

Le VIH en Prisons

Possibilités d'intervention En Afrique subsaharienne



Septembre 2007

**Office des Nations Unies
contre la drogue et le crime**

ONUSIDA

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida

UNHCR
UNICEF
PAM
PNUD
FNUAP

ONUDC
OIT
UNESCO
OMS
Banque mondiale

* Nous remercions Joao Silva d'avoir fourni les photographies qui illustrent de façon saisissante la surpopulation de certaines prisons en Afrique subsaharienne. Ces photographies ne montrent pas – tel n'est pas leur objet – des personnes vivant avec le VIH/sida ni l'ampleur du problème dans les prisons.

V.07-87885 (F)

0787885

Préface

En 2001, les chefs d'État et les représentants des gouvernements de 189 pays se sont réunis à l'occasion de la toute première session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée au VIH/sida. Ils ont adopté à l'unanimité la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, conscients que l'épidémie constituait « une crise mondiale et l'un des défis les plus redoutables pour la vie et la dignité humaines ». La Déclaration d'engagement couvrait 10 questions prioritaires, notamment la prévention, le traitement et le financement. Elle devait servir de feuille de route pour la réalisation de l'objectif du Millénaire pour le développement (OMD) consistant à enrayer et commencer à inverser la propagation du VIH/sida à l'horizon 2015.

En 2005, conscient de la lenteur des progrès réalisés, les pays et les partenaires de développement sont convenus qu'il fallait d'urgence renforcer les efforts nationaux pour faire face à l'épidémie de sida, afin de susciter un engagement mondial en faveur de l'accès universel à la prévention, au traitement, à la prise en charge et à l'appui en matière de VIH. Cette orientation vers l'accès universel a été approuvée à la fois par l'Assemblée générale et par des organes tels que l'Union africaine et le Groupe des huit principaux pays industrialisés (G-8).

L'Afrique subsaharienne¹ est la région la plus durement touchée par l'épidémie, avec près des deux tiers du nombre total de séropositifs dans le monde². Le VIH en milieu carcéral est à la fois un problème de santé publique et une question de droits de l'homme qu'il convient de traiter d'urgence en vue d'une prise en charge efficace sur le continent. Pourtant, et malgré l'augmentation sensible des ressources consacrées à la lutte contre l'épidémie aux niveaux national et international, les prisons en Afrique subsaharienne n'ont guère reçu d'attention.

Comme tout être humain, les détenus ont le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible. Ce droit est garanti par l'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme adoptée par l'Organisation des Nations Unies et par l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. La communauté internationale admet de manière générale que les détenus conservent tous les droits dont ils ne sont pas privés du fait de leur incarcération. La seule peine est la privation de liberté, et non pas le déni des droits fondamentaux de l'homme. Les États sont donc tenus d'appliquer des lois, des politiques et des programmes qui respectent les normes internationales relatives aux droits de l'homme pour garantir que les détenus reçoivent des soins d'un niveau équivalent à celui offert à la population générale³.

Le présent rapport est un résumé analytique des informations existantes sur le VIH en milieu carcéral en Afrique subsaharienne. Il identifie les lacunes en matière d'informations et propose un cadre d'intervention. La principale conclusion est qu'on ne dispose pas de suffisamment d'informations sur la communauté pénitentiaire, aussi bien dans les établissements pénitentiaires qu'à l'extérieur, mais que ce qu'on sait est inquiétant et montre qu'il importe d'agir rapidement afin de pouvoir mieux évaluer la situation, identifier les bonnes pratiques et promouvoir des

¹ Dans le présent rapport, les termes « Afrique » et « Afrique subsaharienne » sont utilisés indistinctement pour désigner l'Afrique subsaharienne.

² ONUSIDA (2006). Le point sur l'épidémie de sida, Genève, ONUSIDA.

³ UNODC-UNAIDS-WHO Framework for HIV/AIDS Prevention, Treatment and Care in Prison (2006).

politiques, des programmes et des services plus efficaces au niveau national. Le rapport contient une section sur les prochaines étapes, qui peut être adaptée en fonction des circonstances particulières de chaque pays.

Le présent rapport est le fruit d'une collaboration entre l'Équipe de campagne sida pour l'Afrique de la Banque mondiale (*ACTAfrica*), le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), organisme chef de file pour la prévention de la transmission du VIH dans les prisons, avec le concours du Bureau régional pour l'Afrique de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Il a été établi sur la base d'un examen des travaux de recherche et d'analyse de données recueilli dans le cadre d'autres projets, et de consultations avec les services compétents de la Banque mondiale (en Afrique et ailleurs), un certain nombre de bureaux de pays et d'organisations non gouvernementales locales au Burkina Faso, au Cameroun, en Côte d'Ivoire, au Ghana, au Mali, à Maurice, au Niger et au Sénégal, des représentants de plusieurs organismes des Nations Unies tels que l'ONUDC, le PNUD, UNIFEM, le FNUAP, l'UNICEF et le secrétariat d'ONUSIDA, ainsi qu'avec des directeurs de prison dans la région.

Le rapport vise à fournir à ceux qui s'occupent de questions liées au VIH et aux prisons des informations et des solutions constructives pour aider à prendre systématiquement en compte la population carcérale dans la lutte contre le sida en Afrique subsaharienne. Il constitue une base commune à partir de laquelle les pays eux-mêmes, ainsi que les partenaires multilatéraux, bilatéraux et non gouvernementaux, pourront élaborer des politiques et des programmes coordonnés et fournir des services. En conclusion, il faut y voir un document évolutif appelé à être révisé à mesure que des informations, données d'expérience et ressources nouvelles deviendront disponibles. Toute contribution d'autres institutions et organisations pour élargir la diffusion du présent document et assurer la mise en œuvre des recommandations qu'il contient sera la bienvenue.

Remerciements

Bien que le présent rapport soit le fruit d'un effort collectif, nous remercions comme il se doit son auteur principal, Nilufar Egamberdi (spécialiste du développement social, consultant auprès d'ACTAfrica), qui a également dirigé les travaux de recherche et d'analyse des données disponibles. Richard Seifman (conseiller principal auprès d'ACTAfrica) a fourni des orientations tout au long de l'élaboration du rapport. Elizabeth Lule (directrice d'ACTAfrica) a assuré la supervision et prodigué un appui et des conseils. Fabienne Hariga (spécialiste du VIH/sida, ONUDC), Reyhad Abdul (conseiller régional pour les questions relatives au VIH/sida, ONUDC, Kenya), Mickel Edwerd (coordonnateur de projet, ONUDC, Sénégal), Claudia Shilumani (conseillère régionale pour les questions relatives au VIH/sida en Afrique australe, ONUDC, Afrique du Sud) et Brian Tkachuk (conseiller régional pour les questions relatives au VIH/sida en milieu carcéral, ONUDC, Afrique du Sud) ont fait de précieuses observations et contribué pour beaucoup au projet de rapport final. Jyothi Raja N. K. (conseiller auprès d'ONUSIDA en matière de prévention et de vulnérabilité) et Innocent Ntaganira (médecin-administrateur chargé de la prévention du VIH au Bureau régional pour l'Afrique de l'OMS) ont aidé à définir le contenu, le processus d'examen et d'approbation ainsi que la méthode de diffusion.

Nos remerciements vont également à la division de l'information et du partage des connaissances d'ONUSIDA et à Ragnhild Johansen (ONUSIDA), qui a revu le rapport.

Table des matières

	<i>Page</i>
Résumé	6
Principaux enseignements tirés	6
L'avenir	8
I. Introduction	9
II. Que sait-on sur le VIH en milieu carcéral à l'échelle mondiale?	10
III. Que sait-on sur le VIH dans les prisons africaines?	13
Tour d'horizon des statistiques régionales sur la population carcérale	13
Facteurs contribuant à la transmission du VIH entre détenus en Afrique	16
Prévalence du VIH chez les détenus en Afrique – données disponibles	18
IV. Recommandations	21
V. Étapes suivantes	23
VI. Conclusion	25
Bibliographie	26

Résumé

Principaux enseignements tirés

1. Les données sur le VIH en milieu carcéral en Afrique sont limitées

Les données disponibles sur la prévalence du VIH en Afrique ont été recueillies de façon disparate. Elles proviennent principalement d'études menées dans une seule prison et, dans bien des cas, uniquement auprès des détenus séropositifs ou malades du sida. Elles ne sont ni assez récentes ni suffisamment exactes pour rendre véritablement compte de la situation actuelle. Des études plus systématiques et plus approfondies doivent être effectuées au niveau des pays et des établissements pénitentiaires pour déterminer l'ampleur réelle du problème.

