre 6 mois et 3 ans en prison au cours de la vie	Temps en prison	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Est-ce que vous pouvez me dire, pour chacune de ces incarcérations, quand vous êtes entré en prison et combien de temps ont duré ces peines de prison ?
Pris<.5	Détenu a passé moins de 6 mois en prison au cours de la vie	Temps en prison	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Est-ce que vous pouvez me dire, pour chacune de ces incarcérations, quand vous êtes entré en prison et combien de temps ont duré ces peines de prison ?
Pris>3	Détenu a passé plus de 3 ans en prison au cours de la vie	Temps en prison	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Est-ce que vous pouvez me dire, pour chacune de ces incarcérations, quand vous êtes entré en prison et combien de temps ont duré ces peines de prison ?
Prof1	Contact fréquents avec des professionnel.les du médicosocial avant la prison	Soutien professionnel	(4) Soutien	
Prof.5	Contact peu fréquents avec des	Soutien professionnel	(4) Soutien	

	professionnel.les du médicosocial avant la prison			
Profo	Aucun contact avec des professionnel.les du médicosocial avant la prison	Soutien professionnel	(4) Soutien	
Profoo	En lien avec des professionnel.les du médico-social ni avant ni pendant l'incarcération	Soutien professionnel	(5) Ressources et Soutien	
profA	En lien avec des professionnel.les du médico-social avant l'incarcération	Soutien professionnel	(5) Ressources et Soutien	
ProfAP	En lien avec des professionnel.les du médico-social avant et pendant l'incarcération	Soutien professionnel	(5) Ressources et Soutien	
profP	En lien avec des professionnel.les du médico-social pendant l'incarcération	Soutien professionnel	(5) Ressources et Soutien	
Psy1	Suivi en psychiatrie	Santé mentale	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire (3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Au cours de votre vie est-ce que vous avez déjà eu un suivi en CMP ou hôpital psychiatrique ?
Psy2	Pas de suivi en psychiatrie	Santé mentale	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire (3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Au cours de votre vie est-ce que vous avez déjà eu un suivi en CMP ou hôpital psychiatrique ?
Qlqsort0	Personne ne viendra le chercher à la sortie	Sortir	(5) Ressources et Soutien	A la sortie, est-ce que quelqu'un viendra vous chercher : non?
Qlqsort1	Quelqu'un viendra le chercher à la sortie	Sortir	(5) Ressources et Soutien	A la sortie, est-ce que quelqu'un viendra vous chercher : oui?
Qlqsort11	Un.e professionnel.le viendra le chercher à la sortie	Sortir	(5) Ressources et Soutien	A la sortie, est-ce que quelqu'un viendra vous chercher : un.e professionnel.le?
Qlqsort12	Un.e proche viendra le chercher à la sortie	Sortir	(5) Ressources et Soutien	A la sortie, est-ce que quelqu'un viendra vous chercher : votre partenaire ou conjoint.e, d'autres personnes de votre famille, des amis?
Qlqsort9	Ne sais pas si quelqu'un viendra le chercher à la sortie	Sortir	(5) Ressources et Soutien	A la sortie, est-ce que quelqu'un viendra vous chercher : difficile à dire pour l'instant ?
Reg+incvhc0	Traitement VHC pas pris plus régulièrement pendant l'incarcération	Traitement plus régulier	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Est-ce qu'à l'un des moments suivants, vous avez pris votre traitement plus régulièrement : pendant l'incarcération ?
Reg+incvhc1	Traitement VHC pris plus régulièrement pendant l'incarcération	Traitement plus régulier	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Est-ce qu'à l'un des moments suivants, vous avez pris votre traitement plus régulièrement : pendant l'incarcération ?
Reg+incvih0	Traitement VIH pas pris moins régulièrement pendant l'incarcération	Traitement plus régulier	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Est-ce qu'à l'un des moments suivants, vous avez pris votre traitement plus régulièrement : pendant l'incarcération ?
Reg+incvih1	Traitement VIH pris plus régulièrement pendant l'incarcération	Traitement plus régulier	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Est-ce qu'à l'un des moments suivants, vous avez pris votre traitement plus régulièrement : pendant l'incarcération ?
Reg+sortvhc0	Traitement VIH pas pris plus régulièrement à la	Traitement plus régulier	(5) Ressources et Soutien	Est-ce qu'à l'un des moments suivants, vous avez pris votre traitement plus régulièrement : à la sortie de prison?

	sortie de prison			
Reg+sortvhc1	Traitement VIH pris plus régulièrement à la sortie de prison	Traitement plus régulier	(5) Ressources et Soutien	Est-ce qu'à l'un des moments suivants, vous avez pris votre traitement plus régulièrement : à la sortie de prison ?
Reg+sortvih0	Traitement VIH pas pris plus régulièrement à la sortie de prison	Traitement plus régulier	(5) Ressources et Soutien	Est-ce qu'à l'un des moments suivants, vous avez pris votre traitement plus régulièrement : à la sortie de prison?
Reg+sortvih1	Traitement VIH pris plus régulièrement à la sortie de prison	Traitement plus régulier	(5) Ressources et Soutien	Est-ce qu'à l'un des moments suivants, vous avez pris votre traitement plus régulièrement : à la sortie de prison ?
Reg-incvhc0	Traitement VHC pas pris moins régulièrement pendant l'incarcération	Traitement moins régulier	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Est-ce qu'à l'un des moments suivants, vous avez pris votre traitement moins régulièrement : pendant l'incarcération ?
Reg-incvhc1	Traitement VHC pris moins régulièrement pendant l'incarcération	Traitement moins régulier	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Est-ce qu'à l'un des moments suivants, vous avez pris votre traitement moins régulièrement : pendant l'incarcération ?
Reg-incvih0	Traitement VIH pas pris moins régulièrement pendant l'incarcération	Traitement moins régulier	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Est-ce qu'à l'un des moments suivants, vous avez pris votre traitement moins régulièrement : pendant l'incarcération ?
reg-incvih1	Traitement VIH pris moins régulièrement pendant l'incarcération	Traitement moins régulier	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Est-ce qu'à l'un des moments suivants, vous avez pris votre traitement moins régulièrement : pendant l'incarcération ?
Reg-sortvhc0	Traitement VIH pas pris moins régulièrement à la sortie de prison	Traitement moins régulier	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Est-ce qu'à l'un des moments suivants, vous avez pris votre traitement moins régulièrement : à la sortie de prison?
Reg-sortvhc1	Traitement VIH pris moins régulièrement à la sortie de prison	Traitement moins régulier	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Est-ce qu'à l'un des moments suivants, vous avez pris votre traitement moins régulièrement : à la sortie de prison ?
Reg-sortvih0	Traitement VIH pas pris moins régulièrement à la sortie de prison	Traitement moins régulier	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Est-ce qu'à l'un des moments suivants, vous avez pris votre traitement moins régulièrement : à la sortie de prison?
Reg-sortvih1	Traitement VIH pris moins régulièrement à la sortie de prison	Traitement moins régulier	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Est-ce qu'à l'un des moments suivants, vous avez pris votre traitement moins régulièrement : à la sortie de prison ?
Ress0	Pas de ressources à la prochaine sortie	Ressources dehors	(5) Ressources et Soutien	Cette fois-ci quand vous sortez est-ce que vous aurez des ressources : non ?
Ress1	Ressources à la prochaine sortie	Ressources dehors	(5) Ressources et Soutien	Cette fois-ci quand vous sortez est-ce que vous aurez des ressources : oui ?
Ress9	Ne sait pas si aura des ressources à la prochaine sortie	Ressources dehors	(5) Ressources et Soutien	Cette fois-ci quand vous sortez est-ce que vous aurez des ressources : difficile à dire pour l'instant ?
Rsa0	Pas revenu de solidarité active perçu avant l'incarcération	Allocations sociales	(5) Ressources et Soutien	Avant votre incarcération, vous receviez : le RSA?
Rsa1	Revenu de solidarité active perçu avant l'incarcération	Allocations sociales	(5) Ressources et Soutien	Avant votre incarcération, vous receviez : le RSA?
Sej.5-	Les séjours en France sont courts (moins de 6 mois)	Séjour en France	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	En France : vous n'avez fait que de courts séjours *(moins de 6 mois)* ? (...) vous avez fait un ou plusieurs séjours d'un an ou plus ?
Sej1+	Les séjours en France sont longs (plus d'un an)	Séjour en France	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	En France : vous n'avez fait que de courts séjours *(moins de 6 mois)* ? (...) vous avez fait un ou plusieurs séjours d'un an ou plus ?
Smpr0	Pas de suivi psychologique au SMPR en détention	Suivi psychologique	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Est-ce que vous êtes actuellement suivi par une psychologue au SMPR ?
Smpr1	Suivi psychologique au SMPR en détention	Suivi psychologique	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Est-ce que vous êtes actuellement suivi par une psychologue au SMPR ?
Soimieu	Plus de soin de soi depuis l'incarcération	Soin de soi	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Depuis que vous êtes incarcéré ici, vous prenez soin de vous : plus que dehors, moins que dehors, pareil que dehors ?

Soinmieu	Plus de soin depuis l'incarcération	Recours au soin	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Depuis que vous êtes incarcéré ici, vous vous soignez : plus que dehors, moins que dehors, pareil que dehors ?
soinpar	Recours au soin inchangé depuis l'incarcération	Recours au soin	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Depuis que vous êtes incarcéré ici, vous vous soignez : plus que dehors, moins que dehors, pareil que dehors ?
Soinpir	Moins de soin depuis l'incarcération	Recours au soin	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Depuis que vous êtes incarcéré ici, vous vous soignez : plus que dehors, moins que dehors, pareil que dehors ?
soipar	Soin de soi inchangé depuis l'incarcération	Soin de soi	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Depuis que vous êtes incarcéré ici, vous prenez soin de vous : plus que dehors, moins que dehors, pareil que dehors ?
Soipir	Moins de soin de soi depuis l'incarcération	Soin de soi	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Depuis que vous êtes incarcéré ici, vous prenez soin de vous : plus que dehors, moins que dehors, pareil que dehors ?
Soutavt0	Pas de soutien dans un moment difficile avant l'incarcération	Moment difficile	(5) Ressources et Soutien	Quand vous passiez par un moment difficile [avant l'incarcération] est ce vous en parliez à : vous n'en parliez pas ?
Soutavt1	Soutien dans un moment difficile avant l'incarcération	Moment difficile	(5) Ressources et Soutien	Quand vous passiez par un moment difficile [avant l'incarcération] est ce vous en parliez à : votre partenaire ou conjoint.e, d'autres proches, des professionnels du médico-social?
Soutpdt0	Pas de soutien dans un moment difficile pendant l'incarcération	Moment difficile	(5) Ressources et Soutien	Quand vous passez par un moment difficile [pendant l'incarcération] est ce vous en parlez à : vous n'en parliez pas ?
Soutpdt1	Soutien dans un moment difficile pendant l'incarcération	Moment difficile	(5) Ressources et Soutien	Quand vous passez par un moment difficile [pendant l'incarcération] est ce vous en parlez à : votre partenaire ou conjoint.e, d'autres proches, des professionnels du médico-social, de la pénitentiaire, un (co-)détenu?
Stadvhc1	Infection VHC asymptomatique	Stade de l'infection VHC	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	A quel stade de l'infection est-ce que vous en êtes : c'est le début pas de symptômes, vous avez/déjà eu des symptômes, vous êtes guéri?
Stadvhc2	Infection VHC symptomatique au moins une fois	Stade de l'infection VHC	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	A quel stade de l'infection est-ce que vous en êtes : c'est le début pas de symptômes, vous avez/déjà eu des symptômes, vous êtes guéri?
Stadvhc3	VHC guéri	Stade de l'infection VHC	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	A quel stade de l'infection est-ce que vous en êtes : c'est le début pas de symptômes, vous avez/déjà eu des symptômes, vous êtes guéri ?
Stadvih1	Infection VIH asymptomatique	Stade de l'infection VIH	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	A quel stade de l'infection est-ce que vous en êtes : c'est le début pas de symptômes, vous avez/déjà eu des symptômes, vous êtes indétectable depuis plus de 6 mois ?
Stadvih2	Infection VIH symptomatique au moins une fois	Stade de l'infection VIH	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	A quel stade de l'infection est-ce que vous en êtes : c'est le début pas de symptômes, vous avez/déjà eu des symptômes, vous êtes indétectable depuis plus de 6 mois ?
Stadvih3	VIH indétectable	Stade de l'infection VIH	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	A quel stade de l'infection est-ce que vous en êtes : c'est le début pas de symptômes, vous avez/déjà eu des symptômes, vous êtes indétectable depuis plus de 6 mois ?
stb	Bon été de santé	Santé perçue	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Aujourd'hui, vous trouvez que votre état de santé est : très bon, bon, moyen, mauvais, très mauvais ?
stm	Mauvais état de santé	Santé perçue	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Aujourd'hui, vous trouvez que votre état de santé est : très bon, bon, moyen, mauvais, très mauvais ?
stmieu	Etat de santé amélioré avec la détention	Santé perçue	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Vous trouvez que depuis votre incarcération, votre état de santé : est meilleur que dehors, pire que dehors, pareil que dehors ?
stmoy	Etat de santé moyen	Santé perçue	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Aujourd'hui, vous trouvez que votre état de santé est : très bon, bon, moyen, mauvais, très mauvais ?
stpar	Etat de santé inchangé	Santé perçue	(3) Santé et prise en	Vous trouvez que depuis votre incarcération,

	depuis la détention		charge sociosanitaire	votre état de santé : est meilleur que dehors, pire que dehors, pareil que dehors ?
stpir	Etat de santé empiré avec la détention	Santé perçue	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Vous trouvez que depuis votre incarcération, votre état de santé : est meilleur que dehors, pire que dehors, pareil que dehors ?
Sttb	Très bon état de santé	Santé perçue	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Aujourd'hui, vous trouvez que votre état de santé est : très bon, bon, moyen, mauvais, très mauvais ?
sttm	Très mauvais état de santé	Santé perçue	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Aujourd'hui, vous trouvez que votre état de santé est : très bon, bon, moyen, mauvais, très mauvais ?
Suiv0	Pas de suivi par un médecin avant l'incarcération	Suivi avant	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Dehors, est-ce que vous avez un médecin qui vous suit ?
Suiv1	Suivi par un médecin avant l'incarcération	Suivi avant	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Dehors, est-ce que vous avez un médecin qui vous suit ?
Suivhc0	Pas de suivi pour le VHC avant l'incarcération	Suivi VHC	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Dehors, est-ce que vous avez un médecin qui vous suit pour le VHC ?
Suivhc0	Pas de suivi VHC	Suivi VHC	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Pour le VHC, vous n'avez : aucun suivi ?
Suivhc1	Suivi pour le VHC avant l'incarcération	Suivi VHC	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Dehors, est-ce que vous avez un médecin qui vous suit pour le VHC ?
Suivih0	Pas de suivi pour le VIH avant l'incarcération	Suivi VIH	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Dehors, est-ce que vous avez un médecin qui vous suit pour le VIH ?
Suivih0	Pas de suivi VIH	Suivi VIH	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Pour le VIH, vous n'avez : aucun suivi ?
Suivih1	Suivi pour le VIH avant l'incarcération	Suivi VIH	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Dehors, est-ce que vous avez un médecin qui vous suit pour le VIH ?
Tox0	Pas d'addiction aux opiacés	Addiction	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire (3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Est-ce que vous avez déjà pris un traitement de substitution : non, ni subutex ni méthadone ?
Tox1	Addiction aux opiacés au moins une fois	Addiction	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire (3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Est-ce que vous avez déjà pris un traitement de substitution : subutex, méthadone, subutex et méthadone ?
Tttarr0	Pas de demande de traitement au quartier arrivant	Traitements aux Arrivants	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Au quartier arrivants, est-ce que vous avez déclaré avoir besoin de prendre un traitement ?
Tttarr1	Demande de traitement au quartier arrivant	Traitements aux Arrivants	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Au quartier arrivants, est-ce que vous avez déclaré avoir besoin de prendre un traitement ?
Tttaut0	Pas de traitement pour une autre pathologie que VIH, VHC et autre que traitement de substitution aux opiacés	Traitements autre pathologie	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Est-ce que vous prenez d'autres médicaments que ceux dont on a déjà parlé, pour une autre maladie?
Tttaut1	Traitement pour une autre pathologie que VIH, VHC et autre que traitement de substitution aux opiacés	Traitements autre pathologie	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Est-ce que vous prenez d'autres médicaments que ceux dont on a déjà parlé, pour une autre maladie?
Tttpsy0	Pas de traitement pour désordre psychiatrique	Traitement psychiatrique	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Aujourd'hui, est-ce que vous avez un traitement médicamenteux pour un problème de santé mentale ?
Tttpsy1	Traitement pour	Traitement	(3) Santé et prise en	Aujourd'hui, est-ce que vous avez un

	désordre psychiatrique	psychiatrique	charge sociosanitaire	traitement médicamenteux pour un problème de santé mentale ?
TttVHC.5	Traitement VHC interrompu	Traitement pour le VHC	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Pour le VHC : vous avez déjà eu un traitement en cours mais vous l'avez arrêté ?
TttVHC0	Pas de traitement VHC	Traitement pour le VHC	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Pour le VHC : vous n'avez jamais eu de traitement ?
TttVHC1	Traitement VHC en cours	Traitement pour le VHC	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Pour le VHC : vous avez un traitement en cours ?
TttVHC2	Traitement VHC terminé (guérison)	Traitement pour le VHC	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Pour le VHC : autre?
TttVIH.5	Traitement VIH interrompu	Traitement pour le VIH	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Pour le VIH : vous avez déjà eu un traitement en cours mais vous l'avez arrêté ?
TttVIH0	Pas de traitement VIH	Traitement pour le VIH	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Pour le VIH : vous n'avez jamais eu de traitement ?
TttVIH1	Traitement VIH en cours	Traitement pour le VIH	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Pour le VIH : vous avez un traitement en cours ?
tVhc01	Pas de nécessité médicale pour un traitement VHC	Pas de traitement VHC	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Vous n'avez jamais eu de traitement car : [..] ?
tVhc02	Impossibilité de commencer le traitement VHC prescrit	Pas de traitement VHC	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Vous n'avez jamais eu de traitement car : [..] ?
tVhc03	Traitement VHC reporté à la libération par le détenu car incompatible avec la détention	Pas de traitement VHC	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Vous n'avez jamais eu de traitement car : [..] ?
tVHC04	Pas de traitement VHC pour une autre raison	Pas de traitement VHC	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Vous n'avez jamais eu de traitement car : [..] ?
tVih0	Pas de nécessité médicale pour un traitement VIH	Pas de traitement VIH	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Vous n'avez jamais eu de traitement car : [..] ?
Và2	Détenu vivait en couple avant l'incarcération	Situation de vie	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Avant votre incarcération, vous vivez : seul, en couple sans enfants, en couple avec enfants, seul avec enfants, autre ?
Và2enft	Détenu viavit en couple avec des enfants avant l'incarcération	Situation de vie	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Avant votre incarcération, vous vivez : seul, en couple sans enfants, en couple avec enfants, seul avec enfants, autre ?
Vcoloc	Détenu vivait en colocation avant l'incarcération	Situation de vie	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Avant votre incarcération, vous vivez : seul, en couple sans enfants, en couple avec enfants, seul avec enfants, autre ?
Venft	Détenu vivait seul avec ses enfants avant l'incarcération	Situation de vie	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Avant votre incarcération, vous vivez : seul, en couple sans enfants, en couple avec enfants, seul avec enfants, autre ?
VHC+	VHC+	Sérologie	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	
Vhc11-20	Est VHC + depuis 11-20 ans	Durée de la séropositivité VHC	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	
Vhc1x	Suivi VHC abandonné	Suivi VHC	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Pour le VHC, vous avez : vu un médecin qu début puis, plus rien ?
Vhc2-	Est VHC+ depuis moins de 2 ans	Durée de la séropositivité VHC	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	
Vhc2-10	Est VHC+ depuis 2-10 ans	Durée de la séropositivité VHC	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	

Vhc21-30	Est VHC + depuis 21-30 ans	Durée de la séropositivité VHC	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	
vhcaut	Mode de contamination au VHC autre : transfusion ou accident	Mode de contamination VHC	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Comment est-ce que vous pensez avoir été contaminé ?
vhchop	Traitement VHC débuté en hôpital	Mise sous traitement	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Pour obtenir votre 1e traitement, vous êtes allé : à l'Ucsa de la prison, à l'hôpital, chez un médecin en ville ?
vhcirreg	Suivi VHC irrégulier	Suivi VHC	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Pour le VHC, vous avez : un suivi irrégulier, te temps en temps ?
vhcnsp	Mode de contamination au VHC inconnu	Mode de contamination VHC	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Comment est-ce que vous pensez avoir été contaminé ?
vhcreg	Suivi VHC régulier	Suivi VHC	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Pour le VHC, vous avez : un suivi régulier ?
vhcsex	Contamination au VHC par rapports hétérosexuels	Mode de contamination VHC	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Comment est-ce que vous pensez avoir été contaminé ?
vhcsexUD	Contamination au VHC par partage de matériel d'injection de drogues et par rapports hétérosexuels	Mode de contamination VHC	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Comment est-ce que vous pensez avoir été contaminé ?
vhcucsa	Traitement VHC débuté en UCSA	Mise sous traitement	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Pour obtenir votre 1e traitement, vous êtes allé : à l'Ucsa de la prison, à l'hôpital, chez un médecin en ville ?
vhcUD	Contamination au VHC par partage de matériel d'injection de drogues	Mode de contamination VHC	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Comment est-ce que vous pensez avoir été contaminé ?
vhcville	Traitement VHC débuté en médecine de ville	Mise sous traitement	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Pour obtenir votre 1e traitement, vous êtes allé : à l'Ucsa de la prison, à l'hôpital, chez un médecin en ville ?
Vheb'	Détenu était hébergé	Situation de vie	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Avant votre incarcération, vous vivez : seul, en couple sans enfants, en couple avec enfants, seul avec enfants, autre ?
VIH+	VIH+	Sérologie	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	
Vih11-20	Est VIH+ depuis 11-20 ans	Durée de la séropositivité VIH	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	
Vih1x	Suivi VIH abandonné	Suivi VIH	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Pour le VIH, vous avez : vu un médecin qu début puis, plus rien ?
Vih2-	Est VIH+ depuis moins de 2 ans	Durée de la séropositivité VIH	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	
Vih2-10	Est VIH+ depuis 2-10 ans	Durée de la séropositivité VIH	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	
Vih21-30	Est VIH+ depuis 21-30 ans	Durée de la séropositivité VIH	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	
vihaut	Mode de contamination au VIH autre : transfusion ou accident	Mode de contamination VIH	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Comment est-ce que vous pensez avoir été contaminé ?
vihhop	Traitement VIHdébuté en hôpital	Mise sous traitement	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Pour obtenir votre 1e traitement, vous êtes allé : à l'Ucsa de la prison, à l'hôpital, chez un médecin en ville ?
Vihirreg	Suivi VIH irrégulier	Suivi VIH	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Pour le VIH, vous avez : un suivi irrégulier, te temps en temps ?
vihnsp	Mode de	Mode de	(3) Santé et prise en	Comment est-ce que vous pensez avoir été

	contamination au VIH inconnu	contamination VIH	charge sociosanitaire	contaminé ?
Vihreg	Suivi VIH régulier	Suivi VIH	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Pour le VIH, vous avez : un suivi régulier ?
Vihsex	Contamination au VIH par rapports hétérosexuels	Mode de contamination VIH	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Comment est-ce que vous pensez avoir été contaminé ?
vihsexUD	Contamination au VIH par partage de matériel d'injection de drogues et par rapports hétérosexuels	Mode de contamination VIH	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Comment est-ce que vous pensez avoir été contaminé ?
vihucsa	Traitement VIH débuté en UCSA	Mise sous traitement	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Pour obtenir votre 1e traitement, vous êtes allé : à l'Ucsa de la prison, à l'hôpital, chez un médecin en ville ?
vihUD	Contamination au VIH par partage de matériel d'injection de drogues	Mode de contamination VIH	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Comment est-ce que vous pensez avoir été contaminé ?
vihville	Traitement VIH débuté en médecine de ville	Mise sous traitement	(3) Santé et prise en charge sociosanitaire	Pour obtenir votre 1e traitement, vous êtes allé : à l'Ucsa de la prison, à l'hôpital, chez un médecin en ville ?
Vmère	Détenu vivait chez sa mère ou un autre parent	Situation de vie	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Avant votre incarcération, vous vivez : seul, en couple sans enfants, en couple avec enfants, seul avec enfants, autre ?
Vseul	Détenu vivait seul avant l'incarcération	Situation de vie	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Avant votre incarcération, vous vivez : seul, en couple sans enfants, en couple avec enfants, seul avec enfants, autre ?
Wo	Ne travaillait pas avant l'incarcération	Activité	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Juste avant cette incarcération, quelle était votre activité ? Vous : travailliez à temps complet, à temps partiel, étiez chômeur, au foyer, retraité ou en pré-retraite, étudiant, autre ?
Woinval	Ne travaillait pas avant l'incarcération ; statut d'invalidité	Activité	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Juste avant cette incarcération, quelle était votre activité ? Vous : travailliez à temps complet, à temps partiel, étiez chômeur, au foyer, retraité ou en pré-retraite, étudiant, autre ?
Wcmpl	Activité de travail à temps complet avant l'incarcération	Activité	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Juste avant cette incarcération, quelle était votre activité ? Vous : travailliez à temps complet, à temps partiel, étiez chômeur, au foyer, retraité ou en pré-retraite, étudiant, autre ?
Wdelo	Métier du détenu déclaré majoritairement non-délictueux, légal ou au noir	Métier délictueux	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	
Wdelo.5	Métiers du détenu déclarés délictueux et non-délictueux, légal ou au noir	Métier délictueux	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	
Wdel1	Métier du détenu déclaré majoritairement délictueux	Métier délictueux	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	
WM ?	Ne sait pas	Métier de la mère	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Quand vous étiez enfant (vers 8 ans), quel métier faisaient vos parents ?
WM1	Agriculteur exploitant (PCS 1)	Métier de la mère	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Quand vous étiez enfant (vers 8 ans), quel métier faisaient vos parents ?
WM2	Artisans, commerçant, chef d'entreprise (PCS 2)	Métier de la mère	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Quand vous étiez enfant (vers 8 ans), quel métier faisaient vos parents ?
WM3	Cadres, professions intellectuelles supérieures (PCS3)	Métier de la mère	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Quand vous étiez enfant (vers 8 ans), quel métier faisaient vos parents ?
WM4	Professions	Métier de la	(1) Caractéristiques	Quand vous étiez enfant (vers 8 ans), quel

	intermédiaires (PCS4)	mère	sociodémographiques et pénales	métier faisaient vos parents ?
WM5	Employés (PCS5)	Métier de la mère	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Quand vous étiez enfant (vers 8 ans), quel métier faisaient vos parents ?
WM6	Ouvriers (PCS6)	Métier de la mère	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Quand vous étiez enfant (vers 8 ans), quel métier faisaient vos parents ?
WM8	Autres personnes sans activité professionnelle (PCS8)	Métier de la mère	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Quand vous étiez enfant (vers 8 ans), quel métier faisaient vos parents ?
WP ?	Ne sait pas	Métier du père	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Quand vous étiez enfant (vers 8 ans), quel métier faisaient vos parents ?
WP1	Agriculteur exploitant (PCS 1)	Métier du père	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Quand vous étiez enfant (vers 8 ans), quel métier faisaient vos parents ?
WP2	Artisans, commerçant, chef d'entreprise (PCS 2)	Métier du père	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Quand vous étiez enfant (vers 8 ans), quel métier faisaient vos parents ?
WP3	Cadres, professions intellectuelles supérieures (PCS3)	Métier du père	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Quand vous étiez enfant (vers 8 ans), quel métier faisaient vos parents ?
WP4	Professions intermédiaires (PCS4)	Métier du père	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Quand vous étiez enfant (vers 8 ans), quel métier faisaient vos parents ?
WP5	Employés (PCS5)	Métier du père	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Quand vous étiez enfant (vers 8 ans), quel métier faisaient vos parents ?
WP6	Ouvriers (PCS6)	Métier du père	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Quand vous étiez enfant (vers 8 ans), quel métier faisaient vos parents ?
WP8	Autres personnes sans activité professionnelle (PCS8)	Métier du père	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Quand vous étiez enfant (vers 8 ans), quel métier faisaient vos parents ?
Wpartl	Activité de travail à temps partiel avant l'incarcération	Activité	(1) Caractéristiques sociodémographiques et pénales	Juste avant cette incarcération, quelle était votre activité ? Vous : travailliez à temps complet, à temps partiel, étiez chômeur, au foyer, retraité ou en pré-retraite, étudiant, autre ?

Annexe 8. Edition des résultats de la classification de facteurs et description des partitions suite aux trois ACM des variables des trois ensembles thématiques (bloc 1/2, bloc 3/4 et bloc 5) (SPAD)

