

Le VIH en prison

Paul-Olivier Hanzberg

Conseil national du Sida

La punition s'accompagne traditionnellement dans nos sociétés de la contention physique des condamnés. La correction n'est pas restructurante, elle est physique. Comment, dès lors, justifier la défense des droits des détenus auprès des opinions qui payent pour que leurs droits soient suspendus ? Comment parler de prévention des maladies sexuellement transmissibles dans des lieux où elles n'ont nulle raison de se propager ? Comment envisager de distribuer des seringues stériles aux toxicomanes là où la drogue ne saurait entrer ? Les partisans de la "peine" sont aujourd'hui encore plus nombreux que ceux qui parlent courageusement d'accompagnement, de soins, de réhabilitation.

La désaffection pour les aspects psychosociaux de la pandémie est comparable à l'engouement pour les trithérapies qui ont bouleversé son devenir. L'unité précaire devant l'adversité commune qui faisait les héros d'un temps a restitué sa primauté à l'ordre affligeant de la différence. Pourtant, nul ne songe plus à nier l'existence d'une homosexualité de circonstance dans l'enceinte des prisons, ni la réalité de la circulation de drogues. En revanche, les cas de contamination intra-muros par le VIH sont très peu rapportés. Seule une étude menée en Zambie par Oscar Simooya (1) sur une cohorte de détenus de la prison de Kamfinsa, suivie depuis 1995, en apporte la preuve. En 1997, le chercheur a

observé une séroconversion liée à l'utilisation de lames de rasoir usagées. La prison ne fournit ni lames neuves, ni préservatifs aux détenus.

Toutes les études présentées à Genève ont insisté sur l'impérieuse nécessité de mettre en place de mesures d'information et de prévention. Comme par exemple au Sénégal où, selon Elisabeth Benga De (2), le temps de détention devrait être mis à profit pour éduquer les femmes détenues dans la mesure où elles constituent une population à haut risque lorsqu'elles sont libérées.

Nymia Pimentel Simbulan (3) a pour sa part enquêté dans une prison de femmes de Manille. Elle rapporte que 29 détenues sur 100 étaient atteintes d'une maladie sexuellement transmissible (MST), mais aussi qu'une femme sur trois ne savait pas que le préservatif protégeait du VIH, elles pensaient qu'il pouvait être transmis dans des toilettes sales. Selon Jaronir Mikl (4), de l'Etat de New York, la prison offre une excellente occasion pour délivrer des messages de prévention forts et ciblés à des populations à risque avant de les remettre en liberté.

Des travaux menés dans vingt-cinq prisons européennes, présentés par Michel Rotily (5) de l'ORS-PACA à Marseille, révèlent que 7% des 40% de détenus pour toxicomanie qui sont incarcérés ont eu recours à une injection intraveineuse pour la première fois en prison. 39% de cette population poursuit cette injection intraveineuse intra-muros, un comportement qui peut concourir à la dynamique de l'infection par le VIH. Michel Rotily note que la séroprévalence du VIH est de 15% chez les toxicomanes contre 1,5% dans la population carcérale générale.

Des situations contrastées selon les pays

Les études brésiliennes et canadiennes sont nombreuses. A Rio de Janeiro, les travaux d'Eugénia Midlej (6) sont éloquentes : ils reflètent les carences du système éducatif sur les MST au Brésil. Ainsi, seuls 24,3% des 1103 détenus interrogés connaissent le rôle des préservatifs ; 34% ne l'utilisent jamais ; 67,5% affirment ne pas appartenir à une population à risque alors que 55,8% ont des comportements à risque avérés. Les séroprévalences du VIH, du VHB, du VHC

et des MST sont plus élevées en prison que dans la population générale. Pour autant, les autorités pénitentiaires sont réticentes pour introduire des mesures de réduction des risques et elles s'abstiennent le plus souvent de toute action, ne proposant ni prise en charge des pathologies existantes, ni traitement spécifique. En revanche, au Canada, selon E.F. Jürgens (7), un consensus a émergé dès 1992 pour que les prisonniers aient accès au préservatif, aux agents de désinfection des matériels d'injection (eau de Javel), aux équipements stériles d'injection, aux traitements de substitution aux opiacés comme le Chlorhydrate de méthadone, et à d'autres mesures sociales d'accompagnement. Ainsi, les malades du sida reçoivent-ils les mêmes traitements que ceux disponibles dans la cité. Ce consensus procède d'un véritable partenariat entre les autorités sanitaires et sociales et les associations activistes. A ce jour, la plus grand partie des prisons canadiennes offrent ces services - hormis celui de la distribution de matériel d'injection stérile, encore sujet de controverses actives.

