



HAL
open science

Des détenus “sujets” de recherche : l’engagement dans une étude clinique sur le covid-19 en prison

Lara Mahi, Vincent Rubio, Léo Farcy-Callon

► To cite this version:

Lara Mahi, Vincent Rubio, Léo Farcy-Callon. Des détenus “sujets” de recherche : l’engagement dans une étude clinique sur le covid-19 en prison. Collection Travaux & Documents (Ministère de la Justice), 2022, L’administration pénitentiaire au défi de la crise de Covid-19 - Actes des journées d’études internationales de la DAP des 9 et 10 décembre 2021, n°91, p.54-64. hal-03868044

HAL Id: hal-03868044

<https://hal.science/hal-03868044>

Submitted on 23 Nov 2022

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

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

Des détenus « sujets » de recherche :

l'engagement dans une étude clinique sur le covid-19 en prison

Lara MAHI

Maîtresse de conférences en sociologie

Université Jean Monnet, Centre Max Weber

lara.mahi@univ-st-etienne.fr

Vincent RUBIO

Chercheur sous contrat en sociologie

Chercheur associé, Centre Max Weber

rubiovincent@hotmail.com

Léo FARCY-CALLON

Post-doctorant en sociologie

CNRS, Centre Max Weber

leo.farcycallon@gmail.com

Des détenus « sujets » de recherche :

l'engagement dans une étude clinique sur le covid-19 en prison

Au printemps 2020, tandis que la France sort tout juste d'un premier confinement visant à contenir l'épidémie de covid-19, la Direction de l'administration pénitentiaire prend l'initiative de solliciter des sociologues spécialistes des questions de santé en prison ainsi que des praticiens hospitaliers dans l'objectif de faire émerger des programmes de recherche permettant d'éclairer la situation sanitaire dans les établissements pénitentiaires français. L'inquiétude de l'administration est palpable. De précédentes épidémies (tuberculose, syphilis, VIH) ont marqué son histoire contemporaine (Farge, 2013 ; Sanchez, 2021), et la contagiosité de ce nouveau virus fait craindre une explosion des contaminations en détention.

Après plusieurs échanges dans cette configuration pluridisciplinaire, nous – sociologues – proposons de nous associer à une étude clinique en préparation, coordonnée par des médecins de l'Assistance publique des hôpitaux de Paris. Ces médecins souhaitent évaluer la séroprévalence du SARS-CoV-2¹ parmi la population carcérale, afin de déterminer si le virus a plus ou moins circulé en détention comparativement à sa prévalence en population générale, en prélevant des échantillons sanguins auprès d'une personne détenue sur trois de l'ensemble des douze établissements pénitentiaires d'Île-de-France. Leur hypothèse est la suivante : la prison étant par définition un espace confiné, la séroprévalence du virus y est plus faible². Notre enquête porte quant à elle sur leur enquête³ : elle examine les conditions de réalisation d'une étude biomédicale en prison dans le contexte d'une pandémie et elle cherche à comprendre pourquoi les détenus acceptent ou refusent d'en devenir « sujets ». Ce sont les résultats de ce double questionnement que nous présentons ici.

¹ C'est-à-dire la proportion de personnes, parmi la population carcérale, présentant des anticorps dirigés contre le virus responsable du covid-19 (le SARS-CoV-2) dans le sang : un résultat positif à un test sérologique permet d'établir que la personne testée a été infectée par le virus, mais il ne permet pas de savoir quand.

² Au moment où nous rédigeons ces analyses, les résultats de l'étude clinique n'ont pas encore été publiés.

³ Notre entrée sur le terrain ayant précédé le début de l'étude clinique, nous avons cependant élargi notre questionnement de recherche et recueilli des données permettant d'analyser la gestion pénitentiaire de cette « crise sanitaire » et les expériences carcérales au temps du covid-19 (Mahi, Farcy-Callon, Rubio, 2022 [à paraître]).

Nos analyses reposent sur un matériau collecté dans cinq des douze établissements pénitentiaires où l'étude de séroprévalence a été réalisée, sélectionnés pour leurs caractéristiques distinctives (types d'établissement, taille, publics détenus, environnement...). Le recueil des données s'est déroulé entre décembre 2020 et mars 2021 : une période marquée par la fin du deuxième confinement, le spectre de l'émergence d'un premier « variant » (qui sera appelé « alpha » mais est alors dit « britannique ») et la perspective d'une sortie de crise par la promesse vaccinale. Nous avons conduit 55 journées et une nuit d'observations dans ces prisons, complétées par 60 entretiens avec 33 professionnels (surveillants, infirmières, médecins...) et 34 personnes détenues (8 femmes et 26 hommes).

Notre propos s'inscrit dans la suite de réflexions sociologiques sur le fait de devenir « sujets » de recherches biomédicales. Des réflexions de cet ordre ont été développées récemment concernant la participation de patients à des essais cliniques en oncologie (Derbez, 2021), actualisant les connaissances disponibles sur le « malentendu thérapeutique » (Appelbaum *et al.*, 1982) au fondement de ce type d'essais pour les patients inclus, qui peuvent malgré tout y trouver des bénéfices en termes de *care* (Gilligan, 2008 ; Tronto, 2009 ; Paperman et Laugier, 2005 ; Derbez, 2018). Nous faisons deux pas de côté par rapport à cette littérature. D'une part, l'étude clinique observée n'est pas une recherche thérapeutique mais une étude épidémiologique, relevant de la santé publique et n'apportant *a priori* pas de bénéfices à ses « sujets ». D'autre part, notre questionnement nous amène à un second déplacement puisque nous proposons de comprendre comment des médecins font de la recherche *en prison*. Il s'agit de poursuivre un chantier précédemment ouvert, dans lequel nous avons expliqué l'accroissement récent de l'état des connaissances épidémiologiques sur la population carcérale par trois principaux facteurs : l'entrée de médecins hospitaliers au sein des établissements pénitentiaires français⁴, la généralisation des pratiques de contrôle de l'état de santé de tous les détenus lors du placement sous écrou et la systématisation du recours à des outils de plus en plus techniques d'investigation du corps humain dans un contexte plus global de diffusion, en France, de savoirs et de savoir-faire épidémiologiques (Mahi, 2018, p. 164). Nous abordons ici une zone d'ombre de cette précédente recherche : les détenus

⁴ A la suite de la loi du 18 janvier 1994, qui a réformé l'organisation des soins en prison en transférant sa responsabilité du ministère de la Justice au ministère de la Santé, les unités sanitaires des établissements pénitentiaires sont rattachés à des hôpitaux publics dont relève leur personnel.

devenant « sujets » de ces études. Quel regard les détenus portent-ils sur les recherches cliniques menées en prison, et comment justifient-ils leur engagement ou refus d'y participer ? Avant d'apporter des éléments de réponse à cette question, il importe de mieux comprendre comment s'est déroulée cette étude de séroprévalence du SARS-CoV-2.



Les conditions de réalisation d'une étude clinique en détention

Le protocole de l'étude de séroprévalence du SARS-CoV-2 a été adressé par les responsables du programme de recherche aux médecins-chefs des unités sanitaires en milieu pénitentiaire, chargés de superviser sa mise en œuvre. Sur le papier, ce protocole s'organisait en trois grands temps. Un premier temps dédié à l'information devait consister à prévenir la population carcérale de la tenue prochaine de l'étude dans la prison, par affichages (voir **Document 1.**), puis à remettre aux détenus ayant été tirés au sort pour être inclus dans l'échantillon un courrier de sollicitation comportant un coupon-réponse à renvoyer au service médical de la prison⁵. Dans un deuxième temps, les détenus ayant répondu favorablement à la requête devaient être convoqués à l'infirmerie pour une « visite d'inclusion » consistant à donner leur « consentement éclairé », puis répondre à un questionnaire abordant leurs connaissances, conditions de vie et pratiques de prévention vis-à-vis du virus et, en fin de visite, se soumettre à une prise de sang. Le consentement devait nécessairement être recueilli par un ou une médecin, mais la passation du questionnaire et les prélèvements pouvaient être effectués par des membres de l'équipe infirmière. Enfin, le protocole prévoyait que l'étude s'achève par la transmission de leurs résultats sérologiques aux participants⁶.