Ensemble thématique concernant les caractéristiques sociodémographiques, pénales et géographiques (bloc 1/2)

```
PARTITION PAR COUPURE D'UN ARBRE HIERARCHIQUE
Coupure 'a' de l'arbre en 6 classes
FORMATION DES CLASSES (INDIVIDUS ACTIFS)
DESCRIPTION SOMMAIRE
+--------+----------+-----------+-----------+
| CLASSE | EFFECTIF |  POIDS    | CONTENU |
+--------+----------+-----------+-----------+
| aa1a |   13  |  13.00 |  1 A 10 |
| aa2a |   4  |   4.00 | 11 A 13 |
| aa3a |   10  |  10.00 | 14 A 20 |
| aa4a |   4  |   4.00 | 21 A 24 |
| aa5a |   5  |   5.00 | 25 A 28 |
| aa6a |   31  |  31.00 | 29 A 50 |
+--------+----------+-----------+-----------+
COORDONNEES ET VALEURS-TEST AVANT CONSOLIDATION
AXES 1 A 5
+-----------------------------------------------+-----------------------------+-----------------------------------+----------+
|          CLASSES          |     VALEURS-TEST     |       COORDONNEES      |     |
|-----------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|----------|
| IDEN - LIBELLE        EFF.  P.ABS |  1   2   3   4   5  |  1   2   3   4   5  | DISTO. |
+-----------------------------------------------+-----------------------------+-----------------------------------+----------+
|  Coupure 'a' de l'arbre en 6 classes                                                                  |
|                                                                                                       |
| aa1a - Classe 1 / 6     13   13.00 |  3.3  1.5 -3.9 -1.1  1.9 |  0.44  0.18 -0.45 -0.12  0.19 |   0.59 |
| aa2a - Classe 2 / 6     4   4.00 |  3.5 -2.8 -1.1  1.3 -3.5 |  0.90 -0.65 -0.24  0.27 -0.70 |   2.06 |
| aa3a - Classe 3 / 6     10   10.00 |  2.8  1.4  4.3  0.1  1.3 |  0.44  0.20  0.57  0.01  0.16 |   0.74 |
| aa4a - Classe 4 / 6     4   4.00 |  0.0  3.8  2.1  0.5 -0.8 |  0.00  0.88  0.46  0.11 -0.15 |   1.86 |
| aa5a - Classe 5 / 6     5   5.00 | -0.5 -4.1  2.6  1.6  2.8 | -0.11 -0.84  0.51  0.30  0.51 |   1.48 |
| aa6a - Classe 6 / 6     31   31.00 | -6.0 -0.6 -1.8 -0.9 -1.9 | -0.42 -0.04 -0.11 -0.05 -0.10 |   0.22 |
+-----------------------------------------------+-----------------------------+-----------------------------------+----------+
CONSOLIDATION DE LA PARTITION
AUTOUR DES  6 CENTRES DE CLASSES, REALISEE PAR 10 ITERATIONS A CENTRES MOBILES
PROGRESSION DE L'INERTIE INTER-CLASSES
+-----------+------------+------------+------------+
| ITERATION |  I.TOTALE |  I.INTER | QUOTIENT |
+-----------+------------+------------+------------+
|   0   |  1.73226 |  0.67201 |  0.38794 |
|   1   |  1.73226 |  0.69466 |  0.40101 |
|   2   |  1.73226 |  0.69466 |  0.40101 |
|   3   |  1.73226 |  0.69466 |  0.40101 |
+-----------+------------+------------+------------+
ARRET APRES L'ITERATION 3 L'ACCROISSEMENT DE L'INERTIE INTER-CLASSES
PAR RAPPORT A L'ITERATION PRECEDENTE N'EST QUE DE 0.000 %.
DECOMPOSITION DE L'INERTIE
CALCULEE SUR 10 AXES.
+----------------+-----------------+-------------+-------------------+-----------------+
|        |  INERTIES   | EFFECTIFS |    POIDS    |  DISTANCES  |
| INERTIES    | AVANT  APRES | AVANT APRES |  AVANT  APRES | AVANT  APRES |
+----------------+-----------------+-------------+-------------------+-----------------+
|        |        |       |         |         |
| INTER-CLASSES | 0.6720  0.6947 |       |          |         |
|        |        |       |         |         |
| INTRA-CLASSE  |        |       |          |         |
|        |        |       |         |         |
| CLASSE 1 / 6 | 0.1945  0.2187 |  13   13 |  13.00  13.00 | 0.5901  0.6511 |
| CLASSE 2 / 6 | 0.0274  0.0441 |  4   5 |   4.00   5.00 | 2.0647  1.6988 |
| CLASSE 3 / 6 | 0.1611  0.1611 |  10   10 |  10.00  10.00 | 0.7436  0.7436 |
| CLASSE 4 / 6 | 0.0389  0.0389 |  4   4 |   4.00   4.00 | 1.8594  1.8594 |
| CLASSE 5 / 6 | 0.0957  0.0957 |  5   5 |   5.00   5.00 | 1.4805  1.4805 |
| CLASSE 6 / 6 | 0.5426  0.4791 |  31   30 |  31.00  30.00 | 0.2200  0.2436 |
|        |        |       |         |         |
| TOTALE    | 1.7323  1.7323 |       |          |         |
+----------------+-----------------+-------------+-------------------+-----------------+
QUOTIENT (INERTIE INTER / INERTIE TOTALE) : AVANT ... 0.3879
                    APRES ... 0.4010
COORDONNEES ET VALEURS-TEST APRES CONSOLIDATION
AXES 1 A 5
+-----------------------------------------------+-----------------------------+-----------------------------------+----------+
|          CLASSES          |     VALEURS-TEST     |       COORDONNEES      |     |
|-----------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|----------|
| IDEN - LIBELLE        EFF.  P.ABS |  1   2   3   4   5  |  1   2   3   4   5  | DISTO. |
+-----------------------------------------------+-----------------------------+-----------------------------------+----------+
|  Coupure 'a' de l'arbre en 6 classes                                                                  |
|                                                                                                       |
| aa1a - Classe 1 / 6     13   13.00 |  3.3  1.5 -3.7 -2.6  2.2 |  0.44  0.19 -0.42 -0.28  0.22 |   0.65 |
| aa2a - Classe 2 / 6     5   5.00 |  3.5 -3.2 -1.3  1.8 -3.4 |  0.80 -0.65 -0.26  0.33 -0.61 |   1.70 |
| aa3a - Classe 3 / 6     10   10.00 |  2.8  1.4  4.3  0.1  1.3 |  0.44  0.20  0.57  0.01  0.16 |   0.74 |
| aa4a - Classe 4 / 6     4   4.00 |  0.0  3.8  2.1  0.5 -0.8 |  0.00  0.88  0.46  0.11 -0.15 |   1.86 |
| aa5a - Classe 5 / 6     5   5.00 | -0.5 -4.1  2.6  1.6  2.8 | -0.11 -0.84  0.51  0.30  0.51 |   1.48 |
| aa6a - Classe 6 / 6     30   30.00 | -6.2 -0.3 -1.8  0.0 -2.0 | -0.45 -0.02 -0.11  0.00 -0.11 |   0.24 |
+-----------------------------------------------+-----------------------------+-----------------------------------+----------+
COMPOSITION DE: Coupure 'a' de l'arbre en 6 classes
Classe 1 / 6
2012 2012 2012 2013 2013 2013 2013 2013 2013 2013 2013 2013 2013
Classe 2 / 6
2013 2013 2013 2013 2013
Classe 3 / 6
2013 2013 2013 2013 2013 2013 2013 2013 2013 2013
Classe 4 / 6
2013 2013 2013 2013
Classe 5 / 6
2012 2012 2013 2013 2013
Classe 6 / 6
2012 2012 2012 2012 2012 2012 2012 2013 2013 2013 2013 2013 2013 2013 2013
2013 2013 2013 2013 2013 2013 2013 2013 2013 2013 2013 2013 2013 2013 2013
PARANGONS
CLASSE  1/ 6
EFFECTIF:  13
-------------------------------------------------------------------------------
|RK | DISTANCE | IDENT.                                                      |
+---+----------+-------------------------------------------------------------+
```

```
| 1|  0.27215|201304103                          |
| 2|  0.37126|201305031                          |
| 3|  0.43037|201304222                          |
| 4|  0.69714|201211291                          |
| 5|  0.74625|201305304                          |
| 6|  0.89997|201212181                          |
| 7|  1.03040|201304223                          |
| 8|  1.12549|201305152                          |
| 9|  1.31983|201307152                          |
| 10|  1.34136|201304102                         |
+---+-----------+-------------------------------------------------------------+
CLASSE  2/ 6
EFFECTIF:  5
-----------------------------------------------------------------------------
|RK | DISTANCE | IDENT.                          |
+---+-----------+-------------------------------------------------------------+
| 1|  0.30860|201305144                          |
| 2|  0.37403|201304112                          |
| 3|  0.65228|201306074                          |
| 4|  0.72278|201305061                          |
| 5|  0.89543|201306072                          |
+---+-----------+-------------------------------------------------------------+
CLASSE  3/ 6
EFFECTIF:  10
-----------------------------------------------------------------------------
|RK | DISTANCE | IDENT.                          |
+---+-----------+-------------------------------------------------------------+
| 1|  0.62643|201301241                          |
| 2|  0.64343|201304173                          |
| 3|  0.65689|201306079                          |
| 4|  0.79997|201301211                          |
| 5|  0.90375|201305132                          |
| 6|  0.91647|201305032                          |
| 7|  1.13428|201307151                          |
| 8|  1.34782|201305153                          |
| 9|  1.83063|201305172                          |
| 10|  1.93667|201304181                         |
+---+-----------+-------------------------------------------------------------+
CLASSE  4/ 6
EFFECTIF:  4
-----------------------------------------------------------------------------
|RK | DISTANCE | IDENT.                          |
+---+-----------+-------------------------------------------------------------+
| 1|  0.52178|201304242                          |
| 2|  0.52642|201305161                          |
| 3|  0.66215|201305291                          |
| 4|  0.89652|201302252                          |
+---+-----------+-------------------------------------------------------------+
CLASSE  5/ 6
EFFECTIF:  5
-----------------------------------------------------------------------------
|RK | DISTANCE | IDENT.                          |
+---+-----------+-------------------------------------------------------------+
| 1|  0.58589|201306071                          |
| 2|  0.95079|201302111                          |
| 3|  0.95587|201305292                          |
| 4|  1.64127|201212182                          |
| 5|  2.27712|201212051                          |
+---+-----------+-------------------------------------------------------------+
CLASSE  6/ 6
EFFECTIF:  30
-----------------------------------------------------------------------------
|RK | DISTANCE | IDENT.                          |
+---+-----------+-------------------------------------------------------------+
| 1|  0.16471|201304171                          |
| 2|  0.26042|201305021                          |
| 3|  0.26822|201305143                          |
| 4|  0.42145|201212052                          |
| 5|  0.48376|201306124                          |
| 6|  0.55326|201306121                          |
| 7|  0.70216|201305302                          |
| 8|  0.79254|201305151                          |
| 9|  0.83578|201306122                          |
+---+-----------+-------------------------------------------------------------+
-----------------------------------------------------------------------------
|RK | DISTANCE | IDENT.                          |
+---+-----------+-------------------------------------------------------------+
| 10|  0.83923|201305063                         |
+---+-----------+-------------------------------------------------------------+
MATRICE DES DISTANCES ENTRE CLASSES
   |    1    2    3    4    5    6
-----+-------------------------------------------------------------
  1 |  0.000
  2 |  1.519  0.000
  3 |  1.209  1.547  0.000
  4 |  1.635  2.174  1.514  0.000
  5 |  1.676  1.744  1.488  1.979  0.000
  6 |  1.144  1.553  1.227  1.530  1.369  0.000
-----+-------------------------------------------------------------
   |    1    2    3    4    5    6


DESCRIPTION DE PARTITION(S)
DESCRIPTION DE LA Coupure 'a' de l'arbre en 6 classes
CARACTERISATION DES CLASSES PAR LES QUESTIONS
CARACTERISATION DES CLASSES PAR LES MODALITES
CARACTERISATION PAR LES QUESTIONS DES CLASSES OU MODALITES
DE Coupure 'a' de l'arbre en 6 classes
Classe 1 / 6
+--------+--------+-------------------------------------------------------------------------+---------+---------+
| V.TEST | PROBA |           QUESTIONS CARACTERISTIQUES          | KHI-2 | DEG.LIB |
+--------+--------+-------------------------------------------------------------------------+---------+---------+
|         aa1a - Classe 1 / 6    ( POIDS =  13.00 EFFECTIF =  13 ) |     |     |
|                                                        |     |     |
|  4.85 | 0.000 | 64 . 1prisontotale2                      |  28.58 |   2 |
|  4.71 | 0.000 | 63 . 1nbincprec                          |  35.39 |   5 |
|  3.37 | 0.000 | 10 . 1Ecpays                             |  24.75 |   6 |
|  2.63 | 0.004 |  6 . 1natper                             |  18.93 |   6 |
|  2.46 | 0.007 |  5 . 1nat                                |  14.10 |   4 |
|  2.32 | 0.010 |  3 . 1néCont                             |  13.26 |   4 |
|  2.19 | 0.014 | 42 . 1papiers2                           |  12.46 |   4 |
|  2.07 | 0.019 |  7 . 1natmer                             |  15.17 |   6 |
|  2.07 | 0.019 | 60 . 1Condam                             |  7.89 |   2 |
+--------+--------+-------------------------------------------------------------------------+---------+---------+
Classe 2 / 6
+--------+--------+-------------------------------------------------------------------------+---------+---------+
| V.TEST | PROBA |           QUESTIONS CARACTERISTIQUES          | KHI-2 | DEG.LIB |
+--------+--------+-------------------------------------------------------------------------+---------+---------+
|         aa2a - Classe 2 / 6    ( POIDS =   5.00 EFFECTIF =  5 ) |     |     |
|                                                        |     |     |
|  5.37 | 0.000 | 61 . 1Peine                              |  42.86 |   5 |
|  3.40 | 0.000 | 14 . 1marie                              |  15.98 |   2 |
```

```
|  3.37 | 0.000 | 107 . 1errance                          |  15.79 |   2 |
|  2.68 | 0.004 | 59 . 1IncDur                           | 17.48 |   5 |
|  2.07 | 0.019 | 58 . 1Revenu                           |  7.88 |   2 |
+--------+--------+------------------------------------------------------------------+---------+---------+
Classe 3 / 6
+--------+--------+------------------------------------------------------------------+---------+---------+
| V.TEST | PROBA |           QUESTIONS CARACTERISTIQUES          | KHI-2 | DEG.LIB |
+--------+--------+------------------------------------------------------------------+---------+---------+
|         aa3a - Classe 3 / 6    ( POIDS =  10.00 EFFECTIF =  10 ) |      |      |
|                                             |      |      |
|  3.51 | 0.000 |  5 . 1nat                             |  21.79 |   4 |
|  3.17 | 0.001 |  3 . 1néCont                          |  19.06 |   4 |
|  3.02 | 0.001 | 63 . 1nbincprec                        |  19.96 |   5 |
|  3.02 | 0.001 |  2 . 1age                             |  15.76 |   3 |
|  2.98 | 0.001 | 10 . 1Ecpays                           |  21.57 |   6 |
|  2.92 | 0.002 |  7 . 1natmer                           |  21.14 |   6 |
|  2.83 | 0.002 |  6 . 1natper                           |  20.45 |   6 |
|  2.21 | 0.014 | 64 . 1prisontotale2                        |  8.61 |   2 |
|  2.19 | 0.014 | 13 . 1coupl                           |  8.52 |   2 |
|  2.09 | 0.018 |  4 . 1sejFr                           |  13.60 |   5 |
+--------+--------+------------------------------------------------------------------+---------+---------+
Classe 4 / 6
+--------+--------+------------------------------------------------------------------+---------+---------+
| V.TEST | PROBA |           QUESTIONS CARACTERISTIQUES          | KHI-2 | DEG.LIB |
+--------+--------+------------------------------------------------------------------+---------+---------+
|         aa4a - Classe 4 / 6    ( POIDS =   4.00 EFFECTIF =  4 ) |      |      |
|                                             |      |      |
|  6.69 | 0.000 | 10 . 1Ecpays                           |  63.00 |   6 |
|  3.98 | 0.000 |  5 . 1nat                             |  25.78 |   4 |
|  3.98 | 0.000 |  3 . 1néCont                           |  25.78 |   4 |
|  3.22 | 0.001 | 42 . 1papiers2                          |  19.45 |   4 |
|  3.13 | 0.001 |  7 . 1natmer                           |  22.80 |   6 |
|  2.61 | 0.004 | 17 . 1sitvie                           |  20.57 |   7 |
|  2.46 | 0.007 |  4 . 1sejFr                           |  15.98 |   5 |
|  2.07 | 0.019 |  6 . 1natper                           |  15.14 |   6 |
+--------+--------+------------------------------------------------------------------+---------+---------+
Classe 5 / 6
+--------+--------+------------------------------------------------------------------+---------+---------+
| V.TEST | PROBA |           QUESTIONS CARACTERISTIQUES          | KHI-2 | DEG.LIB |
+--------+--------+------------------------------------------------------------------+---------+---------+
|         aa5a - Classe 5 / 6    ( POIDS =   5.00 EFFECTIF =  5 ) |      |      |
|                                             |      |      |
|  3.23 | 0.001 | 55 . 1metdelit                          |  17.30 |   3 |
|  2.92 | 0.002 | 17 . 1sitvie                           |  22.92 |   7 |
|  2.91 | 0.002 |  2 . 1age                             |  14.99 |   3 |
|  2.16 | 0.015 | 108 . 1durerr2                          |  12.30 |   4 |
|  2.07 | 0.019 | 58 . 1Revenu                           |  7.88 |   2 |
+--------+--------+------------------------------------------------------------------+---------+---------+
Classe 6 / 6
+--------+--------+------------------------------------------------------------------+---------+---------+
| V.TEST | PROBA |           QUESTIONS CARACTERISTIQUES          | KHI-2 | DEG.LIB |
+--------+--------+------------------------------------------------------------------+---------+---------+
|         aa6a - Classe 6 / 6    ( POIDS =  30.00 EFFECTIF =  30 ) |      |      |
|                                             |      |      |
|  3.36 | 0.000 | 63 . 1nbincprec                        |  22.68 |   5 |
|  2.25 | 0.012 |  3 . 1néCont                           |  12.80 |   4 |
|  1.98 | 0.024 | 64 . 1prisontotale2                        |  7.49 |   2 |
+--------+--------+------------------------------------------------------------------+---------+---------+
CARACTERISATION PAR LES MODALITES DES CLASSES OU MODALITES
DE Coupure 'a' de l'arbre en 6 classes
Classe 1 / 6
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
V.TEST PROBA ---- POURCENTAGES ---- MODALITES                                   IDEN POIDS
       CLA/MOD MOD/CLA GLOBAL CARACTERISTIQUES   DES VARIABLES
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
                 19.40 Classe 1 / 6                              aa1a   13
 6.17 0.000  72.22 100.00 26.87 0inc         1nbincprec                      m1    18
 5.00 0.000  76.92  76.92 19.40 pris<.5       1prisontotale2                    m2    13
 3.10 0.001  58.33  53.85 17.91 EtrReg        1papiers2                       m3    12
 2.72 0.003  40.91  69.23 32.84 penNC        1Peine                        m6    22
 2.72 0.003  40.91  69.23 32.84 Prev         1Condam                        m3    22
 2.64 0.004  80.00  30.77  7.46 natPEurO       1natper                       m5     5
 2.64 0.004  80.00  30.77  7.46 néAut        1néCont                        m3     5
 2.64 0.004  80.00  30.77  7.46 natAut        1nat                         m3     5
 2.51 0.006 100.00  23.08  4.48 ecEurO        1Ecpays                       m6     3
 2.03 0.021  75.00  23.08  5.97 ecAut        1Ecpays                        m4     4
 2.03 0.021  75.00  23.08  5.97 natMEurO       1natmer                       m5     4
 1.42 0.079  25.58  84.62 64.18 Wdel0        1metdelit                       m2    43
 1.39 0.082  50.00  23.08  8.96 Fr-2ans       1sejFr                        m3     6
 1.38 0.084  33.33  46.15 26.87 Wcmpl        1Act                         m5    18
 1.32 0.093  40.00  30.77 14.93 FrNul        1Frluecri                       m3    10
 1.32 0.094  66.67  15.38  4.48 natMAut       1natmer                       m3     3
 1.32 0.094  66.67  15.38  4.48 natPAut       1natper                       m3     3
 1.32 0.094  30.43  53.85 34.33 30-39a        1age                         m2    23
 1.17 0.121  33.33  38.46 22.39 inc3-6        1IncDur                       m5    15
 1.17 0.122  27.59  61.54 43.28 err0         1errance                       m2    29
 1.14 0.127  42.86  23.08 10.45 WM2         1MetMer                       m3     7
 1.14 0.127  42.86  23.08 10.45 Vmer         1sitvie                        m6     7
 1.13 0.129  36.36  30.77 16.42 natPEurE       1natper                       m4    11
 1.13 0.129  36.36  30.77 16.42 natMEurE       1natmer                       m4    11
 1.13 0.129  36.36  30.77 16.42 natEurE        1nat                         m4    11
 1.04 0.149  26.67  61.54 44.78 err0         1durerr2                       m1    30
 0.97 0.167  50.00  15.38  5.97 200e-        1Revenu                        m2     4
 0.95 0.170  33.33  30.77 17.91 néEurE        1néCont                        m4    12
 0.86 0.194 100.00  7.69  1.49 ec0         1Ecpays                        m1     1
 0.78 0.217  30.77  30.77 19.40 crim         1Crim                         m2    13
 0.72 0.236  33.33  23.08 13.43 Mari0        1marie                        m2     9
 0.62 0.266  28.57  30.77 20.90 pen.5-1       1Peine                        m2    14
 0.47 0.319  26.67  30.77 22.39 FrDiff1       1Frluecri                       m2    15
 0.45 0.327  20.00  7.69  7.46 WM4         1MetMer                        m5     5
 0.45 0.327  20.00  7.69  7.46 Fr3-4ans       1sejFr                        m4     5
 0.45 0.327  20.00  7.69  7.46 WM3         1MetMer                        m4     5
 0.44 0.329  33.33  15.38  8.96 WP2         1MetPer                        m3     6
 0.38 0.353  50.00  7.69  2.99 Venft        1sitvie                        m4     2
 0.36 0.361  27.27  23.08 16.42 Mari1        1marie                        m3    11
 0.36 0.361  27.27  23.08 16.42 ecEurE        1Ecpays                       m5    11
 0.36 0.361  27.27  23.08 16.42 Và2enf        1sitvie                        m2    11
 0.30 0.382  19.51  61.54 61.19 Coupl0        1coupl                        m1    41
 0.26 0.397  20.00  23.08 22.39 err-1        1durerr2                       m2    15
 0.23 0.410  28.57  15.38 10.45 Fr10-19ans      1sejFr                        m1     7
 0.23 0.410  28.57  15.38 10.45 WM5         1MetMer                        m6     7
 0.22 0.413  25.00  7.69  5.97 Fr5-9ans       1sejFr                        m5     4
 0.19 0.424  21.62  61.54 55.22 Enf1         1enf                         m3    37
 0.15 0.441  22.22  15.38 13.43 W0          1Act                         m3     9
 0.15 0.441  22.22  15.38 13.43 Fr20+ans       1sejFr                        m2     9
 0.15 0.441  22.22  15.38 13.43 W0inval       1Act                         m4     9
 0.10 0.462  21.05  30.77 28.36 inc1-3        1IncDur                       m3    19
 0.08 0.468  20.83  38.46 35.82 Coupl1        1coupl                        m2    24
 0.04 0.482  33.33  7.69  4.48 WP1         1MetPer                        m2     3
 0.03 0.486  23.08  23.08 19.40 WP?         1MetPer                        m1    13
 0.03 0.487  25.00  15.38 11.94 inc12-24       1IncDur                       m2     8
 0.03 0.487  25.00  15.38 11.94 WP3         1MetPer                        m4     8
 -0.03 0.487  12.50  7.69 11.94 WM?         1MetMer                        m1     8
```

```
 -0.03 0.487  12.50  7.69 11.94 WdelNC        1metdelit                        m4    8
 -0.03 0.486  15.38  15.38 19.40 néAfrS        1néCont                         m2    13
 -0.04 0.482  0.00  0.00  4.48 Vcoloc        1sitvie                        m3    3
 -0.04 0.482  0.00  0.00  4.48 Wdel.5        1metdelit                       m1    3
 -0.07 0.472  17.24  38.46 43.28 Enf0         1enf                          m2    29
 -0.08 0.468  16.67  30.77 35.82 WP6         1MetPer                        m7    24
 -0.12 0.454  14.29  15.38 20.90 WM6         1MetMer                        m7    14
 -0.12 0.454  14.29  15.38 20.90 natMAfrS       1natmer                          m2    14
 -0.15 0.441  11.11  7.69 13.43 néAfrN        1néCont                        m1    9
 -0.15 0.441  11.11  7.69 13.43 natAfrN       1nat                          m1    9
 -0.19 0.424  16.67  15.38 17.91 Và2         1sitvie                        m1    12
 -0.22 0.413  0.00  0.00  5.97 ecAfrN        1Ecpays                        m2    4
 -0.23 0.410  15.00  23.08 29.85 WM8         1MetMer                        m8    20
 -0.30 0.382  19.23  38.46 38.81 1500e+        1Revenu                         m1    26
 -0.32 0.375  10.00  7.69 14.93 natMAfrN       1natmer                         m1    10
 -0.32 0.375  10.00  7.69 14.93 EtrIrreg       1papiers2                        m2    10
 -0.32 0.374  17.65  69.23 76.12 correc        1Crim                          m1    51
 -0.36 0.361  18.18  15.38 16.42 50a+         1age                          m4    11
 -0.36 0.361  18.18  15.38 16.42 err1-5        1durerr2                        m3    11
 -0.36 0.361  18.18  15.38 16.42 natAfrS       1nat                           m2    11
 -0.38 0.353  0.00  0.00  2.99 Condprev       1Condam                        m2    2
 -0.38 0.353  0.00  0.00  2.99 Papaut        1papiers2                       m5    2
 -0.38 0.353  0.00  0.00  2.99 Coupl9        1coupl                        m3    2
 -0.43 0.335  16.22  46.15 55.22 400-1500e      1Revenu                         m3    37
 -0.44 0.329  16.67  7.69  8.96 inc1-        1IncDur                        m1    6
 -0.45 0.327  0.00  0.00  7.46 pen.5-        1Peine                        m1    5
 -0.45 0.325  14.81  30.77 40.30 40-49a        1age                          m3    27
 -0.48 0.317  9.09  7.69 16.42 WP5         1MetPer                       m6    11
 -0.48 0.317  9.09  7.69 16.42 natPAfrS       1natper                         m2    11
 -0.54 0.296  11.76  15.38 25.37 Wpartl        1Act                          m6    17
 -0.56 0.289  15.15  38.46 49.25 FrReg        1papiers2                        m4    33
 -0.65 0.259  0.00  0.00  8.96 4-5inc        1nbincprec                      m5    6
 -0.65 0.259  0.00  0.00  8.96 inc24+        1IncDur                        m4    6
 -0.65 0.259  0.00  0.00  8.96 <30a         1age                        m1    6
 -0.65 0.259  0.00  0.00  8.96 2inc         1nbincprec                      m3    6
 -0.73 0.231  12.50  23.08 35.82 pris.5-3       1prisontotale2                     m1    24
 -0.77 0.219  7.69  7.69 19.40 Wdel1        1metdelit                       m3    13
 -0.77 0.219  7.69  7.69 19.40 inc6-12       1IncDur                        m6    13
 -0.77 0.219  7.69  7.69 19.40 chomr        1Act                        m2    13
 -0.82 0.207  13.33  30.77 44.78 Vseul        1sitvie                         m7    30
 -0.83 0.204  0.00  0.00 10.45 pen3+        1Peine                        m5    7
 -0.86 0.194  0.00  0.00  1.49 *Reponse manquante* 1Crim                          62_   1
 -0.86 0.194  0.00  0.00  1.49 err?         1errance                       m1    1
 -0.86 0.194  0.00  0.00  1.49 natMnsp       1natmer                        m7    1
 -0.86 0.194  0.00  0.00  1.49 ActNC        1Act                        m1    1
 -0.86 0.194  0.00  0.00  1.49 WM1         1MetMer                      m2    1
 -0.86 0.194  0.00  0.00  1.49 crimaut       1Crim                         m4    1
 -0.86 0.194  0.00  0.00  1.49 err9         1durerr2                      m5    1
 -0.86 0.194  0.00  0.00  1.49 Enf?         1enf                        m1    1
 -0.86 0.194  0.00  0.00  1.49 WP8         1MetPer                      m8    1
 -0.86 0.194  0.00  0.00  1.49 crim9        1Crim                        m3    1
 -0.86 0.194  0.00  0.00  1.49 natPnsp       1natper                        m7    1
 -0.86 0.194  0.00  0.00  1.49 Vheb         1sitvie                       m5    1
 -0.86 0.194  0.00  0.00  1.49 WP4         1MetPer                      m5    1
 -0.86 0.194  0.00  0.00  1.49 Vvar         1sitvie                       m8    1
 -0.91 0.180  7.14  7.69 20.90 natPAfrN       1natper                         m1    14
 -1.00 0.160  0.00  0.00 11.94 pen2-3        1Peine                       m4    8
 -1.04 0.149  13.51  38.46 55.22 err1         1errance                        m3    37
 -1.09 0.138  14.89  53.85 70.15 Celib        1marie                         m1    47
 -1.15 0.124  0.00  0.00 13.43 3inc         1nbincprec                     m4    9
 -1.15 0.124  0.00  0.00 13.43 ecAfrS        1Ecpays                        m3    9
 -1.30 0.096  0.00  0.00 14.93 err5+        1durerr2                      m4    10
 -1.30 0.096  0.00  0.00 14.93 EtrCours       1papiers2                       m1    10
 -1.44 0.074  0.00  0.00 16.42 pen1-2        1Peine                       m3    11
 -1.54 0.062  11.11  30.77 53.73 sejFrNC       1sejFr                         m6    36
 -1.58 0.057  0.00  0.00 17.91 1inc         1nbincprec                     m2    12
 -1.68 0.047  11.90  38.46 62.69 Frdiff0       1Frluecri                        m1    42
 -1.89 0.030  7.14  15.38 41.79 néFr         1néCont                        m5    28
 -1.91 0.028  4.55  7.69 32.84 natPFr        1natper                        m6    22
 -2.05 0.020  8.57  23.08 52.24 ecFr         1Ecpays                        m7    35
 -2.08 0.019  0.00  0.00 23.88 6+inc        1nbincprec                     m6    16
 -2.15 0.016  4.17  7.69 35.82 natMFr        1natmer                        m6    24
 -2.24 0.013  6.45  15.38 46.27 natFr        1nat                        m5    31
 -2.44 0.007  9.30  30.77 64.18 Cond         1Condam                        m1    43
 -3.63 0.000  0.00  0.00 44.78 pris>3        1prisontotale2                      m3    30
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
Classe 2 / 6
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
V.TEST PROBA ---- POURCENTAGES ---- MODALITES                                  IDEN POIDS
       CLA/MOD MOD/CLA GLOBAL CARACTERISTIQUES   DES VARIABLES
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
               7.46 Classe 2 / 6                                  aa2a   5
 4.59 0.000  71.43 100.00 10.45 pen3+        1Peine                        m5    7
 2.88 0.002  36.36  80.00 16.42 Mari1        1marie                        m3    11
 2.66 0.004  50.00  60.00  8.96 inc24+        1IncDur                         m4    6
 2.47 0.007  19.23 100.00 38.81 1500e+        1Revenu                         m1    26
 2.39 0.008  18.52 100.00 40.30 40-49a        1age                        m3    27
 2.18 0.015  16.67 100.00 44.78 err0         1durerr2                       m1    30
 2.17 0.015  33.33  60.00 13.43 ecAfrS        1Ecpays                         m3    9
 2.17 0.015  33.33  60.00 13.43 Fr20+ans       1sejFr                          m2    9
 1.91 0.028  27.27  60.00 16.42 natAfrS       1nat                        m2    11
 1.91 0.028  27.27  60.00 16.42 Và2enf        1sitvie                         m2    11
 1.91 0.028  27.27  60.00 16.42 natPAfrS       1natper                          m2    11
 1.79 0.037  25.00  60.00 17.91 EtrReg        1papiers2                         m3    12
 1.74 0.041  40.00  40.00  7.46 WM4         1MetMer                        m5    5
 1.68 0.047  23.08  60.00 19.40 néAfrS        1néCont                         m2    13
 1.63 0.052  16.67  80.00 35.82 Coupl1        1coupl                        m2    24
 1.57 0.058  21.43  60.00 20.90 natMAfrS       1natmer                          m2    14
 1.44 0.075 100.00  20.00  1.49 WP4         1MetPer                        m5    1
 1.44 0.075 100.00  20.00  1.49 err?         1errance                       m1    1
 1.28 0.100  11.63 100.00 64.18 Cond         1Condam                        m1    43
 1.28 0.100  11.63 100.00 64.18 Wdel0        1metdelit                        m2    43
 1.25 0.106  13.79  80.00 43.28 err0         1errance                       m2    29
 1.20 0.116  16.67  60.00 26.87 Wcmpl        1Act                       m5    18
 1.18 0.120  13.33  80.00 44.78 pris>3        1prisontotale2                      m3    30
 0.68 0.247  15.38  40.00 19.40 crim         1Crim                        m2    13
 0.67 0.250  10.81  80.00 55.22 Enf1         1enf                        m3    37
 0.36 0.360  8.33  20.00 17.91 néEurE       1néCont                        m4    12
 0.36 0.360  8.33  20.00 17.91 Và2         1sitvie                       m1    12
 0.31 0.378  9.52  80.00 62.69 Frdiff0       1Frluecri                       m1    42
 0.30 0.384  16.67  20.00  8.96 2inc         1nbincprec                      m3    6
 0.30 0.384  16.67  20.00  8.96 4-5inc        1nbincprec                       m5    6
 0.26 0.396  9.09  20.00 16.42 WP5         1MetPer                      m6    11
 0.26 0.396  9.09  20.00 16.42 natPEurE       1natper                         m4    11
 0.26 0.396  9.09  20.00 16.42 ecEurE        1Ecpays                        m5    11
 0.26 0.396  9.09  20.00 16.42 natMEurE       1natmer                         m4    11
 0.24 0.406  8.33  40.00 35.82 WP6         1MetPer                      m7    24
 0.23 0.408  11.11  40.00 26.87 0inc         1nbincprec                      m1    18
 0.17 0.434  10.00  20.00 14.93 EtrCours       1papiers2                         m1    10
 0.16 0.434  14.29  20.00 10.45 Fr10-19ans      1sejFr                         m1    7
 0.16 0.434  14.29  20.00 10.45 WM2         1MetMer                       m3    7
 0.07 0.472  10.00  40.00 29.85 WM8         1MetMer                       m8    20
 0.06 0.474  11.11  20.00 13.43 3inc         1nbincprec                      m4    9
```

```
 0.06 0.474  11.11  20.00 13.43 W0inval       1Act                          m4    9
 0.06 0.474  11.11  20.00 13.43 Mari0        1marie                        m2    9
 0.06 0.474  11.11  20.00 13.43 néAfrN        1néCont                        m1    9
 0.06 0.474  11.11  20.00 13.43 natAfrN       1nat                          m1    9
 0.05 0.482  12.50  20.00 11.94 WP3         1MetPer                        m4    8
 0.05 0.482  12.50  20.00 11.94 incl2-24       1IncDur                        m2    8
-0.05 0.482  0.00   0.00 11.94 pen2-3        1Peine                         m4    8
-0.05 0.482  0.00   0.00 11.94 WM?          1MetMer                        m1    8
-0.05 0.482  0.00   0.00 11.94 WdelNC        1metdelit                      m4    8
-0.06 0.474  0.00   0.00 13.43 W0           1Act                          m3    9
-0.09 0.466  4.55  20.00 32.84 natPFr        1natper                        m6    22
-0.15 0.440  5.26  20.00 28.36 incl-3        1IncDur                        m3    19
-0.16 0.434  0.00   0.00 10.45 WM5          1MetMer                        m6    7
-0.16 0.434  0.00   0.00 10.45 Vmer         1sitvie                        m6    7
-0.17 0.434  0.00   0.00 14.93 natMAfrN       1natmer                        m1    10
-0.17 0.434  0.00   0.00 14.93 FrNul        1Frluecri                      m3    10
-0.17 0.434  0.00   0.00 14.93 EtrIrreg       1papiers2                      m2    10
-0.17 0.434  0.00   0.00 14.93 err5+        1durerr2                       m4    10
-0.24 0.406  4.17  20.00 35.82 natMFr        1natmer                        m6    24
-0.24 0.406  4.17  20.00 35.82 pris.5-3       1prisontotale2                 m1    24
-0.26 0.396  0.00   0.00 16.42 pen1-2        1Peine                         m3    11
-0.26 0.396  0.00   0.00 16.42 50a+         1age                          m4    11
-0.26 0.396  0.00   0.00 16.42 natEurE       1nat                           m4    11
-0.26 0.396  0.00   0.00 16.42 err1-5        1durerr2                       m3    11
-0.30 0.384  0.00   0.00  8.96 incl-        1IncDur                        m1    6
-0.30 0.384  0.00   0.00  8.96 Fr-2ans       1sejFr                         m3    6
-0.30 0.384  0.00   0.00  8.96 <30a         1age                          m1    6
-0.30 0.384  0.00   0.00  8.96 WP2          1MetPer                        m3    6
-0.32 0.375  5.88  20.00 25.37 Wpart1        1Act                           m6    17
-0.36 0.360  0.00   0.00 17.91 linc         1nbincprec                     m2    12
-0.40 0.343  5.88  60.00 76.12 correc        1Crim                          m1    51
-0.44 0.330  0.00   0.00  7.46 pen.5-       1Peine                         m1    5
-0.44 0.330  0.00   0.00  7.46 natPEurO       1natper                        m5    5
-0.44 0.330  0.00   0.00  7.46 Fr3-4ans       1sejFr                         m4    5
-0.44 0.330  0.00   0.00  7.46 néAut        1néCont                        m3    5
-0.44 0.330  0.00   0.00  7.46 natAut        1nat                           m3    5
-0.44 0.330  0.00   0.00  7.46 WM3          1MetMer                        m4    5
-0.45 0.327  0.00   0.00 19.40 WP?          1MetPer                        m1    13
-0.45 0.327  0.00   0.00 19.40 chomr        1Act                           m2    13
-0.45 0.327  0.00   0.00 19.40 Wdel1        1metdelit                      m3    13
-0.45 0.327  0.00   0.00 19.40 inc6-12       1IncDur                        m6    13
-0.45 0.327  0.00   0.00 19.40 pris<.5       1prisontotale2                 m2    13
-0.49 0.310  6.67  20.00 22.39 FrDiff1       1Frluecri                      m2    15
-0.53 0.297  0.00   0.00 20.90 pen.5-1       1Peine                         m2    14
-0.53 0.297  0.00   0.00 20.90 WM6          1MetMer                        m7    14
-0.53 0.297  0.00   0.00 20.90 natPAfrN       1natper                        m1    14
-0.60 0.274  3.45  20.00 43.28 Enf0         1enf                           m2    29
-0.61 0.272  0.00   0.00  5.97 Fr5-9ans       1sejFr                         m5    4
-0.61 0.272  0.00   0.00  5.97 ecAut        1Ecpays                        m4    4
-0.61 0.272  0.00   0.00  5.97 ecAfrN        1Ecpays                        m2    4
-0.61 0.272  0.00   0.00  5.97 200e-        1Revenu                        m2    4
-0.61 0.272  0.00   0.00  5.97 natMEurO       1natmer                        m5    4
-0.62 0.269  0.00   0.00 22.39 err-1        1durerr2                       m2    15
-0.62 0.269  0.00   0.00 22.39 inc3-6        1IncDur                        m5    15
-0.67 0.250  3.33  20.00 44.78 Vseul        1sitvie                        m7    30
-0.70 0.243  0.00   0.00 23.88 6+inc        1nbincprec                     m6    16
-0.75 0.228  3.23  20.00 46.27 natFr        1nat                           m5    31
-0.80 0.211  0.00   0.00  4.48 WP1          1MetPer                        m2    3
-0.80 0.211  0.00   0.00  4.48 natPAut       1natper                        m3    3
-0.80 0.211  0.00   0.00  4.48 Wdel.5        1metdelit                      m1    3
-0.80 0.211  0.00   0.00  4.48 natMAut       1natmer                        m3    3
-0.80 0.211  0.00   0.00  4.48 Vcoloc        1sitvie                        m3    3
-0.80 0.211  0.00   0.00  4.48 ecEurO        1Ecpays                        m6    3
-0.89 0.187  3.03  20.00 49.25 FrReg        1papiers2                      m4    33
-1.03 0.151  2.86  20.00 52.24 ecFr         1Ecpays                        m7    35
-1.06 0.145  0.00   0.00  2.99 Venft        1sitvie                        m4    2
-1.06 0.145  0.00   0.00  2.99 Coupl9        1coupl                         m3    2
-1.06 0.145  0.00   0.00  2.99 Condprev       1Condam                        m2    2
-1.06 0.145  0.00   0.00  2.99 Papaut        1papiers2                      m5    2
-1.10 0.135  2.78  20.00 53.73 sejFrNC       1sejFr                         m6    36
-1.14 0.127  0.00   0.00 32.84 penNC        1Peine                         m6    22
-1.14 0.127  0.00   0.00 32.84 Prev         1Condam                        m3    22
-1.21 0.112  0.00   0.00 34.33 30-39a        1age                          m2    23
-1.44 0.075  0.00   0.00  1.49 Vheb         1sitvie                        m5    1
-1.44 0.075  0.00   0.00  1.49 *Reponse manquante* 1Crim                    62_   1
-1.44 0.075  0.00   0.00  1.49 crimaut       1Crim                          m4    1
-1.44 0.075  0.00   0.00  1.49 ActNC        1Act                           m1    1
-1.44 0.075  0.00   0.00  1.49 WM1          1MetMer                        m2    1
-1.44 0.075  0.00   0.00  1.49 ec0          1Ecpays                        m1    1
-1.44 0.075  0.00   0.00  1.49 natPnsp       1natper                        m7    1
-1.44 0.075  0.00   0.00  1.49 crim9        1Crim                          m3    1
-1.44 0.075  0.00   0.00  1.49 Vvar         1sitvie                        m8    1
-1.44 0.075  0.00   0.00  1.49 WP8          1MetPer                        m8    1
-1.44 0.075  0.00   0.00  1.49 Enf?         1enf                           m1    1
-1.44 0.075  0.00   0.00  1.49 err9         1durerr2                       m5    1
-1.44 0.075  0.00   0.00  1.49 natMnsp       1natmer                        m7    1
-1.47 0.070  2.44  20.00 61.19 Coupl0        1coupl                         m1    41
-1.56 0.060  0.00   0.00 41.79 néFr         1néCont                        m5    28
-2.18 0.015  0.00   0.00 55.22 400-1500e      1Revenu                        m3    37
-2.18 0.015  0.00   0.00 55.22 err1         1errance                       m3    37
-2.95 0.002  0.00   0.00 70.15 Celib        1marie                         m1    47
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
Classe 3 / 6
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
V.TEST PROBA ---- POURCENTAGES ---- MODALITES                                                    IDEN POIDS
       CLA/MOD MOD/CLA GLOBAL CARACTERISTIQUES   DES VARIABLES
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
                14.93 Classe 3 / 6                                          aa3a   10
 3.96 0.000  63.64  70.00 16.42 ecEurE        1Ecpays                        m5    11
 3.96 0.000  63.64  70.00 16.42 natEurE       1nat                           m4    11
 3.75 0.000  58.33  70.00 17.91 linc         1nbincprec                     m2    12
 3.75 0.000  58.33  70.00 17.91 néEurE        1néCont                        m4    12
 3.19 0.001  54.55  60.00 16.42 natPEurE       1natper                        m4    11
 3.19 0.001  54.55  60.00 16.42 natMEurE       1natmer                        m4    11
 2.76 0.003  33.33  80.00 35.82 pris.5-3       1prisontotale2                 m1    24
 2.76 0.003  33.33  80.00 35.82 Coupl1        1coupl                         m2    24
 2.70 0.004  66.67  40.00  8.96 <30a         1age                          m1    6
 2.20 0.014  50.00  40.00 11.94 pen2-3        1Peine                         m4    8
 1.81 0.035  40.00  40.00 14.93 EtrIrreg       1papiers2                      m2    10
 1.78 0.038  33.33  50.00 22.39 inc3-6        1IncDur                        m5    15
 1.77 0.039  50.00  30.00  8.96 Fr-2ans       1sejFr                         m3    6
 1.63 0.051  36.36  40.00 16.42 Vä2enf        1sitvie                        m2    11
 1.63 0.051  36.36  40.00 16.42 Mari1        1marie                         m3    11
 1.50 0.067  24.14  70.00 43.28 err0         1errance                       m2    29
 1.39 0.082  23.33  70.00 44.78 err0         1durerr2                       m1    30
 1.38 0.084  21.62  80.00 55.22 Enf1         1enf                           m3    37
 1.27 0.103  50.00  20.00  5.97 Fr5-9ans       1sejFr                         m5    4
 1.04 0.149 100.00  10.00  1.49 natPnsp       1natper                        m7    1
 1.04 0.149 100.00  10.00  1.49 natMnsp       1natmer                        m7    1
 1.04 0.150  26.67  40.00 22.39 FrDiff1       1Frluecri                      m2    15
 1.01 0.157  40.00  20.00  7.46 WM3          1MetMer                        m4    5
 1.01 0.157  40.00  20.00  7.46 Fr3-4ans       1sejFr                         m4    5
 0.98 0.163  30.00  30.00 14.93 FrNul        1Frluecri                      m3    10
```

```
 0.78 0.218  21.74  50.00 34.33 30-39a        1age                          m2    23
 0.78 0.219  23.53  40.00 25.37 Wpart1        1Act                          m6    17
 0.76 0.224  18.60  80.00 64.18 Wdel0        1metdelit                         m2    43
 0.67 0.252  20.83  50.00 35.82 WP6         1MetPer                         m7    24
 0.65 0.257  22.22  40.00 26.87 Wcmp1        1Act                          m5    18
 0.59 0.278  50.00  10.00  2.99 Papaut        1papiers2                         m5     2
 0.59 0.278  50.00  10.00  2.99 Condprev       1Condam                          m2     2
 0.45 0.327  19.23  50.00 38.81 1500e+        1Revenu                          m1    26
 0.41 0.341  25.00  20.00 11.94 WP3         1MetPer                         m4     8
 0.41 0.341  25.00  20.00 11.94 inc12-24       1IncDur                          m2     8
 0.35 0.364  16.67  10.00  8.96 inc1-        1IncDur                          m1     6
 0.35 0.364  16.67  10.00  8.96 2inc         1nbincprec                         m3     6
 0.33 0.372  15.00  30.00 29.85 WM8         1MetMer                         m8    20
 0.32 0.375  15.38  20.00 19.40 WP?         1MetPer                         m1    13
 0.32 0.375  15.38  20.00 19.40 chomr        1Act                          m2    13
 0.32 0.375  15.38  20.00 19.40 crim         1Crim                          m2    13
 0.32 0.375  15.38  20.00 19.40 inc6-12       1IncDur                          m6    13
 0.28 0.389  33.33  10.00  4.48 Vcoloc        1sitvie                          m3     3
 0.28 0.389  33.33  10.00  4.48 Wdel.5        1metdelit                         m1     3
 0.19 0.426  16.67  20.00 17.91 Và2         1sitvie                          m1    12
 0.17 0.434  20.00  10.00  7.46 pen.5-        1Peine                          m1     5
 0.14 0.444  15.69  80.00 76.12 correc        1Crim                          m1    51
 0.09 0.463  20.00  20.00 14.93 EtrCours       1papiers2                         m1    10
 0.05 0.480  18.18  20.00 16.42 pen1-2        1Peine                          m3    11
 0.05 0.480  18.18  20.00 16.42 err1-5        1durerr2                          m3    11
 0.03 0.487  16.28  70.00 64.18 Cond         1Condam                          m1    43
-0.02 0.490  13.51  50.00 55.22 400-1500e      1Revenu                          m3    37
-0.03 0.487  12.50  30.00 35.82 natMFr        1natmer                          m6    24
-0.04 0.485  0.00  0.00  5.97 200e-        1Revenu                          m2     4
-0.04 0.485  0.00  0.00  5.97 ecAfrN        1Ecpays                          m2     4
-0.04 0.485  0.00  0.00  5.97 natMEurO       1natmer                          m5     4
-0.04 0.485  0.00  0.00  5.97 ecAut        1Ecpays                          m4     4
-0.05 0.480  9.09  10.00 16.42 natPAfrS       1natper                          m2    11
-0.05 0.480  9.09  10.00 16.42 50a+        1age                          m4    11
-0.05 0.480  9.09  10.00 16.42 WP5         1MetPer                         m6    11
-0.09 0.463  10.00  10.00 14.93 err5+        1durerr2                          m4    10
-0.10 0.460  11.11  20.00 26.87 0inc        1nbincprec                         m1    18
-0.17 0.434  0.00  0.00  7.46 néAut        1néCont                          m3     5
-0.17 0.434  0.00  0.00  7.46 natAut        1nat                          m3     5
-0.17 0.434  0.00  0.00  7.46 natPEurO       1natper                          m5     5
-0.17 0.434  0.00  0.00  7.46 WM4         1MetMer                         m5     5
-0.25 0.403  11.11  10.00 13.43 néAfrN        1néCont                          m1     9
-0.25 0.403  11.11  10.00 13.43 Fr20+ans       1sejFr                          m2     9
-0.28 0.389  0.00  0.00  4.48 natPAut        1natper                          m3     3
-0.28 0.389  0.00  0.00  4.48 natMAut        1natmer                          m3     3
-0.28 0.389  0.00  0.00  4.48 ecEurO        1Ecpays                          m6     3
-0.28 0.389  0.00  0.00  4.48 WP1         1MetPer                         m2     3
-0.32 0.375  7.69  10.00 19.40 pris<.5       1prisontotale2                         m2    13
-0.35 0.364  0.00  0.00  8.96 4-5inc        1nbincprec                         m5     6
-0.35 0.364  0.00  0.00  8.96 inc24+        1IncDur                          m4     6
-0.35 0.364  0.00  0.00  8.96 WP2         1MetPer                         m3     6
-0.40 0.346  14.29  20.00 20.90 WM6         1MetMer                          m7    14
-0.41 0.341  12.50  10.00 11.94 WM?         1MetMer                          m1     8
-0.41 0.341  12.50  10.00 11.94 WdelNC        1metdelit                         m4     8
-0.41 0.339  12.77  60.00 70.15 Celib        1marie                          m1    47
-0.44 0.329  7.14  10.00 20.90 pen.5-1       1Peine                          m2    14
-0.51 0.304  0.00  0.00 10.45 pen3+        1Peine                          m5     7
-0.51 0.304  0.00  0.00 10.45 Vmer         1sitvie                          m6     7
-0.51 0.304  0.00  0.00 10.45 Fr10-19ans      1sejFr                          m1     7
-0.55 0.292  9.09  20.00 32.84 natPFr        1natper                          m6    22
-0.55 0.292  9.09  20.00 32.84 penNC        1Peine                          m6    22
-0.55 0.292  9.09  20.00 32.84 Prev         1Condam                          m3    22
-0.59 0.279  14.29  10.00 10.45 WM2         1MetMer                          m3     7
-0.59 0.279  14.29  10.00 10.45 WM5         1MetMer                          m6     7
-0.59 0.278  0.00  0.00  2.99 Venft        1sitvie                          m4     2
-0.59 0.278  0.00  0.00  2.99 Coup19        1coup1                          m3     2
-0.67 0.253  10.00  30.00 44.78 Vseul        1sitvie                          m7    30
-0.77 0.221  9.68  30.00 46.27 natFr        1nat                          m5    31
-0.81 0.210  0.00  0.00 13.43 Mari0        1marie                          m2     9
-0.81 0.210  0.00  0.00 13.43 W0          1Act                          m3     9
-0.81 0.210  0.00  0.00 13.43 natAfrN        1nat                          m1     9
-0.81 0.210  0.00  0.00 13.43 W0inval        1Act                          m4     9
-0.81 0.210  0.00  0.00 13.43 3inc         1nbincprec                         m4     9
-0.81 0.210  0.00  0.00 13.43 ecAfrS        1Ecpays                          m3     9
-0.94 0.174  0.00  0.00 14.93 natMAfrN       1natmer                          m1    10
-0.98 0.165  9.09  30.00 49.25 FrReg        1papiers2                         m4    33
-1.04 0.149  0.00  0.00  1.49 *Reponse manquante* 1Crim                         62_    1
-1.04 0.149  0.00  0.00  1.49 Enf?         1enf                          m1     1
-1.04 0.149  0.00  0.00  1.49 Vvar         1sitvie                          m8     1
-1.04 0.149  0.00  0.00  1.49 WP4         1MetPer                         m5     1
-1.04 0.149  0.00  0.00  1.49 crimaut       1Crim                          m4     1
-1.04 0.149  0.00  0.00  1.49 Vheb         1sitvie                          m5     1
-1.04 0.149  0.00  0.00  1.49 WP8         1MetPer                         m8     1
-1.04 0.149  0.00  0.00  1.49 WM1         1MetMer                         m2     1
-1.04 0.149  0.00  0.00  1.49 crim9        1Crim                          m3     1
-1.04 0.149  0.00  0.00  1.49 ActNC        1Act                          m1     1
-1.04 0.149  0.00  0.00  1.49 err?         1errance                          m1     1
-1.04 0.149  0.00  0.00  1.49 ec0         1Ecpays                          m1     1
-1.04 0.149  0.00  0.00  1.49 err9         1durerr2                          m5     1
-1.06 0.144  0.00  0.00 16.42 natAfrS       1nat                          m2    11
-1.17 0.120  7.14  20.00 41.79 néFr         1néCont                          m5    28
-1.18 0.118  8.57  30.00 52.24 ecFr         1Ecpays                          m7    35
-1.19 0.118  0.00  0.00 17.91 EtrReg        1papiers2                         m3    12
-1.28 0.101  6.90  20.00 43.28 Enf0         1enf                          m2    29
-1.30 0.096  0.00  0.00 19.40 Wdel1        1metdelit                         m3    13
-1.30 0.096  0.00  0.00 19.40 néAfrS        1néCont                          m2    13
-1.39 0.082  8.11  30.00 55.22 err1         1errance                          m3    37
-1.41 0.079  0.00  0.00 20.90 natPAfrN       1natper                          m1    14
-1.41 0.079  0.00  0.00 20.90 natMAfrS       1natmer                          m2    14
-1.52 0.064  0.00  0.00 22.39 err-1        1durerr2                          m2    15
-1.63 0.052  0.00  0.00 23.88 6+inc        1nbincprec                         m6    16
-1.94 0.026  0.00  0.00 28.36 inc1-3        1IncDur                          m3    19
-1.94 0.026  7.14  30.00 62.69 Frdiff0       1Frluecri                          m1    42
-1.99 0.023  5.56  20.00 53.73 sejFrNC       1sejFr                          m6    36
-2.13 0.016  3.33  10.00 44.78 pris>3        1prisontotale2                         m3    30
-2.53 0.006  4.88  20.00 61.19 Coup10        1coup1                          m1    41
-2.70 0.003  0.00  0.00 40.30 40-49a        1age                          m3    27
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
Classe 4 / 6
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
V.TEST PROBA ---- POURCENTAGES ---- MODALITES                                                    IDEN POIDS
       CLA/MOD MOD/CLA GLOBAL CARACTERISTIQUES   DES VARIABLES
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
                 5.97 Classe 4 / 6                                        aa4a   4
 4.70 0.000 100.00 100.00  5.97 ecAfrN        1Ecpays                          m2     4
 3.59 0.000  44.44 100.00 13.43 natAfrN        1nat                          m1     9
 3.59 0.000  44.44 100.00 13.43 néAfrN        1néCont                          m1     9
 3.46 0.000  40.00 100.00 14.93 natMAfrN       1natmer                          m1    10
 3.01 0.001  28.57 100.00 20.90 natPAfrN       1natper                          m1    14
 2.36 0.009  30.00  75.00 14.93 EtrIrreg       1papiers2                         m2    10
 2.24 0.012  27.27  75.00 16.42 err1-5        1durerr2                          m3    11
 1.95 0.025  40.00  50.00  7.46 Fr3-4ans       1sejFr                          m4     5
 1.87 0.031  13.79 100.00 43.28 Enf0         1enf                          m2    29
```

1.78	0.037	33.33	50.00	8.96	2inc	1nbincprec	m3 6
1.67	0.047	17.65	75.00	25.37	Wpart1	1Act	m6 17
1.56	0.060	100.00	25.00	1.49	Vvar	1sitvie	m8 1
1.51	0.066	15.79	75.00	28.36	incl-3	1IncDur	m3 19
1.36	0.086	10.81	100.00	55.22	err1	1errance	m3 37
1.27	0.103	20.00	50.00	14.93	FrNul	1Frluecri	m3 10
1.21	0.113	13.04	75.00	34.33	30-39a	1age	m2 23
1.19	0.117	50.00	25.00	2.99	Papaut	1papiers2	m5 2
1.12	0.132	9.76	100.00	61.19	Coupl0	1coupl	m1 41
0.99	0.161	9.30	100.00	64.18	Wdel0	1metdelit	m2 43
0.95	0.171	33.33	25.00	4.48	Vcoloc	1sitvie	m3 3
0.76	0.223	25.00	25.00	5.97	Fr5-9ans	1sejFr	m5 4
0.73	0.233	8.51	100.00	70.15	Celib	1marie	m1 47
0.47	0.319	16.67	25.00	8.96	<30a	1age	m1 6
0.45	0.326	7.84	100.00	76.12	correc	1Crim	m1 51
0.38	0.353	6.67	25.00	22.39	err-1	1durerr2	m2 15
0.38	0.353	6.67	25.00	22.39	FrDiff1	1Frluecri	m2 15
0.35	0.364	14.29	25.00	10.45	Fr10-19ans	1sejFr	m1 7
0.35	0.364	14.29	25.00	10.45	WM5	1MetMer	m6 7
0.30	0.382	7.14	25.00	20.90	pen.5-1	1Peine	m2 14
0.30	0.382	7.14	25.00	20.90	WM6	1MetMer	m7 14
0.28	0.390	6.67	50.00	44.78	Vseul	1sitvie	m7 30
0.28	0.390	8.11	75.00	55.22	400-1500e	1Revenu	m3 37
0.24	0.406	12.50	25.00	11.94	incl2-24	1IncDur	m2 8
0.24	0.406	12.50	25.00	11.94	WM?	1MetMer	m1 8
0.24	0.406	12.50	25.00	11.94	pen2-3	1Peine	m4 8
0.24	0.406	12.50	25.00	11.94	WP3	1MetPer	m4 8
0.22	0.413	7.69	25.00	19.40	chomr	1Act	m2 13
0.22	0.413	7.69	25.00	19.40	pris<.5	1prisontotale2	m2 13
0.14	0.445	8.33	25.00	17.91	1inc	1nbincprec	m2 12
0.12	0.453	6.98	75.00	64.18	Cond	1Condam	m1 43
0.12	0.453	8.33	50.00	35.82	WP6	1MetPer	m7 24
0.12	0.453	8.33	50.00	35.82	pris.5-3	1prisontotale2	m1 24
0.05	0.479	9.09	25.00	16.42	pen1-2	1Peine	m3 11
0.05	0.479	9.09	25.00	16.42	WP5	1MetPer	m6 11
-0.02	0.494	3.85	25.00	38.81	1500e+	1Revenu	m1 26
-0.04	0.485	0.00	0.00	14.93	EtrCours	1papiers2	m1 10
-0.04	0.485	0.00	0.00	14.93	err5+	1durerr2	m4 10
-0.05	0.479	0.00	0.00	16.42	Mari1	1marie	m3 11
-0.05	0.479	0.00	0.00	16.42	natMEurE	1natmer	m4 11
-0.05	0.479	0.00	0.00	16.42	natPEurE	1natper	m4 11
-0.05	0.479	0.00	0.00	16.42	50a+	1age	m4 11
-0.05	0.479	0.00	0.00	16.42	natPAfrS	1natper	m2 11
-0.05	0.479	0.00	0.00	16.42	natEurE	1nat	m4 11
-0.05	0.479	0.00	0.00	16.42	natAfrS	1nat	m2 11
-0.05	0.479	0.00	0.00	16.42	ecEurE	1Ecpays	m5 11
-0.05	0.479	0.00	0.00	16.42	Và2enf	1sitvie	m2 11
-0.13	0.446	0.00	0.00	13.43	W0inval	1Act	m4 9
-0.13	0.446	0.00	0.00	13.43	Fr20+ans	1sejFr	m2 9
-0.13	0.446	0.00	0.00	13.43	3inc	1nbincprec	m4 9
-0.13	0.446	0.00	0.00	13.43	W0	1Act	m3 9
-0.13	0.446	0.00	0.00	13.43	ecAfrS	1Ecpays	m3 9
-0.13	0.446	0.00	0.00	13.43	Mari0	1marie	m2 9
-0.14	0.445	0.00	0.00	17.91	EtrReg	1papiers2	m3 12
-0.14	0.445	0.00	0.00	17.91	Và2	1sitvie	m1 12
-0.14	0.445	0.00	0.00	17.91	néEurE	1néCont	m4 12
-0.22	0.413	0.00	0.00	19.40	Wdel1	1metdelit	m3 13
-0.22	0.413	0.00	0.00	19.40	inc6-12	1IncDur	m6 13
-0.22	0.413	0.00	0.00	19.40	crim	1Crim	m2 13
-0.22	0.413	0.00	0.00	19.40	WP?	1MetPer	m1 13
-0.22	0.413	0.00	0.00	19.40	néAfrS	1néCont	m2 13
-0.24	0.406	0.00	0.00	11.94	WdelNC	1metdelit	m4 8
-0.26	0.398	4.55	25.00	32.84	penNC	1Peine	m6 22
-0.26	0.398	4.55	25.00	32.84	Prev	1Condam	m3 22
-0.28	0.390	3.33	25.00	44.78	pris>3	1prisontotale2	m3 30
-0.30	0.382	0.00	0.00	20.90	natMAfrS	1natmer	m2 14
-0.35	0.364	0.00	0.00	10.45	WM2	1MetMer	m3 7
-0.35	0.364	0.00	0.00	10.45	pen3+	1Peine	m5 7
-0.35	0.364	0.00	0.00	10.45	Vmer	1sitvie	m6 7
-0.38	0.353	0.00	0.00	22.39	inc3-6	1IncDur	m5 15
-0.40	0.344	5.00	25.00	29.85	WM8	1MetMer	m8 20
-0.45	0.326	0.00	0.00	23.88	6+inc	1nbincprec	m6 16
-0.47	0.319	0.00	0.00	8.96	incl-	1IncDur	m1 6
-0.47	0.319	0.00	0.00	8.96	4-5inc	1nbincprec	m5 6
-0.47	0.319	0.00	0.00	8.96	Fr-2ans	1sejFr	m3 6
-0.47	0.319	0.00	0.00	8.96	inc24+	1IncDur	m4 6
-0.47	0.319	0.00	0.00	8.96	WP2	1MetPer	m3 6
-0.55	0.291	5.56	25.00	26.87	0inc	1nbincprec	m1 18
-0.59	0.276	0.00	0.00	26.87	Wcmpl	1Act	m5 18
-0.61	0.272	0.00	0.00	7.46	WM4	1MetMer	m5 5
-0.61	0.272	0.00	0.00	7.46	pen.5-	1Peine	m1 5
-0.61	0.272	0.00	0.00	7.46	WM3	1MetMer	m4 5
-0.61	0.272	0.00	0.00	7.46	néAut	1néCont	m3 5
-0.61	0.272	0.00	0.00	7.46	natPEurO	1natper	m5 5
-0.61	0.272	0.00	0.00	7.46	natAut	1nat	m3 5
-0.76	0.223	0.00	0.00	5.97	natMEurO	1natmer	m5 4
-0.76	0.223	0.00	0.00	5.97	200e-	1Revenu	m2 4
-0.76	0.223	0.00	0.00	5.97	ecAut	1Ecpays	m4 4
-0.86	0.194	0.00	0.00	32.84	natPFr	1natper	m6 22
-0.95	0.171	0.00	0.00	4.48	natMAut	1natmer	m3 3
-0.95	0.171	0.00	0.00	4.48	natPAut	1natper	m3 3
-0.95	0.171	0.00	0.00	4.48	WP1	1MetPer	m2 3
-0.95	0.171	0.00	0.00	4.48	ecEurO	1Ecpays	m6 3
-0.95	0.171	0.00	0.00	4.48	Wdel.5	1metdelit	m1 3
-0.99	0.161	0.00	0.00	35.82	natMFr	1natmer	m6 24
-0.99	0.161	0.00	0.00	35.82	Coupl1	1coupl	m2 24
-1.07	0.143	2.38	25.00	62.69	Frdiff0	1Frluecri	m1 42
-1.18	0.119	0.00	0.00	40.30	40-49a	1age	m3 27
-1.19	0.117	0.00	0.00	2.99	Venft	1sitvie	m4 2
-1.19	0.117	0.00	0.00	2.99	Coupl9	1coupl	m3 2
-1.19	0.117	0.00	0.00	2.99	Condprev	1Condam	m2 2
-1.24	0.107	0.00	0.00	41.79	néFr	1néCont	m5 28
-1.30	0.096	0.00	0.00	43.28	err0	1errance	m2 29
-1.36	0.086	0.00	0.00	44.78	err0	1durerr2	m1 30
-1.43	0.077	0.00	0.00	46.27	natFr	1nat	m5 31
-1.55	0.061	0.00	0.00	49.25	FrReg	1papiers2	m4 33
-1.56	0.060	0.00	0.00	1.49	err9	1durerr2	m5 1
-1.56	0.060	0.00	0.00	1.49	ActNC	1Act	m1 1
-1.56	0.060	0.00	0.00	1.49	Vheb	1sitvie	m5 1
-1.56	0.060	0.00	0.00	1.49	crim9	1Crim	m3 1
-1.56	0.060	0.00	0.00	1.49	natMnsp	1natmer	m7 1
-1.56	0.060	0.00	0.00	1.49	WP8	1MetPer	m8 1
-1.56	0.060	0.00	0.00	1.49	ec0	1Ecpays	m1 1
-1.56	0.060	0.00	0.00	1.49	Enf?	1enf	m1 1
-1.56	0.060	0.00	0.00	1.49	WP4	1MetPer	m5 1
-1.56	0.060	0.00	0.00	1.49	WM1	1MetMer	m2 1
-1.56	0.060	0.00	0.00	1.49	*Reponse manquante*	1Crim	62_ 1
-1.56	0.060	0.00	0.00	1.49	crimaut	1Crim	m4 1
-1.56	0.060	0.00	0.00	1.49	natPnsp	1natper	m7 1
-1.56	0.060	0.00	0.00	1.49	err?	1errance	m1 1
-1.68	0.047	0.00	0.00	52.24	ecFr	1Ecpays	m7 35
-1.74	0.041	0.00	0.00	53.73	sejFrNC	1sejFr	m6 36
-1.80	0.036	0.00	0.00	55.22	Enf1	1enf	m3 37

