

Revue critique
de l'actualité scientifique internationale
sur le VIH
et les virus des hépatites

n°49 - octobre 96

Epidémie et milieu carcéral

Claude Veil
EHSS

Selon la méthodologie et selon les spécificités de lieu, d'établissement et de population, les communications présentées rendent compte de taux de séropositivité souvent élevés, voire très élevés, mais fort différents (fourchette allant de 1 à 40 %, ou davantage dès qu'intervient un facteur de risque supplémentaire). De ce fait, toute généralisation serait abusive : ainsi, on observe, par exemple en France, que les prévalences chez les détenus varient considérablement selon la localisation géographique et le type d'établissement (maisons d'arrêt ou centrales). Mais personne ne met en doute le fait que la population pénale est lourdement affectée par l'épidémie.

Une équipe française, émanant notamment de l'Observatoire régional de la santé de PACA, rend compte d'une enquête pluridimensionnelle (1) conduite à la prison des Baumettes (Marseille), de janvier 1994 à décembre 1995. Tous les entrants ont été invités à une consultation au CIDAG (centre interne de dépistage anonyme et gratuit du sida) ; une forte majorité d'entre eux a accepté les tests sérologiques. On a constaté sur l'ensemble un taux de séroprévalence au VIH de 7,5 % chez les hommes (268 sur 3 559) et de 10,6 % chez les femmes (42 sur 395) - chez les non-toxicomanes, il a été respectivement de 1,3 % et 2,9 %, et, chez les toxicomanes, de 29,9 % et 28,8 %.

Une équipe de l'université de Yale et du CDC d'Atlanta a recueilli sous anonymat des données biomédicales sur toutes les entrantes dans une prison pour femmes : sur 1 759 échantillons de sérum testés en onze mois, la prévalence du VIH est de 8,3 % ; elle s'élève à 25 % pour le sous-échantillon de consommatrices de drogues par voie intraveineuse (2).

Par ailleurs, plusieurs études des facteurs de risque chez les personnes porteuses de VIH (PVIH) suivies dans le milieu extérieur insistent sur la fréquence des antécédents d'incarcération dans leur biographie. La comparaison de deux populations de patients vus pour la première fois dans un centre canadien de soins spécialisés montre que le nombre de CD4 et de CD8 est significativement plus élevé chez les patients emprisonnés que chez les patients libres, ce qui donne à penser que le diagnostic est plus précoce en prison qu'à l'extérieur (3).

Plusieurs auteurs soulignent que les détenus acceptent d'autant mieux (ou sollicitent) l'examen sérologique que l'offre de soins est mieux perçue comme concomitante. De même, il est affirmé que les détenus acceptent d'autant mieux (ou sollicitent) l'examen sérologique qu'ils sont plus assurés du respect des droits de l'homme, et en premier lieu de la confidentialité.

Diverses études analysent et s'efforcent de quantifier les relations entre séropositivité et toxicophilie (notamment chez les UDI, c'est-à-dire les usagers de drogues injectables), tuberculoses pulmonaire et extra-pulmonaire, hépatites B et C, syphilis et plus généralement toutes les maladies sexuellement transmissibles (notamment chez les adolescents), etc. Très souvent, ces affections n'ont pas été diagnostiquées, et encore moins soignées, avant l'arrivée en prison.

L'infection à HTLV-II, fréquemment associée au VIH chez les UDI, se répand en Espagne ; sa prévalence est cinq fois supérieure dans la population carcérale (4).

Une recherche récapitule sur dix ans les maladies opportunistes constatées chez 1 017 PVIH hospitalisés à Txagorritsu (Espagne). Le taux de tuberculose a été, chez les

patients incarcérés, le double de ce qu'il a été chez les patients libres (80 % contre 41 %). La pathologie à cytomégalovirus a été pratiquement absente chez les détenus, contre 9 % chez les patients libres, ce qui est interprété comme l'indication d'une forte mortalité des sidéens incarcérés (5).