Dans l'ensemble des prisons, la mise en œuvre de l'étude de séroprévalence a été permise par l'adhésion de ceux que l'on a précédemment désignés par les termes de *soignants-relais* (Mahi, 2018, p. 165-166), c'est-à-dire des membres volontaires des équipes médicales qui, parallèlement à leurs activités routinières dans les unités sanitaires, s'impliquent dans la mise en œuvre de protocoles d'enquête dont ils ne sont pas à l'initiative. Ceux-ci se sont approprié la méthodologie de l'étude.

⁵ Un second courrier similaire devait être adressé en cas de non réception du coupon réponse dans les jours suivants son envoi.

⁶ Nous n'avons pas eu la possibilité d'observer la mise en œuvre du troisième temps de l'étude, qui s'est déroulé au-delà du temps alloué à notre programme de recherche.

ETUDE CLINIQUE [SIGLE]
Evaluation de la
Séroprévalence de la Covid-19
en détention

❖ L'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (APHP) organise une étude visant à évaluer si les personnes en détention dans les établissements pénitentiaires d'Ile de France ont été en contact avec le virus responsable de la maladie COVID-19 (SARS-CoV-2).

❖ Un objectif de 2500 participants est défini pour cette étude dans la population en détention (hommes et femmes) sur une période de 4 mois :

- Si vous êtes une femme, vous allez recevoir une invitation pour participer à cette étude. Si vous êtes intéressée, merci de renvoyer le coupon réponse joint à l'invitation.
- Si vous êtes un homme, un tirage au sort sera effectué, par le responsable de l'étude, parmi l'ensemble des détenus masculins d'Ile de France pour constituer un échantillon. Il est possible que vous receviez une invitation pour participer à cette étude ; si vous êtes intéressée, merci de renvoyer le coupon réponse joint à l'invitation.

❖ **Déroulement de l'étude :**

Une seule visite est prévue dans le cadre de cette étude, qui peut se dérouler en une seule fois ou en deux fois, selon l'organisation de l'unité sanitaire. Si la visite se déroulera en deux fois, vous serez invités la première fois pour la signature de consentement avec le médecin et la deuxième fois pour la réalisation du reste de la visite avec l'infirmière.

La visite aura lieu dans l'unité sanitaire de votre centre de détention et comprendra :

- Un examen clinique,
- Un recueil de vos antécédents médicaux,
- Un entretien en lien avec la COVID-19
- La réalisation d'un prélèvement sanguin

Les résultats de votre sérologie SARS-CoV-2 vous seront personnellement communiqués

Investigateur coordonnateur : Dr [NOM]
Responsables scientifiques : Pr [NOM]

Document 1. Affiche d'information sur l'étude de séroprévalence du SARS-CoV-2.

Une incitation à s'appropriier et adapter le protocole méthodologique

Dès le premier temps de l'étude clinique, consacré à l'information de la population carcérale, des ajustements méthodologiques ont été opérés afin de permettre l'adhésion des détenus ne maîtrisant pas suffisamment la lecture ou la langue française⁷ pour prendre connaissance de ses écrits (affiches, courriers) :

« Sans parler en plus du nombre de personnes qui savent pas lire en prison, donc vous pouvez bien mettre tous les papiers que vous voulez, si vous leur dites pas avec des mots... Il y a déjà une personne qui m'avait dit qu'il l'avait jeté [le courrier de l'étude]. Du coup, je pense que si cette personne-là l'a jeté, il y a pas mal de gens qui... [...] juste ils s'en fichaient, ils voyaient pas à quoi ça servait en fait. Il y a pas mal de gens qui comprenaient pas tellement pourquoi on leur envoyait ça. » (Quentin Perrin⁸, 35 ans, détenu depuis trois ans, titulaire du baccalauréat, précédemment employé dans le secteur paramédical, entretien réalisé le 2 février 2021 en centre de détention)

Les membres des équipes médicales de la plupart des établissements ont adapté le protocole : ils ont organisé des réunions et privilégié l'information orale auprès des détenus tirés au sort (parfois en complément du courrier, parfois sans le délivrer). Le personnel de surveillance, au contact permanent avec la population détenue⁹, a aussi joué un rôle crucial en relayant l'information :

« Pour le test d'hier ? Je crois que c'est lundi, une surveillante m'a dit : "Est-ce que vous seriez intéressé par une prise de sang ?" Donc apparemment, c'est pas obligatoire, c'était sur le volontariat apparemment. » (Bertrand Lelièvre, 59 ans, détenu depuis 8 mois, sans diplôme, précédemment serveur, entretien réalisé le 10 février 2021 en centre de détention)

Ces appropriations locales de la méthodologie de l'étude clinique montrent, à la suite d'observations similaires (Derbez, 2021 ; Besle *et al.*, 2021), l'existence d'une dimension informelle dans l'information et le recrutement des « sujets » de recherches cliniques.

⁷ En 2015, d'après des statistiques de la Direction de l'administration pénitentiaire, 22% des personnes détenues ont échoué à un bilan de lecture proposé : parmi eux, 10% étaient en situation d'illettrisme au regard du test et 12% ont échoué du fait de difficultés moindres.

⁸ Tous les noms ont été modifiés, conformément aux engagements d'anonymisation pris durant notre enquête.

⁹ Pour une analyse de l'« espace de communication » entre personnes détenues et personnel de surveillance, voir la thèse de Corentin Durand (2019).

Garantissant de meilleurs taux d'inclusion, celles-ci ont été encouragées par les responsables de la recherche :

« Les centres où il y a eu juste un envoi de courrier, le taux de participation est vraiment mauvais. Enfin c'est genre, tu vois, on a 30 % de participation [...]. Ils ont fait ce qui était écrit dans le protocole. Ils ont envoyé les courriers une fois, deux fois, pas de réponse et on s'arrête là. Donc après tu vois, je peux pas leur dire : "En fait les gars, il faudrait aller les chercher dans les cellules !" [...]. Le seul médecin qui avait déjà fait pas mal de recherche, effectivement il a vu tous ses patients hyper vite et il a terminé. Après il a eu beaucoup moins de sujets à inclure, mais n'empêche qu'il les a inclus en quinze jours trois semaines. » (Romain Aubert, médecin-infectiologue, porteur du programme de recherche, entretien réalisé le 24 mars 2021 en visioconférence)

Les établissements dans lesquels les *soignants-relais* se sont approprié la méthodologie de la recherche, en adaptant son protocole et en usant de leur proximité immédiate et permanente à la population étudiée, ont effectivement obtenu de plus hauts taux d'inclusion.

Le déroulement des « visites d'inclusion »

Le recueil du consentement des détenus a ensuite été formalisé lors des « consultations d'inclusion », qui se sont déroulées la plupart du temps dans les locaux de l'infirmerie. Appelées par des surveillants d'étage à rejoindre ces locaux, les personnes tirées au sort ignoraient alors *par qui* et *pour quoi* elles avaient été convoquées, comme le montre cette interaction à l'entrée d'une femme incluse dans l'échantillon dans le cabinet médical :

— **Médecin** : Bonjour madame, vous savez pourquoi vous êtes là ?