Classe 5 / 6

V.TEST	PROBA	CLA/MOD	MOD/CLA	GLOBAL	MODALITES CARACTERISTIQUES	DES VARIABLES	IDEN	POIDS
				7.46	Classe 5 / 6		aa5a	5
3.77	0.000	41.67	100.00	17.91	Và2	1sitvie	m1	12
2.88	0.002	36.36	80.00	16.42	50a+	1age	m4	11
2.64	0.004	30.77	80.00	19.40	inc6-12	1IncDur	m6	13
2.47	0.007	19.23	100.00	38.81	1500e+	1Revenu	m1	26
2.22	0.013	66.67	40.00	4.48	Wdel.5	1metdelit	m1	3
1.91	0.028	27.27	60.00	16.42	pen1-2	1Peine	m3	11
1.56	0.060	33.33	40.00	8.96	4-5inc	1nbincprec	m5	6
1.44	0.075	100.00	20.00	1.49	err9	1durerr2	m5	1
1.35	0.088	11.90	100.00	62.69	Frdiff0	1Frluecri	m1	42
1.26	0.105	25.00	40.00	11.94	pen2-3	1Peine	m4	8
1.26	0.105	25.00	40.00	11.94	WP3	1MetPer	m4	8
1.18	0.120	13.33	80.00	44.78	pris>3	1prisontotale2	m3	30
1.13	0.130	22.22	40.00	13.43	W0inval	1Act	m4	9
1.13	0.130	22.22	40.00	13.43	Mari0	1marie	m2	9
1.13	0.130	22.22	40.00	13.43	ecAfrS	1Ecpays	m3	9
1.10	0.135	12.90	80.00	46.27	natFr	1nat	m5	31
1.06	0.145	50.00	20.00	2.99	Condprev	1Condam	m2	2
1.06	0.145	50.00	20.00	2.99	Coupl9	1coupl	m3	2
0.96	0.169	12.12	80.00	49.25	FrReg	1papiers2	m4	33
0.89	0.186	18.18	40.00	16.42	natPAfrS	1natper	m2	11
0.86	0.195	13.64	60.00	32.84	natPFr	1natper	m6	22
0.75	0.228	11.11	80.00	53.73	sejFrNC	1sejFr	m6	36
0.70	0.241	12.50	60.00	35.82	natMFr	1natmer	m6	24
0.70	0.241	12.50	60.00	35.82	Coupl1	1coupl	m2	24
0.70	0.243	9.80	100.00	76.12	correc	1Crim	m1	51
0.68	0.247	15.38	40.00	19.40	néAfrS	1néCont	m2	13
0.68	0.247	15.38	40.00	19.40	Wdel1	1metdelit	m3	13
0.59	0.278	14.29	40.00	20.90	natMAfrS	1natmer	m2	14
0.45	0.327	7.69	20.00	19.40	WP?	1MetPer	m1	13
0.45	0.327	7.69	20.00	19.40	chomr	1Act	m2	13
0.44	0.330	20.00	20.00	7.46	WM3	1MetMer	m4	5
0.40	0.344	10.71	60.00	41.79	néFr	1néCont	m5	28
0.36	0.360	8.33	20.00	17.91	1inc	1nbincprec	m2	12
0.30	0.384	16.67	20.00	8.96	WP2	1MetPer	m3	6
0.30	0.384	16.67	20.00	8.96	2inc	1nbincprec	m3	6
0.26	0.396	9.09	20.00	16.42	natAfrS	1nat	m2	11
0.26	0.396	9.09	20.00	16.42	err1-5	1durerr2	m3	11
0.25	0.400	8.11	60.00	55.22	err1	1errance	m3	37
0.25	0.400	8.11	60.00	55.22	Enf1	1enf	m3	37
0.24	0.406	9.30	80.00	64.18	Cond	1Condam	m1	43
0.23	0.408	11.11	40.00	26.87	Wcmpl	1Act	m5	18
0.17	0.434	10.00	20.00	14.93	EtrCours	1papiers2	m1	10
0.16	0.434	14.29	20.00	10.45	WM2	1MetMer	m3	7
0.16	0.434	14.29	20.00	10.45	Fr10-19ans	1sejFr	m1	7
0.11	0.457	8.57	60.00	52.24	ecFr	1Ecpays	m7	35
0.05	0.482	12.50	20.00	11.94	WM?	1MetMer	m1	8
-0.05	0.482	0.00	0.00	11.94	WdelNC	1metdelit	m4	8
-0.05	0.482	0.00	0.00	11.94	inc12-24	1IncDur	m2	8
-0.06	0.474	0.00	0.00	13.43	néAfrN	1néCont	m1	9
-0.06	0.474	0.00	0.00	13.43	3inc	1nbincprec	m4	9
-0.06	0.474	0.00	0.00	13.43	natAfrN	1nat	m1	9
-0.06	0.474	0.00	0.00	13.43	W0	1Act	m3	9
-0.06	0.474	0.00	0.00	13.43	Fr20+ans	1sejFr	m2	9
-0.07	0.472	5.00	20.00	29.85	WM8	1MetMer	m8	20
-0.07	0.472	6.38	60.00	70.15	Celib	1marie	m1	47
-0.16	0.434	0.00	0.00	10.45	pen3+	1Peine	m5	7
-0.16	0.434	0.00	0.00	10.45	Vmer	1sitvie	m6	7
-0.16	0.434	0.00	0.00	10.45	WM5	1MetMer	m6	7
-0.17	0.434	0.00	0.00	14.93	FrNul	1Frluecri	m3	10
-0.17	0.434	0.00	0.00	14.93	err5+	1durerr2	m4	10
-0.17	0.434	0.00	0.00	14.93	natMAfrN	1natmer	m1	10
-0.17	0.434	0.00	0.00	14.93	EtrIrreg	1papiers2	m2	10
-0.24	0.406	4.17	20.00	35.82	WP6	1MetPer	m7	24
-0.24	0.406	4.17	20.00	35.82	pris.5-3	1prisontotale2	m1	24
-0.25	0.400	6.67	40.00	44.78	err0	1durerr2	m1	30
-0.26	0.396	0.00	0.00	16.42	ecEurE	1Ecpays	m5	11
-0.26	0.396	0.00	0.00	16.42	Mari1	1marie	m3	11
-0.26	0.396	0.00	0.00	16.42	WP5	1MetPer	m6	11
-0.26	0.396	0.00	0.00	16.42	natMEurE	1natmer	m4	11
-0.26	0.396	0.00	0.00	16.42	natPEurE	1natper	m4	11
-0.26	0.396	0.00	0.00	16.42	natEurE	1nat	m4	11
-0.26	0.396	0.00	0.00	16.42	Và2enf	1sitvie	m2	11
-0.30	0.384	0.00	0.00	8.96	inc24+	1IncDur	m4	6
-0.30	0.384	0.00	0.00	8.96	Fr-2ans	1sejFr	m3	6
-0.30	0.384	0.00	0.00	8.96	inc1-	1IncDur	m1	6
-0.30	0.384	0.00	0.00	8.96	<30a	1age	m1	6
-0.33	0.372	6.90	40.00	43.28	err0	1errance	m2	29
-0.33	0.372	6.90	40.00	43.28	Enf0	1enf	m2	29
-0.36	0.360	0.00	0.00	17.91	EtrReg	1papiers2	m3	12
-0.36	0.360	0.00	0.00	17.91	néEurE	1néCont	m4	12
-0.40	0.343	6.25	20.00	23.88	6+inc	1nbincprec	m6	16
-0.44	0.330	0.00	0.00	7.46	natPEurO	1natper	m5	5
-0.44	0.330	0.00	0.00	7.46	natAut	1nat	m3	5
-0.44	0.330	0.00	0.00	7.46	pen.5-	1Peine	m1	5
-0.44	0.330	0.00	0.00	7.46	néAut	1néCont	m3	5
-0.44	0.330	0.00	0.00	7.46	Fr3-4ans	1sejFr	m4	5
-0.44	0.330	0.00	0.00	7.46	WM4	1MetMer	m5	5
-0.45	0.327	0.00	0.00	19.40	crim	1Crim	m2	13
-0.45	0.327	0.00	0.00	19.40	pris<.5	1prisontotale2	m2	13
-0.46	0.324	3.70	20.00	40.30	40-49a	1age	m3	27
-0.49	0.310	6.67	20.00	22.39	inc3-6	1IncDur	m5	15
-0.49	0.310	6.67	20.00	22.39	err-1	1durerr2	m2	15
-0.53	0.297	0.00	0.00	20.90	natPAfrN	1natper	m1	14
-0.53	0.297	0.00	0.00	20.90	pen.5-1	1Peine	m2	14
-0.59	0.278	7.14	20.00	20.90	WM6	1MetMer	m7	14
-0.61	0.272	0.00	0.00	5.97	Fr5-9ans	1sejFr	m5	4
-0.61	0.272	0.00	0.00	5.97	natMEurO	1natmer	m5	4
-0.61	0.272	0.00	0.00	5.97	ecAfrN	1Ecpays	m2	4
-0.61	0.272	0.00	0.00	5.97	200e-	1Revenu	m2	4
-0.61	0.272	0.00	0.00	5.97	ecAut	1Ecpays	m4	4
-0.62	0.269	0.00	0.00	22.39	FrDiff1	1Frluecri	m2	15
-0.77	0.219	0.00	0.00	25.37	Wpartl	1Act	m6	17
-0.80	0.211	0.00	0.00	4.48	WP1	1MetPer	m2	3
-0.80	0.211	0.00	0.00	4.48	natPAut	1natper	m3	3
-0.80	0.211	0.00	0.00	4.48	Vcoloc	1sitvie	m3	3
-0.80	0.211	0.00	0.00	4.48	natMAut	1natmer	m3	3
-0.80	0.211	0.00	0.00	4.48	ecEurO	1Ecpays	m6	3
-0.85	0.197	0.00	0.00	26.87	0inc	1nbincprec	m1	18
-0.93	0.177	0.00	0.00	28.36	inc1-3	1IncDur	m3	19
-1.06	0.145	0.00	0.00	2.99	Papaut	1papiers2	m5	2
-1.06	0.145	0.00	0.00	2.99	Venft	1sitvie	m4	2
-1.14	0.127	0.00	0.00	32.84	penNC	1Peine	m6	22
-1.14	0.127	0.00	0.00	32.84	Prev	1Condam	m3	22
-1.21	0.112	0.00	0.00	34.33	30-39a	1age	m2	23
-1.44	0.075	0.00	0.00	1.49	WP8	1MetPer	m8	1
-1.44	0.075	0.00	0.00	1.49	natPnsp	1natper	m7	1

```
-1.44 0.075  0.00  0.00  1.49 natMnsp       1natmer                          m7    1
-1.44 0.075  0.00  0.00  1.49 Vheb         1sitvie                          m5    1
-1.44 0.075  0.00  0.00  1.49 Enf?         1enf                            m1    1
-1.44 0.075  0.00  0.00  1.49 ActNC        1Act                            m1    1
-1.44 0.075  0.00  0.00  1.49 WP4         1MetPer                           m5    1
-1.44 0.075  0.00  0.00  1.49 *Reponse manquante* 1Crim                          62_   1
-1.44 0.075  0.00  0.00  1.49 crimaut       1Crim                           m4    1
-1.44 0.075  0.00  0.00  1.49 crim9        1Crim                           m3    1
-1.44 0.075  0.00  0.00  1.49 ec0         1Ecpays                           m1    1
-1.44 0.075  0.00  0.00  1.49 Vvar         1sitvie                          m8    1
-1.44 0.075  0.00  0.00  1.49 err?         1errance                         m1    1
-1.44 0.075  0.00  0.00  1.49 WM1         1MetMer                           m2    1
-1.47 0.070  2.44  20.00 61.19 Coupl0        1coupl                          m1    41
-1.63 0.052  2.33  20.00 64.18 Wdel0        1metdelit                        m2    43
-1.69 0.045  0.00  0.00 44.78 Vseul        1sitvie                          m7    30
-2.18 0.015  0.00  0.00 55.22 400-1500e      1Revenu                         m3    37
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
Classe 6 / 6
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
V.TEST PROBA ---- POURCENTAGES ---- MODALITES                                                    IDEN POIDS
       CLA/MOD MOD/CLA GLOBAL CARACTERISTIQUES   DES VARIABLES
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
                44.78 Classe 6 / 6                                    aa6a   30
 4.47 0.000  71.43  83.33 52.24 ecFr         1Ecpays                         m7    35
 4.41 0.000  93.75  50.00 23.88 6+inc        1nbincprec                       m6    16
 4.24 0.000  69.44  83.33 53.73 sejFrNC       1sejFr                          m6    36
 4.03 0.000  75.00  70.00 41.79 néFr         1néCont                         m5    28
 3.30 0.000  67.74  70.00 46.27 natFr        1nat                            m5    31
 3.16 0.001  60.98  83.33 61.19 Coup10        1coupl                          m1    41
 3.02 0.001  66.67  66.67 44.78 Vseul        1sitvie                          m7    30
 3.02 0.001  66.67  66.67 44.78 pris>3        1prisontotale2                  m3    30
 3.02 0.001  57.45  90.00 70.15 Celib        1marie                           m1    47
 2.97 0.001  62.16  76.67 55.22 400-1500e      1Revenu                         m3    37
 2.84 0.002  90.00  30.00 14.93 err5+        1durerr2                         m4    10
 2.55 0.005  88.89  26.67 13.43 3inc         1nbincprec                       m4    9
 2.46 0.007  59.46  73.33 55.22 err1         1errance                         m3    37
 2.44 0.007  66.67  53.33 35.82 natMFr        1natmer                         m6    24
 2.44 0.007  68.18  50.00 32.84 natPFr        1natper                         m6    22
 2.42 0.008  57.14  80.00 62.69 Frdiff0       1Frluecri                       m1    42
 2.33 0.010  60.61  66.67 49.25 FrReg        1papiers2                        m4    33
 2.30 0.011  76.92  33.33 19.40 Wdel1        1metdelit                        m3    13
 2.21 0.013  62.96  56.67 40.30 40-49a        1age                            m3    27
 1.79 0.037  77.78  23.33 13.43 W0          1Act                             m3    9
 1.64 0.050  66.67  33.33 22.39 err-1        1durerr2                         m2    15
 1.45 0.073  75.00  20.00 11.94 WdelNC        1metdelit                       m4    8
 1.35 0.089  64.29  30.00 20.90 natPAfrN       1natper                         m1    14
 1.18 0.120  80.00  13.33  7.46 pen.5-        1Peine                          m1    5
 1.09 0.139  57.89  36.67 28.36 incl-3        1IncDur                         m3    19
 1.04 0.148  63.64  23.33 16.42 WP5         1MetPer                           m6    11
 1.04 0.149  61.54  26.67 19.40 chomr        1Act                            m2    13
 0.75 0.226  51.72  50.00 43.28 Enf0         1enf                            m2    29
 0.75 0.228  57.14  26.67 20.90 WM6         1MetMer                           m7    14
 0.75 0.228  57.14  26.67 20.90 pen.5-1       1Peine                          m2    14
 0.71 0.240  60.00  20.00 14.93 EtrCours       1papiers2                      m1    10
 0.70 0.242  66.67  13.33  8.96 incl-        1IncDur                          m1    6
 0.52 0.301  50.00  3.33  2.99 Coupl9        1coupl                           m3    2
 0.52 0.301  50.00  3.33  2.99 Venft        1sitvie                           m4    2
 0.43 0.335  53.85  23.33 19.40 WP?         1MetPer                           m1    13
 0.30 0.382  57.14  13.33 10.45 Vmer         1sitvie                          m6    7
 0.30 0.384  50.00  33.33 29.85 WM8         1MetMer                           m8    20
 0.28 0.390  50.00  6.67  5.97 200e-        1Revenu                          m2    4
 0.27 0.392  45.45  16.67 16.42 pen1-2        1Peine                          m3    11
 0.27 0.392  45.45  16.67 16.42 natAfrS       1nat                            m2    11
 0.20 0.421  66.67  6.67  4.48 WP1         1MetPer                           m2    3
 0.19 0.424  46.15  20.00 19.40 néAfrS        1néCont                         m2    13
 0.19 0.424  46.15  20.00 19.40 inc6-12       1IncDur                         m6    13
 0.18 0.429  45.45  33.33 32.84 Prev         1Condam                          m3    22
 0.18 0.429  45.45  33.33 32.84 penNC        1Peine                          m6    22
 0.15 0.442  50.00  23.33 20.90 natMAfrS       1natmer                        m2    14
 0.15 0.442  50.00  10.00  8.96 WP2         1MetPer                           m3    6
 0.15 0.442  50.00  10.00  8.96 inc24+        1IncDur                        m4    6
 0.15 0.442  50.00  10.00  8.96 4-5inc        1nbincprec                      m5    6
 0.13 0.448 100.00  3.33  1.49 crim9        1Crim                            m3    1
 0.13 0.448 100.00  3.33  1.49 WM1         1MetMer                           m2    1
 0.13 0.448 100.00  3.33  1.49 Enf?         1enf                            m1    1
 0.13 0.448 100.00  3.33  1.49 *Reponse manquante* 1Crim                          62_   1
 0.13 0.448 100.00  3.33  1.49 ActNC        1Act                            m1    1
 0.13 0.448 100.00  3.33  1.49 crimaut       1Crim                           m4    1
 0.13 0.448 100.00  3.33  1.49 Vheb         1sitvie                          m5    1
 0.13 0.448 100.00  3.33  1.49 WP8         1MetPer                           m8    1
 0.12 0.451  46.51  66.67 64.18 Cond         1Condam                         m1    43
 0.05 0.480  50.00  13.33 11.94 WM?         1MetMer                           m1    8
 0.02 0.490  50.00  16.67 14.93 natMAfrN       1natmer                        m1    10
 -0.06 0.477  41.18  23.33 25.37 Wpart1        1Act                          m6    17
 -0.12 0.451  41.67  33.33 35.82 WP6         1MetPer                          m7    24
 -0.13 0.448  0.00  0.00  1.49 WP4         1MetPer                           m5    1
 -0.13 0.448  0.00  0.00  1.49 natMnsp       1natmer                         m7    1
 -0.13 0.448  0.00  0.00  1.49 ec0         1Ecpays                           m1    1
 -0.13 0.448  0.00  0.00  1.49 Vvar         1sitvie                          m8    1
 -0.13 0.448  0.00  0.00  1.49 natPnsp       1natper                         m7    1
 -0.13 0.448  0.00  0.00  1.49 err?         1errance                         m1    1
 -0.13 0.448  0.00  0.00  1.49 err9         1durerr2                         m5    1
 -0.19 0.424  38.46  16.67 19.40 crim         1Crim                          m2    13
 -0.20 0.421  43.14  73.33 76.12 correc        1Crim                         m1    51
 -0.20 0.421  33.33  3.33  4.48 natMAut       1natmer                         m3    3
 -0.20 0.421  33.33  3.33  4.48 Vcoloc        1sitvie                         m3    3
 -0.20 0.421  33.33  3.33  4.48 natPAut       1natper                         m3    3
 -0.25 0.400  40.00  6.67  7.46 WM4         1MetMer                           m5    5
 -0.27 0.392  36.36  13.33 16.42 50a+         1age                           m4    11
 -0.27 0.392  36.36  13.33 16.42 natPAfrS       1natper                        m2    11
 -0.28 0.390  25.00  3.33  5.97 ecAut        1Ecpays                          m4    4
 -0.28 0.390  25.00  3.33  5.97 natMEurO       1natmer                        m5    4
 -0.30 0.382  42.86  10.00 10.45 WM5         1MetMer                          m6    7
 -0.34 0.365  44.44  13.33 13.43 W0inval       1Act                           m4    9
 -0.34 0.365  44.44  13.33 13.43 ecAfrS        1Ecpays                        m3    9
 -0.37 0.355  33.33  10.00 13.43 natAfrN       1nat                           m1    9
 -0.37 0.355  33.33  10.00 13.43 Fr20+ans       1sejFr                        m2    9
 -0.37 0.355  33.33  10.00 13.43 Mari0        1marie                          m2    9
 -0.50 0.310  28.57  6.67 10.45 Fr10-19ans      1sejFr                        m1    7
 -0.50 0.310  28.57  6.67 10.45 pen3+        1Peine                           m5    7
 -0.52 0.301  0.00  0.00  2.99 Papaut        1papiers2                        m5    2
 -0.52 0.301  0.00  0.00  2.99 Condprev       1Condam                         m2    2
 -0.64 0.262  37.50  30.00 35.82 pris.5-3       1prisontotale2                 m1    24
 -0.67 0.250  20.00  3.33  7.46 néAut        1néCont                          m3    5
 -0.67 0.250  20.00  3.33  7.46 natAut        1nat                            m3    5
 -0.67 0.250  20.00  3.33  7.46 natPEurO       1natper                         m5    5
 -0.67 0.250  20.00  3.33  7.46 WM3         1MetMer                           m4    5
 -0.71 0.238  33.33  16.67 22.39 FrDiff1       1Frluecri                      m2    15
 -0.81 0.208  25.00  6.67 11.94 incl2-24       1IncDur                        m2    8
 -0.93 0.176  34.78  26.67 34.33 30-39a        1age                           m2    23
 -0.94 0.173  27.27  10.00 16.42 err1-5        1durerr2                       m3    11
 -0.99 0.162  0.00  0.00  4.48 ecEurO        1Ecpays                          m6    3
 -0.99 0.162  0.00  0.00  4.48 Wdel.5        1metdelit                        m1    3
```

-1.02	0.154	16.67	3.33	8.96	2inc	lnbincprec	m3	6	
-1.02	0.154	16.67	3.33	8.96	<30a	lage	m1	6	
-1.02	0.154	37.84	46.67	55.22	Enf1	lenf	m3	37	
-1.10	0.135	22.22	6.67	13.43	néAfrN	lnéCont	m1	9	
-1.21	0.114	25.00	10.00	17.91	1inc	lnbincprec	m2	12	
-1.31	0.095	26.67	13.33	22.39	inc3-6	lIncDur	m5	15	
-1.33	0.092	14.29	3.33	10.45	WM2	lMetMer	m3	7	
-1.36	0.086	0.00	0.00	5.97	ecAfrN	lEcpays	m2	4	
-1.36	0.086	0.00	0.00	5.97	Fr5-9ans	lsejFr	m5	4	
-1.38	0.084	20.00	6.67	14.93	EtrIrreg	lpapiers2	m2	10	
-1.61	0.053	12.50	3.33	11.94	pen2-3	lPeine	m4	8	
-1.69	0.045	0.00	0.00	7.46	Fr3-4ans	lsejFr	m4	5	
-1.88	0.030	16.67	6.67	17.91	Và2	lsitvie	m1	12	
-1.88	0.030	16.67	6.67	17.91	EtrReg	lpapiers2	m3	12	
-1.99	0.023	0.00	0.00	8.96	Fr-2ans	lsejFr	m3	6	
-2.13	0.016	10.00	3.33	14.93	FrNul	lFrluecri	m3	10	
-2.24	0.013	27.59	26.67	43.28	err0	lerrance	m2	29	
-2.37	0.009	9.09	3.33	16.42	Và2enf	lsitvie	m2	11	
-2.44	0.007	32.56	46.67	64.18	Wdel0	lmetdelit	m2	43	
-2.46	0.007	26.67	26.67	44.78	err0	ldurerr2	m1	30	
-2.52	0.006	0.00	0.00	11.94	WP3	lMetPer	m4	8	
-2.60	0.005	16.67	10.00	26.87	Wcmpl	lAct	m5	18	
-2.83	0.002	7.69	3.33	19.40	pris<.5	lprisontotale2	m2	13	
-3.16	0.001	19.23	16.67	38.81	1500e+	lRevenu	m1	26	
-3.21	0.001	0.00	0.00	16.42	natEurE	lnat	m4	11	
-3.21	0.001	0.00	0.00	16.42	natMEurE	lnatmer	m4	11	
-3.21	0.001	0.00	0.00	16.42	ecEurE	lEcpays	m5	11	
-3.21	0.001	0.00	0.00	16.42	Mari1	lmarie	m3	11	
-3.21	0.001	0.00	0.00	16.42	natPEurE	lnatper	m4	11	
-3.29	0.001	16.67	13.33	35.82	Coupl1	lcoupl	m2	24	
-3.42	0.000	0.00	0.00	17.91	néEurE	lnéCont	m4	12	
-4.62	0.000	0.00	0.00	26.87	0inc	lnbincprec	m1	18	

