

Lien social et Politiques

Entre santé publique et maintien de l'ordre : le parcours des tests de dépistage du VIH dans les prisons françaises

Renaud Crespin

La santé au risque du social
Numéro 55, printemps 2006

URI : id.erudit.org/iderudit/013231ar

DOI : [10.7202/013231ar](https://doi.org/10.7202/013231ar)

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Lien social et Politiques

ISSN 1204-3206 (imprimé)
1703-9665 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Crespin, R. (2006). Entre santé publique et maintien de l'ordre : le parcours des tests de dépistage du VIH dans les prisons françaises. *Lien social et Politiques*, (55), 137–147. doi:10.7202/013231ar

Tous droits réservés © Lien social et Politiques, 2006

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne. [<https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>]

érudit

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. www.erudit.org

Entre santé publique et maintien de l'ordre: le parcours des tests de dépistage du VIH dans les prisons françaises

Renaud Crespin

Périodiquement, la situation des prisons françaises s'invite dans l'espace public. En novembre 2005, l'appel de 200 personnalités est le dernier opus en date de ces dénonciations régulières des conditions de vie en détention¹. Mais en dépit du sentiment d'urgence qui anime ces mouvements d'indignation, ceux-ci débouchent rarement sur une réponse politique effective, malgré la bonne volonté au moins affichée des ministres concernés (Artières et Lascoumes, 2004). À ces agitations médiatiques sans réel relais politique s'oppose une gestion administrative de l'univers carcéral qui s'inscrit dans un temps long (Brossart, 2001).

La prison n'est pas pour autant insensible aux changements sociaux et politiques, et son autonomie supposée devient relative lorsque ce temps long est pris en compte dans l'analyse de son fonctionnement interne. La figure du changement en prison n'est pas celle du bouleverse-

ment soudain ou de la rupture radicale, mais plutôt celle d'un ajustement continu qui renforce en permanence sa fonction constitutive: le maintien de l'ordre social (Chantraine, 2004). La continuité temporelle et le succès géographique de la prison conduisent alors à analyser celle-ci comme un instrument devenu incontournable dans les débats sur les atteintes à cet ordre et les moyens d'y remédier. Nous voudrions ici prolonger cette réflexion en posant la question des instruments de maintien de l'ordre à l'intérieur des prisons. Pour ce faire, nous interrogerons la figure du changement par le biais de l'irruption de l'épidémie à VIH dans l'univers carcéral: comment cet espace social routinisé et quadrillé a-t-il réagi à ce problème singulier?

Pour répondre à cette question nous proposons, dans le cadre de cet article, de revenir sur le processus d'appropriation et de régulation des

instruments de dépistage du VIH dans l'espace carcéral français. Bien avant l'épidémie à VIH, l'administration pénitentiaire s'est dotée d'un ensemble d'instruments d'action publique dont l'objectif est la prévention de la propagation des maladies épidémiques. Au sein de ce dispositif, des règles encadrent l'usage d'instruments de dépistage de différentes pathologies comme la tuberculose ou les maladies sexuellement transmissibles. L'examen de ces normes révèle que le recours à ces tests a pour principal objectif la préservation de l'institution contre le risque de contagion. Lorsque les tests VIH-sida sont disponibles et commencent à être utilisés en prison, la tentation d'en faire des instruments de police sanitaire est grande. Or, ce mode d'usage est critiqué par les instances sanitaires internationales (OMS) et par le Conseil de l'Europe, qui conçoivent d'abord les tests comme des outils de diagnostic et d'accès aux soins à destination

d'individus autonomes et responsables. Le problème n'est alors pas tant de savoir dans quelle mesure ces normes de santé publique soucieuses des droits de l'homme s'appliquent ou non dans les prisons françaises que d'éclairer les processus d'accommodement et d'hybridation de ces normes avec celles qui sont déjà à l'œuvre dans l'espace carcéral. Comment la frontière entre santé et sécurité se joue-t-elle dans l'hybridation des logiques sécuritaire et sanitaire qui régulent le dépistage comme instrument de gestion différentielle des populations carcérales ? Autrement dit, comment l'état de santé des individus s'articule-t-il au problème du maintien de l'ordre social interne des prisons ? En nous appuyant sur les nombreux textes réglementaires (circulaires, rapports, notes, décrets) émis par la Chancellerie, puis par le ministère de la Santé, sur la question du dépistage, ainsi que sur d'autres sources documentaires (entretiens, prises de positions syndicales et associatives, témoignages), nous apprécierons les effets des évolutions repérées sur les pratiques réelles de dépistage et leurs conséquences pour le régime de détention des détenus atteints.

Héritage(s) et rupture(s) : la réglementation composite du dépistage du VIH

Deux lois sont à l'origine du système de lutte contre la tuberculose : celle de 1916 sur les dispensaires et celle de 1919 sur les sanatoriums (Lert, 1992). Jusque dans les années trente, faute de traitement réellement efficace, l'objectif est d'interrompre la chaîne de transmission de la maladie. Fonctionnant comme une technique de tri des sujets, le dispositif repose principalement sur la visiteuse d'hygiène (Murard et Zylbermann, 1987 et 1996). Celle-ci, par un travail d'enquête sur le mode de vie des familles, élabore un véritable dépistage social de la tuberculose. Ces appréciations entraînent l'activation de méthodes de lutte contre la contagion essentiellement axées sur la ségrégation entre malades et sujets sains.

À partir des années trente, l'amélioration des traitements disponibles et des techniques de dépistage (radiodépistage) transforme lentement les objectifs du dépistage. Il s'agira désormais de repérer précocement les personnes atteintes, mais sans symptômes apparents, pour qu'elles puissent bénéficier d'un traitement. Ces nouvelles orientations sont transposées en milieu carcéral. Au début des années quatre-vingt, deux articles du Code de procédure pénale (L.242) et de la santé publique (D.394) prévoient ainsi que «la prophylaxie de la tuberculose est assurée dans les établissements par les services départementaux d'hygiène sociale, conformément à la réglementation générale en la matière». De fait, dès leur incarcération, les détenus font l'objet d'un dépistage biologique par une technique de cuti-réaction, puis, en cas de résultat positif, d'une radioscopie ou, s'il y a lieu, d'une radiographie

pratiquée soit avec le matériel appartenant à la prison, soit avec celui des services d'hygiène sociale. Pour les détenus atteints, les conséquences d'un diagnostic positif de tuberculose diffèrent peu de celles du début du siècle, puisque, selon les textes, ils doivent être «placés à l'isolement et des mesures d'hygiène vigoureuses doivent être observées». Ces mesures ségréгатives peuvent s'accompagner d'un placement curatif dans un établissement pénitentiaire sanitaire si «le chef de l'établissement propose leur transfèrement, sur avis du médecin».