2. Les comportements sexuels à haut risque et autres comportements à risque dans les prisons accélèrent la propagation du VIH et des infections sexuellement transmissibles

Les comportements à haut risque en milieu carcéral comprennent les rapports sexuels non protégés (principalement par pénétration anale et entre hommes), le viol, le marchandage sexuel et les « mariages ». En outre, l'utilisation de méthodes d'injection à risque par les consommateurs de drogues injectables, l'échange de sang et l'utilisation de seringues et autres instruments tranchants non stériles pour le tatouage sont très répandus.

3. La plupart des détenus appartiennent à un groupe de population à haut risque

La plupart des détenus sont des hommes sexuellement actifs âgés de 19 à 35 ans, soit une sous-population qui est exposée à un haut risque d'infection par le VIH avant d'entrer en prison, tout particulièrement dans les pays à épidémie généralisée⁴.

4. Il existe un haut risque de transmission entre la population carcérale et la population générale

Les détenus et la communauté pénitentiaire ne sont pas isolés de la collectivité en général. La majorité des détenus sortent de prison et retournent vivre au sein de la société. En outre, beaucoup d'autres personnes, notamment le personnel pénitentiaire, les bénévoles et les visiteurs, vivent et travaillent parmi les détenus ou fréquentent régulièrement les prisons.

⁴ Selon ONUSIDA et l'OMS, une *épidémie de VIH généralisée* est une épidémie de VIH dans un pays où 5 % au moins des femmes qui reçoivent des services prénatals en milieu urbain sont infectées; les taux d'infection chez les individus appartenant aux groupes à comportement à haut risque ont aussi tendance à dépasser 5 % dans les pays à épidémie généralisée. Une *épidémie de VIH concentrée ou de faible ampleur* est une épidémie de VIH dans un pays où 5 % au moins des individus appartenant à un groupe à haut risque, mais moins de 5 % des femmes qui reçoivent des services prénatals en milieu urbain, sont infectés. Une *épidémie naissante* est une épidémie de VIH dans un pays où moins de 5 % des individus appartenant aux groupes à haut risque sont infectés.

5. La surpopulation conduit au viol et à des sévices sexuels dans les prisons

Les prisons dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne sont extrêmement surpeuplées, ce qui contribue à la détérioration des conditions matérielles dans les centres de détention. L'encadrement et la sécurité laissent de ce fait à désirer, ce qui accroît sensiblement le risque d'activités de bandes organisées et de violence. Les relations sexuelles et les agressions sexuelles sont souvent un exutoire pour les détenus en proie au stress, au sentiment d'impuissance et à l'oisiveté.

6. La tuberculose se propage plus facilement dans les prisons

Les détenus sont la population la plus exposée non seulement au VIH et aux autres infections sexuellement transmissibles, mais aussi à la tuberculose. Dans les prisons, la surpopulation, la mauvaise aération et le manque de prévention accroissent considérablement le risque de transmission de la tuberculose. La tuberculose est également l'infection opportuniste⁵ la plus répandue chez les personnes vivant avec le VIH en Afrique. Le taux de mortalité élevé chez les détenus est dû à la forte prévalence cumulée de la tuberculose et du VIH.

7. Les politiques et les programmes de lutte contre le VIH chez les détenus sont rarement appliqués

À l'échelle mondiale, différentes politiques et mesures de lutte contre le VIH sont mises en œuvre : distribution de préservatifs et de lubrifiants; accès des consommateurs de drogues injectables à du matériel d'injection stérile et à un traitement; diffusion de matériel d'information, d'éducation et de communication; et accès au traitement antirétroviral et prévention des maladies opportunistes. Les directives en matière de dépistage du VIH dans la communauté pénitentiaire sont rarement suivies. Les politiques définies au niveau national manquent souvent de cohérence, sont inadaptées ou ne sont pas appliquées, et concernent principalement les pays développés.

8. La réforme de la justice pénale pourrait contribuer à la prévention du VIH

L'imposition de peines et de cautions inadéquates, l'assistance juridique insuffisante – quand elle existe – apportée aux détenus (notamment ceux en détention provisoire), le manque d'installations pour les femmes et les jeunes, le viol et la violence organisée appellent une action appropriée qui passe par la réforme du système pénitentiaire dans les pays africains. Les conditions déplorables dans les prisons, notamment la surpopulation, la mauvaise gestion, une alimentation et une nutrition médiocres, ainsi que le manque de personnel et d'équipements médicaux posent d'énormes difficultés aux autorités pénitentiaires et aux gouvernements en général et contribuent à la propagation du VIH.

⁵ Les personnes vivant avec le VIH sont vulnérables à différentes infections et tumeurs qui sont appelées « infections opportunistes » parce qu'elles apparaissent à mesure que les défenses immunitaires d'une personne séropositive s'affaiblissent. Les infections opportunistes les plus courantes sont la tuberculose, le paludisme et la pneumonie, ainsi que différentes mycoses et maladies virales.

L'avenir

Face au grave manque d'informations et à l'urgente nécessité de freiner la propagation du VIH à l'intérieur comme à l'extérieur des établissements pénitentiaires, il est proposé de prendre les mesures suivantes :

- Procéder à une analyse de la situation comprenant notamment des enquêtes de surveillance de la séroprévalence et des études comportementales;
- Engager, à la lumière des conclusions de l'analyse susmentionnée, un dialogue avec différents décideurs et parties prenantes (organisations non gouvernementales, administrations pénitentiaires nationales, commissions/comités nationaux de lutte contre le VIH/sida, ministères compétents et donateurs). Présenter des recommandations sur l'action à mener, en identifiant les bonnes pratiques et les enseignements à en tirer;
- Procéder à un examen de la législation, promouvoir les activités de sensibilisation et engager un dialogue sur l'action à mener pour intégrer la question du VIH en milieu carcéral dans les moyens d'intervention aux niveaux national et régional;
- Fournir une assistance technique aux institutions locales pour les aider à élaborer des stratégies d'intervention;
- Encourager les réseaux à promouvoir la coopération et à établir des programmes de travail intégrés entre les services pénitentiaires, les systèmes de santé pénitentiaire, les systèmes de santé publique, les comités nationaux de lutte contre le sida et les organisations nationales et internationales de la société civile, afin de promouvoir la santé pénitentiaire et la santé publique et, par là-même, des services adéquats de prévention, de traitement et de prise en charge du VIH dans les prisons;
- Promouvoir la sensibilisation et la mobilisation pour rechercher des mécanismes d'intervention adéquats et documenter le processus;
- Inclure des indicateurs propres aux établissements pénitentiaires dans le système national de suivi et d'évaluation du VIH ou renforcer les capacités locales en la matière.

I. Introduction

1. Afin de mieux apprécier les informations disponibles et d'attirer l'attention sur la vulnérabilité au VIH/sida des communautés carcérales, ainsi que celle des personnes en contact étroit avec elles, l'équipe ACTAfrica de la Banque mondiale a entrepris en mai 2006 de collecter des données et d'en réaliser une première analyse, effort auquel se sont associés ultérieurement ONUSIDA, l'ONU DC et l'OMS. Ces travaux doivent être considérés comme une phase préliminaire et la base d'une action plus large qui sera menée par des partenaires multiples. Si le terrain est bien préparé, la question du VIH/sida en milieu carcéral devrait devenir partie intégrante de cadres ou plans nationaux chiffrés de lutte contre le sida.

2. Les prisons abritent un grand nombre de personnes infectées par le VIH et à risque, et pourtant les détenus constituent l'un des groupes de population les moins pris en compte dans les plans nationaux de lutte contre le VIH. Les conditions dans les établissements pénitentiaires sont particulièrement favorables à la transmission de nombreuses maladies infectieuses, notamment la tuberculose (et à présent une tuberculose à bacilles ultrarésistants, la tuberculose XDR, l'hépatite (A, B et C), les maladies sexuellement transmissibles et le VIH⁶. La surpopulation et les conditions insalubres dans les établissements pénitentiaires, où la consommation de drogues injectables et les rapports sexuels non protégés sont des pratiques courantes, en font un terrain idéal pour la transmission du VIH. La majorité des détenus sont des hommes, notamment en Afrique. De ce fait, le milieu carcéral est particulièrement propice à la violence et aux rapports homosexuels. Les rapports hétérosexuels et homosexuels en prison – consensuels ou forcés – jouent un rôle moteur dans la propagation de l'infection⁷. Les détenus ne vivent pas en vase clos; ils sont souvent en contact étroit avec la population générale, et la population carcérale est de ce fait un important vecteur de transmission du VIH à l'intérieur comme à l'extérieur des prisons.

