

CONSEIL DE COORDINATION DU PROGRAMME DE L'ONUSIDA

UNAIDS/PCB (37)/15.21
Date de publication : 20 octobre 2015

TRENTE-SEPTIÈME RÉUNION

Date : 26 – 28 octobre 2015

Lieu : Salle du Conseil exécutif, OMS, Genève

Point 6 de l'ordre du jour

Le VIH en milieu carcéral et autres milieux fermés

Autres documents relatifs à ce point de l'ordre du jour : *aucun*

Actions requises lors de cette réunion - le Conseil de coordination du Programme est invité à :

59. *Prendre note* du rapport ;

60. *Demander* au Programme commun d'aider les États membres et la société civile à accélérer leurs efforts pour élargir l'accès aux services de prévention, de traitement et de soins en matière de VIH des personnes vivant en milieu carcéral et dans d'autres milieux fermés, y compris des personnes vivant avec le VIH et des autres populations clés, conformément à la Stratégie 2016-2021 de l'ONUSIDA : Accélérer la riposte pour mettre fin à l'épidémie de sida, et rendre compte des mesures concrètes prises en ce sens lors d'une future réunion du Conseil de coordination du Programme ;

61. *Encourager* le Programme commun et les partenaires concernés à traiter des questions liées au VIH et à la santé en milieu carcéral et dans d'autres milieux fermés en tirant parti de la dynamique actuelle et en participant pleinement à la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le problème mondial de la drogue de 2016 et à la Réunion de haut niveau sur le VIH de 2016.

Conséquences en termes de coûts : *aucune*

ACRONYMES

ARASA	AIDS and Rights Alliance of Southern Africa
CCP	Conseil de coordination du Programme
CDI	Consommateurs de drogues injectables
EEE	Espace économique européen
EMCDDA	Observatoire européen des drogues et des toxicomanies
ESTHER	Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau
ICPS	Centre international d'études pénitentiaires
IST	Infections sexuellement transmissibles
LGBTI	Lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres et intersexués
ODD	Objectifs de développement durable
OIT	Organisation internationale du Travail
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUDC	Office des Nations Unies contre la drogue et le crime
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PDAS-	Programme de distribution d'aiguilles et de seringues
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PON	Procédures opérationnelles normalisées
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
TAR	Traitement antirétroviral
TB	Tuberculose
TSO	Traitement de substitution aux opiacés
UBRAF	Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités
UE	Union européenne
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

1. Intensifier les efforts en vue de réduire la transmission du VIH et d'augmenter la couverture des services de prévention, de traitement et de soins est une nécessité pour mettre fin à l'épidémie de sida sans laisser personne de côté. Certains pays ont adopté des approches de santé publique solides et éprouvées, centrées sur les droits de l'homme et l'égalité des sexes : autant d'exemples encourageants sur lesquels s'appuyer pendant la période d'accélération de la riposte, fragile créneau de cinq ans qu'il faudra mettre à profit pour amplifier partout dans le monde de telles stratégies fondées sur des éléments concrets et respectueuses des droits.
2. Les personnes vivant en milieu carcéral et dans d'autres milieux fermés¹ sont touchées par une prévalence du VIH, des hépatites virales B (HVB) et C (HVC) et de la tuberculose plus élevée que dans la population générale et n'ont pas accès à des services de santé de qualité, ce qui porte atteinte à leur droit à jouir du meilleur état de santé possible. Cette situation pose aussi un problème de santé publique, du fait des échanges constants entre les populations carcérales et le monde extérieur, ce qui souligne la nécessité de mesures concertées et intensifiées dans le cadre de la stratégie d'accélération.
3. Un large éventail de facteurs contribue à ce que les personnes vivant en milieu carcéral et dans d'autres milieux fermés soient laissées de côté dans la riposte au VIH, notamment (1) la surreprésentation des populations clés et des pratiques dangereuses ; (2) la surpopulation, une mauvaise hygiène et une mauvaise alimentation ; (3) la violence, sexuelle notamment, à l'encontre des femmes et des jeunes en particulier ; (4) l'accès insuffisant à des services de santé de base et la forte prévalence de diverses maladies transmissibles ; et (5) les atteintes aux droits de l'homme, la stigmatisation et la discrimination.
4. La lutte contre VIH dans les prisons est intégrée aux fonctions essentielles de l'ONUSIDA, de l'OMS et du Secrétariat de l'ONUSIDA qui, notamment, assurent un appui aux partenaires dans les pays, produisent des informations stratégiques, définissent des normes et mènent des actions de communication et de plaidoyer mondial. La Stratégie 2016-2021 de l'ONUSIDA : Accélérer la riposte pour mettre fin à l'épidémie de sida insufflé un nouvel élan à l'action, ce qui va dans le sens des objectifs du Programme de développement durable à l'horizon 2030.
5. Il est nécessaire et urgent de renforcer la riposte au VIH en milieu carcéral dans les années à venir, et de soutenir les efforts des gouvernements et de la société civile dans ce domaine. Cette note d'information présente en détail un certain nombre de problèmes et les leçons tirées de la mise en œuvre de normes et de programmes sur le VIH dans les prisons au niveau des pays. Elle démontre également que ces efforts doivent être intensifiés, face à l'ampleur des difficultés et afin de tirer parti de la fragile fenêtre d'opportunité de cinq ans pour accélérer la riposte et mettre fin à l'épidémie de sida en tant que menace pour la santé publique dans les prisons, en accord avec les objectifs du Programme de développement durable à l'horizon 2030. Les recommandations suivantes ont été

¹ Dans ce document, l'expression « milieu carcéral et autres milieux fermés » désigne tous les lieux de détention d'un pays, et les termes « prisonniers » et « détenus » désignent toutes les personnes, aussi bien majeures que mineures, incarcérées dans ces lieux durant l'instruction, dans l'attente d'un procès, après une condamnation, avant et après le prononcé d'une sentence.

formulées pour guider et soutenir l'action dans le cadre de la stratégie d'accélération :

- a. déployer des services liés au VIH complets et de qualité en milieu carcéral et dans les autres milieux fermés, pour toucher l'ensemble de la population de ces lieux, en particulier les femmes, les jeunes et les autres populations les plus vulnérables ;
- b. mieux coordonner les actions des gouvernements, des communautés et de la société civile, des bailleurs internationaux, du Programme commun de l'ONUSIDA et des autres parties prenantes concernées, au plan national et international, pour améliorer la disponibilité des services liés au VIH, leur accessibilité, leur acceptabilité et leur qualité, et pour résorber le déficit d'informations stratégiques ;
- c. agir conjointement pour réduire la criminalisation excessive de la consommation de drogues, renforcer le respect de la légalité et réduire l'incarcération des populations clés dans le cadre de mesures alternatives à l'incarcération plus générales et d'une réforme de la justice pénale ;
- d. faire converger les efforts pour élaborer et mettre en œuvre des initiatives de réforme des prisons prenant en considération les conditions de vie et de travail en milieu carcéral, de pair avec la mise en œuvre de l'ensemble complet de services de prévention, de traitement et de soins en matière de VIH dans les prisons ; et
- e. renforcer la responsabilité et améliorer la production et la disponibilité d'informations stratégiques pour guider l'action, notamment en se servant du Rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le sida comme d'un mécanisme permettant aux pays de communiquer des données relatives aux prisons.

INTRODUCTION

6. Chaque année, 30 millions de personnes séjournent dans des prisons ou dans d'autres milieux fermés², et quel que soit le moment, plus de 10,2 millions de personnes sont incarcérées³. Dans six pays du monde, au moins un citoyen sur 200 est emprisonné⁴. Aux États-Unis, plus de deux millions de personnes sont détenues dans des établissements pénitentiaires fédéraux, étatiques et locaux⁵, ce qui fait de ce pays celui où la population carcérale est la plus nombreuse. La Chine compte 1,64 million de prisonniers condamnés, et la Russie 680 000⁶.

² Kate Dolan *et al.*, *People Who Inject Drugs in Prison: HIV Prevalence, Transmission and Prevention*, 26, *International Journal of Drug Policy*, S12 (2015), disponible à l'adresse <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S095539591400293X>.

³ Centre international d'études pénitentiaires, *World Prison Population List* (2013), disponible à l'adresse http://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/wppl_10.pdf.

⁴ Commission mondiale sur le VIH et le droit, *Risques, droit et santé* (juillet 2012), disponible à l'adresse <http://www.hivlawcommission.org/resources/report/FinalReport-Risks.Rights&Health-FR.pdf>.

⁵ Centres de prévention et de contrôle des maladies des États-Unis, *HIV Among Incarcerated Populations* (2015), disponible à l'adresse <http://www.cdc.gov/hiv/group/correctional.html>.

⁶ Centre international d'études pénitentiaires, *World Prison Population List* (2013), disponible à l'adresse http://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/wppl_10.pdf.

7. Presque tous les prisonniers réintégreront leur communauté, beaucoup au bout de quelques mois à un an. La santé en milieu carcéral et dans d'autres milieux fermés est donc étroitement liée à celle de la société au sens large, pour ce qui concerne les maladies transmissibles en particulier. Globalement, les prisons se caractérisent par une prévalence relativement élevée du VIH, du VHB, du VHC et de la tuberculose, un risque accru de contracter ces maladies et un accès restreint aux services de santé.
8. La population carcérale se compose essentiellement d'hommes de 19 à 35 ans⁷, une tranche d'âge déjà plus exposée au risque d'infection à VIH avant tout séjour en prison. La prévalence du VIH, du VHB, du VHC et de la tuberculose est deux à dix fois plus importante dans la population carcérale que dans la population générale⁸. Aux États-Unis, en 2010, on dénombrait 20 093 détenus porteurs du VIH dans les prisons étatiques et fédérales⁹ ; on estime que chaque année, une personne sur sept vivant avec le VIH a fait un séjour dans un établissement pénitentiaire¹⁰. Isolés des services de santé publique, y compris des programmes nationaux, les prisons et autres milieux fermés sont souvent gravement négligés dans les réponses nationales de prévention, de traitement et de soins liés au VIH, à l'hépatite et à la tuberculose¹¹.

Figure 1. Prévalence du VIH parmi les prisonniers et la population générale adulte dans plusieurs pays¹²



Engagement mondial pour faire respecter les droits des prisonniers

9. Conformément au Programme de développement durable à l'horizon 2030¹³, la communauté internationale et les États membres, en particulier, se sont engagés

⁷ Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) *et al.*, *HIV and Prisons in Sub-Saharan Africa: Opportunities for Action* (2007), disponible à l'adresse https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/Africa%20HIV_Prison_Paper_Oct-23-07-en.pdf.

⁸ Organisation mondiale de la Santé, *Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations* (2014), disponible à l'adresse http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128048/1/9789241507431_eng.pdf?ua=1.

⁹ Centres de prévention et de contrôle des maladies des États-Unis, *HIV Among Incarcerated Populations* (2015), disponible à l'adresse <http://www.cdc.gov/hiv/group/correctional.html>.

¹⁰ Centres de prévention et de contrôle des maladies des États-Unis, *HIV in Correctional Settings* (2012), disponible à l'adresse <http://www.cdc.gov/hiv/resources/factsheets/pdf/correctional.pdf>.