Une étude australienne analyse le parcours de neuf détenus séropositifs UDI et de leurs contacts : parmi ces neuf détenus, la contamination en prison apparaît comme extrêmement probable pour deux, hautement probable pour quatre, possible pour un (6).

On estime de 47 % à 85 %, parmi les UDI présents dans les prisons d'Ecosse, ceux qui ont pu pratiquer l'injection (à des taux fortement différents selon les établissements) pendant leur détention ; la majeure partie d'entre eux se déclarent hétérosexuels, et une proportion variable mais non négligeable a pratiqué en prison sa première injection (7).

Séjournant dans la prison de Glenochil, treize détenus UDI ayant partagé leur matériel d'injection ont été victimes en quelques semaines de la contamination par un même variant du VIH (8). Cette identité d'agent ne s'est pas traduite par une identité d'évolution ultérieure (9).

A Amsterdam, une enquête auprès de 467 UDI, dont 35 % sont séropositifs et dont 41 % ont subi une incarcération dans les trois années précédentes, révèle que ces derniers ont en grand nombre consommé en prison des drogues illégales et/ou de la méthadone, mais que cela n'a eu lieu que très rarement par voie intraveineuse. Le risque de contamination in situ a donc été très faible, mais il faut tenir compte du fait qu'aux Pays-Bas le régime de détention est cellulaire strict (un seul occupant par cellule) (10).

Les pratiques sexuelles des détenus, avant et pendant leur incarcération, les exposent considérablement au risque de contamination. Et le fait que leur niveau de connaissances sur le VIH-sida mesuré par une enquête KABP soit relativement élevé n'y change rien (11).

Etre porteur du virus en prison.

De nombreux auteurs s'attachent à recenser, définir, décrire

les droits et les besoins des PVIH emprisonnées : en matière de soins médicaux, d'éducation sanitaire, de préparation à la sortie en liberté, d'alternative à l'incarcération ou de libération anticipée pour raisons de santé. Certains y incluent le calcul des lourdes charges financières engendrées par le sida. Bon nombre d'entre eux relatent les interventions auxquelles ils ont pris part. A ce propos, deux tendances se dégagent : tandis que les uns engagent leur foi dans la concentration sur une technique ou une réforme (par exemple la télémédecine, une ligne téléphonique spécialisée accessible en PCV, la formation de pairs moniteurs, la fourniture de préservatifs, l'échange de seringues, la dépénalisation de la sodomie, etc.), d'autres insistent sur la nécessité de multiplier les angles d'attaque et d'impliquer le maximum de partenaires.

Au-delà de l'épidémiologie descriptive, et en amont des programmes d'intervention, plusieurs équipes se sont mises à l'écoute des détenus. C'est ainsi qu'une étude psychologique suffisamment approfondie conduit à mieux apprécier l'influence qu'exerce sur l'acceptation des traitements par les PVIH détenus la confiance que ces derniers accordent, respectivement, aux médecins, à leurs codétenus, à la société globale (12).

Une enquête d'opinion auprès d'ex-détenus séropositifs sur leur vécu des examens sérologiques systématiques (obligatoires dans le Rhode Island) révèle que 72 % des intéressés y sont favorables dans la mesure où ces examens s'inscrivent dans un continuum de soins et d'assistance (13).

Des chercheurs canadiens ont entrepris récemment des discussions de groupe et des entretiens avec des détenus pour mesurer leur niveau d'information, mieux connaître leurs pratiques et recueillir leurs opinions sur les moyens (disponibles ou non, autorisés ou interdits) propres à réduire les risques de contamination par le VIH. Il s'en dégage déjà des aperçus plus ou moins prévisibles (par exemple le constat du partage de matériel d'injection souillé), mais il est certain qu'aucune solution n'est véritablement pertinente et efficace si elle ne procède pas d'une compréhension en profondeur de la culture carcérale (14).

