

Représentations des risques et pratiques de soins en milieu carcéral : le cas du VIH et de la tuberculose dans les prisons de Rio de Janeiro

LHUILIER Dominique*
DIUANA Vilma**
AMADO Gilles***
SANCHEZ Alexandra**
Larouze Bernard****

La dégradation de la santé en prison est un phénomène bien établi dans quel que coin du monde que ce soit. Mais la préoccupation pour les dispositifs sanitaires varie d'un pays à l'autre, de même que le contexte économique, socioculturel et politique influence chacun d'eux de façon très spécifique. Si, en France, c'est l'épidémie du sida qui a révélé les problèmes de santé en prison, aujourd'hui c'est, essentiellement, la santé psychique des détenus qui retient l'attention. Dépressions, épisodes psychotiques, tentatives de suicide, reflètent, souvent, les conditions d'isolement produites par le choc carcéral et la psychopathologie de la vie quotidienne en détention, même si la prison « accueille » de plus en plus de personnes présentant déjà des troubles psychiatriques (Lhuilier, 2005).

Dans les prisons brésiliennes, la santé somatique occulte certainement la santé psychique, tant les conditions d'incarcération sont physiquement précaires, même si cette explication n'est pas la seule. Au Brésil, et dans l'État qui nous intéresse, ce qui est premier, c'est la contagiosité VIH/tuberculose, au cœur de la recherche-action menée entre 2002 et 2005 dans cinq établissements pénitentiaires.

Ce travail a été réalisé dans le cadre d'un programme franco-brésilien de coopération (Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales – Programa nacional de DST/AIDS – ministerio da Saúde). Il s'est appuyé sur une demande de la Surintendance de la santé du secrétariat de l'administration pénitentiaire de l'État de Rio : celle-ci souhaitait identifier les freins à l'accès aux soins dans les prisons et les perspectives d'amélioration de la prévention comme de la prise en charge sanitaire. L'équipe, constituée pour cette recherche-action, comprenait, donc, des psychologues et des médecins appartenant à la Surintendance et des chercheurs français, psychosociologues et épidémiologistes.

LA SANTÉ EN MILIEU CARCÉRAL : ÉTAT DES LIEUX

L'infection par le VIH est particulièrement fréquente en milieu carcéral, comme l'ont montré plusieurs études menées aux États-Unis d'Amérique (Hammet, 1994) et en Europe (Rotily, Weilandt et coll., 1998), études qui soulignent aussi l'ampleur des difficultés de la prévention dans ce contexte. Parmi celles-ci, signalons la crainte de la stigmatisation et de l'exclusion par les surveillants et autres détenus, le déni de la transgression des interdits (sexualité et toxicomanie), les difficultés du suivi des détenus séropositifs ou malades dues à la mobilité institutionnelle, aux coûts des examens médicaux, à l'étroitesse de la réflexion sur les effets de l'incarcération sur la santé (Lhuilier, Simonpietri, Veil, 1999).

Quant à la tuberculose, sa fréquence est particulièrement élevée en milieu carcéral dans le monde entier (Organisation mondiale de la santé, 2000). Son lien avec le VIH, au sein des prisons est bien établi, grâce à plusieurs études menées aux États-Unis (Braun, Truman et coll., 1989), en France (Obrecht, 2000) et en Espagne (Chaves, Dronda et coll., 1997). Ce lien a été retrouvé dans les prisons de Rio de Janeiro (Sanchez et coll., 2005), mais l'incidence élevée de la tuberculose y est également liée à la limitation des moyens dont dispose

* Centre de recherche sur le travail et le développement, CNAM, 41 rue Gay Lussac 75005 Paris.

<dominique.lhuilier@cnam.fr>

** Superintendencia de saude da secretaria da administração penitenciária do Estado. Cette équipe était composée, en outre, de L. Araujo, A. Duarte, M. Garcia, L. Poubel, E. Romano, psychologues, Superintendencia de Saude, qui ont effectué l'essentiel du travail de terrain.

*** Groupe HEC, Laboratoire GREGHEC, Unité CNRS, UMR 2959.

**** Université Pierre et Marie Curie, Paris 6, INSERM, UHR-S707.

le programme de lutte contre la tuberculose intramuros. L'importance de ce problème sanitaire impose de mieux adapter les stratégies de lutte et de dépistage à l'entrée en prison et pendant l'incarcération (Organisation mondiale de la santé, 2000 ; Centers for disease control and prevention, 2006).

La fréquence élevée de l'infection par le VIH et de la tuberculose parmi les prisonniers est également liée aux caractéristiques des populations, dont ils sont habituellement issus et, bien évidemment, aux conditions de vie en milieu carcéral.

La population carcérale de l'État de Rio de Janeiro

Les 22 000 détenus de l'État de Rio de Janeiro sont en majorité des hommes (96,3 %) jeunes (60,2 % ont entre 18 et 30 ans), disposant d'un niveau d'instruction bas (9 % sont analphabètes et 66 % n'ont pas dépassé le niveau de l'école primaire) (Relatório anual da secretaria de administração penitenciária do Estado do Rio de Janeiro, 2002). Environ la moitié d'entre eux a des antécédents de toxicomanie et le trafic de drogue constitue, avec les vols avec violence, la cause la plus fréquente d'incarcération. La durée moyenne d'incarcération est de 3 ans et demi et environ le tiers des prisonniers ont été incarcérés antérieurement. Les prisonniers peuvent bénéficier d'un programme de « visite intime », qui leur permet d'avoir des relations sexuelles régulières avec leur partenaire.

Le système de santé carcérale dans l'État de Rio est relativement dense par rapport aux autres États brésiliens : il comporte sept hôpitaux (tuberculose, VIH/sida, trois hôpitaux psychiatriques et deux hôpitaux généraux) et, dans chacune des prisons, une consultation, offrant soins médicaux et dentaires. La tuberculose et le VIH/sida bénéficient de programmes de prise en charge spécifiques, avec la distribution gratuite des médicaments selon les critères nationaux.