Lorsque l'épidémie à VIH fait son entrée en prison au début des années quatre-vingt, c'est ce modèle de lutte contre la tuberculose et les MST qui sert de référence à l'administration pénitentiaire. Faute de traitement, les premières utilisations des tests VIH-sida s'inscrivent alors dans une continuité avec les pratiques de dépistage existantes : l'objectif principal est la préservation de l'institution contre le risque «contagieux». Mais la panique semée par l'irruption du sida en prison, aussi bien chez les personnels que chez les détenus, et les caractéristiques propres de l'infection à VIH conduisent progressivement les pouvoirs publics à élaborer des textes réglementaires puis législatifs spécifiques sur les moyens de lutter contre l'épidémie, notamment en matière de dépistage. Sur ce point, ce sont paradoxalement les modes de dépistage systématique de la tuberculose ou obligatoire et discrétionnaire² des MST qui serviront de contre-modèle à la formalisation progressive du cadre réglementaire d'utilisation des tests ELISA-VIH.

Les premiers usages des tests en prison : des études menées dans la panique

Lorsque, au début des années quatre-vingt, l'épidémie à VIH est pour la première fois repérée en prison, elle provoque une vague de panique sans précédent (Conseil national du sida, 1991) et une véritable psychose dans le personnel pénitentiaire (Gonin, 1991). C'est dans ce climat que les premiers tests entrent en prison dans les années 1985-1986. Ils servent alors à mener les premières études épidémiologiques françaises sur le risque sanitaire lié au VIH dans le système carcéral (Bénézéch, Rager et al., 1986). Pour les épidémiologistes, l'objectif est de comprendre et de définir le risque sanitaire que représente cette infection nouvelle. Les travaux sont pionniers, le virus tout juste isolé. On parle alors d'«infection contagieuse» se transmettant «par le sang et le sperme». Toutefois, des interrogations subsistent sur les modes de transmission puisque certaines contaminations demeurent «énigmatiques». Grâce aux études américaines, les groupes les plus à risques en prison sont repérés. Il s'agit principalement des «toxicomanes à la seringue», qui sont considérés comme «particulièrement préoccupants dans les maisons d'arrêt de la région parisienne et des grandes villes de province» puisqu'ils représentent «10 à 30% des détenus incarcérés». D'autres populations accentuent le risque sanitaire dans les maisons d'arrêt. Ainsi, la coexistence dans ces espaces confinés «d'homosexuels, de marginaux instables et de prostitués des deux sexes» constitue un risque sanitaire d'autant plus important que ces populations présentent des infections hépatiques qui, à cette époque, sont

perçues comme «des commensaux voire des cofacteurs du LAV³, ou du tréponème syphilitique».

Fondées sur des études américaines, ces premières hypothèses sur la source du problème sanitaire dans les prisons doivent être confirmées et spécifiées dans le cadre français. Pour ce faire, les tests s'avèrent des instruments incontournables. Ils permettent, en effet, de lancer des études sérologiques sur les entrants incarcérés dans plusieurs maisons d'arrêt des grandes villes françaises afin d'établir le nombre de personnes contaminées par le VIH. Les premiers résultats sont «alarmants» puisque «50% des détenus toxicomanes hommes et femmes s'injectant de l'héroïne sont séropositifs» et «5 à 10% de l'ensemble des hommes détenus dans ces établissements sont séropositifs», pourcentages «considérables» en comparaison de ceux des donneurs de sang.

Le recours aux tests permet donc aux responsables de l'étude de confirmer les hypothèses américaines et d'identifier «la communauté carcérale» comme étant un «réservoir de virus» et une source de contamination importante. Mais le constat ne suffit pas car, comme les épidémiologistes le notent : «les détenus, leur famille et leur entourage, ainsi que ceux qui travaillent dans les prisons ont droit à ce que leur santé soit protégée». L'objectif est double. Il s'agit, d'une part, de mettre en œuvre des mesures urgentes visant à préserver la population indemne de la contagion (détenus comme personnels pénitentiaires) et, d'autre part, de donner le maximum de chances de survie aux individus séropositifs en leur évitant les réinfections et en protégeant l'entourage familial (conjoint, grossesse, allaitement, enfants).

En l'absence de thérapeutique efficace, les auteurs de ces premières études proposent comme principale solution une prévention par le dépistage et l'information. En prison, l'action préventive doit porter principalement sur les toxicomanes, qui, en plus d'une prise en charge médico-psychologique, doivent faire l'objet d'un dépistage biologique, dont les modalités de réalisation sont laissées ouvertes. Deux pistes sont toutefois évoquées. La première prévoit que le recours aux tests se fasse sur la demande du «drogué»; la seconde, qu'il se fasse de façon systématique sur l'ancien modèle de la syphilis et de la tuberculose. Refusant de trancher, les épidémiologistes, dans un appel aux pouvoirs publics, insistent sur le fait que «seule une véritable information individualisée, précise, différenciée selon la présence ou non d'anticorps anti-LAV, est susceptible d'aller dans le sens de la dédramatisation tant prônée» et de rappeler que «c'est en responsabilisant les personnes concernées à tous les niveaux que l'on peut espérer vaincre la peur et juguler l'épidémie» (Bénézéch, Rager et al., 1986: 426).

Dédramatiser l'épidémie à VIH : un dispositif normatif spécifique

En 1985, c'est sur la base des travaux précédemment évoqués que la Chancellerie élabore les premières circulaires concernant les mesures de prévention de l'épidémie en prison⁴. L'ambition affichée est de fournir une information «objective» sur les dangers réels que représente le VIH afin de dédramatiser la situation auprès des personnels comme des détenus. Les règles d'hygiène et de précautions élémentaires en cas de blessure ou de contact avec un liquide corporel contaminant sont

rappelées⁵. A ces mesures d'ordre général est jointe une «fiche technique» qui, cosignée par la sous-direction des soins et des programmes médicaux et celle du personnel du ministère de la Justice, aborde plus directement la question des modalités de recours aux tests VIH.