— **Détenue** : Bah non. Pas vraiment !

— **Médecin** : C'est la recherche sur le covid. Vous savez, on vous en a parlé... On en a parlé à la réunion au gymnase : c'est l'étude sur le covid. On va vous faire une prise de sang pour savoir si vous avez rencontré le virus, et puis un petit examen avec des questions... Vous avez été tirée au sort pour participer et vous avez accepté.

— **Détenue** : Ah ok. Oui, je me rappelle.

(5 février 2021, Extrait de journal de terrain)

Le médecin porteur du programme de recherche — qui, dans une « logique de bricoleur »¹⁰, a réalisé une partie des inclusions dans une prison où leur taux demeurerait précisément faible trois mois après le début du recueil des données — décrit lui-même un « *flou* » à l'entrée des détenus dans le cabinet médical :

« C'est quand même compliqué. Enfin, tu vois : on leur envoie un document où on leur demande de venir voir... Après ils sont en salle d'attente : ils savent pas pourquoi ils viennent. C'est quand même... Enfin c'est... Il y a un peu de flou quand même. Donc quand ils arrivent en entretien, moi je leur explique un peu pourquoi est-ce qu'on fait cette recherche, dans quel contexte ça s'intègre, à quoi ça peut servir et qu'est-ce que ça va leur apporter à eux. Leur expliquer qu'effectivement il n'y a pas de bénéfices secondaires. Qu'ils vont pas avoir de réduction de peine ou de choses comme ça ! » (Romain Aubert, médecin-infectiologue, porteur du programme de recherche, entretien réalisé le 24 mars 2021 en visioconférence)

S'il déplore ce « flou » par considérations éthiques, le caractère anonyme et coercitif de la « convocation » à l'infirmerie a néanmoins pu favoriser l'inclusion des sujets dans l'étude¹¹ et donc la robustesse des données, dans la mesure où il apparaît plus aisé d'ignorer un courrier que de dire « non » à un médecin, qui plus est à *son* médecin — nous y reviendrons. Il en est de même pour les « visites d'inclusion » qui ont eu lieu à l'improviste dans l'espace domestique que constitue la cellule :

Nous nous rendons en détention avec la médecin et l'infirmière, où les premiers détenus doivent être prélevés :

— **Médecin** : Bon, le premier sur la liste, il ne serait pas en cellule seul par le plus grand des hasards ?

— **Surveillante** : Si, il est seul.

— **Médecin** : On peut faire le prélèvement en cellule ?

— **Surveillante** : Oui vous pouvez.

Nous nous dirigeons alors tous vers le fond de la coursive :

¹⁰ La « logique de bricoleur » (Lévi-Strauss, 1962) consiste à s'arranger avec les « moyens du bord » à partir d'un répertoire et d'objets que l'individu se constitue au gré des occasions qui se présente à lui, pour réaliser une tâche. C'est donc « faire avec » le répertoire et les moyens dont on dispose. En ce sens, elle se distingue de la logique de l'ingénieur qui, selon Lévi-Strauss, consiste quant à elle à subordonner la réalisation d'une tâche à l'obtention de matières premières et d'objets conçus à la mesure de son projet.

¹¹ De la même façon qu'il favorise l'accès aux soins en prison (Chassagne, 2015 ; Mahi, 2015).

— **Médecin** : Monsieur, je suis la médecin, voici l'infirmière et un sociologue qui nous accompagnent. Vous aviez reçu une lettre et vous aviez accepté de participer à une étude médicale en faisant une prise de sang, vous vous souvenez ?

— **Détenu** : Euh, oui, je me souviens.

— **Médecin** : Est-ce qu'on peut le faire maintenant, ça vous dérangerait ?

— **Détenu** : Non on peut.

Nous rentrons à trois dans la cellule. Le détenu reste assis sur son lit et propose à tout le monde de s'installer. L'infirmière commence par prendre le pouls, la tension et la température. Le médecin s'installe sur un tabouret et réexplique la recherche, puis demande le consentement signé. Elle pose les questions du questionnaire, auxquelles le détenu répond. La surveillante revient :

— **Surveillante** : Le greffe vient d'appeler, il doit partir dans 5 minutes pour son rendez-vous chez l'ostéo.

— **Médecin** : On fait vite.

Les questions/réponses reprennent. L'infirmière procède ensuite à la prise de sang. Elle met des gants, applique un garrot, plante l'aiguille dans la veine du détenu et remplit une fiole de son sang. Une fois que c'est terminé, l'infirmière applique du coton et un bout de sparadrap.

— **Médecin** : Merci pour ça, c'est un peu *rock'n'roll* comme prise de sang. Mais merci pour l'accueil chez vous.

— **Détenu** : Chez moi ? J'espère que ça ne sera pas longtemps chez moi !

(2 février 2021, Extraits du journal de terrain)

Tout en se conformant aux canons de la standardisation et du cadre éthique autour desquels la recherche biomédicale se structure (tirage au sort, consentement éclairé, etc.), la mise en œuvre de l'étude a donc pu bénéficier du caractère contraignant et totalisant¹² de l'institution

¹² Erving Goffman définit l'*institution totale* comme « un lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées » (1968, [1961], p. 41). Ce concept lui permet d'englober dans une même analyse des espaces variés qui n'occupent pas les mêmes fonctions (hôpitaux psychiatriques, prisons, casernes, monastères...), mais partagent de multiples caractéristiques mises en évidence par le sociologue (espaces restreints, promiscuité, hiérarchisation du personnel, rites d'admission, *techniques de mortifications* – c'est-à-dire perte d'autonomie, dépossession matérielle et dépersonnalisation –, *système de privilèges*...). L'objectif de sa démonstration est de montrer comment les *institutions totales*, quelles qu'elles soient, agissent sur l'identité sociale des « reclus ».

carcérale (Goffman, 1968 [1961]). À présent que les conditions de réalisation de l'étude sont posées, intéressons-nous à ce qu'en ont pensé les personnes détenues tirées au sort.

Devenir « sujets » d'une étude clinique durant une incarcération

Comment les 1044 personnes détenues qui sont allées au bout du protocole de la recherche clinique justifient-elles leur engagement dans cette étude de séroprévalence du SARS-CoV-2 ? Quels motifs sont donnés par les 920 qui ont refusé d'en devenir « sujets » ? L'analyse transversale des entretiens sociologiques réalisés avec des personnes tirées au sort permet d'identifier plusieurs motifs récurrents : les premières disent avoir accepté d'y participer pour savoir si « oui » ou « non » elles avaient eu le covid-19 ou pour être « utile » à la science ; les secondes expliquent à l'inverse n'avoir surtout pas voulu « savoir » si elles avaient eu le covid-19, avoir été trop en difficulté au moment où cette proposition leur avait été faite (problèmes familiaux, judiciaires, de santé...) ou s'en être méfié (risque de détournement des échantillons sanguins prélevés, refus d'être un « cobaye »...).

Ces justifications peuvent être schématisées en deux grands types de rationalité¹³ qui dépassent le seul cadre de la participation à une recherche biomédicale durant une incarcération : elles traduisent un rapport de confiance *versus* défiance en l'État et ses institutions d'une part, et elles apparaissent corrélées à deux façons distinctes de vivre l'épreuve de la prison, entre « participation » ou « refus »¹⁴ (Rostaing, 1997), d'autre part. C'est ce que l'on va voir à partir des récits de quatre personnes détenues tirées au sort pour figurer dans l'échantillon de l'étude clinique, qui illustrent chacun l'un de ces quatre pôles : Olivier Delorne et Assa Oucheyne ont accepté d'y participer ; Max Attoume et Karim Chebbi ont refusé.