3. Il n'existe que très peu de données sur le nombre de détenus séropositifs, qui est quasiment inconnu dans la plupart des pays africains. Les données disponibles ne portent que sur un nombre limité de pays, et les estimations sont principalement basées sur des échantillons non significatifs et proviennent d'enquêtes sporadiques. Il est donc impossible de savoir quelle est l'ampleur de l'épidémie dans la communauté carcérale et son effet multiplicateur sur la société dans son ensemble. Ce manque d'information se manifeste aux niveaux : i) des institutions, ii) de la législation, iii) des politiques et des programmes, iv) de la société civile, et v) de la population générale. Les organisations internationales de développement et les donateurs n'ont pas encore accordé à ce problème l'attention voulue, tandis que la plupart des collectivités locales ne cherchent pas à savoir ce qui se passe derrière les murs des prisons.

⁶ OMS (2001). La santé en prison, Genève, OMS.

⁷ Curtis M. (2004). Fighting for Prison Health, Bulletin du Programme international de réduction des risques de l'Open Society Institute.

II. Que sait-on sur le VIH en milieu carcéral à l'échelle mondiale?

4. Les prisons et autres lieux de détention à travers le monde sont durement touchés par l'épidémie de VIH. Les taux d'infection par le VIH et le nombre de cas confirmés de sida y atteignent des niveaux particulièrement disproportionnés⁸. Selon les données internationales, la prévalence du VIH est 6 à 50 fois plus élevée chez les détenus que dans l'ensemble de la population adulte. À titre d'exemple, le rapport est de 6 pour 1 aux États-Unis, 10 pour 1 en France, 27 pour 1 en Suisse et 50 pour 1 à Maurice⁹.

5. Quelque 9 millions d'hommes, de femmes et d'enfants (âgés de moins de 18 ans) sont incarcérés à travers le monde, dont plus de 2 millions, soit 22 %, aux États-Unis, pays qui compte la plus importante population carcérale avec 714 détenus pour 100 000 personnes¹⁰. Compte tenu du nombre d'entrées en prison et de sorties de prison, il y a plus de 30 millions de détenus chaque année.

6. La population carcérale augmente rapidement à l'échelle mondiale et les taux d'incarcération élevés se traduisent par une surpopulation qui tient en grande partie à la législation et aux politiques nationales en matière de justice pénale. Dans la plupart des pays, la surpopulation et les mauvaises conditions matérielles règnent dans les prisons¹¹ avec d'importantes conséquences pour ce qui est de la lutte contre les maladies infectieuses – et surtout, la prévention et le traitement du VIH¹².

7. La population carcérale est principalement masculine et la plupart des prisons sont réservées aux hommes, y compris en ce qui concerne le personnel pénitentiaire. Dans un tel environnement, les rapports homosexuels (entre détenus et entre gardiens et détenus) sont fréquents¹³. Le nombre de cas signalés est probablement très inférieur à la réalité, principalement en raison de la persistance à nier les faits, de la crainte d'être dénoncé et de la criminalisation de la sodomie et de l'homosexualité.

8. Bien que les rapports homosexuels soient généralement consensuels, le viol et les sévices sexuels sont souvent un moyen de domination dans la culture de violence qui caractérise la vie en prison¹⁴. Le viol, notamment le viol masculin, est considéré comme l'un des délits les plus souvent passés sous silence. Les violences sexuelles et physiques en prison demeurent un énorme problème de droits de l'homme¹⁵. Les données disponibles pour les États-Unis montrent qu'il y a 8 à 10 fois plus de viols en prison que dans la population générale¹⁶. Un homme sur cinq a fait l'objet d'une

⁸ Human Rights Watch (2006). HIV/AIDS in Prisons.

⁹ Macher A., Goosby A. (2004). The Incarcerated: A Report from the 12th World AIDS Conference; Stubblefield E., Wohl D. (2000). Prisons and Jails Worldwide: Update from the 13th International Conference on AIDS.

¹⁰ International Centre for Prison Studies (2007). The World Prison Population List, Londres, King's College.

¹¹ Walmsley E. (2003). Global Incarceration and Prison Trends, Forum on Crime and Society.

¹² Kantor E. (2006). HIV Transmission and Prevention in Prisons.

¹³ Human Rights Watch (2002). Rapport mondial; Human Rights Watch (1999). Rapport mondial; Special Programs and Campaigns – Prisons.

¹⁴ Human Rights Watch (1991). No Escape: Male Rape in USA Prisons.

¹⁵ Amnesty International (2001). Abuse of Women in Custody: Sexual Misconduct and Shackling of Pregnant Women.

¹⁶ Stemple L. (2002). Stop Prison Rape.

agression sexuelle en prison, et 1 sur 10 a été victime d'un viol. Vingt-sept pour cent des détenus sont victimes d'abus sexuels, y compris des viols commis par des gardiens¹⁷. Le viol en prison a également une connotation raciale¹⁸. Les données disponibles indiquent que le viol est utilisé comme tactique disciplinaire et comme moyen de contrôle par les autorités pénitentiaires qui non seulement ignorent le viol des détenus ou ne font rien pour le prévenir, mais l'encouragent comme moyen de punition¹⁹. Les détenus forment des alliances, des hiérarchies et des relations hostiles qui créent un climat de crainte et de domination dans lequel l'échange de faveurs sexuelles et l'asservissement sexuel sont monnaie courante. Ceux qui sont impliqués dans des violences sexuelles ne se considèrent cependant pas comme bisexuels ou homosexuels, ce qui entrave souvent la diffusion des messages de prévention du VIH.

9. Vu le recours à la force et l'absence d'usage du préservatif, les victimes de viol et autres formes de violence sexuelle sont plus exposés au VIH. On a attiré l'attention du public dans le monde entier sur les liens entre le viol et le VIH dans les prisons. Les études réalisées dans les centres de détention, notamment aux États-Unis, montrent que le viol en prison contribue à la transmission du VIH²⁰.

10. D'après des données récentes, plus de 500 000 femmes de tous âges sont incarcérées dans le monde²¹, avec des variations sensibles selon les continents, la proportion de femmes dans l'ensemble de la population carcérale étant la plus élevée dans les Amériques et en Asie (5 %) et la plus faible en Afrique (2,2 %).

11. Dans le milieu clos de la prison, les femmes sont particulièrement vulnérables aux sévices sexuels, notamment le viol, commis tant par le personnel que par les autres détenus. Dans de nombreux pays, les détenues vivent dans des locaux situés à l'intérieur des prisons masculines ou immédiatement voisins. Dans un petit nombre de cas, les femmes et les jeunes filles ne sont pas séparées de la population carcérale masculine. La supervision des détenues peut être assurée exclusivement ou principalement par des hommes. Les détenues sont également susceptibles d'être victimes d'exploitation sexuelle et échangent parfois des faveurs sexuelles avec d'autres détenus ou avec le personnel pénitentiaire, de leur propre chef ou de force, contre de la nourriture, des articles ou de la drogue.

12. La consommation de drogues injectables est l'une des principales voies de transmission du VIH dans de nombreuses régions (Asie de l'Est et du Sud, pays d'Europe orientale et d'Asie centrale). Une forte proportion de détenus à travers le monde purge une peine pour des infractions liées à la drogue, y compris le trafic de stupéfiants. Beaucoup continuent de consommer des drogues en prison. L'utilisation de matériel d'injection contaminé est à l'origine de la plus grande partie des cas de VIH dans les établissements pénitentiaires à l'échelle mondiale²².

¹⁷ US Centers for Disease Control and Prevention (2002), Prison Rape Spreading Deadly Diseases; Lehner E (2001). Hell Behind Bars: The Crime That Dares Not Speak Its Name.

