



Université Senghor

Université internationale de langue française
au service du développement africain

Opérateur direct de la Francophonie

**Connaissances, attitudes et pratiques des détenus hommes
face au VIH/Sida à la prison de Ouagadougou au Burkina Faso**

présenté par

Ousmane OUEDRAOGO

pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département : Santé

Spécialité : Santé Internationale

Le 08 avril 2013

Devant le jury composé de :

Directeur

Dr Jean Baptiste GUIARD-
SCHMID

Dr Christian MESENGE

Ph D , Directeur du département Santé de
l'Université Senghor d'Alexandrie en Egypte

Président

Pr Anne Marie Moulin

Centre National de la Recherche Scientifique
(CNRS) France

Examineur

Dr Jean Baptiste GUIARD-SCHMID

Initiatives Conseil International-Santé
Ouagadougou, Burkina Faso

Examineur

Remerciements

Je voudrais adresser mes remerciements à :

- Mon directeur de département, Dr Christian MESENGE
- Mme Alice MOUNIR, assistante du directeur de département
- Professeur Jean Daniel RAINHORN et Dr Amadou DIOP pour leurs apports à ce travail
- Dr Jean Baptiste GUIARD SCHMID, mon directeur de mémoire
- Pr Mame Awa FAYE et Mr Jean Baptiste GATALI de l'ONUSIDA/Burkina Faso pour l'encadrement au cours du stage à Ouagadougou.
- Pr Christophe RAPP
- Au Régisseur de la Maison d'Arrêt et de Correction de Ouagadougou (MACO)
- A tout le personnel et les détenus de la MACO pour avoir accepté participer à l'enquête.
- Mes camarades du département Santé de la XIII promotion de l'Université Senghor et particulièrement à Dr Talatou Marc OUEDRAOGO, Mr SAWADOGO Siméon, Dr Emmanuelle ZOURE, Nanema Abel, Dr DIALLO Nènè, Dr Kady KONE, Dr Fortuné GANKPE, Dr IRIE Maxime, Dr Franck GARANET, Dr Bachir Hassan
- Aux membres du groupe d'initiation à la recherche de l'Université Senghor
- A tous les senghoriens et senghoriennes de la XIII promotion.

Dédicace

Je dédie le présent travail

A

Ma mère à qui je dois tout

Mon père pour m'avoir inscrit à l'école du Blanc

Mon épouse Sanfo Adama pour son soutien et sa compréhension

Ma fille Rachidatou et à son frère Abdoul Rahim

Mes frères et sœurs

Résumé

La prévalence de l'infection à VIH est plus élevée en milieu carcéral que dans la population générale. Il existe peu de données sur la vulnérabilité des détenus face au VIH au Burkina Faso.

L'objectif de l'étude était d'évaluer les connaissances sur le VIH/Sida, les attitudes envers les séropositifs, l'accès à la prévention et les pratiques à risque des détenus hommes face au VIH/Sida.

Matériels et méthodes

Une étude descriptive transversale a été réalisée à la Maison d'Arrêt et de Correction de Ouagadougou de juin à août 2012. Ont été inclus les détenus hommes âgés de 18 ans et plus et dont le séjour en prison était supérieur à trois mois. Des questionnaires ont été administrés aux détenus lors des entretiens individuels dans le parloir et deux focus group ont été effectués avec le personnel.

Résultats

Au total 165 détenus ont été interviewés : âge médian 28 ans, 45% d'analphabètes, 49% mariés. Durée médiane en prison : 19 mois. Une faible proportion des détenus (16%) avait une bonne connaissance des modes de transmission du VIH, les croyances erronées étaient très fréquentes (58% pensaient que les piqûres de moustiques transmettent le VIH). Aussi, la majorité (80%) des prisonniers était intolérante à l'égard des séropositifs (facteurs de risque : provenance du milieu rural et illettrisme $p < 0.05$). Avant l'incarcération, leur vie sexuelle était marquée par le multipartenariat sexuel occasionnel élevé et la faible utilisation du préservatif. Pendant leur séjour en prison, 4 % des détenus ont déclaré avoir eu des relations homosexuelles. On constate un déni des pratiques homosexuelles par les détenus et l'administration pénitentiaire avec pour conséquence une absence de mesures de prévention prises par les autorités. Près de 49% des prisonniers ont partagé des lames ou rasoirs. Aucun enquêté n'a déclaré l'usage de drogues injectables et de tatouage en prison. Une proportion de 6% a été sensibilisée sur le VIH/Sida pendant l'incarcération. Aussi note-t-on que les préservatifs ne sont pas disponibles et 5% ont réalisé leur test de dépistage en prison.

Conclusion

Les conditions d'incarcération et le déni des pratiques homosexuelles à Ouagadougou aggravent la vulnérabilité des détenus face au VIH/Sida. La mise en place d'un programme de prévention et de prise en charge du VIH permettrait de réduire considérablement les risques de transmission parmi les prisonniers, mais aussi la discrimination vis-à-vis des détenus déjà atteints.

Mots clés : Homosexualité, connaissance, attitudes, pratiques à risque, HIV/Sida, prison, Ouagadougou

Summary

The prevalence of infection is higher in prisons than in the general population. There are few data on the vulnerability of prisoners to HIV in Burkina Faso.

The aim of the study was to evaluate knowledge on HIV / AIDS, attitudes towards the HIV-positive individuals, access to prevention and risk practices of male prisoners.

Materials and methods

A cross-sectional descriptive study was performed at Ouagadougou prison from June to August 2012. Were included male prisoners aged 18 years and older whose stay in prison was more than three months. Questionnaires were administered to prisoners during interviews in the parlor and two focus groups were conducted with the staff.

Results

A total of 165 inmates were interviewed: median age 28 years, 45% illiterate, 49% married. Median in prison 19 months. A small proportion of inmates (16%) had a good knowledge on modes of HIV transmission, mistaken beliefs were very frequent (58% thought that mosquito bites transmit HIV). The majority (80%) of prisoners was intolerant of HIV (risk factors: from rural area, illiteracy with $p < 0.05$). Before incarceration, their sex life was marked the high by multipartner casual sex and low condom use. While in prison, 4% of inmates reported having had homosexual relations. There's a denial of homosexual practices by inmates and the prison administration with a lack of preventive measures taken by the authorities. Around 49% of prisoners have shared razors or blades. No respondent has declared injected drug use and tattooing in prison. A proportion of 6% has been sensitized to HIV / AIDS while incarcerated. Also, it was noted that condoms were not available and 5% have completed their testing in prison.

Conclusion

Prison conditions and denial of homosexual practices in Ouagadougou increase the vulnerability of prisoners to HIV / AIDS. Implementation of a program of prevention and care of HIV would significantly reduce the risk of transmission among prisoners, but also discrimination vis-à-vis the prisoners .

Keywords: Homosexuality, knowledge, attitudes, risk behaviors, HIV / AIDS, prison, Ouagadougou

Liste des acronymes et abréviations utilisés

ARV	Antirétroviraux
CAP	Connaissances attitudes et pratiques
EDS	Enquête démographique et de santé
HSH	Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes
IC	Intervalle de Confiance
IEC	Information Education Communication
IST	Infections Sexuellement Transmissible
MSM	Men sex with Men
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OR	Odds Ratio
OR a	Odds Ratio ajusté
MACO	Maison d'Arrêt et de Correction de Ouagadougou
PTME	Prévention de la Transmission Mère Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humain
TS	Travailleur/se du Sexe
SIDA	Syndrome de l'immunodéficience Acquise
UDI	Utilisateurs de Drogues Injectables
VIH	Virus de l'immunodéficience humain

Table des matières

Remerciements.....	i
Dédicace.....	ii
Résumé.....	iii
Summary.....	iv
Liste des acronymes et abréviations utilisés.....	v
Introduction.....	1
1 Problématique.....	3
1.1 Epidémiologie du VIH.....	3
1.2 VIH et Prison.....	4
1.2.1 Ampleur du problème.....	4
1.2.2 Spécificité du monde carcéral.....	4
1.2.3 Vulnérabilité des détenus face au VIH/Sida.....	5
1.3 Situation dans les prisons du Burkina Faso.....	6
1.4 Question de recherche.....	7
1.5 Hypothèses de recherches.....	7
1.6 Schéma conceptuel.....	8
1.7 Objectifs.....	9
1.7.1 Objectif général.....	9
1.7.2 Objectifs spécifiques.....	9
2 Cadre théorique.....	10
2.1 La population carcérale masculine.....	10
2.2 Prévalence.....	10
2.3 Les conditions carcérales et la transmission du VIH.....	11
2.4 La santé en prison.....	12
2.5 Définitions des concepts clés.....	13
3 Méthodologie de recherche.....	16
3.1 Cadre de l'étude.....	16
3.2 Type d'étude.....	18
3.3 La population à l'étude.....	18
3.4 Echantillonnage.....	19
3.5 Méthodes et outils de recueil des données.....	20
3.6 Variables de l'étude.....	20
3.7 Recrutement et Formation des enquêteurs.....	20
3.8 Pré-test et validation des outils.....	21
3.9 Période de collecte.....	21
3.10 Traitement et analyse des données.....	21
3.10.1 Méthodes de calcul des scores.....	21
3.10.2 Analyse statistique.....	22