¹¹ Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) *et al.*, *HIV in Prisons: Situation and Needs Assessment Toolkit* (2010), disponible à l'adresse http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/HIV_in_prisons_situation_and_needs_assessment_document.pdf.

¹² ONUSIDA, *The Gap Report* (2014), disponible à l'adresse http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Gap_report_en.pdf

à permettre à tous de vivre en bonne santé et à promouvoir le bien-être de tous à tout âge, comme l'énonce l'objectif de développement durable (ODD) 3. De nombreux pays sont sur une trajectoire qui permettra de mettre fin au sida, à la tuberculose et au paludisme et de combattre l'hépatite et les autres maladies transmissibles (cible 3), et visent à réaliser la couverture santé universelle (cible 8), entre autres cibles pertinentes, notamment en promouvant une prévention, un traitement et des soins adaptés à la population carcérale vivant avec le VIH ou exposée au risque d'infection à VIH. L'ODD 5 formule les cibles pour réaliser l'égalité des sexes et l'autonomisation de l'ensemble des femmes et des filles, y compris en milieu carcéral et dans les autres milieux fermés. L'une des ambitions majeures de l'ODD 10 est de réduire les inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre. Les cibles 3 et 4 de cet ODD reflètent l'ambition de réduire les inégalités, d'éliminer les lois et politiques discriminatoires et de promouvoir des politiques de protection sociale, et constituent un appel à l'action en faveur de l'égalité de traitement pour tous, y compris les prisonniers. Conformément aux cibles de l'ODD 16 pour des sociétés pacifiques et ouvertes (cibles 3, 6, 10 et B en particulier), les pays devraient promouvoir l'État de droit pour donner à tous un accès à la justice dans des conditions d'égalité ; mettre en place des institutions efficaces, responsables et transparentes à tous les niveaux ; protéger les libertés fondamentales ; promouvoir et appliquer des lois et des politiques non discriminatoires.

10. L'ensemble de règles minima pour le traitement des détenus prévu par les résolutions 663 C (XXIV) du 31 juillet 1957 et 2076 (LXII) du 13 mai 1977 devrait être pleinement respecté, afin de faire progresser les droits humains pour faciliter la réalisation des objectifs et cibles précités¹⁴. Les services liés au VIH, notamment la prévention et le traitement antirétroviral, relèvent de la section 22 qui stipule que les prisonniers doivent bénéficier d'une surveillance et de soins médicaux, et que les établissements doivent disposer d'une infrastructure adaptée à la fourniture de soins et de traitements¹⁵.
11. La version révisée de ces règles, approuvée par la Commission pour la prévention du crime et la justice pénale¹⁶ et par le Conseil économique et social des Nations Unies (ECOSOC) en 2015¹⁷, insiste sur le fait que la fourniture de soins de santé aux prisonniers est une responsabilité des autorités publiques. Ces règles reconnaissent que les prisonniers devraient bénéficier de soins de santé de même qualité que le reste de la population, et avoir accès gratuitement aux services de santé dont ils ont besoin sans faire l'objet d'une discrimination du fait de leur statut juridique. Elles précisent que les soins de santé devraient être organisés en étroite liaison avec l'administration de la santé publique et de façon à garantir la continuité du traitement et des soins, y compris pour le VIH, la

¹³ Transformer notre monde: Le Programme de développement durable à l'horizon 2030, A/70/L.1 (adopté le 25 septembre 2015). Disponible à l'adresse <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N15/285/73/PDF/N1528573.pdf?OpenElement>.

¹⁴ Document des Nations Unies A/RES/68/309.

¹⁵ Haut-commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus, section 22 (1995).

¹⁶ Commission pour la prévention du crime et la justice pénale, E/CN.15/2015/L.6/Rev.1, Quarante-quatrième session, Vienne, 18-22 mai 2015, http://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ_Sessions/CCPCJ_24/resolutions/L6_Rev1/ECN152015_L6Rev1_e_V1503585.pdf.

¹⁷ Commission pour la prévention du crime et la justice pénale. Quarante-quatrième session, Vienne, 18-22 mai 2015. Point 6 de l'ordre du jour.

tuberculose et d'autres maladies infectieuses, ainsi que pour la dépendance aux drogues¹⁸.

12. Dans le paragraphe 60 de la Déclaration politique sur le VIH et le sida : intensifier nos efforts pour éliminer le VIH et le sida de 2011¹⁹, les États membres s'engageaient à faire en sorte que les ressources financières destinées à la prévention soient ciblées sur des mesures éprouvées, adaptées à la nature spécifique de l'épidémie dans chaque pays, l'accent étant mis sur l'emplacement géographique, les réseaux sociaux et les populations vulnérables au VIH. Dans cette optique, une attention particulière est prêtée aux femmes et aux filles, aux jeunes, aux orphelins et aux enfants vulnérables, aux migrants, aux personnes touchées par des urgences humanitaires, aux prisonniers, aux populations autochtones et aux personnes handicapées, selon les particularités locales.
13. Les Règles concernant le traitement des détenues et l'imposition de mesures non privatives de liberté aux délinquantes (Règles de Bangkok) approuvées par l'Assemblée générale des Nations Unies indiquent que des programmes et des services répondant aux besoins spécifiques des femmes, notamment la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, sont importants pour développer des ripostes au VIH dans les établissements pénitentiaires²⁰.
14. Concernant les mesures alternatives à l'emprisonnement, les Règles minima des Nations Unies pour l'élaboration de mesures non privatives de liberté (Règles de Tokyo) adoptées en 1986²¹ sont particulièrement importantes. La réduction du recours à l'incarcération fait partie de leurs objectifs fondamentaux (règle 1.5)
15. Sous son orientation stratégique 3 (Promouvoir les droits humains et l'égalité des sexes), la Stratégie 2011-2015 de l'ONUSIDA²² identifiait les prisonniers, les détenus en attente de jugement et les immigrants en détention comme des populations exposées au risque d'infection à VIH et des populations clés dans le contexte de la riposte. La future stratégie 2016-2021 de l'ONUSIDA reconnaît le manque de services adéquats en milieu carcéral et dans les autres milieux fermés et prévoit un domaine de résultats relatif aux services de prévention du VIH personnalisés accessibles aux populations clés, notamment aux prisonniers, ainsi qu'une approche de santé publique dans les prisons et des mesures alternatives à l'incarcération. Le Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités 2012-2015 de l'ONUSIDA (UBRAF)²³ a contribué à l'examen et à l'adaptation des législations et politiques nationales relatives aux stupéfiants, à la justice pénale, à l'administration pénitentiaire et au VIH, et a facilité la fourniture

¹⁸ Déclaration politique sur le VIH et le sida : intensifier nos efforts pour éliminer le VIH et le sida, adoptée le 8 juillet 2011, disponible à l'adresse

http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/20110610_UN_A-RES-65-277_fr.pdf.

¹⁹ Règles des Nations Unies concernant le traitement des détenues et l'imposition de mesures non privatives de liberté aux délinquantes (Règles de Bangkok), résolution adoptée par l'Assemblée générale le 21 décembre 2010 sur la base du rapport de la Troisième Commission (A/65/457) 65/229. Disponible à l'adresse <http://www.un.org/en/ecosoc/docs/2010/res%202010-16.pdf>

²⁰ Résolution 45/110 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

²¹ Document des Nations Unies A/RES/45/110.

²² Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), Stratégie 2011-2015 de l'ONUSIDA : Objectif Zéro (2010), disponible à l'adresse

http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/JC2034_UNAIDS_Strategy_en.pdf.

²³ Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités 2012-2015 (2012), disponible à l'adresse http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/JC2353%20UBRAF_en_0.pdf.

de services de prévention, de traitement, de soins et de soutien en matière de VIH en milieu carcéral et dans les autres milieux fermés. L'UBRAF 2016-2021 prévoit de renforcer l'accès au traitement du VIH dans les prisons, les liens avec des établissements de santé dans la communauté, ainsi que des services éprouvés de prévention du VIH pour les populations clés.

Initiatives régionales pour protéger la santé des personnes vivant en milieu carcéral et dans d'autres milieux fermés

16. Diverses entités régionales ont pris des engagements importants pour combattre le VIH et répondre aux autres besoins de santé des populations des prisons et des autres milieux fermés, dans le respect des droits et se fondant sur des données probantes. L'une des priorités identifiées dans la stratégie antidrogue de l'Union européenne 2013-2020 consiste à accélérer la mise au point et accroître la disponibilité et la portée des mesures de réduction de la demande de drogue (y compris pour la réduction des risques) en milieu carcéral, selon qu'il convient et sur la base d'une évaluation appropriée de la situation sanitaire et des besoins des prisonniers, dans le but d'arriver à une qualité de soins équivalente à celle fournie à l'ensemble de la population, et conformément au droit à la protection de la santé et au droit à la dignité humaine²⁴⁻²⁵.
17. En 2009, 27 pays d'Afrique subsaharienne ont adopté la Déclaration africaine d'engagement sur la prévention, le traitement, les soins et le soutien en matière de VIH en milieu carcéral et se sont engagés à promouvoir et protéger les droits des personnes privées de leur liberté, et à proposer des services éprouvés et complets pour la prévention, le traitement, les soins et la prise en charge du VIH et de la tuberculose dans les prisons²⁶.
18. Afin de renforcer les capacités des États d'Amérique latine et des Caraïbes, l'ONUSIDA, en collaboration avec l'ONUDC, a créé le Centre de surveillance du VIH, des prisons, des drogues et de la traite d'êtres humains (*Monitoring Centre on HIV, Drugs and Human Trafficking*), dans le cadre de l'engagement mondial pour combattre le VIH²⁷.

Orientations techniques fondées sur des données prouvant l'efficacité des interventions de santé publique fondées sur les droits et sensibles au genre dans les prisons

19. Les preuves scientifiques de l'efficacité des actions contre le VIH et en faveur de la santé pour les personnes vivant en milieu carcéral et dans d'autres milieux fermés sont aujourd'hui flagrantes et alimentent des orientations normatives. S'appuyant sur ce solide corpus de preuves, l'ONUDC, l'OIT, le PNUD, l'OMS et

²⁴ Conseil de l'Union européenne, Stratégie antidrogue de l'Union européenne 2013-2020 (adoptée le 7 décembre 2012), disponible à l'adresse

<http://register.consilium.europa.eu/doc/srv?l=EN&f=ST%2017547%202012%20INIT>.

²⁵ Harm Reduction International, *The Global State of Harm Reduction 2014 20* (2014), disponible à l'adresse <http://www.ihra.net/files/2015/02/16/GSHR2014.pdf>.

²⁶ Réseau de partenariat sur le VIH dans les prisons en Afrique, Déclaration africaine d'engagement sur la prévention, les soins, le traitement et le soutien en matière de VIH et sida en milieu carcéral (adoptée en 2009), disponible à l'adresse <http://www.ahppn.com/wp-content/uploads/2013/07/AHPPN-Africa-Declaration-of-Commitment-English-REV-2.-05.07.2010.pdf>.

