

Présentation de la problématique des prisons : Le guide
« Promotion de la santé, VIH et prison » de Sidaction

Corevih Occitanie. Jeudi 21 novembre 2019



Ridha Nouiouat
Responsable des « Prévention et
soutien en milieu pénitentiaire »
PROGRAMMES France
SIDACTION

LE VIH EN PRISON EN FRANCE

Rapport de la COUR DES COMPTES de JUIN 2019.

- *« Les systèmes d'information tant hospitaliers que pénitentiaires ne décrivent que très mal, voire pas du tout, l'état de santé des personnes incarcérées ».*
- *« Depuis 2010, plus aucune donnée d'incidence n'a été produite ».*
- *La population carcérale est dans un angle mort statistique et épidémiologique concernant le VIH ».*

Résultats (sources copil Pri2de et *groupe de recherche ANRS-AC25*

PRI2DE/ BEH 39, 25 octobre 2011)

- Un faible niveau d'accessibilité aux mesures de prévention a été globalement constaté, plus particulièrement pour l'eau de Javel , les traitements de substitution aux opiacés, les préservatifs, la prophylaxie post-exposition pour le VIH et le coiffage.
- Le calcul d'un score d'observance aux recommandations nationales et internationales a permis d'objectiver le décalage entre recommandations et pratiques.

En Conclusion :

- Le dispositif français de prévention du risque infectieux en prison, déjà limité réglementairement comparativement à celui existant en milieu libre, est insuffisamment déployé.
- Le risque infectieux y est élevé et la redéfinition d'une politique de soins et de prévention en détention apparaît indispensable. Il serait également souhaitable que des moyens permettant d'étoffer et former les équipes de soins, ainsi que les autres intervenants en détention, soient alloués.

ETUDE PRIDE

- La lutte contre l'épidémie doit impliquer davantage les structures intervenant autour de la prison;
- L'égalité dedans-dehors implique que tous les moyens soient mis en œuvre pour lutter contre l'épidémie à VIH et à VHC;
- La RDR est l'un de ces moyens et a fait ses preuves à l'extérieur;
- Il existe un consensus des experts sur la nécessité de mettre en place l'ensemble des stratégies combinées en prison.

La Question de la prison et le VIH

- En France, **172 000** personnes sont porteuses du virus du VIH, **140 000** PVVIH traitées et **24 000** ignorent leur séropositivité. Ils sont à l'origine de 60% des contaminations.
- **Le dépistage en prison** est un enjeu majeur puisque c'est le principal obstacle à l'atteinte de ces objectifs.
- C'est d'ailleurs pourquoi le Groupe d'expert du VIH préconise dans ses recommandations le **renouvellement du dépistage** pour les personnes incarcérées, à chaque occasion.
- La mise sous traitement des PVVIH et l'atteinte d'une charge virale indétectable sont un obstacle en prison.

De 2005 à 2015, la population carcérale a augmenté d'un quart en France et l'augmentation se poursuit.



LE PARCOURS DE SANTÉ DES PERSONNES: LA PRISON UN OBSTACLE

TERRITOIRE

- **Prévalence du VIH et des hépatites très élevée** : 7 fois plus que dans la population générale. *Pride/Prévacar2010*.
- **Pratiques à risque** : rapports entre hommes non-protégés, échange de matériel, tatouages, piercing...
- **Un public très vulnérable** : **un stade de la maladie avancé** : $\frac{3}{4}$ **des PVVIH** sont à un stade d'immunodépression avancé : **une personne sur trois est au stade sida** et **une personne sur quatre découvre sa séroposivité** en prison, un nombre important de personnes contaminés au VIH et aux hépatites **ignorant leur statut sérologique**;

Parcours de vie des personnes : dehors-dedans-dehors chaotique pour un public très précaire.

Lieu de discriminations : importantes.

INÉGALITÉS : LES DISCRIMINATIONS UN OBSTACLE EN PRISON

UN LIEU UNIQUE DE DISCRIMINATION

Absences des dispositifs : RDR (code de la santé publique 2005), Sexualité, Intimité, mixité, emploi, secret médical...

Politiques publiques: Enquêtes nationales, Programmes nationaux...

Lieu de discriminations : importantes.

