



Sida et prison : la double peine

© iStock

Après avoir été sous le feu des projecteurs, le sida en milieu carcéral suscite désormais l'inertie et l'indifférence. Un constat qui s'expliquerait par l'interaction délétère de la prison et de la maladie, renforcée par la primauté du sécuritaire sur le sanitaire. Pour le détenu séropositif, la peine est double.

Quand vous lirez ces lignes, Sylvain¹ sera peut-être mort. Parce que, séropositif depuis 1994, il aura été réincarcéré. « Ayant bénéficié d'une suspension de peine pour raison médicale, je vais subir une nouvelle expertise afin de déterminer si mon état de santé est compatible ou non avec l'incarcération. Ayant pu me soigner, il est fort probable que je retourne en prison. Dans ce cas, j'arrêterai tout traitement, dit-il. J'ai plus de 60 ans. Si je survis – ce dont je doute –, je ne ressortirai, au mieux, qu'à 80 ans. Sans famille, sans rien... Avoir le sida derrière les barreaux, c'est une véritable double peine. » Et de poursuivre : « Certes, vous avez accès aux médicaments et aux médecins. Mais, pour ne donner qu'un exemple, mon traitement doit être conservé à 4 ou 6 degrés maximum. L'été, il faisait plus de 30°C dans ma cellule. On m'a dit de le stocker dans les toilettes où il faisait un peu plus frais. On a fini par me confier un réfrigérateur, mais on me l'a repris quand j'y ai mis des yaourts. Le réfrigérateur ne devant ser-

vir qu'à mon traitement. » Sylvain a interrompu son traitement à plusieurs reprises. Par désespoir. Par colère aussi. « J'ai perdu près de 30 kg et mon niveau de CD4 s'est effondré. Si je n'ai pas eu de maladie opportuniste – la chance d'avoir été grand sportif, peut-être –, j'étais extrêmement faible. J'ai passé presque toute ma détention en fauteuil roulant. » Aux difficultés pour se déplacer, se lever, se laver, nettoyer sa cellule s'ajoutaient les effets secondaires de sa thérapie.

Désintéret. Quant on évoque les soins en prison, il soupire : « Je me suis fracturé le nez, un doigt. On m'a à peine soigné. Et j'ai fait deux accidents vasculaires cérébraux. Alors qu'à l'extérieur chaque seconde compte, là, il a fallu près de trois heures pour me conduire à l'hôpital. Parce qu'il faut prévenir le procureur, le juge d'application des peines. Et j'ai été soigné menotté. » De sa séropositivité, il n'en aura parlé qu'à un codétenu. « Question de confiance », dit-il. Nul ne connaît précisément le nombre de personnes incarcérées infectées par le VIH ou une hépatite. Pour Laurent Jacqua, un autre détenu séropositif (lire p. 15), c'est le signe du « désintéret » des pouvoirs publics. « On ne dispose pas d'état des lieux général récent », confirme le D^r Laurent Michel. Symbolique? Alors que sous sa houlette, une équipe de l'Inserm et de l'Institut de veille sanitaire (InVS) vient de lancer le projet PRI2DE (programme de recherche et intervention pour la prévention du risque infectieux chez les détenus)² dans le but de

réaliser un bilan de la réduction des risques en prison, les résultats de l'enquête Prevacar³, qui a pour objectif d'établir les prévalences des affections virales en prison (VHC et VIH), ne seront connus qu'en 2011.

Chiffres sous-évalués. Résultat? Les rares données disponibles sont parcellaires ou anciennes. Pourtant, comme l'a rappelé l'Onusida en octobre 2009 dans son *Rapport de progrès pour la France*, « l'efficacité de la lutte contre l'épidémie en milieu carcéral passe par une amélioration de la connaissance de la situation épidémiologique et des comportements », estimant en outre les données existantes « inévitablement sous-évaluées ». Selon Laurent Michel, la cause est qu'elles sont « essentiellement déclaratives ». Et d'ajouter : « On n'a aucune idée du nombre de personnes contaminées en détention. Aucune étude n'a été menée. Trop coûteux et complexe. Peut-être aussi parce qu'il serait politiquement très compliqué de reconnaître que des personnes qui ont été incarcérées pour usage de drogues sont susceptibles d'être contaminées en prison. Pourtant, les risques sont multiples. Et connus. » Or, depuis 1993, l'Organisation mondiale de la santé plaide pour aligner le dispositif sanitaire en prison sur celui de dehors. La loi pénitentiaire est venue rappeler que « la qualité et la continuité des soins » devaient être garanties aux détenus comme en milieu libre ; l'administration pénitentiaire se devant en outre de leur offrir « un hébergement, un accès à l'hygiène, une alimentation et une cohabitation propices à la prévention des affections physiologiques ou psychologiques ». C'est encore loin d'être le cas. En se basant sur les études les plus récentes, comme VIH/IST/hépatites en milieu carcéral en Ile-de-France, publiée fin 2007, et sachant que l'Ile-de-France est la région la plus touchée (avec la région Paca), on peut estimer que moins de 1 % des détenus sont séropositifs et qu'entre 4 % et 6 % ont une hépatite B ou C. Des taux de quatre à six fois supérieurs à la normale, mais en baisse régulière depuis les années 1990. Après la panique des années 1980, les détenus séropositifs ou souffrant d'une hépatite seraient-ils donc « quantité négligeable » ? D'autant que, c'est bien connu, on ne meurt plus du sida dans ces prisons où ce sont les suicides et la grippe A qui inquiètent...

Lieu pathogène. Ce serait oublier, comme l'avait rappelé Anne Galinier, responsable de l'Unité de consultations et de soins ambulatoires (Ucsa) des Baumettes, en 2005, année où l'épidémie avait été déclarée « grande cause nationale », que si le nombre de séropositifs en prison diminue régulièrement depuis les années 1990, c'est avant tout parce que la plupart sont « morts : ne restent plus que les survivants et les nouveaux contaminés ».

De fait, la maladie exacerbe les conditions de détention. Et réciproquement. En effet, non contente d'enfermer plus facilement ceux dont « les problèmes sociaux sont fréquents et les consommations à risque importantes », dixit le *Rapport de la mission santé-justice* de 2000, l'institution carcérale n'en rend que plus saillants les problèmes posés par la maladie. Malgré la réforme des soins en prison de 1994 (lire p. 18) et outre quelques praticiens, la prison ne partage avec l'hôpital qu'un point commun : le manque de moyens. D'où, bien souvent, une seule offre de dépistage au début de l'incarcération, des actions de prévention sommaires et une prise en charge médicale réduite au strict minimum, voire inexistante au moment de la libération. Ainsi, si l'accès aux antirétroviraux est globalement satisfaisant, l'accès aux spécialistes, aux psys comme à un régime alimentaire adapté est loin de l'être. Or, du fait de la surpopulation, de la promiscuité et du manque d'hygiène, la prison est un lieu on ne peut plus pathogène, propice autant aux maladies opportunistes qu'à la transmission du VIH et des hépatites.

Double peine. Mais, avant tout, ce que rappelle la prison au malade, c'est le stigmatisé. À interroger détenus, médecins, surveillants et associatifs sur ce que signifie avoir le sida (ou une hépatite) en milieu carcéral, une expression revient : « la double peine ». Comme un double enfermement. Au point que dans l'édition 2008 du rapport Yeni, on apprend que les interventions en détention des centres de dépistage anonyme et gratuit « ont leurs limites tant la stigmatisation et la discrimination que subissent les personnes séropositives sont grandes ». Méfiance des codétenus, mais aussi des personnels de surveillance dont la formation en la matière est lacunaire : « À l'exception de certains établissements, on n'y est absolument pas sensibilisé », reconnaît Céline Verzeletti, secrétaire générale de la CGT pénitentiaire. D'où de la méfiance et des craintes. Alors, comme souvent en prison, on fait comme si ça n'existait pas. »

Tabous. De fait, au-delà des questions relatives à l'hygiène et à certaines pratiques (tatouage, piercing, scarification mais aussi coiffage, rasage, soins dentaires), le sida et les hépatites mettent en évidence deux tabous : le sexe et la drogue. Si, comme le note le juriste et sociologue scarification mais aussi coiffage, rasage, soins dentaires), le sida et les hépatites mettent ■■■■

¹ Le prénom a été modifié.

² Étude soutenue par l'ANRS et Sidaction.

³ Réalisée par la Direction générale de la santé avec le soutien de l'InVS.

■ ■ ■ en évidence deux tabous : le sexe et la drogue. Si, comme le note le juriste et sociologue scarification mais aussi coiffage, rasage, soins dentaires), le sida et les hépatites mettent en évidence deux tabous : le sexe et la drogue. Si, comme le note le juriste et sociologue Arnaud Gaillard dans son récent ouvrage⁴, « c'est à partir de l'apparition du VIH que la sexualité en prison interroge sous l'angle d'une problématique de santé publique », malgré la récente promesse d'une généralisation des « unités de vie familiale » et autres « parloirs familiaux », la question des relations sexuelles en prison relève sinon de l'interdit du moins du non-dit et de la clandestinité⁵. « Pour certains détenus, nous dira le D' Michel Fix, responsable de l'Ucsa de Fleury-Mérogis, mettre à disposition des préservatifs, c'est une provocation. » D'où des conduites à risque. Alors, comment imaginer qu'un détenu demande à bénéficier d'un traitement post-exposition dont on sait pourtant qu'il doit être administré dans les plus brefs délais ?

Réduction des risques. *In fine*, la maladie ne fait qu'aggraver les caractéristiques structurelles de l'institution carcérale. Un lieu de surveillance permanente, où, face à cet « ogre jamais rassasié » qu'est la « sécurité », toute intimité est proscrite, comme l'a en substance dénoncé le contrôleur général des lieux de privation de liberté, Jean-Marie Delarue, dans son premier rapport annuel. Ainsi, en prison comme en liberté, la consommation de drogue est interdite. Pourtant, elle existe. En atteste l'enquête InVS-ANRS Coquelicot de 2004⁶ : plus de la moitié des usagers de drogues ont connu au moins une incarcération, parmi eux plus de 10 % ont eu recours à l'injection, un tiers ayant partagé leur seringue. En revanche, les programmes d'échange de seringues n'ont toujours pas droit de cité en prison. On préfère y distribuer de l'eau de Javel. Quant aux traitements de substitution, « on doit faire face à l'interférence de considérations sécuritaires », déplore le D' Laurent Michel. *On voit des équipes qui par crainte des trafics pilent le Subutex®. Ou des détenus qui doivent faire la queue pour obtenir leur traitement.* Conclusion : fin 2009, le Conseil national du sida a jugé l'accès aux dispositifs de réduction des risques de « partiel, disparate, peu efficace, peu évalué ». Ajoutant qu'« une prévention efficace a besoin de pragmatisme ». L'Onusida a asséné dernièrement qu'« à défaut de pouvoir complètement empêcher la circulation de produits illicites, il est urgent d'ouvrir la prison à un élément essentiel de la politique de réduction des risques : l'accès à du matériel stérile d'injection ».

