

AIDES en détention



Christophe MORACCHINI.

Département Juridique

AIDES Provence.

Marseille

On estime la prévalence du VIH en milieu carcéral à dix fois ce qu'elle est en milieu libre. Par ailleurs, la vie carcérale expose les détenus au risque VIH du fait de pratiques liées à la sexualité ou à l'usage de drogue. La position des autorités a d'abord consisté à nier la survenue de ces situations, prohibées par les règlements intérieurs. Une circulaire rend certes possible l'accès des préservatifs en détention, mais il est plus ou moins aisé selon les modalités concrètes de mise à disposition (accès libre ou sur demande). L'accès au matériel stérile d'injection est encore plus complexe, or les drogues circulent en prison, même si la reconnaissance de cette réalité par les autorités est très récente (1996).

Aussi des associations demandent-elles la mise en place de programme d'échange de seringues (PES), revendication restée lettre morte au motif principal qu'une seringue est une arme potentielle. Pourtant, les évaluations des PES expérimentaux mis en place à l'étranger n'indiquent aucune atteinte à la sécurité. Les autorités ont certes répondu à cette préoccupation : une circulaire de 1996 rend l'eau de Javel (permettant de stériliser du matériel d'injection déjà utilisé) achetable par les détenus ; une autre circulaire (1997) prévoit la remise régulière d'eau de Javel aux détenus. Cependant, cela reste bien timide par rapport à la circulation de drogues en détention. AIDES Provence a donc développé deux types d'action : des actions de prévention et des actions de soutien aux personnes touchées par le VIH.

Faire des détenus des acteurs de prévention

Les actions de prévention consistent en outils pédagogiques réalisés au sein d'Ateliers visant à faire des détenus participants des acteurs de prévention. Ces outils portent sur les situations à risques d'infection virale et sur le développement de stratégies de réduction des risques de contamination au VIH et au VHC (hépatites). Du fait de réserves émanant de l'Administration Pénitentiaire, mais aussi de détenus, les thèmes sur la sexualité, et sur l'usage de drogue n'ont pas été retenus, au moins ont-ils pu être abordés au cours des Ateliers. Ont été réalisés un clip vidéo

sur les modes de contamination et deux romans photo sur les risques liés à l'utilisation d'aiguilles (injection et tatouage). Ils ont été diffusés, à l'exception du roman-photo sur l'injection, faute des autorisations nécessaires bien que tous ces outils aient été élaborés en concertation avec l'Administration.

Le problème fondamental de la continuité des soins

La Loi du 18 janvier 1994 a transféré au ministère de la Santé la compétence des soins en prison. Il est une chose de dire que cette réforme a amélioré la situation sanitaire des détenus ; il en est une autre de dire qu'elle a réglé tous les problèmes spécifiques d'accès aux soins de la population carcérale... En effet, des difficultés importantes subsistent. Les délais d'attente pour des consultations spécialisées restent parfois très longs : ce détenu séropositif se plaignant de troubles oculaires importants attendra 3 mois une consultation en ophtalmologie, au cours de laquelle aucun examen du "fond d'œil", surveillance dont on connaît l'importance pour les patients séropositifs, ne sera réalisé. Il devra attendre une autre consultation... et 3 autres mois pour que l'examen soit effectué. Dans certaines prisons, il peut s'écouler de 2 à 6 mois entre la prescription d'un examen (biopsie hépatique notamment) et sa réalisation. Dans les établissements du Programme 13000, les soins semblent rationnés dès que le budget "santé" est dépassé, et les délais d'attente pour les consultations d'autant plus longs.

La continuité des traitements VIH est fondamentale : leur interruption favorise en effet les mutations des souches virales qui deviennent ainsi résistantes. Les mesures privatives de liberté favorisent les ruptures de traitement : garde à vue, incarcération, transfert du détenu sur un autre établissement (le dossier médical ne suivant parfois que bien après), rétention administrative des étrangers objet d'une mesure d'éloignement du territoire à l'issue de leur peine. A cet égard, notre expérience de terrain et le Rapport du Conseil National du SIDA (1998) concordent. Le réseau AIDES a alors formulé une proposition de loi visant à garantir la continuité des soins en engageant la responsabilité des administrations concernées en cas de manquement au respect de cette obligation. Notre proposition de loi n'a toutefois pas trouvé à ce jour l'écho escompté.

Parfois, il faut suivre un fil de funambule

Par ailleurs, et sans généraliser, il peut être particulièrement difficile de travailler avec certains Services. Ainsi, nous ne serons saisis par le Service d'Insertion et de Probation d'une prison seulement 3 semaines avant sa libération (alors qu'il avait été condamné pour plusieurs mois) du cas d'un détenu séropositif au VIH, étranger en séjour irrégulier en France et menacé d'expulsion à expiration de sa peine. Réunir les documents nécessaires à une procédure visant à faire valoir les protections légales contre l'expulsion est long et complexe. Nous avons pourtant peu avant rencontré les équipes pour souligner l'urgence qu'il y avait à nous saisir, même si la date de libération semblait éloignée. L'opposition avec ces Services n'aurait eu d'autre effet que de nous fermer la porte de la prison, tandis que notre silence eut pu passer pour une forme de consentement : tel est le fil de funambule que doit suivre l'Association qui entend agir efficacement en prison...