L'infection par le VIH/sida et la tuberculose parmi les prisonniers de l'État de Rio de Janeiro

Plusieurs études réalisées par la Surintendance de la santé ont révélé la situation de l'infection VIH/sida et de la tuberculose. En 1997, une enquête, sur un échantillon tiré au sort, au sein d'une population de 12 000 prisonniers, a révélé des séroprévalences de VIH de 4,8 % chez les hommes ($n = 687$) et 7,2 % chez les femmes ($n = 304$). En 2001/2002, une investigation portant sur 600 détenus, présentant une sérologie négative lors des examens précédemment réalisés, a montré, parmi les hommes, un taux de séroconversion pour le VIH de 6/1 000 et, pour la syphilis, de 2,1 %. Aucune séroconversion n'a été observée chez les femmes.

Quant à la tuberculose (Relatório técnico anual, 2004), les données recueillies dans les prisons de l'État de Rio dressent un tableau particulièrement alarmant de la situation : en 2004, le taux d'incidence annuel de la tuberculose y était de 3 137/100 000, 31 fois supérieur à celui de l'État, avec des variations importantes selon les prisons.

Une étude-pilote transversale, par dépistage radiologique systématique, réalisée en 2002, sur les 1 200 détenus de l'une des unités d'hommes (Sanchez, Gerhardt et coll., 2005) a révélé une prévalence de tuberculose active de 4,6 %. La séroprévalence de l'infection VIH était de 14,6 % chez les malades tuberculeux, contre 1,6 % chez les autres prisonniers. Deux enquêtes radiologiques plus récentes, dans deux autres unités d'hommes, ont révélé des prévalences de tuberculose de 6,3 % et 8,6 % respectivement (Sanchez, Massari et coll., 2007), parmi les plus élevées à l'échelle mondiale.

Stratégies de prévention, de dépistage et de prise en charge du VIH et de la tuberculose dans les prisons de l'État de Rio de Janeiro

Les mesures préventives (exposés en groupe concernant le VIH et les maladies sexuellement transmissibles ; remise, à chacun des prisonniers, de matériel éducatif et de préservatifs), lors de l'entrée en prison ont été interrompues en 2004, du fait d'une décentralisation de l'admission, liée à la création de maisons d'arrêt, comme l'ont été les activités de prévention en cours d'incarcération (visionnages de bandes vidéo, discussions de groupe, journaux, concours de chansons...). Le test VIH est disponible pour tous les prisonniers qui le demandent, pour celles d'entre elles, qui présentent des manifestations évocatrices de l'infection VIH, pour tous les tuberculeux et pour ceux des prisonniers qui bénéficieront du programme « Visite intime ». Un groupe de médecins et de psychologues spécialisés assurent le suivi des patients et de leur traitement dans l'unité de soin VIH et dans les prisons.

Les sujets suspects de tuberculose, s'ils demandent une consultation médicale, sont dirigés vers le sanatorium pénal, où le diagnostic est établi. La plupart retournent en prison, où ils poursuivront leur traitement sous la supervision des infirmières du Programme tuberculose. D'autres (tuberculeux présentant une pathologie associée, formes résistantes ou compliquées) restent au sanatorium pendant trois mois en moyenne pour bénéficier d'un suivi adapté. L'éducation sanitaire, en matière de tuberculose, demeure sommaire. Il n'y a ni dépistage actif systématique à l'entrée, ni au cours du séjour carcéral.

Bilan des études sur la santé carcérale : une perspective trop médicale et prescriptive

Si les études et recherches réalisées dans les prisons de cet État apportent des informations importantes, elles sont, toutefois, limitées dans leur portée, en raison d'une perspective à la fois trop médicale et trop prescriptive. Elles n'explorent qu'accessoirement les représentations qu'ont les personnes incarcérées du VIH/sida et de la tuberculose, de la maladie, de la contagiosité en prison. Elles ne traitent pas en profondeur des attitudes des détenus face aux personnes infectées et des pratiques considérées comme à risque. La question du rapport à la santé et aux soins avant, pendant et après l'incarcération, est peu abordée au-delà du constat d'une difficulté à assurer la continuité des soins lors des transferts d'un établissement à l'autre ou lors de la libération. Enfin, ces travaux paraissent laisser dans l'ombre le rôle des personnels travaillant dans la prison, tant en ce qui concerne leurs représentations des risques pour leur propre santé que pour celle des détenus, comme en ce qui concerne leurs pratiques. Pourtant, ces personnels jouent un rôle non négligeable, à la fois sur le plan des conditions de vie en détention et de l'accès aux soins. Pour toutes ces raisons, il nous a semblé indispensable de mettre au point ce programme de recherche-action avec, pour objectif, de contribuer à apporter une réponse moins prescriptive aux problèmes de santé dans les prisons de l'État en question.

OBJET ET MÉTHODE DE LA RECHERCHE

C'est sur la base des données épidémiologiques mentionnées plus haut et des limites des perspectives strictement médicales, mais aussi des recherches menées au sein des prisons françaises (Lhuillier, Aymard, 1997 ; Lhuillier, Simonpietri, Veil, 1999 ; Veil, Lhuillier, 2000 ; Lhuillier, Lemiszewska, 2001) et de la nécessité d'une démarche de recherche-action (Amado, Lévy, 2001) qu'un travail de terrain a été entrepris. Il privilégie deux axes de recherche :

- les représentations des risques sanitaires en prison, sans l'étude desquelles toute forme de prévention risque d'échouer ;
- les empreintes du contexte et de la culture carcérale sur le rapport à la santé et sur l'usage des dispositifs sanitaires.

L'articulation entre représentations des risques et modalités de traitement des risques est indispensable, du fait de leur interdépendance.

Représentations et pratiques

Nous adoptons, ici, le principe reconnu par la plupart des chercheurs, selon lequel les représentations

et les pratiques s'engendrent mutuellement, dépassant ainsi les polémiques sur la primauté des unes sur les autres. Comme l'indique Autes (1985, p. 96), « On ne peut dissocier la représentation, le discours et la pratique. Il serait tout à fait vain de rechercher si c'est la pratique qui produit la représentation ou l'inverse. C'est un système. La représentation accompagne la stratégie, tantôt elle la précède et elle l'informe, elle la met en forme ; tantôt elle la justifie et la rationalise : elle la rend légitime ».

