

VIH EN PRISON : LES SOINS AUX OUBLIETTES ?

La prison est muette. Très peu de données existent sur la situation sanitaire en prison. Depuis dix ans, aucune étude nationale. Les études récentes Prévacar et PRI2DE tentent de combler ce vide mais, là encore, le volet prévalence de l'étude Prévacar n'a toujours pas été publié dans son intégralité. L'information passe mal. Deux de nos journalistes ont demandé, pour ce dossier, à suivre des associations en prison pour des reportages. La direction nationale de l'administration pénitentiaire a rejeté leur demande. La prison est un monde à part, cachée des regards. Barbara l'avait bien compris qui avait imposé le silence sur ses actions discrètes en prison. Malgré la loi qui impose l'égal traitement entre le dedans et le dehors, hors la privation de liberté, la réalité carcérale est toute autre. En matière de prévention, beaucoup reste à faire. L'accès aux soins s'est amélioré mais pose une question centrale : la prison peut-elle être un lieu de soin ? Dix ans après l'entrée en vigueur du droit à la suspension de peine pour raisons médicales, il reste inappliqué pour de nombreux détenus gravement malades.

Marianne Langlet

ÉTUDES

PRÉVACAR ET PRI2DE DÉCRYPTENT LA PRISON



Prévalence, offre de soins, mesures de prévention, pratiques à risques… Après un silence de près de dix ans, les études Prévacar et PRI2DE livrent des données nationales sur la situation sanitaire des prisons. Les résultats confortent les alertes lancées par de nombreux détenus et intervenants en prison.

Elles étaient annoncées et attendues depuis bien longtemps. Deux études publiées cet hiver, Prévacar et PRI2DE, réalisées, l'une par l'Institut national de veille sanitaire (INVS) et la direction générale de la santé, l'autre par l'ANRS et le groupe de travail Pri2de, livrent des informations sur la prévalence VIH et VHC en prison, l'accès aux soins, la disponibilité des outils de réduction des risques et analysent le risque infectieux en prison. Pendant des années, le silence a prévalu. Il n'existait que des études anciennes, la plus récente datant de 2003, ou bien parcellaires : sur un établissement, une région. L'enquête Prévacar vient enfin donner une estimation de la prévalence au niveau national et peut la décliner selon certaines catégories.

Fortes prévalences

Résultat : la prévalence du VIH en milieu carcéral est estimée à 2 % soit environ 1 220 personnes infectées. La prévalence du VHC atteint 4,8 % soit environ 3 000 personnes avec un taux particulièrement élevé chez les femmes : 11,8 % (voir article Hépatites actualité page 15). La prévalence VIH est donc de deux à quatre fois supérieure à celle de la population générale, celle de l'hépatite C de cinq à huit fois supérieure. Et l'état de santé des détenus n'est pas bon. Prévacar montre que trois quarts des détenus séropositifs sont à un stade d'immunodépression avancé, près d'une personne sur trois est au stade sida. Pour Caroline Semaille, de l'INVS qui a participé à l'étude, l'explication est liée à l'âge des personnes. « *Il s'agit souvent d'anciens usagers de drogue, leur moyenne d'âge est de 36 ans* ». La prévalence la plus importante se retrouve dans la tranche des 41-50 ans. Le diagnostic est le plus souvent ancien, selon l'étude, il date en moyenne de neuf ans. Toutefois, la découverte de la séropositivité au cours de l'incarcération concerne une personne sur quatre. Un autre chiffre interroge : 10 % des personnes séropositives incarcérées seraient en refus de traitement. Pour Caroline Semaille, il n'y a rien là de spécifique « *dans la population générale, il existe également des refus de traitement, difficile d'expliquer ce que cela signifie* ». Elle suppose que certains refusent peut-être par crainte de la stigmatisation forte en prison. Rien à voir avec de possibles difficultés d'accès aux soins ? « *Je n'ai pas les données pour répondre, l'UCSA est libre d'accès mais il est vrai que je ne sais pas si à chaque fois qu'un détenu demande d'aller à l'UCSA, il en obtient la possibilité* ». Vue de l'intérieur, comme

en témoigne Laurent Jacqua, ancien détenu, (voir son interview page 29), la réalité de la prison paraît pourtant difficilement compatible avec les soins.

Risque infectieux élevé

Le volet entièrement publié de l'enquête Prévacar porte sur l'offre de soins. Pour l'instant, le volet prévalence n'a pas été publié dans son intégralité. Il le sera, selon l'INVS, lors de la sortie du numéro spécial du BEH consacré au VIH en décembre 2012. Pourquoi attendre si longtemps ? « *Parce que l'analyse des données est très longue et que ce numéro du BEH a plus de résonance* », explique Caroline Semaille. Dès octobre 2011, le TRT5 appelait à une publication officielle de ces « *résultats alarmants* » dans les plus brefs délais afin que « *l'égalité de la prise en charge sanitaire entre le milieu libre et le milieu carcéral* » soit enfin respectée. « *Nous ne pouvons plus attendre face à ce qui constitue un véritable scandale sanitaire* ». Car les résultats de Prévacar croisés avec ceux de l'enquête PRI2DE offrent un tableau inquiétant. « *La prison constitue un environnement à très haut risque pour la transmission des maladies infectieuses et une préoccupation majeure de santé publique* », note le bulletin épidémiologique hebdomadaire qui restitue les résultats de PRI2DE. Cette étude évalue le risque infectieux dans les prisons. Malgré une circulaire de 1996 et un guide méthodologique de 2004, censés prévenir le risque infectieux en prison, l'enquête PRI2DE écrit noir sur blanc ce que tous les observateurs de la prison clament depuis des années : le risque infectieux en prison est élevé. L'enquête Prévacar enfonce le clou : 18 % des UCSA déclarent avoir eu connaissance de découvertes de seringues usagées au cours des 12 derniers mois. L'enquête Coquelicot en 2006 avait déjà signalé que parmi les usagers de drogues incarcérés, 12 % avaient déclaré s'être injecté en prison et, parmi eux, 31 % disaient avoir partagé leur seringue. Face à ces constats, eau de javel et préservatifs restent les principales mesures de prévention en prison. Or, PRI2DE constate « *un faible niveau d'accessibilité aux mesures de prévention, plus particulièrement pour l'eau de javel, les traitements de substitutions aux opiacés, les préservatifs, la prophylaxie post-exposition pour le VIH et le coiffage* ».

« NOUS NE POUVONS PLUS ATTENDRE FACE À CE QUI CONSTITUE UN VÉRITABLE SCANDALE SANITAIRE », DÉCLARE LE TRT-5. CAR LES RÉSULTATS DE PRÉVACAR CROISÉS AVEC CEUX DE L'ENQUÊTE PRI2DE OFFRENT UN TABLEAU INQUIÉTANT.

Faible prévention

Publiée en octobre 2011, l'étude PRI2DE s'appuie sur un questionnaire envoyé aux responsables des unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) et aux services médico-psychiatriques régionaux des 171 prisons françaises. Elle comporte donc un biais de « *désirabilité sociale* » soulignent les auteurs : les déclarations de disponibilité d'outils de réduction des risques (essentiellement eau de javel et préservatifs) par les directeurs d'UCSA laisse supposer que, dans la réalité, la disponibilité est encore plus faible que celle déclarée. Et les résultats sont déjà très inquiétants : « *Seuls 22 % des responsables d'unités sanitaires estimaient que l'information fournie aux détenus quant à l'utilisation de l'eau de javel (stérilisation du matériel d'injection en particulier) est accessible et intelligible* ». La distribution d'eau de javel conformément aux préconisations, soit tous les quinze jours, est établie dans 36 % des établissements. Les préservatifs masculins sont dits accessibles dans 95 % des établissements mais seuls 20 % des établissements signalent leur disponibilité dans un autre lieu que l'UCSA, principalement la bibliothèque et les parloirs. Les lubrifiants sont moins souvent présents (51 %), les préservatifs féminins encore moins (21 % des établissements accueillant des femmes). L'accès aux traitements de substitution reste encore insuffisant. Au moment de l'étude, 9 % des détenus bénéficiaient d'un tel traitement et, respectivement, 22 % et 23 % des soignants disaient ne jamais initier de traitement méthadone ou Subutex pendant l'incarcération.