— Une rupture avec le modèle tuberculeux

Le principe central adopté est le rejet d'un dépistage systématique des détenus. Cette approche est une première rupture avec les dispositifs de dépistage existant en prison, comme ceux des MST et de la tuberculose. Deux types d'arguments sont avancés pour justifier ce choix. D'abord, l'état des connaissances scientifiques de l'époque, qui, en raison de l'absence de thérapie, limite l'intérêt d'un usage généralisé des tests. Ensuite, la fiabilité et la précision des techniques de dépistage utilisées, qui ne répondent pas aux exigences de la prison⁶. L'utilisation des tests dans le cadre de mesures de protection du personnel se trouve également écartée. Si l'éventualité de contaminations à la suite de coupures est envisagée, la prévention doit passer par l'application des

mesures d'hygiène générale, telles que le lavage des plaies et l'usage d'eau de Javel. L'accent est également sur la nécessité d'informer les détenus et les personnels afin de rompre avec «les interprétations mythiques à l'égard de cette infection virale» et d'éviter que «les personnels non avertis» aient «des réactions de rejet des personnes porteuses du virus, même dans les cas où à l'évidence elles ne sont pas malades» (Bénézéch, Rager et al., 1986).

Cette dernière orientation marque une seconde rupture avec le modèle de dépistage de la tuberculose. En matière de VIH, la ségrégation et l'isolement des détenus atteints ne sont pas justifiés si les précautions de base sont respectées. Toutefois, ce principe de portée générale contient son exception puisque l'isolement en cellule individuelle demeure possible lorsqu'il est proposé par les responsables médicaux de la prison.

— Une situation bloquée ?

En juillet 1987⁷, la lutte contre l'épidémie à VIH passe sous la responsabilité de l'État. À une politique qui n'engageait pas réellement de moyens puisqu'elle laissait aux conseils généraux le soin d'organiser et de financer les mesures souhaitées, succède une nouvelle dynamique qui fait de la lutte contre le sida une grande cause nationale. Certes, l'ensemble du dispositif prévu par la loi reprend les dispositions précédemment formulées. La prévention et l'information demeurent au cœur des préoccupations. Mais l'orientation générale tranche avec les principes existants en matière de lutte contre les épidémies. À des modes d'action coercitifs de police sanitaire se substitue une

logique de responsabilisation des individus. Il s'agit dorénavant de concilier santé publique et droits de l'homme afin de faire de l'individu l'agent de sa propre prévention (Jean, 1990). Plusieurs catégories publiques sont ainsi abandonnées, comme l'ancienne notion «d'agent contaminateur», dont l'origine remonte à la loi de 1942 sur la lutte contre les maladies vénériennes (Brunet, 1990).

Ces orientations générales sont traduites dans le système carcéral par deux circulaires de février 1988⁸ et mai 1989⁹. Ces dernières réaffirment un mode de dépistage du VIH distinct de ceux de la tuberculose et de la syphilis, puisque toute systématisme se trouve rejetée. Les justifications apportées sont les mêmes que celles mobilisées en 1985 (absence de thérapie, limite de la technique), mais affinées par des arguments prenant en compte la «temporalité de l'infection». Il est notamment rappelé que, du fait du délai avant l'apparition des anticorps, une utilisation réellement efficace des tests imposerait une répétition des examens. Or, conformément à la position déjà adoptée, en novembre 1987, par le Ministre de la Santé¹⁰, cette répétition est jugée irréaliste pour des raisons de coût économique.

À ces justifications scientifiques, techniques et financières s'ajoutent des arguments juridiques. La circulaire assied la position défendue sur le dépistage en affirmant sa conformité avec la position adoptée par l'ensemble des pays européens lors de la réunion des directeurs des administrations pénitentiaires, à Strasbourg, en juin 1987. Ces orientations européennes modifient sensiblement la logique d'utilisation des tests VIH-sida. En effet, jusque-là, le

dispositif existant faisait du dépistage une initiative exclusive des organisations carcérales. La mise en place d'un système volontaire et la reconnaissance d'un droit au dépistage pour les détenus qui le souhaitent renversent l'initiative du dépistage. Même dans le cas des personnes incarcérées les plus exposées au risque, l'administration pénitentiaire ne peut plus que proposer un test et non plus contraindre les individus au dépistage.

Une circulaire conjointe Justice Santé, datée du 17 mai 1989, codifie l'ensemble des évolutions précédemment repérées¹¹. Le dépistage devra faire l'objet d'une consultation médicale préalable pour informer et obtenir le consentement du détenu. Le résultat du test doit lui être donné, qu'il soit positif ou négatif, et expliqué par un médecin, qui ne doit pas déléguer cette tâche « délicate et essentielle ». Désormais proposé aux détenus sur la base du volontariat, l'objectif du dépistage est d'entamer une démarche de soins et de responsabilisation vis-à-vis de la santé. Afin de soutenir cette politique d'accès aux soins, la coopération entre l'Administration pénitentiaire et celle de la santé se trouve renforcée, grâce à un protocole d'accord entre les ministères de la Justice et de la Santé. Diverses mesures sont ainsi prévues pour renforcer la formation et l'information des personnels du ministère de la Justice sur les problèmes de santé en milieu carcéral¹².

Cette politique d'accès aux soins est confirmée, en avril 1990, par une nouvelle circulaire¹³ qui prévoit la tenue en prison de consultations effectuées par des praticiens hospitaliers et l'accueil des malades dans leurs services. L'épidémie à VIH a certes servi de catalyseur à ces dis-

positions, mais ces dernières sont loin de lui être spécifiques puisqu'elles poursuivent le processus de rapprochement entre maisons d'arrêt et services spécialisés des centres hospitaliers, amorcé en 1983, par le rattachement de certains établissements pénitentiaires au ministère de la Santé¹⁴. Ce processus aboutira à la loi du 18 janvier 1994, qui met fin à la médecine « pénitentiaire » par plusieurs transformations structurelles dans l'organisation du secteur (voir Bessin et Lechien, 2000¹⁵). D'abord, elle instaure l'indépendance des soignants en conférant au service public hospitalier la mission de dispenser les soins aux détenus en milieu pénitentiaire. Ensuite, elle affine les prisonniers aux assurances maladie et maternité du régime général de Sécurité sociale. Enfin, elle confie à l'hôpital la tâche de concourir aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans les établissements pénitentiaires.