Lever juridique. S'inspirant de ce qui se passe en Suisse ou en Espagne, ce fut la principale revendication de la Journée nationale prison, organisée par Sidaction l'été dernier. Pour le juriste Éric Péchillon, il faut « utiliser le

levier juridique ». Face à la contradiction entre « le droit de la santé » et « le droit pénitentiaire », il lui semble nécessaire de « qualifier juridiquement la seringue » : perçue comme « un outil d'usage » par l'usager, un « outil de soin » par le soignant, une « preuve de délit » par la police, une « arme potentielle » ou une « infraction disciplinaire » par l'administration pénitentiaire. Selon lui, il faut « affirmer qu'elle est d'abord un outil de prévention des risques sanitaires ». Alors que plusieurs responsables d'Ucsa, avec le soutien de Sidaction, se disent prêts à lancer conjointement et prochainement de tels programmes, le D' Laurent Michel considère que cet outil fait partie de ceux à expérimenter dans le cadre du projet PRI2DE. Même s'il s'attend à voir surgir des « obstacles, plus politiques que méthodologiques. Parce qu'il existe un manque de volonté politique évident. Pourtant, les pouvoirs publics savent que la prison est un lieu à risque, que les usagers de drogues et les séropositifs sont stigmatisés. Mais il y a tant d'autres problèmes en prison qu'au regard de la montée en puissance de la population carcérale et d'une ambiance très "sécuritaire", les préoccupations sanitaires et de santé publique passent au second plan. »

Étonnant quand on sait à quel point l'épidémie de sida avait, d'une certaine manière, inspirée la loi Kouchner de 2002⁷ instaurant des suspensions de peine pour raison médicale. Depuis, on n'est plus libéré parce qu'on a le sida, mais simplement parce qu'on va en mourir. Or, comme l'a rappelé l'Onusida en octobre dernier, le « succès thérapeutique » dépend de la qualité de vie des personnes atteintes : « La prise en charge doit donc dépasser les seuls aspects biomédicaux pour prendre en compte l'individu dans sa globalité. » Une préconisation qui n'est pas sans rappeler la circulaire de 1998 relative aux suicides en prison et selon laquelle « une politique de prévention n'est légitime et efficace que si elle cherche non à contraindre le détenu à ne pas mourir, mais à le restaurer dans sa dimension de sujet et d'acteur de sa vie ». Face à la vague de suicides, la réponse de la place Vendôme ne se fit pas attendre : pyjama en papier et cellule sans potence. Face au sida et aux hépatites, et malgré une timide évocation lors des débats relatifs au projet de loi pénitentiaire, c'est encore le silence qui règne. Et c'est bien connu, le silence tue.

⁴ **Sexualité et prison. Désert affectif et désirs sous contraintes**, Arnaud Gaillard, éd. Max Milo, 2009.

⁵ **Lire Les Détenus et leurs proches. Solidarités et sentiments à l'ombre des murs**, Gwénola Ricordeau, éd. Autrement, 2008.

⁶ **Estimation de la séroprévalence du VIH et VHC chez les usagers de drogues.**

⁷ **Mars 2002, loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.**



Laurent Jacqua : portrait d'un survivant

Incarcéré depuis vingt-cinq ans, ce détenu séropositif a fait de sa maladie un levier d'action, de sa fragilité une force revendicatrice.

Tout le monde n'a pas la chance de s'appeler Maurice Papon. On se souvient tous de sa libération de la Santé, le 18 septembre 2002, sous les huées des manifestants et de ses codétenus. Celui qui avait été condamné à dix ans de prison pour « *complicité de crime contre l'humanité* » bénéficiait de la toute récente loi Kouchner. Laurent Jacqua ironise : « *Si elle a permis de le faire sortir, elle ne m'aura pas empêché de voir mes camarades mourir en prison.* » Cela fait vingt-cinq ans que Laurent Jacqua est en prison. Son crime ? Un soir de décembre 1984, il croise une bande de skins. Suite à une altercation, il sort son arme. En tue un, en blesse un autre. Et se rend. C'est en détention, en 1986, qu'il apprendra qu'il est séropositif. Depuis, il se bat. Contre la maladie. Et contre l'enfermement. Car on ne reste pas un quart de siècle derrière les barreaux pour s'être défendu. Si Laurent est encore en prison, c'est parce qu'il n'a qu'une obsession : en sortir.

Exercer sa vengeance. Comme il le raconte dans son livre¹, fin 1989, après une première permission, Laurent Jacqua décide de prendre la tangente : « *J'allais crever, que ce soit dedans ou dehors. J'étais malade et il me fallait en tenir compte. Au fond de moi, la décision était prise. J'exercerais une vengeance contre ceux qui m'avaient fait perdre toutes ces années. Contre ceux qui refusèrent la distribution de seringues pour les toxicomanes pour freiner l'épidémie de sida. Contre ceux qui, plus tard, contaminèrent les hémophiles pour le profit.* » En mars 1990, première cavale. Elle durera six mois. Repris, il sera libéré mi-1993. Arrêté à nouveau début 1994, il s'évadera et se fera reprendre début 1995. Connaîtra le mitard, l'isolement, le « tourisme carcéral »... Laurent Jacqua est un survivant : à l'été 1996, il a failli mourir. N'a dû la vie sauve qu'à « *un lot de pilules que l'on appelle trithérapie, un nouveau traitement qui venait d'arriver en France* ». Il s'en sortira. Car, malgré la sévérité des tribunaux et la rancœur d'une institution qui n'accepte pas les insoumis, Laurent fera de sa maladie une arme.

Une arme à double tranchant. Car si, à l'orée des années 1990, la méconnaissance est telle que Laurent parviendra à sortir de l'isolement en menaçant les surveillants de leur « *contaminer la gueule* », ces derniers alimenteront la rumeur pour qu'il subisse l'ostracisme de ses codétenus. « *En prison, on ne parle pas de sa séropositivité, c'est "tabou". La mise à l'écart et la discrimination sont courantes* », écrit-il. De plus, s'il reçoit son traitement « *régulièrement, quelques difficultés existent quant au temps et à la manière de dispenser les soins* » en prison : « *À l'extérieur, le moindre "bobo" peut être vu et soigné immédiatement. En prison, il faut faire une lettre pour aller à l'infirmerie. L'urgence n'est pas du tout prise en compte.* »

Dès le début de son incarcération, Laurent a pris la plume. Et il est l'un des rares détenus à avoir un blog². « *Je suis là pour représenter ceux que l'on continue d'envoyer au mitard malgré la maladie, nous dira-t-il lors de l'une de ses dernières permissions. Ceux dont tout le monde se fout. La preuve, c'est qu'on ne sait pas combien de personnes sont mortes du sida en prison. Cependant, à l'hôpital de Fresnes, il doit y avoir leur dossier, car c'est là qu'on les envoie.* » Et d'ajouter : « *La certitude, c'est que la prison est tout sauf un hôpital. Et lorsque vous avez le sida, vous subissez une véritable double peine. Presque une condamnation à mort.* » Laurent devrait sortir en janvier 2010. Il suit des études à la fac et a fondé une famille. Par l'entremise d'une association, il continuera son combat : « *L'urgence, pour moi, c'est de faire un état des lieux et de se battre pour faire sortir ces malades qui n'ont rien à faire en prison, sinon y mourir.* » Et d'ajouter, dans un sourire : « *Désormais, je n'attends qu'une seule chose : avoir Michèle Alliot-Marie en face de moi.* »

¹ *La Guillotine carcérale. Silence, on meurt*, Laurent Jacqua, préface de Me Henri Leclerc, éd. Nautilus, 2003.

² <http://laurent-jacqua.blogs.nouvelob.com>

Ucsa Assurer la continuité des soins

« La qualité et la continuité des soins » doivent être garanties en prison comme à l'extérieur, rappelle la loi pénitentiaire. Encore trop souvent l'incarcération est en effet synonyme de rupture de soins. Une rupture qui peut survenir à l'entrée mais aussi à la sortie. Dans le paysage actuel, le volontarisme de l'Ucsa de Fleury-Mérogis mérite d'être salué : « Conformément à la loi du 4 mars 2002 – et même si on le faisait avant –, on remet à chaque détenu son dossier médical, on assure une consultation dite "de sortie" et on fait le nécessaire pour qu'il y ait un suivi à l'extérieur, par le médecin de ville ou dans le cadre de la consultation postpénale qui a été mise en place à la Pitié-Salpêtrière (Paris), explique le médecin chef Michel Fix. Toutefois, cela n'est possible que lorsqu'on est au courant de la date de sortie. On ne peut pas faire grand-chose en cas de "sortie sèche"... »

En 2007, avec un peu plus de 3 000 dépistages pour le VIH, les hépatites B et C, « on a touché environ la moitié des détenus », estime Michel Fix. En 2008, une cinquantaine de personnes ont été suivies pour une hépatite et quasi autant pour le VIH. « On a accès à toutes les molécules. Et pour leur conservation, des

packs de glace sont distribués en cas de canicule. Quant à la restauration, les détenus peuvent cantiner. » C'est en matière de prévention que des améliorations doivent être réalisées : « Les produits de substitution sont disponibles, de l'eau de Javel est fournie tous les mois. En revanche, l'administration ne nous donne plus de préservatifs, explique le médecin. On en distribue quand même, bien que certains détenus considèrent cela comme une provocation. » Et de conclure : « On est donc perfectible, même si on n'est pas confronté aux problématiques d'établissements plus modestes. D'une certaine manière, on est à la fois un bon et un mauvais exemple. Fleury-Mérogis est le plus grand centre pénitentiaire d'Europe. Alors, même si on ne sera jamais en nombre suffisant, en cumulant les effectifs de l'Ucsa, du SMPR et du service d'addictologie, on est un peu plus d'une centaine. Et on bénéficie d'équipements qui manquent à la plupart des établissements. »

Ucsa de Fleury-Mérogis : 7, av. des Peupliers – 91705 Sainte-Geneviève-des-Bois.
tél : +33 (0)1 69 72 36 00
fax : +33 (0)1 69 72 36 02

La Case de santé Assurer le suivi « Dedans dehors »

À Toulouse, au cœur du quartier Arnaud-Bernard, depuis 2006, la Case de santé est « un centre de santé polyvalent qui se veut au plus près du quartier pour s'attaquer aux problématiques propres à ses habitants, explique le D^r Charles Hambourg. Il y a quelques mois, on a lancé le projet "Dedans dehors" parce qu'il y a pas mal de détenus et de sortants de prison. Des personnes avec des troubles psychiatriques, mais aussi atteintes par le VIH ou les hépatites. » Constatant que « l'enfermement a des effets néfastes sur la santé et des effets désocialisant » et considérant que « la prison n'est pas un lieu de soins », la Case de santé travaille « avec les Spip sur les peines alternatives à l'incarcération », souligne le médecin. « Pour les sortants de prison qui vivent avec le VIH ou une hépatite, on a mis en place une prise en charge spécifique qui consiste à les réintégrer dans le circuit classique de soins, même si les règles y sont parfois trop contraignantes pour des personnes souffrant de dépendance », complète-t-il. Avec un infirmier qui travaille « quasi à plein temps pour

recupérer les dossiers médicaux », la structure prend en charge une petite quinzaine de sortants de prison, dont un tiers est atteint par le VIH ou une hépatite. « Certains détenus, du fait de la brièveté de leur incarcération, passent entre les mailles du filet. » De fait, l'année 2010 sera pour le programme « Dedans dehors » déterminante : « Notre position intermédiaire – à la fois à l'intérieur et à l'extérieur – nous met en porte-à-faux. Ainsi, si on a des contacts avec le SMPR, on n'arrive pas à travailler avec l'Ucsa. En 2010, on décidera donc de la poursuite du programme ou de l'instauration d'un projet uniquement centré sur la question du VIH et des hépatites, avec une attention particulière pour les sortants de prisons », précise le D^r Charles Hambourg. Avec un budget annuel de 240 000 euros et une dizaine de salariés, la Case de santé a su développer un large réseau de soutiens (associations, structures d'hébergement, centres sociaux, etc.) et bénéficie de l'aide de diverses institutions (mairie de Toulouse, Urcam, Cpm, conseil général, etc.).