Les personnes placées sous main de justice

- Les détenus sont identifiées comme faisant partie des **populations exclues** : une priorité à l'échelle mondiale en matière de VIH.
- Les publics qui y sont présents sont ceux avec lesquels travaillent la majorité des structures intervenant sur la précarité à l'extérieur : étrangers, Usagers de drogue, personnes LGBT, travailleurs du sexe....
- Eloignés des services médico-sociaux, taux de rotation annuel, entourage et proches...
- **Surreprésentation** des pathologies infectieuses et mentales en prison : plus de la moitié ont des ATCD de pathologies mentales, addictions (25%), suicide, tuberculose, handicap et déficience mentale... (Enquête prévacar (DGS/INVS, 2010) : **7 fois plus de VIH et d'hépatites en prison qu'à l'extérieur**).
- Beaucoup de difficultés à articuler le **dedans et le dehors**.
- **Contamination intra-carcérale** : multiples facteurs d'exposition.



Rappel des principales pratiques à risque



Aucun des objectifs poursuivis à l'extérieur ne peut aboutir, s'il ne s'étend pas vers les populations vulnérables et notamment en prison.

L'ENTREE EN PRISON : le dépistage

- D'abord on vous propose un **test de dépistage en USMP à l'entrée** (systematiquement proposé).
- **Accepter le test** est un vrai enjeu en prison : $\frac{1}{4}$ découvre sa séropositivité en prison. $\frac{3}{4}$ des PVVIH sont à un stade d'immunodéficience sévère (moins de 350 CD4/mm³) et $\frac{1}{3}$ au stade sida (Prévacar 2010).
- Parfois **refus du résultat**, voire incompréhension du résultat.
- Beaucoup préfèrent **taire leur séropositivité** et refuser le test, voire arrêter leurs traitements : secret médical, surpopulation carcérale, pénalisation de la transmission du VIH...

LA DETENTION: le dépistage au cours de la détention

- Le **renouvellement du dépistage** est quand à lui beaucoup plus rarement proposé : l'une des recommandations du groupe d'expert VIH (Pr MORLAT).
- L'utilisation de **tests rapides d'orientation** (TROD) est peu ou pas déployée, malgré l'arrêté du 01/08/2016 autorisant leur utilisation en milieu carcéral par les soignants des USMP, les associations habilitées, les CSAPA et les CAARUD. Elle offrirait pourtant des opportunités de dépistage à ceux qui se tiennent à l'écart des soins.
- Il en est de même des auto-tests, de la PREP ou de la communication autour du TASP ou du TPE.
- Le **dépistage à la demande du patient** existe, mais en dehors des Trod, peu diversifié avec un recours quasi exclusif aux USMP, beaucoup plus rarement à un CAARUD ou une association agréée.



LA DETENTION: les traitements

- LES PVVIH identifiées en prison ont en théorie **accès** aux mêmes molécules qu'à l'extérieur.
- Les causes de **la non-prise des TRT en prison**: confidentialité et secret médical, surpopulation carcérale, absence de PREP en prison...
- **Absence d'information** : notamment autour du TASP et de la pénalisation de la contamination.
- 7,9 % des personnes détenues reçoivent un **traitement substitutif aux opiacés** (TSO). Chez les personnes sous TSO, les prévalences sont élevées, tant pour le VIH : 3,6% que pour le VHC : 26,3%.
- 70% des **VHC+** sont des **usagers de drogue** avec seulement 36% qui recevaient un traitement.

LA DETENTION: la question de la Promotion de la santé et de l'information

- Le **TASP** pourrait être un bon moyen d'aborder la question de la contamination en prison.
- Aucune information n'est donnée aux détenus sur le **TPE** alors même qu'il est accessible dans certaines prisons.
- L'intervention des associations, la promotion de la santé et la prévention sont très insuffisants.
- La continuité des soins entre l'intérieur et l'extérieur insuffisamment assurée.
- **Les personnels**, notamment pénitentiaires sont insuffisamment formés et ne jouent pas de rôle de 1^{ère} ligne.

Les autres obstacles

- **Généraux** : surpopulation notamment en maison d'arrêts, violence, manque de personnels, insalubrité, vétusté, surreprésentation des étrangers, problèmes spécifiques (trans, femmes, mineurs...), activité, secret médical, intimité, aménagements de peine pour raison médicale, consultations spécialisées, extractions, absence de poste de travailleur social...
- **Absence de RDR** : enquête Coquelicot en 2004 (INVS), Enquête CIRCE (OFDT 2019), Loi de santé du 26 janvier 2016...
- **Absence voire indifférence des acteurs de la lutte contre le sida** : méconnaissance du parcours de santé des personnes sous main de justice : chiffres, Corevih, Recherche en prison....
- **Absence de l'Etat** : voire manque de volonté pour les publics placés sous main de justice.