« *Cette étude est la première réalisée en France mettant ainsi en évidence un déficit majeur dans l'application des mesures de prévention en prison* », souligne l'article du BEH. Elle « *met clairement en évidence le décalage existant entre les mesures préconisées au plan national ou international et la réalité des pratiques* » poursuit l'article. Dix-huit ans après la loi de 1994, qui impose une égalité d'accès aux soins et une égale politique de prévention, entre le monde libre et la prison, la réalité carcérale révèle un tout autre visage. ■

Marianne Langlet

L'ACTION ASSOCIATIVE

MISSIONS IMPOSSIBLES ?

Les associations de lutte contre le sida rencontrent moult obstacles pour mener leurs actions de prévention et d'accompagnement en prison. Pourtant, leur présence reste indispensable pour pallier les manquements derrière les murs. Petite incursion par l'œilleton.

Combien d'établissements pénitentiaires en France accueillent les actions associatives luttant contre le VIH et les hépatites auprès des détenus ? Nul ne le sait précisément, pas même l'INPES qui a lancé en 2010 une étude pour les recenser. « *C'est encore très marginal,* assure François Bés de l'OIP, l'observatoire international des prisons. *L'utilité de ces associations est reconnue par la réglementation carcérale, mais sur le terrain, tout reste fragile et potentiellement remis en question. Le directeur ou le médecin changent… et tout bascule.* » Intervenir en prison est donc un parcours d'obstacles où il faut d'abord avoir « *les clefs* ». Caroline Gasiglia, coordinatrice thérapeutique de l'association Accès à Marseille et membre du TRT-5 en sait quelque chose. « *Développer un projet en prison est un travail de longue haleine qui peut prendre plusieurs années, il faut avoir des liens solides avec l'UCSA*[1] *responsable de toute l'action associative ou avec l'administration pénitentiaire. On pâtit souvent du manque de connexion des différents services, entre l'UCSA et le SPIP*[2]*… D'une prison à l'autre, les situations sont très disparates, mais partout, la priorité, c'est la sécurité, pas d'améliorer la vie des détenus !* »

LA DIFFICULTÉ EST AUSSI DE MAINTENIR LES SUBVENTIONS ALLOUÉES, BEAUCOUP D'ACTIONS NE SONT PAS RECONDUITES EN DÉPIT DE LEUR SUCCÈS.

Ensuite, il faut pouvoir pérenniser l'action. « *Pendant quatre ans, à raison de deux ou trois fois par an, nous avons pu faire de la prévention à la prison de Luynes, près d'Aix en Provence, soutenue par un médecin de l'UCSA. Mais après son départ au Canada, notre intervention s'est arrêtée.* » La difficulté est aussi de maintenir les subventions allouées, beaucoup d'actions ne sont pas reconduites en dépit de leur succès… Accès avait créé une émission de radio interne réalisée par les détenus sur les différents modes de contamination, mais faute de financement, les micros se sont tus… Enfin, il faut pouvoir initier de nouveaux projets. « *La prison apprend à être très persévérant ! En mai 2011, j'ai proposé à l'UCSA un projet sur la continuité des soins après la sortie. C'est un moment délicat dans la vie du détenu et l'on constate souvent une rupture de prise en charge. Je n'ai été reçue par le travailleur social et le chef de service de l'UCSA qu'en mars dernier ! Les freins sont multiples, même pour rencontrer les partenaires* », regrette Caroline.

Des barrières à franchir

Les associations sont aussi confrontées à un fonctionnement carcéral aux intérêts divergents. Dans le quartier des arrivants, leurs actions sont parfois facilitées car elles participent à l'obtention du label RPE (règle pénitentiaire européenne) qui permet à des établissements d'être bien évalués. « *L'administration pénitentiaire soutient ce qui l'arrange. On assomme le nouveau détenu avec des dizaines de rendez-vous d'information, on lui parle prévention, c'est bien, mais ce n'est pas le meilleur moment… Par la suite, trop peu de détenus en bénéficient alors qu'ils en auraient besoin* », constate François Bès. D'autres entraves paraissent très arbitraires. Il y a quelques années, le médecin-chef de l'UCSA de la prison d'Angoulême avait interdit la distribution aux détenus de brochures de Aides qui parlaient de leur droit à percevoir l'AAH. « *Il ne voulait pas qu'ils soient des assistés… En prison, rien n'est jamais gagné. Un volontaire d'une association déplaît, du jour au lendemain, il peut perdre son accréditation d'entrée* », confirme François.

Néanmoins, les associations interviendraient davantage en prison. Sidaction finance une trentaine de projets en milieu pénitentiaire à hauteur de 300 000 euros. « *En 2004, il y avait un manque flagrant d'actions autour du VIH à destination du public incarcéré. Nous en financions trois ou quatre pour 50 000 euros se souvient Ridha Nouiouat, chargé de mission à l'association. Aujourd'hui, nous allons dans le bon sens. Les associations sont au plus près des malades et pallient les*

défaillances de l'UCSA qui manque de personnel et doit gérer l'urgence. Plus il y aura d'associations en détention, plus la médiation sociale sera possible. » A l'autre bout de la chaine, le personnel pénitentiaire perçoit le monde associatif comme un élément extérieur perturbateur susceptible de lui causer une surcharge de travail. « *Il y a une bagarre quotidienne des intervenants avec les surveillants qui rechignent à aller chercher les détenus en cellule pour les amener sur les lieux de rencontre, prétextant qu'il n'y a pas de volontaire… C'est vrai qu'ils sont débordés, mais ce refus de coopérer pourrit la relation de confiance* », déplore François Bès.

Deux mondes parallèles

Le champ des actions en détention peut être large : séance collective d'information, RDR, suivi individuel de détenus séropositifs, formation des élèves de l'école de l'administration pénitentiaire, préparation à la sortie, plaidoyer pour l'application de la suspension de peine aux malades incarcérés… Avec les mêmes objectifs : faire diminuer les contaminations toujours très nombreuses et améliorer les soins des détenus malades. Or le décalage dedans/dehors demeure important, le discours associatif se heurte aussi à la réalité carcérale. Difficile de dire aux détenus comment agir dans la vraie vie alors qu'ils sont derrière les barreaux, comment protéger leur santé alors que la prison les rend malades, d'aborder les pratiques sexuelles à risque lorsqu'au quotidien, c'est la frustration… « *A cela s'ajoutent la stigmatisation et les représentations de la maladie qui sont des obstacles importants à la lutte contre le sida en milieu carcéral* » renchérit Ridha Nouiouat. Des associations s'adaptent, changent le nom de leur intervention : « *Action sida* » devient « *Action santé* »… Mais les meilleures volontés ne sont pas à l'abri de maladresses. « *Pour mieux sensibiliser la population carcérale touchée par le sida, certaines associations ont demandé à l'UCSA la liste des détenus séropositifs* », raconte François Bès, avant de tempérer : « *N'oublions pas que c'est sous la pression des associations de lutte contre le sida dans les années 90 que certaines portes se sont ouvertes : les détenus ont eu accès à l'eau de javel en cellule et aux préservatifs. Cela a profité à tout le monde… Exception faite aux femmes de détenus qui ont reproché aux associations de vouloir rendre leurs maris homosexuels !* »

De rares associations arrivent à sortir des « *coursives battues* » et surtout de la culture ambiante qui veut qu'une mission en prison se pratique forcément au sein des murs. Actis, à Saint-Etienne, fait régulièrement des demandes d'autorisation temporaires de sortie pour des détenus qui ont fait les deux tiers de leur peine afin de leur proposer de participer à leurs activités : débats, groupes de parole, repas conviviaux où le détenu n'est plus un numéro d'écrou. Depuis 2009, Sida info service a renforcé son accès aux lignes d'écoute depuis les établissements pénitentiaires. Dorénavant, les détenus, notamment ceux qui ne se signalent pas par crainte d'être stigmatisés peuvent appeler en toute confidentialité vis-à-vis de leurs co-détenus. Ces exemples ne remettent pas en question la nécessité pour les associations d'agir en prison, ne serait-ce que pour les détenus en longues peines. Dernier combat en date, le TRT-5 plébiscite la mise en place d'un programme d'échanges de seringues en détention, à l'instar de celui qui a si bien fait ses preuves à l'extérieur.