²⁷ Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), *Monitoring Centre on HIV, Prisons, Drugs and Human Trafficking* <http://observatoriovihcarceles.org/index.php?lang=en> (consulté le 2 octobre 2015).

l'ONUSIDA ont élaboré en 2013 un ensemble complet de 15 interventions et recommandations clés qui, appliquées de manière holistique, ont un impact optimal sur le maintien du meilleur état de santé possible pour les populations des prisons et des autres milieux fermés²⁸ : (1) information, éducation et communication ; (2) conseil et dépistage volontaires du VIH ; (3) traitement, soins et soutien ; (4) prévention, diagnostic et traitement de la tuberculose ; (5) prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ; (6) programmes de distribution de préservatifs ; (7) prévention et traitement des infections sexuellement transmissibles ; (8) prévention de la violence sexuelle ; (9) traitement de la dépendance aux drogues ; (10) programmes de distribution d'aiguilles et de seringues ; (11) vaccination, diagnostic et traitement des hépatites virales ; (12) prophylaxie post-exposition ; (13) prévention de la transmission lors de soins médicaux ou dentaires ; (14) prévention de la transmission par tatouage, piercing et autres formes de pénétration cutanée ; et (15) protection du personnel face aux risques professionnels.

20. En 2014, l'OMS a mis au point des lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins en matière de VIH pour les populations clés, qui rassemblent toutes les orientations existantes pertinentes pour les cinq populations clés, notamment la population des prisons et des autres milieux fermés, et actualisent certaines orientations et recommandations. Ces lignes directrices visent à fournir un ensemble complet de recommandations liées au VIH fondées sur des données factuelles pour toutes les populations clés ; sensibiliser davantage aux besoins de ces populations ; améliorer l'accès à des services efficaces et acceptables, leur couverture et leur adoption ; et mobiliser un engagement national et mondial accru pour des financements et des services adéquats²⁹.

LA POPULATION DES PRISONS ET DES AUTRES MILIEUX FERMÉS EST LAISSÉE POUR COMPTE DANS LA RIPOSTE AU VIH

21. Les personnes qui vivent en milieu carcéral et dans d'autres milieux fermés ne renoncent pas à leurs droits humains lorsqu'elles sont en détention, ni en particulier au droit de jouir du meilleur état de santé possible. Cependant, comme le montrent les rares données disponibles, elles sont laissées pour compte dans le combat contre la maladie et pour la promotion du bien-être, et ce pour des motifs variés, notamment (1) la surreprésentation des populations clés ; (2) la surpopulation, une mauvaise hygiène et une mauvaise alimentation ; (3) la violence et les comportements dangereux ; (4) l'accès insuffisant à des services de santé de base et la forte prévalence de diverses maladies transmissibles³⁰ ; et

²⁸ Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) *et al.*, Note d'orientation : Prévention, traitement et soins en matière de VIH dans les prisons et autres structures fermées : ensemble complet de mesures d'intervention (2013), disponible à l'adresse https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Prisons_and_other_closed_settings/Prison_Comp_Pack.pdf.

²⁹ Organisation mondiale de la Santé, *Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations* (juillet 2014), disponible à l'adresse http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128048/1/9789241507431_eng.pdf?ua=1&ua=1.

³⁰ Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) *et al.*, *HIV and AIDS in Places of Detention: A Toolkit for Policymakers, Programme Managers, Prison Officers and Health Care Providers in Prison Settings* (2008), disponible à l'adresse <https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/V0855768.pdf> ; Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), *HIV in Prisons: Situation and Needs Assessment Toolkit* (2010), disponible à l'adresse

(5) les violations des droits de l'homme, la stigmatisation et la discrimination, et les vulnérabilités particulières des femmes, des personnes transgenres et des jeunes.

22. La tuberculose et le VIH sont des menaces qui pèsent lourdement sur la santé en milieu carcéral : la prévalence du VIH peut y atteindre 50 %, l'incidence de la tuberculose est en moyenne 23 fois supérieure à celle constatée dans la population générale³¹, les cas de tuberculose pharmacorésistante sont plus nombreux³² et la mortalité beaucoup plus élevée qu'à l'extérieur des prisons. De plus, les prisonniers atteints d'une infection tuberculeuse latente développent trop souvent une tuberculose active à cause du VIH ; la tuberculose est la première cause de mortalité des personnes vivant avec le VIH³³. La prévalence du VHC est notablement plus élevée chez les prisonniers, notamment parmi les consommateurs de drogues injectables³⁴. En France, selon les estimations, 4,8 % des prisonniers sont infectés par le virus de l'hépatite C, et la prévalence de ce virus est beaucoup plus élevée chez les femmes (11,8 %) que chez les hommes (4,5 %)³⁵.
23. Les modes de transmission du VIH dans les prisons sont ceux constatés dans la population générale : partage de matériel d'injection contaminé par les consommateurs de drogues injectables³⁶ ; pratiques sexuelles dangereuses, consenties ou imposées, dont le viol³⁷ ; pratiques de tatouage et de piercing dangereuses ; partage de rasoirs, rituels de fraternité (pactes de sang)³⁸ et stérilisation ou réutilisation inadéquate d'instruments médicaux ou dentaires³⁹. En milieu carcéral, comme dans la population générale, des mères vivant avec le VIH peuvent transmettre le virus à leur nourrisson pendant la grossesse ou l'accouchement⁴⁰. Malgré ces vulnérabilités, les services de prévention, de traitement et de soins liés au VIH ou à d'autres maladies infectieuses en milieu carcéral sont rarement adaptés, et souvent inexistant.

http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/HIV_in_prisons_situation_and_needs_assessment_document.pdf.

³¹ I. Baussano *et al.*, *Tuberculosis Incidence in Prisons: A Systematic Review*, 7 PLOS Medicine 12 (2010).

³² M. Ruddy *et al.*, *Rates of Drug Resistance and Risk Factor Analysis in Civilian and Prison Patients With Tuberculosis in Samara Region, Russia*, 60 Thorax 130 (2005).

³³ V. Martin *et al.*, *Incidence of Tuberculosis and the Importance of Treatment of Latent Tuberculosis Infection in a Spanish Prison Population*, 5 International Journal of Tuberculosis & Lung Disease 926 (2001).

³⁴ S. Larney *et al.*, *The Incidence and Prevalence of Hepatitis C in Prisons and Other Closed Settings: Results of a Systematic Review and Meta-analysis*, 58 Hepatology 1215 (2013).

³⁵ C. Semaille, Y. Le Strat *et al.*, The Prevacar Group, *Prevalence of Human Immunodeficiency Virus and Hepatitis C Virus Among French Prison Inmates in 2010: A Challenge for Public Health Policy* (2013) disponible à l'adresse <http://www.eurosurveillance.org/images/dynamic/EE/V18N28/art20524.pdf>.

³⁶ Alliance internationale contre le VIH/sida et Commonwealth HIV and AIDS Action Group, *Enabling Legal Environments for Effective HIV Responses: A Leadership Challenge for the Commonwealth* (2010), disponible à l'adresse <http://www.hivpolicy.org/Library/HPP001810.pdf>.

³⁷ Alliance internationale contre le VIH/sida et Commonwealth HIV and AIDS Action Group, *Enabling Legal Environments for Effective HIV Responses: A Leadership Challenge for the Commonwealth* (2010), disponible à l'adresse <http://www.hivpolicy.org/Library/HPP001810.pdf>.

³⁸ K. C. Goyer, Institute for Security Studies Monographs, *HIV/AIDS in Prison, Problems, Policies and Potential* 103 (2003).

³⁹ Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) *et al.*, *HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings A Framework for an Effective National Response* (2006), disponible à l'adresse https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV-AIDS_prisons_Oct06.pdf.

⁴⁰ Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) *et al.*, *HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings A Framework for an Effective National Response* (2006), disponible à l'adresse https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV-AIDS_prisons_Oct06.pdf.

Des lois pénales au champ d'application exagérément étendu et leur application abusive entraînent une surreprésentation des populations clés

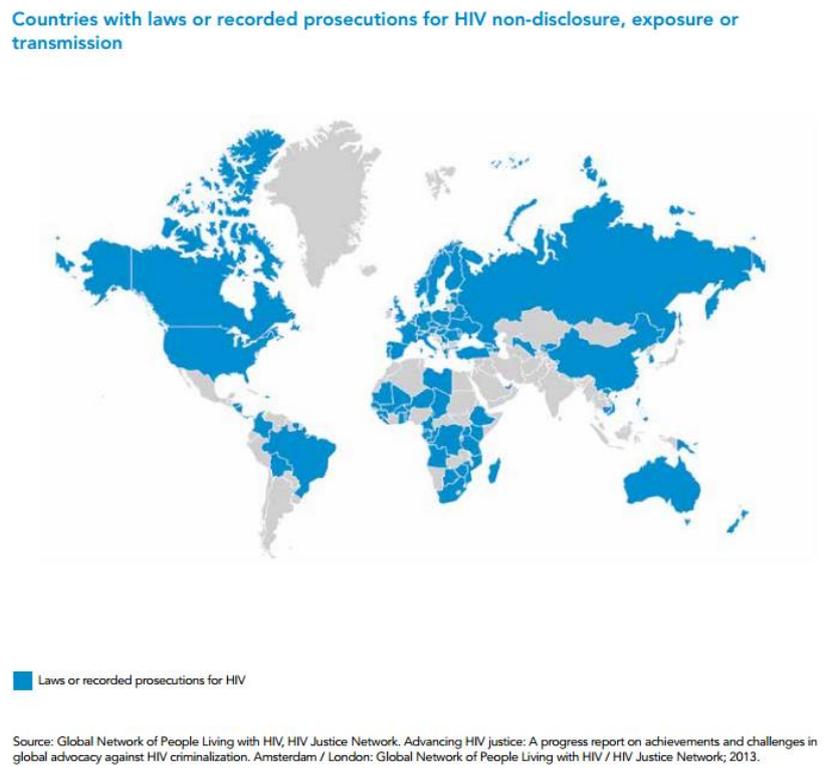
24. Les taux d'incarcération élevés parmi les populations clés qui entraînent une surpopulation découlent souvent de législations nationales et de politiques en matière de justice pénale inadaptées, inefficaces ou excessives. Ces législations sont largement répandues dans les pays et les régions et affectent en particulier les personnes vivant avec le VIH et d'autres populations clés. Les personnes démunies, celles qui font l'objet d'une discrimination et qui sont marginalisées par la société sont surreprésentées dans les prisons du monde entier⁴¹.
25. Des lois au champ d'application exagérément étendu et des poursuites pour exposition au VIH, non-divulgation de la séropositivité et transmission du VIH ont été identifiées dans toutes les régions du monde⁴². La Commission mondiale sur le VIH et le droit a préconisé le réexamen de toutes les condamnations prononcées à l'encontre de personnes poursuivies pour les trois motifs précités, ainsi que la libération immédiate des personnes accusées emprisonnées, assortie d'une grâce ou d'une mesure similaire, de sorte que ces charges soient effacées du dossier des auteurs d'infractions pénales ou à caractère sexuel⁴³.

⁴¹ R. A. Brewer, *The High Prevalence of Incarceration History Among Black Men Who Have Sex With Men in the United States: Associations and Implications*, 104 *American Journal of Public Health* 448 (2014).