¹⁸ Hogshire J. (2004). You Are Going to Prison.

¹⁹ Parenti J. (1999). Rape as a Disciplinary Tactic; Gordon N. (2001). Rape Used as a Control in U.S. Prisons; Berger V. (2002). Sentenced to Rape.

²⁰ Price J. (1995). Inmate's Lawsuit Point Up HIV Infection by Prison Rapes.

²¹ International Centre for Prison Studies (2007). The World Female Imprisonment Population List, Londres, King's College.

²² Martin V., Cayla J. A., Moris M. L., Alonso L. E., Perez R. (1998). Predictive Factors of HIV-infection in Injection Drug Users Upon Incarceration.

13. Le tatouage et autres actes percutanés sont des pratiques courantes parmi les détenus et le personnel. Les rites fraternels consistant à échanger et à mêler son sang se pratiquent également, avec un fort risque de transmission du VIH.

14. Les détenus sont particulièrement exposés à la tuberculose (notamment la tuberculose multirésistante et la tuberculose ultrarésistante, ou XDR-TB), à l'hépatite A, B ou C ainsi qu'aux infections sexuellement transmissibles (syphilis, gonorrhée). Si elles ne sont pas traitées, ces infections peuvent accroître fortement la vulnérabilité à l'infection à VIH.

15. Les services de santé pénitentiaires sont généralement déficients ou inexistant, faute de moyens et de personnel. En particulier, la qualité des procédures de stérilisation du matériel médical, dentaire et gynécologique est inadéquate dans la plupart des cas. Les précautions universelles sont souvent peu appliquées.

16. L'accès aux services de prévention ou de traitement du VIH et autres infections sexuellement transmissibles est insuffisant ou inexistant. Il est souvent impossible de se prêter à des tests volontaires et de recevoir des conseils en matière de VIH. Dans bien des pays, il est fréquent que les détenus n'aient pas accès aux programmes de prévention, aux moyens de prévention (préservatifs, lubrifiants, aiguilles et seringues, agents chlorés) et aux traitements, y compris les traitements de substitution aux opiacés, car on y voit une contradiction avec la législation sur les drogues ou les lois qui interdisent les rapports homosexuels.

17. Les taux de rotation et de mobilité sont élevés chez les détenus. La durée moyenne d'incarcération est faible tandis que les taux de réincarcération sont élevés. L'expérience internationale montre que la plupart des détenus finissent par sortir de prison et regagner leur communauté. S'ils ont contracté le VIH, en prison ou à l'extérieur, ils sont un vecteur potentiel de transmission entre la population carcérale et la population générale²³.

18. Le manque d'information des détenus sur les risques de contracter et de transmettre le VIH, conjugué à l'absence de moyens de protection et de soins appropriés, accroît le risque d'infection. Ce risque est également plus important pour les individus qui sont en contact avec les détenus, tels que le personnel pénitentiaire et les conjoints ou partenaires, et par extension, la population générale.

²³ Batterfield F. (2003). Infections in Newly Freed Inmates Are Rising Concern.

III. Que sait-on sur le VIH dans les prisons africaines?

Tour d'horizon des statistiques régionales sur la population carcérale

19. Quelque 668 000 hommes et femmes sont incarcérés en Afrique subsaharienne. L'Afrique du Sud a la plus forte population carcérale de la région avec 157 402 détenus, soit 335 détenus pour 100 000 habitants (tableau 1); sa population carcérale place ce pays au neuvième rang mondial. Le Rwanda se classe au deuxième rang régional, avec 67 000 détenus²⁴. L'Éthiopie et le Kenya ont également une importante population carcérale, avec 65 000 et 47 000 détenus respectivement. Beaucoup d'autres pays africains ont un taux élevé de détention – entre 120 et 169 détenus pour 100 000 habitants selon les chiffres officiels. Globalement, les pays ouest-africains ont la plus faible population carcérale (entre 2 800 et 6 000 détenus).

Tableau 1

Population carcérale en Afrique subsaharienne – par pays

<i>Pays</i>	<i>Population carcérale (milliers de détenus)</i>	<i>Taux d'incarcération (nombre de détenus pour 100 000 habitants)</i>	<i>Population totale (millions d'habitants)</i>
Botswana	6 259	348	1,80
Afrique du Sud	157 402	335	47,04
Namibie	4 814	267	1,80
Swaziland	2 734	249	1,10
Maurice	2 464	214	1,20
Lesotho	2 924	156	1,87
Rwanda	67 000	152	9,20
Zimbabwe	18 033	139	13,00
Kenya	47 036	130	32,50
Cameroun	20 000	125	16,00
Zambie	14 347	120	12,00
République-Unie de Tanzanie	43 911	113	39,00
Madagascar	20 294	107	19,00
Ouganda	26 126	95	28,80
Éthiopie	65 000	92	70,70
Malawi	9 656	74	13,00
Togo	3 200	65	4,90
République démocratique du Congo	30 000	57	52,80
Ghana	12 736	55	23,00
Sénégal	5 360	54	9,90
Côte d'Ivoire	9 274	49	19,10
Niger	5 709	46	12,50
Guinée	3 070	37	8,40
Mali	4 040	34	11,90
Gambie	450	32	1,40
Nigéria	40 444	30	126,00
Burkina Faso	2 800	23	12,20

Source : The World Prison Population List – Seventh Edition, Jan. 2007, International Centre for Prison Studies, King's College, Londres.

²⁴ La majorité des détenus au Rwanda (53 000 personnes) seraient des personnes suspectées d'avoir participé au génocide de 1994.

20. En Afrique, les taux d’incarcération sont très variables selon les sous-régions et, dans une moindre mesure, selon les pays d’une même région. En Afrique australe, les taux de détention vont de 348 au Botswana à 156 au Lesotho, le taux médian s’établissant à 267. En Afrique de l’Est, ils varient entre 30 aux Comores, 205 à Maurice et 239 aux Seychelles. En Afrique de l’Ouest, les taux se situent entre 23 au Burkina Faso, 75 au Bénin et 178 au Cap-Vert. Enfin, en Afrique centrale, ils varient entre 35 au Tchad et 125 au Cameroun.

21. Les données sous-régionales montrent également que les pays d’Afrique australe représentent 10 % environ de la population totale de la région, mais comptent un tiers de la population carcérale totale du continent (tableau 2), ce qui tient en grande partie au fait qu’il y a un plus grand nombre de détenus en Afrique du Sud que dans tout autre pays africain.

Tableau 2
Population carcérale – par sous-région

	<i>Population carcérale</i>	<i>Pourcentage de la population carcérale</i>	<i>Population (millions d’habitants)</i>	<i>Pourcentage de la population totale en Afrique subsaharienne</i>
Afrique australe	192 166	29	66 610 000	10
Afrique centrale	64 665	10	98 489 000	14
Afrique de l’Est	315 658	47	269 904 250	39
Afrique de l’Ouest	95 303	14	252 492 000	37
Total	667 792	100	687 495 250	100

Source : The World Prison Population List, 2007, International Centre for Prison Studies, King’s College, Londres.

22. L’examen des meilleures données disponibles sur la répartition par sexe de la population carcérale montre que le nombre de femmes incarcérées dans les pays africains est l’un des plus faibles du monde : on recense quelque 14 000 détenues en Afrique, alors que le chiffre varie entre 6 000 et 183 000 dans les autres régions. En outre, s’agissant de la proportion de femmes dans l’ensemble de la population carcérale, le taux de détention féminine dans les établissements pénitentiaires africains est relativement faible par rapport aux chiffres internationaux²⁵ : comme on peut le constater au tableau 3, il varie entre 1 % et à peine plus de 6 %, avec un taux moyen de 2,2 %.

²⁵ À l’échelle mondiale, les pays suivants ont les taux de détention féminine les plus élevés : Hong Kong (22 %), Myanmar (18 %), Thaïlande (17 %), Koweït (15 %), Qatar et Viet Nam (12 % chacun), Pays-Bas (11 %), Bermudes et Équateur (10 % chacun), Macao (9 %), États-Unis (8,6 %) et Népal (8,3 %), suivis du Panama (7 %), du Venezuela et du Nicaragua (6,6 et 6,5 %), de l’Uruguay et du Canada (5 %).