3.10.3	Analyse des données qualitatives	22
3.11	Considérations éthiques	23
3.12	Difficultés rencontrées	23
3.13	Limites de l'étude	24
4	Résultats	25
4.1	Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés	25
4.2	Connaissance générale des détenus sur le VIH/Sida	28
4.3	Connaissance sur les modes de contamination.....	29
4.4	Connaissance sur les méthodes prévention	30
4.5	Attitudes à l'égard des détenus séropositifs.....	31
4.5.1	La tolérance.....	31
4.5.2	Facteurs associés à la discrimination des détenus séropositifs	32
4.6	Vie sexuelle avant l'incarcération.....	33
4.7	Pratiques à risque pendant l'incarcération	33
4.7.1	Homosexualité masculine.....	33
4.7.2	Echange de lames ou rasoirs	34
4.7.3	Usagers de Drogues Injectables (UDI).....	34
4.7.4	Tatouage	35
4.8	Accès aux services de prévention en milieu pénitentiaire.....	35
5	DISCUSSION	36
5.1	Connaissance sur le VIH/Sida	36
5.2	Attitudes à l'égard des séropositifs	37
5.3	Pratiques à risque face au risque de transmission du VIH.....	37
5.3.1	Vulnérabilité avant l'incarcération : multipartenariat sexuel	37
5.3.2	Vulnérabilité pendant l'incarcération et déni des pratiques homosexuelles	38
5.3.3	La double peine : le sida en prison	41
5.3.4	A la sortie de la prison : menace de propagation du VIH dans la communauté ...	42
	Conclusion	43
	Bibliographiques.....	47
6	Liste des illustrations	1
7	Liste des tableaux	1
8	Annexes	2

Introduction

Un ex prisonnier sud africain raconte qu'il a été violé jusqu'à huit fois par jour au cours de son séjour en prison. Il précise : « *Ils l'ont fait dans le cadre de la domination des gangs... Ça a duré des mois - il n'y avait pas grand-chose de moi d'ici là ... J'étais à peu près un squelette* ». Après neuf mois de prison, ce dernier a été testé positif pour le VIH (Jurgens, 2003). Cet exemple illustre le risque de contamination à l'intérieur des prisons.

L'infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) dans les prisons constitue non seulement un grand défi pour les services pénitentiaires mais aussi un grave problème pour la société dans son ensemble. La prison est un lieu de grande vulnérabilité en termes de transmission du VIH/Sida.

Dans le monde, bon nombre de prisons enregistrent des taux élevés d'infection par le VIH. Au Burkina Faso, la prévalence du VIH en milieu carcéral est largement supérieure à celle en population générale. Des pratiques à risques telles que l'homosexualité masculine, le partage de seringues chez les utilisateurs de drogues injectables (UDI) et le partage de lames ou rasoirs entre prisonniers seraient les sources de transmission du VIH dans l'univers carcéral.

Communément appelées de façon péjorative « *pédé* » ou « *pougnedaougo*»¹ les pratiques homosexuelles existent dans toutes les sociétés et la prison ne fait pas exception. Pourtant cette réalité bien évidente est niée à la Maison d'Arrêt et de Correction de Ouagadougou (MACO) par l'institution carcérale. Ce déni de l'homosexualité masculine constitue un obstacle majeur à la mise en place des mesures préventives et est un facteur aggravant. Des détenus à l'entrée non infectés par le virus, pourraient en ressortir avec le virus: ce qui serait une double peine.

C'est pourquoi cette enquête a été réalisée afin d'analyser la question de la vulnérabilité sociale et sexuelle des détenus hommes face au VIH/Sida avant et pendant l'incarcération. Nous avons évalué les pratiques à risques, les connaissances et les attitudes des détenus vis à vis du VIH/Sida à la prison de Ouagadougou.

Au Burkina Faso comme ailleurs, une flopée de personnes transitent par la prison chaque année. Ainsi les prisonniers ne sont pas définitivement isolés de la société, ils finissent par ressortir. Et s'ils sont infectés à leurs sorties, ils peuvent contaminer leurs partenaires.

¹ Appellation d'homosexuel en langue locale (mooré)

Cette enquête fournit des bases évidentes pour la mise en place de programme de prévention et de prise en charge du VIH/Sida dans les prisons du Burkina Faso.

Le présent mémoire s'articule autour de cinq parties.

La première partie pose la problématique du VIH/Sida en prison, les facteurs de vulnérabilité sociale et sexuelle des détenus, la situation dans les prisons du Burkina Faso, la question de recherche, les hypothèses et les objectifs de l'étude.

La deuxième partie porte sur le cadre théorique la population masculine, l'impact des conditions carcérales sur la transmission du VIH, la santé en prison et la définition des concepts.

La troisième partie explique la méthodologie de recherche utilisée dans cette enquête.

La quatrième partie expose les résultats obtenus.

La dernière partie présente la discussion des résultats par rapport aux hypothèses de recherche.

1 Problématique

1.1 Epidémiologie du VIH

Plus de 30 ans après la découverte du virus, la pandémie de l'infection à VIH demeure toujours un véritable problème de santé mondiale.

En 2010, l'ONUSIDA estimait à trente-quatre millions le nombre de personnes vivant avec le VIH (PvVIH) dans le monde, soit une hausse de 17% par rapport à 2001 (ONUSIDA, 2011). Ces dernières années bien qu'une baisse notable ait été enregistrée, l'Afrique subsaharienne reste la région la plus durement touchée par le VIH. En 2011, près de 68 % de toutes les personnes vivant avec le VIH résidaient dans cette partie du monde. Ainsi, la majorité des nouvelles infections (70 %) provenait de cette partie du monde en 2011 (ONUSIDA 2012).

Le Burkina Faso, à l'instar des autres pays, a connu des prévalences élevées du VIH. Depuis dix ans, la prévalence est en baisse continue et actuellement la tendance est à la stabilisation. Dans le dernier rapport de l'ONUSIDA (2012) le taux de séroprévalence de l'infection à VIH dans la population générale burkinabè est estimé à 1,1% en 2011.

Actuellement, au Burkina Faso, l'épidémie de l'infection à VIH est de type mixte² (ONUSIDA, 2012). Le rapport de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) IV réalisée en 2010, précise que la prévalence du VIH en population générale (15 à 49 ans) au niveau national présente des disparités selon le sexe et les tranches d'âge. En effet, elle était de 1,2 % chez les femmes contre 0,8 % chez les hommes.

L'incidence des nouvelles infections est en baisse mais reste malgré tout élevée parmi les groupes vulnérables. Des études citées dans le cadre stratégique national 2011-2015 (SP/CNLS, 2010) montrent que la prévalence du VIH en 2010 était à 16,5% chez les travailleuses u sexe et en 2008 à 19 % chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Chez les Utilisateurs de Drogues Injectables (UDI), la prévalence n'a pas encore été documentée au Burkina Faso. Quant aux détenus, ils font partie des groupes à haut risque où la prévalence est très élevée.

² La prévalence est légèrement supérieure à 1 % en population générale mais reste très élevée dans certains groupes à risque.

Comme stratégie pour réduire le risque de nouvelles contaminations, l'ONUSIDA suggère aux Etats une prise en compte des populations clés dans les programmes nationaux de lutte contre le VIH/Sida. L'univers carcéral concentre plusieurs pratiques à risques et mérite donc une attention particulière. Par ailleurs, une intervention de lutte contre le VIH/Sida dans ce milieu nécessite d'abord des études comportementales de base chez les prisonniers.

1.2 VIH et Prison

1.2.1 Ampleur du problème

De par le monde, la prévalence du VIH dans la population carcérale tend à être plus élevée qu'en dehors du milieu pénitentiaire (ONUSIDA, 2007) . Par exemple, la proportion de personnes infectées par le VIH dans les prisons françaises est environ dix fois supérieure à celle de la population générale (UNDC,2007). Ce rapport est de cinquante pour un à l'île Maurice (Macher, 2004).

Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, la situation est préoccupante. La prévalence du VIH était supérieure à 10% dans les prisons de vingt pays. Sur cent cinquante deux pays, soixante quinze d'entre eux seulement disposaient d'informations sur la prévalence en milieu carcéral (Dolan, 2007).

En Afrique sub-saharienne la prévalence est deux à cinquante fois plus élevée parmi les détenus que dans la population générale (Dolan, 2007). Selon les données recueillies sur une base aléatoire, elle varierait entre 2,7 % au Sénégal (Dolan, 2007) et 27 % en Zambie (Simoooya, 2001) et 9 % au Nigeria (Sabitou, 2009). Dans une étude récente réalisée dans les prisons togolaises, la prévalence du VIH chez les détenus était de 4,3% en 2011 (Ekouevi, 2011).

1.2.2 Spécificité du monde carcéral

En 2011, plus de 10 million de personnes étaient en prison dans le monde dont près de 700 000 en Afrique subsaharienne (International Centre for Prison, 2012)³. De plus, la population carcérale augmente rapidement à l'échelle mondiale et les taux d'incarcération élevés se traduisent par une surpopulation.

³ The World Prison Population List 2011, Londres, King's College.

En Afrique, le nombre de prévenus dépasse le nombre de condamnés soit environ 50% à 70% de la population carcérale (Ralf, 2011). Le rapport des Nations Unies contre le Drogue et le Crime (UNDC,2007) indique que la majorité des prisonniers est en attente de jugement et les taux de rotation et de mobilité sont élevés chez les détenus. Ainsi la population carcérale change constamment avec des gens qui entrent et qui sortent. Dans certains pays, le séjour moyen en prison est assez court environ quatre mois (UNDC,2007).

La population carcérale est principalement masculine et les rapports homosexuels y sont plus fréquents que dans la population générale en raison des conditions de l'isolement affectif (Simooya, 2001). Par ailleurs, le nombre de cas signalés est probablement très inférieur à la réalité, principalement en raison de la persistance à nier les faits (Gear, 2002).