Guides et publications : Sortie de prison/Aménagements de peine pour raison médicales/Intervenir en prison/Corevih et travail en régions.

ce guide transviral
SORTIE DE PRISON
est une publication de Sidaction



Décembre 2016



PROMOTION DE LA SANTÉ, VIH ET PRISON

Recommandations à destination des
acteurs du milieu pénitentiaire

Outil de plaidoyer destiné aux acteurs associatifs de la
lutte contre le sida exerçant en milieu pénitentiaire

VIH et PRISON | Septembre 2019



LES ACTIONS : le Plaidoyer

- **Objectifs** : influencer sur les politiques publiques, changer le contexte, égalité dedans-dehors...
- **Principes** : lutter contre les discriminations et agir sur le parcours de vie des personnes.
- **Moyens** : guide du plaidoyer avec le Groupe expert prison de Sidaction (7 sous groupes de travail pilotés par un expert), support pour les acteurs et les décideurs.

Thématiques abordés

Décliné en 7 axes de plaidoyer :

- **Groupe 1** : Accès à la santé (Soins et droits) /Aménagements de peine pour raison médicales/Sortie de prison ;
- **Groupe 2** : Usage de drogue ;
- **Groupe 3** : Sexualité ;
- **Groupe 4** : Travail en régions et Corevih ;
- **Groupe 5** : Recherche en prison
- **Groupe 6** : Minorités incarcérées (Transgenres, HSH vs LGB, migrants, mineurs, femmes...)
- **Groupe 7** : Départements français d'Amérique.

Contenu

- **Sous-groupes** : au niveau du Groupe expert prison de Sidaction.
- **Drafts** :
 - ✓ Cadre/textes réglementaires
 - ✓ Dans la réalité/contexte de la prison
 - ✓ Recommandations/préconisations
 - ✓ Quelques solutions
 - ✓ Les structures de défense des droits des personnes.

ACCES AU DROIT A LA SANTE

S'inscrit dans un principe : Egalité Dedans-Dehors.

❑ Des difficultés communes à toutes les pathologies :

- **Manque de moyens humains et matériels** : Insuffisance de personnel, inadaptation des locaux, absence de permanence des soins aux heures et jours de fermeture des unités sanitaires.
- **Conditions et modalités d'extractions médicales inadaptés** : manque d'escorte, moyen de contrainte et de présence des personnels pénitentiaires.
- **Dispensation et gestion des médicaments non-adaptées** : stockage en cellule, risque de trafic, extorsion...
- **Inadaptation des locaux et des moyens humains** à la perte d'autonomie, au handicap et à la fin de vie.
- **Insuffisance de la mise en œuvre**, pour raison médicale, des aménagements et/ou suspensions de peine et des permissions de sortir.
- **Absence de mise en place de couverture sociale** entraînant des risques de perte de droits en fin de peine.

❑ Des difficultés spécifiques au VIH et aux hépatites :

- **Absence de prise en compte** par l'Etat du taux de prévalence élevé du VIH et des hépatites dans ses politiques pénitentiaires.
- **Insuffisance du dépistage** à l'entrée et lors de la détention et de l'information sur le VIH, les IST et les hépatites.
- **Couverture vaccinale** au VHB inconnue.
- **Insuffisance des consultations spécialisées** : hépatologues, gynécologues...
- **Absence de politique de réduction des risques et des dommages** liés aux VIH et hépatites.
- **Confidentialité et secret médical** limités.

Points à retenir :

- **Le dépistage** : notamment en incitant les surveillants à orienter les détenus vers l'US, à cantiner des auto-tests, améliorer les TROD et facilitant l'accès et l'exercice par des acteurs associatifs externes...
- **La confidentialité et le secret médical** : rappeler les enjeux aux personnels de l'AP.
- **Les dispositifs** déjà en place : travailler la question des préservatifs (partout en détention), veiller à la mise à disposition aux détenus de tous ce qui est autorisé par la loi.
- **La sécurité sociale et la couverture sociale** des personnes : veiller à cet aspect, développer la présence des institutions et donner des informations fiables aux détenus notamment à la sortie.