¹³ On propose de comprendre quels contextes ou positions favorisent quels types de rationalité, en ne préjugant pas de la « véracité » des énoncés et en les traitant de façon symétrique (Collins, 1992).

¹⁴ Revenant sur cette opposition, Corinne Rostaing (2006) en propose une synthèse : « Les détenues dont l'attitude se rapproche du refus ont du mal à reconnaître l'acte qui les a conduites en prison et surtout la peine qui leur est infligée ; elles refusent de participer aux activités proposées ; elles considèrent le temps passé derrière les barreaux comme du temps complètement perdu et leur attitude oscille entre le retrait ou la rébellion. Celles dont l'attitude se rapproche de la participation parviennent à inverser au moins partiellement le sens de l'épreuve, elles participent aux activités, travail et formation afin de jouer sur le temps pour lui donner un sens positif (pour apprendre, préparer sa sortie, se refaire une santé...) ».

Olivier Delorne : « *Les résultats de ce test vont aider le gouvernement à prendre des décisions concernant un troisième confinement* »

Olivier Delorne est l'une des 1 044 personnes détenues qui ont accepté de répondre à un questionnaire et se voir prélever du sang dans le cadre de l'étude de séroprévalence. Invité à expliquer les motifs qui l'ont conduit à accepter, son discours apparaît être le résultat d'une longue réflexion, qu'il désigne d'ailleurs par le terme d'« *analyse* ». Il propose des montées en généralité à partir de ses observations, son propos est structuré (« *premièrement* », « *deuxièmement* ») et il mentionne à plusieurs reprises des statistiques (« *40 % des détenus de France sont des détenus qui n'ont pas encore été jugés* », etc.). Cette forme de discours traduit ses dispositions sociales : Olivier Delorne a 35 ans, il est diplômé de l'enseignement supérieur et il occupait une fonction de cadre avant l'incarcération, dirigeant une entreprise d'ingénierie. Détenu « *depuis 33 mois* », il est confronté à sa première — « *et je l'espère ma dernière* » — incarcération. Dans son récit, il exprime un haut niveau de confiance en l'État et ses institutions.

Cette confiance s'observe, d'une part, à la façon dont Olivier Delorne souligne respecter les recommandations nationales concernant le covid-19. Il se décrit comme parmi les plus respectueux des « *mesures barrières* » (« *Moi, je fais partie des rares détenus qui gardent leur masque en promenade, on doit être même pas 10 %* ») et il regrette la « *souplesse* » des surveillants pénitentiaires à l'égard des détenus récalcitrants à porter le masque — tout en lui donnant un sens analytique¹⁵ :

« On porte le masque pour sortir de la cellule, mais après il y a une certaine souplesse autour de l'activité de promenade qui est décidée par la pénitentiaire qui pourrait faire davantage de répression. Elle pourrait faire aussi — comment dire ? — du flicage intensif, voilà. “Toi, tu n'as pas mis ton masque : pas d'activité”, ceci et cela. Et ils ne le font pas. [...] Je pense qu'il y a une espèce de tolérance parce qu'en réalité, il est coutumier et usuel d'avoir une certaine souplesse entre du tout répressif, du tout imposé, et une certaine forme de liberté qui est laissée pour maintenir une paix sociale. » (Entretien réalisé le 27 janvier 2021 en maison d'arrêt)

¹⁵ L'analyse qu'il en fait, « *pour maintenir une paix sociale* », se rapproche des formes de *régulations de tensions* décrites par Dominique Lhuillier et Nadia Aymard (1997, p. 51) dans leur enquête sur les surveillants de prison.

Ce haut niveau de confiance s'observe, d'autre part, à la façon dont Olivier Delorne se distingue de détenus qu'il qualifie de « *méfiant* » vis-à-vis de l'action gouvernementale, voire sensibles aux « *théories du complot* » :

« Moi j'ai remarqué qu'ici, en détention, il y a peut-être davantage de méfiance vis-à-vis des dispositions prises par le gouvernement concernant le covid. Il y a un manque de confiance par rapport au vaccin, par rapport au masque, par rapport aux dispositions, par rapport à tout un tas de choses. [...] Pour tout vous dire, je discutais avec un type en promenade : à un moment donné, on discutait de sujets et d'autres, et puis il m'explique que la terre est plate. Donc il y en a, c'est théories du complot tout ça. Mais j'ai l'impression que le fait d'être détenu va accentuer cette méfiance [...] vis-à-vis du gouvernement. Parce que le gouvernement en fait se présente comme l'opresseur, l'ennemi, donc forcément : même si on en n'est pas forcément conscient, on fait pas spécialement confiance. [...] Donc après mon analyse, mon vécu par rapport au covid en détention, il est ce qu'il est. Il est pas forcément partagé par la majorité des détenus. Je sais que la majorité des détenus ont une espèce de méfiance qu'ils ne savent pas toujours expliquer, mais qui est bien présente. Et que je peux comprendre, pas forcément pour les mêmes raisons parce qu'ils ont, voilà, leur propre analyse qui n'est pas... Qui n'est pas forcément la mienne. » (Entretien réalisé le 27 janvier 2021 en maison d'arrêt)

Il se perçoit plus généralement comme « *marginal* » en détention, car de nationalité française, diplômé et ayant « *évolué dans la légalité* » :

« Je ne fais pas partie de la majorité représentée en détention. Je suis un peu... En fait, tous les marginaux se retrouvent en détention. Et du coup, quand vous êtes un peu plus dans la norme, vous devenez marginal. C'est-à-dire que je fais partie des détenus qui... qui ont fait un peu d'études, je fais partie des détenus qui ont évolué dans la légalité, je fais partie des détenus qui sont... Mon nom c'est [Delorne], je suis né en France. » (Entretien réalisé le 27 janvier 2021 en maison d'arrêt)

Les justifications données concernant sa participation à la recherche clinique traduisent là aussi un haut niveau de confiance en l'État et ses institutions. Olivier Delorne se dit « *très content de participer à ce test* », précisant aussitôt : « *Enfin pas à titre individuel, mais de façon globale* ». Il perçoit en effet l'étude « *de façon globale* », comme un outil d'évaluation de la politique de confinement mise en œuvre à l'échelle de la prison, mais aussi à l'échelle nationale, dans la mesure où la configuration carcérale exemplifie le niveau de circulation du covid-19 au sein d'une population strictement confinée :

« Je pense que, *a priori*, les résultats de ce test vont aider le gouvernement à prendre des décisions concernant un troisième confinement. *A priori*, c'est ce que je pense. Pourquoi est-ce que c'est ce que je pense ? Parce que, s'il s'avère que la population carcérale qui par définition est une population confinée H24 — on est toujours confinés, on est coupés du monde... — bon, s'il s'avère qu'on constate que le virus a circulé parmi les détenus alors qu'on est tout le temps confinés, la conclusion c'est que le confinement est inefficace, quel qu'il soit, puisque quelle est la partie de la population française qui est la plus confinée, si ce n'est les détenus ? Donc je pense qu'*a priori*, cette étude va surtout permettre à se prononcer sur l'efficacité avérée ou non d'un confinement. En tout cas ça, c'est mon avis personnel. [...] Donc sur le Conseil de défense sanitaire je pense qu'*a priori*, ces données-là seraient extrêmement pertinentes. Comme je vous l'ai dit, je pense qu'*a priori*, si on se rend compte que le virus circule parmi les détenus alors qu'on est systématiquement confinés, on va dire : "Bah non, je pense que ça sert à rien". » (Entretien réalisé le 27 janvier 2021 en maison d'arrêt)

Dans un rapport de confiance en l'État et ses institutions, la recherche scientifique est perçue comme un outil de production de connaissances sur lesquelles les dirigeants politiques s'appuient pour mettre en œuvre des politiques publiques.