Tableau 3
Population carcérale féminine en Afrique

<i>Pays</i>	<i>Population carcérale (milliers de détenus)</i>	<i>Population carcérale féminine (nombre de femmes de tous âges incarcérées)</i>	<i>Pourcentage de femmes dans la population carcérale totale</i>
Afrique du Sud	186 739	3 129	6,0
Botswana	6 105	306	5,0
Burkina Faso	2 800	25	1,0
Cameroun	20 000	n.d.	n.d.
Cap-Vert	0 755	38	5,0
Côte d'Ivoire	10 355	236	2,3
Éthiopie	65 000	n.d.	n.d.
Gambie	450	6	1,2
Ghana	24 379	257	2,0
Guinée	3 070	61	2,0
Kenya	61 845	1 254	3,6
Madagascar	19 000	650	3,4
Malawi	8 566	117	1,2
Mali	4 040	80	2,0
Maurice	2 464	137	5,6
Mauritanie	1 185	10	2,7
Mozambique	8,812	551	6,3
Niger	6 000	n.d.	n.d.
Nigeria	40 444	756	1,9
Ouganda	26 126	901	3,4
République démocratique du Congo	30 000	83	3,2
République-Unie de Tanzanie	46 416	1 515	5,0
Rwanda	112 000	2 925	2,6
Sénégal	22 272	183	3,7
Swaziland	3 245	148	4,0
Togo	3 200	64	4,0
Zambie	13 200	380	2,6
Zimbabwe	20 000	602	3,3

Source : The World Female Imprisonment List, 2006.

23. Les données sur les mineurs²⁶ détenus dans les prisons africaines sont limitées. Dans la plupart des pays, les mineurs représentent entre 0,5 % et 5 % de la population carcérale²⁷. Comme ils sont souvent détenus avec les adultes, ils sont très vulnérables aux agressions sexuelles du personnel pénitentiaire et des détenus plus âgés²⁸.

²⁶ On entend généralement par mineurs les jeunes âgés de moins de 17 ans, en faisant une distinction entre les enfants (moins de 14 ans) et les adolescents (14 à 16 ans).

²⁷ International Centre for Prison Studies (2007). The World Prison Population List. King's College, Londres.

²⁸ International Centre for Prison Studies (2006). Children in Prison. Guidance Notice 14, King's College, Londres, <http://www.kcl.ac.uk/depsta/rel/icps/gn-14-children-in-prison.pdf>.

Facteurs contribuant à la transmission du VIH entre détenus en Afrique

24. Les publications existantes font état d'un certain nombre de facteurs qui contribuent à la transmission du VIH dans les établissements pénitentiaires en Afrique, tels que la faiblesse du système de justice pénale et de l'appareil judiciaire, l'attitude réprobatrice de la société, l'indifférence des institutions et de la société, le manque de ressources pour l'entretien des établissements pénitentiaires existants, une alimentation et une nutrition médiocres, le manque de soins de santé, la surpopulation, la cohabitation des prévenus et des condamnés, les comportements sexuels et autres comportements à haut risque (tels que la consommation de drogues injectables et l'échange de sang) et l'absence de visites conjugales.

25. Dans les prisons pour hommes, en Afrique comme ailleurs, les rapports homosexuels sont courants, bien que le nombre de cas signalés soit probablement très inférieur à la réalité du fait que l'homosexualité est niée ou criminalisée, les détenus sont mis au ban de la société et les viols et agressions sexuelles entre détenus sont sous-déclarés²⁹.

26. Le viol et autres formes de violence sexuelle règnent dans les prisons africaines, entre détenus du même sexe ou de sexe différent, et entre le personnel pénitentiaire et les détenus. Les détenus ont peu de moyens de se protéger. Ils n'ont guère d'influence sur des facteurs tels que la surpopulation qui contribuent à la violence sexuelle et autres formes de violence ou à la consommation de drogues injectables.

27. En Afrique et dans le monde entier, la vie en prison – où il n'existe plus de barrières socioéconomiques – crée des normes nouvelles en matière de domination et d'exercice du pouvoir, en particulier entre les détenus de sexe masculin. Ces normes altèrent souvent la notion d'identité sexuelle et les rôles sexosociaux traditionnels, qui prennent un caractère très sexuel³⁰. Les rapports homosexuels, notamment les « mariages » entre hommes, sont courants, bien qu'ils soient attribués aux circonstances. Le viol collectif et les sévices sexuels (par exemple, l'échange d'hommes contre des faveurs entre bandes organisées et détenus) sont des pratiques courantes³¹. Les victimes de viols et de sévices sexuels répétés ont donc souvent recours à la prostitution comme moyen de survie ou d'adaptation³².

28. Les conditions matérielles déplorables dans les prisons africaines, conjuguées à une alimentation et une nutrition médiocres et à l'absence quasi totale de services de santé, exacerbent gravement la prévalence du VIH à l'intérieur des prisons. Les détenus utilisent souvent les rapports sexuels pour obtenir des articles de première nécessité (produits de toilette et effets personnels tels que savon, couvertures ou chaussures), la majorité d'entre eux n'ayant pas accès à ces articles. De même, la mauvaise nutrition et la pauvreté des portions alimentaires amènent les détenus à avoir des rapports sexuels en échange de nourriture³³.

29. Les soins de santé dans la plupart des prisons africaines sont généralement très sensiblement inférieurs aux normes ou pratiquement inexistantes. Il existe souvent des disparités considérables entre la population carcérale et la population générale à cet égard, qui vont à l'encontre des principes relatifs aux droits de l'homme. Le

²⁹ Gear S. et Ngubeni K. (2002). Sex and Sexual Coercion in Men's Prisons.

³⁰ Gear S. and Ngubeni K., *ibid*.

³¹ Gear S. (2006). Your Brother, My Wife: Sex Among Men in South African prisons.

³² Kudat A. (2006). Males for Sale.

³³ <http://www.irinnews.org>.

matériel médical et dentaire n'est pas toujours stérile. Les moyens de prévention, tels que préservatifs, aiguilles et seringues stériles, désinfectant pour le matériel de tatouage et informations, font souvent défaut. L'utilisation de traitements de substitution à titre préventif est rarement possible en raison des restrictions juridiques imposées à la consommation de drogues.

30. Les détenus sont largement tributaires des autorités pénitentiaires pour obtenir des informations sur le VIH, des moyens de protection et des services de santé en général. L'offre de services publics liés au VIH est limitée, et on ne dispose de pratiquement aucune information quant au fait de savoir dans quelle mesure les détenus privilégiés (ceux qui ont des moyens personnels) ont accès à des services de santé³⁴.

31. La tuberculose pose un problème de santé particulièrement grave dans les prisons africaines. Les détenus séropositifs atteints de tuberculose peuvent facilement transmettre cette maladie à ceux qui ne sont pas infectés par le VIH. L'apparition dans de nombreuses régions de nouvelles souches de tuberculose à bacilles ultrarésistants, exacerbe encore le problème³⁵.

32. Il est très rare que les détenus aient accès aux tests de dépistage du VIH ou de la tuberculose, et encore moins aux traitements antirétroviraux contre le VIH. En tout état de cause, même si ces traitements étaient accessibles en prison, sans un soutien nutritionnel complémentaire pour les détenus souffrant de malnutrition, leur succès s'en ressentirait fortement.

33. Les taux d'occupation reflètent une forte surpopulation carcéral. Au Cameroun, au Kenya et en Zambie, ils se situent entre 300 % et 345 %, tandis qu'au Burundi, au Malawi, en Ouganda, en République-Unie de Tanzanie, au Rwanda et en Sierra Leone ils atteignent jusqu'à 200 %. Dans la plupart des pays (Afrique du Sud, Botswana, Burkina Faso, Ghana, Madagascar, Maurice, Mozambique, Namibie, et Sénégal), ils varient entre 120 et 170 %. La surpopulation contribue à la détérioration des conditions matérielles comme à la faiblesse de l'encadrement et de la sécurité, ce qui accroît sensiblement le risque d'activités de bandes organisées et de violence. Le sexe et les agressions sexuelles sont souvent un exutoire pour les détenus en proie au stress, au sentiment d'impuissance et à l'oisiveté.