La représentation est considérée, ici, comme ce qui forme le contenu d'un acte de pensée. Conçue comme produit et processus d'une élaboration psychologique et sociale de la réalité (Jodelet, 1989), elle n'est pas seulement cognitive, c'est-à-dire structurée autour d'éléments de connaissances, mais elle dépend aussi de facteurs tels que les caractéristiques psychosociales des situations dans lesquelles se trouvent les différentes catégories d'acteurs (ici, surveillants, soignants, détenus) et les processus psychiques mobilisés dans – par ce cadre (ici, carcéral).

La représentation n'est pas un simple reflet de la réalité. Elle suppose un travail de reconstruction, au carrefour de dimensions psychoaffectives et sociales. Elle témoigne, notamment, de la réalité socioculturelle à laquelle elle se réfère, de la différenciation – voire des oppositions – entre les logiques d'acteurs et des pratiques associées. Socialement construites et partagées, non seulement elles permettent d'appréhender et de gérer les situations d'incertitude (notamment, ici, en localisant les risques), mais elles contribuent, par la production d'une réalité commune au groupe social qu'elles constituent, à l'affirmation – voire la défense – d'une identité sociale (*a fortiori* quand cette identité est menacée par la promiscuité et la problématique de la contagiosité-contamination).

Le choix de la recherche-action

Sur le plan méthodologique, pourquoi privilégier, ici, la recherche-action ? Rappelons-en tout d'abord quelques principes de base. La recherche-action est une méthode de recherche, qui vise à apporter une contribution, à la fois, aux préoccupations pratiques des acteurs se trouvant en situation problématique et au développement des sciences sociales, par une collaboration qui les relie selon un schéma éthique mutuellement acceptable (Rapoport, 1973). C'est, donc, un type de recherche sociale reposant sur une base empirique, conçue et réalisée en étroite collaboration avec une action ou la résolution d'un problème collectif, dans lequel les chercheurs et les participants, représentatifs de la situation ou du problème, sont impliqués de façon coopérative ou participative (Thiollent, 2003).

Deux raisons principales justifient le recours à la recherche-action en milieu carcéral, particulièrement au Brésil :

- des raisons éthiques : l'état sanitaire, la misère matérielle et la souffrance psychique des détenus « imposent » aux chercheurs de se préoccuper de l'amélioration des conditions d'existence et de l'accès aux soins. De plus, toute recherche produit des effets sur la situation étudiée, *a fortiori* dans un milieu fermé. Il est de la responsabilité des chercheurs de les prendre en compte ;

- l'importance de l'implicite, du non-dit, du déni, voire du mensonge, dans un univers à haut risque personnel, en raison des codes secrets et allégeances à certains groupes qui exercent du pouvoir au sein des unités carcérales. Ce dernier aspect permet de comprendre les limites d'une recherche classique, dans laquelle la confiance dans le matériel verbal recueilli pourrait conduire, à la fois, à de fausses conclusions et à des dangers pour les personnes.

L'une des conséquences de ce dernier point, c'est l'importance accordée, par l'équipe de recherche brésilienne, à son expérience des prisons. Composée de six psychologues, d'une assistante sociale et d'un médecin opérant en prison, elle conduit le processus d'investigation auprès du personnel soignant, des gardiens, des détenus et de l'administration pour tenter de comprendre les obstacles aux soins et les modalités de leur dépassement, afin de mettre en œuvre des actions adaptées au contexte.

C'est bien leur expérience qui les autorise à interpréter les données recueillies, à élaborer des hypothèses, qu'une position d'extériorité ne permettrait pas. Opérant par paire dans chacune des cinq unités étudiées, les membres de l'équipe échangent leurs impressions, hypothèses et analyses, au-delà des simples données, échanges effectués également avec les membres de l'équipe française, lors de séminaires conjoints.

L'enquête de terrain

Les cinq établissements retenus comprennent deux prisons pour hommes, une prison pour femmes, un sanatorium pénal et un hôpital spécialisé dans le VIH. Chaque duo de psychologues, affecté à une seule unité, y a conduit une série d'entretiens individuels et collectifs auprès des surveillants, de soignants (médecins et infirmier(e)s), de détenus.

Une première phase exploratoire, menée conjointement par l'équipe brésilienne et l'équipe française (composée de deux chercheurs en psychologie et d'un chercheur en épidémiologie), au sein d'une prison « test », a conduit, à partir d'entretiens individuels et collectifs, à l'élaboration d'un guide

d'entretien, comme à la définition des critères de sélection des personnes à interroger. Ces critères visaient à distinguer les anciens et les jeunes surveillants, les soignants (médecins et infirmiers), les détenus « primaires » et les récidivistes, les nationaux et les étrangers, les porteurs de VIH, les tuberculeux, les détenus sans maladie connue, les meneurs (chefs de gangs, de groupes religieux). Les entretiens individuels (au nombre de 134) et collectifs (32), ont été menés de façon semi-directive et ont donné lieu à une analyse de contenu thématique, par chacune des paires de chercheurs, analyse confrontée, chaque fois, à celle des autres paires, à l'occasion de groupes d'échanges supervisés. Les séminaires, regroupant l'équipe brésilienne et l'équipe française, ont permis de faire le point régulièrement sur les données recueillies et le déroulement de l'investigation. Ainsi, ont pu être mis en évidence, à la fois, des enseignements généraux et des représentations et pratiques propres à chaque catégorie d'acteurs, mais aussi la spécificité de certains résultats, étroitement dépendants du contexte organisationnel de chacun des établissements.

Nous ne présenterons, dans cet article, que les enseignements à caractère général, réservant, pour une autre publication, l'analyse du processus de recherche-action, ainsi que les données propres à chaque unité, ouvrant sur des perspectives de changement *ad hoc*. Nous privilégions, ici, l'analyse qualitative des entretiens réalisés.