⁴² Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH et HIV Justice Network, *Advancing HIV justice: A Progress Report on Achievements and Challenges in Global Advocacy against HIV Criminalization* (2013).

⁴³ Commission mondiale sur le VIH et le droit, *Risques, droit et santé* (juillet 2012), disponible à l'adresse <http://www.hivlawcommission.org/resources/report/FinalReport-Risks.Rights&Health-FR.pdf>.

Figure 2. Pays dotés de lois criminalisant le VIH de façon excessive ou dans lesquels la non-divulgence du VIH, l'exposition au virus ou sa transmission font l'objet de poursuites⁴⁴



26. On estime que 56 à 90 % des consommateurs de drogues injectables (CDI) seront incarcérés à un moment ou à un autre et que les consommateurs de drogues (CDI compris) pourraient représenter jusqu'à la moitié de la population des milieux fermés. Pourtant, les traitements de la dépendance aux drogues, les traitements de substitution aux opiacés et les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues dans les prisons sont extrêmement rares et souvent inexistant⁴⁵. Aux États-Unis par exemple, on estime que chaque année, 24 à 36 % des consommateurs d'héroïne fréquentent le système pénitentiaire, soit plus de 200 000 personnes⁴⁶. En 2014, 28 pays d'Europe et d'Asie centrale (15 pays de l'Union européenne/l'Espace économique européen (UE/EEE) et 13 n'appartenant pas à l'UE/EEE) faisaient état d'un chevauchement du risque d'infection à VIH entre les prisonniers et les CDI ; les sept pays ayant signalé une prévalence du VIH supérieure à 5 % chez les prisonniers indiquaient également une prévalence du VIH élevée chez les CDI dans la population générale⁴⁷.

⁴⁴ ONUSIDA, *The Gap Report* (2014) p. 124, disponible à l'adresse:

http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Gap_report_en.pdf

⁴⁵ B.T. Montague *et al.*, *Tracking Linkage to HIV Care for Former Prisoners: A Public Health Priority*, 3 *Virulence* 319 (2012).

⁴⁶ Kate Dolan *et al.*, *People Who Inject Drugs in Prison: HIV Prevalence, Transmission and Prevention*, *International Journal of Drug Policy*, volume 26, S12 (2015), disponible à l'adresse <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S095539591400293X>.

⁴⁷ Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC), *Monitoring Implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2014 Progress Report, ECDC Special Report, Thematic report: Prisoners* (2013), disponible à l'adresse <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/dublin-declaration-prisoners-2014.pdf>.

27. La criminalisation des rapports sexuels entre personnes de même sexe dans 75 pays⁴⁸, et du travestisme et d'autres expressions de l'identité de genre dans divers pays, entraîne l'incarcération de membres de la communauté lesbienne, gay, bisexuelle, transgenre et intersexe (LGBTI) exposés à des risques majeurs en milieu carcéral en raison de l'homophobie et de la violence sexuelle⁴⁹. Des données des États-Unis indiquent que près d'une personne transgenre sur six a déjà été incarcérée, une proportion largement supérieure à celle observée pour la population générale. En outre, près de la moitié (47 %) des personnes transgenres afro-américaines ont été emprisonnées⁵⁰. La plupart des pays criminalisant certains aspects du commerce du sexe⁵¹, les professionnels du sexe sont surreprésentés dans les prisons.

La surpopulation exacerbe les risques sanitaires

28. La surpopulation carcérale est un problème mondial qui nuit aux efforts pour combattre efficacement les maladies infectieuses et d'autres problèmes de santé. La population carcérale augmente rapidement dans le monde entier. Selon le Centre international d'études pénitentiaires (ICPS), le taux d'occupation des prisons est supérieur à 100 % dans 113 pays et excède 200 %⁵² dans 22 d'entre eux (dont 10 en Afrique).

⁴⁸ Association internationale des lesbiennes, gays, bisexuels, transsexuels et intersexués, *State-Sponsored Homophobia* (2015), disponible à l'adresse http://old.ilga.org/Statehomophobia/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2015.pdf.

⁴⁹ National Centre for Transgender Equality, *Issues: Police, Jails, and Prisons*, <http://transequality.org/issues/police-jails-prisons>, consulté le 2 octobre 2015.

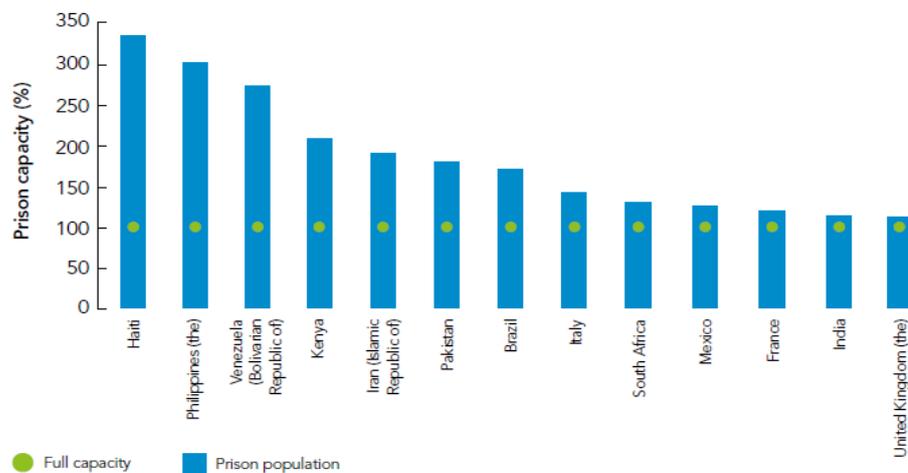
⁵⁰ Jaime Grant *et al.*, *Injustice at Every Turn: A Report of the National Transgender Discrimination Survey*, National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force (2011). http://www.thetaskforce.org/static_html/downloads/reports/reports/ntds_full.pdf.

⁵¹ Sexuality, Poverty & Law Programme, *Map of sex work law*, disponible à l'adresse <http://www.spl.ids.ac.uk/sexworklaw>.

⁵² Centre international d'études pénitentiaires (ICPS), *World Prison Brief*, disponible à l'adresse <http://www.prisonstudies.org/world-prison-brief>.

Figure 3. Surpopulation carcérale dans une sélection de pays, 2014⁵³

Overcrowding is found in prison settings in countries all around the world



Source: International Centre for Prison Studies – World Prison Briefs <http://www.prisonstudies.org/world-prison-brief>.

29. Les conditions de détention ne répondant pas aux normes et la surpopulation peuvent accroître le risque de transmission du VIH entre prisonniers en promouvant et en encourageant la consommation de drogues en réaction à l'ennui ou au stress (impliquant le plus souvent des pratiques d'injection dangereuses) et en favorisant la violence, les bagarres, l'intimidation, les relations sexuelles sous contrainte et le viol en prison. Ces conditions peuvent aussi avoir un impact négatif sur la santé des prisonniers vivant avec le VIH en les exposant davantage à des maladies infectieuses comme la tuberculose et l'hépatite virale, en encourageant leur hébergement dans des environnements non hygiéniques et insalubres, en les enfermant dans des cellules exiguës, mal éclairées et mal ventilées, en limitant leur accès aux espaces en plein air, aux activités éducatives ou sociales ou au travail, en les privant de soins de santé, d'un régime alimentaire et d'une alimentation appropriés et/ou d'eau potable propre et en ne répondant pas à leurs besoins de base en matière d'hygiène⁵⁴. La surpopulation et une ventilation insuffisante sont les deux principaux facteurs environnementaux qui permettent à la tuberculose de prospérer. Au Brésil, la mise en conformité de la ventilation avec les normes de l'OMS et l'optimisation de la ventilation croisée ont entraîné une baisse de 38,2 % et de 64,4 % de la transmission de la tuberculose, respectivement⁵⁵. Si les prisons sud-africaines respectaient les normes internationales relatives au nombre de prisonniers acceptable par cellule, on estime que le risque de transmission de la tuberculose serait divisé par deux pour les détenus⁵⁶. La surpopulation pèse aussi sur la

⁵³ Centre international d'études pénitentiaires (ICPS), *World Prison Brief*, disponible à l'adresse <http://www.prisonstudies.org/world-prison-brief>.

⁵⁴ R. Jürgens *et al.*, *HIV and Incarceration: Prisons and Detention*, 14 *Journal of the International AIDS Society* 26 (2011).

⁵⁵ J. Urrego *et al.*, *The Impact of Ventilation and Early Diagnosis on Tuberculosis Transmission in Brazilian Prisons*, *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 166 (2015).

⁵⁶ PlusNews, *South Africa: Overcrowding Fuels TB in Prisons*, <http://www.irinnews.org/report/95684/south-africa-overcrowding-fuels-tb-in-prisons> (2012).

- fourniture de soins de santé en milieu carcéral, au Bangladesh par exemple, où une prison de 90 000 détenus dispose de 16 professionnels de santé⁵⁷.
30. La ségrégation des personnes vivant avec le VIH est une pratique courante. En Alabama (États-Unis), une politique formalisait la ségrégation de tous les prisonniers vivant avec le VIH : ceux-ci occupaient des cellules distinctes, étaient exclus de nombreux services de réadaptation, n'avaient pas accès au travail, à la formation professionnelle, aux programmes de santé mentale, de prévention contre les drogues et éducatifs, et étaient stigmatisés publiquement. Des plaignants représentant tous les prisonniers séropositifs au VIH actuels et futurs confiés à la garde du département des services pénitentiaires de l'Alabama ont porté plainte en 2011 et obtenu d'un tribunal qu'il invalide la politique en septembre 2013⁵⁸. Le tribunal a considéré que la politique de ségrégation violait de nombreux droits des prisonniers vivant avec le VIH⁵⁹.
31. Les carences des systèmes de justice pénale peuvent se traduire par de longues périodes de détention pendant l'instruction, dans l'attente d'un procès et avant le prononcé d'une sentence. Le recours arbitraire et excessif à la détention préventive partout dans le monde est une forme d'atteinte massive aux droits de l'homme qui touche plus de 14 millions de personnes chaque année⁶⁰. Les personnes en détention préventive représentent en moyenne 30 % de la population des milieux fermés. Ces délais augmentent la probabilité de dégradation de l'accès aux services, exacerbant par là-même le risque d'infection à VIH. Dans certains pays, l'accès aux soins de santé pendant la détention préventive est encore plus limité que dans les prisons⁶¹.

Prévalence de la violence sexuelle, des pratiques sexuelles à risque et des pratiques d'injection de drogues dangereuses

32. La violence sexuelle et les pratiques sexuelles à risque sont fréquentes dans les prisons, alors que l'accès à des produits de prévention comme les préservatifs et les lubrifiants est très limité, voire inexistant. La prévalence réelle de l'activité sexuelle est vraisemblablement plus élevée que ce qu'indiquent les chiffres, en grande partie à cause du déni, de la crainte de la stigmatisation et de l'homophobie, mais aussi de la criminalisation des rapports sexuels entre hommes⁶². Environ 25 % des prisonniers sont victimes de violences chaque année ; 4 à 5 % subissent des violences sexuelles et 1 à 2 % des viols⁶³⁻⁶⁴. La surpopulation des établissements pénitentiaires exacerbe la violence⁶⁵.