Aménagements de peine pour raison médicale

Dès lors que la prison n'est pas en mesure d'assurer des soins et une prise en charge adaptée à l'état de santé d'une personne détenue, celle-ci doit bénéficier d'une sortie de prison anticipée pour accéder aux soins.

- Médecins d'unités sanitaires** : connaissent mal les dispositifs ;
- Avocats et clients** : méconnaissent les droits et les procédures ;
- Experts médicaux** : manque de disponibilité, expertise pas toujours adaptée à la pathologie, non prise en compte des conditions réelles de vie du malade ;
- Le travail social** (mise à jour des droits sociaux, hébergement, droit des étrangers) : n'est pas toujours assuré par défaut de personnels dédiés (ASH, CPIP, etc.)
- Magistrats** : rejets de dossiers, statut du malade insuffisamment pris en compte par rapport au motif des incarcérations et des peines
- Manque d'hébergement** adapté pour la sortie
- Réticences des structures médico-sociales** à l'accueil de sortants de prison.

SORTIE DE PRISON

- ❑ **Les personnes détenues** ne bénéficient pas de l'aide d'une assistante sociale hospitalière pouvant accéder au dossier médical pour aider les personnes dans leurs démarches et coordonner avec les services pénitentiaires et judiciaires les questions liées à leur santé.
- ❑ **Le temps social** au niveau du SPIP est réduit, par défaut de personnel, les CIP s'étant majoritairement orientés vers la lutte contre la récidive (loi pénitentiaire de novembre 2009).
- ❑ **Toute demande** doit passer par l'écrit : maîtriser l'écrit dans ses démarches vers les structures internes ou externes de la prison : problème de l'illettrisme, des étrangers...
- ❑ **Problème de l'interprétariat**, de la traduction des pairs communautaires...
- ❑ **Problème de la domiciliation** en sortie de prison : SDF, absence de démarche....
- ❑ **Problème de la ré affiliation** à la Sécurité Sociale en sortie de prison : valable un an après la sortie de prison mais le détenu a 1 mois signaler son changement de domiciliation.
- ❑ **Démarches** vers certaines structures (CAF, Pole emploi, impôts, mairie...) si les démarches n'ont pas été entamées en prison : prestations familiales, AAH, RSA, mariage, ressources...
- ❑ **Certaines conditions** peuvent vous donner accès à des permissions de sortir et autorisations de sortie pour circonstances familiales : peine, naissance, décès, maladie, participations à des colloques ou évènements, emploi...
- ❑ **Problèmes des consultations spécialisées** externes et des extractions : peuvent être annulés car les conditions minimum ne sont pas réunies.
- ❑ **Dossier médical** pour sortant de prison : prise de rendez-vous, TRT...

Points à retenir :

- **La prise en charge** : elle doit être immédiate par tous les acteurs (soignants, personnels, experts...)
- **L'hébergement** en sortie de prison : places dédiées pour les sortants de prison notamment en ACT.
- Veiller au recrutement d'un **travailleur social** en SPIP mais également à l'US.

Sexualité en prison

« **Aucun texte législatif n'interdit des relations sexuelles consenties, ni en prison, ni en parloirs.** ».