Un autre pari, politique

Le 9 mars 2011, Marie-Georges Buffet, présidente du groupe sida à l'Assemblée nationale, a interpellé les députés sur le nécessaire travail associatif en prison revendiquant l'accès aux associations de lutte contre le sida et des personnels des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues en milieu carcéral, et la mise en place du programme d'échanges de seringues. Pour l'heure, un projet pilote devrait voir le jour avant fin 2012 aux Baumettes, à Marseille. Ce serait une avancée historique. Pour croire en la viabilité de leurs actions, les associations doivent toujours considérer qu'aucune forteresse n'est imprenable. ■

Dominique Thiéry

(1) Unité de consultations et de soins ambulatoires

(2) Services pénitentiaires insertion et probation

ENGAGEMENT

BARBARA, LUMIÈRE SUR UN COMBAT DE L'OMBRE



Les dix dernières années de sa vie, en secret, la chanteuse Barbara a sillonné les prisons de France pour soutenir les malades du sida et délivrer des messages de prévention aux détenus, accompagnée par le Pr Gilles Pialoux. Quinze ans après la disparition de la longue dame brune, celui-ci rompt le silence pour que cet engagement, rare dans l'histoire de l'épidémie, trouve une nouvelle résonance.

Il aura attendu longtemps, la sortie d'un livre [1] co-écrit avec Didier Lestrade sur les 30 ans de l'épidémie, pour lever le voile (lire page 46). On ne désobéit pas comme ça à Barbara ! « *Etre fidèle à sa mémoire, c'était se taire* », raconte avec pudeur et visiblement ému, Gilles Pialoux, qui avait passé un accord avec la chanteuse : une action n'est possible en prison qu'avec discrétion… « *Tu sais Pialoux, s'il y a une ligne dans les journaux, on ne rentrera plus* », disait-elle. L'artiste éclairée fait place à une militante de l'ombre déterminée à lutter contre le VIH et à ouvrir les portes du pénitencier où règnent précarité et exclusion… « *Barbara était de ceux qui ont "mal aux autres" comme disait Brel, alors le sida…* » C'est via *Libération* où il est journaliste médical que Gilles Pialoux, déjà jeune spécialiste du VIH, rencontre celle qui va marquer sa vie. De 1988 jusqu'à sa mort brutale en 1997, Barbara embrigade le médecin dans un duo aussi improbable qu'ingénieux : elle assure le show, lui, les infos, dans un spectacle-débat destiné aux maisons d'arrêt et aux centres de détention. « *Son vrai engagement, c'était l'empathie. En fourmi laborieuse, elle voulait aller partout où on la demandait et où personne n'allait. Début 90, très peu d'outils de prévention filtraient en prison, on a bouché un trou béant.* » C'est ainsi que le 23 mai 1990, leur première intervention les conduit à la prison de Loos-les-Lille. Devant une centaine de détenus, Barbara, au piano, interprète *Marienbad, Ma plus belle histoire d'amour, Rêveuses de parloir, Sid'Amour à mort*… Dans un rapport au Garde des Sceaux, le directeur de l'établissement écrit : « *Barbara parvint avec beaucoup de psychologie et de sensibilité à amener toute l'attention du public sur les propos attendus du Dr Pialoux […] sur le sida […], il parvint ainsi à mobiliser l'attention de l'ensemble des détenus présents qui s'engagèrent même à poser de nombreuses questions […] Le contact avait pu être créé facilement, contrairement aux prévisions.* » Si parfois la tension entre les murs est perceptible, Barbara impose sa présence sans autorité, « *juste avec un petit côté à en découdre,* sourit Gilles Pialoux… *Je n'aurais rien pu faire sans elle.* » S'enchaînent alors des mini-tournées de prévention à bord de la R25 baccara de la dame en noire, vers Amiens, Lyon, Fleury-Mérogis… Barbara veut entendre, apprendre. Elle enregistre sur cassettes les « *petits-cours* » sur le sida du Dr Pialoux, qu'elle réécoute, recluse, dans sa maison de Précy-sur-Marne, enfin, presque. Depuis 1987, elle a ouvert une ligne téléphonique pour écouter les sans voix du sida, interpellant ensuite au besoin un conseiller de ministre. Par-delà les murs d'où l'on ne sort jamais entier, confiait-elle, elle envoie lettres, colis, assure le suivi de détenus dont beaucoup vont mourir… Souvent il est reproché à l'interprète du mal de vivre son attirance pour la souffrance ou la mort, elle fait taire les mauvaises langues. « *C'est justement parce que j'aime la vie que je peux parler de la mort et d'une telle maladie. J'ai chanté beaucoup de chansons d'amour. Or cette maladie est arrivée là précisément par l'amour. Il n'y avait pas plus grave.* » [2] Jérôme Garcin, un autre intime, précise : « *Elle a la vertu des femmes qui veulent corriger le monde.* » Barbara est morte en écrivant ses mémoires, au moment même où elle évoquait son action en prison. Gilles Pialoux se souvient d'un de ses fax où elle écrit : « *Chaud dans couloir. Malades partout mal. Familles désarticulées.* » Si aujourd'hui il révèle l'histoire, c'est pour réveiller les consciences sur un modèle d'engagement individuel indispensable à un milieu carcéral claquemuré dans son silence. Barbara battait la mesure d'une population détenue qui s'envolait quelques instants au son de *L'Aigle noir*. « *Je pensais que d'autres personnalités prendraient la relève. Il y a une demande en prison qui n'est pas satisfaite.* » Dis, Barbara, quand reviendras-tu ? C'est couchée dessous les roses qu'elle semble encore nous insuffler le *la*. ■

Dominique Thiéry

(1) Sida 2.0 (éditions Le Fleuve noir)

(2) Interview Libération *23 novembre 1988*

PRÉVENTION DES RISQUES

ÉCHANGES DE SERINGUES EN PRISON… UN MIRAGE ?

Les récentes études relèvent un risque infectieux élevé en prison et attestent de pratiques à risque. Pourtant, loin derrière ses voisins européens, la France n'a aucun programme d'échange de seringues en milieu carcéral.

C'est écrit noir sur blanc dans l'étude Prévacar : 18% des Unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) ont eu connaissance de l'existence de seringues usagées en prison. « *C'est la première fois que c'est dit dans une étude menée par des instances d'Etat* », se réjouit Caroline Gasiglia, coordinatrice du groupe prison au TRT5. Cette phrase ébranle le tabou : en prison, la drogue n'existe pas. « *Un tabou très prégnant en France depuis des années* », confirme Caroline Gasiglia. Car reconnaître la présence de drogue en prison, c'est reconnaître un échec de sécurité. Or, en détention, c'est toujours la sécurité qui prime sur la santé.

L'immobilisme français

« *La prison est censée être le lieu le plus fermé possible : rien ne rentre. Impossible de reconnaître qu'il y ait de la consommation* », souligne Pierre Chappard, coordinateur du réseau français de réduction des risques. Un déni qui empêche toute avancée de la politique de réduction des risques en prison. Certains de nos voisins européens, comme par exemple la Suisse et l'Espagne, ont installé des programmes d'échanges de seringues en prison dès les années 90. En France, rien ne bouge, ou si peu. Les usagers de drogue en prison sont nombreux, notamment parmi les femmes, même si les données manquent sur leur nombre exact. Au 1er janvier 2001, 14 % des détenus l'étaient pour trafic de stupéfiants. Si cela ne signifie pas forcément qu'ils consomment, le chiffre laisse entrevoir la part importante d'usagers incarcérés. Malgré cela, la réduction des risques en prison se limite à l'accès aux traitements de substitution et à la distribution d'eau de javel. L'étude PRI2DE montre d'ailleurs que son utilisation à des fins de désinfection du matériel d'injection n'est pas clairement énoncée et qu'elle n'est pas toujours suffisamment dosée pour être efficace face au VIH et au VHC. Certains centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) mènent des actions en prison « *mais ils ont énormément de mal à y entrer et c'est toujours au bon vouloir du chef d'établissement* », affirme Pierre Chappard. Et uniquement dans une démarche informative. Au cas par cas. Or les dernières études Prévacar et PRI2DE démontrent pourtant que des mesures de prévention doivent être mises en place urgemment.