Egalement conduite au Canada, une étude de Liviana Calzavara (8) rend compte de l'opinion des détenus sur ce dernier point : 458 hommes et 159 femmes ont été interrogés dans six centres pénitentiaires ; 32% avaient un passé de toxicomanes, 25% d'entre eux poursuivaient leurs injections et 4% s'étaient initiés à la voie intraveineuse en prison. Les prisonniers sont globalement favorables (52%) à l'introduction de matériel de désinfection, mais seulement 14% pensent qu'il y aurait un avantage à distribuer du matériel stérile d'injection. Outre l'aspect incitatif de la circulation des seringues en prison, qu'ils ne jugent pas négligeable, divers arguments sont avancés, dont celui que la toxicomanie peut confiner l'individu dans une sous-culture qui de surcroît priverait la prison de tout sens. L'étude fait également ressortir les différences d'appréciation entre usagers et non usagers de drogues, les premiers étant plus favorables que les seconds à l'utilisation des agents désinfectants (52% *versus* 50%) et à la distribution de seringues stériles (22% *vs* 10%). Les usagers reconnaissent que l'utilisation de l'eau de Javel (80% *vs* 55%) et l'usage de seringues stériles (71% *vs* 39%) représentent une prévention efficace contre l'infection par le VIH. Ces résultats laissent toutefois pensif.

L'exemple suisse

La Suisse, comme le rapporte Dina Zeegers Paget (9), de l'Office fédéral de santé publique, est le premier pays à avoir eu une approche pragmatique et à avoir créé un projet pilote évalué scientifiquement dans quelques prisons de distribution de matériel d'injection stérile. La confédération ne s'étant pas prononcée sur la légalité de l'initiative, ni sur l'hypothèse de sa généralisation, seul un canton a pour l'instant décidé d'étendre cette expérience aux autres prisons. D'autres cantons devraient suivre.

387 000 individus étaient détenus en Europe en 1996, selon J.D. Laporte et P. Bolinni (10), de l'université de Genève, qui ont mené des enquêtes épidémiologiques dans 23 prisons européennes. La séroprévalence du VIH n'a pas significativement changé depuis 1989, du moins dans l'Ouest de l'Europe. A l'Est, elle est relativement faible. Et si l'information sur le VIH existe dans tous les systèmes rencontrés, elle n'est pas toujours en conformité, ni sur la forme, ni sur le fond, avec l'évolution des connaissances sur la maladie.

La possibilité offerte aux détenus d'être pourvus en préservatifs est largement débattue mais les différents modes de distribution ne sont pas évalués, pas plus que les bénéfices de la mesure auprès de la population carcérale. La distribution de matériel désinfectant est effective dans la moitié des systèmes étudiés, mais celle du matériel d'injection stérile demeure limitée à la Suisse. L'accès aux traitements de substitution aux opiacés, principalement le chlorhydrate de méthadone, est possible dans neuf systèmes pénitentiaires, qui totalisent 176 000 détenus : en fait, dans les pays où la méthadone est accessible dans la population générale. Le dépistage systématique de tous les prisonniers - qui ne prend pas en compte la confidentialité des résultats - fait toujours la honte de 10 prisons sur les 23 visitées. Les traitements du sida, notamment les trithérapies, ne sont pas accessibles à tous les malades dans toutes les prisons et les instructions de l'OMS et du Conseil de l'Europe ne sont respectées que dans trois prisons. Quatre autres ne véhiculent aucune recommandation. Les maladies mentales sont considérées comme un grave problème non contrôlé tandis que le sida est considéré comme un problème mineur ou contrôlé. Et l'auteur

de conclure qu'il convient de considérer les prisons comme un système ouvert au sein d'autres systèmes sociaux en n'oubliant pas, comme la prison nous y invite, que le séjour en détention n'est dans la grande majorité des cas, qu'un court passage dans un de ses systèmes. Posons les passerelles, comme nous le laissait comprendre la conférence "*Bridging the gap*".

1. Simooya O. et al., "A longitudinal study of the risk of HIV transmission in an African prison", 23589.
2. Benga De E. et al., "Which policy STD/AIDS program in prison in Senegal", 23511.
3. Simbulan M.P. et al., "The psychosocial and biomedical factors contributing to the vulnerability of women prisoners to HIV/AIDS at the state penitentiary in Metro Manila", 23543.
4. Mikl J. et al., "Trends in HIV-infection rates among New York State (NYS) prison entrants 1987-97", 23516.
5. Rotily M. et al., "HIV risk behaviours and HIV seroprevalence among European prisoners : A multicenter study of the EC Network on HIV-Hepatitis prevention in prison", 23527.
6. Midlej E.M.M. et al., "Health evaluation of the inmates of the prison system of Rio de Janeiro", 23537.
7. Jürgens E.F. et al., "Promoting the rights of prisoners : condoms, bleach, needles, methadone and care in prisons", 44191.
8. Calzavara L. et al., "Inmates' opinions on bleach and needle distribution in correctional centres in Ontario, Canada", 43400.
9. Zeegers Paget D. et al., "Needle distribution in the Swiss prison setting : A breakthrough", 43403.
10. Bolinni P. et al., "Management of HIV/AIDS related problems : situation in European prisons", 44193.