Le dépistage aux prises avec la permanence des pratiques carcérales

L'abandon d'un usage systématique et obligatoire des instruments de dépistage, l'instauration du volontariat, qui crée un droit au dépistage pour les détenus, la rupture avec la médecine pénitentiaire inféodée au pouvoir disciplinaire de la prison constituent le cadre normatif dans lequel devraient théoriquement être utilisés des tests VIH enfin respectueux des droits de l'homme. C'est, d'ailleurs, globalement le cas, puisque les usages répondant à une logique ouvertement discriminatoire sont aujourd'hui quasi inexistantes. Mais, si le dépistage en prison présente certaines garanties comparables à celles de l'extérieur, il en est tout autrement de l'information produite

par ces instruments biologiques. La confidentialité de l'information médicale reste, en effet, largement illusoire en prison, puisque l'ensemble des relations carcérales exerce une pression constante à la divulgation¹⁶. Les atteintes au secret médical ne relèvent donc pas de l'exceptionnel mais de pratiques courantes, quasi routinières. Or, la rupture de la confidentialité, dans le cas d'une séropositivité au VIH, peut avoir des conséquences graves pour la vie quotidienne des détenus concernés. Si l'on considère le dépistage comme un rite de passage (Van Gennep, 1969), qui institue socialement la séropositivité, alors « être positif » pour un détenu, c'est être perçu au sein de la prison comme un objet de manifestations pathologiques et comme une source d'infection pour autrui. Lorsque cette information circule en prison, elle débouche sur des processus de stigmatisation qui s'accompagnent dans bien des cas d'actions de rejet et de discrimination.

La séropositivité : un secret médical partagé par tous

En 1993, un rapport du Conseil national du sida (CNS), en forme de bilan sur les situations médicales dans l'univers pénitentiaire, pointait le fait que « par tradition la logique pénitentiaire est une logique de l'absence de secret au sein de l'espace clos qu'est la prison. La mise en place, dans l'univers carcéral, d'une logique médicale, indissociable de la notion de secret médical, semblait donc conflictuelle, sinon inconcevable » (Conseil national du sida, 1996 : 166).

En 2000, l'ouvrage de Mme Vasseur, médecin-chef à la prison de la Santé, dénonce également les

contraintes qui pèsent sur l'activité médicale en prison et la quasi-impossibilité d'y conduire une activité clinique normale, respectueuse des règles de déontologie médicale (Vasseur, 2000). Il apparaît donc que, malgré plus de douze années d'échanges et de discussions entre le ministère de la Justice et celui de la Santé, malgré des circulaires, des décrets, des rapports et une loi pour concilier et harmoniser les pratiques médicales avec les réalités du monde carcéral, les principes adoptés restent du domaine du discours. Il y a plusieurs raisons à cet état de fait.

— Une médecine carcérale sous contrainte

Avant 1994, le Code de procédure pénale français n'envisageait le secret médical que sous la forme d'une dérogation, puisque l'article D.378 précise que «le médecin délivre des attestations relatives à l'état de santé des détenus et contenant des renseignements nécessaires à l'orientation et au traitement pénitentiaire ou post-pénal de ceux-ci, chaque fois que l'administration pénitentiaire ou l'autorité judiciaire en fait la demande». Pour Colette le Proux de la Rivière (1991), cette situation juridique conduit à instituer

la règle du secret partagé puisque la médecine carcérale se trouve sous une double allégeance, au service de deux maîtres : d'un côté, l'administration et de l'autre le détenu, qu'elle soigne. Mais, cette double servitude profite rarement au respect des droits des détenus. En effet, dès qu'est posée la question de l'équivalence des droits entre un prisonnier malade et un homme libre malade, on soulève le problème de la mise en danger des surveillants, éducateurs, personnel de l'administration ou autres ressortissants de la population pénale, exposés malgré eux et victimes de sous-information. Cette tension entre une logique sanitaire et une logique de sécurité interne favorise le partage du secret médical. Prise dans cette tension, l'information médicale dont font partie les résultats des tests est, à ce titre, l'objet permanent de négociations et de tractations dans les relations qu'entretiennent les détenus, les médecins et les surveillants. Les régulations formelles n'ont que peu de prise sur ces relations. Ce rapport aux normes, renforcé par le foisonnement des règles carcérales, conduit à une extrême diversité des régimes de détention. D'une certaine façon, on pourrait dire que chaque établissement a tendance à contourner les règles ou à les interpréter à sa façon. En ce qui concerne les résultats des tests VIH, cela se traduit par une grande variabilité du degré de confidentialité, non seulement d'un lieu de détention à l'autre, mais aussi au sein du même établissement selon les périodes (Floch, 2000).

Les premières années d'utilisation des tests VIH sont marquées par de nombreux abus mettant en cause tant les conditions de leur réalisation que le respect des règles de confidentialité au moment de la remise des

résultats. En 1989, une étude réalisée à Fresnes auprès de 130 détenus toxicomanes séropositifs montrait que, si dans 50 % des cas les tests étaient effectués à la demande du détenu, dans 21 % des cas, le consentement préalable n'était pas requis et, dans sept cas, les tests étaient réalisés en dépit du refus exprimé par le détenu (Letellier, 1989)¹⁷.

— Entre principes et pratiques : un décalage persistant

En 1993, le Conseil national du sida (CNS, 1996) évalue la conformité de ces pratiques avec les régulations émises depuis presque une dizaine d'années. Constatant que des progrès sensibles ont été effectués puisque «grosso modo les dispositions entourant le dépistage sont conformes aux exigences éthiques», le CNS semble se satisfaire du dispositif établi par les textes. En effet, les garanties de respect des droits individuels des détenus (consentement préalable, respect de la confidentialité) atténuent le caractère de sécurité sanitaire qui était celui des premiers usages des tests (Tabone, 1991). De fait, leur insertion dans un mode d'exercice plus médical (présence systématique d'une infirmière et d'un médecin) favorise l'acceptation du dépistage par les détenus. Ainsi, le CNS se félicite qu'en 1993, environ un tiers des entrants en prison soit dépisté selon une logique, non plus de soupçon et de protection collective contre un éventuel risque d'infection, mais de contrôle individualisé de ce risque (CNS, 1996 : 170).