Actions de prévention

Des chercheurs universitaires présentent une revue générale des enquêtes britanniques (au nombre de 24, portant sur plus de 7 000 sujets) concernant les très nombreux détenus UDI. Bien qu'en majorité ceux-ci s'abstiennent d'injections pendant leur incarcération, une substantielle minorité (16 à 67 %) parvient à persister et, dans ce cas, procède couramment au partage de matériel d'injection (43 à 77 %). Dans une perspective de santé publique, ces faits devraient être davantage pris au sérieux par les autorités (15).

Une majorité des communications rend compte d'actions jugées pertinentes et couronnées de succès : ainsi la distribution de trousse de désinfection (eau de Javel), accompagnée d'une information (sur les injections, le tatouage, le "piercing") préparée et suivie avec la coopération de pairs, de membres du personnel pénitentiaire et d'ONG (16).

En Floride, la population pénale à haut risque VIH commence à bénéficier d'une éducation sanitaire préparatoire à la libération, qui fait appel en priorité à la collaboration des pairs, et implique le personnel de surveillance et le personnel sanitaire (17).

Cependant, le ton d'autres communications est moins optimiste. Une étude cofinancée par le CDC d'Atlanta et le ministère de la Justice des Etats-Unis met en lumière la carence du dispositif de prise en charge des délinquants juvéniles quant à la prévention de l'épidémie, alors qu'il s'agit d'une population à très haut risque (18).

Une ONG a observé dans douze prisons brésiliennes des rapports sexuels non protégés entre détenus et avec des visiteurs ; les autorités sanitaires se montrent sceptiques, refusent les préservatifs, et stoppent toute intervention (19).

Des auteurs indiens font part d'une certaine amélioration imputable, en dépit des difficultés, à l'éducation sanitaire (20). Mais un de leurs compatriotes s'en tient à la dénonciation vigoureuse de deux obstacles à la mise à disposition de préservatifs : le déni culturel de l'homosexualité et la loi de 1860 qui criminalise la sodomie (21).

Un rapprochement avec la situation en Zambie s'impose. Les

principaux risques de transmission carcérale du VIH y sont la sodomie, le partage des rasoirs, le tatouage. L'aide a été apportée sous de multiples formes (y compris la formation et l'encadrement de 53 pairs éducateurs), à l'exception toutefois de la distribution de préservatifs, car elle reste illégale ; c'est pourquoi en prison la prévalence et vraisemblablement l'incidence de l'infection par le VIH restent supérieures à la moyenne nationale (22).

L'Office fédéral suisse de santé publique a construit une stratégie non dogmatique de prévention du sida et de la toxicomanie, qui repose sur trois piliers :

- échange d'informations, évaluation des actions, transparence vis-à-vis des médias ;
- recherche sur des points précis (par exemple l'accessibilité des soins en milieu carcéral) et des situations particulières (par exemple les gardes à vue de brève durée) ;
- mise en route et soutien de programmes spécifiques, par exemple :
 - distribution d'aiguilles stériles à la prison pour femmes de Hindelbank ;
 - prescription médicale d'héroïne à la prison d'Oberschöngrün ;
 - programme souple de délivrance de méthadone dans les prisons du canton de Bâle (23).

Le programme de réduction des risques mis en œuvre à la prison d'Hindelbank en faveur des détenues UDI en activité est largement pluridimensionnel. Il comporte, inter alia, l'installation de distributeurs automatiques assurant l'obtention d'aiguilles neuves en échange d'aiguilles souillées. Confiée à une instance extérieure, l'évaluation a montré une effective réduction des risques infectieux sans qu'augmente le risque toxicomaniaque. Néanmoins, la prise de risque lors des relations sexuelles n'est pas modifiée. On note d'autre part que le personnel pénitentiaire est (encore ?) divisé sur l'opportunité de mettre des aiguilles en circulation dans une prison (24).