Ensemble thématique concernant la santé et de la prise en charge sanitaire (bloc 3/4)

```
PARTITION PAR COUPURE D'UN ARBRE HIERARCHIQUE
Coupure 'a' de l'arbre en 4 classes
FORMATION DES CLASSES (INDIVIDUS ACTIFS)
DESCRIPTION SOMMAIRE
+--------+----------+-----------+-----------+
| CLASSE | EFFECTIF |  POIDS  | CONTENU |
+--------+----------+-----------+-----------+
| aa1a |   16  |  16.00 |  1 A 15 |
| aa2a |   20  |  20.00 | 16 A 26 |
| aa3a |   16  |  16.00 | 27 A 39 |
| aa4a |   15  |  15.00 | 40 A 50 |
+--------+----------+-----------+-----------+
COORDONNEES ET VALEURS-TEST AVANT CONSOLIDATION
AXES 1 A 5
+-----------------------------------------------+-----------------------------+-----------------------------------+----------+
|          CLASSES          |     VALEURS-TEST     |       COORDONNEES      |     |
|-----------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|----------|
| IDEN - LIBELLE        EFF.  P.ABS |  1   2   3   4   5  |  1   2   3   4   5  | DISTO. |
+-----------------------------------------------+-----------------------------+-----------------------------------+----------+
|  Coupure 'a' de l'arbre en 4 classes                                                                              |
|                                                                                                                   |
| aa1a - Classe 1 / 4     16   16.00 |  1.1  0.5  6.0 -1.1 -0.3 |  0.15  0.04  0.50 -0.09 -0.02 |   0.32 |
| aa2a - Classe 2 / 4     20   20.00 |  6.4 -0.9 -3.9 -0.7 -0.2 |  0.73 -0.07 -0.28 -0.04 -0.01 |   0.63 |
| aa3a - Classe 3 / 4     16   16.00 | -4.1 -4.5 -0.1  2.9 -1.2 | -0.55 -0.39  0.00  0.22 -0.08 |   0.51 |
| aa4a - Classe 4 / 4     15   15.00 | -3.9  5.2 -1.9 -1.0  1.7 | -0.55  0.47 -0.16 -0.08  0.12 |   0.58 |
+-----------------------------------------------+-----------------------------+-----------------------------------+----------+
CONSOLIDATION DE LA PARTITION
AUTOUR DES  4 CENTRES DE CLASSES, REALISEE PAR 10 ITERATIONS A CENTRES MOBILES
PROGRESSION DE L'INERTIE INTER-CLASSES
+-----------+------------+------------+------------+
| ITERATION |  I.TOTALE |  I.INTER | QUOTIENT |
+-----------+------------+------------+------------+
|   0   |  1.26758 |  0.51466 |  0.40602 |
|   1   |  1.26758 |  0.55661 |  0.43912 |
|   2   |  1.26758 |  0.55661 |  0.43912 |
|   3   |  1.26758 |  0.55661 |  0.43912 |
+-----------+------------+------------+------------+
ARRET APRES L'ITERATION 3 L'ACCROISSEMENT DE L'INERTIE INTER-CLASSES
PAR RAPPORT A L'ITERATION PRECEDENTE N'EST QUE DE 0.000 %.
DECOMPOSITION DE L'INERTIE
CALCULEE SUR 10 AXES.
+----------------+-----------------+-------------+-------------------+-----------------+
|        |  INERTIES   | EFFECTIFS |    POIDS    |  DISTANCES  |
| INERTIES    | AVANT  APRES | AVANT APRES |  AVANT  APRES | AVANT  APRES |
+----------------+-----------------+-------------+-------------------+-----------------+
|        |         |       |         |        |
| INTER-CLASSES | 0.5147  0.5566 |       |          |         |
|        |         |       |         |        |
| INTRA-CLASSE  |         |       |         |        |
|        |         |       |         |        |
| CLASSE 1 / 4 | 0.3485  0.2369 |  16   11 |  16.00  11.00 | 0.3160  0.5569 |
| CLASSE 2 / 4 | 0.1324  0.1575 |  20   22 |  20.00  22.00 | 0.6309  0.6350 |
| CLASSE 3 / 4 | 0.1086  0.1363 |  16   18 |  16.00  18.00 | 0.5080  0.4628 |
| CLASSE 4 / 4 | 0.1635  0.1803 |  15   16 |  15.00  16.00 | 0.5786  0.5543 |
|        |         |       |         |        |
| TOTALE    | 1.2676  1.2676 |       |          |         |
+----------------+-----------------+-------------+-------------------+-----------------+
QUOTIENT (INERTIE INTER / INERTIE TOTALE) : AVANT ... 0.4060
                                APRES ... 0.4391
COORDONNEES ET VALEURS-TEST APRES CONSOLIDATION
AXES 1 A 5
+-----------------------------------------------+-----------------------------+-----------------------------------+----------+
|          CLASSES          |     VALEURS-TEST     |       COORDONNEES      |     |
|-----------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|----------|
| IDEN - LIBELLE        EFF.  P.ABS |  1   2   3   4   5  |  1   2   3   4   5  | DISTO. |
+-----------------------------------------------+-----------------------------+-----------------------------------+----------+
|  Coupure 'a' de l'arbre en 4 classes                                                                              |
|                                                                                                                   |
| aa1a - Classe 1 / 4     11   11.00 |  0.9  0.5  6.7 -0.5 -0.1 |  0.15  0.06  0.71 -0.05 -0.01 |   0.56 |
| aa2a - Classe 2 / 4     22   22.00 |  7.0 -0.8 -3.7 -0.7 -0.3 |  0.75 -0.05 -0.25 -0.04 -0.02 |   0.63 |
| aa3a - Classe 3 / 4     18   18.00 | -4.3 -4.7  0.1  2.4 -1.3 | -0.53 -0.38  0.01  0.17 -0.08 |   0.46 |
| aa4a - Classe 4 / 4     16   16.00 | -4.0  5.3 -1.8 -1.3  1.7 | -0.54  0.46 -0.15 -0.10  0.12 |   0.55 |
+-----------------------------------------------+-----------------------------+-----------------------------------+----------+
PARANGONS
CLASSE  1/ 4
EFFECTIF:  11
-----------------------------------------------------------------------------
|RK | DISTANCE | IDENT.                                                      |
+---+----------+-------------------------------------------------------------+
| 1|  0.49811|201211301                                                     |
| 2|  0.94670|201305302                                                     |
| 3|  1.05530|201306071                                                     |
| 4|  1.09087|201305133                                                     |
| 5|  1.12072|201211091                                                     |
| 6|  1.20324|201305303                                                     |
| 7|  1.22916|201305173                                                     |
| 8|  1.51854|201211141                                                     |
| 9|  1.72656|201304181                                                     |
| 10|  2.68363|201305062                                                     |
+---+----------+-------------------------------------------------------------+
CLASSE  2/ 4
EFFECTIF:  22
-----------------------------------------------------------------------------
|RK | DISTANCE | IDENT.                                                      |
+---+----------+-------------------------------------------------------------+
| 1|  0.09640|201305162                                                     |
| 2|  0.10676|201304111                                                     |
| 3|  0.14982|201304112                                                     |
| 4|  0.16604|201212052                                                     |
| 5|  0.17388|201305292                                                     |
| 6|  0.26029|201212051                                                     |
| 7|  0.29017|201302111                                                     |
| 8|  0.30782|201211231                                                     |
| 9|  0.31467|201304103                                                     |
| 10|  0.36559|201212121                                                     |
+---+----------+-------------------------------------------------------------+
CLASSE  3/ 4
EFFECTIF:  18
-----------------------------------------------------------------------------
|RK | DISTANCE | IDENT.                                                      |
+---+----------+-------------------------------------------------------------+
| 1|  0.15984|201305151                                                     |
| 2|  0.19730|201306124                                                     |
| 3|  0.26806|201305032                                                     |
| 4|  0.29436|201307151                                                     |
| 5|  0.34642|201307152                                                     |
```

```
| 6|  0.35174|201306121                          |
| 7|  0.35762|201305172                          |
| 8|  0.38056|201305021                          |
| 9|  0.40324|201305304                          |
| 10|  0.44592|201305152                          |
+---+----------+-------------------------------------------------------------------+
CLASSE  4/ 4
EFFECTIF:  16
-----------------------------------------------------------------------------------
|RK | DISTANCE | IDENT.                                                            |
+---+----------+-------------------------------------------------------------------+
| 1|  0.15345|201305153                          |
| 2|  0.18042|201302071                          |
| 3|  0.24265|201305031                          |
| 4|  0.40187|201302252                          |
| 5|  0.42882|201306122                          |
| 6|  0.52836|201304101                          |
| 7|  0.55485|201305061                          |
| 8|  0.59571|201306079                          |
| 9|  0.65905|201304102                          |
| 10|  0.92392|201305063                          |
+---+----------+-------------------------------------------------------------------+
MATRICE DES DISTANCES ENTRE CLASSES
   |    1    2    3    4
-----+-------------------------------------
  1 |  0.000
  2 |  1.151  0.000
  3 |  1.110  1.370  0.000
  4 |  1.206  1.403  0.917  0.000
-----+-------------------------------------
   |    1    2    3    4


DESCRIPTION DE PARTITION(S)
DESCRIPTION DE LA Coupure 'a' de l'arbre en 4 classes
CARACTERISATION DES CLASSES PAR LES MODALITES
CARACTERISATION PAR LES MODALITES DES CLASSES OU MODALITES
DE Coupure 'a' de l'arbre en 4 classes
Classe 1 / 4
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
V.TEST PROBA ---- POURCENTAGES ---- MODALITES                                                                   IDEN POIDS
        CLA/MOD MOD/CLA GLOBAL CARACTERISTIQUES   DES VARIABLES
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
                16.42 Classe 1 / 4                                    aala   11
 6.72 0.000  91.67 100.00 17.91 coinf        3sero3                          m1    12
 4.62 0.000  45.83 100.00 35.82 Suivih1       3Suivih                          m2    24
 4.01 0.000  85.71  54.55 10.45 vih21-30       3annvih                          m5     7
 3.94 0.000  43.48  90.91 34.33 tttVIH1       3tttVIH                          m3    23
 3.47 0.000  83.33  45.45  8.96 intincvih1      3intincvih                          m2     6
 3.46 0.000  37.04  90.91 40.30 VIHreg        3VIHreg                          m2    27
 3.14 0.001  50.00  63.64 20.90 stadvih3       3Stadvih                          m3    14
 2.88 0.002  80.00  36.36  7.46 vhc21-30       3annvhc                          m5     5
 2.87 0.002  62.50  45.45 11.94 stadvhc3       3Stadvhc                          m3     8
 2.87 0.002  62.50  45.45 11.94 tVHC4        30Tttvhc                          m3     8
 2.70 0.003 100.00  27.27  4.48 vhcsex        3contvhc                          m4     3
 2.52 0.006  38.89  63.64 26.87 VIHhop        3Tttvih2                          m1    18
 1.96 0.025 100.00  18.18  2.99 vihsex+UD      3contvih                          m4     2
 1.96 0.025 100.00  18.18  2.99 vihUD        3contvih                          m5     2
 1.91 0.028  60.00  27.27  7.46 ObsVih3       3oublivih                          m3     5
 1.91 0.028  60.00  27.27  7.46 ObsVih2       3oublivih                          m2     5
 1.91 0.028  60.00  27.27  7.46 VHChop        3Tttvhc2.1                          m1     5
 1.87 0.031  38.46  45.45 19.40 Suivhc1       3Suivhc                          m2    13
 1.70 0.045  31.58  54.55 28.36 vihsex        3contvih                          m3    19
 1.63 0.051  50.00  27.27  8.96 VIHucsa       3Tttvih2                          m2     6
 1.63 0.051  50.00  27.27  8.96 VHClx        3VHCreg                          m2     6
 1.44 0.075  28.57  54.55 31.34 VHCreg        3VHCreg                          m4    21
 1.31 0.095  27.27  54.55 32.84 tttVHC0       3tttVHC                          m3    22
 1.29 0.099  33.33  36.36 17.91 stadvih2       3Stadvih                          m2    12
 1.16 0.123  50.00  18.18  5.97 Dep0         3Dep                          m1     4
 1.16 0.123  50.00  18.18  5.97 tttVHC2       3tttVHC                          m5     4
 1.16 0.123  50.00  18.18  5.97 sttm         3etasant1                          m5     4
 1.09 0.138  20.41  90.91 73.13 suiv1        3Suiv                          m2    49
 1.01 0.156  26.32  45.45 28.36 intincvih0      3intincvih                          m1    19
 0.98 0.164 100.00  9.09  1.49 vhcaut        3contvhc                          m2     1
 0.98 0.164 100.00  9.09  1.49 vhcsexUD       3contvhc                          m5     1
 0.98 0.164 100.00  9.09  1.49 *Reponse manquante* 3etasant1                          65_    1
 0.98 0.164 100.00  9.09  1.49 VIHirreg       3VIHreg                          m1     1
 0.97 0.165  20.00  90.91 74.63 intincvhcNC     3intincvhc                          m3    50
 0.95 0.170  24.00  54.55 37.31 medvhc9       3vhcmed2                          m5    25
 0.84 0.201  26.67  36.36 22.39 ObsVih1       3oublivih                          m1    15
 0.82 0.205  30.00  27.27 14.93 vhc11-20       3annvhc                          m2    10
 0.76 0.224  23.81  45.45 31.34 soipir        3etasant4                          m3    21
 0.72 0.234  20.51  72.73 58.21 medvihNC       3Vihmed2                          m5    39
 0.72 0.235  22.22  54.55 40.30 alc1         3Alc                          m2    27
 0.70 0.242  25.00  36.36 23.88 ObsVhc1       3oublivhc                          m1    16
 0.66 0.254  33.33  18.18  8.96 medvhc2-3      3vhcmed2                          m2     6
 0.62 0.267  18.33 100.00 89.55 medrel3       3Medrel                          m2    60
 0.50 0.307  25.00  27.27 17.91 medvhc1-       3vhcmed2                          m1    12
 0.50 0.307  25.00  27.27 17.91 PbSant.5       3PbSant                          m1    12
 0.49 0.311  20.00  63.64 52.24 TttAutNC       3TttAut                          m3    35
 0.46 0.323  28.57  18.18 10.45 vih11-20       3annvih                          m2     7
 0.45 0.325  16.67  9.09  8.96 infrel2       3infrel                          m2     6
 0.44 0.331  22.22  36.36 26.87 stmieu        3etasant2                          m1    18
 0.39 0.350  20.00  54.55 44.78 Suivhc0       3Suivhc                          m1    30
 0.36 0.361  23.08  27.27 19.40 vih2-10       3annvih                          m4    13
 0.30 0.382  16.67  27.27 26.87 HP1         3HP                          m2    18
 0.28 0.391  25.00  18.18 11.94 psy1         3Psy                          m2     8
 0.28 0.391  25.00  18.18 11.94 tHVC0        30Tttvhc                          m1     8
 0.28 0.391  16.95  90.91 88.06 tttpsy0       3Tttpsy                          m1    59
 0.26 0.396  20.00  9.09  7.46 Sttb         3etasant1                          m4     5
 0.26 0.396  20.00  9.09  7.46 vihnsp        3contvih                          m2     5
 0.20 0.421  33.33  9.09  4.48 ObsVhc3       3oublivhc                          m3     3
 0.18 0.430  17.65  27.27 25.37 *Reponse manquante* 3Dep                          73_    17
 0.18 0.430  17.65  27.27 25.37 stadvhc2       3Stadvhc                          m2    17
 0.16 0.434  17.14  54.55 52.24 stpir        3etasant2                          m3    35
 0.16 0.435  18.42  63.64 56.72 Bzd0         3BZD                          m1    38
 0.05 0.479  25.00  9.09  5.97 tttVIH0       3tttVIH                          m2     4
 0.05 0.479  25.00  9.09  5.97 TttAut1       3TttAut                          m2     4
 0.05 0.479  25.00  9.09  5.97 infrel1       3infrel                          m1     4
 0.05 0.479  17.86  45.45 41.79 tox1         3Tox                          m2    28
 0.05 0.480  20.00  18.18 14.93 intsort1       3tttint                          m2    10
 0.05 0.480  18.18  36.36 32.84 soipar        3etasant4                          m2    22
 -0.05 0.480  12.50  18.18 23.88 stm         3etasant1                          m2    16
 -0.05 0.480  10.00  9.09 14.93 tttVHC1       3tttVHC                          m4    10
 -0.05 0.480  15.79  81.82 85.07 infrel3       3infrel                          m3    57
 -0.05 0.480  15.79  81.82 85.07 intsort0       3tttint                          m1    57
 -0.05 0.479  15.38  54.55 58.21 tox0         3Tox                          m1    39
 -0.05 0.479  14.29  36.36 41.79 BZD1         3BZD                          m2    28
 -0.05 0.479  0.00  0.00  5.97 Suivih0        3Suivih                          m1     4
 -0.07 0.473  14.29  27.27 31.34 vhcnsp        3contvhc                          m3    21
 -0.11 0.457  15.52  81.82 86.57 psy0         3Psy                          m1    58
 -0.18 0.430  11.76  18.18 25.37 PbSant1       3PbSant                          m3    17
```

```
 -0.18 0.430  11.76  18.18 25.37 Stb         3etasant1                        m1    17
 -0.19 0.425  15.00  27.27 29.85 stadvhc1       3Stadvhc                         m1    20
 -0.20 0.421  0.00  0.00  4.48 medvih4-8      3Vihmed2                        m3    3
 -0.20 0.421  0.00  0.00  4.48 medvih2-3      3Vihmed2                        m2    3
 -0.20 0.421  0.00  0.00  4.48 medrel2       3Medrel                         m1    3
 -0.20 0.421  0.00  0.00  4.48 medvih8+       3Vihmed2                        m4    3
 -0.20 0.421  0.00  0.00  4.48 medrelNC       3Medrel                         m3    3
 -0.22 0.414  14.29  18.18 20.90 vhc2-10       3annvhc                         m4    14
 -0.26 0.396  0.00  0.00  7.46 intincvhc1      3intincvhc                        m2    5
 -0.27 0.392  16.22  54.55 55.22 PbSant0       3PbSant                         m2    37
 -0.28 0.391  12.50  9.09 11.94 tttpsy1       3Tttpsy                         m2    8
 -0.28 0.391  12.50  9.09 11.94 tVHC2        30Tttvhc                         m2    8
 -0.28 0.391  12.50  9.09 11.94 tttVHC.5       3tttVHC                         m2    8
 -0.28 0.391  12.50  9.09 11.94 Suivhc0       3VHCreg                         m1    8
 -0.28 0.390  12.50  27.27 35.82 Stmoy        3etasant1                        m3    24
 -0.30 0.382  16.33  72.73 73.13 HP0         3HP                             m1    49
 -0.31 0.378  15.79  27.27 28.36 vhcUD        3contvhc                        m6    19
 -0.31 0.378  15.79  27.27 28.36 medvih1-       3Vihmed2                        m1    19
 -0.34 0.366  8.33  9.09 17.91 intincvhc0      3intincvhc                        m1    12
 -0.34 0.366  8.33  9.09 17.91 VHCucsa       3Tttvhc2.1                       m2    12
 -0.46 0.323  14.29  9.09 10.45 VHCirreg       3VHCreg                         m3    7
 -0.48 0.317  7.69  9.09 19.40 stpar        3etasant2                        m2    13
 -0.51 0.303  0.00  0.00  2.99 ObsVhc2       3oublivhc                        m2    2
 -0.51 0.303  0.00  0.00  2.99 stadvih1       3Stadvih                        m1    2
 -0.51 0.303  0.00  0.00  2.99 *Reponse manquante* 3etasant4                        68_   2
 -0.57 0.286  14.00  63.64 74.63 VHCucsaNC      3Tttvhc2.1                        m3    50
 -0.61 0.272  7.14  9.09 20.90 vhc2-        3annvhc                         m3    14
 -0.72 0.235  12.50  45.45 59.70 alc0         3Alc                            m1    40
 -0.72 0.234  10.71  27.27 41.79 TttAut0       3TttAut                         m1    28
 -0.76 0.224  13.04  54.55 68.66 Dep1         3Dep                            m2    46
 -0.76 0.224  13.04  54.55 68.66 obsVhcNC       3oublivhc                        m4    46
 -0.77 0.222  9.09  18.18 32.84 soimieu       3etasant4                        m1    22
 -0.98 0.164  0.00  0.00  1.49 *Reponse manquante* 3PbSant                        76_   1
 -0.98 0.164  0.00  0.00  1.49 *Reponse manquante* 3Medrel                        70_   1
 -0.98 0.164  0.00  0.00  1.49 tttVIH.5       3tttVIH                         m1    1
 -0.98 0.164  0.00  0.00  1.49 medvhc4-8      3vhcmed2                        m3    1
 -0.98 0.164  0.00  0.00  1.49 VIHvil1       3Tttvih2                        m4    1
 -0.98 0.164  0.00  0.00  1.49 Hypn1        3BZD                            m3    1
 -0.98 0.164  0.00  0.00  1.49 *Reponse manquante* 3Psy                        102_   1
 -0.98 0.164  0.00  0.00  1.49 medvhc8+       3vhcmed2                        m4    1
 -0.98 0.164  0.00  0.00  1.49 *Reponse manquante* 3etasant2                        66_   1
 -0.98 0.164  0.00  0.00  1.49 vih2-        3annvih                         m3    1
 -1.09 0.138  5.56  9.09 26.87 suiv0        3Suiv                           m1    18
 -1.64 0.050  4.35  9.09 34.33 tttHVCNC       3tttVHC                         m1    23
 -1.75 0.040  4.17  9.09 35.82 annvhcNC       3annvhc                         m1    24
 -2.31 0.010  0.00  0.00 31.34 VIH+         3sero3                          m3    21
 -2.41 0.008  6.98  27.27 64.18 tVHCNC        30Tttvhc                        m4    43
 -2.41 0.008  0.00  0.00 32.84 medvhcNC       3vhcmed2                        m6    22
 -2.41 0.008  0.00  0.00 32.84 stadvhcNC      3Stadvhc                        m4    22
 -2.41 0.008  0.00  0.00 32.84 contvhcNC      3contvhc                        m1    22
 -2.61 0.004  0.00  0.00 35.82 suivhcNC       3Suivhc                         m3    24
 -2.71 0.003  0.00  0.00 37.31 VHCregNC       3VHCreg                         m5    25
 -3.61 0.000  0.00  0.00 50.75 VHC+         3sero3                          m2    34
 -3.69 0.000  2.38  9.09 62.69 ObsvihNC       3oublivih                        m4    42
 -3.69 0.000  2.38  9.09 62.69 intincvihNC     3intincvih                        m3    42
 -3.69 0.000  2.38  9.09 62.69 VIHucsaNC      3Tttvih2                        m3    42
 -4.15 0.000  0.00  0.00 58.21 SuivihNC       3Suivih                         m3    39
 -4.15 0.000  0.00  0.00 58.21 tttVIHNC       3tttVIH                         m4    39
 -4.15 0.000  0.00  0.00 58.21 stadvihNC      3Stadvih                        m4    39
 -4.15 0.000  0.00  0.00 58.21 VIHregNC       3VIHreg                         m3    39
 -4.15 0.000  0.00  0.00 58.21 contvihNC      3contvih                        m1    39
 -4.15 0.000  0.00  0.00 58.21 annvihNC       3annvih                         m1    39
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
Classe 2 / 4
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
V.TEST PROBA ---- POURCENTAGES ---- MODALITES                                    IDEN POIDS
       CLA/MOD MOD/CLA GLOBAL CARACTERISTIQUES   DES VARIABLES
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
               32.84 Classe 2 / 4                                   aa2a   22
 8.61 0.000 100.00 100.00 32.84 contvhcNC      3contvhc                        m1    22
 8.61 0.000 100.00 100.00 32.84 medvhcNC       3vhcmed2                        m6    22
 8.61 0.000 100.00 100.00 32.84 stadvhcNC      3Stadvhc                        m4    22
 8.24 0.000  95.65 100.00 34.33 tttHVCNC       3tttVHC                         m1    23
 8.16 0.000 100.00  95.45 31.34 VIH+         3sero3                          m3    21
 7.94 0.000  91.67 100.00 35.82 suivhcNC       3Suivhc                         m3    24
 7.94 0.000  91.67 100.00 35.82 annvhcNC       3annvhc                         m1    24
 7.67 0.000  88.00 100.00 37.31 VHCregNC       3VHCreg                         m5    25
 4.47 0.000  51.16 100.00 64.18 tVHCNC        30Tttvhc                        m4    43
 4.37 0.000  57.14  90.91 52.24 TttAutNC       3TttAut                         m3    35
 4.14 0.000  73.68  63.64 28.36 intincvih0      3intincvih                        m1    19
 4.08 0.000  62.96  77.27 40.30 VIHreg        3VIHreg                         m2    27
 4.02 0.000  47.83 100.00 68.66 obsVhcNC       3oublivhc                        m4    46
 3.56 0.000  68.42  59.09 28.36 vihsex        3contvih                        m3    19
 3.41 0.000  44.00 100.00 74.63 intincvhcNC     3intincvhc                        m3    50
 3.41 0.000  44.00 100.00 74.63 VHCucsaNC      3Tttvhc2.1                        m3    50
 3.40 0.000  73.33  50.00 22.39 ObsVih1       3oublivih                        m1    15
 3.36 0.000  76.92  45.45 19.40 vih2-10       3annvih                         m4    13
 3.27 0.001  50.00  86.36 56.72 Bzd0         3BZD                            m1    38
 3.11 0.001  48.72  86.36 58.21 tox0         3Tox                            m1    39
 2.77 0.003  42.86  95.45 73.13 suiv1        3Suiv                           m2    49
 2.69 0.004  56.52  59.09 34.33 tttVIH1       3tttVIH                         m3    23
 2.65 0.004  61.11  50.00 26.87 VIHhop        3Tttvih2                        m1    18
 2.49 0.006  54.17  59.09 35.82 Suivih1       3Suivih                         m2    24
 2.36 0.009  66.67  36.36 17.91 stadvih2       3Stadvih                        m2    12
 2.34 0.010 100.00  18.18  5.97 Suivih0       3Suivih                         m1    4
 1.82 0.034  71.43  22.73 10.45 vih11-20       3annvih                         m2    7
 1.79 0.037  80.00  18.18  7.46 vihnsp        3contvih                        m2    5
 1.72 0.042  52.94  40.91 25.37 Stb         3etasant1                        m1    17
 1.45 0.073  53.85  31.82 19.40 stpar        3etasant2                        m2    13
 1.28 0.100  75.00  13.64  5.97 tttVIH0       3tttVIH                         m2    4
 1.26 0.104  40.00  72.73 59.70 alc0         3Alc                            m1    40
 1.26 0.104  45.45  45.45 32.84 soimieu       3etasant4                        m1    22
 1.26 0.104 100.00  9.09  2.99 stadvih1       3Stadvih                        m1    2
 1.21 0.113  50.00  31.82 20.90 stadvih3       3Stadvih                        m3    14
 1.14 0.127  47.06  36.36 25.37 *Reponse manquante* 3Dep                        73_   17
 0.86 0.195  60.00  13.64  7.46 Sttb         3etasant1                        m4    5
 0.72 0.237  50.00  18.18 11.94 psy1         3Psy                            m2    8
 0.70 0.241  37.84  63.64 55.22 PbSant0       3PbSant                         m2    37
 0.68 0.249  66.67  9.09  4.48 medrel2       3Medrel                         m1    3
 0.68 0.249  66.67  9.09  4.48 medvih2-3      3Vihmed2                        m2    3
 0.55 0.292  35.09  90.91 85.07 intsort0       3tttint                         m1    57
 0.54 0.296  33.33  4.55  4.48 medvih4-8      3Vihmed2                        m3    3
 0.54 0.296  33.33  4.55  4.48 medvih8+       3Vihmed2                        m4    3
 0.51 0.304  50.00  13.64  8.96 infrel2       3infrel                         m2    6
 0.51 0.304  50.00  13.64  8.96 VIHucsa       3Tttvih2                        m2    6
 0.44 0.328 100.00  4.55  1.49 *Reponse manquante* 3etasant2                        66_   1
 0.44 0.328 100.00  4.55  1.49 VIHvil1       3Tttvih2                        m4    1
 0.44 0.328 100.00  4.55  1.49 tttVIH.5       3tttVIH                         m1    1
 0.44 0.328 100.00  4.55  1.49 vih2-        3annvih                         m3    1
 0.40 0.345  41.67  22.73 17.91 PbSant.5       3PbSant                         m1    12
 0.26 0.398  50.00  9.09  5.97 Dep0         3Dep                            m1    4
 0.22 0.411  34.69  77.27 73.13 HP0         3HP                             m1    49
 0.21 0.417  33.33  90.91 89.55 medrel3       3Medrel                         m2    60
```

```
 0.19 0.426  33.33  86.36 85.07 infrel3       3infrel                          m3    57
 0.09 0.466  40.00  9.09  7.46 ObsVih2       3oublivih                        m2    5
 0.09 0.466  40.00  9.09  7.46 ObsVih3       3oublivih                        m3    5
 0.06 0.475  37.50  13.64 11.94 tttpsy1       3Tttpsy                         m2    8
-0.06 0.475  32.20  86.36 88.06 tttpsy0       3Tttpsy                          m1    59
-0.13 0.448  0.00  0.00  2.99 ObsVhc2       3oublivhc                        m2    2
-0.13 0.448  0.00  0.00  2.99 *Reponse manquante* 3etasant4                        68_   2
-0.13 0.448  0.00  0.00  2.99 vihUD        3contvih                         m5    2
-0.13 0.448  0.00  0.00  2.99 vihsex+UD      3contvih                         m4    2
-0.16 0.435  31.58  27.27 28.36 medvih1-       3Vihmed2                        m1    19
-0.17 0.434  30.77  54.55 58.21 medvihNC       3Vihmed2                        m5    39
-0.20 0.422  29.17  31.82 35.82 Stmoy        3etasant1                        m3    24
-0.21 0.417  28.57  27.27 31.34 soipir        3etasant4                        m3    21
-0.22 0.411  27.78  22.73 26.87 HP1         3HP                              m2    18
-0.38 0.351  16.67  4.55  8.96 intincvih1      3intincvih                      m2    6
-0.39 0.348  27.27  27.27 32.84 soipar        3etasant4                        m2    22
-0.44 0.330  31.03  81.82 86.57 psy0         3Psy                             m1    58
-0.44 0.328  0.00  0.00  1.49 vhcsexUD       3contvhc                         m5    1
-0.44 0.328  0.00  0.00  1.49 *Reponse manquante* 3Psy                          102_   1
-0.44 0.328  0.00  0.00  1.49 *Reponse manquante* 3etasant1                         65_   1
-0.44 0.328  0.00  0.00  1.49 *Reponse manquante* 3PbSant                           76_   1
-0.44 0.328  0.00  0.00  1.49 *Reponse manquante* 3Medrel                           70_   1
-0.44 0.328  0.00  0.00  1.49 medvhc4-8      3vhcmed2                         m3    1
-0.44 0.328  0.00  0.00  1.49 medvhc8+       3vhcmed2                         m4    1
-0.44 0.328  0.00  0.00  1.49 Hypn1        3BZD                             m3    1
-0.44 0.328  0.00  0.00  1.49 vhcaut        3contvhc                         m2    1
-0.44 0.328  0.00  0.00  1.49 VIHirreg       3VIHreg                          m1    1
-0.52 0.303  28.57  45.45 52.24 stpir        3etasant2                        m3    35
-0.54 0.296  0.00  0.00  4.48 ObsVhc3       3oublivhc                        m3    3
-0.54 0.296  0.00  0.00  4.48 medrelNC       3Medrel                         m3    3
-0.54 0.296  0.00  0.00  4.48 vhcsex        3contvhc                         m4    3
-0.55 0.292  20.00  9.09 14.93 intsort1       3tttint                         m2    10
-0.65 0.258  14.29  4.55 10.45 vih21-30       3annvih                         m5    7
-0.82 0.206  22.22  18.18 26.87 stmieu        3etasant2                        m1    18
-0.86 0.194  0.00  0.00  5.97 tttVHC2       3tttVHC                          m5    4
-0.86 0.194  0.00  0.00  5.97 infrel1       3infrel                          m1    4
-0.86 0.194  0.00  0.00  5.97 sttm         3etasant1                        m5    4
-0.86 0.194  0.00  0.00  5.97 TttAut1       3TttAut                          m2    4
-1.07 0.142  18.75  13.64 23.88 stm         3etasant1                        m2    16
-1.14 0.127  0.00  0.00  7.46 VHChop        3Tttvhc2.1                       m1    5
-1.14 0.127  0.00  0.00  7.46 intincvhc1      3intincvhc                      m2    5
-1.14 0.127  0.00  0.00  7.46 vhc21-30       3annvhc                          m5    5
-1.26 0.104  17.65  13.64 25.37 PbSant1       3PbSant                         m3    17
-1.26 0.104  22.22  27.27 40.30 alc1         3Alc                             m2    27
-1.39 0.082  0.00  0.00  8.96 VHC1x        3VHCreg                          m2    6
-1.39 0.082  0.00  0.00  8.96 medvhc2-3      3vhcmed2                         m2    6
-1.45 0.073  26.09  54.55 68.66 Depl         3Dep                             m2    46
-1.62 0.052  0.00  0.00 10.45 VHCirreg       3VHCreg                          m3    7
-1.73 0.042  8.33  4.55 17.91 coinf        3sero3                           m1    12
-1.84 0.033  0.00  0.00 11.94 tHVC0        30Tttvhc                         m1    8
-1.84 0.033  0.00  0.00 11.94 stadvhc3       3Stadvhc                        m3    8
-1.84 0.033  0.00  0.00 11.94 tVHC4        30Tttvhc                         m3    8
-1.84 0.033  0.00  0.00 11.94 Suivhc0       3VHCreg                          m1    8
-1.84 0.033  0.00  0.00 11.94 tVHC2        30Tttvhc                         m2    8
-1.84 0.033  0.00  0.00 11.94 tttVHC.5       3tttVHC                         m2    8
-2.23 0.013  0.00  0.00 14.93 tttVHC1       3tttVHC                          m4    10
-2.23 0.013  0.00  0.00 14.93 vhc11-20       3annvhc                         m2    10
-2.59 0.005  0.00  0.00 17.91 intincvhc0      3intincvhc                       m1    12
-2.59 0.005  0.00  0.00 17.91 VHCucsa       3Tttvhc2.1                       m2    12
-2.59 0.005  0.00  0.00 17.91 medvhc1-       3vhcmed2                         m1    12
-2.76 0.003  0.00  0.00 19.40 Suivhc1       3Suivhc                          m2    13
-2.77 0.003  5.56  4.55 26.87 suiv0        3Suiv                            m1    18
-2.93 0.002  0.00  0.00 20.90 vhc2-        3annvhc                          m3    14
-2.93 0.002  0.00  0.00 20.90 vhc2-10       3annvhc                         m4    14
-3.11 0.001  10.71  13.64 41.79 tox1         3Tox                            m2    28
-3.11 0.001  10.71  13.64 41.79 BZD1         3BZD                            m2    28
-3.25 0.001  0.00  0.00 23.88 ObsVhc1       3oublivhc                        m1    16
-3.38 0.000  16.67  31.82 62.69 ObsvihNC       3oublivih                        m4    42
-3.38 0.000  16.67  31.82 62.69 VIHucsaNC      3Tttvih2                         m3    42
-3.38 0.000  16.67  31.82 62.69 intincvihNC     3intincvih                       m3    42
-3.41 0.000  0.00  0.00 25.37 stadvhc2       3Stadvhc                         m2    17
-3.71 0.000  7.14  9.09 41.79 TttAut0       3TttAut                          m1    28
-3.72 0.000  0.00  0.00 28.36 vhcUD        3contvhc                         m6    19
-3.87 0.000  0.00  0.00 29.85 stadvhc1       3Stadvhc                        m1    20
-3.89 0.000  12.82  22.73 58.21 tttVIHNC       3tttVIH                         m4    39
-3.89 0.000  12.82  22.73 58.21 SuivihNC       3Suivih                         m3    39
-3.89 0.000  12.82  22.73 58.21 stadvihNC      3Stadvih                        m4    39
-3.89 0.000  12.82  22.73 58.21 contvihNC      3contvih                        m1    39
-3.89 0.000  12.82  22.73 58.21 annvihNC       3annvih                         m1    39
-3.89 0.000  12.82  22.73 58.21 VIHregNC       3VIHreg                         m3    39
-4.02 0.000  0.00  0.00 31.34 VHCreg        3VHCreg                          m4    21
-4.02 0.000  0.00  0.00 31.34 vhcnsp        3contvhc                         m3    21
-4.17 0.000  0.00  0.00 32.84 tttVHC0       3tttVHC                          m3    22
-4.62 0.000  0.00  0.00 37.31 medvhc9       3vhcmed2                         m5    25
-5.39 0.000  0.00  0.00 44.78 Suivhc0       3Suivhc                          m1    30
-6.05 0.000  0.00  0.00 50.75 VHC+         3sero3                           m2    34
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
Classe 3 / 4
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
V.TEST PROBA ---- POURCENTAGES ---- MODALITES                                                    IDEN POIDS
       CLA/MOD MOD/CLA GLOBAL CARACTERISTIQUES   DES VARIABLES
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
                26.87 Classe 3 / 4                                        aa3a   18
 5.65 0.000  72.73  88.89 32.84 tttVHC0       3tttVHC                         m3    22
 5.04 0.000  52.94 100.00 50.75 VHC+         3sero3                           m2    34
 4.35 0.000  46.15 100.00 58.21 annvihNC       3annvih                         m1    39
 4.35 0.000  46.15 100.00 58.21 tttVIHNC       3tttVIH                         m4    39
 4.35 0.000  46.15 100.00 58.21 stadvihNC      3Stadvih                        m4    39
 4.35 0.000  46.15 100.00 58.21 contvihNC      3contvih                        m1    39
 4.35 0.000  46.15 100.00 58.21 VIHregNC       3VIHreg                         m3    39
 4.35 0.000  46.15 100.00 58.21 SuivihNC       3Suivih                         m3    39
 4.25 0.000  53.33  88.89 44.78 Suivhc0       3Suivhc                          m1    30
 3.96 0.000  42.86 100.00 62.69 intincvihNC     3intincvih                      m3    42
 3.96 0.000  42.86 100.00 62.69 VIHucsaNC      3Tttvih2                         m3    42
 3.96 0.000  42.86 100.00 62.69 ObsvihNC       3oublivih                        m4    42
 3.49 0.000  87.50  38.89 11.94 tVHC2        30Tttvhc                         m2    8
 3.43 0.000  39.13 100.00 68.66 obsVhcNC       3oublivhc                       m4    46
 3.27 0.001  52.00  72.22 37.31 medvhc9       3vhcmed2                         m5    25
 2.89 0.002  36.00 100.00 74.63 intincvhcNC     3intincvhc                      m3    50
 2.89 0.002  36.00 100.00 74.63 VHCucsaNC      3Tttvhc2.1                       m3    50
 2.82 0.002  55.56  55.56 26.87 suiv0        3Suiv                            m1    18
 2.78 0.003  46.43  72.22 41.79 TttAut0       3TttAut                         m1    28
 2.69 0.004  75.00  33.33 11.94 Suivhc0       3VHCreg                         m1    8
 2.69 0.004  75.00  33.33 11.94 tHVC0        30Tttvhc                         m1    8
 2.44 0.007  57.14  44.44 20.90 vhc2-10       3annvhc                         m4    14
 2.43 0.007  50.00  55.56 29.85 stadvhc1       3Stadvhc                        m1    20
 2.25 0.012  47.62  55.56 31.34 vhcnsp        3contvhc                         m3    21
 2.22 0.013  42.86  66.67 41.79 tox1         3Tox                             m2    28
 2.22 0.013  42.86  66.67 41.79 BZD1         3BZD                             m2    28
 1.82 0.035  40.74  61.11 40.30 alc1         3Alc                             m2    27
 1.74 0.041  41.67  55.56 35.82 Stmoy        3etasant1                        m3    24
 1.51 0.066  40.91  50.00 32.84 soipar        3etasant4                       m2    22
 1.45 0.074  42.11  44.44 28.36 vhcUD        3contvhc                         m6    19
```

```
 1.29 0.099  32.61  83.33 68.66 Dep1         3Dep                          m2    46
 0.91 0.182  29.82  94.44 85.07 intsort0       3tttint                         m1    57
 0.87 0.191  50.00  16.67  8.96 VHClx        3VHCreg                        m2    6
 0.65 0.257  40.00  22.22 14.93 vhcl1-20       3annvhc                         m2    10
 0.62 0.269 100.00  5.56  1.49 *Reponse manquante* 3Psy                        102_   1
 0.62 0.269 100.00  5.56  1.49 Hypn1        3BZD                          m3    1
 0.62 0.269 100.00  5.56  1.49 *Reponse manquante* 3Medrel                        70_   1
 0.61 0.272  35.29  33.33 25.37 PbSant1       3PbSant                         m3    17
 0.59 0.276  42.86  16.67 10.45 VHCirreg       3VHCreg                         m3    7
 0.55 0.291  50.00  11.11  5.97 TttAut1       3TttAut                         m2    4
 0.55 0.291  50.00  11.11  5.97 infrel1       3infrel                         m1    4
 0.55 0.291  50.00  11.11  5.97 tttVHC2       3tttVHC                         m5    4
 0.52 0.301  35.71  27.78 20.90 vhc2-        3annvhc                         m3    14
 0.51 0.306  28.81  94.44 88.06 tttpsy0       3Tttpsy                         m1    59
 0.43 0.333  33.33  33.33 26.87 stmieu        3etasant2                       m1    18
 0.34 0.366  37.50  16.67 11.94 tVHC4        30Tttvhc                        m3    8
 0.34 0.366  37.50  16.67 11.94 stadvhc3       3Stadvhc                        m3    8
 0.29 0.385  33.33  5.56  4.48 medrelNC       3Medrel                         m3    3
 0.29 0.385  33.33  5.56  4.48 medvih4-8      3Vihmed2                        m3    3
 0.29 0.385  33.33  5.56  4.48 medvih2-3      3Vihmed2                        m2    3
 0.29 0.385  33.33  5.56  4.48 medvih8+       3Vihmed2                        m4    3
 0.25 0.402  27.03  55.56 55.22 PbSant0       3PbSant                         m2    37
 0.19 0.426  28.57  77.78 73.13 HP0         3HP                           m1    49
 0.11 0.455  27.59  88.89 86.57 psy0         3Psy                          m1    58
 0.10 0.460  28.07  88.89 85.07 infrel3       3infrel                         m3    57
 0.08 0.468  50.00  5.56  2.99 *Reponse manquante* 3etasant4                      68_   2
 0.04 0.484  33.33  11.11  8.96 medvhc2-3      3vhcmed2                        m2    6
 0.04 0.484  30.77  22.22 19.40 stpar        3etasant2                       m2    13
 0.02 0.493  29.41  27.78 25.37 stadvhc2       3Stadvhc                        m2    17
-0.01 0.498  25.64  55.56 58.21 medvihNC       3Vihmed2                        m5    39
-0.02 0.493  23.53  22.22 25.37 Stb         3etasant1                       m1    17
-0.07 0.474  23.81  27.78 31.34 VHCreg        3VHCreg                         m4    21
-0.08 0.468  0.00  0.00  2.99 stadvih1       3Stadvih                        m1    2
-0.08 0.468  0.00  0.00  2.99 ObsVhc2       3oublivhc                       m2    2
-0.08 0.468  0.00  0.00  2.99 vihsex+UD     3contvih                        m4    2
-0.08 0.468  0.00  0.00  2.99 vihUD        3contvih                        m5    2
-0.19 0.426  22.22  22.22 26.87 HP1         3HP                           m2    18
-0.22 0.411  22.73  27.78 32.84 soimieu       3etasant4                       m1    22
-0.23 0.408  25.00  16.67 17.91 medvhc1-       3vhcmed2                        m1    12
-0.23 0.408  20.00  5.56  7.46 Sttb         3etasant1                       m4    5
-0.26 0.397  26.32  27.78 28.36 medvih1-       3Vihmed2                        m1    19
-0.28 0.388  26.67  88.89 89.55 medrel3       3Medrel                         m2    60
-0.29 0.385  0.00  0.00  4.48 vhcsex        3contvhc                        m4    3
-0.29 0.385  0.00  0.00  4.48 medrel2       3Medrel                         m1    3
-0.29 0.385  0.00  0.00  4.48 ObsVhc3       3oublivhc                       m3    3
-0.49 0.312  16.67  11.11 17.91 PbSant.5       3PbSant                         m1    12
-0.50 0.309  22.86  44.44 52.24 stpir        3etasant2                       m3    35
-0.51 0.306  12.50  5.56 11.94 psy1         3Psy                          m2    8
-0.51 0.306  12.50  5.56 11.94 tttpsy1       3Tttpsy                         m2    8
-0.55 0.291  25.00  5.56  5.97 sttm         3etasant1                       m5    4
-0.59 0.276  0.00  0.00  5.97 tttVIH0       3tttVIH                         m2    4
-0.59 0.276  0.00  0.00  5.97 Suivih0       3Suivih                         m1    4
-0.59 0.276  0.00  0.00  5.97 Dep0         3Dep                          m1    4
-0.62 0.269  0.00  0.00  1.49 *Reponse manquante* 3etasant2                      66_   1
-0.62 0.269  0.00  0.00  1.49 VIHvil1       3Tttvih2                        m4    1
-0.62 0.269  0.00  0.00  1.49 medvhc8+       3vhcmed2                        m4    1
-0.62 0.269  0.00  0.00  1.49 *Reponse manquante* 3PbSant                        76_   1
-0.62 0.269  0.00  0.00  1.49 vhcsexUD       3contvhc                        m5    1
-0.62 0.269  0.00  0.00  1.49 VIHirreg       3VIHreg                         m1    1
-0.62 0.269  0.00  0.00  1.49 medvhc4-8      3vhcmed2                        m3    1
-0.62 0.269  0.00  0.00  1.49 vih2-        3annvih                         m3    1
-0.62 0.269  0.00  0.00  1.49 vhcaut        3contvhc                        m2    1
-0.62 0.269  0.00  0.00  1.49 tttVIH.5       3tttVIH                         m1    1
-0.62 0.269  0.00  0.00  1.49 *Reponse manquante* 3etasant1                      65_   1
-0.66 0.255  17.65  16.67 25.37 *Reponse manquante* 3Dep                        73_   17
-0.67 0.252  15.38  11.11 19.40 Suivhc1       3Suivhc                         m2    13
-0.85 0.197  0.00  0.00  7.46 ObsVih2       3oublivih                       m2    5
-0.85 0.197  0.00  0.00  7.46 ObsVih3       3oublivih                       m3    5
-0.85 0.197  0.00  0.00  7.46 vhc21-30       3annvhc                         m5    5
-0.85 0.197  0.00  0.00  7.46 VHChop        3Tttvhc2.1                      m1    5
-0.85 0.197  0.00  0.00  7.46 vihnsp        3contvih                        m2    5
-0.85 0.197  0.00  0.00  7.46 intincvhc1      3intincvhc                      m2    5
-0.91 0.182  10.00  5.56 14.93 intsort1       3tttint                         m2    10
-1.08 0.140  0.00  0.00  8.96 intincvih1      3intincvih                      m2    6
-1.08 0.140  0.00  0.00  8.96 infrel2       3infrel                         m2    6
-1.08 0.140  0.00  0.00  8.96 VIHucsa       3Tttvih2                        m2    6
-1.17 0.120  12.50  11.11 23.88 stm         3etasant1                       m2    16
-1.29 0.099  14.29  16.67 31.34 soipir        3etasant4                       m3    21
-1.29 0.099  0.00  0.00 10.45 vih11-20       3annvih                         m2    7
-1.29 0.099  0.00  0.00 10.45 vih21-30       3annvih                         m5    7
-1.48 0.069  0.00  0.00 11.94 tttVHC.5       3tttVHC                         m2    8
-1.82 0.035  17.50  38.89 59.70 alc0         3Alc                          m1    40
-1.84 0.033  0.00  0.00 14.93 tttVHC1       3tttVHC                         m4    10
-2.16 0.015  0.00  0.00 17.91 VHCucsa       3Tttvhc2.1                      m2    12
-2.16 0.015  0.00  0.00 17.91 coinf        3sero3                          m1    12
-2.16 0.015  0.00  0.00 17.91 intincvhc0      3intincvhc                      m1    12
-2.16 0.015  0.00  0.00 17.91 stadvih2       3Stadvih                        m2    12
-2.22 0.013  15.38  33.33 58.21 tox0         3Tox                          m1    39
-2.31 0.010  0.00  0.00 19.40 vih2-10       3annvih                         m4    13
-2.46 0.007  0.00  0.00 20.90 stadvih3       3Stadvih                        m3    14
-2.61 0.005  0.00  0.00 22.39 ObsVih1       3oublivih                       m1    15
-2.63 0.004  13.16  27.78 56.72 Bzd0         3BZD                          m1    38
-2.75 0.003  0.00  0.00 23.88 ObsVhc1       3oublivhc                       m1    16
-2.82 0.002  16.33  44.44 73.13 suiv1        3Suiv                           m2    49
-3.03 0.001  0.00  0.00 26.87 VIHhop        3Tttvih2                        m1    18
-3.05 0.001  4.17  5.56 35.82 annvhcNC       3annvhc                         m1    24
-3.16 0.001  0.00  0.00 28.36 intincvih0      3intincvih                      m1    19
-3.16 0.001  0.00  0.00 28.36 vihsex        3contvih                        m3    19
-3.19 0.001  4.00  5.56 37.31 VHCregNC       3VHCreg                         m5    25
-3.33 0.000  8.57  16.67 52.24 TttAutNC       3TttAut                         m3    35
-3.43 0.000  0.00  0.00 31.34 VIH+         3sero3                          m3    21
-3.56 0.000  0.00  0.00 32.84 contvhcNC      3contvhc                        m1    22
-3.56 0.000  0.00  0.00 32.84 medvhcNC       3vhcmed2                        m6    22
-3.56 0.000  0.00  0.00 32.84 stadvhcNC      3Stadvhc                        m4    22
-3.70 0.000  0.00  0.00 34.33 tttHVCNC       3tttVHC                         m1    23
-3.70 0.000  0.00  0.00 34.33 tttVIH1       3tttVIH                         m3    23
-3.83 0.000  0.00  0.00 35.82 Suivih1       3Suivih                         m2    24
-3.83 0.000  0.00  0.00 35.82 suivhcNC       3Suivhc                         m3    24
-4.22 0.000  0.00  0.00 40.30 VIHreg        3VIHreg                         m2    27
-5.26 0.000  4.65  11.11 64.18 tVHCNC        30Tttvhc                        m4    43
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
Classe 4 / 4
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
V.TEST PROBA ---- POURCENTAGES ---- MODALITES                                                    IDEN POIDS
       CLA/MOD MOD/CLA GLOBAL CARACTERISTIQUES   DES VARIABLES
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
               23.88 Classe 4 / 4                                      aa4a   16
 5.38 0.000  91.67  68.75 17.91 VHCucsa       3Tttvhc2.1                      m2    12
 5.38 0.000  91.67  68.75 17.91 intincvhc0      3intincvhc                      m1    12
 4.93 0.000  75.00  75.00 23.88 ObsVhc1       3oublivhc                       m1    16
 4.62 0.000  47.06 100.00 50.75 VHC+         3sero3                          m2    34
 4.57 0.000  90.00  56.25 14.93 tttVHC1       3tttVHC                         m4    10
 3.99 0.000  41.03 100.00 58.21 tttVIHNC       3tttVIH                         m4    39
```

3.99	0.000	41.03	100.00	58.21	VIHregNC	3VIHreg	m3 39
3.99	0.000	41.03	100.00	58.21	stadvihNC	3Stadvih	m4 39
3.99	0.000	41.03	100.00	58.21	SuivihNC	3Suivih	m3 39
3.99	0.000	41.03	100.00	58.21	annvihNC	3annvih	m1 39
3.99	0.000	41.03	100.00	58.21	contvihNC	3contvih	m1 39
3.74	0.000	87.50	43.75	11.94	tttVHC.5	3tttVHC	m2 8
3.62	0.000	38.10	100.00	62.69	ObsvihNC	3oublivih	m4 42
3.62	0.000	38.10	100.00	62.69	intincvihNC	3intincvih	m3 42
3.62	0.000	38.10	100.00	62.69	VIHucsaNC	3Tttvih2	m3 42
3.50	0.000	37.21	100.00	64.18	tVHCNC	30Tttvhc	m4 43
3.32	0.000	100.00	31.25	7.46	intincvhc1	3intincvhc	m2 5
3.01	0.001	56.25	56.25	23.88	stm	3etasant1	m2 16
2.81	0.002	52.94	56.25	25.37	stadvhc2	3Stadvhc	m2 17
2.79	0.003	57.14	50.00	20.90	vhc2-	3annvhc	m3 14
2.70	0.003	47.62	62.50	31.34	VHCreg	3VHCreg	m4 21
1.89	0.029	50.00	37.50	17.91	medvhc1-	3vhcmed2	m1 12
1.84	0.033	42.11	50.00	28.36	vhcUD	3contvhc	m6 19
1.69	0.046	46.15	37.50	19.40	Suivhc1	3Suivhc	m2 13
1.64	0.050	50.00	31.25	14.93	intsort1	3tttint	m2 10
1.63	0.052	35.71	62.50	41.79	TttAut0	3TttAut	m1 28
1.60	0.054	100.00	12.50	2.99	ObsVhc2	3oublivhc	m2 2
1.52	0.065	38.10	50.00	31.34	vhcnsp	3contvhc	m3 21
1.23	0.109	31.43	68.75	52.24	stpir	3etasant2	m3 35
1.14	0.127	30.00	75.00	59.70	alc0	3Alc	m1 40
1.08	0.139	66.67	12.50	4.48	ObsVhc3	3oublivhc	m3 3
1.08	0.139	66.67	12.50	4.48	medrelNC	3Medrel	m3 3
1.08	0.141	35.00	43.75	29.85	stadvhc1	3Stadvhc	m1 20
1.05	0.146	32.14	56.25	41.79	BZD1	3BZD	m2 28
0.95	0.171	35.29	37.50	25.37	PbSant1	3PbSant	m3 17
0.93	0.176	28.26	81.25	68.66	Dep1	3Dep	m2 46
0.92	0.179	33.33	43.75	31.34	soipir	3etasant4	m3 21
0.80	0.211	42.86	18.75	10.45	VHCirreg	3VHCreg	m3 7
0.79	0.216	33.33	37.50	26.87	HP1	3HP	m2 18
0.79	0.216	33.33	37.50	26.87	suiv0	3Suiv	m1 18
0.71	0.239	100.00	6.25	1.49	*Reponse manquante*	3PbSant	76_ 1
0.71	0.239	100.00	6.25	1.49	medvhc8+	3vhcmed2	m4 1
0.71	0.239	100.00	6.25	1.49	medvhc4-8	3vhcmed2	m3 1
0.56	0.287	37.50	18.75	11.94	tttpsy1	3Tttpsy	m2 8
0.50	0.309	25.86	93.75	86.57	psy0	3Psy	m1 58
0.48	0.316	28.57	50.00	41.79	tox1	3Tox	m2 28
0.45	0.326	25.00	6.25	5.97	infrel1	3infrel	m1 4
0.45	0.326	25.00	6.25	5.97	sttm	3etasant1	m5 4
0.45	0.326	25.00	6.25	5.97	TttAut1	3TttAut	m2 4
0.40	0.343	40.00	12.50	7.46	VHChop	3Tttvhc2.1	m1 5
0.26	0.396	24.00	37.50	37.31	medvhc9	3vhcmed2	m5 25
0.20	0.421	26.67	50.00	44.78	Suivhc0	3Suivhc	m1 30
0.19	0.423	50.00	6.25	2.99	*Reponse manquante*	3etasant4	68_ 2
0.16	0.435	33.33	6.25	4.48	medvih4-8	3Vihmed2	m3 3
0.16	0.435	33.33	6.25	4.48	medvih8+	3Vihmed2	m4 3
0.16	0.435	33.33	6.25	4.48	medrel2	3Medrel	m1 3
0.15	0.442	28.57	25.00	20.90	vhc2-10	3annvhc	m4 14
0.14	0.443	33.33	12.50	8.96	medvhc2-3	3vhcmed2	m2 6
0.14	0.443	33.33	12.50	8.96	infrel2	3infrel	m2 6
0.14	0.444	30.00	18.75	14.93	vhc11-20	3annvhc	m2 10
0.00	0.499	26.32	31.25	28.36	medvih1-	3Vihmed2	m1 19
-0.10	0.460	23.08	56.25	58.21	medvihNC	3Vihmed2	m5 39
-0.14	0.444	22.81	81.25	85.07	infrel3	3infrel	m3 57
-0.16	0.438	22.22	25.00	26.87	stmieu	3etasant2	m1 18
-0.16	0.435	0.00	0.00	4.48	vhcsex	3contvhc	m4 3
-0.16	0.435	0.00	0.00	4.48	medvih2-3	3Vihmed2	m2 3
-0.17	0.433	22.73	31.25	32.84	soimieu	3etasant4	m1 22
-0.19	0.423	0.00	0.00	2.99	stadvih1	3Stadvih	m1 2
-0.19	0.423	0.00	0.00	2.99	vihUD	3contvih	m5 2
-0.19	0.423	0.00	0.00	2.99	vihsex+UD	3contvih	m4 2
-0.23	0.409	16.67	12.50	17.91	PbSant.5	3PbSant	m1 12
-0.30	0.382	12.50	6.25	11.94	Suivhc0	3VHCreg	m1 8
-0.30	0.382	12.50	6.25	11.94	psy1	3Psy	m2 8
-0.34	0.367	17.65	18.75	25.37	*Reponse manquante*	3Dep	73_ 17
-0.40	0.343	20.00	6.25	7.46	vhc21-30	3annvhc	m5 5
-0.45	0.326	0.00	0.00	5.97	Suivih0	3Suivih	m1 4
-0.45	0.326	0.00	0.00	5.97	Dep0	3Dep	m1 4
-0.45	0.326	0.00	0.00	5.97	tttVIH0	3tttVIH	m2 4
-0.45	0.326	0.00	0.00	5.97	tttVHC2	3tttVHC	m5 4
-0.48	0.316	20.51	50.00	58.21	tox0	3Tox	m1 39
-0.56	0.287	22.03	81.25	88.06	tttpsy0	3Tttpsy	m1 59
-0.70	0.243	0.00	0.00	7.46	vihnsp	3contvih	m2 5
-0.70	0.243	0.00	0.00	7.46	Sttb	3etasant1	m4 5
-0.70	0.243	0.00	0.00	7.46	ObsVih3	3oublivih	m3 5
-0.70	0.243	0.00	0.00	7.46	ObsVih2	3oublivih	m2 5
-0.71	0.239	0.00	0.00	1.49	*Reponse manquante*	3Psy	102_ 1
-0.71	0.239	0.00	0.00	1.49	tttVIH.5	3tttVIH	m1 1
-0.71	0.239	0.00	0.00	1.49	VIHirreg	3VIHreg	m1 1
-0.71	0.239	0.00	0.00	1.49	*Reponse manquante*	3Medrel	70_ 1
-0.71	0.239	0.00	0.00	1.49	*Reponse manquante*	3etasant1	65_ 1
-0.71	0.239	0.00	0.00	1.49	vhcsexUD	3contvhc	m5 1
-0.71	0.239	0.00	0.00	1.49	vhcaut	3contvhc	m2 1
-0.71	0.239	0.00	0.00	1.49	Hypn1	3BZD	m3 1
-0.71	0.239	0.00	0.00	1.49	vih2-	3annvih	m3 1
-0.71	0.239	0.00	0.00	1.49	VIHvil1	3Tttvih2	m4 1
-0.71	0.239	0.00	0.00	1.49	*Reponse manquante*	3etasant2	66_ 1
-0.73	0.234	16.67	25.00	35.82	Stmoy	3etasant1	m3 24
-0.77	0.220	18.92	43.75	55.22	PbSant0	3PbSant	m2 37
-0.79	0.216	20.41	62.50	73.13	HP0	3HP	m1 49
-0.79	0.216	20.41	62.50	73.13	suiv1	3Suiv	m2 49
-0.80	0.211	21.67	81.25	89.55	medrel3	3Medrel	m2 60
-0.91	0.181	18.42	43.75	56.72	Bzd0	3BZD	m1 38
-0.91	0.180	0.00	0.00	8.96	intincvih1	3intincvih	m2 6
-0.91	0.180	0.00	0.00	8.96	VHClx	3VHCreg	m2 6
-0.91	0.180	0.00	0.00	8.96	VIHucsa	3Tttvih2	m2 6
-1.03	0.152	11.76	12.50	25.37	Stb	3etasant1	m1 17
-1.07	0.142	13.64	18.75	32.84	soipar	3etasant4	m2 22
-1.11	0.133	0.00	0.00	10.45	vih11-20	3annvih	m2 7
-1.11	0.133	0.00	0.00	10.45	vih21-30	3annvih	m5 7
-1.14	0.127	14.81	25.00	40.30	alc1	3Alc	m2 27
-1.18	0.119	7.69	6.25	19.40	stpar	3etasant2	m2 13
-1.30	0.098	0.00	0.00	11.94	stadvhc3	3Stadvhc	m3 8
-1.30	0.098	0.00	0.00	11.94	tHVC0	30Tttvhc	m1 8
-1.30	0.098	0.00	0.00	11.94	tVHC2	30Tttvhc	m2 8
-1.30	0.098	0.00	0.00	11.94	tVHC4	30Tttvhc	m3 8
-1.64	0.050	19.30	68.75	85.07	intsort0	3tttint	m1 57
-1.64	0.050	14.29	31.25	52.24	TttAutNC	3TttAut	m3 35
-1.94	0.026	0.00	0.00	17.91	stadvih2	3Stadvih	m2 12
-1.94	0.026	0.00	0.00	17.91	coinf	3sero3	m1 12
-2.00	0.023	8.33	12.50	35.82	suivhcNC	3Suivhc	m3 24
-2.08	0.019	0.00	0.00	19.40	vih2-10	3annvih	m4 13
-2.13	0.016	8.00	12.50	37.31	VHCregNC	3VHCreg	m5 25
-2.22	0.013	0.00	0.00	20.90	stadvih3	3Stadvih	m3 14
-2.36	0.009	0.00	0.00	22.39	ObsVih1	3oublivih	m1 15
-2.75	0.003	0.00	0.00	26.87	VIHhop	3Tttvih2	m1 18
-2.88	0.002	0.00	0.00	28.36	vihsex	3contvih	m3 19
-2.88	0.002	0.00	0.00	28.36	intincvih0	3intincvih	m1 19
-3.13	0.001	0.00	0.00	31.34	VIH+	3sero3	m3 21
-3.25	0.001	0.00	0.00	32.84	tttVHC0	3tttVHC	m3 22

```
-3.25 0.001  0.00  0.00 32.84 stadvhcNC      3Stadvhc                        m4    22
-3.25 0.001  0.00  0.00 32.84 contvhcNC      3contvhc                        m1    22
-3.25 0.001  0.00  0.00 32.84 medvhcNC       3vhcmed2                        m6    22
-3.37 0.000  0.00  0.00 34.33 tttVIH1       3tttVIH                         m3    23
-3.37 0.000  0.00  0.00 34.33 tttHVCNC       3tttVHC                         m1    23
-3.50 0.000  0.00  0.00 35.82 annvhcNC       3annvhc                         m1    24
-3.50 0.000  0.00  0.00 35.82 Suivih1       3Suivih                         m2    24
-3.86 0.000  0.00  0.00 40.30 VIHreg        3VIHreg                         m2    27
-5.36 0.000  6.00  18.75 74.63 VHCucsaNC      3Tttvhc2.1                        m3    50
-6.62 0.000  0.00  0.00 68.66 obsVhcNC       3oublivhc                         m4    46
-7.60 0.000  0.00  0.00 74.63 intincvhcNC     3intincvhc                        m3    50
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
```