En façade, tout ou presque semble plutôt conforme aux dispositions légales. Pourtant, des témoignages mentionnent l'existence de pratiques de dépistage systématique des entrants, qui sont difficilement véri-

fiables. En fait, le rapport du CNS indique que des pressions directes ou indirectes peuvent être exercées sur les détenus pour les amener à subir un test VIH. De plus, malgré le renforcement du secret médical et la dissociation des missions de soins et de surveillance, introduite par la réforme de 1994, les rapports conflictuels entre le personnel de surveillance et le personnel soignant ne favorisent pas le maintien de la confidentialité des informations médicales¹⁸. En mai 1998, la revue *Actions locales* se faisait l'écho de ces tensions. Le personnel de surveillance perçoit surtout le secret médical comme un moyen pour les médecins de cacher des informations sur les détenus, ce qui le met lui-même en danger de se contaminer: «Pour nous-mêmes, nous l'accepterions comme risque professionnel, mais rapporter une maladie chez nous, c'est intolérable». En ce sens, la demande de tests obligatoires à l'entrée en prison est une revendication constante des surveillants. En effet, malgré une certaine compréhension des délais de latence de l'infection et des possibilités limitées de contamination par le VIH en court séjour carcéral (toxicomanie, rapports sexuels à l'intérieur, au parloir, en permission, tatouage), la connaissance de la sérologie positive demeure un moyen de protection fantasmagorique fort. De plus, l'incertitude sur le statut sérologique des détenus entraîne de la méfiance et une attitude soupçonneuse lors des situations à risques. Certains surveillants sont alors prompts à profiter des failles dans les barrières érigées autour de la confidentialité du diagnostic.

Pour le CNS, les manquements aux règles de confidentialité commencent dès l'instruction des procédures judiciaires et se poursuivent durant l'incarcération. Plusieurs

situations favorisent ces ruptures de confidentialité du statut sérologique des détenus. D'abord, les situations les plus fréquentes sont celles où des détenus et des surveillants se trouvent ensemble dans les infirmeries. Ensuite, ce sont les lieux où se déroulent les consultations médicales qui posent problème. Si, dans certains centres pénitentiaires, la consultation anonyme et gratuite pour le VIH se trouve intégrée à la consultation anti-vénérienne préexistante, garantissant ainsi un respect de l'anonymat, dans d'autres centres, la réalisation des tests VIH se fait dans le cadre d'une consultation spécialisée de médecine interne, ce qui laisse peu d'ambiguïté sur le statut sérologique des détenus qui s'y rendent. De plus, les conditions de distribution des médicaments en prison sont peu propices à la confidentialité médicale. En effet, il arrive fréquemment que les surveillants remplacent les infirmières pour cette tâche; le secret médical est alors caduc. Enfin, la présence de plusieurs individus par cellule, qui sont tous témoins des traitements, met à mal les exigences de secret.

Un autre point sensible du maintien de la confidentialité des résultats des tests VIH concerne les dossiers médicaux. Plusieurs articles du Code de procédure pénale protègent la confidentialité des informations qui y sont contenues, principalement en réservant l'accès au seul personnel médical¹⁹. Malgré ces dispositions légales somme toute protectrices, les conditions de stockage des dossiers médicaux dans les centres pénitentiaires s'avèrent très variables selon les établissements et souvent insuffisantes pour garantir la confidentialité de l'information médicale. Techniquement, le cœur du problème concerne le «degré de clôture» des

armoires dans lesquelles sont enfermés ces dossiers et les résultats sérologiques des tests. En principe, seule l'infirmière, le directeur de la prison et éventuellement les médecins vacataires possèdent la clef de ces armoires. Toutefois, ce principe est fréquemment enfreint. Le CNS donne plusieurs explications à ces manquements, mais la cause principale en est le manque de personnel médical, qui conduit à confier souvent à des surveillants ou même à des détenus «classés»²⁰ le secrétariat médical ou les fonctions d'auxiliaires médicaux. Dans ces situations, les ruptures de confidentialité sont courantes, et cela surtout au début de l'épidémie, lorsque les dossiers médicaux des détenus séropositifs étaient marqués d'une pastille rouge.

Circulation de l'information produite par les tests et discrimination

Ainsi, les réglementations qui protègent l'information produite par les tests VIH sont fréquemment contournées dans l'univers carcéral. Les logiques propres de son fonctionnement et le maintien des objectifs de sûreté interne portent régulièrement atteinte au respect des règles de confidentialité. Cette porosité des barrières entourant le secret médical n'est pas propre aux prisons, mais les conséquences y sont plus lourdes pour ceux qui les subissent. Pour les détenus, la «mise au jour» de leur différence entraîne des procédures discriminatoires multiples: diminution de la part secrète de leur intimité, surveillance accrue exercée à leur rencontre, violence, restriction de l'espace de liberté.

Dans les années 1985-1987, les phénomènes d'exclusion des personnes atteintes par le VIH ont par-

Entre santé publique et maintien de l'ordre : le parcours des tests de dépistage du VIH dans les prisons françaises

144

fois atteint la violence. L'incident relaté par le quotidien *Libération*, au cours duquel l'arrivée de cinq détenus «suspçonnés» d'être atteints du sida a provoqué une mutinerie, n'est qu'un exemple parmi d'autres²¹. Aujourd'hui, ce type de réaction n'a plus lieu, mais, pour nombre de détenus séropositifs, les attitudes discriminatoires ou stigmatisantes demeurent un problème tout au long de l'incarcération. Pour plusieurs associations, cette peur de la discrimination explique en grande partie le refus du dépistage à l'entrée en prison (Langlet, 2005) ou le non-dévoilement d'une séropositivité²² et empêche donc de pouvoir amorcer ou poursuivre un traitement. Les conclusions du rapport de juillet 2000 sur l'état sanitaire des prisons françaises dénonçaient d'une façon accablante le manque d'hygiène qui y sévit. Cette situation générale qui perdure et s'aggrave (OIP, 2003) aujourd'hui du fait d'un niveau de surpopulation carcérale jamais atteint depuis l'après-guerre²³ pose, pour les détenus séropositifs et les malades, des problèmes particulièrement insurmontables, dans la mesure où le maintien d'une hygiène de vie personnelle est une condition essentielle de la réussite des traitements. Là encore, il apparaît que lorsque ceux-ci sont disponibles, l'accès à

des soins de qualité ou à une hygiène élémentaire se trouve soumis et limité par la logique sécuritaire qui prédomine dans des organisations surpeuplées.