Site Internet : www.casesante.org

SIS

La théorie des « dominos »

Depuis 2005, Denise Cassin intervient au nom de Sida Info Service (SIS) au centre pénitentiaire de Rémire-Montjoly, à Cayenne (Guyane). Une prison de 469 places accueillant près de 700 détenus. « À l'époque, en partenariat avec les associations l'Arbre fromager et Entr'Aides-Guyane, nous avons mis en place des séances de prévention sur la réduction des risques sexuels, explique-t-elle. Lors de ces interventions, un certain nombre de personnes m'ont fait part de leur séropositivité. Or il n'existait aucun espace de parole et les détenus craignaient de voir leur séropositivité révélée. C'est pourquoi, depuis la fin 2007, SIS a ouvert une permanence d'accueil, de soutien et de prévention destinée aux personnes touchées par le VIH [notamment celles qui pourraient bénéficier d'un titre de séjour pour soins ou qui vont sortir], au sein de l'unité fonctionnelle de psychiatrie intracarcérale. Une permanence qui se tient tous les jeudis et qui nécessiterait un poste à temps plein. » En effet, note-t-elle, « le VIH constitue un sujet de préoccupation majeure parmi la population carcérale. Le taux de séroprévalence est très élevé (entre 6 % et 10 %). » Face à l'ignorance de

certains détenus, SIS organise également des séances d'information visant à évaluer les niveaux de connaissance sur le VIH et les hépatites, et qui abordent des pratiques spécifiques au centre. Notamment celle de la pose de dominos. Il s'agit d'implants intradermiques sur le sexe. Une pratique particulièrement à risque puisque le matériel d'incision utilisé est généralement une « boîte de sardine ou de lait désinfectée par le feu » et que les « dominos » en question, quand il ne s'agit pas de véritables dominos, sont fabriqués à partir d'un manche de brosse à dents ou remplacés par des billes de roulement. Face aux risques infectieux liés à une telle pratique et aux risques de contamination liée à des rapports non protégés, SIS préconise l'utilisation de « beaucoup de gel et de préservatifs XXL » ou de « préservatifs féminins ». Sur les 700 détenus, près d'une centaine sont infectés par le VIH, une cinquantaine par l'hépatite B et une petite dizaine par l'hépatite C.

Sida Info Service : 59, av. Voltaire – 97300 Cayenne
– guyane@sida-info-service.org
tél : +33 (0)5 94 28 57 96 – +33 (0)6 94 20 75 91

Uframa

Un guide pour les familles

L'Uframa (Union nationale des fédérations régionales des maisons d'accueil de familles et proches de personnes incarcérées) publie un « guide des familles » depuis 2004. Titré *Un de mes proches vient d'être incarcéré en centre de détention ou en maison centrale* et sous-titré *Carnet de bord de la famille*, il aborde évidemment la question saillante du VIH et des hépatites. À l'interrogation « S'il est atteint du sida ou d'une hépatite ? », on peut lire : « Toutes les maladies sont difficiles à vivre en détention et plus particulièrement le sida et les hépatites B ou C, en raison des peurs qu'elles provoquent dans l'entourage ». Et de poursuivre : « En tant que famille d'une personne malade, il est important que vous soyez informés des précautions nécessaires pour éviter toute contamination et aider votre proche à mieux faire face à la maladie. » La page suivante présente une série de conseils pratiques : règles d'hygiène, comment bénéficier d'un test de dépistage, d'une suspension de peine pour raison médicale, etc. « En 2006, lors de la réactualisation de cette brochure,

nous avons souhaité, avec le soutien de Sidaction, traiter la question du VIH et des hépatites. Non parce que nous avons eu des demandes de la part des familles au sein des maisons d'accueil, mais justement parce que nous n'en avons eu aucune. Alors, dans la mesure où on ne nous en parle pas (ou très peu), nous considérons qu'il est encore plus important d'en parler. Et lors de la réédition du guide, l'an prochain, nous aborderons à nouveau cette thématique », explique Jeannette Favre, présidente de l'Uframa.

La réactualisation de ce guide aura coûté 31 500 euros. Pour le rédiger, l'Uframa a fait appel à ses juristes ainsi qu'à des psychologues. Il a reçu le soutien de l'AP, de la DGAS, de l'Inpes, de la Cnaf, de la Cnam, du conseil général d'Ile-de-France, d'Emmaüs et de Sidaction. Sa distribution est assurée par l'Uframa au sein de ses différentes structures.

Site Internet : <http://uframa.listoo.biz/>

Vivre avec le VIH en prison : le droit ne suffit pas !

Il aura fallu attendre 1994 pour que le droit à l'accès aux soins entre les murs passe dans le droit commun. Pourtant, le sort des prisonniers en matière de santé demeure préoccupant. Et la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 ne suffit pas à rassurer pleinement les acteurs de terrain.

Avec la surpopulation carcérale qui caractérise les prisons françaises – 66 885 détenus au 1^{er} novembre 2009 pour 54 285 places –, vivre avec le VIH en prison pose de multiples difficultés. « *Si l'ensemble des traitements antiviraux est accessible aux personnes incarcérées, la prise en charge de la maladie demeure loin d'être équivalente à celle en vigueur à l'extérieur* », déplore ainsi la Commission nationale consultative des droits de l'homme dans un avis rendu en 2006¹. Peu de textes spécifiques abordent la question de l'accès aux soins des personnes vivant avec le VIH.

Avancées écrites... Pendant longtemps, la prise en charge de la santé des prisonniers était loin d'être considérée comme une priorité. « *Criminel, le détenu était d'abord un être hors norme, susceptible de détourner à d'autres fins les traitements qui lui seraient dispensés* », relève ainsi le sénateur Nicolas About dans un avis élaboré au cours de l'examen de la loi pénitentiaire².

Ce n'est qu'en 1994, à la suite d'un bilan alarmant sur la santé en prison, que le législateur s'intéresse à la question : fin 1993, la prévalence du VIH en milieu carcéral était dix fois supérieure à celle en milieu libre. Avec la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, un principe fondamental est donc introduit : la santé en milieu carcéral ne relève plus du ministère de l'Intérieur mais du ministère de la Santé. Dans son article 2, intégré depuis à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique, est ainsi énoncé que « *le service public hospitalier assure, dans des conditions fixées par voie réglementaire, les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire, et, si nécessaire, en milieu hospitalier* ». Autre principe d'importance : les soins dispensés ont vocation à être de même niveau que ceux délivrés à la population générale, tant en termes de compétences que de moyens. Cet accès aux soins des détenus prend corps au travers de deux structures : le service médico-psychologique régional (SMPR), instauré plusieurs années auparavant par un décret du 14 mars 1986³, et

l'unité de consultations et de soins ambulatoires (Ucsa) mise en place par une circulaire du 8 décembre 1994⁴. Ces avancées juridiques restent cependant trop souvent insuffisantes au regard de la situation des détenus malades ou sont mal appliquées.

Même difficulté du côté de la prévention où des textes spécifiques abordent pourtant la situation des personnes vivant avec le VIH en milieu carcéral. Par exemple, une circulaire du 5 décembre 1996 prévoit entre autres la remise systématique d'une brochure d'information et de prévention à chaque détenu lors de la visite médicale d'entrée et la mise à sa libre disposition de préservatifs et de lubrifiant au sein des services médicaux. Mais ces principes sont encore trop peu souvent appliqués.

... transgressées en pratique. Si l'arsenal juridique s'est amélioré et que des progrès indéniables ont été réalisés, ils demeurent largement insuffisants, selon les associations. « *La politique de prévention des risques liés à l'usage de drogues est, par exemple, non appliquée dans son intégralité en prison. En particulier, les programmes d'accès au matériel stérile d'injection, proposés à l'extérieur, ne sont pas accessibles en prison. Cela crée une rupture d'égalité des droits. De même, le droit élémentaire des prisonniers à avoir des relations sexuelles consenties est bafoué. Entre codétenus, cela est passible de sanctions. Et les unités de vie familiale sont encore trop peu nombreuses. Difficile dans ces conditions d'avoir des relations sexuelles en toute sécurité lors des visites, y compris avec son conjoint* », explique ainsi Ridha Nouiouat, chargé de mission « Milieu carcéral » à Sidaction (lire p. 21). Pour rappel, la prévalence du VIH est deux à quatre fois supérieure en prison qu'au

¹ Étude sur l'accès aux soins des personnes détenues, CNCDH, 2006, disponible sur www.cncdh.fr.

² Avis Sénat, n° 222, Nicolas About, février 2009, p. 7.

³ Décret n° 86-602 du 14 mars 1986.

⁴ Bulletin officiel du ministère des Affaires sociales, de la santé et de la ville, n° 5 du 11 mars 1995.

sein de la population générale. Cette situation vaudra d'ailleurs à la France d'être condamnée par la Cour européenne des droits de l'homme, cette dernière considérant que l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme impose aux États de protéger l'intégrité physique des personnes privées de liberté, notamment par l'administration des soins médicaux requis. Elle juge que les modalités d'exécution des mesures prises ne doivent pas soumettre le détenu à une détresse ou une épreuve d'une intensité excédant le niveau inévitable de souffrance inhérent à la détention⁵.

Sur certains points, la loi pénitentiaire a voulu tenir compte des critiques émises. Par exemple, elle affirme l'obligation pour l'administration pénitentiaire de respecter le droit des détenus au secret médical et au secret de la consultation. Des secrets qui, en pratique, sont régulièrement transgressés. En effet, « *les gardiens responsables du bon déroulement de la sortie assistent*

[...] trop souvent aux examens ou à l'entretien avec le spécialiste consulté »⁶. Ce qui constitue un véritable risque pour les personnes vivant avec le VIH, souvent sujettes à la stigmatisation, et un frein évident aux politiques de dépistage et de prévention. Autre nouveauté : aucun acte dénué de lien avec les soins – la préservation de la santé des personnes détenues ou l'expertise médicale – ne pourra être demandé aux personnels soignants intervenant en milieu carcéral. En théorie, un médecin ne pourra par exemple pas être sollicité par l'administration pénitentiaire afin de déterminer si un détenu est en état d'être maintenu au mitard. Reste à savoir si la pratique suivra.

⁵ CEDH, 14 novembre 2002, *Affaire Mouisel c. France* (requête n° 67263/01).

⁶ Avis sur la loi pénitentiaire, Sénat, n° 222, Nicolas About, février 2009, p.19.

La suspension pour raisons médicales peine !

C'est en 2002 que la suspension de peine pour raison médicale est introduite dans le droit français par le biais de la loi du 4 mars 2002¹. Selon l'article 720-1-1 du code de procédure pénale, une suspension de peine peut « *quelle que soit la nature de la peine ou la durée de la peine restant à subir, et pour une durée qui n'a pas à être déterminée* » être prononcée à l'égard des « *condamnés dont il est établi qu'ils sont atteints d'une pathologie engageant le pronostic vital ou que leur état de santé est durablement incompatible avec le maintien en détention* ». La suspension de peine est toutefois subordonnée à deux expertises médicales dont les conclusions doivent concorder.

Fondée uniquement sur des critères médicaux, la disposition semble innovante et prometteuse. Mais rapidement des restrictions sont apportées. « *C'est nécessairement à court terme que la pathologie dont souffre le condamné doit engager le pronostic vital* », précisent en premier lieu les magistrats, dès 2005². Parallèlement, le législateur introduit une condition supplémentaire dans le cadre de la loi du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive. Désormais, la suspension de peine ne peut être accordée lorsqu'il existe un risque grave de renouvellement de l'infraction. Ce faisant, les textes s'inscrivent dans la lignée des instructions ministérielles qui conditionnaient les suspensions de peine à l'absence de trouble à l'ordre public et de dangerosité. Autre exigence de cette loi : en matière criminelle, une expertise médicale doit intervenir tous les six mois afin de vérifier que les conditions de la

suspension sont toujours remplies.