34. La surpopulation conduit aussi à mélanger différentes catégories de détenus (prévenus, condamnés, mineurs, hommes et femmes). Les données disponibles montrent qu'il y a un très grand nombre de personnes en détention provisoire qui attendent que leur peine soit prononcée ou qu'il soit statué sur leur appel. Dans la plupart des pays africains, ces détenus représentent entre 50 et 70 % de la population carcérale. Les pays où ils sont les plus nombreux sont le Mozambique (72 %), le Mali (62 %), Madagascar et le Cameroun (65 %), le Bénin et le Nigeria (64 %), le Burundi (62 %), suivis de l'Angola, du Burkina Faso, de l'Ouganda, de Djibouti, du Togo et de la Guinée (plus de 50 %). Au Kenya, au Cap-Vert, en Côte d'Ivoire, en Zambie, au Sénégal, au Zimbabwe, en Afrique du sud, au Ghana et au Malawi, la proportion de personnes en détention provisoire n'excède pas 20 à 30 %. La longueur de la détention provisoire contribue également à la surpopulation et à d'autres problèmes.

³⁴ Goyer KC., Gow J. (2002). Alternatives to current HIV/AIDS policies and practices in South African prisons. *AIDS*, 27 sept.; 16(14): 1945-51.

³⁵ OMS (2001). La santé en prison. Genève, OMS.

35. Par ailleurs, certains pays africains comptent un grand nombre de détenus étrangers. Selon les données relatives au pays d'origine, la proportion de détenus étrangers est la plus élevée en Gambie (67 %) et forte en Côte d'Ivoire (30 %). Elle est relativement élevée au Botswana (13 %), au Sénégal (7 %) et en Guinée (5 %).

36. Comme dans la plupart des établissements pénitentiaires à travers le monde, les détenus en Afrique utilisent des outils non stériles et des objets tranchants de fortune pour se raser, ainsi que pour le tatouage et les rites impliquant le mélange de sang, ce qui accroît sensiblement le risque d'infection par le VIH³⁶.

37. Le problème de la consommation de drogues injectables a reçu moins d'attention en Afrique que dans les autres régions³⁷. Selon les données existantes, la consommation de drogues injectables en milieu carcéral en Afrique subsaharienne est en hausse au Cap-Vert, en Côte d'Ivoire, en Guinée, au Kenya, à Maurice, au Nigéria, en République-Unie de Tanzanie et au Sénégal. Il y a tout lieu de penser que le nombre de consommateurs augmente également. L'ONUSIDA a récemment lancé un certain nombre d'initiatives à petite échelle pour recueillir des données plus fiables sur les prisons africaines, la toxicomanie et le VIH. En 2004, une évaluation rapide effectuée à Maurice comportait un volet consacré aux prisons (sur le VIH en milieu carcéral). Une évaluation rapide doit également être réalisée au Cap-Vert en 2007. Des informations beaucoup plus complètes sur ce nouveau problème sont cependant nécessaires.

Prévalence du VIH chez les détenus en Afrique – données disponibles

38. La plupart des données disponibles sur la prévalence du VIH en milieu carcéral à l'échelle mondiale concernent les pays développés, et on ne dispose que de données disponibles sur l'Afrique. Le nombre de détenus séropositifs est inconnu pour la plupart des pays africains. La prévalence du VIH serait plus élevée parmi les détenus africains que dans l'ensemble de la population adulte : selon les données recueillies sur une base aléatoire, elle varierait entre 2,7 % au Sénégal et 27 % en Zambie, en passant par 9 % au Nigeria, d'après les tests volontaires de dépistage et les tests ELISA³⁸. Il ressort d'une étude réalisée en Afrique du Sud que 40 % environ des détenus sont séropositifs, alors que la prévalence du VIH chez les adultes dans la population générale serait de 25 % selon les estimations. Au Cameroun et en Côte d'Ivoire, le taux de prévalence est de 12 % et de 18 %, respectivement, soit deux à trois fois plus que dans la population adulte. Les données pour Maurice indiquent une prévalence de 5 % chez les détenus, soit près de 50 fois plus que dans l'ensemble de la population adulte (tableau 4).

³⁶ Simooya O., Sanjobo N., Kaetano L. *et al.* (2001). Behind Walls: A Study of HIV Risk Behaviours and Seroprevalence in Prisons in Zambia. *AIDS*, 15(13): 1741-1744.

³⁷ National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales, Australie, The Centre for Research on Drugs and Health Behavior, Royaume-Uni (2004). Review of Injection Drug Users and HIV Infection in Prisons in Developing and Transitional Countries.

³⁸ Le dosage par la méthode immunoenzymatique ou méthode ELISA est un procédé biochimique utilisé principalement en immunologie pour détecter la présence d'un anticorps ou d'un antigène dans un échantillon, par exemple d'anticorps du VIH. Si le test ELISA donne un résultat positif, celui-ci doit être confirmé par un autre test, car il pourrait s'agir d'un faux positif. Stubblefield E., Wohl D. (2000). Prisons and Jails Worldwide: Update from the 13th International Conference on AIDS.

Tableau 4
Données concernant le VIH chez les détenus en Afrique

<i>Sous-région/Pays</i>	<i>Population totale (millions d'habitants)</i>	<i>Prévalence du VIH (proportion d'adultes âgés de 15 à 49 ans)</i>	<i>Population carcérale (milliers de détenus)</i>	<i>Nombre de prisons</i>	<i>Prévalence du VIH chez les détenus (pourcentage et année)³⁹</i>
Afrique de l'Ouest					
Côte d'Ivoire	18,0	7,0	10 355	33	28,0 (1993)
Sénégal	11,6	0,9	22 271	38	2,7 (1997)
Burkina Faso	12,2	2,0	2 800	11	11,0 (1999)
Nigéria	131,5	4,0	40 444	227	9,0 (2004)
Afrique centrale					
Cameroun	16,3	5,4	20 000	73	12,0 (2005)
Rwanda	17,6	3,0	112 000	14	14,0 (1993)
Afrique de l'Est					
République-Unie de Tanzanie	38,3	6,5	46 410	120	5,6 (1995)
Ouganda	28,8	6,7	21 900		8,0 (2002)
Afrique australe					
Afrique du Sud	47,4	18,8	186 739	241	45,0 (2006)
Malawi	12,8	14,0	8 769	23	75,0 (n.d.)
Zambie	11,6	17,0	13 200	53	27,0 (1999)

Source : Données ONUSIDA, 2006; *Directory of Prisons in Africa, 2005, The World Prison Population List, 2007.*

39. Les données existantes ne concernent qu'un nombre limité de pays et il n'existe pas de données systématiques sur l'ampleur de l'épidémie. Les pays où la prévalence est la plus élevée, comme les pays d'Afrique australe – le Botswana, le Lesotho, le Swaziland, la Zambie et le Zimbabwe – ne disposent pas de données. Qui plus est, les informations disponibles sont périmées étant donné qu'elles s'appuient sur des données recueillies il y a plus de 10 ans – en 1993 pour la Côte d'Ivoire et le Rwanda, et sur la période 1995-1997 pour le Sénégal et la République-Unie de Tanzanie. La plupart de ces données étant aléatoires et basées sur des échantillons statistiquement non significatifs, elles ne sont pour l'essentiel pas fiables. À titre d'exemple, l'étude réalisée au Malawi montre que 75 % des détenus interrogés (un échantillon de 45 personnes) étaient séropositifs.

40. Ce grave manque d'information empêche de déterminer l'ampleur de l'épidémie dans la communauté carcérale et son effet multiplicateur sur la population générale dans la région. Les types de comportement sexuel des hommes et des femmes incarcérés, la nature des circonstances conduisant à des actes sexuels à haut risque en milieu carcéral, de même que les comportements à risque associés à la consommation de drogues injectables et au tatouage, sont largement inconnus en Afrique.

³⁹ Les données relatives à la prévalence du VIH sont basées sur des chiffres obtenus par sondage non-aléatoire dans un nombre limité de prisons; elles ne peuvent donc pas être considérées comme représentatives de la population carcérale d'un pays.

41. Une fois condamnés et incarcérés, les détenus sont oubliés par les programmes de prévention et de traitement du VIH⁴⁰. Au lieu de faire face au problème de la propagation du VIH en milieu carcéral, de nombreux gouvernements préfèrent fermer les yeux.

⁴⁰ I. Joshua, M. Ojong : Prisoners : The Forgotten HIV/AIDS Risk Group, 2005.