⁵⁷ F. Biadglegne *et al.*, *Review of the prevalence and drug resistance of tuberculosis in prisons: a hidden epidemic*, 143 *Epidemiology and Infection* 887 (2015), http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FHYG%2FHYG143_05%2FS095026881400288Xa.pdf&code=1390ea6214f05a09ad870197ef071dd8.

⁵⁸ Henderson *c. Thomas*, 891 F. Supp. 2d 1296 (2012).

⁵⁹ Margaret Winter, *Stigmatized No Longer: The End of HIV Segregation in Alabama Prisons*, *Jurist - Sidebar*, 9 octobre 2013, <http://jurist.org/sidebar/2013/10/margaret-winter-hiv-segregation.php>.

⁶⁰ Open Society Justice Initiative, *Presumption of Guilt: The Global Overuse of Pretrial Detention* (2014), consulté à l'adresse <https://www.opensocietyfoundations.org/publications/presumption-guilt-global-overuse-pretrial-detention-overuse-pretrial-detention>.

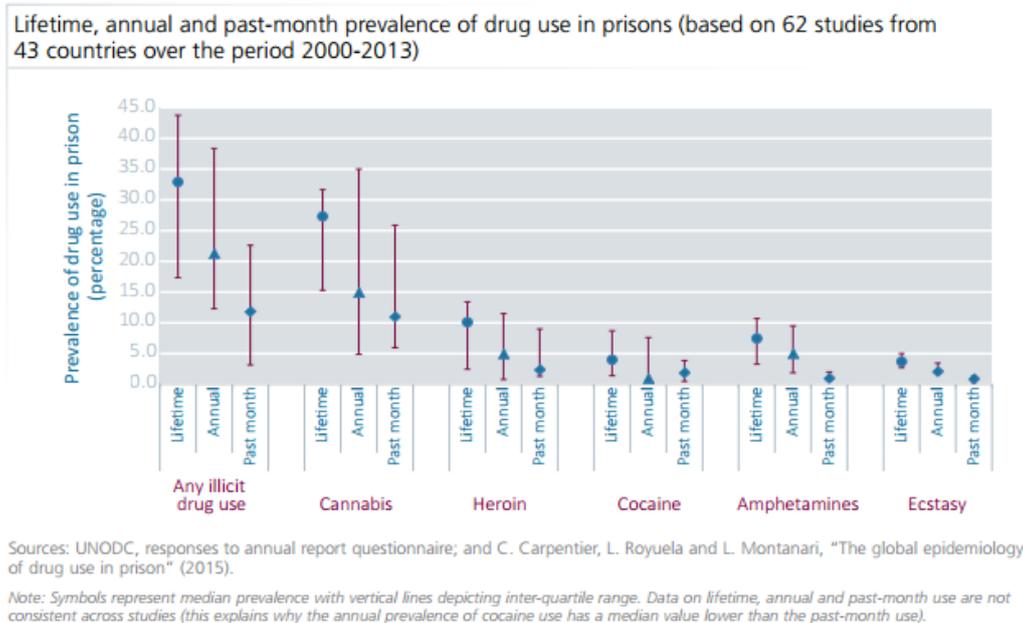
⁶¹ *Handbook on strategies to reduce overcrowding in prisons* ; https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Overcrowding_in_prisons_Ebook.pdf

⁶² Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) *et al.*, *HIV and prisons in sub-Saharan Africa: opportunities for action* (2007), disponible à l'adresse https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/Africa%20HIV_Prison_Paper_Oct-23-07-en.pdf.

⁶³ Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe, *Prisons and Health* (2014), disponible à l'adresse <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/2014/prisons-and-health>.

33. Les utilisateurs de drogues injectables continuent souvent de consommer des drogues lorsqu'ils sont incarcérés, tandis que d'autres détenus découvrent l'injection de drogues lors d'un premier séjour en prison. L'examen de 41 études de 26 pays (pour la plupart en Europe), complété par des données fournies à l'ONUDC par les États membres, met en évidence une prévalence élevée de la consommation de drogues en milieu carcéral⁶⁶. Un tiers des prisonniers auraient consommé de la drogue une fois au moins pendant leur incarcération. En Europe, quatre des douze pays qui transmettent à l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (EMCDDA) des informations sur la consommation de drogues injectables des prisonniers font état d'une prévalence supérieure à 10 %, à savoir le Luxembourg (31 %), l'Allemagne (22 %), le Portugal (11 %) et la Lettonie (10 %)⁶⁷.

Figure 4. Consommation de drogues en milieu carcéral⁶⁸



34. La prison est un environnement contrôlé à haut risque où la consommation de drogues, y compris de drogues injectables, se fait souvent dans des conditions particulièrement dangereuses⁶⁹. L'absence de distribution d'aiguilles et de seringues amène souvent à partager du matériel d'injection non stérile⁷⁰. Plusieurs études ont observé que les prisonniers ont plus tendance à partager du matériel d'injection lorsqu'ils sont emprisonnés qu'avant leur incarcération. En

⁶⁴ N. Wolff, *Rates of Sexual Victimization in Prison for Inmates with and without Mental Disorders*, 7 *Psychiatric Services* 1087 (2007).

⁶⁵ Steiner et al., *The Impact of Inmate and Prison Characteristics on Prisoner Victimization*, *Trauma Violence Abuse* (2015).

⁶⁶ Chloé Carpentier et al., *The Global Epidemiology of Drug Use in Prisoners: Epidemiology, Implications and Policy Responses* (prochainement disponible).

⁶⁷ EMCDDA, *Statistical Bulletin 2014*, disponible à l'adresse www.emcdda.europa.eu/.

⁶⁸ Chloé Carpentier et al., *The Global Epidemiology of Drug Use in Prisoners: Epidemiology, Implications and Policy Responses* (prochainement disponible).

⁶⁹ Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) et al., *World Drug Report 2015*, disponible à l'adresse https://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf.

⁷⁰ R. Jürgens et al., *HIV and Incarceration: Prisons and Detention*, 14 *Journal of the International AIDS Society* (2011).

République d'Irlande, 70,5 % des CDI étudiés indiquaient partager des aiguilles lorsqu'ils étaient incarcérés, alors qu'ils n'étaient que 45,7 % le mois précédant l'incarcération⁷¹. En Estonie, 55 % des CDI consommait des drogues injectables pendant leur incarcération, et 84 % d'entre eux utilisaient du matériel d'injection qui avait déjà servi⁷². La pratique très répandue du partage d'aiguilles et de seringues en prison est également documentée dans d'autres pays : elle concerne 56 % des prisonniers au Pakistan, 66 % dans la Fédération de Russie, 70 à 90 % en Australie, 78 % en Thaïlande, 83 à 92 % en Grèce⁷³ et 96 % des 56 % de détenus d'une prison indonésienne qui déclaraient consommer des drogues injectables⁷⁴.

Une disponibilité des services liés au VIH insuffisante dans les prisons

35. Les soins de santé assurés en milieu carcéral sont généralement limités ; leur niveau et leur qualité se révèlent souvent inférieurs à ceux dont bénéficie la communauté. Cela s'explique par des contraintes budgétaires, des obstacles juridiques et politiques et une volonté politique insuffisante d'investir dans des soins aux prisonniers⁷⁵. L'observance du traitement est souvent menacée lorsque des personnes vivant avec le VIH sont arrêtées et/ou incarcérées. En outre, il est fréquent que les services soient interrompus lors des transferts entre établissements et après la sortie de prison⁷⁶. Des tribunaux ont maintes fois constaté que ce défaut systématique de fourniture des soins médicaux nécessaires aux personnes vivant en milieu carcéral et dans d'autres milieux fermés constituait un traitement inhumain et dégradant portant atteinte aux droits de l'homme⁷⁷.
36. Les services essentiels liés au VIH qui peuvent être disponibles dans la communauté sont souvent inexistantes en prison. Les soins de santé en milieu carcéral sont généralement du ressort du ministère en charge de l'administration pénitentiaire plutôt que des autorités de santé publique⁷⁸. Par conséquent, les services de lutte contre le VIH et les co-infections proposés dans les prisons sont souvent déconnectés des programmes nationaux de santé publique.

⁷¹ Allwright S. et al., *Prevalence of Antibodies to Hepatitis B, Hepatitis C, and HIV and Risk Factors in Irish Prisoners: Results of a National Cross Sectional Survey*, 323 British Medical Journal 1209 (2000).

⁷² Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC), *Monitoring Implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2014 Progress Report, ECDC Special Report, Thematic report: Prisoners* (2013), disponible à l'adresse <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/dublin-declaration-prisoners-2014.pdf>.

⁷³ Kate Dolan et al., *People Who Inject Drugs in Prison: HIV Prevalence, Transmission and Prevention*, International Journal of Drug Policy, volume 26, S12 (2015), disponible à l'adresse <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S095539591400293X>.

⁷⁴ G. J. Culbert et al., *Within-prison Drug Injection Among HIV-infected Male Prisoners in Indonesia: A Highly Constrained Choice*, 149 Drugs and Alcohol Dependence 71 (2015).

⁷⁵ *Prisoners and HIV/AIDS* (2014), http://www.avert.org/prisonershiv aids.htm#footnote1_60dr9hk.

⁷⁶ B. T. Montague et al., *Tracking Linkage to HIV Care for Former Prisoners: A Public Health Priority*, 3 Virulence 319 (2012).

⁷⁷ Citons parmi les cas les plus récents, M.S. c. Russie, 10 juillet 2014, Cour européenne des droits de l'homme, affaire 8589/08 ; Reshetnyak c. Russie, 8 janvier 2013, Cour européenne des droits de l'homme, affaire 56027/10 ; Logvinenko c. Ukraine, 14 octobre 2010, Cour européenne des droits de l'homme, affaire 13448/07 ; Plata c. Brown, C-01-1351 THE (N.D. Cal.) 07/23/2015, Californie, États-Unis

⁷⁸ R. Jürgens et al., *HIV and Incarceration: Prisons and Detention*, 14 Journal of the International AIDS Society 26 (2011).

37. Le conseil et le dépistage du VIH volontaires et confidentiels sont un point d'entrée important pour garantir l'accès à la prévention, au traitement et aux soins en matière de VIH aux personnes vivant en milieu carcéral et dans d'autres milieux fermés, et le dépistage rapide augmente la probabilité que les prisonniers connaissent leur statut VIH⁷⁹. Cependant, l'absence de confidentialité, le dépistage du VIH ou le traitement obligatoires (sans consentement éclairé) et le refus de traitement sont des atteintes fréquentes aux droits des prisonniers qui les dissuadent encore davantage de solliciter les services de santé dont ils ont besoin⁸⁰.
38. Comme de multiples études l'ont montré, les prisonniers répondent bien au traitement antirétroviral lorsqu'il est assorti de soins et d'un accès aux médicaments⁸¹. Cependant, on dispose de peu de données sur la couverture du traitement du VIH en milieu carcéral et dans les autres milieux fermés. Les taux d'observance dans les prisons peuvent être aussi élevés, voire plus, que parmi les patients de la communauté, mais les progrès de santé obtenus pendant l'incarcération risquent d'être perdus, sauf si la libération est planifiée avec soin et qu'une orientation vers des soins communautaires est mise en place. Par exemple, un récent examen systématique des données des États-Unis et du Canada indique qu'environ 54 % des personnes vivant avec le VIH recevaient un traitement antirétroviral avant leur incarcération, que 65 % en bénéficiaient pendant leur incarcération, mais qu'ils n'étaient plus que 37 % après leur sortie de prison⁸².
39. Les services de prévention du VIH sont très insuffisants dans la majorité des prisons du monde. Les données probantes disponibles indiquent que la plupart des programmes de réduction des risques peuvent être mis en œuvre dans les prisons sans risque pour la sécurité et sans que cela fasse augmenter la consommation de drogues illicites⁸³. Par exemple, le traitement de substitution aux opiacés (TSO), une approche de prévention du VIH qui a fait ses preuves pour les prisonniers qui consomment des drogues injectables, n'était disponible que dans les prisons de 43 pays en 2014. Dans beaucoup de pays, des obstacles politiques, juridiques et réglementaires freinent l'introduction ou le déploiement de programmes de réduction des risques dans les prisons.