1.2.3 *Vulnérabilité des détenus face au VIH/Sida*

Avant l'incarcération les détenus sont en général issus d'une catégorie de population hautement vulnérable. Dans une prison française, Messiah (2001) mentionne que : 11% des hommes ont déclaré utiliser des drogues par injection au cours des 12 derniers mois avant la prison et 31% ont été clients de prostituées. L'auteur précise que le recours à la prostitution est trois à quatre fois plus fréquent chez les détenus que dans la population générale en France. Avant l'incarcération les prisonniers étaient plus exposés au risque du VIH. Cette population qui est parfois marginalisée et stigmatisée se retrouve en prison sans être touchés par les programmes de prévention. Dans de nombreux pays africains, il n'y a actuellement pas de programme de prévention du Sida chez les utilisateurs de drogues injectables qui représente un groupe marginalisé (Dolan, 2010).

Quand ils se retrouvent en prison à la suite d'un acte illégal, leur vulnérabilité face au virus du Sida augmente (Braithwaite, 2003). Plusieurs facteurs font des prisons un terrain idéal pour la transmission de l'infection à VIH : surpopulation, violence, homosexualité masculine de circonstance ou non, partage de seringues et échange de lames ou rasoirs et tatouage.

En effet, la surpopulation carcérale contribue énormément au climat de violence et de tension et le viol masculin n'est pas rare dans certaines prisons (Simooya ,2010).Le viol est parfois perçu par les « gangs » comme un signe de domination (Gear , 2002).

Les pratiques à risques varient d'une prison à une autre ou d'un pays à l'autre. En Afrique les rapports homosexuels entre détenus hommes constituent la pratique sexuelle la plus fréquente dans les prisons (Hellard, 2007). La majorité des détenus sont des hommes et l'homosexualité

masculine serait la principale source de transmission du VIH dans les prisons africaines (ONUSIDA, 2007).

Par ailleurs, certaines études ont révélé que le partage de matériels d'injection de drogues chez les toxicomanes constitue un facteur de risque majeur dans certaines prisons de l'Asie de l'Est et du Sud, des pays d'Europe orientale et d'Asie centrale (Martin, 1998).

D'autres études soulignent que le tatouage et d'autres pratiques qui consistent à percer la peau sont fréquents et comportent un certain risque de transmission à l'intérieur de la prison (Doll, 1988 ; Simooya, 2001).

La vulnérabilité des prisonniers face au VIH est aggravée par l'absence de programme de prévention dans les prisons. Les détenus sont insuffisamment touchés par la prévention du VIH. Ils n'ont pas accès à l'éducation sur le VIH/Sida, aux dépistages, aux seringues stériles, et aux préservatifs (Goyer, 2002 ; Braithwaite, 2003). Joshua (2005) ajoute que les détenus constituent un groupe à risque oubliés par les programmes de prévention et de traitement du VIH dans de nombreux pays.

Suite au passage par la prison de façon transitoire, certains détenus en sortiraient contaminés par le VIH. L'expérience internationale montre que les détenus ne vivent pas en vase clos, au contraire la plupart des détenus finissent par sortir de prison et regagner leur communauté (UNDC, 2007). S'ils ont contracté le VIH en prison ces ex-détenus peuvent être un vecteur potentiel de transmission entre la population carcérale et la population générale (Batterfield, 2003)⁴.

Les efforts de prévention à l'extérieur risquent d'avoir une portée limitée s'ils ne sont pas accompagnés d'efforts similaires en milieu carcéral

1.3 Situation dans les prisons du Burkina Faso

La prévalence du virus du Sida en milieu carcéral est largement supérieure à celle de la population générale. Selon les données publiées, elle était respectivement en prison et en population générale au cours de l'année 2000 à 11 % (Dolan, 2007) contre 7,17 % et en 2008 à 5% (Diendéré, 2011) contre 1,6 % (ONUSIDA, 2009). La MACO construite depuis 60 ans compte actuellement 1800 détenus, soit 34 % de la population carcérale totale au niveau

⁴ Batterfield F. (2003). Infections in Newly Freed Inmates Are Rising Concern.

national qui est de 5238 en 2011⁵. De plus, 99 % d'entre eux sont des détenus hommes (ONUSIDA).

Aussi un rapport de l'administration pénitentiaire montre-t-il que cette prison est actuellement en surpopulation avec 12 détenus par cellule⁶ et que la plupart sont des prévenus à cause de la lenteur dans l'organisation des procès. Ce même rapport souligne que les effectifs sont en constante augmentation et bon nombre de personnes y transitent pour un bref séjour (Ministère de la Justice).

Actuellement en dehors du dispensaire qui dispose d'une file active de vingt quatre patients VIH positifs sous traitement ARV, il n'existe pas d'interventions d'ONG de lutte contre le VIH/Sida à la MACO.

Au Burkina Faso, plusieurs études ont été réalisées pour comprendre les comportements sexuels dans la population générale et dans certains groupes spécifiques mais il existe peu de données sur la vulnérabilité de la population carcérale face au VIH/Sida. Il n'y a actuellement pas de programme de prévention à la MACO.

En outre, malgré l'existence universelle des pratiques homosexuelles masculines dans toutes les prisons, certaines institutions surtout africaines continuent à nier son existence en milieu pénitentiaire. Gear (2002) souligne que dans les prisons pour hommes, en Afrique, les rapports homosexuels sont courants, bien que le nombre de cas déclarés soit probablement très inférieur à la réalité du fait que l'homosexualité est niée.

D'où la question de recherche suivante :

1.4 Question de recherche

En quoi, les conditions carcérales et le déni de l'homosexualité masculine aggravent-ils la vulnérabilité sociale et sexuelle des détenus face au risque de transmission du VIH à la prison de Ouagadougou ?

1.5 Hypothèses de recherches

- Les détenus sont issus d'une population vulnérable plus exposée au risque du VIH avant leur incarcération que la population générale.
- Pendant l'incarcération, du fait des pratiques à risque et du déni de l'homosexualité masculine, la population carcérale est en situation de grande vulnérabilité et exposée à la transmission du VIH.

⁵ The World Prison Population List, Londres, King's College.

⁶ Les cellules collectives sont prévues pour recevoir 4 détenus

1.6 Schéma conceptuel

Notre schéma conceptuel a été construit sur la base des informations issues de la revue de la littérature et se repose sur les variables suivantes.

- La population carcérale et ses caractéristiques socio-démographiques
- Les conditions carcérales et les pratiques à risque en prison face au VIH

Variables indépendantes

Variables intermédiaires

Variables dépendantes

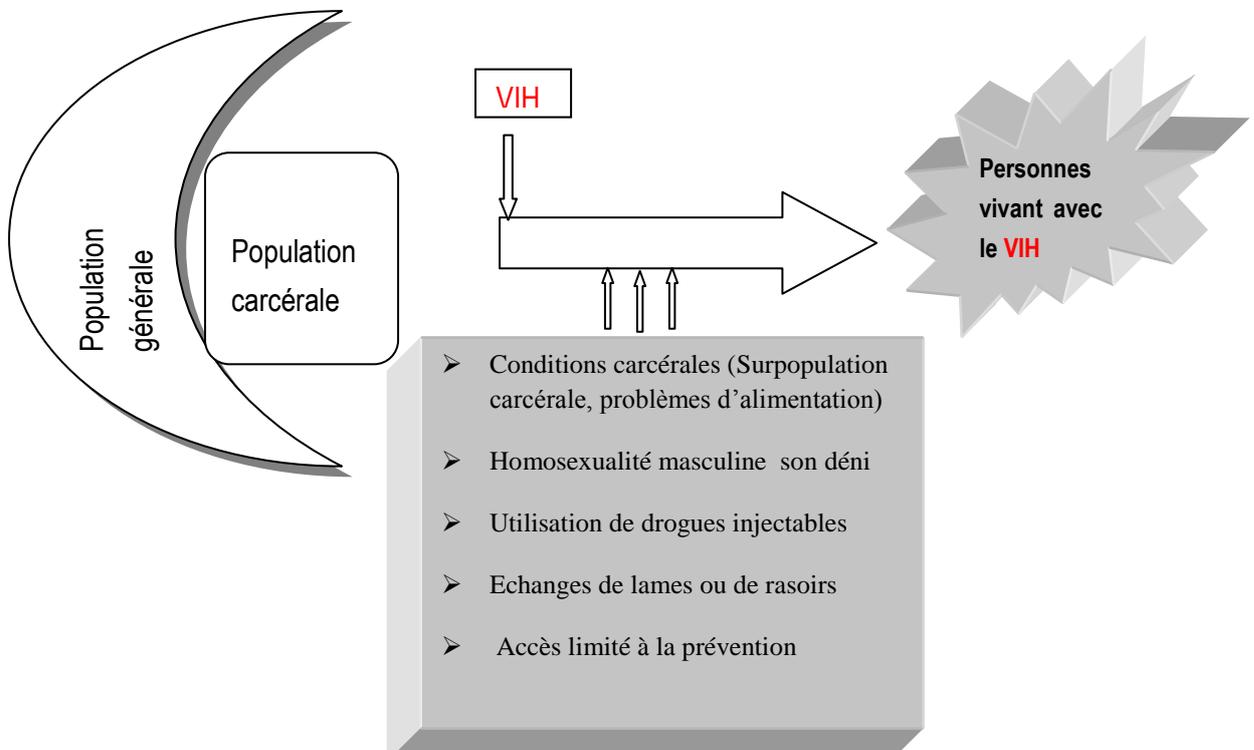


Figure 1 : schéma conceptuel

1.7 Objectifs

1.7.1 Objectif général

Evaluer la vulnérabilité sociale et sexuelle des détenus face au VIH/Sida avant et pendant l’incarcération à la prison de Ouagadougou au Burkina Faso.

1.7.2 Objectifs spécifiques

Il s’agit de façon spécifique de :

1. Identifier les caractéristiques socio- démographiques des détenus de la MACO.
2. Evaluer les connaissances sur le VIH/Sida et les attitudes des détenus à l’égard des séropositifs.
3. Evaluer les pratiques à risque de transmission du VIH chez les détenus hommes avant et pendant l’incarcération à la prison de Ouagadougou .
4. Evaluer l’accès à la prévention face au VIH dans la prison de Ouagadougou.