- ❑ Avec l'échange de matériel chez les toxicomanes les rapports HSH sont la **deuxième cause** de contamination au VIH en prison.
- ❑ **L'article R.57-7-2 du Code de Procédure Pénale** dispose que : « *Constitue une faute disciplinaire du deuxième degré le fait, pour une personne détenue : 3° D'imposer à la vue d'autrui des actes obscènes ou susceptibles d'offenser la pudeur* » : ainsi, avoir des relations sexuelles au parloir constitue une faute disciplinaire. Les détenus risquent donc des sanctions disciplinaires notamment la privation de parloirs.
- ❑ **La prison** : C'est la seule institution non-mixte de la république et constitue de ce fait un lieu d'exception. Cela se répercute sur les rapports des personnes entre elles, très hétéro-normées, et celles avec leurs proches à l'extérieur.
- ❑ **Notion de famille** : L'évolution de la société française, notamment dans le cadre depuis 2013 de la loi sur le mariage entre personnes de même sexe (loi n° 2013-404 du 17 mai 2013) introduit un sens nouveau à la notion de famille complètement décalée avec les normes obsolètes de la prison qui est censée préparer les détenues à un retour dans la société.
- ❑ **Sexualité en prison** : pour beaucoup, l'interdiction des relations sexuelles revêt un caractère punitif à préserver, la prison répondant à un principe de sévérité et n'ayant de légitimité qu'au regard des privations qu'elle induit.
- ❑ **Les Unités de Vie Familiale** : leur mise en place répond à une dimension de maintien du lien familial et une logique de resocialisation où la question de la sexualité en prison est évincée.
- ❑ **La propagation des épidémies** : La prison est un lieu propice à *la propagation des maladies sexuellement transmissibles*. Les *pratiques sexuelles*, subies ou consenties, n'y sont pas rares et se font dans des conditions extrêmes de risque. Bien que les préservatifs existent en théorie dans les établissements pénitentiaires, leur *utilisation est peu courante* du fait de la difficulté parfois à y accéder, à leur inexistence parfois ou à des situations qui ne favorisent pas leur utilisation. **La prévalence du VIH et des hépatites est 6 fois plus importante en prison qu'à l'extérieur** comme le rappellent les dernières études (Prévacar et Pride, 2010).

Points à retenir :

- **Abolir les peines disciplinaires** liées à la sexualité en prison.
- Informer les personnels et les détenus de l'existence d'un dispositif de **TPE** en prison.
- **Promouvoir** la santé sexuelle, le TASP, l'intimité et la mixité en prison.
- Veiller à une **égalité des chances** en prison : Préservatifs, PREP, auto-tests....

Usage de drogue

- ❑ **Sur-représentation** des usagers de drogue en prison (DRESS 2003).
- ❑ **Haut lieu de pratiques à risque** mais aussi de **précarité sociale et mentale** : relations sexuelles, tatouages/piercings, injection et partage de seringue (coquelicot, Pride, Prévacar)...
- ❑ **Présence effective de drogue en prison** : fouilles, prélèvement des eaux usées, prélèvements urinaires...
- ❑ **Les chiffres** : 73% des détenus déclarent au moins une pratique addictive en prison; VIH et hépatites 7 fois plus nombreux que dans la population générale...
- ❑ **La distribution de javel** ou les **traitements de substitution aux opiacés** ne suffisent pas à contrer le risque de transmission du VIH et du VHC conséquent au partage de seringues entre prisonniers.



Points à retenir :

- Arriver à une **réelle égalité dedans-dehors** puisque toutes les drogues existent en prison et que l'injection n'y est pas rare.
- **Promouvoir la RDR** en prison : y compris en formant les surveillants qui ne doivent pas gérer les risques supplémentaires dus à l'usage de drogue en prison.
- **Travailler avec les acteurs** pour sensibiliser les personnes et les personnels aux enjeux des addictions en prison et de l'injection (stéroïdes anabolisants).

MINORITES : Femmes

« Les lois s'appliquent de manière indifférenciée aux adultes quelque soient leur sexe. »

- ❑ **Inégalité** entre hommes et femmes incarcérées :
- ❑ **Un maintien des liens familiaux** du fait du maillage territorial inégal des lieux d'enfermement,
- ❑ **Des conditions matérielles d'hébergement** insatisfaisantes en raison de leur enclavement au sein de quartiers distincts,
- ❑ **Un accès** réduit ou inadéquat aux activités,
- ❑ **Une prise en charge** au sein de structures spécialisées limitée voire inexistante et, parallèlement, une absence de prise en compte des besoins spécifiques des femmes.



MINORITES : Mineurs

« La justice des adultes n'est pas adaptée aux enfants. L'âge et le discernement d'un enfant de 12 ans et d'un adulte de 40 ans ne sont en effet pas les mêmes. ».

- ❑ Le juge des libertés et de la détention, saisi par le juge des enfants peut décider de placer ou de maintenir un mineur en **détention provisoire**.
- ❑ Les mineurs âgés de 13 à 16 ans, sont jugés par un tribunal pour enfants qui ne peut prononcer à leur encontre une **peine privative de liberté** supérieure à la moitié de la peine encourue par un adulte. Ils bénéficient d'une manière générale d'une atténuation de leur peine dénommée «**excuse de minorité**».
- ❑ Le tribunal pour enfants ou la cour d'assises des mineurs peut décider que cette « excuse de minorité » **ne s'applique pas** pour des mineurs âgés de plus de 16 ans.
- ❑ Le tribunal pour enfants ou la cour d'assises des mineurs peut décider que cette « excuse de minorité » ne s'applique pas pour des mineurs âgés de plus de 16 ans.
- ❑ Procédure dite de « **présentation immédiate** » : A titre exceptionnel.