Une politique de réduction des risques mise à mal

Une urgence sans cesse rappelée par les associations. Dernière campagne en date, le TRT5 propose la mise en œuvre de programme d'échange de seringue à titre expérimental dans les prisons où les pratiques d'injection sont repérées, mais aussi une formation spécifique des surveillants, des personnels de l'UCSA. « *Cette formation doit comprendre un important travail sur les représentations,* souligne Caroline Gasiglia. *Car le principal argument contre ces programmes est l'utilisation des seringues comme arme. Or il n'existe pas de cas d'agression avec seringue en prison* ». L'intérêt des programmes d'échange de seringues en prison est ▸



L'ENTRÉE SYMBOLIQUE D'UN PROGRAMME D'ÉCHANGE DE SERINGUES EN PRISON OUVRIRAIT LES PORTES À L'INSTALLATION D'UNE VÉRITABLE POLITIQUE DE RÉDUCTION DES RISQUES, DES DÉCENNIES APRÈS SA MISE EN ŒUVRE EN MILIEU LIBRE.

appuyé par des voix multiples. « *La réduction des risques en prison fait partie des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé, du Conseil national du sida et de l'expertise Inserm. Le contrôleur général des prisons va certainement bientôt faire une déclaration en ce sens… Rien n'y fait car Etienne Apaire, à la tête de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (Mildt), est opposé à la politique de réduction des risques* », analyse Pierre Chappard. A ses yeux, cette position de la Mildt, soutenue par le gouvernement, empêche toute mesure innovante alors que sur le terrain, certains chefs d'établissements pénitentiaires seraient favorables à de tels programmes. Des médecins aussi plaident pour ces mesures : le docteur Anne Galinier, médecin à l'UCSA des Baumettes, garde dans son tiroir un projet de réduction des risques prêt à être mis en place.

Coup politique

L'urgence n'est pas la précipitation. Le 13 décembre dernier, le Conseil de Paris a adopté une délibération accordant une subvention à l'association Safe, une association de réduction des risques, afin de mener un travail de préfiguration en vue de l'installation d'un distributeur de seringues à la prison de la Santé. Porté par Jean-Marie Le Guen, député de Paris XII et conseiller santé de François Hollande, ce projet est un signe politique fort. Mais il reste uniquement politique… rien ne bouge sur le terrain. Médecin intervenant à l'UCSA de la Santé, Dominique Pataut a appris la nouvelle par l'association française de réduction des risques. « *Ce vote est évidemment positif mais ne pas avoir impliqué les acteurs de terrain à cette initiative n'est pas très malin et augure mal de la faisabilité du projet.* » L'Agence régionale de Santé (ARS) a également « *sauté en l'air* » reconnaît Jean-Louis Bara, président de Safe, à la lecture de la première mouture de délibération proposée, qui laissait entendre que l'Agence était informée et soutenait le projet. Rien de tel. Au final, le texte de délibération ne mentionne pas l'ARS. « *Personne n'était informé,* explique Jean-Louis Bara, *de façon à ne pas en faire un motif d'incident avec l'opposition* ». D'ailleurs la subvention a été votée à la majorité des présents, députés de l'UMP compris. « *Dans la réduction des risques, de temps en temps, il faut bousculer les choses, toutes les avancées ont été faites comme cela* », affirme Jean-Louis Bara. Un coup politique qui n'aboutira à rien de concret. D'ailleurs le projet est au point mort. Sollicitée par Safe dès l'accord de la ville de Paris, la direction de la prison de la Santé est aux abonnés absents. Et la prison de la Santé ferme pour travaux en 2014 pour rouvrir en 2018…



Lever le tabou

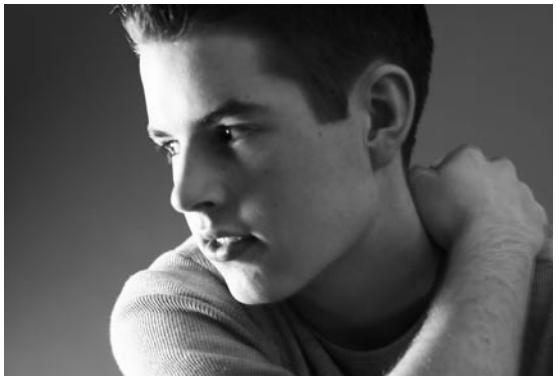
L'initiative aura toutefois permis de lever un peu plus le tabou de la consommation de drogue en prison. « *Depuis la publication de l'étude PRI2DE, les choses bougent : les associations se sont emparées des données, certains politiques réagissent comme Jean-Marie Le Guen, Marie-George Buffet mais aussi Patrick Padovani, adjoint UMP du maire de Marseille* », détaille Pierre Chappard. Selon lui, il n'est pas question de mettre des programmes d'échange de seringues indifféremment dans toutes les prisons mais de les installer là où les besoins émergent et où les professionnels sont volontaires. Il n'est d'ailleurs pas certain que la mise en place d'un automate à la prison de la Santé réponde à des besoins. Le but de la manœuvre n'était finalement pas là. L'entrée symbolique d'un programme d'échange de seringues en prison ouvrirait les portes à l'installation d'une véritable politique de réduction des risques, des décennies après sa mise en œuvre en milieu libre. ■

Marianne Langlet

MINEURS INCARCÉRÉS

UN DIALOGUE SANS FAUSSE PUDEUR

Le Crips Ile-de-France anime depuis quatre ans des temps d'échange sur la vie affective et sexuelle auprès de mineurs incarcérés.



« *Je leur dis : la nana, si tu la baises bien, en lui donnant du plaisir, elle verra que t'es un bon coup* ». Benoît Felix est infirmier en santé publique, chargé de mission prévention auprès des publics spécifiques au CRIPS Ile-de-France. Quand il raconte les animations sur la vie affective et sexuelle qu'il fait auprès de détenus mineurs, c'est comme si on y était. Drôle, simple, direct. Avec cette impression qu'il vous donne de se connaître depuis toujours. « *Il faut créer en un temps record les conditions d'un échange avec des jeunes qu'on ne rencontre nulle part ailleurs* », explique-t-il, enthousiaste.

Voilà quatre ans que le chargé de mission anime ces séances auprès de mineurs incarcérés, principalement des garçons. Le programme a commencé à la maison d'arrêt de Villepinte, à la demande de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) et s'est étendu à Fleury Mérogis, à l'EMP de Porcheville, ainsi qu'à plusieurs centres éducatifs fermés (CEF) franciliens. Les séances, de deux heures environ, ont lieu sans surveillants et en groupes de 8 jeunes maximum. « *Les gardiens savent qui est compatible avec qui. Il est important que les détenus s'entendent bien pour que la parole circule librement* », poursuit Benoît Felix. Des rencontres en individuel sont organisées pour des jeunes trop ostracisés par les autres.