Karim Chebbi : « *J'ai peur aussi en prison de faire des trucs de sang et tout ça. [...] Il y a moyen je sais pas qu'il y ait des trucs dedans* »

Karim Chebbi est l'une des 920 personnes qui ont refusé de participer à l'étude clinique. Il se distingue par ses propriétés sociales du portrait précédent. Originaire d'Algérie et en France depuis un an, il se présente comme issu d'un milieu « populaire » : son père était ouvrier dans une usine de livres et sa mère employée dans « un petit travail » avant qu'ils ne prennent tous deux leur retraite. Il a quitté jeune l'école, pour « aider la famille », après une période où il a tenté de concilier travail écolier le jour et travail rémunéré la nuit : « *J'ai même pas eu d'école. Il faut travailler. Aller à l'école, après tu sors, tu vas au boulot la nuit. J'ai fait ça, et j'ai arrêté l'école, je suis devenu travailleur la journée* ». En France, il espérait travailler et « vivre bien ». Cela faisait six mois qu'il s'y était établi, travaillant sur des chantiers ou au marché aux puces de Clignancourt, « *au noir, sans contrat sans rien* », lorsqu'il a été interpellé et incarcéré. À 25 ans, il effectue sa première peine de prison.

Le récit de Karim Chebbi traduit un haut niveau de défiance envers l'État, explicité sous ce vocable : « *Il n'y a aucune amitié, aucune confiance [avec les surveillants]. À la base, moi, je*

n'aime pas l'État ». Son sentiment de méfiance n'est pas uniquement dirigé vers un « État » abstrait ; il se répercute sur ses agents (surveillants, médecins, juges...). Karim Chebbi a par exemple refusé de prendre un traitement médicamenteux prescrit par l'unité sanitaire parce qu'il n'a « *pas confiance en prison* ». Il se méfie aussi des repas distribués quotidiennement aux détenus (« *la gamelle* »), qui pourraient cacher des sédatifs pour les rendre « *faibles* » :

— **Karim Chebbi** : Ils nous donnent quoi ? Est-ce que c'est vrai ce médicament ? [...] C'est-à-dire ils me donnent des médicaments, mais je ne suis pas sûr que ces médicaments il faut les prendre. C'est ça : j'ai des doutes. Ça arrive qu'ils donnent quelque chose d'autre. Par exemple la gamelle ici, je mange pas la gamelle. Je sais pas, je suis comme ça.

— **Sociologue** : La gamelle vous n'avez pas confiance ?

— **Karim Chebbi** : Je sais pas. La gamelle. J'entends des gens qui disent qu'ils sont faibles, qu'ils dorment tôt. C'est pas normal quoi.

— **Sociologue** : Avec la nourriture ? Qu'ils mettent quelque chose dedans ?

— **Karim Chebbi** : Peut-être. Qui sait ?

— **Sociologue** : Vous ne savez pas. Vous doutez.

— **Karim Chebbi** : C'est ça. Je ne sais pas à 100 %, mais j'ai un doute.

— **Sociologue** : Ok, bénéfice du doute.

— **Karim Chebbi** : Voilà !

Les thèmes de l'origine du virus du covid-19 et de la vaccination n'échappent pas non plus à sa suspicion. Karim Chebbi suppose que le vaccin pourrait dissimuler une puce électronique (« *peut-être aussi il y a des puces dans le vaccin* »), et que « *les plus puissants du monde* » pourraient avoir créé le virus, de façon stratégique et planifiée, pour abaisser la population mondiale :

« Pour moi, c'est une troisième guerre mondiale. Mais sans feu. Ils ont fait ça pour baisser la population. Les gens meurent pour que la planète aille bien. Pour le vaccin, ils peuvent te mettre quelque chose, tu n'auras pas les bébés peut-être demain. Peut-être il y a des nouvelles maladies qu'ils vont créer. [...] À mon avis, il y a des puissants, ils ont inventé ça. Peut-être que je suis parano, je ne sais pas, mais peut-être c'est vrai. Mais il faut faire des recherches, je pense. [...] Les plus puissants du monde. Je peux pas donner de noms, mais ceux qui tiennent

le monde. Ils contrôlent le monde, c'est pour ça, à mon avis, c'est une guerre mondiale. [...] Pour être plus puissant. » (Entretien réalisé le 3 mars 2021 en maison d'arrêt)

L'étude de séroprévalence fait de même l'objet de soupçons ; il met en doute la véracité des résultats biologiques qui lui auraient été communiqués s'il avait consenti à y participer, et il exprime plus globalement sa « peur [...] de faire des trucs de sang » en prison :

« Peut-être qu'ils vont nous mentir, ils me disent : "Tu as eu le corona, ça fait trois mois", et c'est pas vrai. Je sais pas, c'est dans mes pensées tout ça. Ils peuvent manipuler. Je sais pas je suis comme ça, voilà. Même pour m'enlever le sang, je ne suis pas d'accord. [...] Je ne sais pas, ils vont mentir peut-être. Quelque chose qui n'est pas vrai, ils peuvent manipuler, me dire quelque chose, me faire peur. [...] Et j'ai peur aussi, en prison, de faire des trucs de sang et tout ça. [...] Il y a moyen, je sais pas, qu'il y ait des trucs dedans. Et je sais pas, j'ai peur des piqûres. Je sais pas, je suis pas d'accord, c'est tout. [...] On est en prison. Dehors, peut-être je fais ça. » (Entretien réalisé le 3 mars 2021 en maison d'arrêt)

Son récit pourrait être lu comme relevant des « théories du complot » évoquées dans le portrait précédent, cela d'autant plus lorsqu'on sait les effets des réseaux sociaux dans l'essor de ces « théories » (François, 2018) et qu'il s'agit d'un média d'information privilégié par Karim Chebbi, qui indique aux sociologues avoir lu ce qu'il confie sur la messagerie *Whatsapp* (« *Je l'ai vu sur une image sur une application* »). Mais ce serait faire peu de cas des nombreuses précautions prises dans son récit, dont la caractéristique principale est d'être empreint de doutes (« *suppose* », « *peut-être* », « *je ne sais pas* », « *pas sûr à 100 %* », « *j'ai un doute* »).

Dans un rapport de défiance en l'État et ses institutions, c'est un scepticisme qui s'exprime vis-à-vis de la recherche scientifique. Y croire, c'est prendre un risque ; douter protège, quitte à apparaître « *parano* », pour reprendre ses mots.