— Des conditions de plus en plus incertaines d'accès à l'hygiène et aux soins

Dans un communiqué commun du 3 mai 1999, les associations Act Up et Migrants Against HIV/AIDS (MAHA) ainsi que l'Office international des prisons (OIP) donnent des exemples de discriminations à l'encontre de séropositifs ou de malades du sida dans l'accès aux soins et à l'hygiène. Plusieurs exemples concernent le simple fait de pouvoir se doucher conformément aux dispositions du nouveau Code de procédure pénale. Le communiqué souligne le «gouffre qui sépare les objectifs d'égalité minimale fixés par la circulaire de décembre 1994 et la réalité ordinaire des détenus». Il poursuit en dénonçant le fait que «l'accès des détenus aux soins communs dépend de l'arbitraire d'une administration autonome et du bon vouloir de surveillants omnipotents, dans un vide quasi total de recours».

Cette discrimination à l'hygiène se double, pour les détenus malades, du problème posé par le suivi de leurs traitements. Si l'accès aux bi/trithérapies s'améliore depuis quelques années, les conditions de vie carcérale font que le respect des protocoles de traitement, qui est pourtant une condition de leur réussite, est une lutte quasi permanente²⁴.

De plus, l'exemple de la prison de Fresnes montre que, lorsque les conditions de suivi thérapeutique sont assurées, on aboutit à une situation paradoxale. Pendant des années,

la prison de Fresnes fut considérée comme l'établissement carcéral français «modèle», parce qu'elle offre un cadre thérapeutique équivalent à l'hôpital; de fait, beaucoup de malades atteints du sida y ont fini leur vie. Mais, pour ces mêmes raisons, Fresnes est aujourd'hui le lieu où sont concentrés, à l'écart du reste de la population carcérale, les nombreux détenus atteints du sida.

— L'accès au travail : un choix arbitraire

Le travail des détenus est régi par les articles D.98 à D.110 du Code de procédure pénale. L'article D.101 mentionne que «le travail est procuré aux détenus compte tenu du régime pénitentiaire auquel ceux-ci sont soumis, des nécessités du bon fonctionnement des établissements ainsi que des possibilités locales d'emploi». Cela signifie que les détenus peuvent être employés au service général de la prison (sauf à la comptabilité et au greffe judiciaire ou médico-social). En pratique, c'est le chef d'établissement qui désigne les détenus appelés à travailler au service général. Ce choix s'effectue ordinairement parmi les condamnés n'ayant pas une longue peine à subir. Une enquête comparative, de 1987, menée par Timothy W. Harding (Conseil de l'Europe, 1988) sur les maladies transmissibles en milieu carcéral, montre que la France n'a pas pris de mesures réglementaires visant à exclure de façon systématique les détenus séropositifs de certains emplois «classés», au contraire d'autres pays européens²⁵. Mais le problème de la discrimination à l'emploi persiste en France: il y a toujours plus de détenus candidats à un emploi que d'emplois proposés ou disponibles, et les directeurs de prison ont toute latitude pour gérer la

sélection des détenus aptes au travail⁶. De fait, des disparités importantes existent d'un établissement à l'autre. En 1993, le CNS indique que, dans certains centres pénitentiaires, des détenus séropositifs ne sont pas autorisés à travailler au service général comme aux cuisines. Ces refus de «classement» ont souvent pour origine la persistance de fantasmes ou de discours irrationnels sur les risques de contamination. Relatant les propos d'un chef d'établissement, qui souligne que «les séropositifs étaient considérés comme des personnes à risques parce qu'ils étaient presque tous toxicomanes», le rapport du CNS laisse entendre qu'au regard des impératifs de sûreté qui guident le choix des chefs d'établissement, l'accès au travail des détenus séropositifs reste dans la plupart des cas utopique.

Conclusion

Très tôt, dans les prisons françaises, le rejet d'un usage massif des tests VIH a eu pour effet de les cantonner dans un registre d'activité essentiellement axé sur le diagnostic individuel et l'accès aux soins. Mais cet usage clinique des instruments de dépistage masque un usage plus sécuritaire qui se manifeste dans les pratiques quotidiennes des acteurs du système carcéral. En effet, si le recours au test en tant qu'instrument de diagnostic est individualisé, l'information qui en découle est collectivement partagée du fait des conditions de vie carcérale, ce qui permet à chacun de l'utiliser pour se protéger contre un risque de contamination. De plus, bien qu'aujourd'hui l'usage médical des tests prédomine, l'inégale disponibilité d'équipements adaptés au traitement de l'infection à VIH a pour conséquence le placement des détenus

atteints dans des prisons spécialisées (exemple de Fresnes). On en arrive donc à une situation de ségrégation, justifiée par des arguments non plus sécuritaires mais cliniques. Ainsi on observe une forme d'hybridation de l'usage des tests, par laquelle les dimensions sécuritaires et cliniques tendent à s'imbriquer, voire à se confondre. À cet égard, un phénomène significatif consiste en l'apparition récente d'un discours favorable à l'usage systématique des tests sur certains groupes à risques. En particulier, le lien entre sida et toxicomanie en prison, établi dès 1986 et confirmé depuis⁷, incite certains membres du personnel médical des prisons à prôner le dépistage obligatoire des UDVI. Par exemple, Mme Véronique Vasseur, médecin-chef à la prison de la Santé, s'est exprimée en ce sens lors de son audition par la Commission d'enquête sur la situation des prisons françaises, le jeudi 9 mars 2000, en rappelant l'existence du dépistage systématique et obligatoire de la tuberculose. Après vingt-cinq ans d'épidémie marqués par des régulations en rupture avec l'ancien modèle de lutte contre les risques infectieux en prison, le modèle «tuberculeux» semble à nouveau être un cadre de référence pour penser l'usage des tests VIH.

Renaud Crespin
CNRS/CRAPE (UMR 6051)

Notes

- ¹ *Le Nouvel Observateur*, «Prisons : pourquoi nous avons honte. L'appel de 200 personnalités», 3-9 novembre 2005.
- ² Selon l'article D.393 du Code de procédure pénale, conformément aux dispositions de l'article L.273 du Code de la

santé publique : «l'examen et le traitement prévus par les dispositions en vigueur relatives à la prophylaxie des maladies vénériennes sont obligatoires pour tous les détenus. Les prévenus ne sont soumis à cette obligation que si l'autorité sanitaire et l'administration pénitentiaire les considèrent, en raison de présomption graves, précises et concordantes, comme atteints d'une maladie vénérienne».