Au total, très peu de suspensions sont accordées aux détenus. Au 31 décembre 2007, 533 demandes avaient été déposées et 269 acceptées³. D'autant qu'à ces freins juridiques s'ajoutent de nombreuses difficultés pratiques, comme le manque de structures d'hébergement adaptées pour accueillir les sortants de prison. Sans compter que les personnes faisant l'objet d'un placement en détention provisoire, quel que soit leur état de santé, ne peuvent pas bénéficier de la loi du 4 mars 2002. Dernier obstacle : la suspension de peine pour raison médicale, dont la durée n'est pas fixée par avance, peut prendre fin lorsque la santé du malade s'améliore. Pour des personnes vivant avec le VIH, cela signifie qu'elles peuvent être réincarcérées. Certaines de ces critiques semblent avoir été entendues dans la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 (art. 79). Ce texte permet à la juridiction de l'application des peines compétente « *lorsque le pronostic vital est engagé* » et « *en cas d'urgence* », c'est-à-dire en cas de décès imminent, d'accorder une suspension de peine sur la seule foi d'un certificat médical établi par le médecin responsable de l'Ucsa ou un médecin hospitalier. Reste qu'il s'agit essentiellement d'éviter que la prison ne devienne un mouiroir, sans garantir pour autant de réelle amélioration.

¹Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. ²Cass. Crim., 28 sept. 2005, req. n° 05-81010. ³Rapport Yeni 2008, chap. 19.

Ucsa dans les Corevih

Si les textes prévoient la présence des Ucsa dans toutes les Corevih, cette participation ne garantit pas à elle seule la bonne prise en compte de la dimension carcérale. En 2008, les experts du groupe Yeni¹ incitaient donc à la généralisation en leur sein « *de groupes de travail spécifiques à la prise en charge du VIH en prison* » et à « *l'intégration des conseillers d'insertion et de probation afin de participer à la réflexion collective et à la recherche de solutions* ». Ils insistaient aussi sur le rôle des Corevih dans la prise en charge médico-sociale des sortants de prison, question majeure tant la discontinuité du suivi a des effets délétères.

En Ile-de-France, la participation des médecins des Ucsa aux cinq Corevih de la région fonctionne plutôt bien. La raison tient au fait que les Ucsa ont été associées dès l'installation des Corevih, en novembre 2007. « *Surtout, nous avons mené dès 2005 un long travail d'expertise en amont*, explique le D^r Christine Barbier, chef de projet « VIH/IST/hépatites » à la Drass-IDF. *J'avais alors créé un groupe "Prison/VIH" afin de dresser un état des lieux complet de la prise en charge, après une étude menée auprès des onze Ucsa concernées.* » Aujourd'hui, le Corevih Ile-de-France-sud

est le plus avancé, avec son groupe de travail « *sur la prise en charge et l'accès aux soins des prisonniers* ». Une lettre de mission précise de nombreux objectifs, dont celui « *d'évaluer la qualité des soins prodigués* », d'étudier « *les spécificités de la confidentialité, les éventuelles discriminations* » et de développer l'épidémiologie. Plusieurs comités travaillent sur le postpénal. Pour 2009, le Corevih du Languedoc-Roussillon, qui avait décidé de s'attaquer aux facteurs de l'arrêt des soins à la sortie de prison, a entrepris de travailler durant la détention. Au programme : renforcement des dépistages du VIH et du VHC cinq mois après l'entrée et renforcement de la formation du personnel pénitentiaire sur le sida.

Pour Christine Barbier, seuls un travail en amont et une implication des acteurs permettent ces résultats. « *Mais je me demande si pour des régions comme l'Ile-de-France il ne serait pas plus efficace de traiter la question carcérale au niveau d'un inter-Corevih plutôt que dans chaque comité.* »

¹Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Rapport 2008, sous la direction du Pr Patrick Yeni, Médecine-Flammarion, 2008.

SIS pour les détenus

Début décembre 2009, Sida Info Service (SIS) a mis en place un nouveau dispositif à l'attention des détenus. Le but est de renforcer l'accès aux lignes d'écoute depuis les établissements pénitentiaires. Un flyer de prévention sera distribué dans les centres de détention d'Ile-de-France, précisant les numéros de Sida Info Service et Hépatites Info Service.

Depuis 1997, l'association avait développé la Ligne 6, destinée aux détenus hospitalisés à l'hôpital carcéral de Fresnes. Cette ligne ne pouvait être utilisée que certains jours à des horaires spécifiques. Dès sa création en 1990, SIS, poussé par son fondateur Pierre Kneip, a réfléchi aux moyens d'offrir aux personnes incarcérées le même accès à des dispositifs d'écoute que celui proposé aux personnes vivant à l'extérieur. Or en prison l'usage des cabines téléphoniques est réglementé¹ : l'administration pénitentiaire (AP) peut écouter les conversations (à l'exception de celles avec l'avocat) et aucun appel n'est anonyme. Avec ce nouveau

projet, le but est de « normaliser » l'accès aux écoutants de SIS, en intégrant le cadre du dispositif général, c'est-à-dire confidentialité et anonymat.

Désormais, le **0800 840 800** est accessible depuis les cabines. Toujours susceptibles d'être écoutés et enregistrés par l'AP, les détenus peuvent néanmoins passer leurs appels dans des conditions qui assurent une confidentialité vis-à-vis des autres détenus : cela n'a plus l'apparence d'un régime différent. « *Il y a un vrai intérêt pour les personnes atteintes de pouvoir parler de manière confidentielle de leur maladie, à l'écart des codétenus* », précise Hélène Pellisier, responsable du dispositif.

Projet pilote en Ile-de-France, il a vocation à s'étendre à tout le territoire. Mais « *à plus long terme, l'objectif est que notre numéro rejoigne la liste des numéros dit "humanitaires"*. Dans ce cadre précis, l'AP ne saura plus qui nous appellera. » Reste à savoir si l'administration validera cette demande.

¹Art. 727-1 du code de procédure pénale.

« Le milieu carcéral, c'est le droit commun »

Chargé de mission « Milieu carcéral » à Sidaction depuis 2006, le D^r Ridha Nouiouat veut faire entrer le droit commun dans les établissements pénitentiaires par l'intermédiaire des associations. Pour que l'égalité des soins « dedans » et « dehors » ne soit pas qu'une chimère.

Quel est le rôle de la mission Sidaction ?

En 2004, lors du bilan tiré à l'occasion des dix ans de Sidaction, un manque flagrant de projets consacrés à la thématique du VIH en milieu carcéral avait été mis en lumière. Un soutien prioritaire a alors été décidé, avec pour objectif de renforcer la présence associative en prison. Nous avons donc travaillé dans plusieurs directions : dégager des projets et les accompagner, développer les thématiques d'intervention (prévention, accompagnement, réduction des risques) et aider au plaidoyer.

Après cinq ans d'existence, où en êtes-vous ?

Nous aidons 21 associations pour une trentaine de projets, répartis sur l'ensemble du territoire français, notamment les départements français d'Amérique (Guadeloupe, Guyane et Martinique). L'enveloppe de financement est passée de 50 000 euros à 300 000 euros. Ce soutien s'est affermi par des actions de formation des associations et leur mise en réseau : notre volonté est qu'émergent de nouvelles problématiques, qui permettent aux associations VIH et à celles dédiées plus spécifiquement au milieu carcéral de se construire une culture commune. Nous organisons aussi une journée d'étude annuelle. Sidaction a édité le guide pratique *Sortie de prison (Transversal, 2008)*. Nous publierons en 2010 un guide de méthodologie élaboré avec les associations pour intervenir en milieu carcéral.

Quelles sont vos relations avec l'administration pénitentiaire ?

Elles sont très cordiales. Nous avons conclu une convention de trois ans (2007-2009) avec la direction de l'administration pénitentiaire afin de consolider tout ce travail. Cet accord nous permet de mieux faire connaître les projets associatifs et la démarche de qualité engagée avec les associations. Et ainsi de favoriser leur entrée et leur ancrage en prison. Enfin, d'attirer l'attention sur plusieurs projets prioritaires soutenus par Sidaction et de contribuer à leur cofinancement par des fonds de la pénitentiaire, notamment en régions. Par ailleurs, un

comité d'« experts prison » a été créé. Composé d'intervenants en Ucsa, SMPR, Spip, de représentants associatifs et de détenus, il participe à la réflexion et à la compréhension des enjeux afin de développer notre plaidoyer et de participer aux orientations publiques en matière de lutte contre le VIH et les hépatites.

Le 25 juin dernier, vous avez organisé une journée d'étude sur la mise en place de programmes d'échange de seringues en prison avec Aides et l'AFR. Quel bilan en tirez-vous ?

Cette journée a été un grand succès. C'est pourtant une thématique sensible auprès des politiques et qui génère encore beaucoup de résistances sur le terrain, qu'il ne faut pas mésestimer. Mais nous sommes face à une urgence de santé publique. Il ne s'agit pas d'être complaisant. On ne peut pas ne pas faire de plaidoyer. Si Sidaction n'est pas une association militante de réduction des risques, il était néanmoins important que nous dressions cet état des lieux. On nous a d'ailleurs reproché d'avoir un discours militant. Au contraire, notre discours est pragmatique : nous voulons aider à supprimer les contaminations là où elles ont lieu ! Le milieu carcéral, c'est le droit commun. Et notre objectif est que ce droit soit une réalité en détention, avec une égalité des soins dedans-dehors, comme la loi du 18 janvier 1994 le prévoit, et une prise en charge des personnes atteintes, notamment avec des alternatives à l'incarcération. L'un des axes de travail qui me paraît aujourd'hui essentiel est l'approche globale : au niveau des soins, de la prévention et du *counselling*, mais aussi avec les proches qu'il faut soutenir et lors de la sortie de prison, en particulier pour éviter la rupture dans la prise en charge. C'est une approche que j'applique aussi en travaillant avec l'ensemble des acteurs du milieu carcéral pour faire changer les mentalités. Lors de la journée de juin, un seul représentant du personnel pénitentiaire a accepté de participer à notre débat. Leur refus de venir à ce type de journées est problématique, car ces dernières ont pour but d'ouvrir le dialogue.

Réduire les risques en prison, c'est possible !

La détention est propice à l'infection, en particulier par le VHC. Et rien ne semble évoluer pour remédier à ce désastre médical. Les exemples étrangers de programme de réduction des risques ne manquent pourtant pas. Alors, si ailleurs la santé des détenus a su l'emporter sur les peurs et les tabous, comment faire tomber les obstacles en France ?

« Ce n'est pas de notre responsabilité » ; « Il n'y a pas d'injection en détention » ; « La réalité des infections en détention doit être documentée ».

Ces remarques, déjà entendues il y a dix ans, continuent d'être le credo officiel des représentants du ministère de la Santé, de la Justice ou de l'administration pénitentiaire (AP). Mais dans des cadres plus informels, la parole se libère, du moins parmi les personnels en contact direct avec la prison. Ainsi, à Nîmes, en janvier 2009, lors d'une journée de travail organisée par le D' André-Jean Rémy, la directrice de la maison d'arrêt a expliqué sans difficulté que du matériel d'injection avait été trouvé lors de fouilles.

Face à la réalité. Le personnel de surveillance s'est depuis longtemps fait une raison sur la réalité de l'usage de drogues et de la sexualité des détenus. Le nombre de prescriptions pour des produits de substitution à l'héroïne (Subutex® ou méthadone) concerne près de la moitié des visites au service médical dans certaines maisons d'arrêt. On observe partout une très forte dépendance aux benzodiazépines, qui entraîne une course aux prescriptions et donc des deals en tout genre. Et les pratiques de polyconsommation sont d'autant plus importantes que l'alcool est quasiment absent des établissements. La prévalence du VIH est deux à quatre fois supérieure à celle de la population générale et la prévalence du VHC cinq à huit fois supérieure. Les services médicaux constatent, impuissants, des contaminations de détenus dont ils doivent assurer le suivi médical.