MINORITES : Personnes étrangères

« De manière pratique, rien ne justifie, sauf exception, une différence de traitement entre les personnes détenues de nationalité française et celles de nationalité étrangère. ».

La part des étrangers en prison (20%) est plus élevée que la part des étrangers dans la population française (6 %). En théorie, les institutions françaises expliquent cette différence par trois ordres de facteurs :

- ❑ les délits, propres aux étrangers, relatifs à l'entrée et au séjour ;
- ❑ les pratiques institutionnelles résultant de la loi et des tribunaux ;
- ❑ les caractères de la population étrangère, largement partagés avec les catégories sociales de Français les plus défavorisées, lesquelles peuplent massivement les prisons.

MINORITES : Transgenres

- « Il faudrait une meilleure sensibilisation des personnels et des soignants sur nos spécificités. Des surveillants d'abord, car ce sont eux qui sont en contact avec nous au quotidien. Certains semblent déterminés à nous écraser psychologiquement, à nous renvoyer en permanence qu'on n'est pas normales. Comme si ça ne suffisait pas qu'on soit en prison » .»
- « Le transsexualisme est le fait pour une personne d'avoir une identité sexuelle ressentie en conflit avec son sexe biologique de naissance. Cette identité peut s'exprimer dans l'apparence physique par un simple changement de comportement, par des mesures cosmétiques, l'utilisation d'hormones, voire un traitement chirurgical de réassignation de sexe. ». *GUIDE MÉTHODOLOGIQUE / PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES PERSONNES PLACÉES SOUS MAIN DE JUSTICE (#2 CAHIER IV PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES ET PRÉVENTION/ B. DROITS S'APPLIQUANT À DES POPULATIONS SPÉCIFIQUES/a. Personnes transsexuelles).*

- ❑ **Pour la pénitentiaire** : L'affectation des personnes transsexuelles s'effectue au mieux des intérêts de la personne (encellulement individuel, dans un secteur de détention favorisant la prise en charge des personnes vulnérables (placement à l'isolement) et des impératifs de gestion des établissements pénitentiaires. Tout au long du parcours de soins, il convient de veiller à la protection de l'intégrité physique et psychique de la personne. Dans la mesure du possible, il convient de permettre aux personnes transsexuelles l'achat en cantines exceptionnelles de produits (cosmétiques...) ou de vêtements (sous-vêtements) marquant habituellement l'appartenance à un autre sexe que celui de l'état civil. Parmi ces derniers, les produits ostentatoires (maquillage, robes/jupes lorsque la personne évolue en détention hommes par exemple) sont strictement prohibés en dehors de la cellule. S'agissant des fouilles, les conditions doivent permettre de respecter la dignité de la personne.
- ❑ **Avis du CGLPL du 30 juin 2010 relatif à la prise en charge des personnes transsexuelles incarcérées :**
- Les personnes détenues **concernées n'ont bénéficié d'aucune information précise relative aux modalités de leur prise en charge médicale à long terme** et mésestimaient les conséquences que celle-ci entraîne sur leurs conditions de détention. Au mieux, cette information leur a été délivrée tardivement.
 - En tout état de cause, elles n'avaient **nullement accès à l'offre de soins existant hors des établissements pénitentiaires** en la matière. Seule l'une d'elles a pu intégrer le protocole d'une équipe spécialisée, mais seulement plus de trois ans après ses premières démarches
 - La gestion de la détention de ces personnes est hétérogène dès lors **qu'en l'absence de principes directeurs, chaque chef d'établissement pénitentiaire apprécie, au cas par cas, les mesures à mettre en œuvre** (port de vêtements féminins autorisé ou non, possibilité de cantiner des produits de beauté, affectation en détention normale ou placement à l'isolement...).