Précocité et mésestime

« *Ces mineurs ont souvent une vraie précocité sexuelle. Ils accordent une énorme importance à l'image qu'ils donnent de leur corps et de leur sexualité. C'est leur meilleure carte de visite, faute de diplômes. Mais en même temps, ils sont maladroits et angoissés* », note l'infirmier. Des angoisses notamment dues à leur exposition permanente à la pornographie – tous ont la télé dans leur cellule. Beaucoup complexent par rapport à la taille et à la forme de leur pénis. Aussi Benoît Felix leur présente-t-il des planches anatomiques avec des sexes de toutes formes. « *Ils voient qu'il y en a des tordus ou avec une grosse veine dessus et ça les rassure. Leur mésestime d'eux-mêmes est telle qu'elle peut entraîner des prises de risque. Du coup, si on veut protéger les jeunes filles, c'est avec eux qu'il faut travailler.* » Autre source d'angoisse : la masturbation, qu'ils envisagent souvent avec culpabilité, notamment du fait de leur religion. D'où l'importance de tenter de défaire leurs fausses croyances et de les aider à décompresser par rapport à ce sujet. « *Sans quoi, ils risquent de se taper la tête contre les murs de leurs cellules* », souligne Benoît Felix.

Au fil de la séance, l'infirmier sort pénis en bois, dessins humoristiques, clips vidéos, cartons rouges et verts pour signaler son accord ou son désaccord. Afin de maintenir leur attention et de les interpeller. Sont abordées l'anatomie et les zones érogènes féminines, qu'ils connaissent mal, leur rapport aux femmes. « *Beaucoup ont l'impression de vivre dans un monde sans amour. Je leur demande s'ils ont déjà été amoureux et parfois, il y en a un qui dit oui. Je lui demande d'en parler et les autres se rendent compte qu'il y a peut-être là quelque chose d'enviable* », raconte Benoît Felix. L'infirmier les amène aussi à réfléchir à des sujets sensibles comme les agressions sexuelles, la pédophilie ou l'homosexualité masculine et féminine.

Le VIH, lui, semble très méconnu. Ces jeunes disent utiliser des préservatifs, surtout avec les filles « faciles » et les prostituées. Mais beaucoup s'étonnent que ces dernières leur fassent des fellations avec capotes. Ils rapportent également de fréquents problèmes de rupture de préservatifs. Retour donc sur l'importance de la lubrification, les modalités de pose de la capote, le dépistage du VIH et des IST et les trithérapies. « *C'est vraiment un dialogue sans fausse pudeur, comme entre potes,* se réjouit-il, *pour les informer, les rassurer et pour qu'à la sortie, ils se mettent moins en danger qu'à l'entrée* ». ■

Laetitia Darmon

SANTÉ ET SEXUALITÉ

DES FEMMES LIBRES DE PARLER

A la maison d'arrêt des femmes de Fresnes, les « arrivantes » ont un libre espace de parole pour discuter de santé sexuelle et de prévention sur le VIH et les hépatites.

C'est une petite maison d'arrêt à dimension humaine, se plaît à définir Hélène Pellissier de Sida info service. *Rien à voir avec les « grands quartiers » où sont incarcérés les hommes.* » Une fois par semaine, la coordinatrice thématique milieu carcéral de l'association franchit les grilles de la maison d'arrêt des femmes (MAF) de Fresnes où sont incarcérées une petite centaine de femmes. Là-bas, l'attendent deux à trois « arrivantes », de nouvelles détenues qui passent une semaine entre elles avant d'intégrer les autres quartiers de détention.

Réajuster les connaissances

Depuis avril 2011, différents intervenants de Sida info service interviennent auprès de ces femmes pour parler de prévention et de risques sexuels. « *Nous avons voulu proposer un espace de libre parole où les femmes sont libres de venir ou non, d'échanger ou de simplement écouter,* précise Hélène Pellissier. *Et même de s'en aller en cours si elles le veulent !* » Rien n'est imposé. Toutes les séances sont centrées sur les participantes. Chaque entretien est donc différent même si certains sujets reviennent toujours. Durant une quarantaine de minutes, en petit groupe ou bien individuellement, s'engagent alors d'intenses discussions.

UNE DISCUSSION REVIENT SOUVENT D'UNE SÉANCE À L'AUTRE : LA PEUR DE TRANSMETTRE LE VIH À SON ENFANT.

« *Je débute généralement la séance en demandant : Qu'est-ce qu'évoque le VIH pour vous ? Que savez-vous sur ce virus et sur la maladie ? Elles en savent généralement plus que les hommes* », explique la coordinatrice. La discussion arrive généralement assez vite sur les rapports sexuels et sur les modes de transmission. « *Je réajuste leurs connaissances pour parler ensuite des modes de transmission, des traitements et de la prise en charge* », poursuit-elle. Les hépatites, par contre, ne sont pas du tout connues. Un gros travail d'information est donc fait dessus.

On pourrait penser que le moment n'est pas propice pour parler de ces questions-là. Car les arrivantes ont souvent d'autres préoccupations : « *Vais-je retrouver mes enfants à la sortie ? Mon mec ne va-t-il pas se faire la malle ou me tromper ?…* » Pourtant, Hélène Pellissier s'étonne toujours de les voir « *déballer sans tabou, une fois qu'elles ont décidé de le faire.* » Un côté « *très touchant* » et « *d'une grande sincérité* » qu'on retrouve peu chez les hommes, « *plus fiers* » et qui se réfugient derrière « *un paravent* ».

Une discussion revient souvent d'une séance à l'autre : la peur de transmettre le VIH à son enfant. Parler de ces angoisses permet alors d'engager la conversation autour de la santé reproductive et de la grossesse. Beaucoup des participantes n'ont jamais été suivies par un gynécologue. Certaines n'ont pas non plus une bonne représentation de leur corps. Au besoin, Hélène Pellissier revient donc sur l'anatomie féminine. « *Savoir faire la différence entre un utérus et un vagin, c'est important en termes de santé sexuelle et de prévention. Si on ne sait pas à quoi ressemble le col de l'utérus, on ne comprendra pas comment placer la bague servant à fixer le préservatif féminin.* »

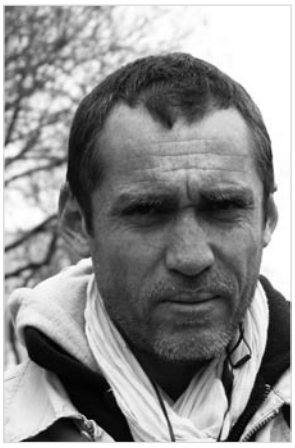
Tabous

Parfois, la parole se libère un peu plus, laissant surgir des anecdotes et des us-et-coutumes étonnants. « *Une jeune femme me parlait des traditions dans sa culture après l'accouchement et me montrait une ficelle qu'elle devait porter jusqu'à la première année de son bébé, rapporte Hélène Pellissier. Elle m'expliquait que cela empêchait au "vent" de rentrer. Je lui ai alors demandé : "Et l'homme ? Il ne rentre pas non plus ?"* » Rires dans l'assistance. La coordinatrice a saisi l'opportunité pour embrayer naturellement sur la sexualité durant la grossesse et sur les pratiques sexuelles. Toujours pour revenir sur les risques et sur la prévention.

Certains sujets restent encore très tabous. Aucune participante n'a jamais évoqué – même en entretien individuel – prendre de la drogue. Pas facile alors de parler risque et prévention. Mais Hélène Pellissier arrive à déceler celles qui se sentent concernées. « *Une jeune femme m'a demandé un jour si ingérer de la drogue pouvait rendre stérile. Je venais d'évoquer les risques liés à la toxicomanie. Elle était dans le désir de maternité et elle avait fait le lien avec sa propre histoire.* » Preuve que les messages de prévention atteignent bien leur but. ■

Olivier Donnars

INTERVIEW



© DOMINIQUE THIERY

LAURENT JACQUA

A 46 ans, père d'une petite fille, Laurent Jacqua a passé plus de la moitié de sa vie en détention où il a appris sa séropositivité en 1985. Premiers traitements, manque d'accès aux soins, évasion, mitard, écriture... Il y a tout vécu. Libéré en 2010, il milite à Act up et tient un blog : *Vue sur la prison* *.

"La prison a la gueule la plus inhumaine de la société"

Comment se sont déroulées les années sida en prison ?