REPRÉSENTATIONS DES RISQUES SANITAIRES

Les représentations des maladies contagieuses et transmissibles s'inscrivent dans des systèmes de représentations des risques en prison. Aussi, la question du VIH comme de la tuberculose ne peut-elle être dissociée de la façon dont les différents acteurs perçoivent et pensent l'impact du cadre spatio-temporel sur leur santé. Il s'agit bien de repérer la place accordée aux risques (de contracter une maladie contagieuse) dans ce milieu clos et surpeuplé, à travers une analyse globale des représentations de la prison.

La prison comme milieu à risques

L'investigation montre qu'au-delà des éléments de connaissance relative aux maladies et à leur mode de transmission, ce sont bien les caractéristiques psychosociales de la situation d'incarcération ou de travail (soignants-surveillants), qui contribuent à la structuration des systèmes de représentations. Ces caractéristiques sont, pour une part, communes à l'ensemble des établissements, pour une autre, dépendantes de l'organisation sociale propre à chaque prison. Ainsi, on remarque que les établissements pour hommes sont nettement plus

marqués par la reproduction intra-muros de la structuration sociale des bandes organisées, plus ou moins hiérarchisées, chacune ayant ses règles et ses valeurs propres.

Le milieu hostile de la prison impose, aux détenus, une tendance constante à donner la priorité à des problèmes liés à la survie immédiate, à l'adaptation à la réalité carcérale, qui détermine une hiérarchie des risques propres à la condition des gens privés de liberté et confinés.

Aussi, les représentations des maladies s'inscrivent, voire se dissolvent, dans une typologie des risques, qui distingue les risques de mort violente, d'agression, de domination, de stigmatisation, de relégation...

Les préoccupations, en rapport aux préjudices causés à la santé par la violence et les traumatismes, peuvent, alors, reléguer au second plan l'attention et les soins portés à la maladie. La double dépendance du détenu à l'ordre pénitentiaire (et ses agents) et à l'ordre carcéral (et ses meneurs) impose de composer avec leurs assignations respectives de places et leurs prescriptions de conduites, la dérogation à celles-ci étant toujours synonyme de risques de rétorsion. Chacun connaît cette menace, que concrétisent ces événements, qui ponctuent la vie en prison : assassinat, tabassage, émeute... Et la sensibilité aux risques VIH ou tuberculose ne se développe que secondairement, quand les risques sont comme régulés. Cette hiérarchisation des risques peut, ainsi, conduire à refuser des soins, par exemple, à s'opposer à un transfert au sanatorium pénal, afin d'éviter d'y être confronté à un détenu ou une faction de détenus, susceptibles de « régler des comptes », qu'il s'agisse de dettes non soldées ou de luttes de pouvoir, rivalités dans le contrôle d'une partie de la détention. Ou encore à refuser le test VIH ou son traitement, pour prévenir les risques de stigmatisation et de mise à l'écart, par la révélation rendue « publique » de la pathologie.

La pression exercée par ces risques constitue, à l'évidence, un filtre, à la réception des messages informatifs et préventifs, relatifs aux maladies contagieuses. Elle peut conduire, ainsi, à une euphémisation, voire un déni, des symptômes, par les détenus et ainsi retarder l'établissement du diagnostic.

Du côté des personnels, on observe cette même hiérarchisation des risques, perceptible à travers leur massive référence au « stress » : la tension émotionnelle, qui accompagne leur travail est beaucoup plus associée à la précarité de la paix sociale en prison qu'aux représentations d'une possible contamination, et l'impact du travail sur leur santé est d'abord perçu à travers les diverses manifestations psychosomatiques du « stress » ou des moyens utilisés pour l'atténuer, notamment l'alcool.

Le langage dans lequel chacun s'exprime à propos de la santé et de la maladie, dans lequel chacun en interprète les causes, les manifestations et les conséquences, n'est pas seulement un langage du corps. C'est, plus fondamentalement, un langage du rapport du sujet au social (Herzlich, 1970 ; Herzlich, Pierret, 1984), ici, le social incarcéré. La prison condense et amplifie l'externalisation du mal : environnement nocif, concentration d'êtres malfaisants, la menace est diffuse et omniprésente, au point que les usuelles segmentations sociales des représentations des risques (Duclos, 1989) tendent à se relativiser : l'étude comparative, par catégorie d'acteurs – détenus, soignants, surveillants –, met en évidence un socle commun en matière de risques perçus, qu'il s'agisse de la violence et de ses déclinaisons ou des maladies susceptibles d'être contractées en prison.

Typologie des maladies

Les maladies évoquées lors des entretiens individuels et collectifs font l'objet d'une classification implicite. Sont ainsi distinguées celles qui relèvent de la catégorie du « sale » et celles qui s'inscrivent dans le registre du « mal ».

Leptospirose, mycoses, ascabioses et autres parasitoses, infections bactériennes... sont associées aux conditions de vie ou de travail et au manque d'hygiène. Accumulation-dissémination de déchets, égouts à ciel ouvert, défaut d'entretien des cellules (où sont rassemblés souvent plus de quarante détenus), des bâtiments, des circuits d'alimentation en eau potable, humidité et moisissures, rats, cafards. Détenus comme personnels sont confrontés à ces manques, ainsi qu'à l'impuissance, face à l'envahissement du sale toxique.

Deux figures dominent dans cette catégorie : celle des ordures contaminantes, tissant le fil de la métaphore du rebut, celle de l'intoxication comme malsain intériorisé, assimilation forcée de substances nocives. L'alimentation et l'eau sont, ici, les principaux vecteurs perçus de la maladie « ingérée » et produite par le manque d'hygiène.

La catégorie des maladies associées au « mal » contagieux rassemble, dans une relative indifférenciation, tuberculose, pneumonie et autre formule générique « maladies des poumons ». Moins fréquemment évoquées, les hépatites et les méningites rejoignent ce tableau constitué autour, non de l'opposition propre-sale, mais de porteurs d'un mal d'autant plus aisément diffusé qu'il est indétectable. Si le sale se voit, se sent, le mal invisible se propage et amplifie la menace.