Points à retenir :

- **Femmes** : les besoins élémentaires des détenues incarcérées et notamment les serviettes hygiéniques : penser à adapter les établissements pénitentiaires à cette population.
- **Mineurs** : insister sur l'exceptionnalité d'incarcérer ce public.
- **Personnes étrangères** : faciliter l'accès de médiateurs, de traducteurs, d'associations spécialisées...
- **Trans** : des réflexions sont engagées ça et là. Harmoniser les pratiques et mettre en place des changements concernant l'incarcération de ces publics.



Départements Français d'Amérique

« Les prisons en Antilles-Guyane répondent au même cadre réglementaire que le reste des prisons françaises, régi par le droit français ».

- ❑ **Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH), dans son avis sur la question pénitentiaire dans les outre-mer du 18 mai 2017** : conditions matérielles inadéquates de détention, vétusté, absence d'hygiène et de salubrité, persistance de la violence entre détenus et des violences interethniques ainsi que par les allégations de mauvais traitements par le personnel pénitentiaire, difficultés rencontrées par certains détenus pour porter plainte contre ces violences, soit auprès des autorités administratives ou judiciaires, soit auprès du Contrôleur général des lieux de privation de liberté.
- ❑ La Guyane, département d'Outre-mer, est le département français le plus touché par l'épidémie de VIH, devant le département de Guadeloupe et les régions Ile de France et PACA : l'épidémie de VIH en Guyane est, comme certains de ses voisins du bassin caribéen caractérisée de généralisée.
- ❑ En Guyane française, comme dans les Antilles, l'épidémie est caractérisée par :
 - Une épidémie hétérosexuelle très dynamique, qui concentre 95 à 98% des cas.
 - Une faible proportion de contaminations masculines associées à des rapports sexuels entre hommes.
 - La très faible proportion de contamination par usage de drogues par injection.
 - Une épidémie mixte (touchant à part égale les hommes et les femmes).
 - Une proportion majoritaire de ressortissants étrangers en Guyane (78.5% de la file active guyanaise).

La situation du VIH en Guyane (et au-delà dans les Antilles) doit être considérée dans un contexte locorégional, impliquant les pays frontaliers, de la zone caraïbe et ceux d'Amérique latine d'où sont issus les migrants de Guyane.

- ❑ -Taux très élevé de surpopulation carcérale illustrée par un taux de remplissage de 160 % en 2018 (statistiques du 1^{er} juillet) dans la population carcérale générale :
- ❑ Il est également à noter la forte proportion d'étrangers (50%) dans la seule prison de Guyane (Rémire-Montjoly) , issue majoritairement des pays limitrophes (Surinam, Brésil, Guyana, Haïti...) et la prévalence élevée du VIH chez les détenus de Rémire-Montjoly (4% en 2014). L'épidémie est généralisée en Guyane et la prévalence est de 1,2% dans la population générale.

Quelques pistes d'amélioration

- **Le travail en régions:** s'appuie sur *les Corevih* (Coordinations régionales du VIH), instances où sont réunis l'ensemble des acteurs et où ils peuvent échanger et élaborer des politiques liées au VIH, aux hépatites, aux IST et à la santé sexuelle loin des contraintes liées aux institutions. Ce sont également des instances qui peuvent être des interlocuteurs crédibles en région à des institutions décisionnaires en matière de prison comme les agences régionales de santé (ARS) et les Direction interrégional des Services pénitentiaires (DISP). Le travail en inter-corevih est également un enjeu en matière de santé en prison afin de faire correspondre les territoires couverts par les différents corevih avec celui de la DISP.
- **La recherche en prison :** *la connaissance des publics et des pratiques en prison* est également un enjeu vital pour les acteurs de santé. En effet comme le souligne l'IGAS et l'IGSJ dans son rapport de novembre 2015 « *les études générales datent de 2003 pour l'état de santé des entrants en détention, de 2004 pour la prévalence des troubles psychiatriques, de 2001 pour les handicaps et dépendances. Seule l'étude sur le VIH, le VHC et les traitements de substitution a été actualisée en 2010* ».

CONCLUSION

« Alors que la France s'est donnée comme objectif d'éradiquer les nouveaux cas à l'horizon 2030, elle ne s'est pas donnée les moyens pour le faire, notamment vers les populations à risque. ». **Rapport de la Cour des comptes de juin 2019.**

Aujourd'hui en France, rendre invisible les populations incarcérées et leur santé, permet de nier l'existence de ce problème et ne permet pas de lutter efficacement contre l'avancée des épidémies de VIH et d'hépatites.