De son côté, l'AP refuse de réfléchir à la possible mise en place de programmes de réduction des risques en milieu carcéral (RdR). En juin dernier, lors de la journée d'étude de Sidaction sur les programmes d'échanges de seringues (PES) en prison, les représentants de la Santé et de la Justice en étaient encore à proposer une énième enquête pour dresser l'état de la littérature scientifique

sur les programmes de RdR en détention et leur efficacité, sous les huées d'une partie de la salle.

Une urgence de santé publique. Les préconisations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sont pourtant claires. Puisque les taux de prévalence du VIH et du VHC sont internationalement élevés en prison – quels que soient les pays –, et que le partage de seringues est avéré malgré les dénégations officielles, des mesures de santé publique s'imposent. Comme le rappelait en juin dernier Annette Verster, du département VIH de l'OMS, l'efficacité des PES n'est plus à démontrer. Plusieurs études montrent que là où ils ont été entrepris, il n'y a pas eu d'augmentation de l'usage de drogues, ni de nouvelles infections à VIH. « Cela offre une amélioration de la sécurité ! », concluait-elle. Ainsi qu'un meilleur suivi, notamment après l'incarcération. Car ces programmes permettent de mieux orienter vers des traitements de substitution. Pour l'OMS, il faut changer d'échelle et introduire massivement ces PES en prison, en particulier avec des programmes pilotes.

L'exemple suisse. Les exemples de programmes de RdR en milieu carcéral ne manquent plus : Espagne, Allemagne, Moldavie ou encore Biélorussie. En Suisse, la prison de Champ-Dollon a débuté son programme en 1996. « Évidemment, il a fallu surmonter des peurs, précise Constantin Franziskakis, directeur de l'établissement. Mais quand les craintes – qu'il ne faut pas négliger – sont prises en compte, cela marche ! »

La première peur est toujours celle des personnels de surveillance, qui voient la seringue comme une arme. « On ne peut pas faire l'économie de l'aspect subjectif de cette réticence, poursuit-il. Le travail préparatoire est donc extrêmement important. » « Mais les réticences du côté des soignants sont aussi très fortes et elles soulèvent d'autres questions, sur la question même de l'usage de drogues », précise Hans Wolff, responsable

de l'unité de médecine pénitentiaire à Champ-Dollon. « La réalité est que jamais les seringues n'ont été utilisées comme des armes contre les surveillants, rappelle Constantin Franziskakis. Les rasoirs, les brosses à dents sont bien plus dangereux en terme de sécurité. » Et le D^r Wolff de conclure : « C'est un programme qui ne coûte quasiment rien, mais qui répond à un besoin énorme et qui améliore la situation dans les prisons, notamment en terme de dialogue. Cette population échappe aux traitements en ville. Dans ce domaine, la prison peut être le fer de lance d'une prise en charge du VHC. »

Blocages idéologiques. Les progrès réalisés depuis la loi de 1994 sont insuffisants.

Aucun PES n'a été entrepris en France. D'ailleurs, la possession non justifiée de seringue est condamnée de 30 à 45 jours de mitard. La distribution de matériel de sniff propre (l'outil « roule-ta-paille ») est parfois tolérée, comme à Nanterre. « Mais on attend toujours un texte de l'AP le validant et le généralisant à tous les établissements », précise François Bes, coordinateur « Santé » à l'Observatoire international des prisons (OIP). L'AP a juste concédé depuis 1997 la distribution d'eau de Javel comme désinfectant... sous couvert d'hygiène. Et encore, c'est trop souvent de l'eau de Javel domestique, titrée à 9°, en lieu et place de la Javel à 12°. De plus, pour obtenir la désinfection d'une seringue usagée, le protocole établi par la DGS en 1997 rappelle des règles très strictes : il faut pouvoir laver abondamment la seringue avec de l'eau courante dès que possible après l'injection ; remplir la seringue d'eau de Javel en laissant agir au moins 30 secondes, vider la seringue et recommencer l'opération. Puis rincer à nouveau avec de l'eau courante au moins deux fois. Et encore, la désinfection peut demeurer partielle.

Dans le cadre de la mission « Milieu carcéral » de Sidaction (lire p. 21), Ridha Nouiouat voit aussi évoluer progressivement les acteurs du milieu. Certes, on a encore du mal à impliquer le personnel pénitentiaire dans ces réflexions. Mais ces blocages sont surtout idéologiques, par ignorance souvent des enjeux de santé publique. « Les administrations ne jouent pas leur rôle. Il suffit de regarder la Mildt, réduite au silence sur la question, explique-t-il. Pourtant la population carcérale n'a pas le choix de sa santé, ni le choix de sa prévention. En matière d'infection, la responsabilité de l'État face à

cette population est donc toute entière. » « Au moins, le débat a été relancé, estime François Bes. Mais si le sujet continue à mobiliser les intervenants, aucune réponse publique n'a été formulée. »

Sortir de l'impasse. Un certain sentiment d'impuissance et de lassitude plane dans le milieu de la RdR. Pour le D^r Béatrice Stambul, présidente de l'Association française pour la RdR (AFR), « on a amélioré la prise en charge du VIH en prison, mais on est nul du côté de la RdR. » L'impatience est forte. « Les données sont aujourd'hui suffisantes. Pourquoi ne pas développer plus de recherches-actions ? C'est la vie de gens qui est en danger ! », tem-



pête Willy Rozenbaum, président du Conseil national du sida (CNS). Dans une note du 10 septembre 2009, valant avis sur l'expérimentation des PES dans les établissements pénitentiaires, le CNS dresse un état des lieux de ces programmes (cadre juridique, évaluation des programmes étrangers, qualité de la substitution en prison, etc.) et fournit un argumentaire précis pour contrer l'immobilisme des autorités. « Le CNS souhaite que des PES soient mis en œuvre de façon progressive et dans les plus brefs délais, sans attendre la publication de l'enquête Prevacar relative à la prévalence de l'infection par le VIH et le VHC chez les personnes détenues », ajoute le président.

Denis Lacoste, président de la Société française de lutte contre le sida (SFLS) et responsable de l'Ucsa de Draguignan, appelle ainsi de ses vœux « la possibilité de mettre en place un protocole, un projet expérimental pilote qui soit accompagné par nos tutelles, plutôt que d'assister de manière impuissante à un partage sauvage de matériel d'injection. » Le débat est par ailleurs compliqué par le fait qu'il reste des progrès à faire en matière d'accès à la substitution. « L'échange de seringues ne doit pas cacher la priorité de faire une distribution de substitution de qualité, ce qui n'est pas encore le cas partout », souligne Bastien Noël, président d'Envie et du comité associatif de Sidaction.

Certains médecins d'Ucsa sont prêts. En juin dernier, Sidaction a annoncé sa volonté de financer des PES expérimentaux en détention. Les représentants du ministère de la Justice et de l'AP avaient déjà déserté la salle... Reste à savoir si l'appel pourra être entendu conjointement par des directeurs d'établissements et des équipes médicales volontaires.



Prisons et VIH en Afrique subsaharienne : un frémissement de réponse

© iStock

« En Afrique, le problème du VIH en prison a été totalement négligé et réclame une attention urgente », exhortaient fin 2007 l'Onusida, l'Onudc et la Banque mondiale. Ces instances internationales comptabilisaient alors 668 000 personnes incarcérées en Afrique subsaharienne. Un chiffre probablement sous-estimé, en raison notamment de la surpopulation dans les prisons africaines et du peu de fiabilité des données collectées.

Jusqu'à très récemment, les détenus étaient les oubliés des politiques de lutte contre le sida dans la grande majorité des pays africains. « *Le détenu n'est pas une "bonne" victime, regrette Arnaud Laurent, d'Esther (Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau). Cette population, particulièrement vulnérable par rapport au VIH, subit une double discrimination. Elle est déconsidérée et on n'imagine pas avoir à la soutenir. S'ils sont en prison, c'est qu'ils le méritent bien... Il faut parvenir à argumenter que certes ils ont perdu le droit à la liberté, mais pas les autres droits, en particulier le droit à la santé.* » Un discours qui avait jusqu'alors du mal à passer, y compris au sein même d'associations de lutte contre le VIH, déjà débordées par l'ampleur de leur tâche auprès de la population générale.

Arnaud Laurent avance une autre explication : « *Robert Badinter disait : "On ne peut pas apporter aux prisonniers un service qui soit au-dessus de ce que les plus pauvres en milieu ouvert ont à leur disposition."* Donc, on bute sur la limite basse des services en milieu libre. En Afrique, ce point était très prégnant quand beaucoup de personnes n'avaient pas accès aux antirétroviraux. Je crois que c'est pour cela qu'on peut aujourd'hui travailler en prison, parce que les ARV sont de plus en plus disponibles partout. »

Pression internationale. L'urgence à agir contre le sida en prison est bien réelle. Au-delà de l'aspect humain, c'est aussi à un problème de santé publique que sont confrontés les gouvernements africains. Car les taux de prévalence du VIH y atteignent des records, même si, encore une fois,

il est difficile d'obtenir des chiffres récents. Pour exemple, en 2004, le Nigeria faisait état d'un taux de prévalence de 9 % en prison, le double du taux enregistré dans la population générale. Au Cameroun, on comptabilisait 12 % de détenus séropositifs en 2005, soit trois fois plus qu'en milieu ouvert. Et en Afrique du Sud, en 2006, des données faisaient apparaître une prévalence de 45 % chez les personnes incarcérées (contre 19 % chez les adultes en liberté).

Malgré cela, dans de nombreux pays, aucune action contre le VIH n'était menée en prison. Ni dépistage, ni prise en charge, ni prévention. C'est encore souvent le cas. Mais, tout doucement, dans certains endroits, les choses commencent à bouger, souvent sous la pression d'institutions internationales. C'est dans ce but qu'Esther a organisé avec l'Onudc (Office des Nations unies contre la drogue et le crime) un atelier sous-régional sur la question du VIH chez les prisonniers et les usagers de drogues par voie intraveineuse, du 15 au 18 décembre 2009 à Abidjan (Côte d'Ivoire). Dix pays devaient y participer : la Côte d'Ivoire, le Sénégal, la Sierra Léone, le Bénin, le Togo, le Nigeria, le Ghana, le Cap-Vert, le Cameroun et la République centrafricaine. Esther, déjà impliqué en prison en Côte d'Ivoire, a par ailleurs décidé d'apporter son soutien à l'action de la Swaa au Burundi (lire p. 27) et compte aussi démarrer un projet au Tchad.

Initiatives en devenir. À l'instar de la Swaa au Burundi, dans d'autres pays, ce sont des associations de lutte contre le VIH qui se sont attelées au problème et mènent parfois des actions remarquables, comme Sunaids au Cameroun ou Wofak à la prison pour femmes de Nairobi (Kenya). Ces initiatives se heurtent bien sûr à d'extrêmes difficultés : les conditions de vie catastrophiques dans les prisons africaines, avec, au mieux, 50 à 70 détenus entassés dans des dortoirs de 20 places, le manque d'hygiène, d'eau et de nourriture, la violence, le racket, la prostitution comme moyen de survie, l'absence de confidentialité, la pénurie de personnel soignant, la corruption du personnel pénitentiaire... En dépit de tout cela, certains sont parvenus à faire entrer la lutte contre le sida en prison, en espérant faire des petits.