La liaison insistante entre puanteur, malpropreté des espaces et des corps, et dangerosité offre, au moins, les moyens de la détection, si ce n'est de la prévention des risques (Vigarello, 1985). En

revanche, le mal ne peut être localisé et il menace les enveloppes corporelles, rendues plus fragiles, plus poreuses par l'enfermement. Surpopulation, absence d'espace privé, promiscuité, confinement... autant de conditions favorisant une dissémination des infections. L'air apparaît comme le principal vecteur de cette dissémination : comment, alors, faire barrage entre le corps et son milieu, comment réduire la porosité des barrières organiques ?

Le VIH occupe, quant à lui, une place à part : toujours associé à l'idée de la mort, le risque paraît paradoxalement relativisé, euphémisé. La peur du sida a pris une autre forme : non plus celle de l'épidémie explosive, mais celle d'une maladie à l'image de la mort fatale. Figure nouvelle de « la représentation traditionnelle de la maladie comme présence de la décomposition dans la vie même, ce mixte entre la "pureté" du vif et la "gangrène" du mort » (Vigarello, 1993, p. 17), le sida n'apparaît pas comme une menace diffuse, mais comme un risque, qui suppose l'échange de sujet à sujet. La connaissance des modes de transmission (sexe, sang), comme l'assimilation séropositivité-homosexualité, contribuent à localiser le risque et à réduire l'appréhension, sauf pour les personnels, qui évoquent, avec insistance, l'usage du VIH comme « arme » à leur égard, quand un détenu les menace de son sang qu'il dit contaminé.

Les stratégies de mise à distance, voire d'exclusion, sont jugées suffisamment opérantes pour se protéger. Elles se fondent sur l'identification des porteurs du mal : signes visibles d'homosexualité, d'un dépérissement inexorable ou d'un suivi médical spécialisé (distribution du traitement dans les infirmeries des prisons par des soignants spécialisés « VIH »). La préoccupation à l'égard du risque de transmission du VIH est plus faible que celle relative à la tuberculose, par exemple. Et ces représentations, bien qu'elles ne s'appuient pas sur une connaissance des données épidémiologiques, sont néanmoins congruentes avec les résultats des enquêtes mentionnées plus haut. En fonction, non plus d'investigations épidémiologiques, mais d'analyse comparative des représentations des maladies et risques de transmission, on doit souligner encore la résistance de la tuberculose aux stratégies de capture symbolique et de maîtrise perçue. Si le VIH est toujours situé du côté des détenus – et notamment de certains détenus, essentiellement homosexuels – la tuberculose, elle, vient fragiliser la différenciation des places : les bacilles tuberculeux, de par leur diffusion dans l'air, contre-carrent les tentatives d'ordonnement des figures et des rôles dans l'espace carcéral. La catégorisation défensive, qui permet la construction de représentations confortant la différenciation (nous-les personnels/eux-les détenus) et assurant les identités

professionnelles sont malmenées par une infection qui « menace » indistinctement gardiens et gardés.

De même, les maladies du sale offrent une voie d'expression métaphorique à cette problématique de l'indifférenciation détenus-personnels : tous sont confrontés, exposés, à un même univers, celui de la souillure, du rebut.

La surpopulation carcérale, la promiscuité imposée, le manque d'hygiène et d'intimité, l'état de dégradation de certaines prisons ou installations... favorisent le sentiment d'exposition à une possible contamination, qu'on peut entendre, à la fois, sur le plan sanitaire et le plan identitaire. Aussi, la structuration des représentations sociales des maladies tente-t-elle de préserver les processus de catégorisation et de discrimination sociale, toujours très prégnants, en milieu carcéral et, notamment, dans les prisons brésiliennes, où les stratégies d'adaptation passent par l'appartenance à des groupes constitués (les bandes, les groupes religieux comme les évangélistes...) et des conduites d'assimilation et de prévention de l'exclusion. On perçoit, ici, la force des empreintes du contexte et de la culture carcérale sur l'attention portée à la santé et sur les représentations des menaces qui pèsent sur celle-ci.

REPRÉSENTATIONS ET PRATIQUES DE SANTÉ

Les actions de santé dans les prisons s'inscrivent, à la fois, dans les systèmes de représentations sociales de la santé et dans la logique qui régit et organise la vie dans ces institutions. Celles-ci sont hautement hiérarchisées, fondées sur l'isolement de l'extérieur et sur la restriction des interactions entre les différents groupes, qui intègrent les catégories sociales qui les composent, et leur mission consiste en la garde des personnes, sans faire de leur bien-être leur principale préoccupation (Goffman, 1968). Les images et les représentations, que chaque groupe construit par rapport aux autres, réfléchissent et reproduisent sa position dans la hiérarchie sociale (Monteiro, 2002) et ont une incidence sur sa réaction aux problèmes et aux demandes qui se posent au jour le jour, ce qui influence l'accès des détenus aux dispositifs sanitaires intramuros.

Interprétations et traitements des demandes de soins

Notre étude a vérifié que les représentations, que les professionnels de la sécurité (gardiens) et de la santé ont des détenus, conduisent à une sous-estimation de la réelle nécessité de soins des personnes incarcérées. Perçues comme « incapables de s'aider elles-mêmes », comme des « individus qui n'ont pas intérêt à s'améliorer », « peu propres », « sans

désir de rompre avec la délinquance », simulant des maladies pour accéder au service de santé, afin de « se promener » ou pour obtenir des médicaments, afin de les vendre ensuite, elles sont également vues comme « carencées affectivement ». Leurs demandes ne sont pas reconnues comme valides. Elles ne sont pas considérées comme des interlocuteurs à qui on peut faire confiance : leur « indolence » et leur mauvaise foi font qu'on ne peut leur accorder crédit. Aussi, est-il nécessaire qu'elles présentent des symptômes vérifiables. La souffrance psychique apparaît, ici, insuffisante à susciter l'assistance des soignants. Au cours des entretiens, l'aspect psychologique a été reconnu et valorisé, lorsque les employés parlaient d'eux-mêmes et de l'impact de leur travail sur la santé, alors qu'il était considéré comme inopportun et gênant lorsqu'il s'agissait des détenus.