2 Cadre théorique

2.1 La population carcérale masculine

Dans le monde, la population carcérale est principalement masculine. En Afrique Subsaharienne, la proportion de la population masculine carcérale est de 94-99 % (UNDC). Au Burkina Faso, la majorité⁷ d'entre eux sont des hommes qui représentent 99 % et le reste pour les femmes et les mineurs. Les hommes sont particulièrement vulnérables au VIH pour plusieurs raisons ; non seulement ils sont les plus nombreux en prison mais aussi ils ont des pratiques homosexuelles sans préservatifs. Selon Safaids (1997) et Braithwaite (2003), l'homosexualité masculine est l'une des pratiques sexuelles les plus risquées dans la transmission du VIH en raison de fréquents déchirements des fragiles muqueuses anales.

Cette population masculine regroupe aussi les consommateurs de drogues injectables et les clients de prostituées.

2.2 Prévalence

Il existe une disparité sur la prévalence du VIH dans les prisons en Afrique. Sept pays ont une prévalence de plus de 10% parmi lesquels figure le Burkina Faso (Tableau suivant).

Tableau I : ONUSIDA ,2006

<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					
Cameroon	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)

⁷ Droits-Afrique : Etat des lieux des prisons africaines

Miriam Mannak <http://www.ipnouvelles.be/news.php?idnews=9933>

2.3 Les conditions carcérales et la transmission du VIH

Selon Ekouevi (2011), les conditions de vie en milieu carcéral favorisent considérablement le développement des pratiques à risque de transmission du VIH entre détenus. En effet, la surpopulation carcérale 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 confinement, au sentiment d'impuissance et à l'oisiveté (Gear, 2006). Le surpeuplement se traduit par des taux d'occupation élevés et est causé par la longueur de la détention provisoire.

L'insuffisance de ressources pour satisfaire aux besoins essentiels conduit les prisonniers les plus pauvres à accepter des relations homosexuelles non désirées. Ainsi, pour Kudat (2006) dans les prisons africaines, les conditions de vie déplorables, de même la mauvaise nutrition et la pauvreté des portions alimentaires amènent les détenus à avoir des rapports sexuels en échange de nourriture, ce qui exacerbe gravement la transmission du VIH parmi les prisonniers.

Aussi, Gear (2006) souligne d'une part que les rapports homosexuels, notamment les « mariages » entre hommes, sont courants, bien qu'ils soient attribués aux circonstances. D'autre part, il ajoute que le viol collectif et les sévices sexuels (par exemple, l'échange d'hommes contre des faveurs entre bandes organisées et détenus) sont des pratiques courantes.

Par ailleurs, l'usage de la drogue pour combattre l'ennui et le stress sont encouragés par des conditions carcérales qui ne répondent pas aux normes (ONU DC).

De plus, le rapport⁸ sur la santé en prison montre que le taux de rotation élevé de la population carcérale facilite de façon alarmante l'importation et l'exportation des maladies infectieuses comme le VIH/Sida.

Aussi, la population carcérale souffre souvent d'un manque d'information et d'accès à la prévention pour ce qui concerne les soins médicaux, les pathologies et les maladies sexuellement transmissibles. Les lois criminalisant l'homosexualité masculine constitue une grande barrière pour l'introduction des préservatifs dans les prisons africaines. Par exemple au Zimbabwe, les autorités pénitentiaires pensent que l'introduction des condoms encouragerait l'homosexualité (Kudat, 2006).

⁸ http://prison.eu.org/IMG/pdf/sante_en_prison_fr.pdf

2.4 La santé en prison

La santé dans les prisons est un défi pour les services pénitentiaires partout dans le monde. Elle pose à la fois des questions de droit et d'équité d'accès aux soins entre milieu extérieur et prison. En dehors du VIH/ Sida, la tuberculose constitue en plus un problème de santé particulièrement grave dans les prisons africaines (Diendéré, 2011). La promiscuité est un des facteurs favorisant la propagation de la tuberculose. 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 problème⁹.

En 2010 , le VIH et la tuberculose représentent plus de 80% des causes de décès parmi les détenus en Ouganda . Au Zimbabwe , le VIH était responsable de plus de la moitié des décès chez les détenus et au Malawi, plus du quart des décès des prisonniers étaient relatifs au Sida (Kyomya ,2012).

Aussi le manque d'hygiène alimentaire et corporelle fait-il que les maladies dermatologiques et les diarrhées sont fréquentes dans les prisons africaines. En outre, il n'est pas rare de constater également, chez les détenus, la présence d'autres maladies telles que les infections sexuellement transmissibles (IST) et différents types d'hépatite virale (UNAIDS 2007). Si ces IST ne sont pas traitées, elles peuvent accroître la vulnérabilité à l'infection à VIH.

On note aussi la question de l'alimentation et la malnutrition dans les prisons africaines. Par exemple, à la prison de Ouagadougou, le nombre de repas par jour offert par les services pénitentiaires aux détenus est insuffisant. Les prisonniers de la MACO reçoivent de la bouillie le matin et un repas à midi. Le repas du soir est à la charge du détenu. Les plus démunis n'arrivent pas très souvent à se nourrir le soir.

De plus, les services de santé sont inexistantes ou sous équipés. Ils connaissent une insuffisance en ressources humaines et matérielles.

⁹ OMS. 2001. La santé en prison. Genève, OMS.

2.5 Définitions des concepts clés

Prison : Goffman¹⁰ assimile la prison à une institution totale définie comme « un lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées ».

La prison peut être rapprochée au concept d'institution disciplinaire de Michel Foucault dans son ouvrage *Surveiller et punir* (1975).

Vulnérabilité : Marty¹¹ (2001) définit la vulnérabilité comme étant une déficience ou une incapacité d'un ou plusieurs pôles pouvant être physiques, psychique et social. La vulnérabilité peut donc être assimilée à une blessure, une faiblesse, une perte ou diminution de ses moyens de défense, de résilience, de ses capacités à conduire seul(e) sa vie ; à un « défaut de cuirasse » écrit Simone de Beauvoir (Marty, 2001). C'est aussi la propension ou la fragilité à subir des dommages de l'environnement social.

Le déni : Refus de reconnaître quelque chose. Dans cette étude le déni concerne le refus de reconnaître ou d'admettre l'existence d'une réalité qui est l'homosexualité masculine quand bien même on sait que ça existe. Le déni peut relever d'une stratégie qui consiste à nier une réalité.

Connaissances sur le VIH/Sida : Elles renvoient aux informations acquises par les détenus sur l'existence du VIH/SIDA, ses modes de transmission et les moyens de prévention de cette maladie.

Attitudes : Ce concept est apparu dans la psychologie expérimentale allemande de la fin du XIX^e siècle pour désigner des états neuropsychiques préparant et facilitant l'action. La notion d'attitude sert à expliquer de nos jours, le comportement d'un sujet en tenant compte de ses dispositions mentales. Elle désigne une disposition individuelle (mais partagée), interne (donc non observable directement), acquise, relativement stable, orientée vers un objet du monde social (Ferréol, 2002)¹². C'est à la suite de cette définition exprimée par Ferréol que nous

¹⁰ Goffman, E. 1968, *Asiles*, in *Paris : Éditions de Minuit*.

¹¹ Marty M. 2001 *Essai de compréhension de la notion de vulnérabilité* (Actes des sixièmes Journées d'études "Médiations, bientraitance et vieillissement ; La médiation en droit du travail" (Association Biterroise pour l'Accès au Droit)

¹² Gilles Ferréol et al, *Dictionnaire de Sociologie*, 2002, p6)

considérons comme attitude, la manière dont un individu ou un groupe d'individus réagissent ou se comportent devant une situation donnée.

Pratique : Ce concept vient de l'étymologie grecque, "praxis" qui signifie "action". Le concept de pratique renvoie donc à celui d'activité concrète, antithétique de la théorie ou du discours (Yaro, 2006). Nous considérons que la pratique concerne l'ensemble des activités, des faits concrets des individus. Au regard de notre thème de recherche, les pratiques à risque font référence ici à un ensemble d'actes qui ont la particularité de soumettre l'individu à un risque, celui de contracter les VIH/Sida . Trois dimensions de pratique à risque sont pris en compte dans ce travail : les rapports homosexuels masculins sans préservatifs, l'utilisation de drogues injectables, la partage de lames ou rasoirs et le tatouage seront explorés dans cette étude.

Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : Expression parfois abrégée en HSH ou MSM. Cette expression décrit des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, indépendamment de leurs rapports sexuels éventuels avec des femmes ou de leur identité bisexuelle ou gay sur le plan personnel ou social. C'est un concept utile, car il permet d'inclure des hommes qui s'identifient comme hétérosexuels tout en ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (UNAIDS)¹³.

Prévention combinée du VIH : L'approche de la prévention combinée vise à obtenir une influence maximale sur la prévention du VIH en associant des stratégies structurelles, biomédicales et comportementales fondées sur les droits de l'homme et justifiées, dans le cadre d'une épidémie locale qui a été étudiée et comprise. Le fondement de la prévention combinée est l'analyse des lacunes, définie par la formule « connaître votre épidémie, connaître votre riposte ». Elle englobe l'accès aux préservatifs, au dépistage répété et/ou élargi, aux médicaments ARV et aux droits permettant de réduire le risque de transmission ou d'acquisition du VIH. Cette prévention combinée marque un changement de paradigme dans la prévention (ONUSIDA)⁸.