Favoriser le partage d'expériences entre prisons du Nord et du Sud

En novembre 2008, Esther a mis en place, en partenariat avec le CHU de Bordeaux, un programme ambitieux d'accès aux soins des détenus atteints par le VIH à la Maca, la prison centrale d'Abidjan, dans le quartier de Yopougon (Côte d'Ivoire). Dans ce gigantesque centre pénitentiaire de 1 400 places, qui rassemble plus de 5 000 détenus, tout était à faire. Le Dr Denis Lacoste, qui a créé il y a vingt-deux ans l'une des premières consultations VIH en milieu carcéral à la maison d'arrêt de Gradignan, dans la communauté urbaine de Bordeaux, s'est investi dans ce projet. Arnaud Laurent en est responsable au sein d'Esther. Interview croisée.

Comment ce projet a-t-il vu le jour ?

D. L. : Il a d'abord fallu mener un travail politique et diplomatique avec les autorités. Les ministères se sont impliqués. On arrivait à un moment propice, où il existait une réelle prise de conscience du problème du VIH en prison et une volonté d'aller de l'avant.

Arnaud Laurent : Nous avons fait venir en France le directeur de la prison de la Maca, de l'administration pénitentiaire et un membre de la direction générale de la santé ivoirienne, afin qu'ils voient ce qui se passe dans des prisons françaises. Cela nous a aidés dans la mise en place du projet.

Quelle est la situation à la Maca ?

D. L. : Pour l'anecdote, nous avons reçu en stage, à Gradignan, un infirmier qui s'occupe de la délivrance des ARV à la Maca. Une de ses réflexions a été : « *Mais pourquoi veulent-ils sortir ?* » Là-bas, se pose le problème de la survie en prison : trafics, racket ; tout se monnaie. Quand on ne paie pas, on ne peut pas avoir accès aux soins.

A. L. : Il y a avant tout la surpopulation, criante. Une pauvreté terrible, la saleté, le manque d'eau et de nourriture. Mais le plus frappant, c'est le fait que la prison soit gérée par les prisonniers eux-mêmes. Les gardiens sont présents autour de l'enceinte afin que les détenus ne puissent pas sortir. Mais à l'intérieur, il n'y a plus de personnel pénitentiaire. Les prisonniers distribuent la nourriture et font le service d'ordre. C'est une sorte de mafia qui régule tout cela et affecte les détenus à des postes. C'est un système d'autogestion, avec tout ce que cela implique : la violence, les discriminations, le racket à chaque étage pour descendre chercher de l'eau. Pour aller au centre de santé, on peut être rançonné si on est faible, si on n'est pas protégé ou si on n'a pas un parrain.

Quelle a été la priorité ?

D. L. : L'organisation de l'accès aux soins. Pour 5 000 détenus, il n'y a que trois médecins : deux à temps partiel, un à temps plein. Le *counselling* est fait en groupe, y compris la proposition de dépistage, voire la remise des résultats.

Nous avons été obligés de faire abstraction de certaines considérations éthiques, au moins pour que cela démarre. On espère améliorer les choses, mais il faut du personnel, du temps et de l'énergie.

A. L. : Avant le début du projet, il n'y avait rien. Pas de dépistage, pas de prise en charge par ARV. La base du projet, c'est la formation du personnel. Il fallait prouver aux autorités que c'était faisable. On se demandait si on allait arriver à instaurer une visite médicale systématique à l'entrée, avec une proposition de dépistage. Nous avons été surpris de constater que la grande majorité des détenus souhaitait être dépisté. Le taux d'acceptation dépasse 80 %.

Et la prévention ?

D. L. : Déjà, en France, on a du mal à faire de la prévention en prison, alors... La première fois qu'on a parlé de préservatifs, le directeur nous a répondu que quand il avait connaissance de viols ou de rapports homosexuels, les détenus étaient immédiatement transférés. On est encore dans la répression.

A. L. : Le projet a très bien été accueilli par la direction de la prison, qui a ouvert ses portes facilement. Mais sur la question du préservatif, pour l'instant, il y a blocage, car leur mise à disposition est assimilée à une incitation à l'acte sexuel, interdit en prison.

Chiffres Depuis le début du projet Esther à la Maca, plus de **4 925 tests de dépistage** ont été réalisés. Ils montrent un taux de prévalence de **6,5 %** chez les hommes condamnés, soit plus du double que chez les hommes en milieu libre. La prévalence du VIH est encore plus élevée chez les femmes : **16,6 % (contre 6,4 %)**.

Plus de **120** détenus séropositifs bénéficient désormais d'un suivi. En six mois, **45** détenus ont été mis sous traitement antirétroviral.

Derrière les barreaux, la prévention se fait sous le manteau

Au Cameroun, l'association Sunaids a joué un rôle important dans la reconnaissance du problème du VIH en prison. Dès 2005, elle a monté un programme de dépistage et de prise en charge des détenus séropositifs dans les prisons centrales de Douala et de Yaoundé, avant d'étendre ses interventions aux prisons périphériques de Kribi et de Yabassi. Non sans difficultés.

« Avant 2005, il n'y avait rien, explique Siegfried Simo Kenmogné, responsable des activités de prévention et prise en charge du VIH en milieu carcéral à Sunaids. *Le sujet du VIH en prison était complètement occulté.* » Les résultats des tests de dépistage réalisés depuis ont démontré, s'il en était besoin, le bien-fondé de cette démarche : le taux de prévalence du VIH oscille entre 10 % et 14 % selon les établissements pénitentiaires.

Pour mettre sur pied un tel projet, il a fallu, bien sûr, recevoir l'aval du ministère de la Justice et trouver des partenaires financiers : ce fut d'abord l'Agence de coopération technique allemande (GTZ), puis Care Cameroun et le Fonds mondial pour le deuxième volet du programme.

Faire avec la réalité. Sunaids a appliqué en prison l'un des principes de la lutte contre le VIH en milieu ouvert : l'approche communautaire, avec la formation de pairs éducateurs qui animent ensuite des causeries éducatives pour les autres détenus. Qui dit prévention dit aussi, logiquement, distribution de préservatifs... « *À la prison de Douala, on a commencé à distribuer des préservatifs, mais cette action a été interrompue,* raconte Siegfried Simo. *Les détenus sont censés être privés de rapports sexuels. Selon les autorités, distribuer des préservatifs signifie inciter à la sexualité. Elles estiment également que cela favorise les relations homosexuelles, qui existent réellement dans les prisons, mais que les autorités ne veulent pas reconnaître.* »

Après quelques mois d'interruption, la distribution de préservatifs a pourtant repris. Officieusement. « *On les fait passer par petites quantités aux pairs éducateurs, qui les mettent à la disposition des détenus.* »

Dans les deux autres prisons, Sunaids a tenté un nouveau plaidoyer, mais s'est retrouvée confrontée au même problème. Un discours très loin de la réalité, selon Siegfried Simo. « *Cela ne sert à rien de dire que les détenus ne doivent pas avoir de rapports sexuels, car cela ne correspond pas à ce qui se passe. Comme c'est interdit, ils le font en cachette, donc c'est plus difficile de se protéger.* » À la prison de Douala, plusieurs personnes sont par ailleurs incarcérées pour le seul « délit » d'homosexualité, condamné par le code pénal camerounais. « *Il y a beaucoup de travail à*

réaliser sur la question de la liberté de choix sexuel. Nous avons essayé d'intégrer les groupes d'homosexuels pour faire de la prévention, mais c'est difficile ; ils ont peur. Les relations hétérosexuelles existent aussi en prison, ainsi que la prostitution. Les détenues femmes monnayent des rapports sexuels avec des détenus hommes, souvent avec la complicité du personnel encadrant et des gardiens. »

Accepter sa séropositivité. La prise en charge et l'accès au traitement des détenus dépistés positifs au VIH constitue l'autre part importante du travail de l'association. Des séances d'éducation thérapeutique ont été mises en place. « *Pour minimiser les risques de discrimination, on mélange les détenus séropositifs et séronégatifs. On n'a pas encore eu de cas de discrimination qui a posé problème. Cela reste de l'ordre du soupçon de la part des autres prisonniers. Si un détenu se sent mal, l'infirmier et le conseiller psychosocial entrent en jeu. On peut essayer de le changer de cellule, mais on l'aide aussi à accepter sa séropositivité, on le soutient psychologiquement.* » À la prison de Douala, Sunaids a d'ailleurs contribué à la création d'une association de détenus séropositifs, Gasup+. « *On a amené les personnes séropositives à se regrouper afin de lutter contre la stigmatisation et la discrimination, et favoriser l'autosupport. Ils se retrouvent, discutent de leurs problèmes, échangent des infos. On ne dit pas d'une manière officielle que c'est une association de détenus séropositifs. Certains ont des réticences à y aller, mais cela fonctionne.* »



Des détenus séropositifs regroupés en association

Au Burundi, la prise en charge des détenus atteints par le VIH apparaît très en avance par rapport à d'autres pays africains. En grande partie grâce à l'implication de la Swaa-Burundi, branche de la Swaa internationale, qui effectue un travail impressionnant en milieu carcéral.

« En 2006, le programme national de lutte contre le sida (PNLS) nous a demandé de faire des consultations dans la prison centrale de Mbimpa à Bujumbura, explique le D^r Janvier Nzorijana, responsable médicale de la Swaa (Society for Women against Aids in Africa). Et nous avons commencé à prendre en charge les détenus dépistés positifs au VIH. »

À Mbimpa, les conditions de vie et d'hygiène sont déplorable, comme dans de nombreuses prisons africaines. « Cette prison est prévue pour accueillir 800 personnes. En ce moment, il y a 3 300 détenus. Beaucoup vivent dans les cours, sous le soleil et la pluie. Ils se fabriquent des maisonnettes avec des cartons pour s'abriter. » À cause de cette surpopulation, les locaux sont inadaptés : il n'y a pas assez d'eau ni de sanitaires. Côté nourriture, « c'est toujours le même repas, mal préparé », déplore le D^r Janvier.

Le rôle des pairs. Selon la responsable médicale, la prévalence du VIH est difficile à évaluer, car les données ne sont pas collectées, et le dépistage n'est pas systématiquement proposé à l'entrée. Malgré tout, la Swaa a réussi le tour de force de mettre en place un système qui fonctionne. « Nous formons des pairs éducateurs, qui organisent des séances d'information sur le dépistage volontaire. Si le test, effectué par une infirmière, est positif, le détenu est pris en charge s'il le souhaite. Certains ne veulent pas. »

Soixante détenus atteints par le VIH sont actuellement suivis par des médecins de la Swaa, qui se relaient pour assurer les consultations, une fois par semaine, au sein de la prison.

La Swaa s'appuie sur l'association créée par les détenus pour la prise en charge et l'accompagnement des séropositifs, qui regroupe 72 membres à l'intérieur de la prison. « Des détenus ont mis sur pied cette association, pour se soutenir mutuellement. Ils se reconnaissent, il y a des groupes de parole, ils participent et cela encourage les autres détenus à se faire dépister, afin de pouvoir bénéficier des traitements. » Pour favoriser la prise en charge, les « anciens » parrainent en quelque sorte les « nouveaux ». « Quand un détenu a besoin d'être mis sous ARV, il suit une formation à l'observance et on démarre le traitement. Ensuite, on continue le renforcement de l'observance avec un membre de l'association

qui est déjà sous traitement. » Il n'y a pas de problème d'approvisionnement en antirétroviraux, disponibles dans le cadre du programme national. « Mais nous avons été confrontés à des difficultés pour fournir les autres médicaments essentiels », indique le médecin (lire encadré).