Cette dévalorisation, par les surveillants, de la demande (et du sujet qui demande) est accompagnée d'une évaluation de la demande d'assistance, fondée sur des critères informels, ce qui conduit à une diversité de pratiques : certains laissent passer tous ceux qui demandent d'aller au service médical, d'autres non. Ce « tri » finit par déboucher sur un accès au service, modulé par des facteurs étrangers à l'état de santé. Être *faxina*¹, étranger, riche ou « capable d'attirer l'attention », semble, pour des raisons diverses, faciliter l'accès aux soins. Dans l'unité de femmes, la discipline se révèle un facteur prépondérant dans l'accès aux services de santé de l'unité. Selon les détenues interrogées, les prisonnières rebelles et/ou stigmatisées ont plus de difficultés à obtenir des soins. L'obéissance, la discipline, le travail et la bonne conduite ont été cités comme autant de facteurs qui facilitent l'accès au service de santé. Dans les unités d'hommes, l'influence de ces facteurs apparaît marquée par le pouvoir de certains groupes de détenus qui s'exerce sur l'accès aux soins, perçus et revendiqués comme un droit des détenus.

Logiques sanitaire et sécuritaire

Ce droit revendiqué entraînerait, du point de vue des surveillants et des professionnels de santé, des « abus », renvoyant à la représentation de leurs rôles professionnels : les détenus les sollicitent au-delà de leur obligation de « veiller sur les prisonniers ». Bien qu'étant reconnue comme un droit par les employés, l'attention accordée à la santé des détenus apparaît rapportée au « mérite » : il y a des détenus qui méritent et ceux qui ne méritent pas de l'aide (notion de « récupérables » et « d'irrécupérables ») ; il y a les reconnaissants et les ingrats, il y a ceux qui demandent et ceux qui

exigent. Dans cette perspective, la problématique offre/demande de soins doit s'inscrire dans une relation de dette, donc de gratitude, qui permette des négociations, garantissant ainsi l'adhésion des détenus. Exprimée à travers des propos, tels que « Je me bats pour que la détenue ait de l'assistance : je vais à la direction, à la sécurité, partout ; la détenue est donc reconnaissante et me doit cette faveur... ». Cette rationalité est contestée par les détenus, qui cherchent à imposer la reconnaissance de la santé comme un « droit du détenu ». Cette tension entre des valeurs hiérarchisantes, qui ne sont plus acceptées comme auparavant, et les valeurs individualistes, qui rompent avec cet ordre antérieur (Velho, Alvito, 1996), semble se manifester, à l'intérieur de la prison, dans tous les domaines de la vie. En ce qui concerne la santé, le manque de dispositifs légitimement reconnus pour rendre possible l'échange et les processus de réciprocité entre les différents acteurs semble générer un faible engagement et une participation réduite des professionnels comme des détenus aux stratégies de prévention et au développement des actions orientées vers la réduction de la détérioration sanitaire.

Soumis à l'ordre disciplinaire, et fonctionnant comme un élément d'échange et de négociation pour le maintien de l'ordre et de la discipline dans la prison, les soins sont aussi considérés par les surveillants comme un instrument de « réhabilitation » des détenus, et s'insèrent dans la logique de « modelage » des sujets. « Ils ont besoin des professionnels de santé, des thérapeutes et des assistants sociaux pour les récupérer », « eux-mêmes ne s'aident pas toujours, et c'est pour ça que le travail des professionnels, des thérapeutes est important », « Il ne s'agit pas de leur donner une profession, mais de faire un travail pour changer leurs têtes ». C'est ainsi que les gardiens confient aux professionnels de santé les soins aux détenus et ne conservent, pour eux-mêmes, que les rôles de vigile et d'agent de sécurité. Le fait que la « fonction de l'agent [de sécurité pénitentiaire] n'est pas de s'occuper de ces problèmes [de santé] » semble être une vue partagée par les surveillants.

Cette logique s'insère dans un système de représentations, qui promeut la persistance de la séparation et de la distance entre surveillants et prisonniers. Devant les détenus malades, les gardiens ne prennent pas l'initiative de les conduire au service de soins, excepté quand ils sont sollicités par les prisonniers eux-mêmes car, selon eux, cela causerait des « problèmes au détenu », qui pourrait, alors, être soupçonné, par ses codétenus, d'être un « ami de la garde ». De plus, acheminer le prisonnier serait un motif de moquerie entre les surveillants, car « il existe une barrière psychologique entre le détenu et l'agent ». « Eux [les détenus]

1. Prisonnier qui travaille pour l'administration.

semblent comprendre seulement le langage de l'ignorance et le gardien qui n'agit pas de cette façon est vu [par les détenus] comme un « gardien *bombom* » [efféminé]. Dans le contexte des relations agents-détenus, le soin apparaît synonyme de faiblesse, signe de dégradation et de soumission, inacceptable pour le maintien de la « force » et du « pouvoir » revendiqués par les deux pôles de cette interaction.

La virilité constitue, donc, un axe structurant, qui se reflète de diverses manières dans la vie quotidienne des gardiens et des détenus de la prison. Dans un groupe de discussion, la possibilité d'utiliser des gants comme mesure de protection contre la contagion des maladies, pendant la fouille des cellules, régulièrement réalisée par les surveillants, a suscité, entre eux, « la honte » et son association avec des « choses de femme ». En une autre occasion, après des clarifications sur la transmission du VIH, un gardien, en exprimant le pouvoir de sa virilité, a affirmé que « rien de ce qui avait été dit sur la contamination *via* la sexualité n'était vrai, car il suffisait de boire de la bière pour que l'immunité monte ». Il avait déjà agi de la sorte à plusieurs reprises et n'avait jamais contracté l'infection.