⁷⁹ C. G. Beckwith *et al.*, *HIV risk behavior before and after HIV counseling and testing in jail*, 53 *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndroms* 485 (2009).

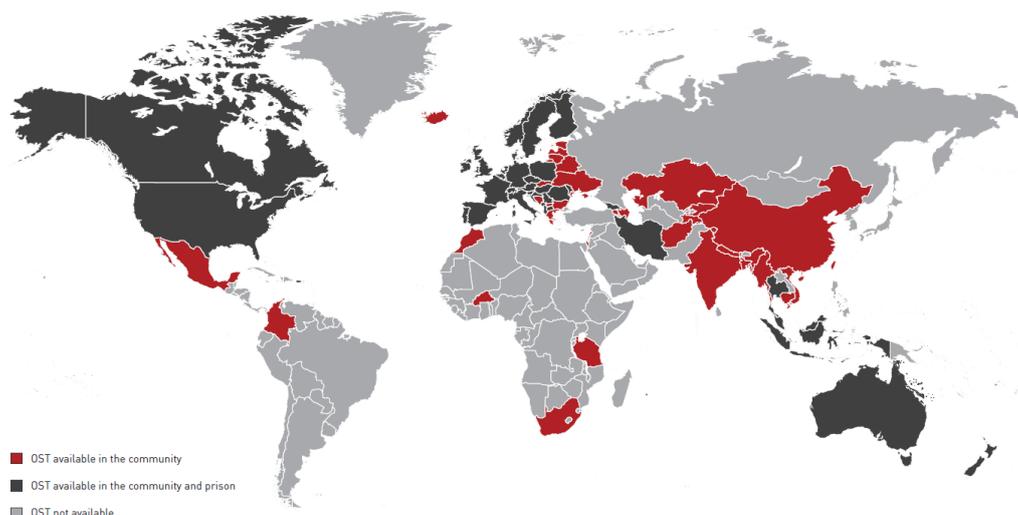
⁸⁰ Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) *et al.*, *Note d'orientation : Prévention, traitement et soins en matière de VIH dans les prisons et autres structures fermées : ensemble complet de mesures d'intervention* (2013), disponible à l'adresse https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Prisons_and_other_closed_settings/Prison_Comp_Pack.pdf.

⁸¹ WHO/HIV/2014.12. *Health Interventions for Prisoners: Update of the Literature Since 2007*, Ameer Schwitters, CDC/Atlanta.

⁸² Princess A. Iroh, *The HIV Care Cascade Before, During, and After Incarceration: A Systematic Review and Data Synthesis*, 105 *American Journal of Public Health* (2015).

⁸³ Kerr *et al.*, *Harm Reduction in Prisons: A Rights Based Analysis*, 14 *Critical Public Health* 345 (2004).

Figure 5. Disponibilité du traitement de substitution aux opiacés dans les prisons et les communautés, 2014⁸⁴



40. Les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues en prison sont extrêmement rares et leur nombre a encore considérablement diminué depuis 2012⁸⁵. En 2014, huit pays seulement (tous situés en Europe et en Asie centrale⁸⁶) avaient mis en œuvre de tels programmes. Cependant, même dans ces pays, à l'exception notable de l'Espagne, les aiguilles et les seringues ne sont pas disponibles dans toutes les prisons. Cela est particulièrement préoccupant, d'autant plus que l'expérience de la Suisse prouve que ces programmes entraînent un recul marqué du partage de matériel d'injection⁸⁷.

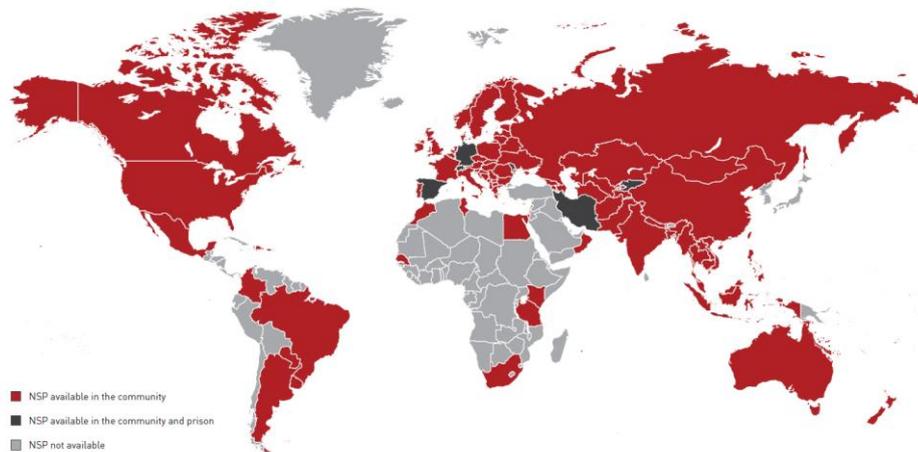
⁸⁴ Harm Reduction International, *The Global State of Harm Reduction 2014 20* (2014), disponible à l'adresse <http://www.ihra.net/files/2015/02/16/GSHR2014.pdf>.

⁸⁵ Harm Reduction International, *The Global State of Harm Reduction 2014 20* (2014), disponible à l'adresse <http://www.ihra.net/files/2015/02/16/GSHR2014.pdf>.

⁸⁶ Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC), *Monitoring Implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2014 Progress Report, ECDC Special Report, Thematic report: Prisoners* (2013), disponible à l'adresse <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/dublin-declaration-prisoners-2014.pdf>.

⁸⁷ R. Jürgens *et al.*, *Interventions to Reduce HIV Transmission Related to Injecting Drug Use in Prison*, *Lancet Infectious Diseases* (2009), disponible à l'adresse <http://www.who.int/hiv/topics/idu/InterventionsReduceHIVIDUinPrisons.pdf>.

Figure 6. Disponibilité des programmes de distribution d'aiguilles et de seringues dans les prisons et les communautés, 2014⁸⁸



41. La mise à disposition de préservatifs dans les prisons est elle aussi extrêmement rare. Une étude de 2009 d'ARASA (*AIDS and Rights Alliance of Southern Africa*) a établi qu'un seul des pays d'Afrique australe qui criminalisent les pratiques sexuelles entre personnes de même sexe distribuait des préservatifs aux prisonniers⁸⁹. En 2014, pour la première fois, le rapport sur l'état de la réduction des risques dans le monde a tenté de recueillir des informations sur la fourniture de préservatifs dans les prisons, et découvert que très peu de pays ou territoires distribuaient ces produits, malgré le faible coût des programmes de distribution et la relative facilité de leur mise en œuvre. L'Afrique du Sud constitue à cet égard une remarquable exception.⁹⁰ Cette situation, couplée au manque de services de distribution d'aiguilles et de seringues pour les CDI, renforce la nécessité de remédier au manque de dispositifs sanitaires en milieu carcéral⁹¹.

Les femmes, les personnes transgenres et les jeunes sont particulièrement vulnérables, tandis que les prisonniers en général sont très touchés par la stigmatisation, la discrimination et d'autres violations de leurs droits liées au VIH

42. Les femmes représentent une minorité de la population carcérale (5 à 10 %) ⁹² ; à l'échelle du globe, 700 000 femmes et filles sont détenues dans des établissements pénitentiaires⁹³. Dans certains contextes, la prévalence du VIH est plus élevée chez les prisonnières que chez les prisonniers, et beaucoup plus

⁸⁸ Harm Reduction International, *The Global State of Harm Reduction 2014 20* (2014), disponible à l'adresse <http://www.ihra.net/files/2015/02/16/GSHR2014.pdf>.

⁸⁹ AIDS and Rights Alliance of Southern Africa, *HIV/ AIDS and Human Rights in Southern Africa* (2009), disponible à l'adresse: http://www.safajids.net/files/ARASA_Human_rights_report_2009.pdf.

⁹⁰ Department of Correctional Services Vote 21, Republic of South Africa, Annual Report 2013/2014, disponible à l'adresse <http://www.dcs.gov.za/docs/2015%20doc/DCS%20Annual%20Report%202013-14.pdf>.

⁹¹ Harm Reduction International, *The Global State of Harm Reduction 2014 20* (2014), disponible à l'adresse <http://www.ihra.net/files/2015/02/16/GSHR2014.pdf>.

⁹² Centre international d'études pénitentiaires, *World Prison Population List* (2013), disponible à l'adresse http://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/wppi_10.pdf.

⁹³ Centre international d'études pénitentiaires, *World Female Imprisonment List*, disponible à l'adresse http://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/world_female_imprisonment_list_third_edition_0.pdf.

forte que parmi les femmes de la population générale. En Moldavie par exemple, la prévalence du VIH chez les prisonnières était de 9,6 % en 2005, alors qu'elle était comprise entre 1,5 et 5 % chez les prisonniers et inférieure à 0,5 % parmi les femmes de la population générale⁹⁴. Au vu des taux élevés d'abus sexuels, perpétrés notamment par des gardiens⁹⁵, et des taux plus élevés de consommation de drogues parmi les prisonnières⁹⁶, le risque pour les femmes de contracter le VIH est accru en l'absence de mesures de prévention. De plus, le risque de contracter la tuberculose est particulièrement élevé parmi les femmes incarcérées, du fait de la prévalence plus forte de multiples facteurs de risque comme un niveau socio-économique plus faible, une prévalence du VIH plus élevée, la surpopulation, une ventilation, un éclairage et une hygiène insuffisants⁹⁷. De plus, certaines femmes admises en prison sont parfois enceintes ou le deviennent. D'autres sont accompagnées de leurs jeunes enfants, accouchent ou s'occupent de leur nourrisson en prison⁹⁸.