Assa Oucheyne : « C'est moi qui ai fait la demande »

Assa Oucheyne se souvient à l'inverse avoir pensé, enthousiaste, « *pourquoi pas !* » lorsqu'elle a reçu le courrier d'information sur l'étude clinique en cours dans sa maison d'arrêt :

« On a reçu un document d'information qui nous expliquait que c'était... enfin, une forme d'explication. Et moi, comme du coup je voulais savoir si je l'avais eu avant [le virus], du coup je me suis dit : pourquoi pas ! » (Entretien réalisé le 8 février 2021 en maison d'arrêt)

L'enthousiasme de cette femme de 25 ans, auparavant conductrice de bus RATP et incarcérée pour la première fois, révèle une attitude plus générale devant l'épreuve de la prison : Assa Oucheyne participe au plus d'activités possible depuis son incarcération quatre mois plus tôt, plus « *pour sortir, on va dire [...], histoire que les journées soient moins longues, parce que sinon c'est long de rester toute seule une semaine sans rien faire* ». Par exemple, bien que titulaire d'un diplôme de niveau Bac+2, elle a demandé à suivre des enseignements de niveau inférieur au quartier scolaire (« *c'est moi qu'ai fait la demande* », précise-t-elle). Elle a aussi demandé à travailler, rédigeant un courrier en ce sens (indiquant là aussi « *c'est moi qui ai fait la demande* »), et elle a obtenu un emploi aux ateliers — une proposition qu'elle a aussitôt acceptée, bien qu'elle aurait préféré être employée aux cuisines pour « *avoir un truc fixe* » (ayant, là encore, « *demandé à être basculée ailleurs* ») :

« En ce moment [aux ateliers], c'est du façonnage, mais moi j'ai demandé à basculer en cuisine, parce que le façonnage, c'est pas trop... [...] On fait des cartes Dior ou des trucs comme ça, du collage pour une entreprise extérieure, des trucs, du champagne ou des trucs comme ça. Mais on va dire qu'on fait ça plus pour le temps, c'est vraiment pas pour l'extérieur pour le coup. [...] Moi, j'ai demandé à être basculée ailleurs. Pour avoir un truc fixe. C'est un peu aléatoire, le façonnage, ça dépend si la personne extérieure ramène du travail ou pas. » (Entretien réalisé le 8 février 2021 en maison d'arrêt)

La participation à l'étude clinique apparaît dans son récit comme une « activité » comme une autre », au même titre que le fait de travailler, aller à l'école, s'entretenir avec une conseillère pénitentiaire, assister à un culte religieux ou encore se soigner (Bessin, Lechien, 2000 ; Rostaing, 2009, p. 96 ; Béraud *et al.*, 2016, p. 153-154 ; Mahi, 2018) : il s'agit d'échapper au temps vide de la prison et de, littéralement, *passer* le temps de la peine.

Max Attoume : « *J'ai pas dit "oui", mais j'ai pas dit "non" non plus* »

Contrairement aux portraits précédents, Max Attoume connaissait déjà relativement bien l'environnement carcéral lorsqu'il a été placé sous écrou quinze mois plus tôt. Effectuant à 26 ans sa troisième peine de prison, il explique par ses relations sociales et son irrespect des conditions de peines de sursis avec mises à l'épreuve la mécanique qui le conduit à être fréquemment réincarcéré :

« Chaque fois que je suis en prison, c'est jamais de ma faute on va dire. Enfin, "c'est jamais de ma faute" : il y a toujours une part, c'est toujours de ta faute dedans, mais en gros c'est jamais moi le sujet. C'est jamais moi le problème. C'est un collègue. Ça a toujours été un collègue. Je vais défendre un collègue, un truc comme ça. Et je me retrouve mêlé dans l'histoire du collègue, vous voyez ? Moi, ça a toujours été ça, ou bien des petits sursis qui traînent et ils me ramènent. La dernière fois que je suis allé en prison, c'était pour violence. [...]. Et la deuxième fois, c'est parce que j'avais six mois de sursis et en gros, ils m'ont fait tomber mes six mois de sursis. En gros, pour eux, j'ai pas respecté les conditions avec le CPIP¹⁶, etc., et je suis reparti. Et ils m'ont remis six mois. J'ai refait six mois. » (Entretien réalisé le 10 février 2021 en maison d'arrêt)

Cette fois, il s'est grièvement blessé en tentant d'échapper à un contrôle de police : sous l'effet de l'alcool, il a abandonné sa voiture et il a sauté d'un pont donnant sur une voie rapide — « *j'étais un peu alcoolisé, on va dire et sinon jamais de ma vie j'aurais sauté* » —, ce qui lui a occasionné des fractures aux deux jambes et une hospitalisation de plus de six mois, en plus d'une condamnation à de la prison ferme. Depuis qu'il a quitté l'hôpital pour la prison, les créneaux de promenade rythment ses journées :

« Moi, je suis quelqu'un, je descends tout le temps [en promenade], je descends même quand j'ai pas envie de descendre, je descends juste pour mon corps, juste pour prendre l'air, pour respirer, même si j'ai pas envie. Il y en a beaucoup, ils descendent pas. » (Entretien réalisé le 10 février 2021 en maison d'arrêt)

C'est en promenade qu'il effectue, par lui-même, des exercices de rééducation (« *Ma seule rééducation ici en prison, c'est moi-même ; je m'entraîne en promenade* ») et c'est en remontant de promenade qu'il glane les dernières informations auprès de surveillants (« *tu descends en promenade, c'est quand tu remontes tu vois le surveillant* »). En être privé s'apparenterait pour lui à un « *suicide* » :

« Et la dernière fois, à la limite, ils [les surveillants] nous sortaient : "Ouais, il y aura plus de promenade, il y a le covid" je sais pas quoi, "il y aura plus de promenade, vous allez rester en cellule". Mais c'est jamais arrivé. C'est jamais arrivé, mais il y a déjà deux ou trois surveillants qui nous ont dit : "Ouais, non je pense que demain vous n'allez pas descendre en promenade" et je sais pas quoi, "il y a le covid et tout". Donc rester en cellule toute la journée pour

¹⁶ Conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation.

quelqu'un qui a l'habitude de sortir en promenade tous les jours, c'est un suicide vous voyez. »
(Entretien réalisé le 10 février 2021 en maison d'arrêt)

L'espace de la promenade est celui du collectif et de l'entre-soi (il passe du « *je* » au « *on* » quand il s'y situe) ; les codétenus y suivent leurs normes (« *notre promenade* », « *la même discipline* ») — qui ne sont pas nécessairement distinctes de celles imposées par l'institution :

« Quand je rentre de promenade, j'essaie de... Avec mon co' [codétenu], on essaie d'avoir la même discipline. C'est : on rentre, on se lave les mains — avant de toucher quoi que ce soit, vraiment, on se lave les mains —, et en promenade, on essaie de mettre le masque. [...] On est six ou sept en promenade et on essaie de faire la même discipline, parce que s'il y en a un qui l'a le covid, tout le monde l'a. Ça veut dire on essaie d'avoir tous la même discipline : quand vous rentrez en cellule, et là vous vous lavez les mains. Je sais pas quand vous sortez, vous essayez de mettre le masque. En gros, faites gaffe comme ça... Parce que s'il y en a un qui l'a dans la promenade, vous avez contaminé tout le monde, et tout le monde est confiné après. Ça veut dire on essaie tous d'être un peu carrés. Pour l'instant, ça va, aucun mec de notre promenade a attrapé le covid, ça veut dire que pour l'instant ça va. » (Entretien réalisé le 10 février 2021 en maison d'arrêt)

Nous rencontrons Max Attoune durant l'observation d'une « visite d'inclusion ». Découvrant qu'il a été appelé à l'infirmerie pour répondre au questionnaire de l'étude clinique et se voir prélever du sang, il refuse catégoriquement d'entrer dans la pièce prévue à cet effet. Dans le couloir, à des surveillants, il répète : « *Non je veux plus. J'ai dit "oui" mais en fait je veux plus* ». Acceptant néanmoins le principe de l'entretien sociologique (parce que « *ça fait plaisir de parler avec quelqu'un en mode normal, tranquille* »), il raconte avoir vu sa médecin et donné son consentement « *deux ou trois jours* » plus tôt, avant de revenir sur sa décision :

« Je sais pas déjà quand ils m'ont proposé le test, j'ai pas trop, trop... [...] J'ai pas dit "oui", mais j'ai pas dit "non" non plus. Et je sais pas, j'étais... J'étais "pour" comme j'étais "pas trop pour". Et voilà : j'ai refusé pas par crainte, mais parce que j'ai pas envie. J'ai pas envie de le faire. Je sais pas pourquoi, j'ai pas envie. Et voilà. » (Entretien réalisé le 10 février 2021 en maison d'arrêt)