Santé, soins et emprise carcérale

Ces discours semblent confirmer l'analyse selon laquelle les informations provenant du seul discours scientifique sur la transmission des maladies et les problèmes de santé ne constituent qu'une parcelle du contenu des représentations qui orientent les conduites de protection (Monteiro, 2002). En milieu carcéral, elles sont profondément marquées par des interactions sociales hiérarchisées, présentant un potentiel de conflits et par des valeurs viriles, qui marquent les identités et les pratiques quotidiennes.

La structure et les relations sociales entre les différents groupes à l'intérieur des prisons promeuvent la construction de représentations fondées sur la différenciation nous (le personnel)/eux (les prisonniers). Ce sont ces représentations qui assurent les identités et qui garantissent la « performance » attendue. Selon Campos Coelho (1987), le maintien de la séparation entre gardiens et prisonniers se justifie, du point de vue des gardiens, par la nécessité de « préserver leur autorité et ascendance morale ». Elle se justifie, du point de vue des prisonniers, car « le gardien représente et symbolise tout ce qui opprime le prisonnier ou tout ce que le prisonnier vit comme négligence, carence et oppression ». Quant aux professionnels de santé, le maintien de la différenciation est fondé sur l'éthique de l'indépendance. Ainsi, l'accès aux soins devrait-il dépendre de critères sanitaires et non du mérite du prisonnier. La distance face aux

conflits institutionnels est perçue comme nécessaire au maintien de la qualité du travail. Les discours de soignants montrent que la proximité avec le « collectif » des détenus rend le professionnel suspect aux yeux de l'administration, et que sa proximité aux surveillants le rend suspect aux yeux des détenus.

On comprend, ainsi, à quel point l'excès de proximité entre les divers groupes sociaux, au sein des unités, peut être source de problème. La prégnance des enjeux et des stratégies de différenciation en milieu carcéral souligne la force de la menace de la confusion, la précarité des repères constitutifs d'une distinction des places et des rôles. Ici, la question des maladies contagieuses ou transmissibles constitue une véritable métaphore de l'imaginaire de la confusion, de l'indétermination, voire de la souillure (Douglas, 1992). Le recours massif à des stratégies défensives, contribuant, certes, à restaurer les identités et les places, crée aussi des obstacles sérieux à l'amélioration de la prise en charge sanitaire en prison.

CONCLUSION

Au cours de cette recherche-action, d'importants changements dans la conduite de la politique de sécurité publique et des droits de l'homme de l'État de Rio ont affecté directement le contexte institutionnel pénitentiaire, en particulier les relations entre les divers groupes (détenus, gardiens, administration, familles, professionnels de santé et d'éducation), exacerbant les conflits et la violence intramuros.

Avec cette nouvelle orientation, les droits de l'homme qui, dans la gestion précédente, avaient acquis une réelle audience, cessèrent de constituer une priorité. Le rôle des diverses commissions de défense de ces droits, composées d'organisations de la société civile, fut considérablement diminué. En outre, l'administration, suivant sa politique d'affrontement aux bandes, visant à diminuer leur influence, décida de les mélanger au sein des unités. L'annonce de cette mesure provoqua une grande préoccupation parmi les gardiens et autres professionnels du milieu carcéral, ainsi qu'une anxiété intense chez les prisonniers, qui redoutaient, donc, une confrontation entre bandes. Cette période fut marquée, chez les prisonniers, par plusieurs grèves de la faim et du travail, par de fréquentes rébellions et par des affrontements sanglants entre prisonniers, responsables de plusieurs dizaines de morts dans l'une des unités. Ces événements amenèrent l'administration à abandonner cette mesure.

Au même moment, de profondes transformations furent opérées dans le domaine de la santé. La

nouvelle administration réduisit, de façon significative, la place de la santé, dont les activités furent dispersées parmi les autres coordinations, ce qui compliqua la gestion des services, provoquant davantage de tensions et d'incertitudes chez les professionnels de ce domaine. Ces modifications eurent d'importantes répercussions sur les programmes VIH/sida et tuberculose, en ce qui concerne tant la prise en charge des sujets atteints que le dépistage à l'entrée en prison et les actions de prévention.

Dans un tel contexte, les perspectives de développement de notre recherche-action ont été réduites. Les entretiens individuels, comme les réunions-discussions, organisées auprès des personnes incarcérées, des personnels de surveillance, de soins, des enseignants et des agents religieux intervenant en prison, ont permis d'identifier les attentes et les degrés d'engagement respectif sur la question de la santé. Ces échanges ont mis à jour les systèmes de représentations et les décalages entre savoirs profanes et savoirs scientifiques sur les maladies et leurs modes de transmission. Les informations données sur les recommandations préventives, comme leur mise en discussion sur leur nécessaire ajustement aux contraintes spécifiques à chaque établissement et à chaque situation, ont conduit à des décisions et des réorganisations, notamment en matière de traitement des déchets et de stockage et de distribution de l'eau potable. Ces

avancées, significatives, n'ont pu, pour autant, être prolongées par d'autres types d'actions, par défaut d'engagement politique, au niveau de l'État et de ses administrations.

Nous avons pu vérifier que la santé, bien qu'elle soit un thème consensuel dans l'univers carcéral, n'est prioritaire ni pour l'administration, ni pour les prisonniers. Pour l'administration, elle représente un élément de négociation et de contrôle. Pour les détenus, préoccupés principalement par la conquête de meilleures conditions de survie au jour le jour et tout ce qui concerne leur liberté, la santé ne constitue une préoccupation que lorsqu'elle revêt un caractère d'urgence ou est perçue comme un risque vital. Les détenus ne s'impliquent pas dans des actions de prévention qu'ils perçoivent souvent comme un projet extérieur. Or, le contexte structurel, extrêmement hiérarchisé, dans lequel ni les détenus, ni les professionnels ne sont envisagés comme interlocuteurs, constitue un obstacle sérieux à la réalisation des actions dans le domaine de la santé.

Cette recherche-action et les difficultés rencontrées permettent de souligner l'importance de ces deux conditions nécessaires à une amélioration de la santé et des soins en prison : un engagement des institutions et des politiques des États, une implication des personnels, comme des personnes incarcérées, dans le choix des actions et des dispositifs mis en place dans les établissements.

