

La prison : un lieu à haut risque viral

Les données épidémiologiques les plus récentes sont celles de l'enquête Prévacar¹, publiée en 2010

- Prévalence du VIH : 2 % [0,95 – 4,23] soit environ 1 120 personnes détenues. La prévalence du VIH en population générale en 2008 était estimée, soit 0,236%, à la fin de 2008²
- Prévalence des anticorps anti VHC : 4,8% [3,53 -6,50 dont 46% sont virémiques (plus de deux détenus sur 100). Le mode de transmission prédominant est l'usage de drogues (70.2%, IC = 48.9 – 85.3).

L'existence de pratiques à risque (sexuelles, liées à la consommation de drogues ou encore aux activités de piercing, tatouage, coiffure) et l'accès limité aux méthodes de réduction des risques font toujours de la prison un lieu à risques de transmission virale.

- Selon l'enquête Coquelicot, réalisée en 2004, 61% des usagers de drogue intraveineuse avaient des antécédents d'incarcération ; ceux qui avaient été incarcérés étaient plus souvent séropositifs pour le VIH (11% versus 5%) ou pour le VHC (67% versus 51%) ; 12% des usagers de drogues ayant été incarcérés déclarent avoir eu recours à l'injection en prison. Parmi ces personnes, 30% déclarent avoir partagé une seringue³. Selon l'enquête Prévacar, 18% des unités sanitaires déclaraient avoir eu connaissance de découverte de seringue usagées dans les 12 derniers mois.

Vincent G.

Vincent G. âgé de 36 ans, termine au centre de détention où j'assure des consultations de médecine générale une peine de plusieurs années de prison pour un crime à caractère sexuel. Il est suivi régulièrement à l'unité sanitaire pour des problèmes de santé mineurs. La communication reste très limitée avec un patient assez fruste, qui parle très peu et difficilement de lui-même. Il prend de temps en temps quelques préservatifs, à disposition des patients sur le bureau de consultation, en éludant les questions sur sa vie sexuelle.

Ce jour, il demande à être reçu en urgence, en refusant de révéler le motif de sa demande à l'infirmière en charge de planifier les consultations. Il m'explique qu'il a eu la veille un rapport sexuel anal réceptif non protégé et me demande conseils et traitement éventuel.

Il affirme qu'il s'agissait bien d'un rapport consenti, que cela s'était déjà produit plusieurs fois, parfois sans préservatif, mais qu'il n'avait pas jusqu'ici réussi à venir en parler ; c'est parce qu'il a su par un codétenu que je m'occupe de la prise en charge au CD des patients vivant avec le VIH qu'il a finalement réussi à franchir le pas. Il ne sera pas possible d'obtenir plus d'informations sur les circonstances précises de cette relation sexuelle ; il ne peut envisager de demander à son partenaire s'il est séropositif, s'il serait d'accord pour qu'il me révèle son identité ou pour venir lui-même consulter ou se faire faire un test. Il est immunisé contre l'hépatite B.

¹ Offre de soins en milieu carcéral en France : infection par le VIH et les hépatites. Enquête Prévacar, 2010 Khadoudja Chemlal¹, Julie Bouscaillou, Marie Jauffret-Roustide, Caroline Semaille, Christine Barbier, Christophe Michon, Marc-Antoine Valantin, Laurence Cate et le Groupe Prévacar

² Rapport 2010 sous la direction du Pr. Patrick Yeni Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts

³ Marie Jauffret-Roustide, Elisabeth Couturier, Yann Le Strat et Al. Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004 BEH n° 33, 05/09/2006 (<http://www.invs.sante.fr/beh/2006/33/index.htm>)

Dans l'impossibilité de connaître et d'évaluer son partenaire et d'évaluer le risque de contamination, j'explique à Mr G. que nous allons tout de suite faire un prélèvement sanguin pour évaluer son statut sérologique et qu'il va prendre dès aujourd'hui et pendant quatre semaines un traitement anti rétroviral qui le protégera d'une éventuelle contamination. Il accepte avec un soulagement manifeste ma proposition, sans la moindre réticence devant les effets secondaires possibles et la surveillance nécessaire de ce traitement.

Il suivra à la lettre le protocole et les consultations et contrôles successifs confirmeront la bonne tolérance du traitement et le maintien à trois mois d'une sérologie VIH négative.

Il continuera pendant plus d'un an à venir à la consultation pour des plaintes mineures, sans pouvoir évoquer à nouveau cet épisode de sa vie, ni parler de sa vie sexuelle, jusqu'à un nouvel accident d'exposition sexuelle dans des circonstances tout à fait similaires au premier : rapport anal réceptif non protégé qu'il affirme consenti ; méconnaissance du statut sérologique de son partenaire à qu'il ne peut lui poser la question, ni bien sûr révéler l'identité ou convaincre de venir consulter.