En quatre étapes. Au début des années 80, on ignore pourquoi autant de toxicos détenus tombent malades. C'est en 1985, avec les premiers tests, qu'on découvre leur séropositivité. A Fleury, ils sont mis à l'écart dans une aile transformée en sidatorium ! Dans les années 90, c'est l'hécatombe. Encore aujourd'hui, c'est l'omerta sur le nombre de détenus morts du sida : exclus, même des chiffres ! En 1994, une loi sur l'égalité des soins est votée, toujours pas appliquée... Même si on a eu les trithérapies dès 1996. Imagine de vivre ta séropositivité derrière les murs : un médecin pour 600 détenus, pas de spécialistes ni de psys, absence de secret médical... Les matons utilisent des gants verts pour manipuler les détenus séropos !

Qu'est-ce qui a été le plus dur pour toi ?

J'ai été contaminé en 83 par une petite amie toxicomane. J'ai toujours parlé de ma séropositivité. Mais pour faire pression sur moi, des matons le racontaient aux autres détenus. L'ignorance, la peur alors t'excluent. Si la trithérapie m'a sauvé d'une pneumocystose, en 25 ans de prison, j'ai manqué de tout : de soutien affectif, nutritionnel, psychologique... Un jour, devant subir une intervention chirurgicale à l'hôpital de Poissy, j'ai été menotté dans la salle d'opération et un flic me surveillait avec un taser !

Quelles seraient les mesures d'urgence à prendre par le futur gouvernement ?

Dedans comme dehors, l'égalité des soins doit vraiment exister. Droit de choisir son médecin, de bénéficier du secret médical, d'un aménagement de peine, avec bracelet électronique par exemple, de percevoir la totalité de l'AAH (et non 30 %) pour que les détenus malades s'achètent une meilleure nourriture. Dans les UCSA, il faut faciliter l'accès aux outils de prévention malgré les tabous : les capotes et surtout, les seringues. En 2012, il y a un véritable scandale des contaminations dans les prisons françaises à cause du trafic de drogue : une seringue pour 10 shoots ! En Espagne, en Allemagne, même en Iran, les détenus ont accès à des seringues propres. Au-delà d'améliorer les soins, je suis pour faire sortir tous les malades avant que leur santé ne soit aggravée par les conditions de détention. Non aux hôpitaux-prisons et à la double peine : détenu et malade.

Voire la triple peine : l'indifférence générale...

Tous les jours, des gens se contaminent ou meurent du sida en prison et tout le monde s'en fout ! Les détenus sont traités comme de la merde. Un séropositif peut être mis au cachot, privé de nourriture et en rupture de médicaments ! Moi, j'ai passé 45 jours au mitard avec 30 T4. A aucun moment n'est pris en compte l'état de santé. La raison sécuritaire prime, le « *sanitaire* » en prison, c'est les chiottes ! J'ai été condamné à une mort lente. Cinq ans d'isolement au QHS [1], en cellule fermée, transféré tous les trois mois dans une nouvelle prison avec des arrêts de traitement de 48 heures, le temps que mon dossier médical transite !

Un détenu n'est pas mis à l'isolement sans raison...

Peu importe qu'il soit un élément perturbateur, est-il acceptable qu'une société revendique son humanité en punissant ses malades ? Ils le sont déjà bien assez. Oui, je me suis évadé, oui, j'ai fait des prises d'otages parce que ma seule perspective en prison, c'était de mourir.

Que représente la prison ?

(Un temps) C'est la gueule la plus inhumaine de la société. Là où sont permises toutes les indignités et les souffrances. Tous les trois jours, en France, un détenu se suicide. Je ne sais plus qui a dit qu'une société se juge à l'état de ses prisons [2], mais dans la patrie des droits de l'homme, la prison est le contraire du droit humain. ■

Propos recueillis par Dominique Thiéry

** http://laurent-jacqua.blogs.nouvelobs.com*

(1) Quartier de haute sécurité.

(2) Albert Camus.

PRISE EN CHARGE MÉDICALE



LES PARADOXES CARCÉRAUX

En prison, la prise en charge médicale des personnes séropositives s'est améliorée au fil des années. Mais les contingences organisationnelles, la crainte de la stigmatisation et les problématiques sociales des détenus compromettent parfois ces avancées.

« *A la maison d'arrêt de Villeneuve-lès-Maguelone, nous proposons systématiquement aux personnes qui arrivent en incarcération de se faire dépister pour le VIH, mais aussi pour les hépatites A, B et C et la syphilis,* signale Fadi Meroueh, médecin généraliste en charge de l'unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) de Villeneuve-lès-Maguelone. *On prend le temps de discuter avec celles qui refusent, pour tenter de les convaincre. Près de 80 % de notre population carcérale connaît son statut sérologique* ». En fonction des établissements pénitentiaires, le dépistage du VIH est effectué par les UCSA et/ou par les Centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), lorsque ceux-ci organisent des permanences en prison. Le volet « *accès aux soins* » de l'enquête Prevacar (cf. page 19) mentionne que ce dépistage est proposé systématiquement dans 93 % des établissements. Mais ce chiffre recouvre des réalités assez diverses, pas toujours aussi favorables qu'à Villeneuve-lès-Maguelone.

Promouvoir le dépistage

A Fleury-Mérogis, par exemple, la participation de l'équipe de l'UCSA à l'enquête Prevacar a révélé que le dépistage du VIH, bien que proposé à tous les entrants, était loin d'être systématiquement réalisé. « *On s'est rendu compte que les sérologies VIH manquaient dans plus d'un tiers des dossiers médicaux des détenus* », relate le Dr Marc-Antoine Valantin. Il est ainsi apparu que lorsque des détenus arrivaient à l'infirmerie l'après-midi, les infirmiers ne pouvaient pas envoyer immédiatement leur prélèvement au laboratoire. Or les procédures de stockage du sang n'étant pas optimales, ils demandaient aux détenus de redescendre un autre jour, ce que peu faisaient. « *Il est clair que quand un détenu est d'accord pour se faire dépister, il faut le faire tout de suite* », constate le Dr Valantin. L'enquête Prévacar souligne par ailleurs que dans certains établissements, l'UCSA et le CDAG sont trop cloisonnés, de sorte que les résultats des tests faits au CDAG ne parviennent pas à l'UCSA, bien en peine, alors, d'initier une prise en charge*. Contraintes organisationnelles, donc. Mais pour le médecin, le principal frein au dépistage en prison reste lié à la promiscuité carcérale « *qui amplifie la crainte de la stigmatisation déjà très forte à l'extérieur* ».

Difficile secret médical

La prise en charge médicale des patients séropositifs est elle aussi diversement assurée. Si le rapport d'experts 2010 considère la mise en place de consultations spécialisées au sein de l'UCSA comme une condition de succès, seules 52 % des UCSA en bénéficient (principalement les plus gros établissements) selon l'enquête Prévacar. C'est le cas de l'UCSA de Villeneuve-lès-Maguelone, où un infectiologue se déplace toutes les semaines. Les examens biologiques ont lieu sur place. Pour les examens plus spécialisés les détenus sont emmenés au centre hospitalier universitaire

COMME LES DÉTENUS VIVENT AU JOUR LE JOUR, IL FAUT PARFOIS PLUSIEURS CONSULTATIONS RAPPROCHÉES POUR LES CONVAINCRE D'INITIER OU DE REPRENDRE UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL.

(CHU) de Montpellier. « *On ne les envoie jamais en service de maladies infectieuses* », insiste le Dr F. Merouch, qui estime que la présence d'un infectiologue en prison est un « *gage de secret médical* ». Enfin, théoriquement car, reconnaît-il, « *il y a le mais de la prison où tout se sait* ». Un point de vue partagé par le Dr Valantin, qui assure la consultation spécialisée VIH et hépatites à Fleury-Mérogis. « *Il est possible que certains surveillants sachent qui je suis et fassent le rapprochement entre mes jours de venue et la séropositivité de certains détenus. Il y a aussi le problème du secret par rapport au codétenu, qui freine parfois l'accès au traitement* ». Un de ses patients, qui n'a plus que 165 T4, avec une charge virale de 100 000 copies, refuse ainsi de prendre ses antirétroviraux à cause de la présence de son codétenu dans sa cellule. « *Ce n'est pas très fréquent, mais ça existe* », déplore le médecin. Et ce bien que les traitements soient déconditionnés et distribués dans une enveloppe kraft, pour masquer le plus possible leur nature.