Les femmes en prison

Parmi les détenus d'une prison indienne, la prévalence du VIH dans la population féminine est sept fois supérieure à la prévalence dans la population masculine (14,2 contre 2 %) (25).

Le Centre d'immunologie prend en charge les femmes PVIH incarcérées dans la prison d'Etat du Rhode Island. Il assure la continuité des soins à court, moyen et long termes (78 % des patientes s'y font suivre après leur libération) (26).

Rôle des pairs

Les pairs sont souvent appelés à jouer un rôle - parfois de premier plan - dans l'exécution des programmes de prévention. Le programme "PASAN" d'éducation et de soutien aux prisonniers PVIH, actuellement en cours dans l'ensemble du Canada, est animé notamment par des codétenus et des ex-détenus (27). On en rapprochera les groupes de soutien de détenus séropositifs entre eux, qui seraient bénéfiques pour la vie institutionnelle tout entière (28).

Au projet pilote du canton de St. Gall collaborent notamment des détenus UDI ; ce programme comporte des discussions sur le VIH et le "safer sex", ainsi que la distribution de trousse de prévention (29). Dans le même ordre d'idées, on signalera également le programme du Nouveau Brunswick (30).

La participation de bénévoles séropositives, dont certaines avaient été antérieurement incarcérées, a nettement accru la confiance accordée par les détenues au service médical spécialisé (31).

L'ensemble des communications présentées à Vancouver sur le thème frappe par le contraste entre une lente progression de la connaissance scientifique et un généreux activisme, contraste qu'un petit nombre d'équipes s'efforce de gérer. La prison est montrée comme une sorte d'abcès permanent, comme à la fois close sur sa pathologie VIH et en intercommunication avec la société qui la produit. Le statut

du VIH y est ambigu : on perçoit à travers les récits que, dans la plupart des établissements, on ne peut en parler librement, surtout dès lors que les personnes sont en cause, et aussi parce qu'il est perçu à travers le filtre de tenaces représentations sociales ; mais la prison est aussi un lieu de promiscuité où la discrétion reste un mot creux. Parmi les conséquences, on citera l'insatisfaction que suscitent trop de travaux épidémiologiques ; toutefois, le rassemblement des données fournies par les auteurs, qui ont su en outre tirer parti de progrès techniques (les prélèvements biologiques non agressifs, un anonymat fiable), aura permis de donner à Vancouver un contenu concret à la notion de prévalence et même à celle d'incidence de l'infection en milieu carcéral.

Du débat rationnel à l'affrontement idéologique

Les communications relatives à la prévention et aux interventions en prison manifestent un malaise du même ordre. Tantôt discret, ou transparaissant dans la discordance entre un titre et un texte, tantôt clairement énoncé, et à maintes reprises éclatant dans les échanges oraux, un objectif pragmatique est visé ; cela peut avoir l'allure d'une plaidoirie pour stimuler la fourniture de préservatifs ou d'aiguilles - on nous a bien montré à Vancouver qu'il ne s'agit pas d'un débat rationnel, mais d'un affrontement idéologique. On a pu le vérifier dans les stands de l'exposition, et aussi dans les réactions de la salle lors de certains exposés.

L'ensemble des communications a accordé une attention particulière aux problèmes des femmes détenues. Enfin, bien qu'encore peu répandu géographiquement, le développement du rôle assigné aux pairs a été très sensible. Le personnel pénitentiaire n'a pas été oublié (32). Ces inflexions d'intérêt sont certainement sincères ; certains participants, cependant, se sont demandé s'il n'y avait pas là un effet de mode, une ombre de "politiquement correct".

Références :

1. M. Rotily et al., "HIV testing, prevalence and risk behaviors among prisoners incarcerated in south-eastern France", TuC 2632.
2. F. L. Altice et al., "Determinants of HIV seroprevalence

and seroincidence of new entrants to a women's prison", TuC 2653.

3. J. L. Austin et al., "Comparison of baseline characteristics of incarcerated and non-incarcerated HIV positive patients, treated at the clinical immunology clinic in Kingston, Ontario, Canada", TuC 2625.