IV. Recommandations

42. Il importe au plus haut point d'assurer l'accès à la prévention, à la prise en charge, au traitement et au soutien en matière de VIH dans les prisons africaines. Pour mettre en place des programmes adéquats de prévention, de traitement et de soins, la première chose à faire dans chaque pays est de réunir des informations permettant de mieux apprécier la situation et l'ampleur du problème, et d'identifier les besoins.

43. Il faut réaliser à la fois des études de séroprévalence (enquêtes de surveillance) et des études comportementales (études sur les connaissances, les attitudes, les comportements et les pratiques) pour réunir des informations dans les domaines suivants : a) prévalence du VIH dans la communauté carcérale, b) types de comportements sexuels dans les prisons africaines et nature de ces comportements, et c) perceptions et attitudes de la population carcérale, du personnel pénitentiaire, ainsi que des partenaires et des proches des détenus, face au VIH. Ces évaluations de base devraient être effectuées en collaboration, éventuellement entre l'ONUSIDA, l'ONUDC, le BIT, l'OMS, le FNUAP, l'UNICEF, la Banque mondiale, les autres donateurs multilatéraux et bilatéraux intéressés, les administrations pénitentiaires nationales et les organisations non gouvernementales (ONG) internationales et locales.

44. Les directives nationales concernant le VIH/sida et celles relatives à la gestion des établissements pénitentiaires devraient être examinées afin de déterminer si elles permettent de traiter de façon réaliste le problème du VIH en milieu carcéral et les questions connexes et, dans l'affirmative, de quelle manière. La prévention de la transmission du VIH ainsi que la prise en charge et le traitement des malades devraient faire partie du plan stratégique national de lutte contre le sida.

45. Des réseaux devraient être créés pour associer aux efforts ceux qui savent comment procéder et ceux qui peuvent mieux faire (par exemple, en formant un réseau international de gestion pénitentiaire), pour encourager le dialogue et la collaboration avec les comités nationaux de lutte contre le VIH et les ONG locales et internationales qui s'occupent des questions relatives au VIH, et pour promouvoir les activités menées par les groupes de défense des droits de l'homme, les groupes de soutien et la société civile dans son ensemble.

46. Les réformes législatives devraient être encouragées, notamment celles ayant trait au code pénal, pour définir des mesures de substitution à l'incarcération et traiter la question de l'accès aux soins de santé en général et, en particulier, aux services de prévention et de traitement du VIH.

47. Il importe de sensibiliser les détenus, durant leur incarcération et avant leur sortie de prison, ainsi que les personnes en contact avec eux (le personnel pénitentiaire, les prestataires de services pénitentiaires et les partenaires sexuels) aux risques de transmission du VIH, par le biais de programmes ciblés d'information, d'éducation et de communication sur les changements de comportement.

48. L'éducation par les pairs des détenus durant l'incarcération et avant la sortie de prison (interventions de préparation à la libération) concernant l'utilisation du préservatif et la réduction de la violence (outils de prévention des conflits) de même que les programmes d'éducation destinés au personnel pénitentiaire devraient être encouragés.

49. Il convient de promouvoir l'accès des détenus aux moyens de prévention – préservatifs, produits désinfectants pour le matériel de tatouage, aiguilles et seringues stériles – conformément aux directives internationales pour la prévention du VIH dans les prisons, y compris l'accès aux médicaments de substitution pour les toxicomanes⁴¹. Des moyens de prévention de la transmission de la mère à l'enfant devraient être mis à la disposition des femmes enceintes en prison.

50. Les détenus devraient avoir accès à des conseils et des tests confidentiels. Aucun détenu, homme ou femme, ne devrait être pénalisé ou isolé parce qu'il est séropositif. Dans les cas avérés de sida, les malades devraient avoir accès à un traitement antirétroviral, recevoir une alimentation appropriée pour leur permettre de suivre leur traitement, et avoir accès à des moyens de prévention et de traitement des maladies opportunistes; les malades en phase terminale devraient également bénéficier de la mise en liberté pour des motifs humanitaires.

⁴¹ Directives de l'OMS pour la prévention du VIH dans les prisons, 1997 et HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings: A Framework for an Effective National Response, ONUDC, 2006.

V. Étapes suivantes

51. Compte tenu des recommandations susmentionnées, les partenaires pourraient prendre les mesures suivantes dans les pays retenus :

- **Procéder à une analyse de la situation**, comprenant notamment des enquêtes de surveillance de la séroprévalence et des études comportementales;
- **Engager un dialogue** avec différents décideurs et parties prenantes (organisations non gouvernementales, administrations pénitentiaires nationales, commissions nationales de lutte contre le VIH, ministères et donateurs), sur la base des conclusions de l'analyse de la situation et des enquêtes de prévalence. Recommander des interventions, identifier les bonnes pratiques et les enseignements à en tirer;
- **Effectuer un examen de la législation, promouvoir les activités de sensibilisation et engager un dialogue sur l'action à mener** pour intégrer la question du VIH en milieu carcéral dans les moyens d'intervention aux niveaux national et régional;
- **Fournir une assistance technique** aux institutions locales pour aider à élaborer des stratégies d'intervention;
- **Encourager les réseaux** à promouvoir la coopération et à établir des programmes de travail intégrés entre les services pénitentiaires, les systèmes de santé pénitentiaire, les systèmes de santé publique, les comités nationaux de lutte contre le sida et les organisations nationales et internationales de la société civile, afin de promouvoir la santé pénitentiaire et la santé publique et, par là-même, des services adéquats de prévention, de traitement et de prise en charge en matière de VIH dans les prisons;
- **Promouvoir la sensibilisation et le plaidoyer** pour rechercher des mécanismes d'intervention adéquats et documenter le processus;
- **Inclure des indicateurs** propres aux établissements pénitentiaires dans le système national de suivi et d'évaluation du VIH ou renforcer les capacités locales de le faire.

52. Les pays retenus doivent être prêts à recueillir des données, à les évaluer et à agir. Afin d'améliorer les perspectives régionales et d'établir une communauté de vues sur le milieu carcéral en Afrique subsaharienne, les partenaires extérieurs soucieux d'améliorer les données régionales devraient tenir compte des facteurs suivants pour établir un ordre de priorité entre les pays qui recevront une assistance technique et financière :

- **Représentation des principales sous-régions d'Afrique (de l'Ouest, centrale, de l'Est et australe)** et des principales différences linguistiques et culturelles (anglophone, francophone et lusophone), qui influent sur les traditions judiciaires et juridiques et les pratiques observées dans les établissements pénitentiaires au niveau des conditions de détention et de l'assistance juridique;
- **Différences entre les taux de prévalence du VIH dans la population générale et dans les prisons (s'ils sont connus)** : la prévalence du VIH en milieu carcéral varie entre 2,7 au Sénégal et 27 % en Zambie, d'après les tests de dépistage volontaires. Des données nationales et régionales de meilleure

qualité permettraient de prendre des décisions plus éclairées et d'améliorer le suivi des résultats;

- **Taille de la population carcérale** : la population carcérale varie selon les pays; le nombre de détenus est le plus élevé en Afrique du Sud et au Rwanda, dans la moyenne en République-Unie de Tanzanie, au Kenya, au Nigéria, au Cameroun, en Côte d'Ivoire, et le plus faible au Sénégal, au Mali et au Burkina Faso;
- **Nombre et emplacement des établissements pénitentiaires** : certains pays comptent un grand nombre de prisons, d'autres en ont peu. Le nombre et les types d'établissements, le fait qu'ils soient situés dans la capitale ou à l'extérieur des zones urbaines, le nombre de directeurs de prison et la taille du personnel pénitentiaire, et le degré de supervision des centres de détention sont des facteurs à prendre en compte;
- **Groupes les plus vulnérables de la population carcérale** : nombre de femmes, de mineurs, de personnes âgées et de malades mentaux, et s'ils coexistent avec les autres détenus;
- **Catégories de détenus (par type et durée d'incarcération)** : il est important de savoir si les condamnés et les prévenus sont incarcérés ensemble et pendant combien de temps;
- **Volonté de collaboration des différentes parties prenantes** : il faut tenir compte, le cas échéant, du souhait des parties prenantes locales et internationales de collaborer, et notamment de participer au financement.