Ensemble thématique concernant les ressources et le soutien (bloc 5)

```
PARTITION PAR COUPURE D'UN ARBRE HIERARCHIQUE
Coupure 'a' de l'arbre en 5 classes
FORMATION DES CLASSES (INDIVIDUS ACTIFS)
DESCRIPTION SOMMAIRE
+--------+----------+-----------+-----------+
| CLASSE | EFFECTIF |  POIDS  | CONTENU |
+--------+----------+-----------+-----------+
| aa1a |   20  |  20.00 |  1 A 13 |
| aa2a |   14  |  14.00 | 14 A 24 |
| aa3a |   5  |   5.00 | 25 A 28 |
| aa4a |   14  |  14.00 | 29 A 39 |
| aa5a |   14  |  14.00 | 40 A 50 |
+--------+----------+-----------+-----------+
COORDONNEES ET VALEURS-TEST AVANT CONSOLIDATION
AXES 1 A 5
+-----------------------------------------------+-----------------------------+-----------------------------------+----------+
|          CLASSES          |     VALEURS-TEST     |       COORDONNEES      |     |
|-----------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|----------|
| IDEN - LIBELLE        EFF.  P.ABS |  1   2   3   4   5  |  1   2   3   4   5  | DISTO. |
+-----------------------------------------------+-----------------------------+-----------------------------------+----------+
|  Coupure 'a' de l'arbre en 5 classes                                                                          |
|                                                                                                               |
| aa1a - Classe 1 / 5     20   20.00 | -5.4 -0.9  1.5  1.7  0.6 | -0.44 -0.07  0.11  0.12  0.03 |   0.25 |
| aa2a - Classe 2 / 5     14   14.00 |  1.4  5.6 -0.1  2.2  1.6 |  0.15  0.55 -0.01  0.19  0.12 |   0.41 |
| aa3a - Classe 3 / 5     5   5.00 |  2.1 -3.2  0.0  3.2  1.2 |  0.40 -0.58  0.01  0.51  0.16 |   0.91 |
| aa4a - Classe 4 / 5     14   14.00 |  1.2 -1.1 -5.1 -2.6 -2.6 |  0.12 -0.10 -0.47 -0.23 -0.20 |   0.35 |
| aa5a - Classe 5 / 5     14   14.00 |  2.1 -1.4  3.5 -3.6 -0.4 |  0.22 -0.14  0.32 -0.32 -0.03 |   0.34 |
+-----------------------------------------------+-----------------------------+-----------------------------------+----------+
CONSOLIDATION DE LA PARTITION
AUTOUR DES  5 CENTRES DE CLASSES, REALISEE PAR 10 ITERATIONS A CENTRES MOBILES
PROGRESSION DE L'INERTIE INTER-CLASSES
+-----------+------------+------------+------------+
| ITERATION |  I.TOTALE |  I.INTER | QUOTIENT |
+-----------+------------+------------+------------+
|   0   |  1.14586 |  0.37300 |  0.32551 |
|   1   |  1.14586 |  0.40244 |  0.35121 |
|   2   |  1.14586 |  0.40842 |  0.35643 |
|   3   |  1.14586 |  0.41640 |  0.36339 |
|   4   |  1.14586 |  0.42072 |  0.36716 |
|   5   |  1.14586 |  0.42072 |  0.36716 |
|   6   |  1.14586 |  0.42072 |  0.36716 |
+-----------+------------+------------+------------+
ARRET APRES L'ITERATION 6 L'ACCROISSEMENT DE L'INERTIE INTER-CLASSES
PAR RAPPORT A L'ITERATION PRECEDENTE N'EST QUE DE 0.000 %.
DECOMPOSITION DE L'INERTIE
CALCULEE SUR 10 AXES.
+---------------+-----------------+-------------+-------------------+-----------------+
|        |  INERTIES   | EFFECTIFS |    POIDS    |  DISTANCES  |
| INERTIES    | AVANT  APRES | AVANT APRES |  AVANT  APRES | AVANT  APRES |
+---------------+-----------------+-------------+-------------------+-----------------+
|        |         |         |         |         |
| INTER-CLASSES | 0.3730  0.4207 |       |         |         |
|        |         |         |         |         |
| INTRA-CLASSE  |         |         |         |         |
|        |         |         |         |         |
| CLASSE 1 / 5 | 0.2311  0.1834 |  20   17 |  20.00  17.00 | 0.2545  0.3137 |
| CLASSE 2 / 5 | 0.1522  0.1615 |  14   16 |  14.00  16.00 | 0.4135  0.3564 |
| CLASSE 3 / 5 | 0.0441  0.1119 |  5   10 |   5.00  10.00 | 0.9099  0.6604 |
| CLASSE 4 / 5 | 0.1913  0.1552 |  14   13 |  14.00  13.00 | 0.3479  0.4013 |
| CLASSE 5 / 5 | 0.1542  0.1131 |  14   11 |  14.00  11.00 | 0.3351  0.4847 |
|        |         |         |         |         |
| TOTALE    | 1.1459  1.1459 |       |         |         |
+---------------+-----------------+-------------+-------------------+-----------------+
QUOTIENT (INERTIE INTER / INERTIE TOTALE) : AVANT ... 0.3255
                          APRES ... 0.3672
COORDONNEES ET VALEURS-TEST APRES CONSOLIDATION
AXES 1 A 5
+-----------------------------------------------+-----------------------------+-----------------------------------+----------+
|          CLASSES          |     VALEURS-TEST     |       COORDONNEES      |     |
|-----------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|----------|
| IDEN - LIBELLE        EFF.  P.ABS |  1   2   3   4   5  |  1   2   3   4   5  | DISTO. |
+-----------------------------------------------+-----------------------------+-----------------------------------+----------+
|  Coupure 'a' de l'arbre en 5 classes                                                                          |
|                                                                                                               |
| aa1a - Classe 1 / 5     17   17.00 | -5.5 -0.8  1.2  1.6  0.5 | -0.50 -0.07  0.09  0.13  0.03 |   0.31 |
| aa2a - Classe 2 / 5     16   16.00 |  0.8  6.4 -0.6  0.4  0.6 |  0.08  0.58 -0.05  0.04  0.04 |   0.36 |
| aa3a - Classe 3 / 5     10   10.00 |  3.6 -2.9  0.7  4.6  1.4 |  0.46 -0.35  0.08  0.50  0.13 |   0.66 |
| aa4a - Classe 4 / 5     13   13.00 |  0.5 -1.7 -5.5 -3.0 -1.2 |  0.05 -0.17 -0.53 -0.28 -0.09 |   0.40 |
| aa5a - Classe 5 / 5     11   11.00 |  1.6 -1.8  4.4 -3.6 -1.4 |  0.19 -0.21  0.47 -0.37 -0.12 |   0.48 |
+-----------------------------------------------+-----------------------------+-----------------------------------+----------+
PARANGONS
CLASSE  1/ 5
EFFECTIF:  17
-----------------------------------------------------------------------------
|RK | DISTANCE | IDENT.                                                      |
+---+----------+-------------------------------------------------------------+
| 1|  0.31895|201305152                                                     |
| 2|  0.33068|201304181                                                     |
| 3|  0.40158|201305302                                                     |
| 4|  0.40445|201304112                                                     |
| 5|  0.50826|201305292                                                     |
| 6|  0.54268|201301211                                                     |
| 7|  0.59128|201305161                                                     |
| 8|  0.61051|201304223                                                     |
| 9|  0.63477|201306079                                                     |
| 10|  0.66580|201305132                                                     |
+---+----------+-------------------------------------------------------------+
CLASSE  2/ 5
EFFECTIF:  16
-----------------------------------------------------------------------------
|RK | DISTANCE | IDENT.                                                      |
+---+----------+-------------------------------------------------------------+
| 1|  0.45548|201304221                                                     |
| 2|  0.49885|201212182                                                     |
| 3|  0.50162|201304111                                                     |
| 4|  0.50810|201305303                                                     |
| 5|  0.51666|201212052                                                     |
| 6|  0.52513|201305151                                                     |
| 7|  0.53663|201305061                                                     |
| 8|  0.55884|201304103                                                     |
| 9|  0.71577|201306121                                                     |
| 10|  0.71739|201212181                                                     |
+---+----------+-------------------------------------------------------------+
CLASSE  3/ 5
EFFECTIF:  10
-----------------------------------------------------------------------------
|RK | DISTANCE | IDENT.                                                      |
+---+----------+-------------------------------------------------------------+
```

```
| 1|  0.30799|201304242                          |
| 2|  0.45158|201305142                          |
| 3|  0.65921|201305021                          |
| 4|  0.71263|201302041                          |
| 5|  0.73550|201301291                          |
| 6|  0.74447|201302252                          |
| 7|  0.80842|201305031                          |
| 8|  0.86246|201306122                          |
| 9|  1.09937|201306124                          |
| 10|  1.11761|201304171                          |
+---+-----------+-------------------------------------------------------------+
CLASSE  4/ 5
EFFECTIF:  13
-----------------------------------------------------------------------------
|RK | DISTANCE | IDENT.                          |
+---+-----------+-------------------------------------------------------------+
| 1|  0.25362|201301241                          |
| 2|  0.46891|201305171                          |
| 3|  0.51514|201305305                          |
| 4|  0.60587|201307151                          |
| 5|  0.71605|201211232                          |
| 6|  0.72188|201305131                          |
| 7|  0.76363|201307152                          |
| 8|  0.78944|201305291                          |
| 9|  0.81896|201306072                          |
| 10|  1.05608|201305032                          |
+---+-----------+-------------------------------------------------------------+
CLASSE  5/ 5
EFFECTIF:  11
-----------------------------------------------------------------------------
|RK | DISTANCE | IDENT.                          |
+---+-----------+-------------------------------------------------------------+
| 1|  0.43720|201211301                          |
| 2|  0.46041|201305063                          |
| 3|  0.54754|201212041                          |
| 4|  0.62297|201305133                          |
| 5|  0.62603|201306071                          |
| 6|  0.70876|201305162                          |
| 7|  0.72050|201306074                          |
| 8|  0.76128|201304172                          |
| 9|  0.78343|201305062                          |
+---+-----------+-------------------------------------------------------------+
-----------------------------------------------------------------------------
|RK | DISTANCE | IDENT.                          |
+---+-----------+-------------------------------------------------------------+
| 10|  0.95534|201211141                          |
+---+-----------+-------------------------------------------------------------+
MATRICE DES DISTANCES ENTRE CLASSES
   |    1    2    3    4    5
-----+-----------------------------------------------
  1 |  0.000
  2 |  0.925  0.000
  3 |  1.118  1.152  0.000
  4 |  0.954  0.964  1.140  0.000
  5 |  1.008  1.051  1.088  1.033  0.000
-----+-----------------------------------------------
   |    1    2    3    4    5


DESCRIPTION DE PARTITION(S)
DESCRIPTION DE LA Coupure 'a' de l'arbre en 5 classes
CARACTERISATION DES CLASSES PAR LES QUESTIONS
CARACTERISATION DES CLASSES PAR LES MODALITES
CARACTERISATION PAR LES QUESTIONS DES CLASSES OU MODALITES
DE Coupure 'a' de l'arbre en 5 classes
Classe 1 / 5
+--------+--------+-----------------------------------------------------------------------+---------+---------+
| V.TEST | PROBA |           QUESTIONS CARACTERISTIQUES          | KHI-2 | DEG.LIB |
+--------+--------+-----------------------------------------------------------------------+---------+---------+
|         aa1a - Classe 1 / 5    ( POIDS =  17.00 EFFECTIF =  17 ) |     |     |
|                                                       |     |     |
|  3.23 | 0.001 | 37 . 5AidEmpl                          |  14.79 |   2 |
|  2.88 | 0.002 | 53 . 3ALLOC6                           |  9.56 |   1 |
|  2.72 | 0.003 | 34 . 5Heb                              |  11.48 |   2 |
|  2.57 | 0.005 | 35 . 5Aidheb                           |  10.59 |   2 |
|  2.55 | 0.005 | 45 . 3COUVMED3                         |  7.76 |   1 |
|  2.50 | 0.006 | 36 . 5Empl                             |  14.34 |   4 |
|  2.40 | 0.008 | 43 . 3COUVMED1                         |  6.99 |   1 |
|  2.36 | 0.009 | 31 . 5contproD                         |  9.41 |   2 |
|  2.08 | 0.019 | 33 . 5ContAvoc                         |  7.94 |   2 |
+--------+--------+-----------------------------------------------------------------------+---------+---------+
Classe 2 / 5
+--------+--------+-----------------------------------------------------------------------+---------+---------+
| V.TEST | PROBA |           QUESTIONS CARACTERISTIQUES          | KHI-2 | DEG.LIB |
+--------+--------+-----------------------------------------------------------------------+---------+---------+
|         aa2a - Classe 2 / 5    ( POIDS =  16.00 EFFECTIF =  16 ) |     |     |
|                                                       |     |     |
|  4.70 | 0.000 | 45 . 3COUVMED3                         |  23.45 |   1 |
|  4.21 | 0.000 | 50 . 3ALLOC2                           |  19.00 |   1 |
|  2.55 | 0.005 | 33 . 5ContAvoc                         |  10.47 |   2 |
|  2.44 | 0.007 | 47 . 3COUVMED5                         |  7.19 |   1 |
+--------+--------+-----------------------------------------------------------------------+---------+---------+
Classe 3 / 5
+--------+--------+-----------------------------------------------------------------------+---------+---------+
| V.TEST | PROBA |           QUESTIONS CARACTERISTIQUES          | KHI-2 | DEG.LIB |
+--------+--------+-----------------------------------------------------------------------+---------+---------+
|         aa3a - Classe 3 / 5    ( POIDS =  10.00 EFFECTIF =  10 ) |     |     |
|                                                       |     |     |
|  5.31 | 0.000 | 34 . 5Heb                              |  33.44 |   2 |
|  4.14 | 0.000 | 40 . 5Qlqsort                          |  21.90 |   2 |
|  3.80 | 0.000 | 36 . 5Empl                             |  24.24 |   4 |
|  2.97 | 0.001 | 22 . 5contconj                         |  15.41 |   3 |
|  2.31 | 0.011 | 23 . 5ruconj                           |  9.11 |   2 |
|  2.06 | 0.020 | 35 . 5Aidheb                           |  7.85 |   2 |
+--------+--------+-----------------------------------------------------------------------+---------+---------+
Classe 4 / 5
+--------+--------+-----------------------------------------------------------------------+---------+---------+
| V.TEST | PROBA |           QUESTIONS CARACTERISTIQUES          | KHI-2 | DEG.LIB |
+--------+--------+-----------------------------------------------------------------------+---------+---------+
|         aa4a - Classe 4 / 5    ( POIDS =  13.00 EFFECTIF =  13 ) |     |     |
|                                                       |     |     |
|  4.16 | 0.000 | 36 . 5Empl                             |  27.49 |   4 |
|  3.06 | 0.001 | 34 . 5Heb                              |  13.62 |   2 |
|  2.67 | 0.004 | 47 . 3COUVMED5                         |  8.37 |   1 |
|  2.35 | 0.009 | 40 . 5Qlqsort                          |  9.32 |   2 |
+--------+--------+-----------------------------------------------------------------------+---------+---------+
Classe 5 / 5
+--------+--------+-----------------------------------------------------------------------+---------+---------+
| V.TEST | PROBA |           QUESTIONS CARACTERISTIQUES          | KHI-2 | DEG.LIB |
+--------+--------+-----------------------------------------------------------------------+---------+---------+
|         aa5a - Classe 5 / 5    ( POIDS =  11.00 EFFECTIF =  11 ) |     |     |
|                                                       |     |     |
```

```
|  5.08 | 0.000 | 51 . 3ALLOC3                          |  27.19 |   1 |
|  3.79 | 0.000 | 44 . 3COUVMED2                         |  15.64 |   1 |
|  3.28 | 0.001 | 47 . 3COUVMED5                         |  12.03 |   1 |
|  2.53 | 0.006 | 53 . 3ALLOC6                          |  7.64 |   1 |
|  2.16 | 0.015 | 38 . 5Ress                            |  8.35 |   2 |
+--------+--------+-------------------------------------------------------------------------+---------+---------+
CARACTERISATION PAR LES MODALITES DES CLASSES OU MODALITES
DE Coupure 'a' de l'arbre en 5 classes
Classe 1 / 5
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
V.TEST PROBA ---- POURCENTAGES ---- MODALITES                                          IDEN POIDS
       CLA/MOD MOD/CLA GLOBAL CARACTERISTIQUES   DES VARIABLES
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
                 25.37 Classe 1 / 5                                   aa1a   17
 4.04 0.000  42.50 100.00 59.70 Heb1         5Heb                          m2    40
 3.72 0.000  54.17  76.47 35.82 Empl1        5Empl                          m2    24
 3.63 0.000  61.11  64.71 26.87 AidEmp10       5AidEmpl                        m1    18
 3.42 0.000  44.12  88.24 50.75 Alloc0        3ALLOC6                         m2    34
 3.28 0.001  36.96 100.00 68.66 cmu0         3COUVMED3                        m1    46
 3.02 0.001  60.00  52.94 22.39 prof0        5contproD                        m2    15
 2.66 0.004  40.00  82.35 52.24 conj1        5contconj                        m1    35
 2.65 0.004  44.44  70.59 40.30 AidHeb0       5Aidheb                         m1    27
 2.50 0.006  66.67  35.29 13.43 mut1         3COUVMED1                        m2     9
 2.41 0.008  58.33  41.18 17.91 Avoc1        5ContAvoc                        m2    12
 2.35 0.009  41.38  70.59 43.28 Qlqsort1       5Qlqsort                        m2    29
 2.30 0.011  45.45  58.82 32.84 ASpréNC       5Aspré                          m3    22
 2.20 0.014  31.48 100.00 80.60 rsa0         3ALLOC2                          m1    54
 2.06 0.020  37.14  76.47 52.24 ald0         3COUVMED5                        m1    35
 2.00 0.023  47.06  47.06 25.37 ruconj2       5ruconj                         m2    17
 1.77 0.038  31.37  94.12 76.12 aah0         3ALLOC3                          m1    51
 1.76 0.039  36.36  70.59 49.25 enft1        5contenft                        m2    33
 1.58 0.057  43.75  41.18 23.88 AidRess0       5AidRess                        m1    16
 1.56 0.059  39.13  52.94 34.33 perl         5contper                         m2    23
 1.33 0.091  30.61  88.24 73.13 *Reponse manquante* 5contproA                        30_   49
 1.29 0.099  60.00  17.65  7.46 qlqsort12      5Qlqsort1                          m2    5
 1.14 0.127  36.36  47.06 32.84 qlqsort11      5Qlqsort1                          m1    22
 1.06 0.144  41.67  29.41 17.91 nocouv1       3COUVMED6                         m2    12
 0.78 0.219  31.25  58.82 47.76 Ress1        5Ress                            m2    32
 0.66 0.254 100.00  5.88  1.49 qlqsort19      5Qlqsort1                          m4    1
 0.66 0.254 100.00  5.88  1.49 *Reponse manquante* 5rumer                          21_   1
 0.66 0.254 100.00  5.88  1.49 *Reponse manquante* 5contper                         18_   1
 0.66 0.254 100.00  5.88  1.49 *Reponse manquante* 5ruper                          19_   1
 0.66 0.254 100.00  5.88  1.49 *Reponse manquante* 5contmer                         20_   1
 0.66 0.254  25.76 100.00 98.51 chom0        3ALLOC1                          m1    66
 0.63 0.265  25.40  94.12 94.03 allAut0       3ALLOC5                         m1    63
 0.49 0.312  33.33  29.41 22.39 AidHeb1       5Aidheb                         m2    15
 0.49 0.312  33.33  29.41 22.39 ruper1        5ruper                          m2    15
 0.45 0.326  37.50  17.65 11.94 AidEmpl1      5AidEmpl                          m2    8
 0.36 0.359  27.27  88.24 82.09 couv0        3COUVMED2                        m1    55
 0.32 0.375  40.00  11.76  7.46 EmplNC        5Empl                           m4    5
 0.32 0.376  31.25  29.41 23.88 merdcd        5contmer                        m3    16
 0.23 0.409  33.33  5.88  4.48 enft0        5contenft                         m1    3
 0.19 0.425  28.57  11.76 10.45 ame1         3COUVMED4                        m2    7
 0.12 0.451  28.57  35.29 31.34 ruconj1       5ruconj                         m1    21
 -0.05 0.480  16.67  5.88  8.96 mer0         5contmer                        m1    6
 -0.06 0.477  24.32  52.94 55.22 Avoc0        5ContAvoc                         m1    37
 -0.10 0.459  23.81  58.82 62.69 rumer0        5rumer                         m1    42
 -0.14 0.446  0.00  0.00  2.99 conjdcd       5contconj                        m2    2
 -0.19 0.425  25.00  88.24 89.55 ame0         3COUVMED4                        m1    60
 -0.23 0.409  0.00  0.00  4.48 perNC        5contper                          m4    3
 -0.23 0.409  0.00  0.00  4.48 profAP        5contproA                        m3    3
 -0.25 0.400  23.26  58.82 64.18 mer1         5contmer                        m2    43
 -0.25 0.400  25.00  35.29 35.82 rumer1        5rumer                         m2    24
 -0.32 0.376  25.00  23.53 23.88 Ress0        5Ress                           m1    16
 -0.33 0.370  20.00  23.53 29.85 prof.5        5contproD                         m1    20
 -0.34 0.368  21.43  35.29 41.79 ASpré1        5Aspré                          m2    28
 -0.36 0.359  16.67  11.76 17.91 couv1        3COUVMED2                         m2    12
 -0.41 0.343  12.50  5.88 11.94 per0         5contper                         m1    8
 -0.45 0.326  25.00  11.76 11.94 AidRess1       5AidRess                         m2    8
 -0.45 0.326  25.00  11.76 11.94 prof00        5contproA                        m1    8
 -0.50 0.308  17.65  17.65 25.37 Qlqsort9       5Qlqsort                         m3    17
 -0.63 0.265  25.00  5.88  5.97 allAut1       3ALLOC5                          m2    4
 -0.66 0.254  0.00  0.00  1.49 qlqsort13      5Qlqsort1                         m3    1
 -0.66 0.254  0.00  0.00  1.49 profA        5contproA                         m2    1
 -0.66 0.254  0.00  0.00  1.49 merNC        5contmer                          m4    1
 -0.66 0.254  0.00  0.00  1.49 enftNC        5contenft                        m3    1
 -0.66 0.254  0.00  0.00  1.49 *Reponse manquante* 5Empl                          36_   1
 -0.66 0.254  0.00  0.00  1.49 chom1        3ALLOC1                          m2    1
 -0.66 0.254  0.00  0.00  1.49 conjNC        5contconj                        m3    1
 -0.81 0.208  15.79  17.65 28.36 Ress9        5Ress                           m3    19
 -0.91 0.182  18.75  35.29 47.76 perdcd        5contper                         m3    32
 -0.95 0.171  21.57  64.71 76.12 ruper0        5ruper                          m1    51
 -1.00 0.159  0.00  0.00  8.96 profP        5contproA                         m4    6
 -1.06 0.144  21.82  70.59 82.09 nocouv0       3COUVMED6                        m1    55
 -1.40 0.080  18.60  47.06 64.18 AidRessNC      5AidRess                        m3    43
 -1.73 0.041  0.00  0.00 14.93 Heb0         5Heb                            m1    10
 -1.77 0.039  9.52  11.76 31.34 Qlqsort0       5Qlqsort                        m1    21
 -1.77 0.038  6.25  5.88 23.88 aah1         3ALLOC3                          m2    16
 -1.77 0.038  6.25  5.88 23.88 Empl0        5Empl                            m1    16
 -1.78 0.038  13.33  23.53 44.78 *Reponse manquante* 5contenft                        24_   30
 -1.91 0.028  5.88  5.88 25.37 ASpré0        5Aspré                          m1    17
 -2.06 0.020  5.56  5.88 26.87 Avoc9        5ContAvoc                         m3    18
 -2.06 0.020  12.50  23.53 47.76 prof1        5contproD                        m3    32
 -2.06 0.020  12.50  23.53 47.76 ald1         3COUVMED5                        m2    32
 -2.20 0.014  0.00  0.00 19.40 rsa1         3ALLOC2                          m2    13
 -2.24 0.013  10.34  17.65 43.28 *Reponse manquante* 5ruconj                          23_   29
 -2.24 0.013  10.34  17.65 43.28 *Reponse manquante* 5contconj                         22_   29
 -2.35 0.009  13.16  29.41 56.72 qlqsort1NC       5Qlqsort1                          m5    38
 -2.47 0.007  4.76  5.88 31.34 Empl9        5Empl                            m3    21
 -2.50 0.006  18.97  64.71 86.57 mut0         3COUVMED1                        m1    58
 -2.76 0.003  0.00  0.00 25.37 Heb9         5Heb                            m3    17
 -3.28 0.001  0.00  0.00 31.34 cmu1         3COUVMED3                        m2    21
 -3.42 0.000  6.06  11.76 49.25 Alloc        3ALLOC6                         m1    33
 -3.79 0.000  0.00  0.00 37.31 AidHebNC       5Aidheb                         m3    25
 -3.99 0.000  7.32  17.65 61.19 AidEmplNC      5AidEmpl                        m3    41
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
Classe 2 / 5
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
V.TEST PROBA ---- POURCENTAGES ---- MODALITES                                          IDEN POIDS
       CLA/MOD MOD/CLA GLOBAL CARACTERISTIQUES   DES VARIABLES
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
                 23.88 Classe 2 / 5                                   aa2a   16
 5.18 0.000  66.67  87.50 31.34 cmu1         3COUVMED3                        m2    21
 4.35 0.000  76.92  62.50 19.40 rsa1         3ALLOC2                          m2    13
 3.24 0.001  55.56  62.50 26.87 Avoc9        5ContAvoc                        m3    18
 2.84 0.002  40.63  81.25 47.76 ald1         3COUVMED5                        m2    32
 2.65 0.004  41.38  75.00 43.28 Qlqsort1       5Qlqsort                        m2    29
 2.54 0.006  45.45  62.50 32.84 qlqsort11      5Qlqsort1                        m1    22
 2.40 0.008  35.00  87.50 59.70 Heb1         5Heb                            m2    40
 1.95 0.026  66.67  25.00  8.96 profP        5contproA                        m4    6
 1.94 0.026  29.09 100.00 82.09 nocouv0       3COUVMED6                        m1    55
 1.63 0.052  29.41  93.75 76.12 aah0         3ALLOC3                          m1    51
 1.58 0.057  41.18  43.75 25.37 ASpré0        5Aspré                          m1    17
```

```
 1.51 0.066  33.33  68.75 49.25 Alloc        3ALLOC6                          m1    33
 1.47 0.071  27.59 100.00 86.57 mut0         3COUVMED1                         m1    58
 1.37 0.085  50.00  25.00 11.94 AidEmpl1       5AidEmpl                         m2    8
 1.11 0.133  26.67 100.00 89.55 ame0         3COUVMED4                         m1    60
 1.07 0.143  31.25  62.50 47.76 prof1        5contproD                         m3    32
 1.02 0.154  27.27  93.75 82.09 couv0        3COUVMED2                         m1    55
 0.91 0.181  31.03  56.25 43.28 *Reponse manquante* 5ruconj                          23_   29
 0.91 0.181  31.03  56.25 43.28 *Reponse manquante* 5contconj                         22_   29
 0.87 0.193  28.57  75.00 62.69 rumer0        5rumer                           m1    42
 0.71 0.239  24.24 100.00 98.51 chom0        3ALLOC1                           m1    66
 0.71 0.239 100.00  6.25  1.49 qlqsort13      5Qlqsort1                         m3    1
 0.65 0.258  33.33  31.25 22.39 AidHeb1       5Aidheb                           m2    15
 0.62 0.268  29.63  50.00 40.30 AidHeb0       5Aidheb                           m1    27
 0.49 0.311  28.13  56.25 47.76 perdcd        5contper                          m3    32
 0.48 0.316  31.25  31.25 23.88 merdcd        5contmer                          m3    16
 0.47 0.319  29.17  43.75 35.82 Empl1        5Empl                             m2    24
 0.45 0.326  25.00  6.25  5.97 allAut1       3ALLOC5                           m2    4
 0.30 0.382  25.00  12.50 11.94 AidRess1       5AidRess                         m2    8
 0.30 0.382  25.00  12.50 11.94 prof00        5contproA                         m1    8
 0.22 0.414  24.24  50.00 49.25 enft1        5contenft                         m2    33
 0.18 0.427  25.00  25.00 23.88 Ress0        5Ress                             m1    16
 0.18 0.427  25.00  25.00 23.88 Empl0        5Empl                             m1    16
 0.18 0.428  24.39  62.50 61.19 AidEmplNC      5AidEmpl                         m3    41
 0.16 0.435  33.33  6.25  4.48 enft0        5contenft                         m1    3
 0.16 0.435  33.33  6.25  4.48 profAP        5contproA                         m3    3
 0.12 0.451  25.58  68.75 64.18 AidRessNC      5AidRess                         m3    43
 0.12 0.451  25.58  68.75 64.18 mer1         5contmer                          m2    43
 0.02 0.491  26.09  37.50 34.33 per1         5contper                          m2    23
 0.02 0.491  26.67  25.00 22.39 ruper1        5ruper                           m2    15
 0.00 0.499  26.32  31.25 28.36 Ress9        5Ress                             m3    19
-0.08 0.469  21.88  43.75 47.76 Ress1        5Ress                             m2    32
-0.15 0.440  20.00  25.00 29.85 prof.5        5contproD                           m1    20
-0.16 0.435  0.00  0.00  4.48 perNC        5contper                          m4    3
-0.17 0.433  22.73  31.25 32.84 ASpréNC       5Aspré                           m3    22
-0.18 0.427  18.75  18.75 23.88 AidRess0       5AidRess                           m1    16
-0.18 0.427  23.53  75.00 76.12 ruper0        5ruper                           m1    51
-0.19 0.423  0.00  0.00  2.99 conjdcd       5contconj                         m2    2
-0.20 0.421  23.33  43.75 44.78 *Reponse manquante* 5contenft                          24_   30
-0.23 0.409  16.67  12.50 17.91 Avoc1        5ContAvoc                         m2    12
-0.30 0.383  19.05  25.00 31.34 ruconj1       5ruconj                          m1    21
-0.30 0.382  12.50  6.25 11.94 per0         5contper                          m1    8
-0.32 0.375  23.81  31.25 31.34 Empl9        5Empl                            m3    21
-0.34 0.367  17.65  18.75 25.37 ruconj2       5ruconj                          m2    17
-0.40 0.343  20.00  6.25  7.46 qlqsort12      5Qlqsort1                         m2    5
-0.45 0.326  23.81  93.75 94.03 allAut0       3ALLOC5                          m1    63
-0.49 0.311  20.00  43.75 52.24 conj1        5contconj                         m1    35
-0.70 0.243  0.00  0.00  7.46 EmplNC        5Empl                             m4    5
-0.71 0.239  0.00  0.00  1.49 conjNC        5contconj                         m3    1
-0.71 0.239  0.00  0.00  1.49 profA        5contproA                          m2    1
-0.71 0.239  0.00  0.00  1.49 merNC        5contmer                          m4    1
-0.71 0.239  0.00  0.00  1.49 chom1        3ALLOC1                           m2    1
-0.71 0.239  0.00  0.00  1.49 enftNC        5contenft                         m3    1
-0.71 0.239  0.00  0.00  1.49 *Reponse manquante* 5contmer                          20_   1
-0.71 0.239  0.00  0.00  1.49 *Reponse manquante* 5Empl                              36_   1
-0.71 0.239  0.00  0.00  1.49 qlqsort19      5Qlqsort1                         m4    1
-0.71 0.239  0.00  0.00  1.49 *Reponse manquante* 5ruper                             19_   1
-0.71 0.239  0.00  0.00  1.49 *Reponse manquante* 5contper                           18_   1
-0.71 0.239  0.00  0.00  1.49 *Reponse manquante* 5rumer                             21_   1
-0.72 0.234  13.33  12.50 22.39 prof0        5contproD                         m2    15
-0.73 0.234  16.67  25.00 35.82 rumer1        5rumer                           m2    24
-0.91 0.180  0.00  0.00  8.96 mer0         5contmer                          m1    6
-1.02 0.154  8.33  6.25 17.91 couv1        3COUVMED2                          m2    12
-1.03 0.152  11.76  12.50 25.37 Qlqsort9       5Qlqsort                          m3    17
-1.03 0.152  11.76  12.50 25.37 Heb9         5Heb                             m3    17
-1.11 0.133  0.00  0.00 10.45 ame1         3COUVMED4                          m2    7
-1.17 0.120  11.11  12.50 26.87 AidEmpl0       5AidEmpl                           m1    18
-1.28 0.101  14.29  25.00 41.79 ASpré1        5Aspré                           m2    28
-1.40 0.080  18.37  56.25 73.13 *Reponse manquante* 5contproA                          30_   49
-1.47 0.071  0.00  0.00 13.43 mut1         3COUVMED1                          m2    9
-1.49 0.069  12.00  18.75 37.31 AidHebNC       5Aidheb                           m3    25
-1.51 0.066  14.71  31.25 50.75 Alloc0        3ALLOC6                          m2    34
-1.60 0.055  9.52  12.50 31.34 Qlqsort0       5Qlqsort                          m1    21
-1.63 0.052  6.25  6.25 23.88 aah1         3ALLOC3                           m2    16
-1.63 0.052  0.00  0.00 14.93 Heb0         5Heb                             m1    10
-1.94 0.026  0.00  0.00 17.91 nocouv1       3COUVMED6                          m2    12
-2.51 0.006  10.81  25.00 55.22 Avoc0        5ContAvoc                         m1    37
-2.65 0.004  10.53  25.00 56.72 qlqsort1NC      5Qlqsort1                          m5    38
-2.84 0.002  8.57  18.75 52.24 ald0         3COUVMED5                          m1    35
-4.35 0.000  11.11  37.50 80.60 rsa0         3ALLOC2                           m1    54
-5.18 0.000  4.35  12.50 68.66 cmu0         3COUVMED3                          m1    46
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
Classe 3 / 5
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
V.TEST PROBA ---- POURCENTAGES ---- MODALITES                                      IDEN POIDS
       CLA/MOD MOD/CLA GLOBAL CARACTERISTIQUES   DES VARIABLES
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
                14.93 Classe 3 / 5                                  aa3a   10
 5.00 0.000  80.00  80.00 14.93 Heb0         5Heb                             m1    10
 4.68 0.000  47.62 100.00 31.34 Qlqsort0       5Qlqsort                          m1    21
 4.57 0.000  56.25  90.00 23.88 Empl0        5Empl                             m1    16
 2.94 0.002  31.03  90.00 43.28 *Reponse manquante* 5contconj                         22_   29
 2.94 0.002  31.03  90.00 43.28 *Reponse manquante* 5ruconj                          23_   29
 2.89 0.002  26.32 100.00 56.72 qlqsort1NC      5Qlqsort1                          m5    38
 2.64 0.004  32.00  80.00 37.31 AidHebNC       5Aidheb                           m3    25
 2.61 0.005  24.39 100.00 61.19 AidEmplNC      5AidEmpl                          m3    41
 2.36 0.009  37.50  60.00 23.88 Ress0        5Ress                             m1    16
 2.13 0.016  24.32  90.00 55.22 Avoc0        5ContAvoc                         m1    37
 1.89 0.029  25.00  80.00 47.76 prof1        5contproD                         m3    32
 1.59 0.056  66.67  20.00  4.48 perNC        5contper                          m4    3
 1.54 0.062  20.93  90.00 64.18 AidRessNC      5AidRess                         m3    43
 1.39 0.082  23.33  70.00 44.78 *Reponse manquante* 5contenft                          24_   30
 1.34 0.091  37.50  30.00 11.94 per0         5contper                          m1    8
 1.04 0.149 100.00  10.00  1.49 conjNC        5contconj                         m3    1
 1.04 0.149 100.00  10.00  1.49 enftNC        5contenft                         m3    1
 1.04 0.149 100.00  10.00  1.49 merNC        5contmer                          m4    1
 1.04 0.149  15.15 100.00 98.51 chom0        3ALLOC1                           m1    66
 0.92 0.179  21.43  60.00 41.79 ASpré1        5Aspré                           m2    28
 0.91 0.182  18.37  90.00 73.13 *Reponse manquante* 5contproA                          30_   49
 0.87 0.191  20.00  70.00 52.24 ald0         3COUVMED5                          m1    35
 0.67 0.250  25.00  30.00 17.91 nocouv1       3COUVMED6                          m2    12
 0.67 0.252  20.83  50.00 35.82 rumer1        5rumer                           m2    24
 0.59 0.279  28.57  20.00 10.45 ame1         3COUVMED4                          m2    7
 0.44 0.331  17.39  80.00 68.66 cmu0         3COUVMED3                          m1    46
 0.35 0.364  16.67  10.00  8.96 mer0         5contmer                          m1    6
 0.35 0.364  16.67  10.00  8.96 profP        5contproA                         m4    6
 0.32 0.375  15.38  20.00 19.40 rsa1         3ALLOC2                           m2    13
 0.29 0.386  15.15  50.00 49.25 Alloc        3ALLOC6                          m1    33
 0.25 0.403  15.52  90.00 86.57 mut0         3COUVMED1                         m1    58
 0.19 0.426  16.36  90.00 82.09 couv0        3COUVMED2                         m1    55
 0.14 0.444  18.75  30.00 23.88 merdcd        5contmer                          m3    16
 0.14 0.444  15.69  80.00 76.12 ruper0        5ruper                           m1    51
 0.14 0.444  15.69  80.00 76.12 aah0         3ALLOC3                           m1    51
 0.04 0.485  25.00  10.00  5.97 allAut1       3ALLOC5                          m2    4
```

```
 -0.02 0.492  11.76  20.00 25.37 ASpré0        5Aspré                          m1    17
 -0.04 0.485  14.29  90.00 94.03 allAut0       3ALLOC5                          m1    63
 -0.14 0.444  12.50  20.00 23.88 aah1         3ALLOC3                          m2    16
 -0.17 0.434  0.00  0.00  7.46 Empl NC        5Empl                           m4    5
 -0.17 0.434  0.00  0.00  7.46 qlqsort12      5Qlqsort1                        m2    5
 -0.19 0.426  8.33  10.00 17.91 couv1        3COUVMED2                        m2    12
 -0.19 0.426  8.33  10.00 17.91 Avoc1        5ContAvoc                        m2    12
 -0.21 0.415  10.53  20.00 28.36 Ress9        5Ress                           m3    19
 -0.25 0.403  11.11  10.00 13.43 mut1         3COUVMED1                        m2    9
 -0.27 0.395  13.33  20.00 22.39 ruper1        5ruper                          m2    15
 -0.28 0.389  0.00  0.00  4.48 profAP        5contproA                        m3    3
 -0.28 0.389  0.00  0.00  4.48 enft0        5contenft                         m1    3
 -0.29 0.386  14.71  50.00 50.75 Alloc0        3ALLOC6                         m2    34
 -0.32 0.375  14.81  80.00 80.60 rsa0         3ALLOC2                         m1    54
 -0.41 0.341  12.50  10.00 11.94 AidRess1       5AidRess                        m2    8
 -0.44 0.331  9.52  20.00 31.34 cmu1         3COUVMED3                        m2    21
 -0.55 0.292  9.09  20.00 32.84 ASpréNC       5Aspré                          m3    22
 -0.56 0.289  11.90  50.00 62.69 rumer0        5rumer                          m1    42
 -0.56 0.286  6.67  10.00 22.39 AidHeb1       5Aidheb                          m2    15
 -0.56 0.286  6.67  10.00 22.39 prof0        5contproD                         m2    15
 -0.59 0.279  13.33  80.00 89.55 ame0         3COUVMED4                        m1    60
 -0.59 0.278  0.00  0.00  2.99 conjdcd       5contconj                         m2    2
 -0.65 0.257  8.70  20.00 34.33 per1         5contper                         m2    23
 -0.66 0.253  0.00  0.00 11.94 AidEmpl1       5AidEmpl                         m2    8
 -0.66 0.253  0.00  0.00 11.94 prof00        5contproA                         m1    8
 -0.67 0.252  11.63  50.00 64.18 mer1         5contmer                         m2    43
 -0.67 0.250  12.73  70.00 82.09 nocouv0       3COUVMED6                       m1    55
 -0.80 0.213  5.88  10.00 25.37 Heb9         5Heb                            m3    17
 -0.80 0.213  5.88  10.00 25.37 ruconj2       5ruconj                          m2    17
 -0.87 0.191  9.38  30.00 47.76 perdcd        5contper                         m3    32
 -0.87 0.191  9.38  30.00 47.76 ald1         3COUVMED5                         m2    32
 -1.04 0.149  0.00  0.00  1.49 *Reponse manquante* 5ruper                      19_   1
 -1.04 0.149  0.00  0.00  1.49 qlqsort19      5Qlqsort1                        m4    1
 -1.04 0.149  0.00  0.00  1.49 *Reponse manquante* 5Empl                       36_   1
 -1.04 0.149  0.00  0.00  1.49 *Reponse manquante* 5rumer                      21_   1
 -1.04 0.149  0.00  0.00  1.49 *Reponse manquante* 5contper                     18_   1
 -1.04 0.149  0.00  0.00  1.49 qlqsort13      5Qlqsort1                        m3    1
 -1.04 0.149  0.00  0.00  1.49 chom1        3ALLOC1                           m2    1
 -1.04 0.149  0.00  0.00  1.49 profA        5contproA                         m2    1
 -1.04 0.149  0.00  0.00  1.49 *Reponse manquante* 5contmer                     20_   1
 -1.12 0.131  5.00  10.00 29.85 prof.5        5contproD                        m1    20
 -1.23 0.110  4.76  10.00 31.34 Empl9         5Empl                           m3    21
 -1.58 0.057  6.25  20.00 47.76 Ress1         5Ress                           m2    32
 -1.63 0.052  0.00  0.00 23.88 AidRess0       5AidRess                         m1    16
 -1.68 0.046  6.06  20.00 49.25 enft1        5contenft                         m2    33
 -1.73 0.041  0.00  0.00 25.37 Qlqsort9       5Qlqsort                         m3    17
 -1.84 0.033  3.70  10.00 40.30 AidHeb0       5Aidheb                          m1    27
 -1.84 0.033  0.00  0.00 26.87 Avoc9        5ContAvoc                         m3    18
 -1.84 0.033  0.00  0.00 26.87 AidEmpl0       5AidEmpl                         m1    18
 -2.13 0.016  0.00  0.00 31.34 ruconj1       5ruconj                          m1    21
 -2.23 0.013  0.00  0.00 32.84 qlqsort11      5Qlqsort1                        m1    22
 -2.42 0.008  0.00  0.00 35.82 Empl1        5Empl                            m2    24
 -2.89 0.002  0.00  0.00 43.28 Qlqsort1       5Qlqsort                         m2    29
 -3.16 0.001  2.50  10.00 59.70 Heb1         5Heb                            m2    40
 -3.47 0.000  0.00  0.00 52.24 conj1        5contconj                         m1    35
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
Classe 4 / 5
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
V.TEST PROBA ---- POURCENTAGES ---- MODALITES                                    IDEN POIDS
       CLA/MOD MOD/CLA GLOBAL CARACTERISTIQUES   DES VARIABLES
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
                 19.40 Classe 4 / 5                                  aa4a   13
 4.88 0.000  57.14  92.31 31.34 Empl9        5Empl                           m3    21
 3.50 0.000  52.94  69.23 25.37 Heb9         5Heb                            m3    17
 3.06 0.001  34.29  92.31 52.24 ald0         3COUVMED5                        m1    35
 2.84 0.002  47.06  61.54 25.37 Qlqsort9       5Qlqsort                        m3    17
 2.52 0.006  42.11  61.54 28.36 Ress9        5Ress                           m3    19
 2.37 0.009  40.00  61.54 29.85 prof.5        5contproD                        m1    20
 2.15 0.016  27.91  92.31 64.18 AidRessNC      5AidRess                         m3    43
 1.68 0.047  32.00  61.54 37.31 AidHebNC       5Aidheb                          m3    25
 1.65 0.049  26.83  84.62 61.19 AidEmplNC      5AidEmpl                         m3    41
 1.38 0.084  33.33  46.15 26.87 Avoc9        5ContAvoc                         m3    18
 1.34 0.091  26.32  76.92 56.72 qlqsort1NC      5Qlqsort1                       m5    38
 1.18 0.118  29.17  53.85 35.82 rumer1        5rumer                           m2    24
 1.14 0.127  42.86  23.08 10.45 ame1         3COUVMED4                        m2    7
 0.95 0.170  33.33  30.77 17.91 nocouv1       3COUVMED6                        m2    12
 0.86 0.194 100.00  7.69  1.49 chom1        3ALLOC1                           m2    1
 0.86 0.194 100.00  7.69  1.49 *Reponse manquante* 5Empl                       36_   1
 0.77 0.219  22.22  92.31 80.60 rsa0         3ALLOC2                          m1    54
 0.73 0.231  23.26  76.92 64.18 mer1         5contmer                         m2    43
 0.63 0.265  21.82  92.31 82.09 couv0        3COUVMED2                        m1    55
 0.56 0.289  23.53  61.54 50.75 Alloc0        3ALLOC6                         m2    34
 0.45 0.327  20.00  7.69  7.46 qlqsort12      5Qlqsort1                        m2    5
 0.44 0.329  33.33  15.38  8.96 mer0         5contmer                         m1    6
 0.40 0.344  21.57  84.62 76.12 ruper0        5ruper                          m1    51
 0.40 0.344  21.57  84.62 76.12 aah0         3ALLOC3                          m1    51
 0.38 0.353  50.00  7.69  2.99 conjdcd       5contconj                        m2    2
 0.31 0.380  23.81  38.46 31.34 ruconj1       5ruconj                          m1    21
 0.31 0.380  19.57  69.23 68.66 cmu0         3COUVMED3                        m1    46
 0.22 0.413  25.00  7.69  5.97 allAut1       3ALLOC5                          m2    4
 0.19 0.424  20.00  46.15 44.78 *Reponse manquante* 5contenft                    24_   30
 0.18 0.428  21.88  53.85 47.76 perdcd        5contper                         m3    32
 0.18 0.428  20.00  53.85 52.24 conj1        5contconj                         m1    35
 0.18 0.429  23.53  30.77 25.37 ASpré0        5Aspré                          m1    17
 0.15 0.441  22.22  15.38 13.43 mut1         3COUVMED1                        m2    9
 0.05 0.479  21.43  46.15 41.79 ASpré1        5Aspré                          m2    28
 0.04 0.482  33.33  7.69  4.48 enft0        5contenft                         m1    3
 0.04 0.482  33.33  7.69  4.48 profAP        5contproA                        m3    3
 0.04 0.482  33.33  7.69  4.48 perNC        5contper                          m4    3
 0.04 0.484  20.41  76.92 73.13 *Reponse manquante* 5contproA                    30_   49
 0.03 0.487  25.00  15.38 11.94 per0         5contper                         m1    8
 -0.03 0.487  12.50  7.69 11.94 prof00        5contproA                        m1    8
 -0.06 0.476  18.18  46.15 49.25 enft1        5contenft                        m2    33
 -0.07 0.472  17.24  38.46 43.28 *Reponse manquante* 5contconj                    22_   29
 -0.07 0.472  17.24  38.46 43.28 *Reponse manquante* 5ruconj                      23_   29
 -0.15 0.441  18.97  84.62 86.57 mut0         3COUVMED1                        m1    58
 -0.18 0.429  17.65  23.08 25.37 ruconj2       5ruconj                          m2    17
 -0.19 0.424  18.92  53.85 55.22 Avoc0        5ContAvoc                         m1    37
 -0.22 0.413  19.05  92.31 94.03 allAut0       3ALLOC5                          m1    63
 -0.26 0.397  13.33  15.38 22.39 AidHeb1       5Aidheb                          m2    15
 -0.26 0.397  13.33  15.38 22.39 prof0        5contproD                         m2    15
 -0.26 0.397  13.33  15.38 22.39 ruper1        5ruper                          m2    15
 -0.31 0.380  19.05  30.77 31.34 cmu1         3COUVMED3                        m2    21
 -0.36 0.360  14.29  23.08 31.34 Qlqsort0       5Qlqsort                        m1    21
 -0.40 0.344  12.50  15.38 23.88 Ress0        5Ress                           m1    16
 -0.40 0.344  12.50  15.38 23.88 aah1         3ALLOC3                          m2    16
 -0.44 0.329  16.67  7.69  8.96 profP        5contproA                        m4    6
 -0.45 0.327  0.00  0.00  7.46 Empl NC        5Empl                           m4    5
 -0.48 0.314  13.64  23.08 32.84 ASpréNC       5Aspré                          m3    22
 -0.56 0.289  15.15  38.46 49.25 Alloc        3ALLOC6                          m1    33
 -0.61 0.271  13.04  23.08 34.33 per1         5contper                         m2    23
 -0.63 0.265  8.33  7.69 17.91 couv1        3COUVMED2                         m2    12
 -0.67 0.252  11.11  15.38 26.87 AidEmpl0       5AidEmpl                        m1    18
```