- ³ En 1983, lors de la première description du virus responsable du sida par l'équipe Pasteur, dans la revue *Science*, le virus est dénommé «LAV», pour «Lymphadenopathy Associated Virus». Depuis 1986, l'adoption d'une même nomenclature scientifique internationale le désigne sous l'appellation «VIH» pour virus de l'immunodéficience humaine.
- ⁴ Ministère de la Justice et ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale, *Infection à virus VIH*, Lettre circulaire du 5 septembre 1985 (non parue au J. O.).
- ⁵ «Plus généralement, les chefs d'établissements pénitentiaires veilleront à une stricte application des règles d'hygiène qui constituent actuellement la prévention la plus efficace contre les maladies transmissibles».
- ⁶ L'administration estime ainsi que les renseignements fournis par les tests sont très relatifs puisqu'un «test positif indique seulement qu'une personne a été en contact avec le virus. Il est d'ailleurs possible d'obtenir un résultat négatif chez une personne infectée, si l'examen a été réalisé peu de temps après l'infection».
- ⁷ Loi créant aussi les centres de dépistage anonyme et gratuit.
- ⁸ Circulaire n°A.P.88-01G 2-0102-88 du 1^{er} février 1988 relative à la participation de l'administration pénitentiaire à la politique nationale de lutte contre le sida (non parue au J. O.).
- ⁹ Circulaire conjointe assistance publique-justice du 17 mai 1989.
- ¹⁰ Les pouvoirs publics s'opposent farouchement au dépistage forcé (dans le certificat prénuptial, par exemple) de même

Entre santé publique et maintien de l'ordre : le parcours des tests de dépistage du VIH dans les prisons françaises

146

que parmi les groupes de population « à risques » (prisons), au motif qu'« il est inopérant et représente des coûts totalement disproportionnés avec le résultat que l'on pourrait attendre ». Déclaration de Mme le Dr Barzach, Ministre de la Santé, en novembre 1987, partagée par le professeur Got, auteur du rapport sur le sida préfacé par Claude Evin.

- ¹¹ Ministère de la Justice, Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale, circulaire n°AP89.03.G2 du 17 mai 1989 relative aux mesures de prévention préconisées dans l'institution pénitentiaire dans le cadre du plan national de lutte contre le sida.
- ¹² Notamment des magistrats et des fonctionnaires de l'administration pénitentiaire et de la protection judiciaire de la jeunesse.
- ¹³ Circulaire de M. Evin du 19 avril 1990.
- ¹⁴ Avant la loi du 18 janvier 1994, qui réforme la médecine pénitentiaire, l'organisation et la mise en œuvre de la prise en charge sanitaire des détenus relevaient de l'administration pénitentiaire et étaient donc sous la tutelle du ministère de la Justice. L'organisation des soins était alors assurée par un ou plusieurs médecins vacataires désignés par le directeur régional des services pénitentiaires auprès de chaque établissement pour une période renouvelable. Ce dispositif, qui subordonnait l'exercice de la médecine pénitentiaire à l'Administration de la justice, résulte d'une longue histoire administrative. Très schématiquement, jusqu'à la

Seconde Guerre mondiale, les soins médicaux aux détenus étaient principalement délivrés par des œuvres philanthropiques et cela malgré une nouvelle tutelle de l'administration pénitentiaire, qui avait quitté le ministère de l'Intérieur pour être rattachée au ministère de la Justice (Petit, Faugeron et Michel, 2002: 180). À la Libération, dans un contexte général de réforme des structures administratives, un nouveau dispositif sanitaire est mis en place en prison. Au cœur de ce dispositif est prévue une infirmerie dans laquelle des médecins vacataires et des infirmières assurent les soins aux détenus (*ibid.*: 181). Le contrôle était exercé par un médecin général des prisons dépendant de l'administration pénitentiaire. C'est ce lien de tutelle entre la médecine pénitentiaire et le ministère de la Justice qui sera rompu par la réforme de 1994.

- ¹⁵ En ce qui concerne les effets de la réforme de 1994 sur la prise en charge sanitaire des détenus.
- ¹⁶ Pas seulement sur le secret médical mais également sur le secret pénal (Bessin et Lechien, 2000).
- ¹⁷ En 1997, une enquête traitant de l'influence du milieu carcéral sur l'identité des détenus séropositifs témoigne de la banalité de ces pratiques de dépistage à l'insu ou de remise de résultats sans aucune confidentialité (Lemoine, 1997).
- ¹⁸ Dans leur enquête, Bessin et Lechien (2000) montrent que, pour les personnels de surveillance, l'arrivée de nouveaux professionnels hospitaliers à la suite de la réforme de 1994 a été largement vécue comme une véritable « intrusion », suscitant de violentes confrontations, notamment dans les premiers mois de la réforme.
- ¹⁹ Il s'agit des articles D.161 et D.371 du Code de procédure pénale.
- ²⁰ Ce qui signifie autorisé à travailler.
- ²¹ *Libération*, le 4 mai 1987.
- ²² Lors de son audition dans le cadre du rapport parlementaire sur la situation dans les prisons françaises, Mme Emmanuelle Cosse, alors présidente d'Act Up, déclare à ce sujet: « Nombre de détenus ne diront pas en prison qu'ils sont séropositifs.

Nous connaissons plusieurs détenus, condamnés à des courtes durées d'incarcération, qui ne dévoileront pas leur séropositivité, afin d'éviter la stigmatisation ». Audition d'Emmanuelle Cosse, présidente d'Act Up-Paris, extrait du procès-verbal de la séance du 4 mai 2000, dans Assemblée nationale, *Rapport de Commission d'enquête sur la situation dans les prisons françaises*.

- ²³ Au 1^{er} octobre 2005, la France comptait 57 163 détenus pour une capacité d'accueil de 51 144 places, soit une surpopulation moyenne de 112 %. Ces chiffres peuvent sembler en diminution au regard de ceux de juillet 2004, qui atteignaient le record historique de 64 813 détenus pour 49 595 places, mais cette baisse apparente est due en grande partie au décret de grâce de juillet 2004 et aux nouveaux modes de calcul des réductions de peine.
- ²⁴ « Lorsque l'on doit suivre un traitement aussi lourd que celui des antirétroviraux, la promiscuité en détention et le fait de devoir prendre ses médicaments devant ses codétenus engendrent la peur de la stigmatisation. De plus, le rythme de la détention fait que, parfois, il faut choisir entre prendre son repas chaud ou ses médicaments, car ceux-ci doivent être pris à heure fixe. Enfin, les détenus malades du sida ne peuvent travailler, à la fois pour des raisons de santé et par crainte de la stigmatisation, car ils sont obligés d'interrompre leur travail pour prendre des médicaments et ils sont alors déclassés. » Audition de Serge Lastennet, responsable de la commission prison de l'association Act Up, extrait du procès-verbal de la séance du 4 mai 2000, dans Assemblée nationale, *Rapport de la Commission d'enquête sur la situation dans les prisons françaises*.
- ²⁵ L'Allemagne, par exemple, interdit aux détenus séropositifs « l'accès aux cuisines et à certains ateliers dans lesquels le risque de blessure est élevé »; au Portugal, les détenus sont complètement isolés. Enfin, la Grande-Bretagne s'est dotée, depuis 1985, d'un règlement, le *Viral Infectivity Restrictions*, qui entraîne une ségrégation des patients séropositifs et une restriction de leur accès au travail. Ce règlement a été depuis abandonné.