43. Les comportements à risque d'infection à VIH sont fréquents chez les adolescents qui vivent en prison. Les infections sexuellement transmissibles et le sida sont fréquents chez les jeunes détenus⁹⁹. Selon une étude menée au Pakistan, les adolescents incarcérés sont généralement bien informés sur les modes de transmission du VIH et connaissent l'efficacité du préservatif pour prévenir la transmission du VIH et des IST mais l'utilisent peu¹⁰⁰.
44. Les personnes transgenres sont elles aussi très exposées au risque d'abus dans les prisons, les maisons d'arrêt et les centres de détention pour mineurs¹⁰¹. Dans la plupart des pays, elles n'ont pas de reconnaissance juridique et, au moment de leur incarcération, sont placées dans des cellules sur la base de leur sexe biologique ou de leurs documents d'identité, et mises dans des situations qui les exposent davantage aux abus et à la transphobie, ou sont parfois mises à l'isolement, une pratique dont les effets dévastateurs sur la santé mentale sont avérés¹⁰². Le bureau des statistiques sur la justice des États-Unis indique que dans les prisons et les maisons d'arrêt du pays, en 2011-2012, la victimisation

⁹⁴ L. Pintilei, *Harm reduction in prisons of Republic of Moldova, Presentation at HIV/AIDS in Prisons in Ukraine – From Evidence to Action: Prevention and Care, Treatment, and Support*, Kiev, 1–2 novembre 2005.

⁹⁵ Howard League for Penal Reform, Commission on Sex in Prison, *Women in Prison: Coercive and Consensual Sex* Briefing Paper 2 (2014), disponible à l'adresse http://www.commissiononsexinprison.org/fileadmin/howard_league/user/pdf/Publications/Women_sex_commission.pdf.

⁹⁶ Strathdee SA *et al.*, *Substance Use and HIV Among Female Sex Workers and Female Prisoners: Risk Environments and Implications for Prevention, Treatment, and Policies*, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndroms* (juin 2015) 1;69 SUPPL 2:S110-7

⁹⁷ Meredith C. LaVene *et al.*, *Screening for Health Conditions in a County Jail: Differences by Gender*, *Journal of Correctional Health Care* 381 (2003).

⁹⁸ Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) et ONUSIDA (Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida), *Women and HIV in Prison Settings* (2008), disponible à l'adresse http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/Women_in_prisons.pdf.

⁹⁹ Linda A. Teplin *et al.*, *HIV and AIDS Risk Behaviors in Juvenile Detainees: Implications for Public Health Policy*, *93 American Journal of Public Health* 906 (2003).

¹⁰⁰ A. Altaf *et al.*, *High-risk Behaviours Among Juvenile Prison Inmates in Pakistan*, *123 Public Health* 470 (2009).

¹⁰¹ Valerie Jenness *et al.*, Center for Evidence-Based Corrections, *Violence in California Correctional Facilities: An Empirical Examination of Sexual Assault* (2007), disponible à l'adresse <http://ucicorrections.seweb.uci.edu/files/2013/06/BulletinVol2Issue2.pdf>.

¹⁰² National Center for Transgender Equality, *A Blueprint for Equality: Prison and Detention Reform* (mis à jour en juillet 2015), disponible à l'adresse http://www.transequality.org/sites/default/files/docs/resources/NCTE_Blueprint_June2015.pdf.

des prisonniers transgenres était près de dix fois supérieure à celle des prisonniers en général : dans les prisons, 39,9 % d'entre eux avaient signalé des agressions ou des abus sexuels commis dans l'année par un autre prisonnier ou un membre du personnel pénitentiaire, alors qu'ils étaient 4 % dans la population carcérale générale ; dans les maisons d'arrêt, ils étaient 26,8 % au lieu de 3,2 %¹⁰³.

45. Les prisonniers et les anciens prisonniers sont confrontés à des violations variées de leurs droits humains et à des niveaux élevés de stigmatisation et de discrimination. Dans sept pays d'Europe et d'Asie centrale, le dépistage du VIH est obligatoire dans les prisons : à Chypre et en Slovaquie (pays de l'UE/EEE) ainsi qu'au Bélarus, en Bosnie-Herzégovine, au Kirghizistan, en Ukraine et en Ouzbékistan (pays en dehors de l'UE/EEE). Aucun élément n'atteste de l'efficacité de cette forme de gestion du VIH qui viole implicitement la capacité et la liberté de choisir¹⁰⁴. En 2014, les représentants gouvernementaux interrogés avaient déclaré que les prisonniers séropositifs au VIH faisaient l'objet d'une stigmatisation et d'une discrimination modérées ou importantes dans 28 des 41 pays qui communiquent des rapports à l'ECDC¹⁰⁵.

LES BONNES PRATIQUES POUR COMBLER LES LACUNES SONT AUTANT DE LUEURS D'ESPOIR

46. Intensifier les efforts en vue de réduire la transmission du VIH et d'augmenter la couverture des services de prévention, de traitement et de soins est une nécessité pour mettre fin à l'épidémie de sida sans laisser personne de côté. Certains pays ont adopté des approches de santé publique solides et éprouvées, centrées sur les droits de l'homme et l'égalité des sexes : autant d'exemples encourageants sur lesquels s'appuyer pendant la période d'accélération de la riposte, fragile créneau de cinq ans qu'il faudra mettre à profit pour amplifier partout dans le monde de telles stratégies fondées sur des éléments concrets et respectueuses des droits.
47. Le système pénitentiaire sud-africain est exemplaire concernant le dépistage volontaire du VIH et la fourniture de traitements antirétroviraux. Les données les plus récentes font état d'une hausse du nombre de prisonniers soumis au dépistage du VIH, de 50 % en 2012-2013 à 68,7 % en 2013-2014 ; 95,7 % des prisonniers vivant avec le VIH recevaient un traitement antirétroviral (soit 15 417 sur 16 109 personnes au total) en 2013-2014. En outre, 75 % des prisonniers condamnés atteints de tuberculose étaient soignés et guéris¹⁰⁶.

¹⁰³ Allen J. Beck *et al.*, ministère de la Justice des États-Unis, *Sexual Victimization in Prisons and Jails Reported by Inmates*, 2011–12 (décembre 2014), disponible à l'adresse http://www.bjs.gov/content/pub/pdf/svpjri1112_st.pdf (voir Supplemental Tables: Prevalence of Sexual Victimization Among Transgender Adult Inmates).

¹⁰⁴ Ralf Jürgens, Organisation mondiale de la Santé, *Effectiveness of Interventions to Address Hiv in Prisons* (2007), disponible à l'adresse http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596190_eng.pdf?ua=1. Dans les lignes directrices unifiées de l'OMS concernant les populations clés de 2014, aucun nouvel élément qui aurait entraîné une modification des recommandations associées aux lignes directrices de 2007 n'a été identifié.

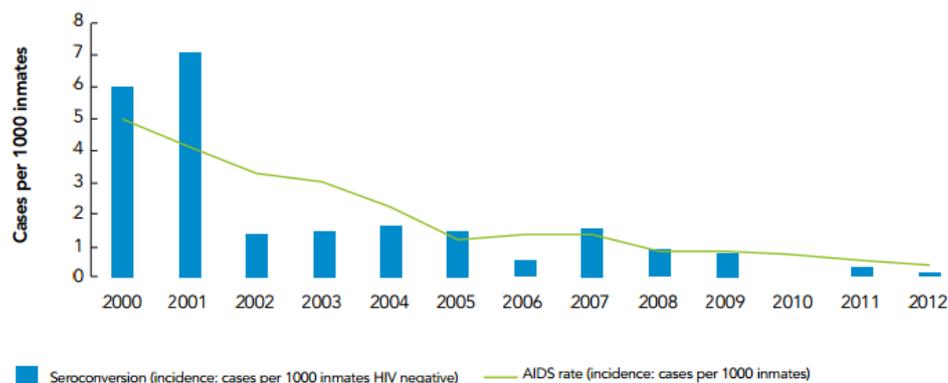
¹⁰⁵ Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC), *Monitoring Implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2014 Progress Report, ECDC Special Report, Thematic report: Prisoners* (2013), disponible à l'adresse <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/dublin-declaration-prisoners-2014.pdf>.

¹⁰⁶ Department of Correctional Services Vote 21, Republic of South Africa, Annual Report 2013/2014, disponible à l'adresse <http://www.dcs.gov.za/docs/2015%20doc/DCS%20Annual%20Report%202013-14.pdf>.

48. Depuis 2008, le programme du gouvernement français ESTHER (Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau) dans trois prisons de Côte d'Ivoire (à Abidjan, Dabou et Sassandra) applique une démarche holistique englobant la prévention, le dépistage du VIH et de la tuberculose, l'orientation vers les soins et la prise en charge, mais aussi l'élargissement de l'accès au traitement antirétroviral et au traitement des infections opportunistes. La formation de pairs éducateurs parmi les prisonniers a permis d'augmenter considérablement le nombre de personnes sollicitant de tels services. En 2013, grâce aux financements du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, le programme a pu couvrir six prisons supplémentaires et a permis d'identifier et d'orienter vers les soins plus de 10 000 personnes vivant avec le VIH. En 2014, 14 autres prisons ont été intégrées au programme¹⁰⁷.
49. En Espagne, le traitement de substitution aux opiacés a été introduit dans les prisons en 1992, et couplé à des programmes d'éducation à la santé. Entre 1997 et 1999, des programmes de distribution d'aiguilles et de seringues ont été lancés dans quatre prisons, puis généralisés à l'ensemble du système pénitentiaire en 2003. Cela a entraîné une baisse spectaculaire et constante de la prévalence du VIH dans les prisons, passée de 24 % en 1992 à 5,8 % en 2014. Les données relatives à l'incidence indiquent également que l'approche globale de réduction des risques dans les prisons espagnoles donne des résultats¹⁰⁸.

Figure 7. Incidence du VIH dans les prisons, 2000-2012 (Espagne)

Harm reduction programmes in Spain help keep HIV incidence and AIDS rates low



Source: T. Hernandez-Fernandez, JM Arroyo-Cobo, "Results of the Spanish experience: a comprehensive approach to HIV and HCV in prisons," National Plan on AIDS, Health Department, Social and Equality Policy, Rev Esp Sanid Penit 2010.

50. La République de Moldavie reste l'un des rares pays au monde où des ensembles de services complets sont disponibles dans les prisons. La prévalence du VIH en milieu carcéral a reculé, passant de 4,2 % en 2007 à 1,6 % en 2013. Les décès de personnes vivant avec le VIH dans les prisons ont presque été divisés par trois, passant de 23 % (2007) à 8,6 % (2013). La prévalence de l'hépatite C est passée de 21 % (2007) à 8,6 % (2012). Le programme de distribution d'aiguilles et de seringues a d'abord été testé dans une prison, puis étendu progressivement à 13 prisons en 2014, 90 000 seringues étant distribuées en moyenne chaque année. Le TSO est proposé dans

¹⁰⁷ Côte d'Ivoire, ESTHER, <http://www.esther.fr/nos-actions-dans-le-monde/cotedivoire>.

¹⁰⁸ Ministère de la Santé, des Services sociaux et de l'Égalité, rapport d'activité de l'Espagne (2014), disponible à l'adresse http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/ESP_narrative_report_2014.pdf.

13 prisons. La Moldavie s'attache actuellement à élargir l'accès aux programmes de distribution d'aiguilles et de seringues et au TSO aux prisons situées sur le territoire de la république autoproclamée de Transnistrie (rive gauche de la rivière Nistru)¹⁰⁹.