-0.77	0.219	7.69	7.69	19.40	rsa1	3ALLOC2	m2	13
-0.86	0.194	0.00	0.00	1.49	*Reponse manquante*	5ruper	19_	1
-0.86	0.194	0.00	0.00	1.49	qlqsort19	5Qlqsort1	m4	1
-0.86	0.194	0.00	0.00	1.49	profA	5contproA	m2	1
-0.86	0.194	0.00	0.00	1.49	merNC	5contmer	m4	1
-0.86	0.194	0.00	0.00	1.49	*Reponse manquante*	5contmer	20_	1
-0.86	0.194	0.00	0.00	1.49	conjNC	5contconj	m3	1
-0.86	0.194	0.00	0.00	1.49	*Reponse manquante*	5rumer	21_	1
-0.86	0.194	0.00	0.00	1.49	*Reponse manquante*	5contper	18_	1
-0.86	0.194	0.00	0.00	1.49	enftNC	5contenft	m3	1
-0.86	0.194	0.00	0.00	1.49	qlqsort13	5Qlqsort1	m3	1
-0.86	0.194	18.18	92.31	98.51	chom0	3ALLOC1	m1	66
-0.95	0.170	16.36	69.23	82.09	nocouv0	3COUVMED6	m1	55
-1.00	0.160	0.00	0.00	11.94	AidEmpl1	5AidEmpl	m2	8
-1.00	0.160	0.00	0.00	11.94	AidRess1	5AidRess	m2	8
-1.05	0.146	14.29	46.15	62.69	rumer0	5rumer	m1	42
-1.10	0.136	11.11	23.08	40.30	AidHeb0	5Aidheb	m1	27
-1.14	0.127	16.67	76.92	89.55	ame0	3COUVMED4	m1	60
-1.17	0.120	9.09	15.38	32.84	qlqsort11	5Qlqsort1	m1	22
-1.18	0.119	6.25	7.69	23.88	AidRess0	5AidRess	m1	16
-1.18	0.119	6.25	7.69	23.88	merdcd	5contmer	m3	16
-1.30	0.096	0.00	0.00	14.93	Heb0	5Heb	m1	10
-1.58	0.057	0.00	0.00	17.91	Avoc1	5ContAvoc	m2	12
-1.69	0.045	9.38	23.08	47.76	prof1	5contproD	m3	32
-1.69	0.045	9.38	23.08	47.76	Ress1	5Ress	m2	32
-2.00	0.023	6.90	15.38	43.28	Qlqsort1	5Qlqsort	m2	29
-2.04	0.021	10.00	30.77	59.70	Heb1	5Heb	m2	40
-2.08	0.019	0.00	0.00	23.88	Empl0	5Empl	m1	16
-2.98	0.001	0.00	0.00	35.82	Empl1	5Empl	m2	24
-3.06	0.001	3.13	7.69	47.76	ald1	3COUVMED5	m2	32

Classe 5 / 5

V.TEST	PROBA	CLA/MOD	MOD/CLA	GLOBAL	MODALITES CARACTERISTIQUES	DES VARIABLES	IDEN	POIDS
				16.42	Classe 5 / 5		aa5a	11
4.98	0.000	62.50	90.91	23.88	aah1	3ALLOC3	m2	16
3.72	0.000	34.38	100.00	47.76	ald1	3COUVMED5	m2	32
3.51	0.000	58.33	63.64	17.91	couv1	3COUVMED2	m2	12
2.90	0.002	31.25	90.91	47.76	Ress1	5Ress	m2	32
2.79	0.003	30.30	90.91	49.25	Alloc	3ALLOC6	m1	33
1.91	0.028	60.00	27.27	7.46	EmplNC	5Empl	m4	5
1.53	0.063	23.68	81.82	56.72	qlqsort1NC	5Qlqsort1	m5	38
1.44	0.074	20.37	100.00	80.60	rsa0	3ALLOC2	m1	54
1.44	0.075	28.57	54.55	31.34	ruconj1	5ruconj	m1	21
1.43	0.077	21.74	90.91	68.66	cmu0	3COUVMED3	m1	46
1.42	0.078	31.25	45.45	23.88	AidRess0	5AidRess	m1	16
1.32	0.093	20.00	100.00	82.09	nocouv0	3COUVMED6	m1	55
1.28	0.101	29.41	45.45	25.37	Heb9	5Heb	m3	17
1.19	0.117	37.50	27.27	11.94	AidRess1	5AidRess	m2	8
1.19	0.117	37.50	27.27	11.94	prof00	5contproA	m1	8
1.10	0.136	21.43	81.82	62.69	rumer0	5rumer	m1	42
0.98	0.164	100.00	9.09	1.49	profA	5contproA	m2	1
0.98	0.164	16.67	100.00	98.51	chom0	3ALLOC1	m1	66
0.95	0.170	24.00	54.55	37.31	AidHebNC	5Aidheb	m3	25
0.94	0.173	21.62	72.73	55.22	Avoc0	5ContAvoc	m1	37
0.93	0.177	18.97	100.00	86.57	mut0	3COUVMED1	m1	58
0.82	0.206	21.88	63.64	47.76	perdcd	5contper	m3	32
0.82	0.206	21.88	63.64	47.76	prof1	5contproD	m3	32
0.66	0.254	33.33	18.18	8.96	mer0	5contmer	m1	6
0.62	0.267	18.33	100.00	89.55	ame0	3COUVMED4	m1	60
0.61	0.271	21.43	54.55	41.79	ASpré1	5Aspré	m2	28
0.57	0.286	23.53	36.36	25.37	Qlqsort9	5Qlqsort	m3	17
0.51	0.303	50.00	9.09	2.99	conjdcd	5contconj	m2	2
0.49	0.311	20.00	63.64	52.24	conj1	5contconj	m1	35
0.39	0.350	20.00	54.55	44.78	*Reponse manquante*	5contenft	24_	30
0.34	0.366	16.67	18.18	17.91	Avoc1	5ContAvoc	m2	12
0.30	0.382	16.67	27.27	26.87	AidEmpl0	5AidEmpl	m1	18
0.28	0.390	16.67	36.36	35.82	Empl1	5Empl	m2	24
0.20	0.421	33.33	9.09	4.48	profAP	5contproA	m3	3
0.18	0.430	17.65	27.27	25.37	ASpré0	5Aspré	m1	17
0.17	0.431	17.07	63.64	61.19	AidEmplNC	5AidEmpl	m3	41
0.07	0.473	19.05	36.36	31.34	Qlqsort0	5Qlqsort	m1	21
0.05	0.479	17.46	100.00	94.03	allAut0	3ALLOC5	m1	63
0.05	0.480	20.00	18.18	14.93	Heb0	5Heb	m1	10
0.05	0.480	17.65	81.82	76.12	ruper0	5ruper	m1	51
-0.05	0.480	12.50	18.18	23.88	Empl0	5Empl	m1	16
-0.05	0.480	12.50	18.18	23.88	merdcd	5contmer	m3	16
-0.05	0.479	0.00	0.00	5.97	allAut1	3ALLOC5	m2	4
-0.05	0.478	15.15	45.45	49.25	enft1	5contenft	m2	33
-0.08	0.468	13.33	18.18	22.39	AidHeb1	5Aidheb	m2	15
-0.08	0.468	13.33	18.18	22.39	ruper1	5ruper	m2	15
-0.17	0.434	13.04	27.27	34.33	per1	5contper	m2	23
-0.18	0.430	11.76	18.18	25.37	ruconj2	5ruconj	m2	17
-0.19	0.425	15.00	27.27	29.85	prof.5	5contproD	m1	20
-0.20	0.421	0.00	0.00	4.48	enft0	5contenft	m1	3
-0.20	0.421	0.00	0.00	4.48	perNC	5contper	m4	3
-0.26	0.396	0.00	0.00	7.46	qlqsort12	5Qlqsort1	m2	5
-0.28	0.391	12.50	9.09	11.94	per0	5contper	m1	8
-0.28	0.391	12.50	9.09	11.94	AidEmpl1	5AidEmpl	m2	8
-0.28	0.390	16.28	63.64	64.18	mer1	5contmer	m2	43
-0.45	0.325	0.00	0.00	8.96	profP	5contproA	m4	6
-0.61	0.269	11.11	27.27	40.30	AidHeb0	5Aidheb	m1	27
-0.62	0.267	0.00	0.00	10.45	ame1	3COUVMED4	m2	7
-0.65	0.257	9.52	18.18	31.34	Empl9	5Empl	m3	21
-0.73	0.232	6.67	9.09	22.39	prof0	5contproD	m2	15
-0.77	0.222	9.09	18.18	32.84	qlqsort11	5Qlqsort1	m1	22
-0.77	0.222	9.09	18.18	32.84	ASpréNC	5Aspré	m3	22
-0.83	0.202	10.34	27.27	43.28	*Reponse manquante*	5contconj	22_	29
-0.83	0.202	10.34	27.27	43.28	Qlqsort1	5Qlqsort	m2	29
-0.83	0.202	10.34	27.27	43.28	*Reponse manquante*	5ruconj	23_	29
-0.93	0.177	0.00	0.00	13.43	mut1	3COUVMED1	m2	9
-0.98	0.164	0.00	0.00	1.49	*Reponse manquante*	5contmer	20_	1
-0.98	0.164	0.00	0.00	1.49	*Reponse manquante*	5rumer	21_	1
-0.98	0.164	0.00	0.00	1.49	*Reponse manquante*	5ruper	19_	1
-0.98	0.164	0.00	0.00	1.49	chom1	3ALLOC1	m2	1
-0.98	0.164	0.00	0.00	1.49	*Reponse manquante*	5contper	18_	1
-0.98	0.164	0.00	0.00	1.49	enftNC	5contenft	m3	1
-0.98	0.164	0.00	0.00	1.49	qlqsort13	5Qlqsort1	m3	1
-0.98	0.164	0.00	0.00	1.49	qlqsort19	5Qlqsort1	m4	1
-0.98	0.164	0.00	0.00	1.49	conjNC	5contconj	m3	1
-0.98	0.164	0.00	0.00	1.49	*Reponse manquante*	5Empl	36_	1
-0.98	0.164	0.00	0.00	1.49	merNC	5contmer	m4	1
-0.99	0.161	8.33	18.18	35.82	rumer1	5rumer	m2	24
-1.09	0.138	5.56	9.09	26.87	Avoc9	5ContAvoc	m3	18
-1.14	0.127	12.24	54.55	73.13	*Reponse manquante*	5contproA	30_	49
-1.20	0.114	5.26	9.09	28.36	Ress9	5Ress	m3	19
-1.32	0.093	0.00	0.00	17.91	nocouv1	3COUVMED6	m2	12
-1.38	0.083	10.00	36.36	59.70	Heb1	5Heb	m2	40
-1.43	0.077	4.76	9.09	31.34	cmu1	3COUVMED3	m2	21
-1.44	0.074	0.00	0.00	19.40	rsa1	3ALLOC2	m2	13
-1.79	0.037	0.00	0.00	23.88	Ress0	5Ress	m1	16

```
 -2.41 0.008  6.98  27.27 64.18 AidRessNC      5AidRess                          m3    43
 -2.79 0.003  2.94  9.09 50.75 Alloc0        3ALLOC6                          m2    34
 -3.51 0.000  7.27  36.36 82.09 couv0        3COUVMED2                         m1    55
 -3.72 0.000  0.00  0.00 52.24 ald0         3COUVMED5                         m1    35
 -4.98 0.000  1.96  9.09 76.12 aah0         3ALLOC3                          m1    51
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
```

Annexe 9. Edition des résultats de l'ACM finale (SPAD)

```
SELECTION DES INDIVIDUS ET DES VARIABLES UTILES
VARIABLES NOMINALES ACTIVES
  26 VARIABLES   104 MODALITES ASSOCIEES
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------
  1 . Classes bloc 5                        (  5 MODALITES )
 67 . 3etasant2                            (  4 MODALITES )
 68 . 3etasant3                            (  3 MODALITES )
 69 . 3etasant4                            (  4 MODALITES )
 70 . 3Suiv                               (  2 MODALITES )
 75 . 3sero3                               (  3 MODALITES )
 77 . 3PbSant                              (  4 MODALITES )
 78 . 3tttint                              (  2 MODALITES )
 79 . 3Stadvih                             (  4 MODALITES )
 80 . 3agedecvih                           (  6 MODALITES )
 84 . 3Vihmed2                             (  5 MODALITES )
 86 . 3tttVIH                              (  4 MODALITES )
 88 . 3oublivih                            (  4 MODALITES )
 89 . 3Stadvhc                             (  4 MODALITES )
 90 . 3agedecvhc                           (  6 MODALITES )
 92 . 3contvhc                             (  6 MODALITES )
 93 . 3Suivhc                              (  3 MODALITES )
 94 . 3vhcmed2                             (  6 MODALITES )
 95 . 3tttVHC                              (  5 MODALITES )
 97 . 3VHCreg                              (  5 MODALITES )
 99 . 3oublivhc                            (  4 MODALITES )
 100 . 3HP                                (  2 MODALITES )
 104 . 3Alc                                (  2 MODALITES )
 105 . 3Tox                                (  2 MODALITES )
 107 . 3BZD                                (  3 MODALITES )
 122 . classes Bloc 1-2                        (  6 MODALITES )
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------
VARIABLES NOMINALES ILLUSTRATIVES
  16 VARIABLES   58 MODALITES ASSOCIEES
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------
 66 . 3etasant1                            (  6 MODALITES )
 71 . 3Medrel                              (  4 MODALITES )
 72 . 3infrel                              (  3 MODALITES )
 74 . 3Dep                                (  3 MODALITES )
 81 . 3annvih                              (  5 MODALITES )
 82 . 3contvih                             (  5 MODALITES )
 83 . 3Suivih                              (  3 MODALITES )
 85 . 3VIHreg                              (  3 MODALITES )
 91 . 3annvhc                              (  5 MODALITES )
 101 . 3Tttpsy                             (  2 MODALITES )
 102 . 3Smpr                               (  3 MODALITES )
 103 . 3Psy                                (  3 MODALITES )
 106 . 3TttAut                             (  3 MODALITES )
 110 . 3intincvih                             (  3 MODALITES )
 111 . 3intincvhc                             (  3 MODALITES )
 123 . Classes bloc 3-4                       (  4 MODALITES )
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------
INDIVIDUS
---------------------------- NOMBRE -------------- POIDS ---------------
 POIDS DES INDIVIDUS: Poids des individus, uniforme egal a 1.         UNIF
 RETENUS ........... NITOT =   67   PITOT =       67.000
 ACTIFS ............ NIACT =   67   PIACT =       67.000
 SUPPLEMENTAIRES .... NISUP =   0   PISUP =        0.000
-----------------------------------------------------------------------


CORRESPONDANCES MULTIPLES AVEC CHOIX DES MODALITES
APUREMENT DES MODALITES ACTIVES
SEUIL (PCMIN)  :   2.00 %    POIDS:    1.34
AVANT APUREMENT :   26 QUESTIONS ACTIVES    104 MODALITES ASSOCIEES
APRES      :   26 QUESTIONS ACTIVES     79 MODALITES ASSOCIEES
POIDS TOTAL DES INDIVIDUS ACTIFS :   67.00
TRI-A-PLAT DES QUESTIONS ACTIVES
----------------------------+-----------------+-----------------------------------------------------------------
     MODALITES      | AVANT APUREMENT |      APRES APUREMENT
IDENT   LIBELLE     | EFF.   POIDS | EFF.   POIDS    HISTOGRAMME DES POIDS RELATIFS
----------------------------+-----------------+-----------------------------------------------------------------
  1 . Classes bloc 5
m1  - 1/5         |  17   17.00 |  17   17.00 ****************
m2  - 2/5         |  16   16.00 |  16   16.00 ***************
m3  - 3/5         |  10   10.00 |  10   10.00 *********
m4  - 4/5         |  13   13.00 |  13   13.00 ************
m5  - 5/5         |  11   11.00 |  11   11.00 **********
----------------------------+-----------------+-----------------------------------------------------------------
  67 . 3etasant2
m1  - stmieu        |  18   18.00 |  18   18.00 *****************
m2  - stpar        |  13   13.00 |  13   13.00 ************
m3  - stpir        |  35   35.00 |  35   35.00 *********************************
 67_ - *Reponse manquante* |  1    1.00 | === MOD. ILL.===
----------------------------+-----------------+-----------------------------------------------------------------
  68 . 3etasant3
m1  - soinmieu       |  27   27.00 |  27   27.00 *************************
m2  - soinpar       |  27   27.00 |  27   27.00 *************************
m3  - soinpir       |  13   13.00 |  13   13.00 ************
----------------------------+-----------------+-----------------------------------------------------------------
  69 . 3etasant4
m1  - soimieu       |  22   22.00 |  22   22.00 ********************
m2  - soipar        |  22   22.00 |  22   22.00 ********************
m3  - soipir        |  21   21.00 |  21   21.00 *******************
 69_ - *Reponse manquante* |  2    2.00 | === MOD. ILL.===
----------------------------+-----------------+-----------------------------------------------------------------
  70 . 3Suiv
m1  - suiv0        |  18   18.00 |  18   18.00 *****************
m2  - suiv1        |  49   49.00 |  49   49.00 *********************************************
----------------------------+-----------------+-----------------------------------------------------------------
  75 . 3sero3
m1  - coinf        |  12   12.00 |  12   12.00 ***********
m2  - VHC+         |  34   34.00 |  34   34.00 *********************************
m3  - VIH+         |  21   21.00 |  21   21.00 ********************
----------------------------+-----------------+-----------------------------------------------------------------
  77 . 3PbSant
m1  - PbSant.5       |  12   12.00 |  12   12.00 ***********
m2  - PbSant0       |  37   37.00 |  37   37.00 ***********************************
m3  - PbSant1       |  17   17.00 |  17   17.00 ****************
 77_ - *Reponse manquante* |  1    1.00 | === MOD. ILL.===
----------------------------+-----------------+-----------------------------------------------------------------
  78 . 3tttint
m1  - intsort0       |  57   57.00 |  57   57.00 ****************************************************
m2  - intsort1       |  10   10.00 |  10   10.00 *********
----------------------------+-----------------+-----------------------------------------------------------------
  79 . 3Stadvih
m1  - stadvih1       |  2    2.00 | === MOD. ILL.===
m2  - stadvih2       |  12   12.00 |  12   12.00 ***********
m3  - stadvih3       |  14   14.00 |  14   14.00 *************
m4  - stadvihNC      |  39   39.00 | === MOD. ILL.===
----------------------------+-----------------+-----------------------------------------------------------------
```

```
  80 . 3agedecvih
m1  - vih18-30a      |  10   10.00 |  10   10.00 *********
m2  - vih-18a       |  1    1.00 | === MOD. ILL.===
m3  - vih30-40a      |  10   10.00 |  10   10.00 *********
m4  - vih40-55a      |  6    6.00 |  6    6.00 ******
m5  - vih55+        |  1    1.00 | === MOD. ILL.===
 80_ - *Reponse manquante* |  39   39.00 | === MOD. ILL.===
----------------------------+-----------------+-----------------------------------------------------------------------------------------------
  84 . 3Vihmed2
m1  - medvih1-       |  19   19.00 |  19   19.00 ******************
m2  - medvih2-3      |  3    3.00 |  3    3.00 ***
m3  - medvih4-8      |  3    3.00 |  3    3.00 ***
m4  - medvih8+       |  3    3.00 |  3    3.00 ***
m5  - medvihNC       |  39   39.00 | === MOD. ILL.===
----------------------------+-----------------+-----------------------------------------------------------------------------------------------
----------------------------+-----------------+-----------------------------------------------------------------------------------------------
     MODALITES     | AVANT APUREMENT |      APRES APUREMENT
IDENT   LIBELLE     | EFF.   POIDS | EFF.   POIDS    HISTOGRAMME DES POIDS RELATIFS
----------------------------+-----------------+-----------------------------------------------------------------------------------------------
  86 . 3tttVIH
m1  - tttVIH.5       |  1    1.00 | === MOD. ILL.===
m2  - tttVIH0       |  4    4.00 |  4    4.00 ****
m3  - tttVIH1       |  23   23.00 |  23   23.00 *********************
m4  - tttVIHNC       |  39   39.00 |  39   39.00 ************************************
----------------------------+-----------------+-----------------------------------------------------------------------------------------------
  88 . 3oublivih
m1  - ObsVih1       |  15   15.00 |  15   15.00 **************
m2  - ObsVih2       |  5    5.00 |  5    5.00 *****
m3  - ObsVih3       |  5    5.00 |  5    5.00 *****
m4  - ObsvihNC       |  42   42.00 |  42   42.00 ****************************************
----------------------------+-----------------+-----------------------------------------------------------------------------------------------
  89 . 3Stadvhc
m1  - stadvhc1       |  20   20.00 |  20   20.00 ******************
m2  - stadvhc2       |  17   17.00 |  17   17.00 ****************
m3  - stadvhc3       |  8    8.00 |  8    8.00 ********
m4  - stadvhcNC      |  22   22.00 | === MOD. ILL.===
----------------------------+-----------------+-----------------------------------------------------------------------------------------------
  90 . 3agedecvhc
m1  - vhc18-30a      |  17   17.00 |  17   17.00 ****************
m2  - vhc-18a       |  1    1.00 | === MOD. ILL.===
m3  - vhc30-40a      |  18   18.00 |  18   18.00 ******************
m4  - vhc40-55a      |  7    7.00 |  7    7.00 *******
m5  - vhcageNC       |  22   22.00 | === MOD. ILL.===
m6  - vhcagensp      |  2    2.00 |  2    2.00 **
----------------------------+-----------------+-----------------------------------------------------------------------------------------------
  92 . 3contvhc
m1  - contvhcNC      |  22   22.00 | === MOD. ILL.===
m2  - vhcaut        |  1    1.00 | === MOD. ILL.===
m3  - vhcnsp        |  21   21.00 |  21   21.00 *******************
m4  - vhcsex        |  3    3.00 |  3    3.00 ***
m5  - vhcsexUD       |  1    1.00 | === MOD. ILL.===
m6  - vhcUD        |  19   19.00 |  19   19.00 ******************
----------------------------+-----------------+-----------------------------------------------------------------------------------------------
  93 . 3Suivhc
m1  - Suivhc0       |  30   30.00 |  30   30.00 ***************************
m2  - Suivhc1       |  13   13.00 |  13   13.00 ************
m3  - suivhcNC       |  24   24.00 | === MOD. ILL.===
----------------------------+-----------------+-----------------------------------------------------------------------------------------------
  94 . 3vhcmed2
m1  - medvhc1-       |  12   12.00 |  12   12.00 ***********
m2  - medvhc2-3      |  6    6.00 |  6    6.00 ******
m3  - medvhc4-8      |  1    1.00 | === MOD. ILL.===
m4  - medvhc8+       |  1    1.00 | === MOD. ILL.===
m5  - medvhc9       |  25   25.00 |  25   25.00 ************************
m6  - medvhcNC       |  22   22.00 | === MOD. ILL.===
----------------------------+-----------------+-----------------------------------------------------------------------------------------------
  95 . 3tttVHC
m1  - tttHVCNC       |  23   23.00 | === MOD. ILL.===
m2  - tttVHC.5       |  8    8.00 |  8    8.00 ********
m3  - tttVHC0       |  22   22.00 |  22   22.00 *********************
m4  - tttVHC1       |  10   10.00 |  10   10.00 *********
m5  - tttVHC2       |  4    4.00 | === MOD. ILL.===
----------------------------+-----------------+-----------------------------------------------------------------------------------------------
  97 . 3VHCreg
m1  - Suivhc0       |  8    8.00 |  8    8.00 ********
m2  - VHC1x        |  6    6.00 |  6    6.00 ******
m3  - VHCirreg       |  7    7.00 |  7    7.00 *******
m4  - VHCreg        |  21   21.00 |  21   21.00 *******************
m5  - VHCregNC       |  25   25.00 | === MOD. ILL.===
----------------------------+-----------------+-----------------------------------------------------------------------------------------------
  99 . 3oublivhc
m1  - ObsVhc1       |  16   16.00 |  16   16.00 ***************
m2  - ObsVhc2       |  2    2.00 |  2    2.00 **
m3  - ObsVhc3       |  3    3.00 |  3    3.00 ***
m4  - obsVhcNC       |  46   46.00 | === MOD. ILL.===
----------------------------+-----------------+-----------------------------------------------------------------------------------------------
 100 . 3HP
m1  - HP0         |  49   49.00 |  49   49.00 **********************************************
m2  - HP1         |  18   18.00 |  18   18.00 *****************
----------------------------+-----------------+-----------------------------------------------------------------------------------------------
 104 . 3Alc
m1  - alc0         |  40   40.00 |  40   40.00 ************************************
m2  - alc1         |  27   27.00 |  27   27.00 *************************
----------------------------+-----------------+-----------------------------------------------------------------------------------------------
----------------------------+-----------------+-----------------------------------------------------------------------------------------------
     MODALITES     | AVANT APUREMENT |      APRES APUREMENT
IDENT   LIBELLE     | EFF.   POIDS | EFF.   POIDS    HISTOGRAMME DES POIDS RELATIFS
----------------------------+-----------------+-----------------------------------------------------------------------------------------------
 105 . 3Tox
m1  - tox0         |  39   39.00 |  39   39.00 ************************************
m2  - tox1         |  28   28.00 |  28   28.00 *************************
----------------------------+-----------------+-----------------------------------------------------------------------------------------------
 107 . 3BZD
m1  - Bzd0         |  38   38.00 |  38   38.00 ************************************
m2  - BZD1         |  28   28.00 |  28   28.00 **************************
m3  - Hypn1        |  1    1.00 | === MOD. ILL.===
----------------------------+-----------------+-----------------------------------------------------------------------------------------------
 122 . classes Bloc 1-2
m1  - 1/6         |  13   13.00 |  13   13.00 ************
m2  - 2/6         |  5    5.00 |  5    5.00 *****
m3  - 3/6         |  10   10.00 |  10   10.00 *********
m4  - 4/6         |  4    4.00 |  4    4.00 ****
m5  - 5/6         |  5    5.00 |  5    5.00 *****
m6  - 6/6         |  30   30.00 |  30   30.00 ****************************
----------------------------+-----------------+-----------------------------------------------------------------------------------------------
VALEURS PROPRES
APERCU DE LA PRECISION DES CALCULS : TRACE AVANT DIAGONALISATION ..  2.2348
                  SOMME DES VALEURS PROPRES ....  2.2348
HISTOGRAMME DES 66 PREMIERES VALEURS PROPRES
+--------+-----------+-----------+-----------+-----------------------------------------------------------------------------------------------+
| NUMERO |  VALEUR  | POURCENTAGE | POURCENTAGE |                                                                                |
|    |  PROPRE  |          |  CUMULE  |                                                                                |
+--------+-----------+-----------+-----------+-----------------------------------------------------------------------------------------------+
```

1	0.2491	11.15	11.15	**********
2	0.1680	7.52	18.67	**********
3	0.1427	6.38	25.05	**********
4	0.1163	5.21	30.26	**********
5	0.1033	4.62	34.88	**********
6	0.0988	4.42	39.30	**********
7	0.0843	3.77	43.07	**********
8	0.0815	3.65	46.72	**********
9	0.0746	3.34	50.06	**********
10	0.0720	3.22	53.28	**********
11	0.0700	3.13	56.41	**********
12	0.0661	2.96	59.37	**********
13	0.0638	2.86	62.23	**********
14	0.0566	2.53	64.76	**********
15	0.0550	2.46	67.22	**********
16	0.0518	2.32	69.54	**********
17	0.0480	2.15	71.69	**********
18	0.0462	2.07	73.76	**********
19	0.0429	1.92	75.68	**********
20	0.0426	1.90	77.58	**********
21	0.0411	1.84	79.42	**********
22	0.0388	1.74	81.16	**********
23	0.0349	1.56	82.72	**********
24	0.0333	1.49	84.21	**********
25	0.0310	1.39	85.60	**********
26	0.0278	1.24	86.84	**********
27	0.0257	1.15	87.99	**********
28	0.0248	1.11	89.10	**********
29	0.0241	1.08	90.18	**********
30	0.0215	0.96	91.15	**********
31	0.0212	0.95	92.09	**********
32	0.0179	0.80	92.90	**********
33	0.0164	0.73	93.63	**********
34	0.0151	0.68	94.31	**********
35	0.0138	0.62	94.93	**********
36	0.0132	0.59	95.52	**********
37	0.0128	0.57	96.09	**********
38	0.0112	0.50	96.59	**********
39	0.0110	0.49	97.08	**********
40	0.0087	0.39	97.47	**********
41	0.0082	0.37	97.84	**********
42	0.0075	0.33	98.17	**********
43	0.0062	0.28	98.45	**********
44	0.0054	0.24	98.69	**********
45	0.0047	0.21	98.90	**********
46	0.0042	0.19	99.09	**********
47	0.0035	0.16	99.25	**********
48	0.0032	0.14	99.39	**********
49	0.0024	0.11	99.50	**********
50	0.0023	0.10	99.60	**********
51	0.0018	0.08	99.68	**********
52	0.0017	0.08	99.76	**********
53	0.0013	0.06	99.82	**********
54	0.0010	0.05	99.86	**********
55	0.0009	0.04	99.90	**********
56	0.0007	0.03	99.93	**********
57	0.0005	0.02	99.95	**********
58	0.0003	0.01	99.96	**********
59	0.0003	0.01	99.98	**********
60	0.0002	0.01	99.99	**********
61	0.0001	0.01	99.99	**********
62	0.0001	0.00	100.00	**********
63	0.0001	0.00	100.00	**********
64	0.0000	0.00	100.00	**********
65	0.0000	0.00	100.00	**********
66	0.0000	0.00	100.00	**********

EDITION SOMMAIRE DES VALEURS PROPRES SUIVANTES
67 = 0.0000 68 = 0.0000 69 = 0.0000 70 = 0.0000 71 = 0.0000
72 = 0.0000 73 = 0.0000 74 = 0.0000 75 = 0.0000 76 = 0.0000
77 = 0.0000 78 = 0.0000 79 = 0.0000

RECHERCHE DE PALIERS (DIFFERENCES TROISIEMES)

PALIER ENTRE	VALEUR DU PALIER	
1 -- 2	-56.70	**********
6 -- 7	-18.35	**********
13 -- 14	-7.33	**********
31 -- 32	-5.12	**********
3 -- 4	-4.84	**********
18 -- 19	-3.94	**********
39 -- 40	-3.57	**********
8 -- 9	-3.57	**********
16 -- 17	-3.31	**********
22 -- 23	-3.15	**********
11 -- 12	-2.61	**********
29 -- 30	-2.15	**********
37 -- 38	-1.56	**********
26 -- 27	-0.91	**********
48 -- 49	-0.85	**********
42 -- 43	-0.62	**********
44 -- 45	-0.55	**********
34 -- 35	-0.33	**********
32 -- 33	-0.16	**********
25 -- 26	-0.01	**********

RECHERCHE DE PALIERS ENTRE (DIFFERENCES SECONDES)

PALIER ENTRE	VALEUR DU PALIER	
1 -- 2	55.72	**********
3 -- 4	13.32	**********
6 -- 7	11.61	**********
4 -- 5	8.48	**********
13 -- 14	5.69	**********
8 -- 9	4.26	**********
18 -- 19	2.86	**********
22 -- 23	2.37	**********
29 -- 30	2.20	**********
16 -- 17	1.95	**********
39 -- 40	1.83	**********
31 -- 32	1.78	**********
11 -- 12	1.56	**********
37 -- 38	1.44	**********
26 -- 27	1.17	**********
25 -- 26	1.04	**********
9 -- 10	0.69	**********
48 -- 49	0.66	**********
34 -- 35	0.62	**********
42 -- 43	0.58	**********
46 -- 47	0.40	**********

```
|  35 -- 36 |    0.29 | *                           |
|  44 -- 45 |    0.28 | *                           |
|  27 -- 28 |    0.26 | *                           |
|  32 -- 33 |    0.19 | *                           |
|  33 -- 34 |    0.04 | *                           |
+-------------+-------------+-----------------------------------------------------+
COORDONNEES, CONTRIBUTIONS ET COSINUS CARRES DES MODALITES ACTIVES
AXES 1 A 5
+---------------------------------------------+--------------------------------+-------------------------+-------------------------+
|         MODALITES         |      COORDONNEES      |   CONTRIBUTIONS    |   COSINUS CARRES   |
|---------------------------------------------+--------------------------------+-------------------------+-------------------------|
| IDEN - LIBELLE       P.REL DISTO |  1   2   3   4   5  |  1  2  3  4  5|  1  2  3  4  5 |
+---------------------------------------------+--------------------------------+-------------------------+-------------------------+
|  1 . Classes bloc 5                                                                      |
| m1  - 1/5          0.98  2.94 | 0.08 0.86 0.10 0.35 -0.01 | 0.0 4.3 0.1 1.0 0.0 | 0.00 0.25 0.00 0.04 0.00 |
| m2  - 2/5          0.92  3.19 | 0.43 -0.10 -0.27 -0.29 0.04 | 0.7 0.1 0.5 0.6 0.0 | 0.06 0.00 0.02 0.03 0.00 |
| m3  - 3/5          0.57  5.70 | -0.96 -0.17 0.28 -0.06 0.39 | 2.1 0.1 0.3 0.0 0.8 | 0.16 0.01 0.01 0.00 0.03 |
| m4  - 4/5          0.75  4.15 | -0.20 -0.28 -0.96 0.07 -0.05 | 0.1 0.4 4.8 0.0 0.0 | 0.01 0.02 0.22 0.00 0.00 |
| m5  - 5/5          0.63  5.09 | 0.35 -0.69 1.12 -0.14 -0.33 | 0.3 1.8 5.5 0.1 0.7 | 0.02 0.09 0.25 0.00 0.02 |
+---------------------------------------------+--------- CONTRIBUTION CUMULEE = 3.3 6.6 11.2 1.8 1.5 +-------------------------+
| 67 . 3etasant2                                                                      |
| m1  - stmieu        1.03  2.72 | -0.15 -0.82 0.04 0.05 0.12 | 0.1 4.1 0.0 0.0 0.1 | 0.01 0.25 0.00 0.00 0.01 |
| m2  - stpar         0.75  4.15 | 0.13 -0.40 -0.48 -0.59 -0.11 | 0.1 0.7 1.2 2.2 0.1 | 0.00 0.04 0.05 0.08 0.00 |
| m3  - stpir         2.01  0.91 | -0.01 0.60 0.14 0.20 -0.05 | 0.0 4.3 0.3 0.7 0.0 | 0.00 0.39 0.02 0.04 0.00 |
+---------------------------------------------+--------- CONTRIBUTION CUMULEE = 0.1 9.1 1.5 2.9 0.3 +-------------------------+
| 68 . 3etasant3                                                                      |
| m1  - soinmieu       1.55  1.48 | -0.27 0.10 -0.39 0.25 0.29 | 0.5 0.1 1.6 0.8 1.2 | 0.05 0.01 0.10 0.04 0.05 |
| m2  - soinpar        1.55  1.48 | 0.37 -0.37 0.23 -0.36 -0.28 | 0.9 1.3 0.6 1.8 1.2 | 0.09 0.09 0.03 0.09 0.05 |
| m3  - soinpir        0.75  4.15 | -0.20 0.56 0.33 0.24 -0.01 | 0.1 1.4 0.6 0.4 0.0 | 0.01 0.08 0.03 0.01 0.00 |
+---------------------------------------------+--------- CONTRIBUTION CUMULEE = 1.4 2.8 2.8 2.9 2.4 +-------------------------+
| 69 . 3etasant4                                                                      |
| m1  - soimieu        1.26  2.05 | 0.08 -0.47 -0.32 0.15 0.15 | 0.0 1.7 0.9 0.2 0.3 | 0.00 0.11 0.05 0.01 0.01 |
| m2  - soipar        1.26  2.05 | -0.12 -0.15 -0.06 -0.56 -0.39 | 0.1 0.2 0.0 3.4 1.8 | 0.01 0.01 0.00 0.15 0.07 |
| m3  - soipir        1.21  2.19 | 0.16 0.57 0.42 0.37 0.21 | 0.1 2.3 1.5 1.4 0.5 | 0.01 0.15 0.08 0.06 0.02 |
+---------------------------------------------+--------- CONTRIBUTION CUMULEE = 0.2 4.2 2.5 5.0 2.6 +-------------------------+
| 70 . 3Suiv                                                                      |
| m1  - suiv0         1.03  2.72 | -0.83 -0.07 -0.24 0.83 -0.08 | 2.9 0.0 0.4 6.1 0.1 | 0.25 0.00 0.02 0.25 0.00 |
| m2  - suiv1         2.81  0.37 | 0.31 0.02 0.09 -0.30 0.03 | 1.1 0.0 0.2 2.2 0.0 | 0.25 0.00 0.02 0.25 0.00 |
+---------------------------------------------+--------- CONTRIBUTION CUMULEE = 3.9 0.0 0.6 8.3 0.1 +-------------------------+
| 75 . 3sero3                                                                      |
| m1  - coinf         0.69  4.58 | 0.56 -0.60 1.50 0.39 0.10 | 0.9 1.5 10.8 0.9 0.1 | 0.07 0.08 0.49 0.03 0.00 |
| m2  - VHC+         1.95  0.97 | -0.90 0.20 -0.07 -0.03 -0.04 | 6.4 0.4 0.1 0.0 0.0 | 0.84 0.04 0.01 0.00 0.00 |
| m3  - VIH+         1.21  2.19 | 1.14 0.03 -0.74 -0.17 0.01 | 6.3 0.0 4.6 0.3 0.0 | 0.59 0.00 0.25 0.01 0.00 |
+---------------------------------------------+--------- CONTRIBUTION CUMULEE = 13.5 1.9 15.5 1.2 0.1 +-------------------------+
| 77 . 3PbSant                                                                      |
| m1  - PbSant.5       0.69  4.58 | 0.51 0.21 0.22 0.29 -0.75 | 0.7 0.2 0.2 0.5 3.8 | 0.06 0.01 0.01 0.02 0.12 |
| m2  - PbSant0        2.12  0.81 | 0.07 -0.05 -0.21 0.42 0.29 | 0.0 0.0 0.7 3.2 1.8 | 0.01 0.00 0.06 0.21 0.11 |
| m3  - PbSant1        0.98  2.94 | -0.45 -0.11 0.29 -1.13 -0.11 | 0.8 0.1 0.6 10.8 0.1 | 0.07 0.00 0.03 0.44 0.00 |
+---------------------------------------------+--------- CONTRIBUTION CUMULEE = 1.5 0.3 1.5 14.4 5.7 +-------------------------+
| 78 . 3tttint                                                                      |
| m1  - intsort0       3.27  0.18 | 0.04 -0.03 -0.04 0.14 0.03 | 0.0 0.0 0.0 0.5 0.0 | 0.01 0.00 0.01 0.11 0.00 |
| m2  - intsort1       0.57  5.70 | -0.23 0.16 0.21 -0.78 -0.16 | 0.1 0.1 0.2 3.0 0.1 | 0.01 0.00 0.01 0.11 0.00 |
+---------------------------------------------+--------- CONTRIBUTION CUMULEE = 0.1 0.1 0.2 3.6 0.2 +-------------------------+
| 79 . 3Stadvih                                                                      |
| m2  - stadvih2       0.69  4.58 | 1.14 -0.20 0.38 -0.18 0.54 | 3.6 0.2 0.7 0.2 1.9 | 0.28 0.01 0.03 0.01 0.06 |
| m3  - stadvih3       0.80  3.79 | 0.94 -0.31 0.34 0.37 -0.18 | 2.9 0.4 0.6 1.0 0.3 | 0.24 0.02 0.03 0.04 0.01 |
+---------------------------------------------+--------- CONTRIBUTION CUMULEE = 6.5 0.6 1.3 1.1 2.2 +-------------------------+
| 80 . 3agedecvih                                                                      |
| m1  - vih18-30a       0.57  5.70 | 0.76 -0.43 1.38 0.41 0.38 | 1.3 0.6 7.7 0.8 0.8 | 0.10 0.03 0.34 0.03 0.02 |
| m3  - vih30-40a       0.57  5.70 | 1.15 -0.03 -0.94 -0.25 -0.41 | 3.0 0.0 3.6 0.3 0.9 | 0.23 0.00 0.16 0.01 0.03 |
| m4  - vih40-55a       0.34 10.17 | 1.31 -0.25 0.24 0.04 0.31 | 2.4 0.1 0.1 0.0 0.3 | 0.17 0.01 0.01 0.00 0.01 |
+---------------------------------------------+--------- CONTRIBUTION CUMULEE = 6.8 0.8 11.4 1.1 2.0 +-------------------------+
| 84 . 3Vihmed2                                                                      |
| m1  - medvih1-       1.09  2.53 | -0.05 0.22 0.25 0.01 0.07 | 0.0 0.3 0.5 0.0 0.0 | 0.00 0.02 0.02 0.00 0.00 |
| m2  - medvih2-3       0.17 21.33 | 0.32 0.57 -0.89 0.72 -1.00 | 0.1 0.3 1.0 0.8 1.7 | 0.00 0.02 0.04 0.02 0.05 |
| m3  - medvih4-8       0.17 21.33 | -0.72 -1.42 -0.39 -1.32 -0.63 | 0.4 2.1 0.2 2.6 0.7 | 0.02 0.09 0.01 0.08 0.02 |
| m4  - medvih8+       0.17 21.33 | -0.28 -0.43 -1.08 0.10 1.16 | 0.1 0.2 1.4 0.0 2.2 | 0.00 0.01 0.06 0.00 0.06 |
+---------------------------------------------+--------- CONTRIBUTION CUMULEE = 0.5 2.9 3.0 3.4 4.6 +-------------------------+
| 86 . 3tttVIH                                                                      |
| m2  - tttVIH0        0.23 15.75 | 0.96 -0.34 -0.22 0.67 -1.56 | 0.9 0.2 0.1 0.9 5.4 | 0.06 0.01 0.00 0.03 0.15 |
| m3  - tttVIH1        1.32  1.91 | 1.03 -0.27 0.36 0.00 0.39 | 5.7 0.6 1.2 0.0 1.9 | 0.56 0.04 0.07 0.00 0.08 |
| m4  - tttVIHNC       2.24  0.72 | -0.74 0.18 -0.18 -0.06 -0.06 | 4.9 0.4 0.5 0.1 0.1 | 0.76 0.04 0.04 0.01 0.00 |
+---------------------------------------------+--------- CONTRIBUTION CUMULEE = 11.5 1.1 1.8 1.0 7.4 +-------------------------+
| 88 . 3oublivih                                                                      |
| m1  - ObsVih1        0.86  3.47 | 1.13 -0.33 -0.24 -0.12 -0.16 | 4.4 0.6 0.4 0.1 0.2 | 0.37 0.03 0.02 0.00 0.01 |
| m2  - ObsVih2        0.29 12.40 | 0.93 0.07 1.13 0.12 0.59 | 1.0 0.0 2.6 0.0 1.0 | 0.07 0.00 0.10 0.00 0.03 |
| m3  - ObsVih3        0.29 12.40 | 0.91 -0.21 0.90 0.05 1.35 | 1.0 0.1 1.6 0.0 5.0 | 0.07 0.00 0.07 0.00 0.15 |
| m4  - ObsvihNC       2.41  0.60 | -0.62 0.14 -0.16 0.02 -0.17 | 3.8 0.3 0.4 0.0 0.7 | 0.65 0.03 0.04 0.00 0.05 |
+---------------------------------------------+--------- CONTRIBUTION CUMULEE = 10.1 0.9 5.0 0.2 6.9 +-------------------------+
| 89 . 3Stadvhc                                                                      |
| m1  - stadvhc1       1.15  2.35 | -0.62 0.29 -0.06 0.31 -0.24 | 1.7 0.6 0.0 1.0 0.6 | 0.16 0.04 0.00 0.04 0.02 |
| m2  - stadvhc2       0.98  2.94 | -0.70 0.02 0.37 -0.58 0.40 | 1.9 0.0 0.9 2.8 1.5 | 0.17 0.00 0.05 0.11 0.05 |
| m3  - stadvhc3       0.46  7.38 | -0.01 -0.78 1.37 0.91 -0.21 | 0.0 1.7 6.0 3.3 0.2 | 0.00 0.08 0.25 0.11 0.01 |
+---------------------------------------------+--------- CONTRIBUTION CUMULEE = 3.7 2.2 7.0 7.0 2.3 +-------------------------+
+---------------------------------------------+--------------------------------+-------------------------+-------------------------+
|         MODALITES         |      COORDONNEES      |   CONTRIBUTIONS    |   COSINUS CARRES   |
|---------------------------------------------+--------------------------------+-------------------------+-------------------------|
| IDEN - LIBELLE       P.REL DISTO |  1   2   3   4   5  |  1  2  3  4  5|  1  2  3  4  5 |
+---------------------------------------------+--------------------------------+-------------------------+-------------------------+
| 90 . 3agedecvhc                                                                      |
| m1  - vhc18-30a       0.98  2.94 | -0.42 -0.54 0.41 -0.19 0.73 | 0.7 1.7 1.1 0.3 5.0 | 0.06 0.10 0.06 0.01 0.18 |
| m3  - vhc30-40a       1.03  2.72 | -0.72 0.78 0.24 0.35 -0.12 | 2.1 3.7 0.4 1.1 0.1 | 0.19 0.22 0.02 0.04 0.01 |
| m4  - vhc40-55a       0.40  8.57 | -0.38 -0.27 0.43 -0.50 -0.85 | 0.2 0.2 0.5 0.9 2.8 | 0.02 0.01 0.02 0.03 0.08 |
| m6  - vhcagensp       0.11 32.50 | -0.25 -1.38 1.25 1.66 -2.26 | 0.0 1.3 1.2 2.7 5.7 | 0.00 0.06 0.05 0.08 0.16 |
+---------------------------------------------+--------- CONTRIBUTION CUMULEE = 3.1 6.9 3.3 5.0 13.6 +-------------------------+
| 92 . 3contvhc                                                                      |
| m3  - vhcnsp        1.21  2.19 | -0.58 0.65 0.19 -0.11 -0.25 | 1.6 3.0 0.3 0.1 0.7 | 0.15 0.19 0.02 0.01 0.03 |
| m4  - vhcsex        0.17 21.33 | 0.83 -0.41 2.54 0.82 -1.73 | 0.5 0.2 7.8 1.0 5.0 | 0.03 0.01 0.30 0.03 0.14 |
| m6  - vhcUD         1.09  2.53 | -0.85 -0.64 0.06 0.10 0.44 | 3.2 2.7 0.0 0.1 2.1 | 0.29 0.16 0.00 0.00 0.08 |
+---------------------------------------------+--------- CONTRIBUTION CUMULEE = 5.3 5.9 8.1 1.2 7.8 +-------------------------+
| 93 . 3Suivhc                                                                      |
| m1  - Suivhc0        1.72  1.23 | -0.69 -0.32 0.11 0.33 -0.24 | 3.3 1.1 0.1 1.6 1.0 | 0.39 0.09 0.01 0.09 0.05 |
| m2  - Suivhc1        0.75  4.15 | -0.08 0.63 0.93 -0.53 0.57 | 0.0 1.7 4.5 1.8 2.4 | 0.00 0.09 0.21 0.07 0.08 |
+---------------------------------------------+--------- CONTRIBUTION CUMULEE = 3.4 2.8 4.7 3.4 3.3 +-------------------------+
| 94 . 3vhcmed2                                                                      |
| m1  - medvhc1-       0.69  4.58 | -0.42 0.47 0.70 -0.57 -0.25 | 0.5 0.9 2.3 1.9 0.4 | 0.04 0.05 0.11 0.07 0.01 |
| m2  - medvhc2-3       0.34 10.17 | -0.50 -0.17 0.51 1.28 -0.03 | 0.3 0.1 0.6 4.8 0.0 | 0.02 0.00 0.03 0.16 0.00 |
| m5  - medvhc9        1.44  1.68 | -0.59 -0.29 0.13 0.13 0.16 | 2.0 0.7 0.2 0.2 0.4 | 0.20 0.05 0.01 0.01 0.02 |
+---------------------------------------------+--------- CONTRIBUTION CUMULEE = 2.8 1.6 3.1 7.0 0.8 +-------------------------+
| 95 . 3tttVHC                                                                      |
| m2  - tttVHC.5       0.46  7.38 | -0.71 0.57 0.91 -1.07 -0.61 | 0.9 0.9 2.6 4.5 1.6 | 0.07 0.04 0.11 0.15 0.05 |
| m3  - tttVHC0        1.26  2.05 | -0.51 -0.34 -0.01 0.38 -0.14 | 1.3 0.9 0.0 1.6 0.2 | 0.13 0.06 0.00 0.07 0.01 |
| m4  - tttVHC1        0.57  5.70 | -0.71 0.77 0.30 0.24 0.93 | 1.2 2.0 0.4 0.3 4.8 | 0.09 0.10 0.02 0.01 0.15 |
+---------------------------------------------+--------- CONTRIBUTION CUMULEE = 3.4 3.8 3.0 6.4 6.6 +-------------------------+
| 97 . 3VHCreg                                                                      |
| m1  - Suivhc0        0.46  7.38 | -0.81 -0.46 -0.42 0.32 -0.37 | 1.2 0.6 0.6 0.4 0.6 | 0.09 0.03 0.02 0.01 0.02 |
| m2  - VHC1x         0.34 10.17 | -0.23 -1.70 0.44 0.97 -0.47 | 0.1 5.9 0.5 2.8 0.7 | 0.01 0.28 0.02 0.09 0.02 |
| m3  - VHCirreg       0.40  8.57 | -0.99 -0.80 0.21 -0.63 0.74 | 1.6 1.5 0.1 1.3 2.1 | 0.11 0.07 0.01 0.05 0.06 |
| m4  - VHCreg        1.21  2.19 | -0.34 0.80 0.75 -0.11 0.09 | 0.5 4.6 4.7 0.1 0.1 | 0.05 0.29 0.26 0.01 0.00 |
+---------------------------------------------+--------- CONTRIBUTION CUMULEE = 3.4 12.6 5.9 4.6 3.6 +-------------------------+
| 99 . 3oublivhc                                                                      |
| m1  - ObsVhc1        0.92  3.19 | -0.45 0.58 0.85 0.15 -0.17 | 0.7 1.9 4.6 0.2 0.3 | 0.06 0.11 0.23 0.01 0.01 |
| m2  - ObsVhc2        0.11 32.50 | -1.07 0.46 0.92 -2.52 -0.35 | 0.5 0.1 0.7 6.3 0.1 | 0.03 0.01 0.03 0.20 0.00 |
```