- ²⁶ Le taux d'activité des détenus a fortement baissé ces dernières années. Il s'établissait à 47,6% au 1^{er} janvier 2001 pour chuter à 35,2% début 2005.
- ²⁷ Parmi les détenus qui connaissent leur statut à l'entrée en prison, les utilisateurs de drogues par voie intraveineuse représentent 73% des personnes infectées par le VIH. La prévalence du VIH en milieu carcéral est de 1,56% contre 0,5% en milieu libre (Mouquet, Dumont et Bonnevie, 1999; Rotily, Weilandt, Gore, Kall et al., 1997).

Bibliographie

- ACTIONS LOCALES. 1998. «Prison: les surveillants face au mur du secret médical», *Politique santé*, 3.
- ARTIÈRES, Philippe, et Pierre LASCOUMES, éd. 2004. *Gouverner, enfermer. La prison un modèle indépassable?* Paris, Presses de Sciences-po.
- BÉNÉZECH, Michel, Pierre RAGER et al. 1986. «Implications médico-sociales du dépistage du sida chez les détenus toxicomanes», *Journal de médecine légale-droit médical*, 29, 5: 423-426.
- BESSIN, Marc, et Marie-Hélène LECHIEU. 2000. *Soignants et malades incarcérés: conditions, pratiques et usages des soins en prison*. Centre d'étude des mouvements sociaux et Centre de sociologie européenne, Paris, EHESS.
- BROSSART, Alain. 2001. *Pour en finir avec la prison*. Paris, la Fabrique éditions.
- BRUNET, Jean-Baptiste. 1990. «M.S.T.: une loi d'exception», *Revue française des affaires sociales: Les années sida*: 143-154.
- CHANTRAINE, Gilles. 2004. «Les temps des prisons. Inertie, réformes et renforcement d'un dispositif institutionnel», dans Ph. ARTIÈRES et P. LASCOUMES, éd. *Gouverner, enfermer. La prison un modèle indépassable?* Paris, Presses de Sciences-po: 57-82.
- CONSEIL DE L'EUROPE. 1988. *Huitième conférence des directeurs d'administrations pénitentiaires (CDAP)*. Strasbourg, 2-5 juin 1987.
- CONSEIL NATIONAL DU SIDA. 1991.
- CONSEIL NATIONAL DU SIDA. 1996. «Prison, sida et confidentialité. Rapport et avis du Conseil national du sida sur les situations médicales sans absolue confidentialité dans l'univers pénitentiaire», dans CONSEIL NATIONAL DU SIDA, *Rapport d'activités, 1989-94*. Paris, La Documentation française.
- FLOCH, Jacques. 2000. «Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur la situation dans les prisons françaises», Paris, Assemblée nationale: 141 et s.
- GONIN, Daniel. 1991. *La santé incarcérée. Médecine et conditions de vie en détention*. Paris, Éditions de l'Archipel: 186-187.
- JEAN, Jean-Paul. 1990. «Une politique de lutte contre l'exclusion», *Revue française des affaires sociales. Les années sida*: 15-20.
- LANGLET, Marianne. 2005. «Logique sécuritaire contre logique médicale», *Revue Arcat-Sida. Le journal du sida*, 175: 9-11.
- LEMOINE, Diane. 1997. *Identité et VIH: analyse des influences du milieu carcéral sur l'identité des détenus séropositifs*. DEA d'anthropologie sociale et ethnologie, EHESS. Dir. Mme M.-E. Handman.
- LE PROUX DE LA RIVIÈRE, Collette. 1991. «Détection du sida: secret médical et prisons», *Revue de science criminelle et de droit comparé*, 3: 550-554.
- LERT, France. 1992. «Comment l'histoire du dépistage de la tuberculose peut-elle éclairer le débat sur la prévention du sida?», *Les cahiers d'action juridique. Autour du sida, tests et dépistage*, 81/82: 10-17.
- LETELLIER, L. 1989. *Toxicomanie et VIH, aspects éthiques. Aspects particuliers en milieu carcéral: un certain regard vers l'extérieur*. Université de Paris Ouest, thèse de doctorat en médecine.
- MOUQUET, Marie-Claude, Martine DUMONT et Marie-Cécile BONNEVIE. 1999. *La santé à l'entrée en prison: un cumul de facteurs de risque*. DREES, Études et résultats.
- MURARD, Lion, et Patrick ZYLBERMANN. 1987. «La mission Rockefeller en France et la création du comité national de défense contre la tuberculose (1917-1923)», *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 34: 257-281.
- MURARD, Lion, et Patrick ZYLBERMANN. 1996. *L'hygiène dans la République. La santé publique en France ou l'utopie contrariée, 1870-1918*. Paris, Fayard: 477-580.
- OIP. 2003. *Rapport*.
- PETIT, Jacques-Guy, Claude FAUGERON et Michel PIERRE. 2002. *Histoire des prisons en France, 1789-2000*. Toulouse, Éditions Privat.
- ROTILY, Michel, Caren WEILANDT, Sheila GORE, Kerstin KALL et al. 1997. «Prévalence des pratiques à risque de transmission du VIH et des virus des hépatites chez les usagers de drogues intraveineuses en milieu carcéral: une enquête multicentrique européenne», *Épidémiologie et évaluation en toxicomanie*. Lausanne, Suisse.
- TABONE, Dominique. 1991. «Quelques réflexions à propos du sort des détenus séropositifs et sidéens dans et hors des murs de la prison», *Revue Agora*, 18-19.
- VAN GENNEP, Arnold. 1969. *Les rites de passage*. Paris et La Haye, Mouton.
- VASSEUR, Véronique. 2000. *Médecin-chef à la prison de la Santé*. Paris, Le Cherche Midi.