La encore, devant l'impossibilité d'évaluer le niveau de risque, Mr G. recevra un traitement prophylactique qu'il prendra pendant quatre semaines sans difficultés, et restera séronégatif jusqu'à sa libération qui surviendra un an plus tard environ. Comme précédemment il opposera pendant ses derniers mois d'incarcération un silence à toute question concernant sa vie sexuelle

Quelques pistes de réflexions

Cette observation est banale en soi ; ce qui est plus surprenant, c'est qu'en 16 ans d'exercice médical dans un établissement hébergeant 300 détenus majoritairement condamnés pour des crimes et infractions à caractère sexuel, Monsieur G. est le seul à avoir consulté pour une prise de risque sexuel.

L'inventaire PRI²DE⁴ relevait que dans 47% des établissements les détenus n'étaient pas informés de la possibilité d'avoir recours à un TPE en cas d'exposition à un risque et que dans 31% des cas les référents médicaux estimaient ne pas être en mesure de répondre à la question.

PRI²DE relevait sur 12 mois 16 prescriptions de TPE, dans 13 unités sanitaires (sur 171), dont seulement 3 pour des détenus et aucun pour des usages de drogues.

Les études ou données sur les pratiques sexuelles en prison restent très parcellaires.

La sexualité existe pourtant en prison : le rapport d'évaluation du plan d'actions stratégiques⁵ relève qu'en 1994 une enquête en région PACA montrait que 23% des personnes détenues, des deux sexes rapportaient avoir eu deux partenaires sexuels ou plus durant les 12 derniers mois⁶. Elle est potentiellement subie et reste taboue (comme l'usage de drogue intraveineuse). Elle est hétérosexuelle (quand c'est possible !) et homosexuelle : une étude sur la sexualité dans 10 établissements pénitentiaire belges entre 2012 et 2013⁷, montre que si « le rejet de l'homosexualité prédomine au sein des populations incarcérées, ... une adaptation à la privation sexuelles des longues incarcérations amène des

⁴ Inventaire PRI²DE Programme de Recherche et d'Intervention pour la Prévention du Risque Infectieux chez les Détenus, 2009

⁵ Evaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice - Inspection générale des affaires sociale et Inspection générale des services judiciaires - novembre 2015.

⁶ Rotily.m et al. « Le VIH en milieu carcéral : une enquête en région Provence – Alpes – Côte d'Azur » la Semaine des hôpitaux 70. 31-32 (1994) : 980-982

⁷ Axelle François : La sexualité en milieu carcéral : au cœur des représentations de personnes incarcérées – Champ pénal Vol.XIII | 2016.

attitudes de plus en plus tolérantes à l'égard des pratiques homosexuelles entre détenus », pratiques sexuelles vécues par les détenus interrogée comme une homosexualité de substitution.« des personnes plus âgées (44 ans) et incarcérées en moyenne depuis une plus longue période (6 926,4 jours)...semblent être plus enclins à penser que les pratiques homosexuelles peuvent être une réponse de substitution temporaire à un contexte de longue privation sexuelle.

Une prévention du risque très insuffisante

Selon le guide méthodologique⁸, l'administration pénitentiaire met à la disposition des personnes détenues des préservatifs et des lubrifiants aux normes CE. En complément, ces outils peuvent également être fournis par des associations ou les établissements de santé. Dans les faits ils ne sont disponibles hors des unités sanitaires que dans 20% des établissements (PRI²DE).

A la question posée à un directeur de centre pénitentiaire, « pourquoi ne mettez-vous à disposition des préservatifs qu'à l'entrée de l'unité de vie familiale ? » la réponse, imparable, était : « les relations sexuelles sont interdites en prison, en dehors des unités de vie familiale (UVF) ».

Il n'en est rien pourtant puisque selon l'Article R57-7-2 du code de procédure pénale (Décret n°2010-1634 du 23 décembre 2010 - art. 1), seul constitue une faute disciplinaire du deuxième degré le fait, pour une personne détenue, d'imposer à la vue d'autrui des actes obscènes ou susceptibles d'offenser la pudeur ; les relations sexuelles entre personnes détenues, pour peu qu'elles soient consenties et se déroulent dans l'intimité, ne constituent nullement une infraction.

Cette notion de sexualité interdite en prison, si bien intériorisée par les détenus (et sans doute aussi par les personnels de surveillance), et l'homophobie si prégnante expliquent sans doute le tabou qui persiste autour de la sexualité en prison. Peut-être faut-il y voir, à côté d'une méconnaissance des protocoles de prophylaxie post-exposition, une explication à cette rareté des recours à ce traitement.

⁸ Guide méthodologique pour la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice 2012