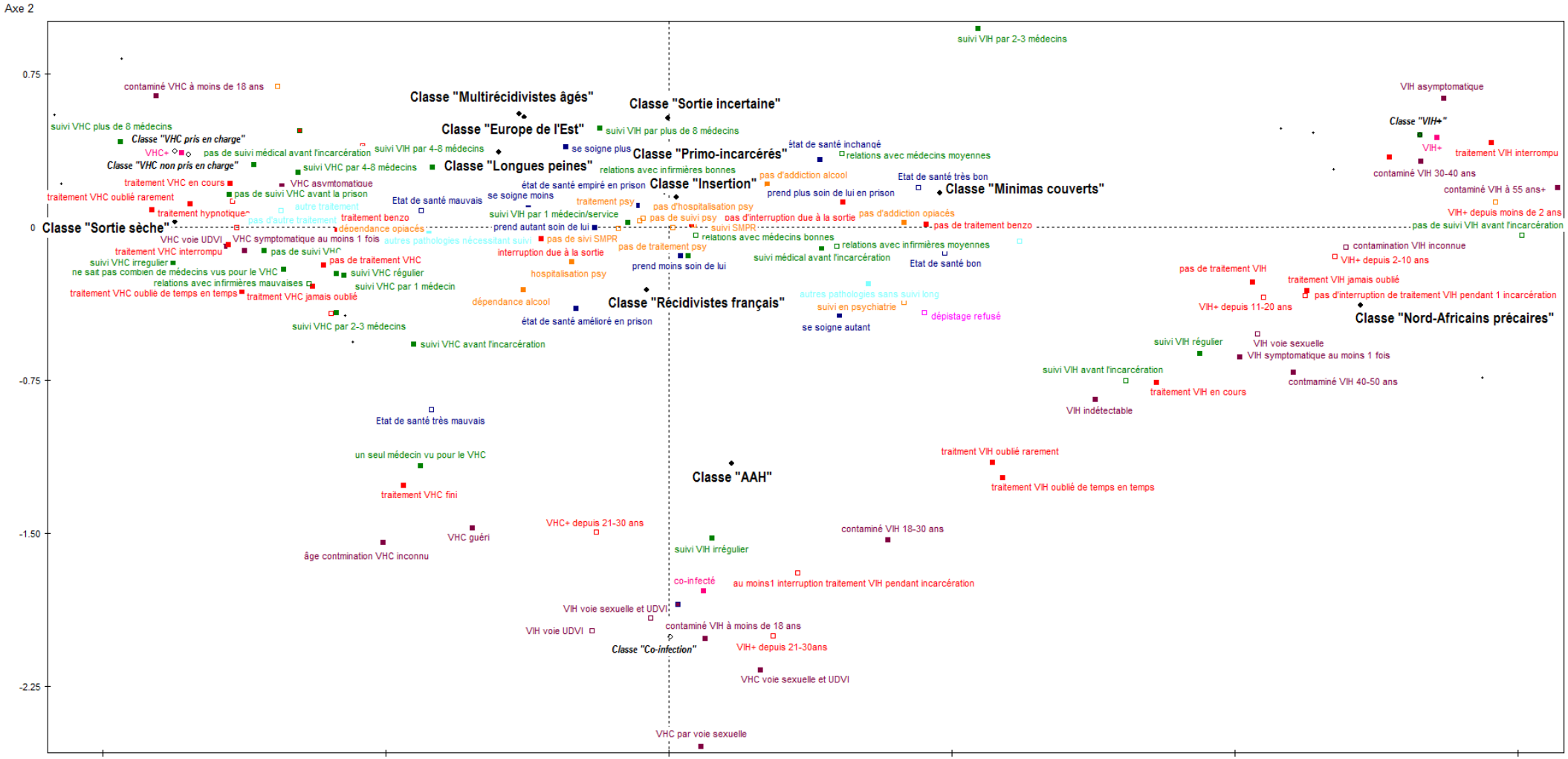
```
| m3  - ObsVhc3        0.17 21.33 | -0.74 -0.50 0.16 -0.82 2.48 | 0.4 0.3 0.0 1.0 10.3 | 0.03 0.01 0.00 0.03 0.29 |
+------------------------------------------+--------- CONTRIBUTION CUMULEE = 1.6 2.3 5.4 7.4 10.7 +--------------------------+
| 100 . 3HP                                                                         |
| m1  - HP0          2.81  0.37 | 0.10 0.19 -0.07 0.17 0.10 | 0.1 0.6 0.1 0.7 0.3 | 0.03 0.10 0.01 0.08 0.03 |
| m2  - HP1          1.03  2.72 | -0.28 -0.53 0.18 -0.47 -0.29 | 0.3 1.7 0.2 2.0 0.8 | 0.03 0.10 0.01 0.08 0.03 |
+------------------------------------------+--------- CONTRIBUTION CUMULEE = 0.4 2.4 0.3 2.7 1.1 +--------------------------+
| 104 . 3Alc                                                                         |
| m1  - alc0         2.30  0.68 | 0.20 0.53 -0.07 -0.07 0.08 | 0.4 3.9 0.1 0.1 0.1 | 0.06 0.42 0.01 0.01 0.01 |
| m2  - alc1         1.55  1.48 | -0.29 -0.79 0.10 0.11 -0.11 | 0.5 5.8 0.1 0.2 0.2 | 0.06 0.42 0.01 0.01 0.01 |
+------------------------------------------+--------- CONTRIBUTION CUMULEE = 0.9 9.6 0.2 0.3 0.3 +--------------------------+
| 105 . 3Tox                                                                         |
| m1  - tox0         2.24  0.72 | 0.47 0.37 0.03 -0.01 -0.26 | 2.0 1.8 0.0 0.0 1.5 | 0.31 0.19 0.00 0.00 0.10 |
| m2  - tox1         1.61  1.39 | -0.66 -0.51 -0.03 0.01 0.36 | 2.8 2.5 0.0 0.0 2.1 | 0.31 0.19 0.00 0.00 0.10 |
+------------------------------------------+--------- CONTRIBUTION CUMULEE = 4.8 4.3 0.0 0.0 3.5 +--------------------------+
| 107 . 3BZD                                                                         |
| m1  - Bzd0         2.18  0.76 | 0.51 0.33 -0.02 -0.01 0.10 | 2.3 1.4 0.0 0.0 0.2 | 0.35 0.14 0.00 0.00 0.01 |
| m2  - BZD1         1.61  1.39 | -0.66 -0.41 0.04 0.06 -0.16 | 2.8 1.6 0.0 0.0 0.4 | 0.32 0.12 0.00 0.00 0.02 |
+------------------------------------------+--------- CONTRIBUTION CUMULEE = 5.2 3.0 0.0 0.0 0.6 +--------------------------+
| 122 . classes Bloc 1-2                                                                   |
| m1  - 1/6          0.75  4.15 | 0.13 0.73 0.14 0.18 -0.37 | 0.1 2.4 0.1 0.2 1.0 | 0.00 0.13 0.00 0.01 0.03 |
| m2  - 2/6          0.29 12.40 | -0.24 0.91 0.12 -1.13 -0.82 | 0.1 1.4 0.0 3.2 1.8 | 0.00 0.07 0.00 0.10 0.05 |
| m3  - 3/6          0.57  5.70 | -0.35 0.58 -0.33 0.64 0.82 | 0.3 1.2 0.4 2.0 3.8 | 0.02 0.06 0.02 0.07 0.12 |
| m4  - 4/6          0.23 15.75 | -0.36 0.64 -0.25 0.89 -0.10 | 0.1 0.6 0.1 1.6 0.0 | 0.01 0.03 0.00 0.05 0.00 |
| m5  - 5/6          0.29 12.40 | 1.31 0.01 0.18 0.17 0.99 | 2.0 0.0 0.1 0.1 2.7 | 0.14 0.00 0.00 0.00 0.08 |
| m6  - 6/6          1.72  1.23 | -0.07 -0.75 0.03 -0.25 -0.13 | 0.0 5.8 0.0 0.9 0.3 | 0.00 0.46 0.00 0.05 0.01 |
+------------------------------------------+--------- CONTRIBUTION CUMULEE = 2.5 11.3 0.8 8.0 9.6 +--------------------------+
COORDONNEES ET VALEURS-TEST DES MODALITES
AXES 1 A 5
+---------------------------------------------+-------------------------------+------------------------------------+----------+
|         MODALITES          |     VALEURS-TEST      |       COORDONNEES       |     |
|---------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|----------|
| IDEN - LIBELLE        EFF.  P.ABS |  1   2   3   4   5  |  1   2   3   4   5  | DISTO. |
+---------------------------------------------+-------------------------------+------------------------------------+----------+
|  1 . Classes bloc 5                                                            |
| m1  - 1/5          17   17.00 |  0.4  4.1  0.5  1.6  0.0 |  0.08  0.86  0.10  0.35 -0.01 |   2.94 |
| m2  - 2/5          16   16.00 |  2.0 -0.4 -1.2 -1.3  0.2 |  0.43 -0.10 -0.27 -0.29  0.04 |   3.19 |
| m3  - 3/5          10   10.00 | -3.3 -0.6  1.0 -0.2  1.3 | -0.96 -0.17  0.28 -0.06  0.39 |   5.70 |
| m4  - 4/5          13   13.00 | -0.8 -1.1 -3.8  0.3 -0.2 | -0.20 -0.28 -0.96  0.07 -0.05 |   4.15 |
| m5  - 5/5          11   11.00 |  1.3 -2.5  4.0 -0.5 -1.2 |  0.35 -0.69  1.12 -0.14 -0.33 |   5.09 |
+---------------------------------------------+-------------------------------+------------------------------------+----------+
|  67 . 3etasant2                                                               |
| m1  - stmieu         18   18.00 | -0.7 -4.0  0.2  0.2  0.6 | -0.15 -0.82  0.04  0.05  0.12 |   2.72 |
| m2  - stpar         13   13.00 |  0.5 -1.6 -1.9 -2.3 -0.4 |  0.13 -0.40 -0.48 -0.59 -0.11 |   4.15 |
| m3  - stpir         35   35.00 | -0.1  5.1  1.2  1.7 -0.4 | -0.01  0.60  0.14  0.20 -0.05 |   0.91 |
| 67_ - *Reponse manquante*   1   1.00 |  1.3 -0.9  0.5 -0.1  1.0 |  1.32 -0.90  0.47 -0.13  0.96 |  66.00 |
+---------------------------------------------+-------------------------------+------------------------------------+----------+
|  68 . 3etasant3                                                               |
| m1  - soinmieu        27   27.00 | -1.8  0.7 -2.6  1.6  1.9 | -0.27  0.10 -0.39  0.25  0.29 |   1.48 |
| m2  - soinpar        27   27.00 |  2.5 -2.5  1.5 -2.4 -1.9 |  0.37 -0.37  0.23 -0.36 -0.28 |   1.48 |
| m3  - soinpir        13   13.00 | -0.8  2.2  1.3  1.0 -0.1 | -0.20  0.56  0.33  0.24 -0.01 |   4.15 |
+---------------------------------------------+-------------------------------+------------------------------------+----------+
|  69 . 3etasant4                                                               |
| m1  - soimieu        22   22.00 |  0.5 -2.7 -1.8  0.9  0.9 |  0.08 -0.47 -0.32  0.15  0.15 |   2.05 |
| m2  - soipar         22   22.00 | -0.7 -0.9 -0.3 -3.2 -2.2 | -0.12 -0.15 -0.06 -0.56 -0.39 |   2.05 |
| m3  - soipir         21   21.00 |  0.9  3.1  2.3  2.0  1.1 |  0.16  0.57  0.42  0.37  0.21 |   2.19 |
| 69_ - *Reponse manquante*   2   2.00 | -1.7  1.2 -0.4  0.8  0.5 | -1.17  0.84 -0.26  0.57  0.36 |  32.50 |
+---------------------------------------------+-------------------------------+------------------------------------+----------+
|  70 . 3Suiv                                                                   |
| m1  - suiv0         18   18.00 | -4.1 -0.3 -1.2  4.1 -0.4 | -0.83 -0.07 -0.24  0.83 -0.08 |   2.72 |
| m2  - suiv1         49   49.00 |  4.1  0.3  1.2 -4.1  0.4 |  0.31  0.02  0.09 -0.30  0.03 |   0.37 |
+---------------------------------------------+-------------------------------+------------------------------------+----------+
|  75 . 3sero3                                                                  |
| m1  - coinf         12   12.00 |  2.1 -2.3  5.7  1.5  0.4 |  0.56 -0.60  1.50  0.39  0.10 |   4.58 |
| m2  - VHC+          34   34.00 | -7.4  1.6 -0.6 -0.3 -0.4 | -0.90  0.20 -0.07 -0.03 -0.04 |   0.97 |
| m3  - VIH+          21   21.00 |  6.2  0.1 -4.1 -1.0  0.1 |  1.14  0.03 -0.74 -0.17  0.01 |   2.19 |
+---------------------------------------------+-------------------------------+------------------------------------+----------+
|  77 . 3PbSant                                                                 |
| m1  - PbSant.5        12   12.00 |  1.9  0.8  0.8  1.1 -2.8 |  0.51  0.21  0.22  0.29 -0.75 |   4.58 |
| m2  - PbSant0        37   37.00 |  0.7 -0.5 -1.9  3.8  2.7 |  0.07 -0.05 -0.21  0.42  0.29 |   0.81 |
| m3  - PbSant1        17   17.00 | -2.1 -0.5  1.4 -5.4 -0.5 | -0.45 -0.11  0.29 -1.13 -0.11 |   2.94 |
| 77_ - *Reponse manquante*   1   1.00 | -1.2  1.3  0.5  0.3 -0.1 | -1.19  1.27  0.45  0.34 -0.09 |  66.00 |
+---------------------------------------------+-------------------------------+------------------------------------+----------+
|  78 . 3tttint                                                                 |
| m1  - intsort0        57   57.00 |  0.8 -0.5 -0.7  2.7  0.5 |  0.04 -0.03 -0.04  0.14  0.03 |   0.18 |
| m2  - intsort1        10   10.00 | -0.8  0.5  0.7 -2.7 -0.5 | -0.23  0.16  0.21 -0.78 -0.16 |   5.70 |
+---------------------------------------------+-------------------------------+------------------------------------+----------+
|  79 . 3Stadvih                                                                |
| m1  - stadvih1        2   2.00 |  1.4 -0.2 -1.7 -0.4 -1.2 |  1.00 -0.12 -1.20 -0.28 -0.88 |  32.50 |
| m2  - stadvih2        12   12.00 |  4.3 -0.8  1.5 -0.7  2.1 |  1.14 -0.20  0.38 -0.18  0.54 |   4.58 |
| m3  - stadvih3        14   14.00 |  3.9 -1.3  1.4  1.6 -0.7 |  0.94 -0.31  0.34  0.37 -0.18 |   3.79 |
| m4  - stadvihNC       39   39.00 | -7.1  1.7 -1.7 -0.6 -0.5 | -0.74  0.18 -0.18 -0.06 -0.06 |   0.72 |
+---------------------------------------------+-------------------------------+------------------------------------+----------+
|  80 . 3agedecvih                                                               |
| m1  - vih18-30a       10   10.00 |  2.6 -1.5  4.7  1.4  1.3 |  0.76 -0.43  1.38  0.41  0.38 |   5.70 |
| m2  - vih-18a         1   1.00 |  0.4 -1.0  1.6  0.4  0.2 |  0.44 -1.05  1.62  0.43  0.23 |  66.00 |
| m3  - vih30-40a       10   10.00 |  3.9 -0.1 -3.2 -0.9 -1.4 |  1.15 -0.03 -0.94 -0.25 -0.41 |   5.70 |
| m4  - vih40-55a        6   6.00 |  3.3 -0.6  0.6  0.1  0.8 |  1.31 -0.25  0.24  0.04  0.31 |  10.17 |
| m5  - vih55+         1   1.00 |  1.5  0.3 -0.6  0.2  0.4 |  1.48  0.28 -0.59  0.21  0.41 |  66.00 |
| 80_ - *Reponse manquante*  39   39.00 | -7.1  1.7 -1.7 -0.6 -0.5 | -0.74  0.18 -0.18 -0.06 -0.06 |   0.72 |
+---------------------------------------------+-------------------------------+------------------------------------+----------+
|  84 . 3Vihmed2                                                                |
| m1  - medvih1-        19   19.00 | -0.3  1.1  1.3  0.1  0.3 | -0.05  0.22  0.25  0.01  0.07 |   2.53 |
| m2  - medvih2-3        3   3.00 |  0.6  1.0 -1.6  1.3 -1.8 |  0.32  0.57 -0.89  0.72 -1.00 |  21.33 |
| m3  - medvih4-8        3   3.00 | -1.3 -2.5 -0.7 -2.3 -1.1 | -0.72 -1.42 -0.39 -1.32 -0.63 |  21.33 |
| m4  - medvih8+        3   3.00 | -0.5 -0.8 -1.9  0.2  2.0 | -0.28 -0.43 -1.08  0.10  1.16 |  21.33 |
| m5  - medvihNC        39   39.00 |  0.7 -0.1  0.6  0.3  0.0 |  0.08 -0.01  0.06  0.03  0.00 |   0.72 |
+---------------------------------------------+-------------------------------+------------------------------------+----------+
|  86 . 3tttVIH                                                                 |
| m1  - tttVIH.5        1   1.00 |  1.3  0.5 -0.6 -0.2 -0.5 |  1.25  0.53 -0.56 -0.18 -0.45 |  66.00 |
| m2  - tttVIH0         4   4.00 |  2.0 -0.7 -0.4  1.4 -3.2 |  0.96 -0.34 -0.22  0.67 -1.56 |  15.75 |
| m3  - tttVIH1        23   23.00 |  6.1 -1.6  2.1  0.0  2.3 |  1.03 -0.27  0.36  0.00  0.39 |   1.91 |
| m4  - tttVIHNC        39   39.00 | -7.1  1.7 -1.7 -0.6 -0.5 | -0.74  0.18 -0.18 -0.06 -0.06 |   0.72 |
+---------------------------------------------+-------------------------------+------------------------------------+----------+
+---------------------------------------------+-------------------------------+------------------------------------+----------+
|         MODALITES          |     VALEURS-TEST      |       COORDONNEES       |     |
|---------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|----------|
| IDEN - LIBELLE        EFF.  P.ABS |  1   2   3   4   5  |  1   2   3   4   5  | DISTO. |
+---------------------------------------------+-------------------------------+------------------------------------+----------+
|  88 . 3oublivih                                                               |
| m1  - ObsVih1       15   15.00 |  4.9 -1.4 -1.1 -0.5 -0.7 |  1.13 -0.33 -0.24 -0.12 -0.16 |   3.47 |
| m2  - ObsVih2        5   5.00 |  2.1  0.2  2.6  0.3  1.4 |  0.93  0.07  1.13  0.12  0.59 |  12.40 |
| m3  - ObsVih3        5   5.00 |  2.1 -0.5  2.1  0.1  3.1 |  0.91 -0.21  0.90  0.05  1.35 |  12.40 |
| m4  - ObsvihNC       42   42.00 | -6.6  1.4 -1.6  0.2 -1.8 | -0.62  0.14 -0.16  0.02 -0.17 |   0.60 |
+---------------------------------------------+-------------------------------+------------------------------------+----------+
|  89 . 3Stadvhc                                                                |
| m1  - stadvhc1       20   20.00 | -3.3  1.5 -0.3  1.7 -1.3 | -0.62  0.29 -0.06  0.31 -0.24 |   2.35 |
| m2  - stadvhc2       17   17.00 | -3.3  0.1  1.7 -2.7  1.9 | -0.70  0.02  0.37 -0.58  0.40 |   2.94 |
| m3  - stadvhc3       8   8.00 |  0.0 -2.3  4.1  2.7 -0.6 | -0.01 -0.78  1.37  0.91 -0.21 |   7.38 |
| m4  - stadvhcNC      22   22.00 |  6.3  0.0 -4.1 -1.0 -0.1 |  1.10  0.01 -0.72 -0.17 -0.02 |   2.05 |
+---------------------------------------------+-------------------------------+------------------------------------+----------+
|  90 . 3agedecvhc                                                               |
| m1  - vhc18-30a      17   17.00 | -2.0 -2.6  1.9 -0.9  3.4 | -0.42 -0.54  0.41 -0.19  0.73 |   2.94 |
| m2  - vhc-18a        1   1.00 | -1.1 -0.3 -0.9  1.0  0.7 | -1.10 -0.30 -0.88  0.97  0.71 |  66.00 |
```

m3	vhc30-40a	18	18.00	-3.5	3.8	1.2	1.7	-0.6	-0.72	0.78	0.24	0.35	-0.12	2.72
m4	vhc40-55a	7	7.00	-1.0	-0.8	1.2	-1.4	-2.4	-0.38	-0.27	0.43	-0.50	-0.85	8.57
m5	vhcageNC	22	22.00	6.3	0.0	-4.1	-1.0	-0.1	1.10	0.01	-0.72	-0.17	-0.02	2.05
m6	vhcagensp	2	2.00	-0.4	-2.0	1.8	2.4	-3.2	-0.25	-1.38	1.25	1.66	-2.26	32.50
92 .	3contvhc													
m1	contvhcNC	22	22.00	6.3	0.0	-4.1	-1.0	-0.1	1.10	0.01	-0.72	-0.17	-0.02	2.05
m2	vhcaut	1	1.00	0.7	0.9	2.1	1.2	2.0	0.75	0.92	2.06	1.22	1.98	66.00
m3	vhcnsp	21	21.00	-3.2	3.6	1.0	-0.6	-1.4	-0.58	0.65	0.19	-0.11	-0.25	2.19
m4	vhcsex	3	3.00	1.5	-0.7	4.5	1.4	-3.0	0.83	-0.41	2.54	0.82	-1.73	21.33
m5	vhcsexUD	1	1.00	0.9	-1.3	1.2	0.5	0.4	0.86	-1.25	1.15	0.46	0.42	66.00
m6	vhcUD	19	19.00	-4.4	-3.3	0.3	0.5	2.3	-0.85	-0.64	0.06	0.10	0.44	2.53
93 .	3Suivhc													
m1	Suivhc0	30	30.00	-5.1	-2.4	0.8	2.4	-1.8	-0.69	-0.32	0.11	0.33	-0.24	1.23
m2	Suivhc1	13	13.00	-0.3	2.5	3.7	-2.1	2.3	-0.08	0.63	0.93	-0.53	0.57	4.15
m3	suivhcNC	24	24.00	5.5	0.4	-3.9	-0.8	-0.1	0.91	0.07	-0.64	-0.12	-0.01	1.79
94 .	3vhcmed2													
m1	medvhc1-	12	12.00	-1.6	1.8	2.6	-2.2	-0.9	-0.42	0.47	0.70	-0.57	-0.25	4.58
m2	medvhc2-3	6	6.00	-1.3	-0.4	1.3	3.3	-0.1	-0.50	-0.17	0.51	1.28	-0.03	10.17
m3	medvhc4-8	1	1.00	-0.3	2.1	0.9	-0.4	-0.3	-0.26	2.09	0.87	-0.38	-0.27	66.00
m4	medvhc8+	1	1.00	-1.2	0.4	0.4	0.0	-0.3	-1.25	0.37	0.44	0.02	-0.28	66.00
m5	medvhc9	25	25.00	-3.7	-1.8	0.8	0.8	1.0	-0.59	-0.29	0.13	0.13	0.16	1.68
m6	medvhcNC	22	22.00	6.3	0.0	-4.1	-1.0	-0.1	1.10	0.01	-0.72	-0.17	-0.02	2.05
95 .	3tttVHC													
m1	tttHVCNC	23	23.00	6.3	-0.2	-3.6	-0.8	0.0	1.07	-0.04	-0.62	-0.14	-0.01	1.91
m2	tttVHC.5	8	8.00	-2.1	1.7	2.7	-3.2	-1.8	-0.71	0.57	0.91	-1.07	-0.61	7.38
m3	tttVHC0	22	22.00	-2.9	-1.9	0.0	2.2	-0.8	-0.51	-0.34	-0.01	0.38	-0.14	2.05
m4	tttVHC1	10	10.00	-2.4	2.6	1.0	0.8	3.2	-0.71	0.77	0.30	0.24	0.93	5.70
m5	tttVHC2	4	4.00	-0.4	-2.0	2.1	0.5	-0.6	-0.19	-0.98	1.04	0.24	-0.32	15.75
97 .	3VHCreg													
m1	Suivhc0	8	8.00	-2.4	-1.4	-1.3	0.9	-1.1	-0.81	-0.46	-0.42	0.32	-0.37	7.38
m2	VHC1x	6	6.00	-0.6	-4.3	1.1	2.5	-1.2	-0.23	-1.70	0.44	0.97	-0.47	10.17
m3	VHCirreg	7	7.00	-2.7	-2.2	0.6	-1.7	2.1	-0.99	-0.80	0.21	-0.63	0.74	8.57
m4	VHCreg	21	21.00	-1.8	4.4	4.1	-0.6	0.5	-0.34	0.80	0.75	-0.11	0.09	2.19
m5	VHCregNC	25	25.00	5.5	0.7	-4.1	-0.4	-0.3	0.87	0.10	-0.66	-0.07	-0.05	1.68
99 .	3oublivhc													
m1	ObsVhc1	16	16.00	-2.0	2.7	3.9	0.7	-0.8	-0.45	0.58	0.85	0.15	-0.17	3.19
m2	ObsVhc2	2	2.00	-1.5	0.6	1.3	-3.6	-0.5	-1.07	0.46	0.92	-2.52	-0.35	32.50
m3	ObsVhc3	3	3.00	-1.3	-0.9	0.3	-1.4	4.4	-0.74	-0.50	0.16	-0.82	2.48	21.33
m4	obsVhcNC	46	46.00	3.0	-2.3	-4.2	1.3	-1.0	0.25	-0.19	-0.35	0.11	-0.09	0.46
100 .	3HP													
m1	HP0	49	49.00	1.4	2.6	-0.9	2.3	1.4	0.10	0.19	-0.07	0.17	0.10	0.37
m2	HP1	18	18.00	-1.4	-2.6	0.9	-2.3	-1.4	-0.28	-0.53	0.18	-0.47	-0.29	2.72
104 .	3Alc													
m1	alc0	40	40.00	2.0	5.3	-0.7	-0.7	0.8	0.20	0.53	-0.07	-0.07	0.08	0.68
m2	alc1	27	27.00	-2.0	-5.3	0.7	0.7	-0.8	-0.29	-0.79	0.10	0.11	-0.11	1.48
105 .	3Tox													
m1	tox0	39	39.00	4.5	3.5	0.2	-0.1	-2.5	0.47	0.37	0.03	-0.01	-0.26	0.72
m2	tox1	28	28.00	-4.5	-3.5	-0.2	0.1	2.5	-0.66	-0.51	-0.03	0.01	0.36	1.39

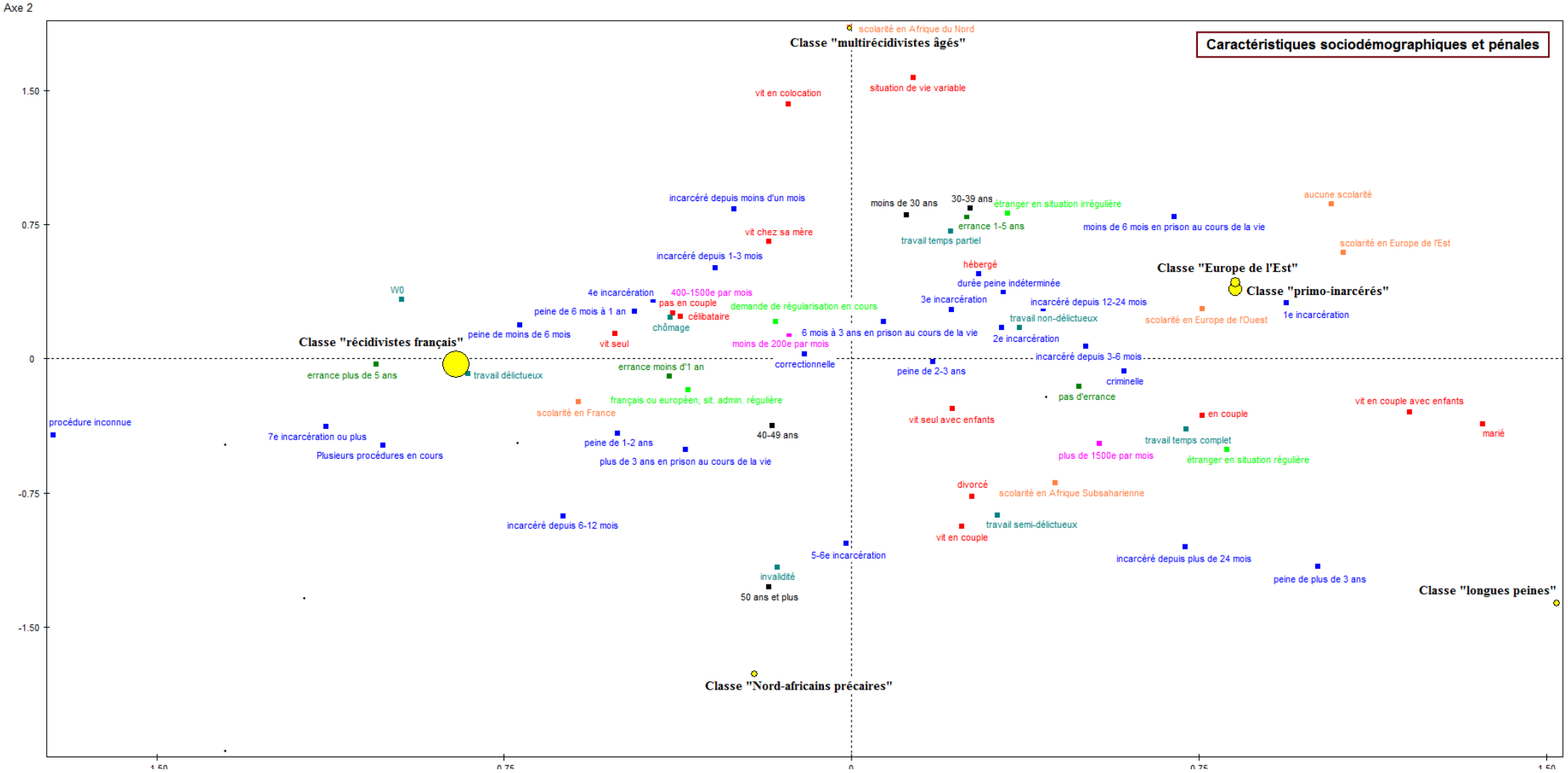
MODALITES				VALEURS-TEST					COORDONNEES					
IDEN	LIBELLE	EFF.	P.ABS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	DISTO.
107 .	3BZD													
m1	Bzd0	38	38.00	4.8	3.1	-0.2	-0.1	0.9	0.51	0.33	-0.02	-0.01	0.10	0.76
m2	BZD1	28	28.00	-4.6	-2.8	0.3	0.4	-1.1	-0.66	-0.41	0.04	0.06	-0.16	1.39
m3	Hypn1	1	1.00	-1.0	-1.1	-0.4	-1.1	0.6	-0.96	-1.06	-0.35	-1.13	0.64	66.00
122 .	classes Bloc 1-2													
m1	1/6	13	13.00	0.5	2.9	0.6	0.7	-1.5	0.13	0.73	0.14	0.18	-0.37	4.15
m2	2/6	5	5.00	-0.5	2.1	0.3	-2.6	-1.9	-0.24	0.91	0.12	-1.13	-0.82	12.40
m3	3/6	10	10.00	-1.2	2.0	-1.1	2.2	2.8	-0.35	0.58	-0.33	0.64	0.82	5.70
m4	4/6	4	4.00	-0.7	1.3	-0.5	1.8	-0.2	-0.36	0.64	-0.25	0.89	-0.10	15.75
m5	5/6	5	5.00	3.0	0.0	0.4	0.4	2.3	1.31	0.01	0.18	0.17	0.99	12.40
m6	6/6	30	30.00	-0.5	-5.5	0.2	-1.8	-1.0	-0.07	-0.75	0.03	-0.25	-0.13	1.23
66 .	3etasant1													
m1	Stb	17	17.00	2.2	-1.3	-0.5	-1.3	-0.5	0.47	-0.28	-0.10	-0.28	-0.11	2.94
m2	stm	16	16.00	-2.2	1.0	1.1	-0.7	1.5	-0.48	0.21	0.23	-0.15	0.34	3.19
m3	Stmoy	24	24.00	-0.6	0.6	-1.6	1.1	-1.4	-0.09	0.10	-0.27	0.19	-0.24	1.79
m4	Sttb	5	5.00	0.7	-1.7	-1.2	0.2	0.5	0.28	-0.74	-0.51	0.09	0.20	12.40
m5	sttm	4	4.00	-0.1	0.9	2.5	0.5	-0.4	-0.03	0.43	1.23	0.24	-0.20	15.75
66_	*Reponse manquante*	1	1.00	0.7	0.9	2.1	1.2	2.0	0.75	0.92	2.06	1.22	1.98	66.00
71 .	3Medrel													
m1	medrel2	3	3.00	0.0	-0.4	-0.3	-0.7	0.4	0.03	-0.23	-0.18	-0.38	0.24	21.33
m2	medrel3	60	60.00	1.7	0.3	0.2	-0.9	-0.2	0.07	0.01	0.01	-0.04	-0.01	0.12
m3	medrelNC	3	3.00	-1.8	0.1	-0.2	0.9	-0.3	-1.03	0.03	-0.09	0.50	-0.17	21.33
71_	*Reponse manquante*	1	1.00	-1.3	-0.2	0.2	1.9	0.4	-1.29	-0.21	0.23	1.90	0.36	66.00
72 .	3infrel													
m1	infrel1	4	4.00	-0.8	1.1	1.6	1.5	-0.1	-0.39	0.53	0.79	0.75	-0.05	15.75
m2	infrel2	6	6.00	0.8	0.6	0.7	-0.8	1.2	0.32	0.23	0.27	-0.33	0.45	10.17
m3	infrel3	57	57.00	-0.1	-1.2	-1.6	-0.4	-0.9	-0.01	-0.06	-0.08	-0.02	-0.04	0.18
74 .	3Dep													
m1	Dep0	4	4.00	1.3	0.2	1.0	-1.0	0.4	0.64	0.09	0.49	-0.49	0.17	15.75
m2	Dep1	46	46.00	-2.4	-0.5	-0.4	0.6	-0.3	-0.20	-0.04	-0.03	0.05	-0.03	0.46
74_	*Reponse manquante*	17	17.00	1.9	0.4	-0.1	-0.1	0.1	0.39	0.09	-0.02	-0.02	0.03	2.94
81 .	3annvih													
m1	annvihNC	39	39.00	-7.1	1.7	-1.7	-0.6	-0.5	-0.74	0.18	-0.18	-0.06	-0.06	0.72
m2	vih11-20	7	7.00	2.9	-0.7	-0.4	-0.3	0.7	1.06	-0.24	-0.15	-0.12	0.26	8.57
m3	vih2-	1	1.00	1.2	-0.7	-0.9	0.4	1.2	1.22	-0.71	-0.87	0.43	1.20	66.00
m4	vih2-10	13	13.00	4.8	0.4	-1.2	0.1	-0.6	1.20	0.10	-0.29	0.02	-0.15	4.15
m5	vih21-30	7	7.00	1.9	-2.3	5.0	1.0	0.4	0.67	-0.84	1.80	0.37	0.16	8.57
82 .	3contvih													
m1	contvihNC	39	39.00	-7.1	1.7	-1.7	-0.6	-0.5	-0.74	0.18	-0.18	-0.06	-0.06	0.72
m2	vihnsp	5	5.00	2.7	0.6	-0.5	0.0	0.7	1.19	0.28	-0.24	-0.01	0.30	12.40
m3	vihsex	19	19.00	5.9	-0.9	0.7	0.6	-1.1	1.14	-0.18	0.13	0.11	-0.21	2.53
m4	vihsex+UD	2	2.00	0.6	-1.0	2.4	-1.0	1.9	0.40	-0.69	1.65	-0.70	1.32	32.50
m5	vihUD	2	2.00	0.3	-2.5	1.7	1.3	1.4	0.19	-1.76	1.16	0.88	1.01	32.50
83 .	3Suivih													
m1	Suivih0	4	4.00	2.8	-0.9	-1.0	-0.2	1.3	1.36	-0.42	-0.48	-0.10	0.66	15.75
m2	Suivih1	24	24.00	5.9	-1.3	2.2	0.7	-0.1	0.98	-0.22	0.37	0.12	-0.02	1.79
m3	SuivihNC	39	39.00	-7.1	1.7	-1.7	-0.6	-0.5	-0.74	0.18	-0.18	-0.06	-0.06	0.72
85 .	3VIHreg													
m1	VIHirreg	1	1.00	0.9	0.9	1.9	0.7	1.2	0.94	0.88	1.92	0.69	1.19	66.00
m2	VIHreg	27	27.00	6.9	-1.9	1.2	0.4	0.3	1.04	-0.29	0.18	0.07	0.04	1.48
m3	VIHregNC	39	39.00	-7.1	1.7	-1.7	-0.6	-0.5	-0.74	0.18	-0.18	-0.06	-0.06	0.72

```
+-------------------------------------------+-----------------------------+-----------------------------------+----------+
|  91 . 3annvhc                                                           |
| m1  - annvhcNC        24   24.00 |  6.0 -0.7 -3.4 -0.1 -1.2 |  0.99 -0.11 -0.56 -0.02 -0.21 |   1.79 |
| m2  - vhc11-20        10   10.00 | -1.5 -0.6  1.8 -2.2 -0.9 | -0.46 -0.18  0.53 -0.64 -0.26 |   5.70 |
| m3  - vhc2-          14   14.00 | -3.2  2.4  0.2  1.3 -1.5 | -0.76  0.58  0.04  0.32 -0.37 |   3.79 |
| m4  - vhc2-10        14   14.00 | -3.1 -0.6  0.1  1.1  2.6 | -0.74 -0.14  0.02  0.26  0.61 |   3.79 |
| m5  - vhc21-30        5    5.00 |  0.8 -0.8  3.4 -0.6  1.9 |  0.37 -0.33  1.46 -0.27  0.83 |  12.40 |
+-------------------------------------------+-----------------------------+-----------------------------------+----------+
| 101 . 3Tttpsy                                                           |
| m1  - tttpsy0        59   59.00 |  0.5 -0.5 -1.0  2.8  0.2 |  0.02 -0.02 -0.04  0.13  0.01 |   0.14 |
| m2  - tttpsy1         8    8.00 | -0.5  0.5  1.0 -2.8 -0.2 | -0.15  0.15  0.32 -0.94 -0.06 |   7.38 |
+-------------------------------------------+-----------------------------+-----------------------------------+----------+
+-------------------------------------------+-----------------------------+-----------------------------------+----------+
|         MODALITES          |     VALEURS-TEST     |       COORDONNEES      |     |
|-------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|----------|
| IDEN - LIBELLE        EFF.  P.ABS |  1   2   3   4   5  |  1   2   3   4   5  | DISTO. |
+-------------------------------------------+-----------------------------+-----------------------------------+----------+
| 102 . 3Smpr                                                             |
| m1  - smpr0          33   33.00 | -0.4  0.4  0.2  0.8 -0.2 | -0.05  0.05  0.03  0.10 -0.02 |   1.03 |
| m2  - smpr1          33   33.00 |  0.1 -0.3  0.0 -0.9 -0.1 |  0.02 -0.03  0.00 -0.11 -0.01 |   1.03 |
| 102_ - *Reponse manquante*   1    1.00 |  1.2 -0.7 -0.9  0.4  1.2 |  1.22 -0.71 -0.87  0.43  1.20 |  66.00 |
+-------------------------------------------+-----------------------------+-----------------------------------+----------+
| 103 . 3Psy                                                              |
| m1  - psy0           58   58.00 | -0.8  1.5 -0.2  0.7  0.6 | -0.04  0.07 -0.01  0.03  0.03 |   0.16 |
| m2  - psy1            8    8.00 |  1.1 -1.9  0.4 -1.0 -0.4 |  0.35 -0.64  0.14 -0.34 -0.14 |   7.38 |
| 103_ - *Reponse manquante*   1    1.00 | -0.6  0.9 -0.5  0.8 -0.5 | -0.57  0.87 -0.46  0.77 -0.49 |  66.00 |
+-------------------------------------------+-----------------------------+-----------------------------------+----------+
| 106 . 3TttAut                                                           |
| m1  - TttAut0        28   28.00 | -5.2 -1.5  0.3  0.5 -0.7 | -0.75 -0.22  0.05  0.07 -0.10 |   1.39 |
| m2  - TttAut1         4    4.00 | -1.1  0.0 -0.5  0.0 -1.0 | -0.55 -0.02 -0.25  0.00 -0.50 |  15.75 |
| m3  - TttAutNC        35   35.00 |  5.6  1.5 -0.1 -0.5  1.2 |  0.66  0.18 -0.01 -0.05  0.14 |   0.91 |
+-------------------------------------------+-----------------------------+-----------------------------------+----------+
| 110 . 3intincvih                                                        |
| m1  - intincvih0       19   19.00 |  6.0 -0.9 -0.7 -0.4  1.0 |  1.17 -0.18 -0.15 -0.08  0.20 |   2.53 |
| m2  - intincvih1       6    6.00 |  1.7 -1.0  4.0  0.2  1.5 |  0.66 -0.38  1.56  0.10  0.59 |  10.17 |
| m3  - intincvihNC      42   42.00 | -6.6  1.4 -1.6  0.2 -1.8 | -0.62  0.14 -0.16  0.02 -0.17 |   0.60 |
+-------------------------------------------+-----------------------------+-----------------------------------+----------+
| 111 . 3intincvhc                                                        |
| m1  - intincvhc0       12   12.00 | -2.7  2.1  1.5  0.3 -0.4 | -0.70  0.56  0.41  0.08 -0.09 |   4.58 |
| m2  - intincvhc1       5    5.00 | -2.5  1.1  1.1 -2.6  0.7 | -1.09  0.46  0.46 -1.13  0.32 |  12.40 |
| m3  - intincvhcNC      50   50.00 |  3.9 -2.5 -2.0  1.3 -0.1 |  0.28 -0.18 -0.14  0.09 -0.01 |   0.34 |
+-------------------------------------------+-----------------------------+-----------------------------------+----------+
| 123 . Classes bloc 3-4                                                  |
| m1  - 1/4          11   11.00 |  2.1 -2.2  6.0  1.6  0.6 |  0.58 -0.61  1.67  0.43  0.17 |   5.09 |
| m2  - 2/4          22   22.00 |  6.3  0.0 -4.1 -1.0 -0.1 |  1.10  0.01 -0.72 -0.17 -0.02 |   2.05 |
| m3  - 3/4          18   18.00 | -4.5 -1.2 -2.0  1.7 -1.4 | -0.91 -0.25 -0.41  0.34 -0.28 |   2.72 |
| m4  - 4/4          16   16.00 | -4.1  3.2  1.4 -2.1  1.0 | -0.89  0.70  0.30 -0.45  0.22 |   3.19 |
+-------------------------------------------+-----------------------------+-----------------------------------+----------+
```