Stigmatisation : Stigmatisation vient du grec stigma signifiant tache ou marque. Selon Goffman E¹⁴, un individu stigmatisé « se définit comme n'étant en rien différent d'un quelconque être humain, alors même qu'il se conçoit (et que les autres le définissent) comme quelqu'un à part. » La "stigmatisation" d'un individu intervient, pour Goffman, lorsqu'il présente une variante relative par rapport aux modèles offerts par son proche environnement,

¹³ Guide de terminologie de l'ONUSIDA (octobre 2011)

¹⁴ 14 Goffman, E., Stigmate. Les usages sociaux des handicaps

un attribut singulier qui modifie ses relations avec autrui et en vient à le disqualifier en situation d'interaction."Cet attribut constitue un écart par rapport aux attentes normatives des autres à propos de son identité". Chaque individu est plus ou moins stigmatisé en fonction des circonstances, mais certains le sont plus que d'autres : tous peuvent être placés sur un "continuum".

Goffman classe ces stigmates dans deux catégories différentes : les stigmates "visibles" et "invisibles". Les premiers caractérisent les attributs physiques et les traits de personnalité directement apparents lors du contact social, les seconds regroupent toutes les facettes de l'individu difficilement décelables lors d'un contact visuel avec celui-ci. L'acteur va donc tout mettre en œuvre afin de cacher ce stigmate ou en tout cas d'éviter qu'il ne constitue un malaise chez son public. Goffman nomme "contacts mixtes" les interactions à risques entre normaux et stigmatisés.

Discrimination¹⁵ : La discrimination est la conséquence de la stigmatisation. Selon l'ONUSIDA, la discrimination désigne toute forme de distinction, d'exclusion ou de restriction arbitraire à l'égard d'une personne, généralement fondée – mais pas toujours – sur une caractéristique personnelle apparente ou perçue, l'assimilant à un groupe donné (dans le cas du sida, la séropositivité confirmée ou supposée), indépendamment du caractère justifié de ces mesures. La discrimination associée au VIH peut apparaître à plusieurs niveaux. La discrimination peut survenir dans le contexte familial ou communautaire. La discrimination existe également dans le milieu institutionnel, en particulier sur le lieu de travail, dans les services de soins de santé, les prisons. Par exemple en prison la ségrégation ou l'isolement des personnes séropositives et l'exclusion des dernières des activités collectives sont des formes de discrimination.

15 UNAIDS HIV-Related Stigma, Discrimination and Human Rights Violations – Case studies of successful programmes , Collection Meilleures pratiques de l'ONUSIDA 2005

3 Méthodologie de recherche

3.1 Cadre de l'étude

3.1.1 Situation géographique

Située au Burkina Faso, la MACO se trouve dans le quartier Dassasgho de la capitale Ouagadougou, à l'arrondissement de Nongr-massom et en face en face de la route nationale n°4.

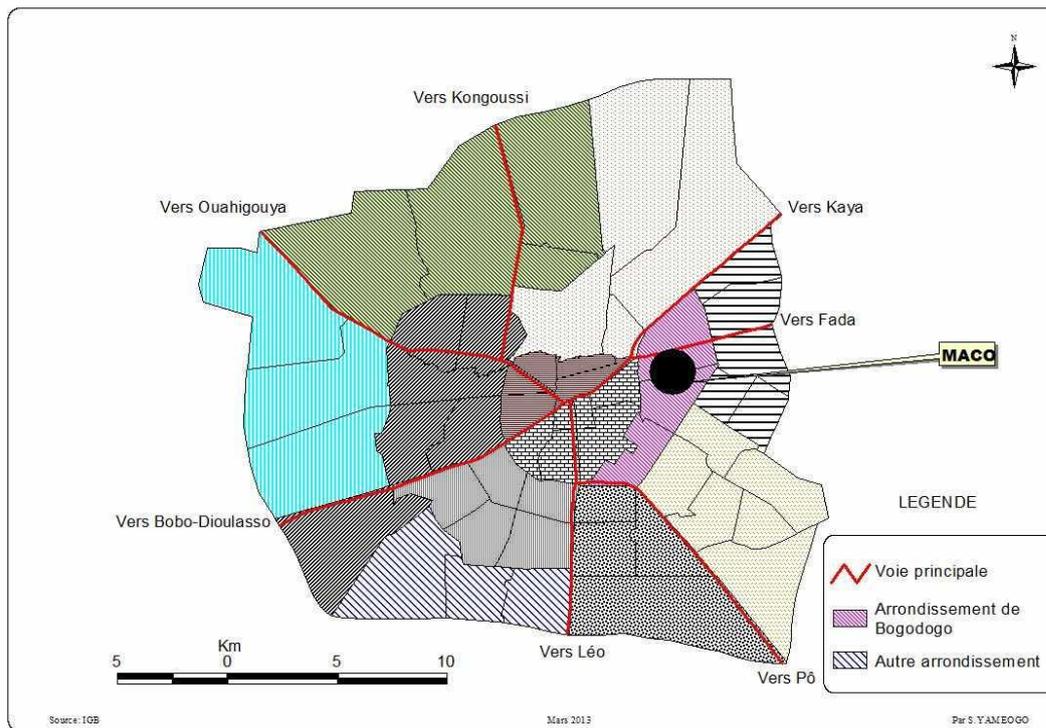


Figure 2 : Carte de la Ville de Ouagadougou avec emplacement de la MACO.

3.1. 2. Dispositif organisationnel de la prison

La MACO comporte deux types de services : les services relevant de l'administration pénitentiaire regroupant le service de sécurité, de greffe et d'intendance et les services rattachés qui sont l'infirmerie et le service social.

A l'intérieur de la prison, les détenus sont regroupés dans cinq quartiers : le quartier grand bâtiment, le quartier annexe, le quartier d'amendement, le quartier des mineurs et le quartier des femmes. Ce regroupement par quartier se fait selon des critères d'âge, de sexe et de rang social.

Ainsi, le quartier annexe reçoit des détenus hommes. Dans ce quartier, les conditions sont les plus dures, le détenu passe toute sa journée avec ses codétenus du même couloir et il ne peut pas sortir dans la cour.

Le quartier grand bâtiment reçoit aussi les détenus hommes. Les conditions sont plus souples que dans le quartier bâtiment annexe. Les détenus peuvent circuler dans la cour de promenade.

Quant au quartier d'amendement(QA), il regroupe les détenus hommes ayant fait preuve d'une bonne conduite dans l'exécution de leurs peines ou ceux ayant un statut social élevé. Dans ce quartier, les conditions d'incarcération sont plus souples que les autres quartiers pour détenus hommes.

Le quartier des mineurs comme son nom l'indique reçoit les enfants de moins de 18 ans en conflit avec la loi. Il en est de même pour le quartier des Femmes regroupant les détenues de sexe féminin.

3.1.3. Espace vital pour un détenu et surpopulation carcérale

Selon les renseignements fournis par le service de greffe, le nombre moyen de détenus par cellule collective de 12 m² varie entre 8-12 prisonniers dans la prison. En outre, les surveillants soulignent que « selon la résolution des Nations Unies l'espace vital recommandé est de 3 m² pour un détenu.» En comparant ces données nous pouvons affirmer que la MACO est en situation de surpopulation carcérale et de promiscuité.

3.1.4. Services de santé carcérale

La MACO dispose d'un dispensaire avec un personnel permanent de six infirmiers pour environ 1975 détenus au moment de notre enquête. Aussi, un médecin externe reçoit en consultation certains détenus malades une fois par semaine (.tout les jeudis).

Par ailleurs ce dispensaire est insuffisamment doté en ressources matérielles et le personnel semble être débordé par la charge de travail. De plus, seulement un infirmier sur les six est formé à la prise en charge globale du VIH.

La fréquentation de ce dispensaire nous a permis de constater qu'il ne dispose pas de réfrigérateur pour la conservation des réactifs de test rapide.

3.2 Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale à visé descriptive et analytique réalisée chez les prisonniers de la MACO au Burkina Faso.

3.3 La population à l'étude

Population cible : elle est composée des détenus.

Unité d'étude : c'est le détenu qui obéit aux critères de sélection.

Critères d'inclusion :

Centre :

Cette étude a concerné uniquement les détenus de la MACO qui contient aussi des détenus hommes, femmes et mineurs. Les hommes sont majoritairement représentés dans cette prison.

Population :

Ont été inclus dans cette étude les détenus (prévenue ou condamné) :

- de sexe masculin
- âgé de 18 ans et plus
- avec une durée minimum de 03 mois
- et ayant donné leur consentement éclairé.

Le choix de cette durée d'incarcération se justifie par le fait qu'il faut une période minimum de séjour pour observer une plus grande probabilité de prise de risque.

Critères de non inclusion :

- les détenus politiques
- les moins de 18 ans,
- les détenues femmes
- les détenus dont le séjour en prison est inférieur à 03 mois au début de l'enquête.

3.4 Echantillonnage

Calcul de la taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été calculée à l'aide du logiciel EPI info 7. Avec une population totale 1815 répondants éligibles, la taille de l'échantillon à une puissance de 80%, une proportion à 50%, un niveau de confiance à 95% et une marge d'erreur de 5 % donne 151. Nous avons ajouté 10% pour tenir compte des non répondants éventuels et des réponses partielles. En définitive, la taille de notre échantillon est de 166 détenus.

Répartition par quartier

La prison est subdivisée en trois quartiers recevant les prisonniers hommes répondant à nos critères d'inclusion. Ainsi, la taille sélectionnée par quartier est proportionnelle à la population carcérale éligible dans le dit quartier.