Une prise en charge médicale normalisée ?

Autre frein à la prise en charge directement, la difficulté pour les détenus de se projeter dans l'avenir. « *Le VIH reste abstrait pour les patients tant qu'ils vont bien. C'est vrai à l'extérieur, mais en prison, c'est exacerbé. Comme les détenus vivent au jour le jour, il faut parfois plusieurs consultations rapprochées pour les convaincre d'initier ou de reprendre un traitement antirétroviral* », note le Dr Valantin. Lorsque ces résistances – majeures – sont levées, l'accès aux soins stricto sensu lui semble globalement ne plus poser de problèmes particuliers « *dans les centres un peu organisés* ». « *Toutes les molécules sont disponibles, on peut même bénéficier des autorisations temporaires d'utilisation (ATU),* relate-t-il. *Pour les patients déjà traités avant leur incarcération, il y a un processus quasi automatique de récupération de leur dossier médical. Pour les autres, les indications sont les mêmes qu'à l'extérieur* ». Même constat à Villeneuve-lès-Maguelone : « *Le traitement est poursuivi tel quel, on a les molécules, les spécialistes… On a même choisi de distribuer leurs médicaments une fois par semaine, pour que les détenus puissent avoir un contact avec l'infirmière* », se réjouit le Dr Merouch. Tout en reconnaissant une réelle amélioration de l'accès aux soins des personnes détenues « *au fil des années* », le rapport d'expert 2010 souligne néanmoins « *les nombreuses difficultés* » auxquelles se heurtent les professionnels de santé travaillant dans les UCSA, « *en particulier celles d'obtenir des escortes en nombre suffisant pour accéder aux plateaux techniques et diverses consultations des hôpitaux de proximité avec qui les UCSA fonctionnent en général très bien* ».

Après la prison

Autre point névralgique : la sortie de prison. « *Le paradoxe en incarcération est qu'on s'occupe de beaucoup de personnes séropositives très précaires dont la prise en charge était souvent très insuffisante à l'extérieur, parce qu'elles étaient éloignées des lieux de soins, sans*



domicile fixe… Près de la moitié d'entre elles sont restées 6 à 12 mois sans voir de médecin ni prendre de traitement au moment où on les récupère. Or cela risque de recommencer à leur sortie », analyse le Dr Merouch. Aussi depuis trois, quatre ans, son UCSA axe-t-elle son travail sur la préparation à la sortie. « *On s'en préoccupe dès le premier rendez-vous* », poursuit le médecin. Établissement d'un diagnostic social et démarches administratives, mise en place de la couverture maladie universelle, du protocole affection longue durée (ALD), recherche d'hébergement, mobilisation d'associations et de réseaux, organisation de la prise en charge médicale à la sortie, photocopies d'ordonnances… Tout doit être pensé pour que les moyens qui, parfois, auront pu être mis en détention pour réinstaller des très précaires dans le système de soins ne soient pas un pur gâchis. ■

Laetitia Darmon

**Plusieurs rapports de l'IGAS (juin 2001, août 2010) signalaient déjà cette disjonction problématique entre les types deux structures.*

INTERVIEW

A LA MAISON D'ARRÊT DE NÎMES, AIDES A MIS EN PLACE UN PROGRAMME INÉDIT D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE. AVANT D'AIDER À L'OBSERVANCE, SES ANIMATEURS S'EFFORCENT DE FAIRE ACCEPTER LA MALADIE.

"La stigmatisation, premier frein à l'accès aux soins"



© OLIVIER BONNIN

Deux fois par semaine, les portes de la maison d'arrêt de Nîmes s'ouvrent à la lutte contre le sida. Des militants de Aides s'y engouffrent. Ils partent d'abord à la rencontre des nouveaux détenus, rassemblés au quartier arrivants. Puis ils prennent place tout au fond de l'Unité de consultations et de soins ambulatoires (Ucsa), pour y recevoir les prisonniers souhaitant parler de VIH, d'hépatites et de drogues. Au départ, en 2007, Aides proposait prévention et soutien. Depuis 2011, l'association anime en outre un programme d'éducation thérapeutique, avec un appui de 20 000 euros de l'Agence régionale de santé du Languedoc-Roussillon. L'administration pénitentiaire ayant refusé d'ouvrir ses portes au *Journal du sida*, la déléguée d'action Carmen Urdiales, et le coordinateur d'actions régional Jean-François Léger, nous reçoivent dans les locaux nîmois de Aides.

Comment fonctionne ce programme d'éducation thérapeutique ?

Jean-François Léger : Nous tenons notre permanence à l'UCSA les mercredi après-midi et vendredi matin. Nous y recevons les gens qui ont demandé à nous voir...
Carmen Urdiales : Soit parce qu'ils nous ont vus à la réunion d'information du mercredi matin, soit parce qu'ils ont été orientés par un soignant. Ou bien ils nous connaissent déjà !
J.-F.L. : Au premier contact, nous leur délivrons de l'information. Puis l'objectif général est qu'ils inscrivent leur projet thérapeutique dans leur projet de vie.
C.U. : Outre ces entretiens individuels, nous proposons des groupes de parole. Si des détenus se demandent s'ils vont commencer un traitement contre leur hépatite, nous essayons de les réunir avec d'autres personnes déjà en soins. En revanche, des groupes de parole sur le VIH, les gens n'en veulent pas. En prison, tu ne peux parler de ta séropositivité à personne.
J.-F.L. : C'est vu comme la lèpre.
C.U. : J'ai même vu des personnes arrêter leur traitement pour que cela ne se sache pas...

Est-il réellement risqué d'en parler ?

J.-F.L. : Nous l'entendons bien lorsque nous nous présentons au quartier arrivants : « Ceux qui ont le sida, on devrait les mettre dans des cellules à part », ou encore « si j'en ai un dans ma cellule, je le plante contre le mur »...
C.U. : C'est très violent. On entend des choses très dures à l'encontre des personnes vivant avec le VIH.

Dans ce cadre carcéral, l'éducation thérapeutique a-t-elle donc des particularités ?

J.-F.L. : Nous, on ne se soucie pas que du médicament ! En prison, on te le distribue. L'observance ne pose donc pas problème. Par contre, les gens ne connaissent même pas les noms de leurs comprimés. Ils les appellent éventuellement « le rouge », « le bleu », « le vert »... La première étape est donc qu'ils connaissent leur prescription. En matière de VIH et de VHC, les gens qui entrent en prison ne savent rien... Souvent, en découvrant leur séropositivité, ils tombent en larmes car ils croient qu'ils ne pourront plus jamais avoir d'enfant !
C.U. : Certains des usagers de drogues que nous rencontrons n'ont même jamais entendu parler de réduction des risques...

J.-F.L. : Pour aider à l'observance, nous préférons donc aller sur la prévention combinée. Les gens comprennent beaucoup mieux. Au lieu de parler du médicament, on explique comment faire pour ne pas être contaminant. C'est beaucoup plus intéressant que de dire « le comprimé tu dois le prendre à telle heure »...
Ceci dit, pour les consommateurs de produits, il est problématique d'envisager de devoir prendre, à la sortie, tel médicament entre 20 heures et 21 heures. On leur fait donc imaginer des astuces pour ne pas le rater. On prépare les gens à ce que la maladie ne prenne pas toute la place dans leur tête, et à la gérer.
En prison plus encore qu'ailleurs, nous sommes donc sur la perception et l'acceptation de la maladie, plutôt que sur le biomédical. Ces détenus découvrent leur contamination, rentrent sous traitement, n'y connaissent rien, et en plus, n'ont aucun soutien. La psychologie de la santé est donc très importante.

Qu'est-ce qui vous a mené à proposer l'éducation thérapeutique en prison ?