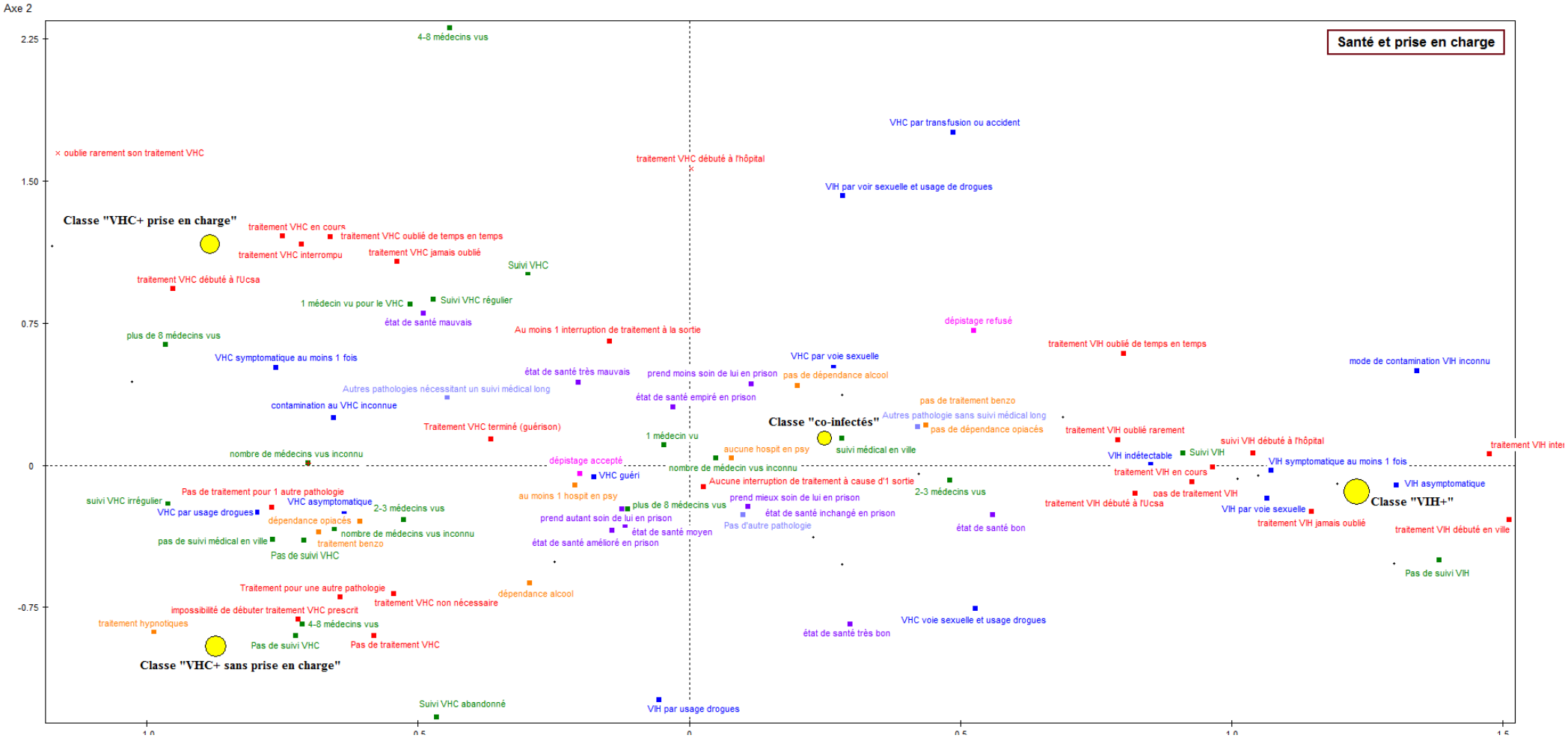
Annexe 10. Représentation graphique de l'ACM finale



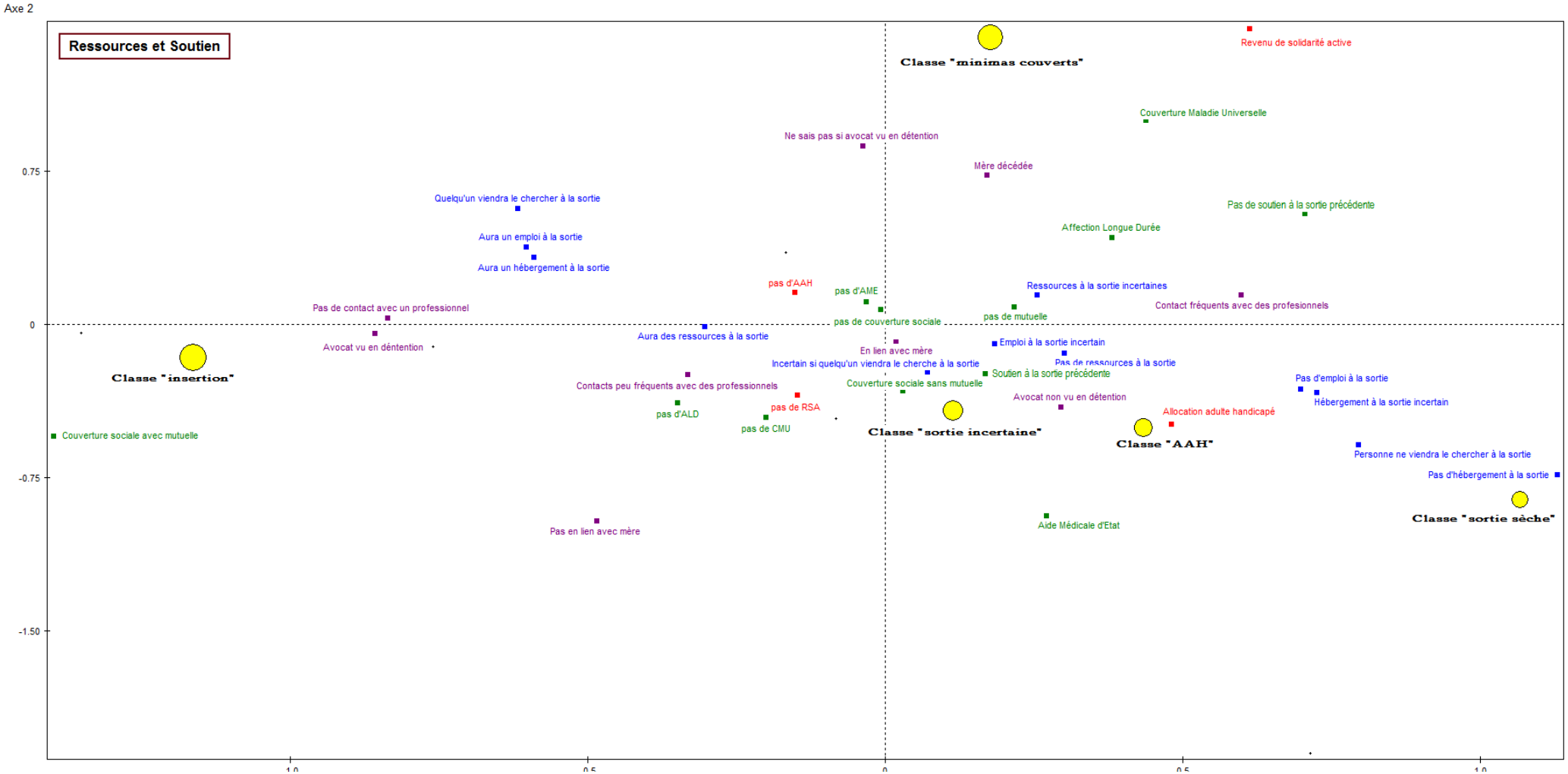
Annexe 11. Représentation graphique de l'ACM des modalités liées aux caractéristiques sociodémographiques et pénales



Annexe 12. Représentation graphique de l'ACM des modalités liées aux caractéristiques de santé et de prise en charge



Annexe 13. Représentation graphique de l'ACM des modalités liées aux caractéristiques de soutien et de ressources



Annexe 14. Description des axes factoriels de l'ACM finale (SPAD)

DESCRIPTION DES AXES FACTORIELS
DESCRIPTION DU FACTEUR 1
Par les modalités

ID.	V.TEST	LIBELLE MODALITE	LIBELLE DE LA VARIABLE	POIDS	NUMERO
m2	-7.44	VHC+	3sero3	34.00	1
m1	-7.10	contvihNC	3contvih	39.00	2
m3	-7.10	SuivihNC	3Suivih	39.00	3
80_	-7.10	*Reponse manquante*	3agedecvih	39.00	4
m3	-7.10	VIHregNC	3VIHreg	39.00	5
m4	-7.10	stadvihNC	3Stadvih	39.00	6
m1	-7.10	annvihNC	3annvih	39.00	7
m4	-7.10	tttVIHNC	3tttVIH	39.00	8
m3	-6.56	intincvihNC	3intincvih	42.00	9
m4	-6.56	ObsvihNC	3oublivih	42.00	10
m1	-5.17	TttAut0	3TttAut	28.00	11
m1	-5.08	Suivhc0	3Suivhc	30.00	12
m2	-4.57	BZD1	3BZD	28.00	13
m2	-4.54	tox1	3Tox	28.00	14
m3	-4.48	3/4	Classes bloc 3-4	18.00	15
m6	-4.36	vhcUD	3contvhc	19.00	16
m1	-4.09	suiv0	3Suiv	18.00	17
m4	-4.07	4/4	Classes bloc 3-4	16.00	18
m5	-3.68	medvhc9	3vhcmed2	25.00	19
m3	-3.53	vhc30-40a	3agedecvhc	18.00	20
m2	-3.31	stadvhc2	3Stadvhc	17.00	21
m3	-3.27	3/5	Classes bloc 5	10.00	22
m1	-3.26	stadvhc1	3Stadvhc	20.00	23
m3	-3.19	vhc2-	3annvhc	14.00	24
m3	-3.17	vhcnsp	3contvhc	21.00	25
m4	-3.08	vhc2-10	3annvhc	14.00	26
m3	-2.88	tttVHC0	3tttVHC	22.00	27
m3	-2.74	VHCirreg	3VHCreg	7.00	28
m1	-2.66	intincvhc0	3intincvhc	12.00	29
m2	-2.51	intincvhc1	3intincvhc	5.00	30
m4	-2.42	tttVHC1	3tttVHC	10.00	31
m1	-2.42	Suivhc0	3VHCreg	8.00	32
m2	-2.42	Dep1	3Dep	46.00	33
m2	-2.20	stm	3etasant1	16.00	34
m3	-2.12	PbSant1	3PbSant	17.00	35
m2	-2.11	tttVHC.5	3tttVHC	8.00	36
m1	-2.03	ObsVhc1	3oublivhc	16.00	37
		Z O N E C E N T R A L E			
m1	2.10	1/4	Classes bloc 3-4	11.00	125
m3	2.11	ObsVih3	3oublivih	5.00	126
m1	2.14	coinf	3sero3	12.00	127
m2	2.15	ObsVih2	3oublivih	5.00	128
m1	2.22	Stb	3etasant1	17.00	129
m2	2.47	soinpar	3etasant3	27.00	130
m1	2.59	vih18-30a	3agedecvih	10.00	131
m2	2.75	vihnsp	3contvih	5.00	132
m1	2.78	Suivih0	3Suivih	4.00	133
m2	2.93	vih11-20	3annvih	7.00	134
m4	3.01	obsVhcNC	3oublivhc	46.00	135
m5	3.02	5/6	classes Bloc 1-2	5.00	136
m4	3.35	vih40-55a	3agedecvih	6.00	137
m3	3.86	intincvhcNC	3intincvhc	50.00	138
m3	3.91	vih30-40a	3agedecvih	10.00	139
m3	3.94	stadvih3	3Stadvih	14.00	140
m2	4.09	suiv1	3Suiv	49.00	141
m2	4.33	stadvih2	3Stadvih	12.00	142
m1	4.54	tox0	3Tox	39.00	143
m4	4.78	vih2-10	3annvih	13.00	144
m1	4.79	Bzd0	3BZD	38.00	145
m1	4.93	ObsVih1	3oublivih	15.00	146
m5	5.47	VHCregNC	3VHCreg	25.00	147
m3	5.52	suivhcNC	3Suivhc	24.00	148
m3	5.64	TttAutNC	3TttAut	35.00	149
m3	5.85	vihsex	3contvih	19.00	150
m2	5.93	Suivih1	3Suivih	24.00	151
m1	5.98	intincvih0	3intincvih	19.00	152
m1	6.01	annvhcNC	3annvhc	24.00	153
m3	6.08	tttVIH1	3tttVIH	23.00	154
m3	6.25	VIH+	3sero3	21.00	155
m5	6.26	vhcageNC	3agedecvhc	22.00	156
m2	6.26	2/4	Classes bloc 3-4	22.00	157
m4	6.26	stadvhcNC	3Stadvhc	22.00	158
m6	6.26	medvhcNC	3vhcmed2	22.00	159
m1	6.26	contvhcNC	3contvhc	22.00	160
m1	6.30	tttHVCNC	3tttVHC	23.00	161
m2	6.91	VIHreg	3VIHreg	27.00	162

=== ATTENTION === EDITION TRONQUEE
DESCRIPTION DU FACTEUR 2
Par les modalités

ID.	V.TEST	LIBELLE MODALITE	LIBELLE DE LA VARIABLE	POIDS	NUMERO
m6	-5.49	6/6	classes Bloc 1-2	30.00	1
m2	-5.27	alc1	3Alc	27.00	2
m2	-4.33	VHC1x	3VHCreg	6.00	3
m1	-4.03	stmieu	3etasant2	18.00	4
m2	-3.51	tox1	3Tox	28.00	5
m6	-3.28	vhcUD	3contvhc	19.00	6
m2	-2.82	BZD1	3BZD	28.00	7
m1	-2.66	soimieu	3etasant4	22.00	8
m2	-2.61	HP1	3HP	18.00	9
m1	-2.57	vhc18-30a	3agedecvhc	17.00	10
m3	-2.53	intincvhcNC	3intincvhc	50.00	11
m5	-2.50	vihUD	3contvih	2.00	12
m3	-2.49	medvih4-8	3Vihmed2	3.00	13
m2	-2.49	soinpar	3etasant3	27.00	14
m5	-2.48	5/5	Classes bloc 5	11.00	15
m1	-2.37	Suivhc0	3Suivhc	30.00	16
m5	-2.33	vih21-30	3annvih	7.00	17
m3	-2.33	stadvhc3	3Stadvhc	8.00	18
m4	-2.29	obsVhcNC	3oublivhc	46.00	19
m1	-2.27	coinf	3sero3	12.00	20
m3	-2.21	VHCirreg	3VHCreg	7.00	21
m1	-2.21	1/4	Classes bloc 3-4	11.00	22
m5	-2.00	tttVHC2	3tttVHC	4.00	23
		Z O N E C E N T R A L E			

m3	2.09	medvhc4-8	3vhcmed2	1.00	143
m2	2.11	2/6	classes Bloc 1-2	5.00	144
m1	2.13	intincvhc0	3intincvhc	12.00	145
m3	2.23	soinpir	3etasant3	13.00	146
m3	2.41	vhc2-	3annvhc	14.00	147
m2	2.50	Suivhc1	3Suivhc	13.00	148
m1	2.61	HP0	3HP	49.00	149
m4	2.62	tttVHC1	3tttVHC	10.00	150
m1	2.65	ObsVhc1	3oublivhc	16.00	151
m1	2.92	1/6	classes Bloc 1-2	13.00	152
m1	3.07	Bzd0	3BZD	38.00	153
m3	3.14	soipir	3etasant4	21.00	154
m4	3.19	4/4	Classes bloc 3-4	16.00	155
m1	3.51	tox0	3Tox	39.00	156
m3	3.57	vhcnsp	3contvhc	21.00	157
m3	3.84	vhc30-40a	3agedecvhc	18.00	158
m1	4.06	1/5	Classes bloc 5	17.00	159
m4	4.39	VHCreg	3VHCreg	21.00	160
m3	5.07	stpir	3etasant2	35.00	161
m1	5.27	alc0	3Alc	40.00	162

=== ATTENTION === EDITION TRONQUEE
DESCRIPTION DU FACTEUR 3
Par les modalités

ID.	V.TEST	LIBELLE MODALITE	LIBELLE DE LA VARIABLE	POIDS	NUMERO
m4	-4.16	obsVhcNC	3oublivhc	46.00	1
m5	-4.12	VHCregNC	3VHCreg	25.00	2
m2	-4.10	2/4	Classes bloc 3-4	22.00	3
m5	-4.10	vhcageNC	3agedecvhc	22.00	4
m6	-4.10	medvhcNC	3vhcmed2	22.00	5
m4	-4.10	stadvhcNC	3Stadvhc	22.00	6
m1	-4.10	contvhcNC	3contvhc	22.00	7
m3	-4.05	VIH+	3sero3	21.00	8
m3	-3.88	suivhcNC	3Suivhc	24.00	9
m4	-3.83	4/5	Classes bloc 5	13.00	10
m1	-3.64	tttHVCNC	3tttVHC	23.00	11
m1	-3.38	annvhcNC	3annvhc	24.00	12
m3	-3.21	vih30-40a	3agedecvih	10.00	13
m1	-2.58	soinmieu	3etasant3	27.00	14
m3	-2.00	intincvhcNC	3intincvhc	50.00	15
m3	-2.00	3/4	Classes bloc 3-4	18.00	16
		Z O N E C E N T R A L E			
m2	2.06	vhcaut	3contvhc	1.00	139
66_	2.06	*Reponse manquante*	3etasant1	1.00	140
m3	2.08	ObsVih3	3oublivih	5.00	141
m3	2.13	tttVIH1	3tttVIH	23.00	142
m5	2.13	tttVHC2	3tttVHC	4.00	143
m2	2.23	Suivih1	3Suivih	24.00	144
m3	2.32	soipir	3etasant4	21.00	145
m4	2.35	vihsex+UD	3contvih	2.00	146
m5	2.51	sttm	3etasant1	4.00	147
m2	2.62	ObsVih2	3oublivih	5.00	148
m1	2.64	medvhc1-	3vhcmed2	12.00	149
m2	2.71	tttVHC.5	3tttVHC	8.00	150
m5	3.36	vhc21-30	3annvhc	5.00	151
m2	3.72	Suivhc1	3Suivhc	13.00	152
m1	3.86	ObsVhc1	3oublivhc	16.00	153
m2	3.97	intincvih1	3intincvih	6.00	154
m5	4.03	5/5	Classes bloc 5	11.00	155
m3	4.09	stadvhc3	3Stadvhc	8.00	156
m4	4.11	VHCreg	3VHCreg	21.00	157
m4	4.47	vhcsex	3contvhc	3.00	158
m1	4.71	vih18-30a	3agedecvih	10.00	159
m5	4.99	vih21-30	3annvih	7.00	160
m1	5.68	coinf	3sero3	12.00	161
m1	6.00	1/4	Classes bloc 3-4	11.00	162

=== ATTENTION === EDITION TRONQUEE
DESCRIPTION DU FACTEUR 4
Par les modalités

ID.	V.TEST	LIBELLE MODALITE	LIBELLE DE LA VARIABLE	POIDS	NUMERO
m3	-5.36	PbSant1	3PbSant	17.00	1
m2	-4.07	suiv1	3Suiv	49.00	2
m2	-3.59	ObsVhc2	3oublivhc	2.00	3
m2	-3.19	tttVHC.5	3tttVHC	8.00	4
m2	-3.17	soipar	3etasant4	22.00	5
m2	-2.82	tttpsy1	3Tttpsy	8.00	6
m2	-2.73	stadvhc2	3Stadvhc	17.00	7
m2	-2.67	intsort1	3tttint	10.00	8
m2	-2.61	2/6	classes Bloc 1-2	5.00	9
m2	-2.61	intincvhc1	3intincvhc	5.00	10
m2	-2.42	soinpar	3etasant3	27.00	11
m2	-2.34	stpar	3etasant2	13.00	12
m3	-2.33	medvih4-8	3Vihmed2	3.00	13
m2	-2.32	HP1	3HP	18.00	14
m2	-2.17	vhc11-20	3annvhc	10.00	15
m1	-2.16	medvhc1-	3vhcmed2	12.00	16
m2	-2.11	Suivhc1	3Suivhc	13.00	17
m4	-2.05	4/4	Classes bloc 3-4	16.00	18
		Z O N E C E N T R A L E			
m3	2.03	soipir	3etasant4	21.00	150
m3	2.17	3/6	classes Bloc 1-2	10.00	151
m3	2.19	tttVHC0	3tttVHC	22.00	152
m1	2.32	HP0	3HP	49.00	153
m6	2.37	vhcagensp	3agedecvhc	2.00	154
m1	2.40	Suivhc0	3Suivhc	30.00	155
m2	2.46	VHC1x	3VHCreg	6.00	156
m1	2.67	intsort0	3tttint	57.00	157
m3	2.72	stadvhc3	3Stadvhc	8.00	158
m1	2.82	tttpsy0	3Tttpsy	59.00	159
m2	3.26	medvhc2-3	3vhcmed2	6.00	160
m2	3.76	PbSant0	3PbSant	37.00	161
m1	4.07	suiv0	3Suiv	18.00	162

=== ATTENTION === EDITION TRONQUEE
DESCRIPTION DU FACTEUR 5
Par les modalités

ID.	V.TEST	LIBELLE MODALITE	LIBELLE DE LA VARIABLE	POIDS	NUMERO
m6	-3.23	vhcagensp	3agedecvhc	2.00	1
m2	-3.20	tttVIH0	3tttVIH	4.00	2
m4	-3.03	vhcsex	3contvhc	3.00	3
m1	-2.85	PbSant.5	3PbSant	12.00	4

m1	-2.51	tox0	3Tox	39.00	5
m4	-2.35	vhc40-55a	3agedecvhc	7.00	6
m2	-2.19	soipar	3etasant4	22.00	7
		Z O N E C E N T R A L E			
m4	2.04	medvih8+	3Vihmed2	3.00	148
m2	2.05	stadvih2	3Stadvih	12.00	149
m3	2.06	VHCirreg	3VHCreg	7.00	150
m6	2.27	vhcUD	3contvhc	19.00	151
m3	2.28	tttVIH1	3tttVIH	23.00	152
m2	2.29	Suivhc1	3Suivhc	13.00	153
m5	2.29	5/6	classes Bloc 1-2	5.00	154
m2	2.51	tox1	3Tox	28.00	155
m4	2.56	vhc2-10	3annvhc	14.00	156
m2	2.66	PbSant0	3PbSant	37.00	157
m3	2.80	3/6	classes Bloc 1-2	10.00	158
m3	3.11	ObsVih3	3oublivih	5.00	159
m4	3.16	tttVHC1	3tttVHC	10.00	160
m1	3.44	vhc18-30a	3agedecvhc	17.00	161

=== ATTENTION === EDITION TRONQUEE
DESCRIPTION DU FACTEUR 6
Par les modalités

ID.	V.TEST	LIBELLE MODALITE	LIBELLE DE LA VARIABLE	POIDS	NUMERO
m3	-3.67	soinpir	3etasant3	13.00	1
m2	-3.52	HP1	3HP	18.00	2
m2	-3.04	stadvih2	3Stadvih	12.00	3
m2	-2.98	medvhc2-3	3vhcmed2	6.00	4
m1	-2.84	medvih1-	3Vihmed2	19.00	5
m2	-2.82	2/5	Classes bloc 5	16.00	6
m2	-2.55	PbSant0	3PbSant	37.00	7
71_	-2.28	*Reponse manquante*	3Medrel	1.00	8
m5	-2.24	5/6	classes Bloc 1-2	5.00	9
m1	-2.04	ObsVih1	3oublivih	15.00	10
m1	-2.03	infrel1	3infrel	4.00	11
m3	-2.02	soipir	3etasant4	21.00	12
		Z O N E C E N T R A L E			
m3	2.03	ObsVih3	3oublivih	5.00	148
m4	2.03	vhcsex	3contvhc	3.00	149
m1	2.07	Dep0	3Dep	4.00	150
m1	2.14	vhc18-30a	3agedecvhc	17.00	151
m1	2.20	soinmieu	3etasant3	27.00	152
m2	2.23	tttVIH0	3tttVIH	4.00	153
m5	2.25	vhcsexUD	3contvhc	1.00	154
m5	2.61	medvhc9	3vhcmed2	25.00	155
m3	2.74	ObsVhc3	3oublivhc	3.00	156
m1	2.89	PbSant.5	3PbSant	12.00	157
m3	3.00	stadvih3	3Stadvih	14.00	158
m2	3.01	Suivhc1	3Suivhc	13.00	159
m4	3.13	medvih8+	3Vihmed2	3.00	160
m4	3.31	4/5	Classes bloc 5	13.00	161
m1	3.52	HP0	3HP	49.00	162

=== ATTENTION === EDITION TRONQUEE
DESCRIPTION DU FACTEUR 7
Par les modalités

ID.	V.TEST	LIBELLE MODALITE	LIBELLE DE LA VARIABLE	POIDS	NUMERO
m3	-4.64	tttVHC0	3tttVHC	22.00	1
m4	-3.71	obsVhcNC	3oublivhc	46.00	2
m1	-3.59	stadvhc1	3Stadvhc	20.00	3
m3	-3.55	intincvhcNC	3intincvhc	50.00	4
m3	-3.52	3/4	Classes bloc 3-4	18.00	5
m2	-3.25	soipar	3etasant4	22.00	6
m3	-2.98	vhcnsp	3contvhc	21.00	7
m5	-2.66	medvhc9	3vhcmed2	25.00	8
m1	-2.49	VIHirreg	3VIHreg	1.00	9
m1	-2.48	Suivhc0	3VHCreg	8.00	10
m5	-2.36	5/6	classes Bloc 1-2	5.00	11
m1	-2.14	intsort0	3tttint	57.00	12
m1	-2.13	HP0	3HP	49.00	13
m2	-2.07	2/5	Classes bloc 5	16.00	14
m4	-2.03	vih40-55a	3agedecvih	6.00	15
		Z O N E C E N T R A L E			
m2	2.06	vih-18a	3agedecvih	1.00	151
m2	2.13	HP1	3HP	18.00	152
m3	2.14	vih30-40a	3agedecvih	10.00	153
m2	2.14	intsort1	3tttint	10.00	154
m1	2.33	intincvhc0	3intincvhc	12.00	155
m2	2.38	tttVIH0	3tttVIH	4.00	156
m2	2.48	intincvhc1	3intincvhc	5.00	157
m1	2.65	soimieu	3etasant4	22.00	158
m1	2.74	ObsVhc1	3oublivhc	16.00	159
m4	3.04	tttVHC1	3tttVHC	10.00	160
m4	3.17	4/4	Classes bloc 3-4	16.00	161
m2	3.38	stm	3etasant1	16.00	162

=== ATTENTION === EDITION TRONQUEE
DESCRIPTION DU FACTEUR 8
Par les modalités

ID.	V.TEST	LIBELLE MODALITE	LIBELLE DE LA VARIABLE	POIDS	NUMERO
m2	-3.32	intsort1	3tttint	10.00	1
m3	-3.00	stadvih3	3Stadvih	14.00	2
m3	-2.73	vih30-40a	3agedecvih	10.00	3
m4	-2.61	vhc40-55a	3agedecvhc	7.00	4
m3	-2.57	soipir	3etasant4	21.00	5
m3	-2.49	soinpir	3etasant3	13.00	6
m1	-2.35	ObsVih1	3oublivih	15.00	7
m1	-2.27	1/5	Classes bloc 5	17.00	8
m3	-2.24	tttVHC0	3tttVHC	22.00	9
m3	-2.11	vhc2-	3annvhc	14.00	10
m1	-2.04	Suivhc0	3VHCreg	8.00	11
m2	-2.02	HP1	3HP	18.00	12
m2	-2.01	vih11-20	3annvih	7.00	13
		Z O N E C E N T R A L E			
m1	2.02	HP0	3HP	49.00	156
m3	2.25	PbSant1	3PbSant	17.00	157
m5	2.27	5/6	classes Bloc 1-2	5.00	158
m1	2.29	medvhc1-	3vhcmed2	12.00	159
m1	2.91	soinmieu	3etasant3	27.00	160
m1	3.32	intsort0	3tttint	57.00	161

```
| m1  |  3.48 | soimieu       | 3etasant4                          |   22.00 |  162 |
+-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------+
=== ATTENTION === EDITION TRONQUEE
```

Annexe 15. Prestations sociales pour les personnes détenues ou sortant de prison

Prestations sociales liées à la santé, le logement, la famille et l'emploi pour les personnes détenues ou sortant de prison en situation régulière (au moment de l'enquête de terrain, 2011-2013), tableau adapté de la synthèse de D. Jaumouillé, Association SIS.

SANTE	Pendant l'incarcération					A la libération				
Prestations	**Situation du détenu**	**Droits ouverts**	**Caisse**	**Durée**	**Textes de référence**	**Situation du détenu**	**Droits ouverts**	**Caisse**	**Durée**	**Textes de référence**
Assurance maladie & Maternité	Avec couverture avant l'incarcération	Prestation en nature	CPAM liée à l'établissement pénitentiaire	Droit commun	CSS, art. L. 381-30 à L. 181-30-6, R 381-97 à R 381-100	Reprise de travail	Prestations en nature ou en espaèces	CPAM/MSA/ autre, selon résidence	Droit commun	CSS, art. L. 161-13 et R. 161-4-1
	Sans couverture avant l'incarcération	Prestation en nature	CPAM liée à l'établissement pénitentiaire	Pendant l'incarcération		Pas de reprise de travail	Prestations en nature et en espèces, si reliquats de droits antérieurs à l'incarcération de moins de 12 mois		Prestations en nature : 12 mois max ; prestations en espèces : 3 mois max	CSS, art. L. 161-13 et R. 161-4-1
	Exerçant une activité professionnels pendant l'incarcération	Prestation en nature	CPAM liée à l'établissement pénitentiaire	Pendant l'incarcération						
Pension de retraite, d'invalidité ou de vieillesse		Non modifié du fait de l'incarcération	Caisse d'origine	Pendant l'incarcération	CSS, art. L. 381-30-1		Pension poursuivie	Caisse d'origine	Droit commun	
Allocation aux adultes handicapés et complément de ressources et de majoration pour la vie autonome	Dossier constitué avant ou pendant l'incarcération	Pendant 60 jours : maintien de toutes les prestations. Au-delà de 60 jours : AAH réduite de 30% et les deux autres sont suspendues sauf personnes à charge ou conjoint inapte au travail	Les 6 premiers mois : caisse d'origine. Après 6 mois : CAF liée à l'établissement pénitentiaire	Pendant l'incarcération	CSS art. R. 821-8		AAH, complément de ressources et majoration pour la vie autonome	CAF/MSA, autre	Droit commun	

LOGEMENT	Pendant l'incarcération					A la libération				
Prestations	**Situation du détenu**	**Droits ouverts**	**Caisse**	**Durée**	**Textes de référence**	**Situation du détenu**	**Droits ouverts**	**Caisse**	**Durée**	**Textes de référence**
Allocation pour le logement	Droits ouverts avant l'incarcération	Maintien de l'APL si loyer maintenu et non sous-loué	CAF/MSA ou autre, en fonction du lieu de résidence	Pendant un an	Circ. CNAF no. 17-97, 1997	Si loyer à la sortie de détention	Réouverture des APL	CAF/MSA ou autre, en fonction du lieu de résidence	Droit commun	
FAMILLE	**Pendant l'incarcération**					**A la libération**				
Prestations	**Situation du détenu**	**Droits ouverts**	**Caisse**	**Durée**	**Textes de référence**	**Situation du détenu**	**Droits ouverts**	**Caisse**	**Durée**	**Textes de référence**
Prestations familiales	Mère incarcérée enceinte ou accompagnée de son enfant	Allocation familiale, complément familial, prestation d'accueil du jeune enfant, allocation soutien familial, RSA maoré pour parent isolé (API)	CAF en fonction du lieu de l'établissement pénitentiaire	Pendant l'incarcération	Cicrc CNAF no. 51-94, 1994, Circ DGS/4A/99/723, 1999, CASF, art. R. 262-45, Circ. CNAF no. 2010-067, 2010, Circ CNAF no. 2010-015, 2010					
	Enfant confié à un tiers considéré à la charge du ou de la détenue	Allocation familiale, prestation d'accueil du jeune enfant, allocation du soutien familial		Pendant l'incarcération	Circ CNAF no. 2010-015, 2010					

EMPLOI	Pendant l'incarcération					A la libération				
Prestations	**Situation du détenu**	**Droits ouverts**	**Caisse**	**Durée**	**Textes de référence**	**Situation du détenu**	**Droits ouverts**	**Caisse**	**Durée**	**Textes de référence**
Accident de travail/maladie professionnelle	Survenu avant l'incarcération	Prestation en nature et en espèce	Caisse de l'activité ou CPAM en fonction de l'établissement pénitentiaire	Droit commun	CSS, art. L. 431-1 et s.			Caisse de l'activité ou CPAM en fonction de l'établissement pénitentiaire	Droit commun	
	Survenu pendant l'incarcération	Prestation en nature uniquement	CPAM en fonction de l'établissement pénitentiaire	Pendant l'incarcération	CSS, art. D. 412-36, D. 412-39 à 41, D. 412-44, D. 412-46, D 421-54, D. 412-59, D. 412-62, D. 412-63	Si survenu pendant l'incarcération, si indemnisation encore en coursa	Prestation en nature ou en espèces, capital ou rente	CPAM en fonction de l'établissement pénitentiaire	A compter du jour de la libération, droit commun	CSS art. D. 412-57 et s.
Revenu de solidarité active	Bénéficiaire avant l'incarcération et sans personnes à charge	RSA suspendu après 60 jours	CAF/MSA, autre en fonction du lieu de résidence d'origine	Suspension après 60 jours	CASF, art. R. 262-45 et circ no.93-04, 1993	Si le détenu est déjà bénéficiaire au moment de l'incarcération	Reprise des droits le mois qui suit l'incarcération	CAF/MSA, autre en fonction du lieu de résidence	Droit commun	CASF, art. R. 262-45
	Bénéficiaire avant l'incarcération et avec personne à charge	Nouvel examen des droits au bénéfice des personnes à charge après 60 jours et action d'insertion maintenues si accord du détenu				Si le détenu est non bénéficiaire du RSA au moment de l'incarcération	Dossier préparé et transmis à la CAF avant la sortie			
Pole emploi, allocation d'aide au retour à l'emploi, allocation de solidarité	Droit ouvert avant l'incarcération	Suppression dès l'incarcération			C. trav. Anc., art. R. 5411-6 et s.		Constitution du dossier de demande d'allocation avant la sortie	Pole emploi du lieu de résidence	Droit commun	C. trav. Anc., art. R. 5411-6 et s.

Allocation temporaire d'attente						Si la detention est supérieure à 2 mois		Pole emploi du lieu de résidence	12 mois maximum	C. trav., art. L. 5423-8 et R. 5423-21 et s. Dir Unédic no. 2006-25, 2006, Circ. Intermin. DPM/AC13/2006/495

Index

Ahmed, 278, 286, 295, 310, 312, 313, 315, 325, 333, 339, 342, 345, 442, 488, 489, 506, 510, 515, 530

Alain, 278, 286, 295, 300, 306, 307, 308, 310, 329, 333, 339, 340, 341, 343, 349, 354, 355, 356

Amin, 437, 442, 466, 467, 476, 486, 487, 489, 503, 505, 506, 507, 510, 514, 518, 522

André, 279, 286, 295, 310, 311, 312, 313, 315, 316, 318, 320, 325, 333, 342, 345, 349, 353, 355, 356, 389, 399

assujettissement, 393, 464, 495, 496, 502, 536

Ayoub, 279, 286, 295, 310, 316, 320, 323, 324, 325, 333, 344, 345, 346, 359, 411, 421, 442, 455, 480, 485, 486, 487, 510, 515, 518, 529

Couly, 278, 286, 295, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 308, 329, 333, 355, 356, 442, 455, 486, 487, 489, 514

désaffiliation, 69, 77, 89, 94, 100, 138, 165, 166, 193, 236, 310, 361, 366, 367, 518, 520

Édouard, 278, 286, 295, 296, 298, 299, 300, 301, 329, 333, 338, 340, 342, 343, 350, 352, 353, 355, 356, 436, 437, 442, 445, 452, 457, 458, 461, 462, 464, 488, 489, 514

Iliès, 278, 286, 295, 310, 313, 314, 315, 316, 318, 320, 325, 333, 344, 345, 350, 360, 389, 441, 447, 448, 449, 451, 461, 467, 468, 470, 474, 476, 480, 484, 485, 494, 509, 510, 515, 523, 528, 529, 532

Jean, 279, 286, 292, 295, 309, 310, 325, 333, 342, 354, 355, 356, 418, 436, 437, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 461, 464, 480, 485, 489, 510, 515, 518, 521, 522

Karim, 278, 286, 295, 325, 333, 442, 467, 468, 488, 489, 510, 511, 514, 515, 533

Komi, 278, 286, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 329, 333, 340, 352, 355, 356, 411, 442, 486, 488, 490, 504, 505, 510, 513, 514, 518

masculinités, 75, 102, 103, 210, 216, 217, 298, 316, 322, 323, 458, 529

Medhi, 278, 286, 295, 313, 316, 320, 325, 333, 338, 345, 358, 359, 360, 441, 442, 447, 449, 468, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 480, 484, 494, 510, 514, 515, 523, 528, 529, 532, 533

Mehdi, 464, 467, 470, 471, 472, 484, 510, 532

Mourad, 278, 286, 295, 320, 325, 333, 339, 413, 442, 454, 467, 468, 489, 507, 513, 514, 515, 518, 521, 522

Patrick, 279, 286, 295, 310, 320, 321, 322, 325, 333, 350, 357, 407, 442, 451, 461, 462, 467, 468, 476, 480, 485, 486, 510, 514, 522, 530

Paul, 279, 286, 295, 313, 315, 316, 317, 318, 320, 325, 333, 341, 345, 346, 361, 437, 442, 480, 486, 487, 505, 509, 510, 514, 520

responsabilisation, 69, 88, 105, 106, 121, 137, 139, 162, 166, 169, 170, 172, 314, 348, 464, 482, 491, 493, 495, 496, 497, 502, 510, 525, 536

Robin, 279, 286, 295, 325, 333, 360, 442, 451, 486, 487, 505, 509, 510, 515

usagers de drogues, 31, 35, 36, 37, 40, 41, 45, 47, 48, 50, 51, 59, 64, 65, 69, 71, 72, 73, 80, 82, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 99, 100, 102, 121, 131, 132, 138, 139, 140, 141, 144, 145, 149, 150, 151, 153, 158, 159, 160, 161, 166, 167, 168, 169, 182, 191, 209, 214, 216, 217, 247, 293, 298, 306, 308, 309, 310, 312, 313, 315, 316, 318, 320, 322, 323, 330, 334, 335, 336, 340, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 354, 356, 359, 360, 362, 365, 377, 379, 380, 381, 385, 386, 387, 390, 391, 392, 393, 403, 406, 412, 425, 438, 442, 445, 446, 447, 449, 451, 457, 459, 461, 465, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 483, 484, 485, 489, 494, 495, 506, 511, 513, 522, 523, 528, 530, 532, 533, 537

vulnérabilité, 44, 47, 50, 149, 166, 184, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 223, 317, 327, 349, 414, 439, 441, 466, 476, 486, 499, 500, 501, 502, 503, 512, 513, 518, 520, 521, 534, 536

Wassim, 278, 286, 295, 310, 313, 317, 318, 320, 333, 339, 340, 342, 350, 355, 356, 441, 489, 510, 515, 518