Tableau II : Taille de l'échantillon et répartition en fonction du quartier

Nom du quartier dans la prison	Quartier « grand bâtiment »	Quartier « annexe »	Quartier « amendement »	Total
Population carcérale éligible	957	813	45	1815
Population sélectionnée	88	74	4	166

Sélection des prisonniers

Cet échantillon a été tiré de façon aléatoire à partir de la base de sondage constituée de la liste nominative des détenus répondant aux critères d'inclusion. Les détenus étant divisés en quartiers avec des chefs de quartiers, nous avons commencé à expliquer les objectifs de l'enquête à ces derniers. Ensuite, à la demande de la garde pénitentiaire qui assurait la sécurité, les détenus chefs de quartier faisaient sortir les détenus tirés au sort jusqu'à ce que le nombre de sujets par quartier soit atteint.

3.5 Méthodes et outils de recueil des données

Des questionnaires semi-structurés ont été administrés lors des entretiens individuels de face à face dans le parloir. Ces entretiens se sont déroulés dans les langues mooré (langue locale), français et anglais selon la langue parlée par le détenu interviewé.

Le questionnaire semi-structuré a porté sur (1) les caractéristiques socio – démographiques (2) les connaissances sur les modes de transmission et les méthodes de prévention du VIH/Sida, (3) les attitudes envers les séropositifs, (4) les pratiques à risque de transmission du VIH avant et pendant l’incarcération et (5) l’accès à l’information et aux services de prévention. Ce questionnaire a été inspiré de celui des enquêtes CAP¹⁶ en milieu carcéral à Marseille (Delorme, 1999 ; Rotily, 2001) et adapté au contexte du Burkina Faso.

Nous avons réalisé en plus un focus group avec la garde de sécurité pénitentiaire et un autre avec le personnel de l’infirmerie. Ils ont permis de créer des points de discussion sur l’existence des pratiques homosexuelles masculines, l’accès aux services de prévention notamment le dépistage, l’accès aux préservatifs et les conditions de vie des détenus.

3.6 Variables de l’étude

- Variables indépendantes : Population masculine avec caractéristiques socio - démographiques : statut matrimonial, âge, provenance (urbain/rural), niveau d’instruction, durée d’incarcération, profession, religion, ethnie, vie sexuelle avant la prison.
- Variables intermédiaires : VIH, conditions carcérales, pratiques à risque : homosexualité masculine, toxicomanie et tatouage, déni des pratiques homosexuelles, connaissances, attitudes, exposition à la prévention.
- Variables dépendantes : Détenus vulnérables au VIH ou détenus infectés par le VIH.

3.7 Recrutement et Formation des enquêteurs

Notre équipe constituée de deux enquêteurs a été formée sur la collecte des données de terrain.

¹⁶ Connaissances, attitudes et pratiques

3.8 Pré-test et validation des outils

Les outils de collecte ont subi l'évaluation puis l'approbation des étudiants du groupe de recherche du département santé et de plusieurs chercheurs experts en VIH/Sida venant de l'ONUSIDA, de l'OMS et des universitaires.

Ce questionnaire a ensuite subi un pré-test dans une autre prison en l'occurrence la prison de Yako auprès d'une vingtaine de détenus hommes avant d'être validé.

3.9 Période de collecte

L'enquête terrain a été réalisée sur une période de deux mois du 15 juin au 15 août 2012 à la prison de Ouagadougou.

3.10 Traitement et analyse des données

Le masque de saisie du questionnaire, l'enregistrement et une partie de l'analyse des données quantitatives sont effectués à l'aide du logiciel SPSS.

3.10.1 Méthodes de calcul des scores

Des scores ont été calculés en s'inspirant de la méthodologie de l'enquête CAP face au VIH au centre pénitentiaire de Marseille en France (Delorme, 1999 ; Rotily, 2001). Les scores sont construits ainsi :

- Ce score de connaissance sur les modes de transmission (mini =0 ; maxi= 12) est construit en attribuant la valeur 1 aux réponses « oui » pour chacun des six items sur lesquels la transmission est possible et « non » pour chacun des six items sur lesquels la transmission n'est pas possible. Un score élevé indique que les croyances du détenu sont en accord avec l'état actuel des connaissances scientifiques.
- Le score d'incertitude (mini=0 max=3) est construit en attribuant la valeur 1 aux réponses « oui » ou « ne sait pas » dans des circonstances pour lesquelles la probabilité de transmission est extrêmement faible du point de vue épidémiologique.
- Le score de connaissance sur les modes de prévention a été calculé en suivant la même méthode que celui de la connaissance sur les risques de contamination.

- Le score de tolérance (minimum =0 maximum=16) a été construit en attribuant la valeur 2 à « oui », la valeur 1 à « peut- être », « ne sait pas » et « non réponse » et la valeur 0 à « non » pour toutes les activités concernant la vie courante avec des personnes infectées. Un score élevé de cette échelle indique que le détenu est tolérant à l'égard des séropositifs.

3.10.2 Analyse statistique

Les scores individuels ont été recodés et regroupés en quatre classes selon chaque type de score. Pour les scores de connaissance sur la contamination (max=12), les intervalles [0 ;3[, [3 ;6[et [6 ;9[et [9 ;12] correspondent respectivement au niveau de connaissance très faible (ou nulle) , faible, moyenne et élevée. Ces classes ont été définies en fonction des quartiles.

Pour le niveau de connaissance sur la prévention (min=0, max=8), les classes [0-2[, [2 ;4[et [4 ;6[[6 ;8] sont représentées respectivement par niveau de connaissance très faible (ou nulle), faible, moyenne et élevée sur la prévention.

Pour la tolérance (min=0, max=16), les intervalles [0 ; 4[, [4 à 8[, [8 ; 12[et [12 ; 16] correspondent respectivement à un niveau de tolérance très faible, faible, moyenne et élevée.

Des analyses uni variées et multi variées ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS version 17. Des khi deux, Odd ratio (OR), intervalle de confiance(IC) et p ont été calculé. Un seuil de 5% a été considéré comme statistiquement significatif.

3.10.3 Analyse des données qualitatives

Les données qualitatives issues des deux focus groups ont été traitées par l'analyse de contenu du discours. Les résultats montrent bien l'intérêt d'associer des méthodes qualitatives comme le focus group dans une étude quantitative, cela a permis une meilleure compréhension de notre sujet de recherche.

3.11 Considérations éthiques

Cette étude a respecté les principes éthiques et déontologiques de la recherche en santé :

- Avant la phase de collecte des données sur le terrain, nous avons soumis le protocole de recherche aux autorités pénitentiaires et judiciaires qui, après l'avoir examiné, ont donné leurs approbations en nous délivrant une autorisation d'enquête.
- Tous les détenus et le personnel ont été informés de l'enquête par l'administration pénitentiaire.
- Le consentement éclairé des prisonniers est obtenu en début de l'entretien après une explication des objectifs de l'étude et du devenir ou de l'issue de l'enquête. Ce consentement était verbal.
- Nous avons assuré également l'entière confidentialité des données et l'anonymat total des enquêtés conformément à la déclaration de HELSINKI.

3.12 Difficultés rencontrées

« *Le milieu carcéral n'est pas comme les autres ; l'accès est difficile* » affirmait un garde pénitentiaire. Ces propos traduisent la difficulté d'accès à notre population cible.

Les principales difficultés auxquelles nous avons été confrontés sont les suivantes.

La longueur des procédures administratives et sécuritaires pour obtenir des autorisations d'accès et d'enquêtes à la MACO. Nous avons attendu pendant un mois pour recevoir l'autorisation d'enquête.

Ce milieu comporte beaucoup d'interdictions : interdictions de prendre une image et d'enregistrer une vidéo sans l'autorisation de l'administration pénitentiaire sont inscrites dans le règlement intérieur.

Les difficultés d'accès aux détenus : Alors que nous avons obtenu une autorisation d'enquête, sur le terrain nous étions confrontés au début à des difficultés d'accès aux détenus pour plusieurs raisons. Du côté des détenus, certains réclamaient des frais de participation. Face à cette contrainte la stratégie développée a consisté à distribuer du pain aux détenus enquêtés. Du côté de la garde pénitentiaire, c'étaient les procédures sécuritaires qui étaient évoquées certains gardes se plaignaient et disaient qu'ils étaient fatigués de faire sortir les prisonniers. Au début, nous attendions parfois deux heures avant d'avoir accès aux détenus. Face à cette

difficulté, nous avons tissé des liens d'amitié avec la garde pour favoriser l'accès aux enquêtes. Ainsi, le matin, quand nous entrons à la MACO, nous passons quelques temps au kiosque avec les surveillants à échanger et à nous familiariser avec eux. Ensuite quand nous partons devant les quartiers nous leur préparons souvent du thé avant de les demander de faire sortir les détenus pour nos entretiens. Ceci dans l'objectif d'améliorer le soutien de la garde pour l'accès aux détenus.

Aussi, au cours du focus group avec le personnel du dispensaire, nous avons observé la peur de parler de l'existence des pratiques homosexuelles. Le discours changeait selon qu'on cherchait ou non à faire un enregistrement audio du contenu de la discussion. Cette peur est liée au fait que ces derniers craignaient d'avancer des propos qui seraient en contradiction avec le discours des autorités pénitentiaires. Au-delà de ces difficultés, nous avons rencontré d'autres obstacles relatifs à l'insuffisance des données nationales sur le VIH en milieu carcéral au Burkina Faso.

3.13 Limites de l'étude

Cette étude comporte un certain nombre de limites comme toute enquête.

Parmi ces limites nous relevons :

- Une sous déclaration des cas de viol masculin et des pratiques homosexuelles à cause du tabou sur la sexualité en prison et de bien d'autres raisons.
- Une sous déclaration de la consommation de drogues injectables.
- Les biais de mémoire sur certains événements (âge du premier rapport sexuel, l'utilisation du préservatif, le nombre de partenaires sexuels).
- des biais de traduction du questionnaire en langue locale.
- De plus, cette étude n'est pas associée à une enquête biologique avec des tests de dépistage du VIH, ce qui ne nous permet pas de donner la prévalence.
- Enfin nous précisons l'impossibilité de généraliser tel quels les résultats à l'ensemble des prisons du pays.