Le principal motif invoqué à ce refus, à savoir : « *Je sais pas* » (qu'il répète seize fois dans cette partie de l'entretien), doit être pris au sérieux¹⁷. Néanmoins, incité par la situation d'entretien à poursuivre et finalement « savoir », il apporte progressivement trois autres motifs. D'abord, le temps laissé entre le moment de la proposition et celui du prélèvement, jugé trop faible : « *C'est pour ça, ça allait très, très vite pour moi. [...] Pour moi, "prochainement", ça veut dire... Dans ma tête, c'était dans deux semaines. Et du coup ce matin ils m'ont dit ça et voilà, et elle m'a proposé...* ». Ensuite, une volonté de *ne pas* savoir s'il a eu ou non le covid par le passé :

« Je sais pas. C'est personnel. C'est pas vraiment personnel, c'est juste que, je sais pas, j'ai pas envie de savoir si je l'ai eu, si je l'ai pas eu, je préfère : on fait le test, je l'ai, je l'ai pas : OK. J'ai pas envie de savoir ce qui s'est passé avant, ce qui s'est passé... Je sais pas, je suis quelqu'un qui réfléchit beaucoup : "Ah ouais, j'ai eu le covid. Ah ouais". Je vais être là : "J'ai eu le covid, et tout". Je préfère... [...] C'est juste que non, je sais pas. Je sais pas... J'ai pas envie. Ça me dit rien. Ça me dit... Je vais pas vous mentir, déjà, la base des bases, comme l'a dit un médecin : ça m'intéressait pas vraiment et... J'étais pas non plus contre aussi, j'étais pas non plus contre aussi : ah ouais. C'est un truc de fou. Je vais pas le faire ou je sais pas quoi. Mais ça me disait rien. Ouais. Sans plus. Je veux le faire... » (Entretien réalisé le 10 février 2021 en maison d'arrêt)

Enfin, une difficulté à « *dire "non" au médecin* » — qui est *sa* médecin —, interprétant sa proposition comme le témoin de leur bonne entente et ne voulant pas la décevoir :

« C'est juste que peut-être j'ai du mal à dire... Je pense que j'ai eu du mal à dire non au médecin et qu'aujourd'hui, je me dis : "Non, j'avoue que je vais pas le faire". Mais au fond de moi, je crois que j'avais déjà l'idée de ne pas le faire, c'est pour ça. Je crois que j'avais... [...] C'est mon nouveau médecin, c'est avec elle, elle, je m'entends bien et tout. Dans ma tête quand elle m'a proposé ça, c'est peut-être que, voilà : elle m'aime bien ou je sais pas. C'est pas mauvais. Donc du coup, peut-être que j'avais du mal à lui dire : "Non je veux pas". Mais je lui ai fait comprendre que... Voilà, j'étais un peu... J'étais un peu hésitant. Du coup, c'est elle qui m'a dit : "Ne vous inquiétez pas, quand ils seront là vous pourrez refuser", elle m'a dit. Et c'est pour ça que j'ai dit que je voulais plus le faire. » (Entretien réalisé le 10 février 2021 en maison d'arrêt)

¹⁷ Il s'agit d'une formule difficilement analysable et rarement analysée, comme le soulignent Jérémy Ward et Patrick Peretti-Watel (2020, p. 262) qui suggèrent que celle-ci peut signifier que les individus ne s'estiment pas suffisamment légitimes à avoir un point de vue.

Au-delà de ces quatre motifs, son récit montre l'absence de lien entre un « refus » à participer à l'étude de séroprévalence et l'adhésion aux « gestes barrières » (une « discipline » qu'il impose et s'impose), de même qu'avec le fait de consentir à des dépistages par tests PCR conduits dans le cadre de la prévention en santé : Max Attoume a accepté de se soumettre aux trois « dépistages massifs » organisés quelques semaines plus tôt à la suite de la découverte de cas de positivité au covid-19 parmi les personnes détenues dans sa courserie.

Conclusion

L'analyse des discours des détenus tirés au sort met donc au jour une double opposition entre confiance *versus* défiance envers l'État et ses institutions d'une part, et posture d'« acceptation » *versus* de « refus » face à l'épreuve de la prison d'autre part, qui — au-delà de l'étude de séroprévalence du SARS-CoV-2 — éclaire la construction du consentement à participer à une recherche clinique durant une incarcération.

L'acceptation (ou le refus) de participer à l'étude clinique est en effet d'abord intrinsèquement liée au rapport de confiance (ou à l'opposé à la défiance) vis-à-vis de l'État et ses institutions — parmi lesquelles la justice, la prison, l'hôpital et la recherche publique¹⁸. D'un côté, le fait de répondre au questionnaire et se soumettre à un prélèvement biologique est accepté par des détenus, qui perçoivent ce protocole méthodologique comme devant permettre à l'État de mettre en œuvre des politiques publiques adaptées, en connaissance de cause, grâce à des résultats scientifiques : c'est un rapport de confiance en l'État qui s'exprime à travers ce premier type de rationalité¹⁹, que l'on observe plutôt parmi les personnes détenues plus dotées scolairement (niveau bac et plus) dans notre corpus d'entretien. À l'opposé, des détenus expliquent refuser d'être des cobayes de recherches au service de personnalités politiques dissimulant la vérité sur le virus : ce second type de rationalité se caractérise par un rapport de méfiance en l'État, dont seule l'existence d'un « complot » permettrait d'expliquer la logique d'action (Keeley, 1999 ; Boltanski, 2012 ; Fassin, 2022).

¹⁸ D'autres recherches ont mis en évidence l'imbrication des rapports de confiance vis-à-vis à la fois du droit, de la justice et de l'action gouvernementale ; pour des résultats récents, voir Cécile Vigour *et al.*, 2021.

¹⁹ Ce rapport de confiance/méfiance envers le pouvoir exécutif a également un effet déterminant, en population générale, sur les représentations que les individus ont de l'obligation vaccinale en lien au covid-19 : plus d'une personne sur deux déclarant ne pas faire confiance au gouvernement est opposée à l'obligation vaccinale, tandis que moins d'une personne sur trois ayant confiance en le pouvoir exécutif y est opposée (Ward *et al.*, 2020).

Ensuite, ces deux types de rationalité apparaissent *en sus* corrélés à la façon dont est vécue l'épreuve de la prison, entre « participation » ou « refus » (Rostaing, 1997). Les détenus qui sont engagés dans la participation à la vie carcérale institutionnalisée — et prennent part aux activités, sont employés comme auxiliaires, travaillent aux ateliers ou encore suivent une formation — semblent avoir plus de chances d'accepter la proposition de participer à une étude, qui est vue à la fois comme « une "activité" comme une autre » (Mahi, 2018) et à travers les bénéfices qu'elle octroie : ici, détenir une information sur son éventuelle infection par le virus. À l'opposé, les détenus qui ont refusé de participer à l'étude sont plus souvent dans une posture de retrait vis-à-vis de la participation à l'institution, soit parce qu'ils essuient des refus (demandes de travail rejetées, etc.) ou y ont difficilement accès (non-maîtrise de l'écrit), soit parce qu'ils sont davantage intégrés à une sous-culture carcérale (Clemmer, 1940 ; Sykes, 1958), caractérisée par la primauté accordée aux sociabilités entre détenus (vie en cellule, sorties en promenade), au respect d'un code de conduite qui leur est propre (loyauté, entraide...) et à l'usage de modes de communication qui échappent au contrôle ou aux règles de l'institution (bouche-à-oreille, réseaux sociaux numériques...).