51. La prévalence du VIH chez les prisonniers de la République kirghize est environ 45 fois supérieure à celle constatée dans la population générale. Face à cette situation, le pays a mis en place des programmes de distribution d'aiguilles et de seringues en prison depuis 2002 et le TSO depuis 2008. Le TSO est accessible à toutes les personnes incarcérées, y compris aux femmes, et le programme de distribution d'aiguilles et de seringues est proposé sur 15 sites. Le nombre de patients bénéficiant d'un TSO dans les prisons est passé de 65 en 2008 à 323 en 2014¹¹⁰.
52. Une épidémie concentrée de VIH sévit chez les CDI de la République islamique d'Iran. La prévalence du VIH dans la population générale est inférieure à un pour cent, mais estimée à deux pour cent parmi les prisonniers. Le plan stratégique national de lutte contre le VIH/sida du pays pour la période 2015-2018 a identifié des objectifs pour les prisons, notamment fournir un TSO à 40 % au moins des CDI incarcérés, ainsi que des préservatifs dans les pièces utilisées pour les visites conjugales dans toutes les prisons. Le programme de TSO dans les prisons a été déployé rapidement ; il couvrait quelques centaines de patients en 2004 mais plus de 41 000 répartis dans 164 centres en 2014. L'intensification rapide de la couverture du TSO et la baisse de l'incidence du VIH, passée de 3,24 au début des années 2000 à 1,01 en 2012, indique que le programme de traitement de maintien à la méthadone est efficace¹¹¹.
53. Au Népal, en 2015, les autorités publiques concernées, en coordination avec des partenaires nationaux et internationaux, ont mis au point des procédures opérationnelles normalisées (PON) pour appuyer la mise en œuvre de la décision des parties prenantes d'intensifier les services de prévention, de traitement et de soins en matière de VIH dans les prisons, et de réviser et mettre à jour les politiques associées. Ces PON prennent en considération la vulnérabilité des populations carcérales au VIH et aux IST en adoptant l'ensemble complet des 15 mesures d'interventions clés, notamment le TSO, les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues et les préservatifs¹¹².
54. Le 1^{er} juillet 2001, le Portugal a décriminalisé l'usage de drogues illicites et la détention de petites quantités de drogue à usage personnel. Le trafic de stupéfiants reste une infraction pénale. Les détenteurs et les consommateurs de drogues n'encourent plus une peine de prison ni d'autres sanctions pénales, comme les lois antérieures le prévoyaient, mais doivent se présenter devant un groupe composé d'un psychologue, d'un travailleur social et d'un conseiller juridique. Ce groupe peut imposer des sanctions allant d'une amende à une

¹⁰⁹ Rapport de pays dans le cadre du segment thématique « Réduire de moitié le taux de transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables » lors de la 35^e réunion du Conseil de coordination du Programme de l'ONUSIDA (9–11 décembre 2014).

¹¹⁰ Présentation de la République kirghize, Consultation mondiale de l'ONUSIDA sur la prévention, le traitement, les soins et le soutien en matière de VIH dans les prisons (16-17 octobre 2014), Vienne, Autriche.

¹¹¹ Présentation de la République islamique d'Iran, Consultation mondiale de l'ONUSIDA sur la prévention, le traitement, les soins et le soutien en matière de VIH dans les prisons (16-17 octobre 2014), Vienne, Autriche.

¹¹² Standard Operating Procedures (SOP) for HIV Prevention, Treatment, Care and Support in Prison Setting in Nepal, National Centre for AIDS and STD Control, Népal 2015.

peine d'intérêt général et à la suspension de licences professionnelles. Il peut renoncer à sanctionner les personnes dépendantes aux drogues et leur imposer de participer à un programme éducatif ou de recevoir un traitement¹¹³. Le nombre de personnes dont la dépendance aux drogues est traitée par méthadone et buprénorphine est passé de 6 040 à 14 877 après la dépénalisation — les traitements étant financés par les économies dégagées par le pays au niveau de la police et des prisons¹¹⁴. Le Portugal affiche aujourd'hui l'un des taux d'usage de marijuana au cours de la vie les plus bas de l'Union européenne, à savoir 8,2 % au lieu de 25 % dans l'UE. Les données témoignent aussi d'une baisse de la consommation de drogues chez les adolescents ; l'usage d'héroïne au cours de la vie chez les 16-18 ans a reculé, passant de 2,5 % à 1,8 %. Les nouvelles infections à VIH chez les CDI ont chuté de 17 % entre 1999 et 2003, et le nombre de décès liés à l'usage de drogues a baissé également¹¹⁵.

55. Des données attestent que les services liés au VIH dans les prisons peuvent être efficaces, et que le suivi après la libération ainsi que les initiatives de réintégration sont indispensables. Par exemple, un examen systématique des programmes de TSO dans les prisons européennes a montré que ceux-ci donnaient la possibilité de mettre les usagers d'opiacés à problème sous traitement, avaient réduit l'usage illicite d'opiacés et le partage de matériel d'injection en prison et minimisent potentiellement les risques de surdose lors de la sortie de prison. Lorsqu'il existe des liens avec les programmes communautaires, le traitement en milieu carcéral facilite la continuité du traitement et l'obtention de bénéfices sanitaires à plus long terme¹¹⁶.
56. Les mesures prises par diverses parties prenantes dans de nombreux pays et dans toutes les régions ont produit d'importants résultats. Lorsque les professionnels de santé à l'intérieur et à l'extérieur des prisons travaillent ensemble, le VIH, l'hépatite, la tuberculose et toutes les autres dimensions de la santé physique et mentale sont gérées de manière holistique. L'expérience montre aussi qu'il est primordial d'alimenter et de renforcer la collaboration, la coordination et l'intégration de toutes les parties prenantes, y compris les ministères de la santé et les ministères en charge des prisons, ainsi que les prestataires de services communautaires.

¹¹³ Commission mondiale sur le VIH et le droit, Risques, droit et santé (juillet 2012), disponible à l'adresse <http://www.hivlawcommission.org/resources/report/FinalReport-Risks,Rights&Health-FR.pdf>.

¹¹⁴ Glen Greenwald, Cato Institute, *Drug Decriminalization in Portugal: Lessons for Creating Fair and Successful Drug Policies* 11–12 (2009), disponible à l'adresse http://www.cato.org/pubs/wtpapers/greenwald_whitepaper.pdf ; Secrétaire général des Nations Unies, Unis pour en finir avec le sida : atteindre les objectifs de la déclaration politique de 2011, document des Nations Unies A/66/757 (2 avril 2012), disponible à l'adresse http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/20120402_UNGA_A-66-757_fr.pdf.

¹¹⁵ Caitlin Elizabeth Hughes & Alex Stevens, *What Can We Learn from the Portuguese Decriminalisation of Illicit Drugs?*, *British Journal of Criminology* (2010), disponible à l'adresse <http://bjc.oxfordjournals.org/content/early/2010/07/21/bjc.azq038> ; Glen Greenwald, Cato Institute, *Drug Decriminalization in Portugal: Lessons for Creating Fair and Successful Drug Policies* 11–12 (2009), disponible à l'adresse http://www.cato.org/pubs/wtpapers/greenwald_whitepaper.pdf.

¹¹⁶ Voir Dagmar Hedrich *et al.*, *The Effectiveness of Opioid Maintenance Treatment in Prison Settings: A Systematic Review*, 107 *Addiction* 501 (2012).

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

57. Parce qu'ils mettent l'accent sur l'égalité, les ODD offrent de nouvelles occasions de renforcer les mesures nationales et infranationales en vue d'un accès équitable des personnes emprisonnées à des services personnalisés de prévention, de traitement et de soins en matière de VIH (conformément à l'ODD 3) qui tiennent compte du genre (ODD 5), réduisent les inégalités (ODD 10) et aident les prisonniers à connaître, exercer et revendiquer leurs droits mais aussi à demander et obtenir réparation en cas de violation de leurs droits humains (ODD 16).
58. Comme le prévoit la Stratégie 2016-2021 de l'ONUSIDA : Accélérer la riposte pour mettre fin à l'épidémie de sida, les parties prenantes devraient intensifier leurs actions pour renforcer l'impact au niveau des pays en vue de mettre fin à l'épidémie de sida en tant que menace pour la santé publique à l'horizon 2030, sans laisser personne de côté, conformément au Programme de développement durable à l'horizon 2030. La nouvelle stratégie de l'ONUSIDA préconise une action concertée pour réduire les inégalités d'accès aux services et assurer une vie saine à chacun et le bien-être de tous. Afin d'atteindre les objectifs énoncés par cette stratégie et de concrétiser la vision qu'ils portent, il est essentiel que des mesures efficaces, respectueuses des droits et fondées sur des données probantes pour la prévention, le traitement, les soins et le soutien en matière de VIH soient élargies à l'ensemble des personnes vivant en milieu carcéral et dans d'autres milieux fermés. À cet effet, les recommandations suivantes ont été formulées :
- a. déployer des services liés au VIH complets et de qualité en milieu carcéral et dans les autres milieux fermés, pour toucher l'ensemble de la population de ces lieux, en particulier les femmes, les jeunes et les autres populations les plus vulnérables ;
 - b. mieux coordonner les actions des gouvernements, des communautés et de la société civile, des bailleurs internationaux, du Programme commun de l'ONUSIDA et des autres parties prenantes concernées, au plan national et international, pour améliorer la disponibilité des services de prévention, de traitement et de soins en matière de VIH, leur accessibilité, leur acceptabilité et leur qualité ;
 - c. agir conjointement pour réduire la criminalisation excessive de la consommation de drogues, renforcer le respect de la légalité et réduire l'incarcération des populations clés dans le cadre de mesures alternatives à l'incarcération plus générales et d'une réforme de la justice pénale ;
 - d. faire converger les efforts pour élaborer et mettre en œuvre des initiatives de réforme des prisons prenant en considération les conditions de vie et de travail en milieu carcéral, de pair avec la mise en œuvre de l'ensemble complet de services de prévention, de traitement et de soins en matière de VIH dans les prisons ; et
 - e. renforcer la responsabilité et améliorer la production et la disponibilité d'informations stratégiques pour guider l'action, notamment en se servant du Rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le sida comme d'un mécanisme permettant aux pays de communiquer des données relatives aux prisons.

POINTS DE DÉCISION

Le Conseil de coordination du Programme est invité à :

59. *Prendre note* de la note d'information ;
60. *Demander* au Programme commun d'aider les États membres et la société civile à accélérer leurs efforts pour élargir l'accès aux services de prévention, de traitement et de soins en matière de VIH des personnes vivant en milieu carcéral et dans d'autres milieux fermés, y compris des personnes vivant avec le VIH et des autres populations clés, conformément à la Stratégie 2016-2021 de l'ONUSIDA : Accélérer la riposte pour mettre fin à l'épidémie de sida, et rendre compte des mesures concrètes prises en ce sens lors d'une future réunion du Conseil de coordination du Programme ;
61. *Encourager* le Programme commun et les partenaires concernés à traiter des questions liées au VIH et à la santé en milieu carcéral et dans d'autres milieux fermés en tirant parti de la dynamique actuelle et en participant pleinement à la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le problème mondial de la drogue de 2016 et à la Réunion de haut niveau sur le VIH de 2016.

[Fin du document]