En dépit de ces limites, les résultats de cette étude permettent une certaine compréhension des connaissances, attitudes et pratiques des détenus hommes de la MACO face au VIH et au Sida.

4 Résultats

Taux de participation

Sur un total de 166 détenus tirés au hasard, 165 prisonniers ont accepté de répondre aux questionnaires. Soit un taux de participation de 99%. Il y a eu un seul non répondant. La durée moyenne d'un entretien est de 45 mn.

4.1 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

- ❖ Age : l'âge médian est de 28 ans avec des extrêmes allant de 18 à 65 ans
- ❖ Situation matrimoniale

La figure 1 nous renseigne que les enquêtés sont constitués à proportion presque égale de mariés (49%) que de célibataires (46%). n=166

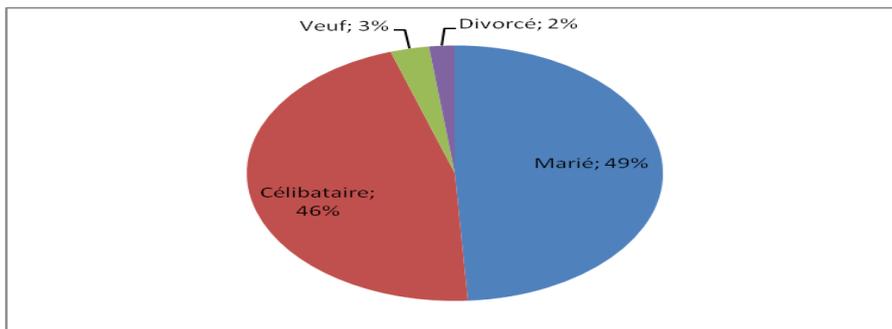


Figure 3 : Répartition des enquêtés selon la situation matrimoniale

Niveau d'instruction

La figure 2 montre que la majorité des prisonniers sont non instruits. n=166

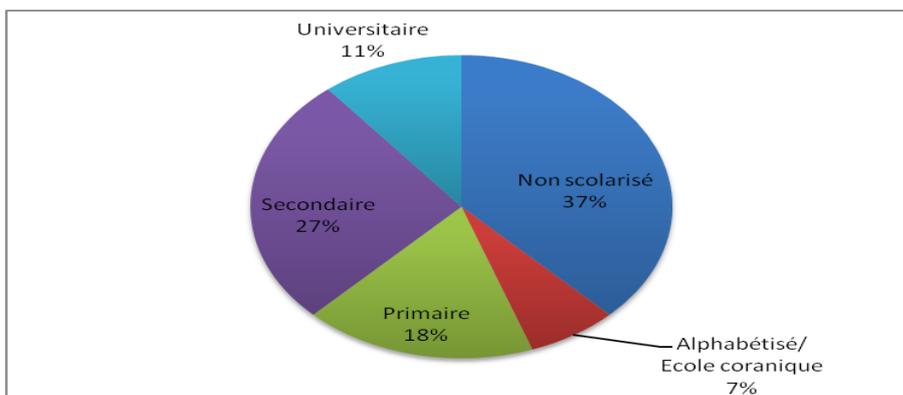


Figure 4 : Répartition des enquêtés selon le niveau d'instruction

❖ Durée d'incarcération :

La durée moyenne d'incarcération est de 19 mois et le mode est compris entre 10 et 15 mois.

n=166

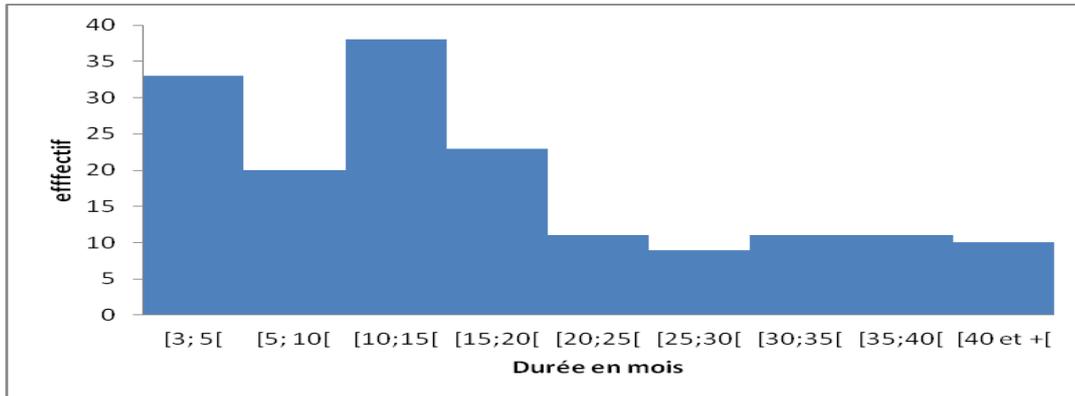


Figure 5 : Distribution de la durée d'incarcération des détenus enquêtés

❖ Provenance :

La majorité des détenus vient du milieu urbain. n=166

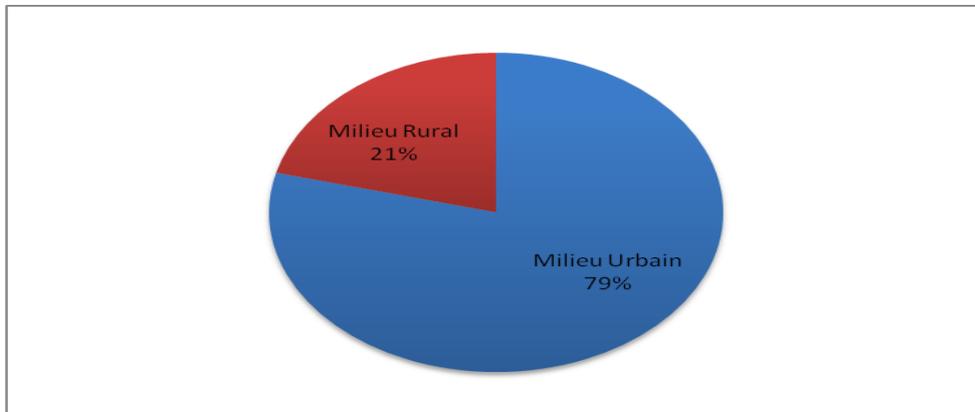


Figure 6 : Répartition des détenus selon la provenance

❖ Autres caractéristiques sociales des enquêtés :

Tableau III : caractéristiques socio- démographiques

Caractéristiques sociales	Total n=166
Religion	
Musulman	89 (53,6%)
Chrétien	73 (44,0%)
Animiste	4 (2,4%)
Nationalité	
Burkinabé	146 (88,0%)
Nigériane	6 (3,6%)
Togolaise	6 (3,6%)
Béninoise	4 (2,4%)
Camerounaise	4 (2,4%)
Ethnie	
Mossi	109 (65,7%)
Gourounsi	13 (7,8%)
Peulh	11 (6,6%)
Yorouba	9 (5,4%)
Autres	24 (14,5%)
Profession	
Cultivateur	26 (15,7%)
Elève/Étudiant	14 (8,4%)
Fonctionnaire	25 (15,1%)
Commerçant	86 (51,8%)
Chômeur	5 (3,0%)
Autres	10 (6,0%)
Substances addictives(en prison)	
Alcool	29 (17,5%)
Tabac	85 (51,2%)
Drogue (Chambre indien)	9 (5,4%)
Aucun	43 (25,9%)
Raisons d'emprisonnement	
Détenue/consommation de stupéfiants	6 (3,6%)
Vol	76 (45,8%)
Meurtre	13 (7,8%)
Infanticide	2 (1,2%)
Faux et usage de faux	37 (22,3%)
Coups et blessures volontaires	21 (12,7%)
Autres	11 (6,6%)

4.2 Connaissance générale des détenus sur le VIH/Sida

Concernant les connaissances générales, 60% ont déjà vu ou connu une personne atteinte du Sida et l'agent causal est connu par 61 % des répondants (Tableau III).n=165

Tableau IV : Connaissances générales sur le VIH/Sida

Connaissances générales sur le VIH/Sida	Oui	Non	Ne sait pas
Le sida est dû à un virus	101 (61%)	17 (10%)	47 (29%)
Le sida est une maladie contagieuse	145 (88%)	13 (8%)	7 (4%)
Le sida est une maladie héréditaire	30 (18%)	126 (76%)	9 (6%)
Une maladie rare	62 (38%)	101 (61%)	2 (1%)
Une maladie mortelle	158 (96%)	5 (3%)	2 (1%)
Une maladie grave	156 (95%)	8 (5%)	1 (1%)
Une maladie touchant surtout les homosexuels	60 (36%)	95 (58%)	10 (6%)
Une maladie qui possède un vaccin	14 (9%)	140 (85%)	11 (7%)
Une maladie curable	22 (13%)	137 (83%)	6 (4%)
Une PVVIH peut être asymptomatique	136 (82%)	24 (15%)	5 (3%)

4.3 Connaissance sur les modes de contamination

La transmission mère-enfant est reconnue possible par 67 % des détenus et 58 % croient en la transmission par les piqûres de moustiques (Tableau IV).