La protection du groupe. Le D^r Janvier estime que les membres de l'association des détenus séropositifs ne souffrent pas de stigmatisation à l'intérieur de la prison. Comme si le fait d'être regroupés et visibles les protégeait de la discrimination. « Ça se passe bien pour eux. Ils font partie des pairs éducateurs formés par la Swaa, ils donnent des messages de sensibilisation et font part de leur témoignage, de leur vécu. » Elle est plus préoccupée par le sort des détenus séropositifs qui ne font pas partie de l'association : « Ceux qui sont dépistés mais restent "cachés" arrivent difficilement à sortir pour se faire soigner dans les hôpitaux. »

Le rapport à la sexualité. Le volet prévention n'a pas été oublié. À la prison de Mbimpa comme ailleurs, la sexualité est bien présente. « Il y a des violences sexuelles, surtout envers les jeunes, confirme le D^r Janvier. Des rapports sexuels sont monnayés en échange de nourriture. Des femmes tombent enceintes pendant leur incarcération. » Le quartier des femmes est pourtant séparé de celui des hommes par un mur, « mais il y a une entrée accessible à tout le monde », précise-t-elle.

Ici, les autorités ne se sont pas opposées à la distribution de préservatifs, masculins et féminins. Mais ces outils ne sont pas toujours disponibles, car le service médical a des difficultés à s'approvisionner. « Nous sommes au début, conclut, optimiste, le D^r Janvier. Cela va se développer. »

Soutien de Sidaction

En 2009, Sidaction a accordé une subvention à la Swaa afin de faciliter la prise en charge des détenus séropositifs. Grâce à ce fonds, l'association a pu acheter des médicaments contre les infections opportunistes, qui n'étaient pas disponibles au dispensaire de la prison, financer des examens et des consultations spécialisées à l'extérieur de la prison, et fournir un soutien alimentaire.

Russie : situation endémique

Si l'épidémie de VIH a fait son apparition assez tard dans la Fédération de Russie, elle s'y propage plus rapidement que dans n'importe quelle autre région du monde. La prévalence a plus que doublé depuis 2001. Et le milieu carcéral reflète largement une situation aggravée par une tuberculose dévastatrice.

Le premier cas d'infection à VIH a officiellement été enregistré à Saint-Pétersbourg en 1987. Aujourd'hui, l'Onusida et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) estiment qu'un million de Russes vivent avec le VIH. Un adulte sur 100 est infecté¹.

Or, en 2009, seuls 467 000 séropositifs étaient enregistrés par les services du gouvernement. Plus de la moitié des personnes vivant avec le VIH ignoraient donc leur séropositivité.

Près des deux tiers des nouvelles contaminations se font parmi les usagers de drogues injectables, le plus souvent de l'héroïne afghane, dont la Russie est devenue le premier consommateur mondial.

Le gouvernement refuse d'autoriser les produits de substitution aux opiacés. Et les programmes d'échanges de seringues sont encore pionniers. Ancrés à Saint-Pétersbourg depuis une dizaine d'années, ils viennent d'être interdits par la mairie de Moscou, sont rares en régions et inexistantes en prison.

Les commandes de médicaments sont centralisées, ce qui, sur un territoire aussi vaste, cause régulièrement des ruptures d'approvisionnement. L'OMS estime que 15 % des besoins en antirétroviraux (ARV) sont couverts, un taux qui frôle le 0 % en prison.

Situation en prison. Comptant près de 900 000 détenus, la Russie est la troisième population carcérale au monde, après la Chine et les États-Unis. En prison, la prévalence du VIH est quatre à cinq fois supérieure à la moyenne nationale. Ce chiffre cache des disparités géographiques énormes. Dans certaines régions, comme celle de Saint-Pétersbourg, la proportion de détenus infectés par le VIH atteint les 30 %. Chaque arrivant en centre de détention provisoire subit un test de dépistage obligatoire pour différentes pathologies, dont le VIH et la tuberculose (TB). C'est souvent ainsi qu'il apprend sa séropositivité au VIH. Après, rien. Ni prévention, ni diagnostic, ni suivi de la charge virale et du taux de CD4. Dans la plupart des prisons, ce test sert uniquement à isoler les détenus séropositifs

des autres. Ainsi ceux dont le test TB est positif sont envoyés dans des colonies éloignées.

Cette ségrégation, souvent réclamée par les détenus non infectés, n'empêche pas les nouvelles contaminations. Le VIH continue à se répandre par le partage de quelques rares seringues, les relations sexuelles et les rites initiatiques (viols, tatouages) qui servent à établir une hiérarchie criminelle très stricte.

Rien ne permet de chiffrer la propagation de l'épidémie en prison, car aucun test de dépistage n'est réalisé à la libération des détenus. Selon l'OMS, la tuberculose est devenue la première cause de mortalité des patients infectés par le VIH. D'après les chiffres de l'hôpital Botkine (Saint-Pétersbourg), la coinfection VIH/TB dépasse les 15 %. En 2005, selon l'administration pénitentiaire, cette coinfection aurait été observée chez près de 3 % des personnes incarcérées. Or la tuberculose fait des ravages dans les prisons russes. La prévalence est quarante fois supérieure à la moyenne nationale. Enfin, toujours d'après les chiffres de l'hôpital Botkine, on estime que 30 % des patients positifs pour le VIH le seraient également pour le VHC – ce chiffre atteindrait les 90 % selon le centre Sida – et à 10 % le nombre d'usagers de drogues victimes du cocktail morbide VIH, TB et hépatite.

« La situation est d'autant plus révoltante qu'il suffirait de quelques passerelles entre l'administration pénitentiaire et les autorités sanitaires pour que les conditions de santé des détenus s'améliorent significativement, déclare Laura Martelli, responsable du pôle « Populations exclues » à Sidaction. Mais les acteurs de terrain ne cessent de se heurter à la bureaucratie russe et au mépris d'une grande partie de la société qui ne considère pas les détenus et les usagers de drogues comme des êtres humains à part entière. »

¹ **Le point sur l'épidémie de sida 2009, Onusida, OMS, nov. 2009.**



Survivre avec Imena+

© Madeleine Leroyer

Depuis bientôt dix ans, l'association Imena+ mène des actions de prévention du VIH dans les prisons de la région de Saint-Pétersbourg. Il s'agit de sensibiliser l'ensemble de la population carcérale – surveillants et soignants inclus – afin d'améliorer la condition du détenu séropositif.

Cette région compte 18 000 détenus, dont plus de 5 000 positifs au VIH. Le nombre de cas en stade sida se multiplie et les traitements passent rarement les murs. Fin 2009, seuls 42 détenus avaient accès aux antirétroviraux.

Désertion des dirigeants. Dans le petit bureau de l'association, Valentina raconte l'histoire de son fils, Valeri, 28 ans, usager de drogues et séropositif depuis dix ans. Valeri purge sa deuxième peine de prison dans un hôpital pénitentiaire du district de Vologda, à une nuit de train de Saint-Pétersbourg. Comme 10 % des jeunes usagers de drogues de la ville, il a non seulement le VIH, mais aussi l'hépatite C et la tuberculose.

« Lors de sa première incarcération, il n'a reçu aucun traitement. À sa sortie, il a entamé une thérapie antirétrovirale au centre Sida de Saint-Pétersbourg, mais il ne l'a pas suivie correctement : il continuait à se droguer. À sa deuxième condamnation, son immunité s'est effondrée. J'ai remué ciel et terre pour qu'il puisse être soigné », rapporte Valentina.

Elle prend alors contact avec Imena+ : « Ce sont les personnes de l'association qui m'ont conseillé de réclamer l'intervention du centre Sida. J'ai obtenu que le médecin de Valeri certifie qu'il était pris en charge en ville et transmette à ses confrères la liste des antirétroviraux nécessaires. »

Mais les coinfections compliquent tout. « Ils ne savent pas que faire de moi », explique Valeri au téléphone. « Ma tuberculose est à peu près sous contrôle, mais restent le VIH et l'hépatite. Ils essaient plusieurs choses. J'ai l'impression que c'est un peu expérimental », ajoute-t-il, d'ailleurs dans l'incapacité de nommer les médicaments qu'on lui donne.

« Le cas de Valeri est particulier, souligne Tatiana Bakoulina, la présidente d'Imena+. Il est mal soigné, mais au moins il se passe quelque chose. »

« C'est bien simple : on ne fait rien, on attend que les séro-

positifs développent une tuberculose et on les envoie dans des colonies pour tuberculeux où on les laisse mourir loin des regards », assène Stanislas Shabanov, le vice-président. « On ne sait pas combien de gens meurent ainsi. Personne ne nous répond », ajoute Tatiana Bakoulina. « Le gouvernement ferme les yeux. C'est pour cela qu'il est si crucial de travailler localement avec l'administration pénitentiaire », explique Stanislas Shabanov.

Intervention auprès de tous. Imena+ a donc commencé par organiser des séminaires de formation à l'intention des surveillants et du personnel soignant. Le P^r Natalia Sizova, chef du service des maladies infectieuses de l'hôpital Botkine (Saint-Pétersbourg), est la première à avoir prêté main forte à l'association. « Le personnel médical est le premier porteur des préjugés », reconnaît-elle. Les thérapies sont encore peu répandues en Russie. Cela explique l'attitude des médecins. Tant qu'ils n'ont pas eu accès à ces médicaments, tant qu'ils n'ont pas constaté eux-mêmes les résultats, nos discours restent lettre morte. » Pourtant, la situation épidémiologique est plus qu'alarmante : « Sur la décennie, nous constatons dans la région une multiplication par quatre du nombre des nouvelles infections par le VIH, avec un pic dans les années 2000. Dix ans plus tard, beaucoup sont au stade sida. La majorité d'entre eux sont des usagers de drogues et ont un passé carcéral. Ils ne consultent pas ou arrêtent leurs traitements. Ce serait tellement plus facile de les soigner lorsqu'ils sont en prison ! »

Un avis partagé par Iouri Zalevski, directeur adjoint de la colonie n° 7, une prison du centre-ville, où un tiers des 1 500 détenus sont séropositifs : « Ici, ils ne sont pas drogués et ils sont volontaires pour les traitements. C'est une situation idéale pour commencer à les soigner. Mieux ils seront pris en charge ici, mieux ça se passera à l'extérieur. Mais en attendant, on achoppe sur la question de l'argent, car les traitements sont chers. » Grâce à ses contacts personnels avec l'administration pénitentiaire, Imena+ ■■■

■■■ a pu organiser des séances d'information pour les détenus. « Au commencement, il était clair que pour beaucoup c'était la première fois qu'ils recevaient une information fiable sur le VIH. Je me souviens des visages, prostrés, terrorisés. Le résultat du dépistage tombe : tu as le VIH. Et puis rien. Ça sonnait comme une condamnation à mort », rapporte Tatiana Bakoulina.

En finir avec la ségrégation. « Au début, les gars regardaient les bénévoles avec méfiance. Personne n'avait envie de recevoir de faux espoirs, se souvient Grigori Mikhaïlov, ancien détenu de la colonie n° 7 qui bénéficie d'un régime de semi-liberté. Et puis on les a vus revenir. Pour la première fois, quelqu'un s'intéressait à nous. » Quand Imena+ se rend à la colonie n° 7, Grigori est secrétaire à l'infirmerie. Il est vite devenu le relais indispensable de l'association : « J'allais aux réunions. Puis, en venant à l'infirmerie, les gars me posaient des questions. Je me souviens d'un type – c'était avant le grand ménage de 2007, quand on trouvait de la drogue plus facilement que des cigarettes – visiblement défoncé. Mais bon, on parle, je lui laisse une brochure. La fois sui-

vante, je remarque qu'il est clean. Je lui demande s'il a arrêté. Il me dit que oui, qu'il a compris qu'il pouvait vivre, même avec le VIH. »

Le cas de Grigori n'est pas isolé. Comme lui, de nombreux détenus séronégatifs se sont intéressés à l'action de l'association. « Tout ne tourne pas qu'autour du sida. On organise des spectacles, des ateliers de sculpture. Cela a permis d'en finir avec la ségrégation systématique des séropositifs », explique Tatiana Bakoulina.