RÉFÉRENCES

- AMADO (Gilles), LÉVY (André).— *La recherche-action, perspectives internationales*, Paris, Eska, 2001.
- AUTES (Michel).— *La pauvreté, une approche plurielle*, Paris, ESF, 1985.
- BRAUN (M. M.), TRUMAN (B. I.), MAGUIRE (B.), DIFERDINANDO (G. T. Jr), WORMSER (G.), BROADDUS (R.), MORSE (D. L.).— Increasing incidence of tuberculosis in a prison inmates population. Association with HIV infection, *Journal of American medical association*, 261, 3, 1989, p. 393-397.
- CAMPOS COELHO (Edmundo).— *À oficina do diabo*, Rio de Janeiro, Instituto universitário de pesquisas do Rio de Janeiro, 1987.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION.— Prevention and control of tuberculosis in correctional and detention facilities : recommendations from CDC. Endorsed by the advisory council for the elimination of tuberculosis, the national commission on Correctional health care, and the American correctional association, *Morbidity and mortality weekly report, recommendations and reports*, 55 (RR-9), 2006, p. 1-44.
- CHAVES (Fernando), DRONDA (F.), CAVE (M. D.), ALONSO-SANZ (M.), GONZALEZ-LOPEZ (A.), EISENACH (K. D.), ORTEGA (A.), LOPEZ-CUBERO (L.), FERNANDEZ-MARTIN (I.), CATALAN (S.), BATES (J. H.).— A longitudinal study of transmission of tuberculosis in a large prison population, *American journal of respiratory and critical care medicine*, 155, 2, 1997, p. 719-725.
- DOUGLAS (Mary).— *De la souillure. Études sur la notion de pollution et de tabou*, Paris, La découverte, 1992.
- DUCCLOS (Denis).— *La peur et le savoir*, Paris, La découverte, 1989.
- GOFFMAN (Erving).— *Asiles*, Paris, Éditions de minuit, 1968.
- HAMMET (Theodore M.).— Update : HIV/AIDS and STD's in correctional facilities, Washington, Department of Justice, 1994.
- HERZLICH (Claudine).— *Médecine, malade et société*, Paris, École des hautes études en sciences sociales, 1970.
- HERZLICH (Claudine), PIERRET (Janine).— *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, Paris, Payot, 1984.

JODELET (Denise).– *Les représentations sociales*, Paris, Presses universitaires de France, 1989.

LHUILIER (Dominique), AYMARD (Nadia).– *L'univers pénitentiaire : du côté des surveillants de prison*, Paris, Desclée de Brouwer, 1997.

LHUILIER (Dominique), SIMONPIETRI (Alain), VEIL (Claude).– VIH-Sida et santé : représentations et pratiques des personnes incarcérées, Rapport de recherche, Université Paris 7, 1999.

LHUILIER (Dominique), LEMISZESKA (Aldona).– *Le choc carcéral*, Paris, Bayard, 2001.

LHUILIER (Dominique).– Psychopathologie de la vie quotidienne en détention, *Psychomedia*, 7, 2005, p. 33-37.

MONTEIRO (Simone).– *Qual prevenção ? Aids, sexualidade e gênero em uma favela carioca*, Rio de Janeiro, Fiocruz, 2002.

OBRECHT (Olivier).– La réforme des soins en milieu pénitentiaire de 1994 : l'esprit et les pratiques, dans Veil (C.), Lhuilier (D.), *La prison en changement*, Ramonville-Saint-Agne, Erès, 2000, p. 231-253.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, COMITÉ DE LA CROIX ROUGE INTERNATIONALE.– *Tuberculosis control in prisons. A manual for programme managers*, Genève, 2000.

RAPOPORT (Robert).– Les trois dilemmes de la recherche-action, *Connexions*, 7, 1973, p. 115-131.

ROTILY (Michel), WEILANDT (Caren), GORE (Sheila), KALL (Kerstin) et coll.– HIV and viral hepatitis risky behaviours among incarcerated injecting drug users : a multicenter study in European prisons, *Sciences sociales et sida*, 1998.

SANCHEZ (Alexandra), GERHARDT (G.), NATAL (S.), CAPONE (D.), ESPINOLA (A.), COSTA (W.), PIRES (J.), BARRETO (A.), BIONDI (E.), LAROUZE (B.).– Prevalence of pulmonary tuberculosis and comparative evaluation of screening strategies in a Brazilian prison, *International journal of tuberculosis and lung disease*, 9, 6, 2005, p. 633-639.

SÁNCHEZ (Alexandra Roma), MASSARI (Véronique), GERHARDT (Germano), BARRETO (Angela W.), CESCOI (Vanderci), PIRES (Janete), ESPÍNOLA (Ana Beatriz), BIONDI (Edison), LAROUZÉ (Bernard), BASTOS CAMACHO (Luiz Antônio).– A tuberculose nas prisões do Rio de Janeiro, Brasil : uma urgência de saúde pública, *Cadernos de saúde pública*, 23, 3, 2007, p. 545-552.

SUPERINTENDENCIA DE SAUDE DA SECRETARIA DE ESTADO DE ADMINISTRAÇÃO PENITENCIARIA DO RIO DE JANEIRO.– Relatório técnico anual do programa de controle da tuberculose, 2004.

THIOLLENT (Michel).– *Metodologia da pesquisa-ação*, Sao Paulo, Cortez, 2003.

VEIL (Claude), LHUILIER (Dominique).– *La prison en changement*, Ramonville-Saint-Agne, Erès, 2000.

VELHO (Gilberto), ALVITO (Marcos).– Violência, reciprocidade e desigualdade, dans Velho (G.), *Cidadania e violência*, Rio de Janeiro, Universidade federal do Rio de Janeiro/Fundação Getulio Vargas, 1996, p. 10-24.

VIGARELLO (Georges).– *Le propre et le sale. L'hygiène du corps depuis le Moyen-âge*, Paris, Le Seuil, 1985.

VIGARELLO (Georges).– *Le sain et le malsain. Santé et mieux être depuis le Moyen-âge*, Paris, Gallimard, 1993.