53. S'agissant de l'appui technique, les bureaux de pays d'ONUSIDA, l'ONU DC, le FNUAP, l'UNICEF, l'OMS, les administrations pénitentiaires nationales, les comités nationaux de lutte contre le sida, les ministères de la santé et de la justice et les organisations non gouvernementales locales et internationales pourraient apporter leur concours. Les partenaires financiers éventuels pourraient inclure ONUSIDA, l'UNICEF, le FNUAP, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, l'USAID, le Programme mondial VIH/sida et l'Équipe ACTAfrica de la Banque mondiale, ainsi que les fonds d'affectation spéciale de la Banque mondiale.

54. L'approche susmentionnée fournirait les éléments nécessaires pour permettre à tous les partenaires d'aller de l'avant. La Banque mondiale pourrait aborder la question du VIH en milieu carcéral dans le cadre de projets d'investissement, par le biais d'instruments budgétaires sectoriels ou en intégrant cette question au processus d'élaboration de documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté, selon la demande des pays. Dans le cadre de la répartition des tâches entre les organismes qui coparrainent ONUSIDA, l'ONU DC, en tant qu'organisme chef de file de la prévention et du traitement du VIH en milieu carcéral, est prêt à aider les pays en leur fournissant une assistance technique pour l'examen de la législation, l'évaluation, la sensibilisation, la collecte de fonds et le renforcement des capacités, ainsi que pour le suivi et l'évaluation.

VI. Conclusion

55. La question du VIH en milieu carcéral en Afrique a été très largement négligée. Les informations disponibles indiquent que la situation est catastrophique dans certains établissements et nécessite une intervention d'urgence. Si l'on ne tient pas compte de la situation dans les prisons, les efforts déployés pour lutter contre l'épidémie de VIH en Afrique seront probablement voués à l'échec.

56. Des donateurs et des organismes spécialisés se sont déclarés disposés à se pencher de plus près sur le problème du VIH dans la communauté pénitentiaire et à apporter une aide financière pour fournir des services efficaces et coordonnés à cette population vulnérable et sous desservie. En tant qu'organisme chef de file, l'ONUSIDA est l'entité compétente pour assurer la coordination et la direction, identifier les pays en consultation avec les partenaires éventuels et les interlocuteurs nationaux en vue d'adopter l'approche définie, et s'occuper de l'appui technique, de la collecte des données et de l'établissement de rapports. Un plan de travail préliminaire et une liste de pays ont été établis et sont à la disposition des partenaires potentiels qui le souhaitent.

Bibliographie

Le VIH/sida dans les prisons en Afrique

Auteur inconnu (1998). AIDS in Prison – Good Intentions, Harsh Realities in Africa's Penitentiaries.

(1992). HIV/AIDS Policy in South African Prisons.

Carelse M. (1994). HIV Prevention and High-Risk Behavior in Juvenile Correctional Institutions.

The Federal Ministry of Internal Affairs (2002). HIV/AIDS Knowledge, Attitudes, Practices and Seroprevalence Among Staff of the Paramilitary Services (Nigerian Prisons and Immigration) et Prison Prisoners, A Rapid Assessment Report (avant-projet).

Gear S. (2001). Sex, Sexual Violence and Coercion in Men's Prisons. Centre for the Study of Violence and Reconciliation (CSV), Afrique du Sud.

Gear S. (2006). Your Brother, My Wife: Sex Among Men in South African Prisons.

Gear S., Ngubeni K. (2002). Sex and Sexual Coercion in Men's Prisons.

Goyer K. G. (2003). HIV/AIDS in Prison, Problems, Policies, Potential.

Human Rights Watch (2000). Prisons in Africa.

Joshua I., Ojong M. (2005). Prisoners: The Forgotten HIV/AIDS Risk Group.

Noguchi J. (2006). HIV Management in a Malian Women's Prison. Brown University AIDS Program, Brown Medical School.

Nouthe-Djubgang J., Malonga J. M., Mekounde A. I. (1996). The Cultural and Social Consequences and Effect on Families of Women's Involvement in Drug Trafficking in Cameroon: Crime and Imprisonment. United Nations Bulletin on Narcotics, 47(1-2), 31–37.

Odujinrin M. T., Adebajo (2001). Social Characteristics, HIV/AIDS Knowledge, Preventive Practices and Risk Factors Elicitation Among Prisoners in Lagos, Nigéria, SB.

Office pour le contrôle des drogues et la prévention du crime (2006). East African Drug Information System, première réunion annuelle de l'EADIS.

Okochi C., Oladepo O., Ajuwon A. (2000). Knowledge About AIDS and Sexual Behaviors of Prisoners of Agobi Prison in Ibadan, Nigéria.

ONUDC (2006). Données pour l'Afrique. Vienne, ONUDC.

Schalkwyck A. (2005). Killer Corrections: AIDS in South African Prisons, *Harvard International Review*.

The South African Medical Association (2001). HIV/AIDS and Prisons in The Human Rights and Ethical Guidelines on HIV: A Manual for Practitioners.

Stubblefield E., Wohl D. (2000). Prisons and Jails Worldwide: Update from the 13th International Conference on AIDS.

Taylor R., Sufida S. (2002). Research Capacity Building and Collaboration between South African and American Partners: the Adaptation of an Intervention Model for HIV/AIDS Prevention in Corrections Research.

Le VIH/sida dans les prisons à l'échelle mondiale

(2001). International Compendium of Current Practices to Address Infectious Disease in Prisons. Centre international pour la réforme du droit criminel et la politique en matière de justice pénale en coopération avec l'International Corrections and Prisons Association.

Amnesty International (2001). Abuse of Women in Custody: Sexual Misconduct and Shackling of Pregnant Women.

Banque internationale pour la reconstruction le développement (2005). Programme mondial VIH/sida de la Banque mondiale. Washington, Banque mondiale.

Banque mondiale (2004). Réexamen intérimaire du Programme plurinational de lutte contre le VIH/sida en Afrique.

Banque mondiale (2004). Targeting Vulnerable Groups in National HIV/AIDS Programs, The Case of Men Who Have Sex with Men – Sénégal, Burkina Faso, The Gambia. Washington, Banque mondiale.

Berger V. (2002). Sentenced to Rape.

The Centre for Research on Drugs and Health Behavior, UK (2004). Review of Injection Drug Users and HIV Infection in Prisons in Developing and Transitional Countries. National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales, Australie.

East African Drug Information System (2001). Première réunion annuelle de l'EADIS. Office des Nations Unies pour le contrôle des drogues et la prévention du crime, 2001.

Gordon N. (2001). Rape Used as a Control in U.S. Prisons.

Hogshire J. (1994). You Are Going To Prison.

Human Rights Watch (1991). No Escape: Male Rape in USA Prisons.

Human Rights Watch (2006). HIV/AIDS in Prisons.

International Centre for Prison Studies (2006). The World Female Imprisonment List. King's College, Londres, Royaume-Uni.

International Centre for Prison Studies (2007). The World Prison Population List. King's College, Londres, Royaume-Uni.

Kantor E. (2003). HIV Transmission and Prevention in Prisons. Université de Californie, San Francisco.

Kudat A. (2006). Males for Sale.

Lehner E. (2001). Hell Behind Bars: The Crime That Dare Not Speak Its Name.

Macher A., Goosby E. (2004). The Incarcerated: A Report from the 12th World AIDS Conference.

OMS (2001). La santé en prison. Genève, OMS.

ONUDC/OMS/ONUSIDA (2006). HIV/AIDS Prevention, Treatment, Care and Support in Prison Settings: A Framework for an Effective National Response.

ONUSIDA (1997). Le SIDA dans les prisons : point de vue ONUSIDA, avril 1997. Genève, ONUSIDA.

ONUSIDA (1997). WHO Guidelines on HIV Infection and AIDS in Prisons. Genève, ONUSIDA.

ONUSIDA (2005). Le point sur l'épidémie de sida. Genève, ONUSIDA.

Parenti C. (1999). Rape as a Disciplinary Tactic.

Spaulding A., Lubelcsyk R., Fanigan T. (2001). Can Unsafe Sex Behind Bars Be Barred? *American Journal of Public Health*, août 2001, vol. 91, n° 8.

Stemple I. (2002). Stop Prison Rape.

US Centers for Disease Control and Prevention (2002). Prison Rape Spreading Deadly Diseases. Atlanta, US Centers for Disease Control and Prevention.

Walmsley R. (2003). Global Incarceration and Prison Trends, Forum on Crime and Society.