Plus globalement enfin, il importe de mettre l'accent sur un résultat *a priori* contre-intuitif : la forte participation de la population carcérale à cette étude de séroprévalence du SARS-CoV-2. Ainsi, alors que des corrélations ont été mises en évidence entre un sentiment de déviance vis-à-vis de la justice (qui est d'autant plus présent que les individus ont été directement confrontés à la police et la justice²⁰) et des attitudes réfractaires face à des politiques publiques en lien au covid-19, et plus spécifiquement un refus plus fréquent d'être vacciné (Tournay, Cautrès, 2021), plus d'une personne détenue sur deux tirée au sort pour figurer dans l'échantillon de l'étude de séroprévalence a effectivement pu être incluse. Ce résultat conforte l'une des ambitions premières de l'étude clinique observée, à savoir « *montrer que c'est possible de faire de la recherche en prison* »²¹, mais il pose aussi la question des effets propres du contexte carcéral, où dire « non » n'est pas toujours aisé voire autorisé, sur l'obtention du consentement de ceux devenus « sujets ».

²⁰ Voir Vigour *et al.*, 2021.

²¹ Entretien réalisé le 24 mars 2021 avec Romain Aubert, médecin-infectiologue, porteur du programme de recherche.

Références :

APPELBAUM P.S., ROTH L. H., LIDZ C., 1982. « The therapeutic misconception: Informed consent in psychiatric research », *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 5, n° 3-4, p. 319–329.

BERAUD C., GALEMBERT C. (DE), ROSTAING C., 2016. *De la religion en prison*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, coll. « Sciences des religions ».

BESLE S., VALLIER E., BOAVERNTURA BOMFIM D., CHARTON E., FAYET Y., 2021. « Médecine de précision et inégalités sociales d'accès aux essais précoces en cancérologie », *Revue française des affaires sociales*, Vol. 3, p. 139-158.

BESSIN M., LECHIEN M.-H., 2000. *Soignants et malades incarcérés. Conditions, pratiques et usages des soins en prison*, Rapport de recherche, Paris, CEMS, CSE, EHESS.

BOLTANSKI L., 2012. *Énigmes et complots. Une enquête à propos d'enquêtes*, Paris, Gallimard, coll. « NRF Essais ».

CHASSAGNE A., 2015. « Le soin enfermé. La porte comme frontière en maison d'arrêt », *Espaces et sociétés*, Vol. 162, n° 3, 2015, p. 63-77.

CLEMMER D., 1940. *The prison Community*, New-York, Rinehart & Co.

COLLINS H., 1992. *Changing order: Replication and Induction in Scientific Practice*, Chicago, Presses universitaires de Chicago.

DERBEZ B., 2021. *Devenir sujet de recherche. L'expérience des malades du cancer en essai clinique*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, Coll. « Essais ».

DERBEZ B., 2018. « Les paradoxes du care dans les essais cliniques de phase I en oncologie », *Sciences sociales et santé*, Vol. 36, n° 1, p.5-29.

DURAND C., 2019. « Les reconfigurations de la relation carcérale : sociologie des espaces de communication entre prisonnier·e·s et autorités pénitentiaires », Thèse de doctorat en sociologie, Paris, EHESS, 559 p.

FARGES E. 2013. « Dynamique professionnelle et transformations de l'action publique. Réformer l'organisation des soins dans les prisons françaises : les tentatives de spécialisation

« L'administration pénitentiaire au déçu de la crise de covid-19. Actes des journées d'études internationales de la DAP des 9 et 10 décembre 2021 », *Collection Travaux et documents*, n°91, 2022, p. 54-64.

de la "médecine pénitentiaire" (1970-1994) », Thèse de doctorat en science politique, Lyon, Université Lyon 2, 755 p.

FASSIN D., 2022. « Complotisme » dans D. FASSIN (dir.), *La société qui vient*, Paris, Seuil, p. 132-149.

FRANÇOIS S. (dir.), 2018. *Un XXI^e siècle irrationnel ? Analyses pluridisciplinaires des pensées « alternatives »*, Paris, CNRS Éditions, coll. « Alpha ».

GILLIGAN C., 2008 [1982]. *Une voix différente : pour une éthique du care*, Paris, Flammarion, Coll. « Champ-Essais ».

GOFFMAN E., 1968 [1961]. *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Éditions de Minuit, coll. « Le Sens commun ».

KEELEY B., 1999. « Of Conspiracy Theories », *The Journal of Philosophy*, Vol. XCVI, n° 3, p. 109-126.

LEVI-STRAUSS C., 1962. *La pensée sauvage*, Paris, Plon.

LHUILIER D, AYMARD N., 1997. *L'univers pénitentiaire : du côté des surveillants de prison*, Bruges, Desclée de Brouwer.

MAHI L., FARCY-CALLON L., RUBIO V., 2022 [à paraître]. « Confinés en prison. L'expérience carcérale au temps du covid-19 », *Criminologie*, Vol. 2, n° 55.

MAHI L., 2018. « La discipline médicale. Ethnographie des usages de normes de santé et de savoirs médicaux dans les dispositifs de la pénalité », Thèse de doctorat en sociologie, Nanterre, Université Paris Nanterre, 503 p.

MAHI L., 2015. « De(s) patients détenus. Se soigner dans un environnement contraignant », *Anthropologie & Santé*, Vol. 10 [en ligne].

PAPERMAN P., LAUGIER S. (EDS.), 2005. *Le Souci des autres. Éthique et politique du Care*, Paris, Éditions de l'EHESS.

ROSTAING C., 2009. « Interroger les changements de la prison. Des processus de déprise et de reprise institutionnelle », *Tracés. Revue de Sciences humaines*, Vol. 2, n° 17, p. 89-108.

ROSTAING C., 2006. « La compréhension sociologique de l'expérience carcérale », *Revue européenne des sciences sociales*, XLIV-135, p. 29-43.

« L'administration pénitentiaire au déçu de la crise de covid-19. Actes des journées d'études internationales de la DAP des 9 et 10 décembre 2021 », *Collection Travaux et documents*, n°91, 2022, p. 54-64.

ROSTAING C., 1997. *La relation carcérale. Identité et rapports sociaux dans les prisons de femmes*, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Le lien social ».

SANCHEZ J.— L., 2021. « La politique de lutte contre les épidémies carcérales dans les prisons françaises, 1944-1994 », *Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques*, n° 56.

SYKES G. M., 1958, *The society of captives: A study of a maximum security prison*, Princeton: Presses universitaires de Princeton.

TOURNAY V., CAUTRES B., 2021. « Les déterminants politiques de la rationalité vaccinale : analyse d'une passion française (II) », *Note Le Baromètre de la confiance politique Science Po CEVIPOV*, vague 12bis, septembre, 12 p.

TRONTO J., 2009 [1993]. *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, Paris, La Découverte.

VIGOUR C., CAPPELLINA B., DUMOULIN L., GAUTRON V., 2021. « Les rapports des citoyen·nes à la justice. Expériences, représentations et réceptions », *Actu Recherche*, Mission de Recherche Droit et Justice, n° 11.

WARD J., PERETTI-WATEL P., 2020. « Comprendre la méfiance vis-à-vis des vaccins : des biais de perception aux controverses », *Revue française de sociologie*, Vol. 61, n° 2, p. 243-273.

WARD J., ALLEAUME C., PERETTI-WATEL P., 2020. « The French public's attitudes to a future COVID-19 vaccine : The politicization of a public health issue », *Social Science & Medicine*, Vol. 265, n° 2, p. 3421-3432.