Depuis deux ans, la colonie n° 7 accueille une cellule de prévention animée par les détenus, avec, dans chaque section de la prison, un référent et un panneau d'information. Au total, en 2009, l'association estime avoir touché quelque 5 000 personnes dans trois prisons de Saint-Petersbourg.

La sortie de prison est un sujet douloureux pour Imena+ et les familles des détenus. Valentina s'effondre : « Le paradoxe, c'est qu'à court terme, la prison a sauvé Valeri, ne serait-ce que de l'overdose. Si vous saviez combien de ses amis sont morts ainsi ! Si tout va bien, il devrait sortir dans un an. Ça me fait mal de dire ça, mais sa libération me fait terriblement peur. »

La prison mouroir

« En 2006, j'ai été condamné à quatre ans de prison. À cette époque, j'avais commencé une thérapie antirétrovirale au centre Sida de Saint-Petersbourg. À mon arrivée en prison, j'ai expliqué aux médecins que cette thérapie était une question de vie ou de mort. Ils m'ont répondu qu'ils n'avaient pas ce genre de médicaments. Je n'ai jamais eu accès aux ARV. »

Ces mots sont ceux de Konstantin Proletarsky, libéré pour raison de santé le 31 octobre 2008, un an et neuf mois avant la fin de sa peine. À sa sortie, il n'a pas pu reprendre son traitement anti-VIH à cause d'une tuberculose multirésistante contractée en prison. « Kostya », comme l'appellent ses amis, est mort le 19 juin 2009.

Sa tuberculose est décrite par l'OMS comme la redoutable XDR-TB (extensively drug-resistant, TB ultrarésistante), c'est-à-dire résistante aux deux principaux antituberculeux et à au moins trois traitements secondaires. La Russie mène une politique de soin systématique de tous les détenus tuberculeux, mais les variations et les interruptions de traitement encouragent la multiplication de souches multirésistantes. On estime que 18 % des nouvelles infections en prison sont le fait de bacilles multirésistants.

Il existe des milliers d'autres détenus russes comme

Kostya. Jeunes, héroïnomanes, incarcérés pour un crime lié à leur toxicomanie, ils dépérissent en prison, où leur immunité en berne crée les conditions propices à une infection par la tuberculose.

« Au bout de quelques mois, on m'a transféré dans un hôpital pénitentiaire, à Medvezhegorsk, en Carélie. C'est un mouroir. En 2008, sur 180 détenus coinfectés, un seul recevait des ARV. Nous n'étions même pas enregistrés comme séropositifs au VIH, juste comme tuberculeux. »

À l'impuissance des médecins s'ajoute la malveillance des surveillants : « Il existe une procédure de désinfection qui est en fait une punition. Régulièrement, les surveillants répandent de l'eau chaude avec de la javel et de l'ammoniac sur le sol. Vous ne pouvez pas respirer, ça brûle les yeux, vous avez l'impression d'être dissout. »

À sa sortie, Kostya avait 40°C de fièvre et une tuberculose généralisée.

Ce témoignage a été recueilli par Anya Sarang, amie de Kostya et militante pour l'autorisation des opiacés de substitution. Après l'avoir lu, le rapporteur spécial des Nations unies pour le droit à la santé, Anand Grover, a chargée Anya Sarang de recenser les violations les plus graves observées, dans le but de mettre sur pied une mission d'enquête en Russie.

« En Thaïlande, les usagers de drogues sont soit en prison soit au ciel »

Karyn Kaplan et Paisan Suwannawong codirigent l'association thaïlandaise TTAG (Thai Aids Treatment Action Group). Soutenue par Sidaction, TTAG est engagée depuis 2002 dans l'accès aux antirétroviraux pour tous et dans la réduction des risques pour les usagers de drogues. Elle développe une action spécifique dans plusieurs prisons de la province de Chiang Mai, au nord de la Thaïlande.

« Bien que la Thaïlande mène officiellement une politique d'accès universel aux soins de santé, y compris aux antirétroviraux (ARV), les personnes les plus exposées au VIH (les usagers de drogues par voie intraveineuse, les homosexuels, les migrants et les détenus) ne profitent pas pleinement de ce droit.

La Thaïlande a une approche « schizophrénique » de la drogue : c'est un problème de sécurité publique, mais aussi, et c'est plus récent, un problème de santé publique (depuis 2002, une loi dit que les usagers de drogues sont des patients, pas des criminels). Mais dans la pratique, l'usage de drogues est réprimé au nom de la sécurité publique. Et les usagers sont envoyés en prison.

De notre perspective, en violant les droits humains de certains (par exemple, en soumettant les usagers de drogues à des arrestations arbitraires, des abus, des exécutions extrajudiciaires, en ne permettant pas des procès en bonne et due forme, en leur déniaient l'accès aux ARV ou à des seringues propres) et en les jetant en prison, où il n'existe aucun moyen de se protéger contre les maladies, la Thaïlande les expose à un risque aggravé vis-à-vis du VIH. Plusieurs études conduites dans ce pays le démontrent. Cette position schizophrénique de l'État a entraîné un nombre incalculable de cas de tuberculose, d'infection à VIH, d'hépatite C et de décès en prison. Personne ne rend publiquement le gouvernement responsable de cela. C'est l'un des objets de notre mission. N'oublions pas qu'en Thaïlande la plupart des usagers de drogues sont soit en prison, soit "au ciel".

Plaidoyer contre le système. Environ 1 200 femmes et 4 000 hommes sont détenus à Chiang Mai. C'est une zone frontalière où migrations, trafics, drogue et prostitution sont fréquents. Les travailleurs migrants et les minorités ethniques sans papiers abondent. Du coup, il n'est pas étonnant que les prisons du nord de la Thaïlande soient surpeuplées. Et notre impact sera d'autant plus important en ciblant ces prisons. De plus, nous avons de bonnes relations avec le ministère de la

Santé et d'autres partenaires institutionnels dans la ville et la province de Chiang Mai. Avec notre réputation de qualité et de fiabilité, notre expérience, nous avons eu le feu vert pour faire de l'éducation, du plaidoyer et bien d'autres choses en prison, y compris de la recherche. D'autres ONG entrent en prison pour fournir de l'information sur le VIH, mais elles ne s'engagent pas dans un plaidoyer vis-à-vis du système. Alors que, selon nous, c'est une composante cruciale : comment améliorer la lutte contre le sida sans mesurer ce qui est disponible dans les structures de privation de liberté gérées par l'État? Notre association est en mesure d'éclairer tant les gouvernements que les autres organisations.

À la sortie de prison, la transition avec la communauté ou la famille est une formidable opportunité manquée pour l'État. De nombreux droits sont perdus à ce moment-là et l'État ne tient pas son engagement de soutien envers ces personnes. TTAG a observé cet échec sur le terrain et a décidé de s'emparer de ce problème. Les anciens détenus n'ont souvent nulle part où aller, ont besoin d'aide pour leurs papiers, leurs soins de santé, la formation professionnelle ou encore le soutien psychosocial. L'association a donc créé à Chiang Mai un espace sûr pour ces hommes, ces femmes, ces transgenres récemment libérés. Ils peuvent recevoir du soutien et des conseils, entamer une démarche de prise en charge (avec des facilités de transport, du dépistage, des traitements, etc.), être aidés pour l'observance ou encore recevoir de la nourriture. Cela a débuté de façon empirique, au cas par cas, et se développera de façon plus formelle en 2010, si nous obtenons les soutiens financiers nécessaires. »

En savoir plus : <http://www.ttag.info/>

Chiffres

En Thaïlande, 600 000 personnes vivent avec le VIH, dont 100 000 bénéficient de traitements. La prévalence en population générale est de 1,4 %.

Vers des recherches-actions

Pour une meilleure vision de l'état de santé des prisonniers et des cas d'infection par le VIH ou le VHC en détention, des expériences innovantes ont été mises en place. Exemple à Maurice et en France.

« Selon les données fournies par la direction générale des prisons en mars 2009, près de la moitié des cas mauriciens de séropositivité concernent des personnes qui ont été incarcérées », explique le D^r Amita Pathack, coordinatrice du programme national de lutte contre le sida de la République de Maurice. Sagar Motah, chef du service médical des prisons précise qu'à l'automne 2009, le milieu carcéral « avait "accueilli" 51,6 % des cas nationaux de séropositivité, pour 70 % d'entre eux il s'agissait de personnes emprisonnées pour un délit en lien avec la drogue. Et 33 % étaient des usagers de drogues par voie intraveineuse. » Selon lui, « les détenus séropositifs représentent 27,2 % de la population carcérale actuelle. »

Test et suivi. C'est pour faire face à cette situation dramatique qu'un programme national de réduction des risques infectieux a été mis en place dès 2007 sur les cinq prisons de Maurice : le PITC pour « *Provider-Initiated Testing and Counselling* ». Objectifs : contenir la transmission du VIH dans les établissements pénitentiaires et promouvoir l'accès aux soins pour les personnes infectées. Dans le cadre du PITC, « un test de dépistage est désormais proposé à toutes les personnes entrant en détention, ce dépistage ayant été également proposé aux détenus plus anciens, explique Amita Pathack. Ainsi, aujourd'hui, presque 80 % des personnes qui sont passées par la prison ont été dépistées. » L'autre volet du projet est de mesurer la réalité des séroconversions durant la détention. Il est donc proposé un test de dépistage trois mois après l'incarcération, puis au moment de la sortie. « Environ 712 détenus ont été testés pendant le premier mois suivant leur admission et 435 d'entre eux ont été testés avant leur sortie, souligne Sagar Motah. Pas un cas de séroconversion n'a été enregistré à cette date. »

En dehors du dépistage, ce programme prévoit des séances d'information et de prévention sur le VIH et les autres infections sexuellement transmissibles durant la détention. « Les prisonniers sont encouragés à adopter des comportements safe. Et un soutien psychosocial est progressivement intégré dans les services des pri-

sons, poursuit Amita Pathack. Le personnel médical des prisons est formé afin de fournir des soins de qualité. Les détenus sont également formés comme pairs éducateurs, de sorte qu'il se crée un réseau de soutien entre détenus au sein des établissements. » Enfin, il faut rappeler que tous les détenus séropositifs qui ont besoin d'un traitement antirétroviral y ont accès. Un programme de traitement de postexposition a aussi été mis en place dans toutes les prisons. Une évaluation du dispositif PITC est prévue pour juin 2010.

PRI2DE, un programme de recherche novateur

Regroupant des équipes de l'Inserm et de l'InVS, et soutenu par l'ANRS et Sidaction, le programme de recherche intervention prévention du risque infectieux chez les détenus (PRI2DE) a pour objectif de définir des orientations de recherche centrées sur la prévention des hépatites virales en milieu carcéral et de construire des protocoles adéquats. La première phase du programme vient d'être lancée : il s'agit de réaliser un « inventaire des mesures de réduction des risques infectieux, au sens large, en prison et de leur application, ainsi que les éventuels indicateurs de pratiques à risques ». Pour se faire, un questionnaire a été envoyé à l'ensemble des Ucsa. Questionnaire qui sera complété ultérieurement par des entretiens téléphoniques. L'étape suivante, dont la méthodologie est en cours de discussion avec l'administration pénitentiaire, consistera en une étude d'incidence du VHC et du VIH, tout en sachant que PRI2DE s'articule avec l'enquête Prevacar de la DGS, lancée au deuxième semestre 2010, qui cherchera à évaluer les prévalences des affections virales en détention (VHC et VIH). Enfin, il est prévu une phase d'intervention. Ce qui fait dire au D^r Laurent Michel, l'un des responsables scientifiques de PRI2DE, que « cette étude devrait être à bénéfice direct pour les détenus, puisque nous prévoyons à terme un "bras" avec des mesures nouvelles de réduction des risques ».