4. V. Soriano et al., "Spreading of HTLV-II among IDUs in Spain: evidence for prisons acting as shooting galleries", MoC 1677.

5. J. J. Portu et al., "Tuberculosis, prisons and rich countries: to redefine the unacceptable", WeD 3662.

6. K. A. Dolan et al., "A network of HIV infection among australian inmates", WeD 3655.

7. J. A. Bird et al., "HIV surveillance with linked risk factors of scottish prison inmates", MoC 1539.

8. D. L. Yirrel et al., "Molecular investigation confirming an outbreak of HIV in a scottish prison", MoC 1532.

9. J. McMenamim et al., "A unique cohort of IDU infected with an identical viral strain of HIV: marked variation in clinical progression", TuC 431.

10. H. J. A. Van Haastrecht et al., "Low levels of HIV risk behaviour among injecting drug users during and following imprisonment in the Netherlands", TuC 2549.

11. M. L. Aguirre et al., "Evaluation of an AIDS KABP study amongst male prisoners at a corectional institution in Abidjan, Côte-d'Ivoire (a pilot study)", ThC 4649.

12. F. Mostashari et al., ""Trust" and HIV medication use among HIV+ inmates in Connecticut", ThD 5189.

13. B. Ramratnam et al., "Former prisoners' view on mandatory HIV testing during incarceration", WeD 3665.

14. L. Calzavara et al., "Inmates' views on harm reduction

tools in canadian prisons", MoD 1845.

15. P. L. Turnbull et al., "A public health approach is needed to prevent the spread of HIV-infection among imprisoned IDUS", WeD 3658.

16. T. L. Nichol, "Bleach kit distribution pilot project in a canadian federal institution", WeD 356.

17. S. Schoenfish et al., "Meeting the HIV/AIDS prevention needs of high risk incarcerated populations across Florida's correctional continuum", TuC 2664.

18. T. M. Hammet et al., "Prevention in prison and juvenile facilities: a missed "public health opportunity"", WeD 351.

19. S. Oliveira et al., "Sex of the angels: sexual transmission of HIV in brazilian jails", WeD 3814.

20. R. Elango et al., "HIV/AIDS intervention at Bangalore central prison medico-legal impediments for effective intervention", WeD 3660.

21. J. Sherry, "MSM and code of condom: extend community response and activism", WeD 3661.

22. O. O. Simooya et al., ""In but free". An HIV/AIDS intervention in an african prison", WeD 355.

23. M. L. B₂echi et al., "AIDS and drug prevention in the swiss prison system: a national overall strategy", WeD 353.

24. P. D. Zeegens, "AIDS prevention programme including needle distribution for female prisoners: the Hindelbank pilot project", MoD 362.

25. A. Uma et al., "Prevalence and patterns of HIV in India", PubB 1042.

26. J. Gormley et al., "Can continuity of care be maintained when women with VIH are incarcerated?", TuD 2762.

27. R. Lines et al., "A peer driven AIDS outreach education

and support program targeting prisoners", WeD 350.

28. W. M. Iler, "Peer support system for inmates living with HIV in a provincial prison in B.C.", WeD 3656.

29. S. M. Seydel et al., "Sexual prevention among former and active injecting drug users (IDUS). A pilot project involving target-group mediators", WeC 3550.

30. C. Ploem et al., "Pilot inmate AIDS peer education project", WeD 354.

31. B. T. Morris et al., "Expansion of the peer counselor concept: bringing HIV services to incarcerated populations", ThB 4122.

32. H. R. A. Mattos et al., "'Multiplying information' agents on sexual diseases/AIDS in Rio de Janeiro penal system", PubD 1453.S. Cox et al., "The keepers and the kept accepting HIV", ThC 4636.E. A. Gaynes, "Prison changes everything: a criminal justice agency serving prisoners living with AIDS/HIV", WeD 3664.