C.U. : Ce programme découle de tout ce qu'on a pu voir à la permanence de l'UCSA depuis 2007. Beaucoup de personnes étaient sous traitement contre l'hépatite C, et il m'avait d'abord semblé important de mettre en place des groupes de parole.
J.-F.L. : Et puis, pour la plupart des personnes que nous rencontrons, c'est la première fois qu'elles rentrent dans un processus de soins. A l'occasion de leur entrée en prison, elles acceptent d'initier leur traitement, ou bien même découvrent leur séropositivité. Le dépistage est en effet proposé systématiquement aux arrivants.

Les soignants de l'UCSA ne pourraient-ils pas assurer eux-mêmes cette éducation thérapeutique ?

J.-F.L. : S'ils le voulaient, ils le feraient surtout sur l'observance. Et puis les infirmières ne sont pas assez nombreuses. Et les soignants ne savent jamais très bien s'ils ont à faire à un détenu, ou à un patient... Ils jonglent sur les deux tableaux. Or l'éducation thérapeutique repose sur la relation. Avec nous, il ne s'agit pas d'un cours magistral, vertical. Les gens développent leurs connaissances à partir de leurs propres bases, éventuellement avec un pair. Et il nous arrive même de jouer les pairs, car nous faisons partie de la communauté... Ce que n'arriveraient pas à faire les soignants.
En définitive, notre programme répond à ces différents constats, faits depuis 2007 : la stigmatisation de la maladie, le fait d'entrer dans le soin à l'arrivée en prison, et ce problème de posture des soignants.

Vous observez que nombre de détenus, qui connaissaient déjà leur séropositivité, n'initient leur traitement qu'à leur arrivée en prison. Comment l'expliquez-vous ?

J.-F.L. : Je ne sais pas. Je suis en train de faire une recherche là-dessus ! Il peut y avoir un raisonnement du type : « Puisque je vais perdre du temps en prison, autant m'y soigner. » On peut le comprendre pour le VHC, dont le traitement a une durée limitée. Mais pas pour le VIH...
La prison est peut-être un endroit favorable pour commencer à prendre soin de soi. Car les autres prennent très peu soin de toi ! Et puis tu es seul avec toi-même. Tu penses à l'après ; or se soigner, c'est déjà un projet. Enfin tu trouves ici une certaine sécurité, avec l'UCSA, et le médecin à ta disposition.

A l'inverse, observez-vous des freins à l'accès aux soins ?

J.-F.L. : La stigmatisation, c'est le premier frein. Comment se traiter, sans dire sa maladie ? A Nîmes, les hommes sont trois ou six par cellule...
C.U. : Le taux d'occupation est de 180 % environ ! Il peut cependant y avoir des négociations pour prendre ses médicaments discrètement. La personne peut descendre à l'UCSA pour récupérer ses comprimés. Ou dans certains cas, on enlève les emballages de manière à ce que le nom n'apparaisse pas...
J.-F.L. : Et ceux qui prennent des produits de substitution peuvent prendre ces médicaments en même temps. Ca se voit beaucoup moins. Mais si tu n'as que ce traitement à prendre, soit on t'amène tes cachets dans la cellule et tu restes à la merci de tes codétenus, soit tu descends à l'infirmerie tous les jours, et les autres finissent par savoir...
C.U. : On a d'ailleurs demandé aux surveillants qui viennent chercher les détenus de ne surtout jamais dire qu'ils sont appelés pour Aides...
J.-F.L. : Nous nous sommes aussi arrangés pour qu'à l'UCSA, notre permanence soit installée le plus loin possible de l'entrée. Ce qui fait qu'aucun autre détenu en consultation ne passe devant. Et après avoir reçu quelqu'un, nous ne sortons pas tout de suite après lui, au cas où un autre prisonnier nous verrait ensemble. Et si nous rencontrons un de nos usagers dans un couloir, on ne le connaît pas ! A moins qu'il nous dise lui-même bonjour.

Comment vous êtes-vous fait accepter dans l'établissement ?

C.U. : On a beaucoup travaillé ce projet avec les médecins. Et puis, quand tu rentres en prison, il faut accepter de ne pas tout révolutionner d'un coup. Il faut de la patience. De la stratégie. Ne pas monter tout de suite au créneau, et trouver les bons moments pour intervenir.
J.-F.L. : Et puis toutes les conditions favorables sont réunies ici : le coordinateur de l'UCSA, la directrice de l'établissement, le directeur du SPIP*, sont tous excellents. Je connais une autre prison où le médecin coordinateur refuse les associations...
C.U. : C'est pour ça que je ne comprends pas que l'administration pénitentiaire ait refusé que vous veniez suivre notre action !

Propos recueillis par Olivier Bonnin ■

**Service pénitentiaire d'insertion et de probation*

SUSPENSION DE PEINE

10 ANS DE NON-APPLICATION

La loi du 4 mars 2002 sur le droit des patients devait, en principe, faire sortir les plus malades des prisons. Dix ans plus tard, le bilan est sombre.

Triste anniversaire. La loi sur la suspension de peine pour les personnes détenues atteintes de pathologies graves fête ses dix ans. La loi du 4 mars 2002 permet en principe aux personnes détenues dé bénéficier d'une suspension de peine lorsque leur état de santé est jugé incompatible avec le maintien en détention ou que leur pronostic vital est engagé. Dans la réalité, elle est très peu appliquée.

Casse-tête

« *Entre 600 et 700 personnes ont bénéficié d'une suspension de peine pour raisons médicales depuis 2002, tandis que plus de 1 200 autres décédaient de « mort naturelle » en détention* », signale l'Observatoire internationale des prisons. La procédure est complexe : deux experts doivent intervenir et donner des conclusions concordantes au juge d'application des peines, des experts difficiles à trouver et parfois bien loin des réalités pénitentiaires. La loi s'est en outre complexifiée au fil du temps et à mesure des circulaires et textes de lois qui sont venus ajouter des conditions supplémentaires. Dernière en date, la loi de lutte contre la récidive de mars 2010 : les juges d'application des peines peuvent désormais ordonner la réincarcération d'une personne en suspension de peine s'il existe « *un risque grave de renouvellement de l'infraction* ». La procédure est tellement complexe que les personnes malades se tournent, bien souvent, vers d'autres aménagements de peine pour sortir. L'histoire d'Eric Piedoie, coïnfecté VIH/VHC est, en ce sens, édifiante. Libéré en juin 2011, il a bataillé pendant deux ans pour obtenir sa libération alors qu'il n'avait plus accès aux soins nécessaires en prison. Soigné pour le VIH, son hépatite s'est transformée en cirrhose en détention faute de soins appropriés. Il était en échec thérapeutique et selon l'attestation de son médecin de l'unité consultative de soins ambulatoires (UCSA), les difficultés thérapeutiques rencontrées imposaient « *le recours à une prise en charge spécialisée globale non disponible dans les conditions d'une incarcération* ». Engagé dans une procédure de suspension de peine pendant dix mois, il n'obtient pas gain de cause et c'est finalement en conditionnelle qu'il sort de prison.



Mourir en prison

« *Dix ans après la loi, les malades continuent de mourir en prison* », lance le groupe prison du TRT5 qui demande « *une analyse des blocages administratifs dans les domaines pénitentiaires, médicaux et judiciaires afin d'y mettre fin* ». L'Observatoire international des prisons s'inquiète de l'implantation des Unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) aujourd'hui au nombre de sept. « *L'existence même de ces services hospitaliers spécifiquement dédiés à l'accueil des personnes détenues accrédite pour partie l'idée qu'une personne très malade pourrait y exécuter sa peine* » souligne l'Observatoire. Or, un récent rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) pointe la réticence des détenus à être hospitalisés dans ces lieux sans possibilité de promenade, de fumer, la diminution des parloirs, l'isolement… Les conditions de détention y sont jugées « *plus mauvaises qu'en établissement pour peine* ,» note le rapport. Enfin, si malgré tous ces obstacles, le détenu obtient une suspension de peine, reste un dernier barrage : le peu de solutions adaptées d'hébergement à la sortie. Et il arrive que le détenu, pourtant pourvu d'une décision de suspension de peine, reste en prison faute d'hébergement adapté à sa situation. ■

Marianne Langlet