Tableau V : connaissance sur les modes de transmission du VIH : rural vs urbain

Effectif (pourcentage) de répondants croyant à la transmission	Rural n=35	Urbain n=130	Total n=165	p
En serrant la main d'un PVVIH	6 (17,1%)	8 (6,2%)	14(8,5%)	0,0340
En recevant du sang	33 (94,3%)	128(98,5)	161(97,6%)	0,1834
Rapports sexuels sans préservatifs	33 (94,3%)	127(97,7)	160(96,9%)	0,3128
Relations bucco-génitales	24 (68,6%)	82 (63,1%)	106(64,2%)	0,0032
Relations anales	27 (77,1%)	100(76,9)	127(76,9%)	0,9781
Par la salive d'un PVVIH	20 (57,1%)	35 (26,9%)	55(33,3%)	0,0011
En prenant soin d'un PVVIH	13 (37,1%)	37 (28,5%)	50(30,3%)	0,3229
En buvant avec le même verre	17 (48,6%)	20 (15,4%)	37(22,4%)	0,0000
Porter ses vêtements	17 (48,6%)	26 (20,0%)	43(26,1%)	0,0010
Dans les toilettes publiques	14 (40,0%)	31 (23,8%)	45(27,27%)	0,0400
Par une piqûre de moustique	27 (77,1%)	68 (52,3%)	95(57,6%)	0,0105
En utilisant le rasoir ou la lame d'un PVVIH	33 (94,3%)	129(99,2)	162(98,2%)	0,0973
En utilisant la seringue déjà utilisée	33 (94,3%)	122(93,8)	155(93,9%)	0,9229
Transmission mère –enfant	14 (40,0%)	96 (73,8%)	11(66,7%)	0,0003
Au cours des soins dentaires	25 (71,4%)	92 (70,8%)	117(70,9%)	0.92
Score de connaissance (moyenne sur l'ensemble et variance)	8,06±6,82	9,95 ± 3,35	9,55 ± 4,65	0.000*
Score d'incertitude (moyenne sur l'ensemble et variance)	5,51 (0,32)	1,85(0,67)	1,99 (0,67)	0,000*

❖ Répartition des scores de connaissance

Une faible proportion (16%) des détenus connaît tous les modes de transmission du VIH. Aussi on observe que les détenus provenant du milieu urbain ont plus de connaissance sur le VIH que les autres comme l'illustre la figure n°7.

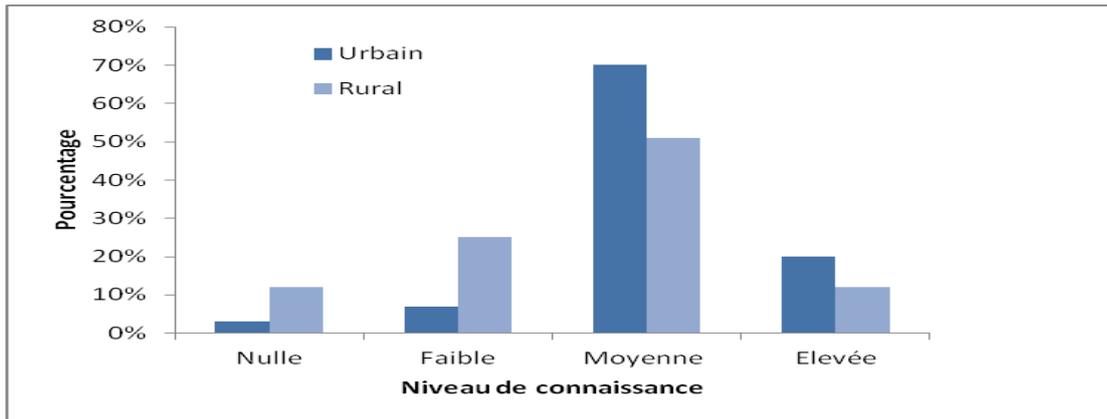


Figure 7 : Niveau de connaissance sur les modes de transmission du VIH selon la provenance (Urbain/Rural)

Lien entre score de connaissance et niveau d'instruction

La connaissance sur les modes de contamination est linéairement associée au niveau d'instruction. Plus le niveau d'éducation est élevé, plus le score est élevé ($p < 0.01$).

4.4 Connaissance sur les méthodes prévention

L'étude montre que 35% des enquêtés ont un niveau de connaissance élevé sur les méthodes de prévention, 53 % un niveau moyen, 9% faible et 3% très faible. Autrement seulement 35% des détenus connaissent bien les méthodes de prévention.

Tableau VI : Connaissance sur les méthodes de prévention

Connaissance sur les méthodes de prévention	Oui	Non	Ne sait pas
Prendre un médicament après le rapport sexuel	12 (7,3%)	147 (89,1%)	6 (3,6%)
Préservatif	152 (92,1%)	12 (7,3%)	1 (0,6%)
Se doucher après le rapport sexuel	24 (14,5%)	136(82,4%)	5 (3,0%)
Se retirer avant l'éjaculation	28 (17,0%)	133 (80,6%)	4 (2,4%)
Abstinence	13(83,6%)	25 (15,2%)	2(1,2%)
Fidélité	136 (82,4%)	27 (16,4%)	2 (1,2%)
Dépistage	142 (86,1%)	20 (12,1%)	3 (1,8%)
Eviter l'échange d'objets tranchants	153 (92,7%)	10 (6,1%)	2 (1,2%)

Connaissance de l'existence de la prophylaxie Accident d'Exposition au Sang (AES)

Seulement 9,7 % des enquêtés connaissent l'existence de la prophylaxie post-exposition au sang et autres liquides biologiques. La majorité (90%) des enquêtés ignorent l'existence de cette prophylaxie en cas de viol ou d'exposition au sang.

4.5 Attitudes à l'égard des détenus séropositifs.

4.5.1 La tolérance

Seulement 20% des détenus acceptent de vivre avec une personne séropositive dans diverses situations de la vie courante. La majorité d'entre eux est faiblement tolérante à l'égard des séropositifs (Graphique n°8). Les détenus issus du milieu urbain sont plus tolérants que ceux du milieu rural. n=165

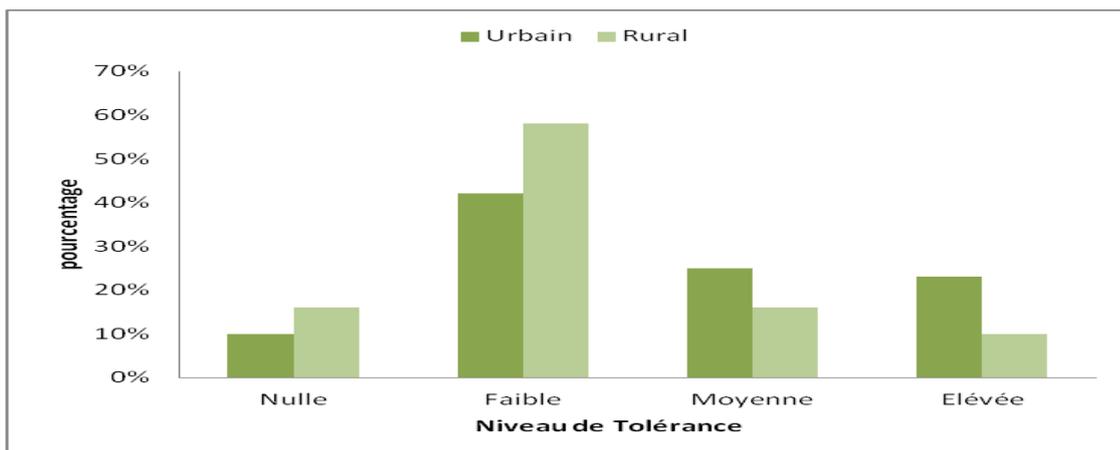


Figure 8 : Niveau de tolérance à l'égard des séropositifs selon la provenance (Urbain/Rural)

Comparaison de la tolérance vis-à-vis du VIH chez les lettrés et les illettrés

L'intolérance à l'égard des séropositifs est significativement plus élevée chez les illettrés (tableau VII).

Tableau VII : Degré de Tolérance envers les PVVIH : Comparaison entre selon le niveau d'instruction

Effectif (pourcentage) de réticence ou refus selon diverses situations	Lettrés n=91(55%)	Illettrés n=74(45%)	Total n = 165	OR* ajusté	p
Partager votre cellule avec lui	33 (36,3%)	54 (73,0%)	87 (52,7%)	0,2814	0,0004
Manger avec lui	32 (35,2%)	55 (74,3%)	87 (52,7%)	0,2405	0,0001
Laisser vos enfants avec lui	47 (51,6%)	62 (83,8%)	109 (66,1%)	0,2691	0,0009
Dormir sur le même lit	33 (36,3%)	59 (79,7%)	92 (55,8%)	0,1852	0,0000
Travailler avec lui	23 (25,3%)	48 (64,9%)	71 (43,0%)	0,2232	0,0000
Porter ses vêtements	37 (40,7%)	62 (83,8%)	99 (60,0%)	0,1698	0,0000
Boire avec le même verre	39 (42,9%)	63 (85,1%)	102(61,8%)	0,1625	0,0000
Partager la même toilette	29 (31,9%)	53 (71,6%)	82 (49,7%)	0,2292	0,0000
Score de tolérance globale (moyenne sur l'ensemble et variance)	10,44 (39,09)	3,64 (27,14)	7,3879 (45,06)		0,001**

*Odds-ratio ajusté sur l'âge et la provenance

** après ajustement sur l'âge et la provenance.

4.5.2 Facteurs associés à la discrimination des détenus séropositifs

Nous avons analysé deux items concernant la discrimination des séropositifs. L'analyse montre que l'origine de provenance au milieu rural, l'illettrisme et la croyance à la transmission du VIH par les moustiques sont des caractéristiques statistiquement associées à une potentielle discrimination des détenus séropositifs $p < 0.05$. Par ailleurs, l'âge n'est pas un facteur associé à la discrimination. Les résultats sur les facteurs associés figurent dans le tableau suivant

Tableau VIII : **Facteurs sociaux associés à une potentielle discrimination vis-à-vis des détenus séropositifs (n=165)**

	Il faut isoler les détenus VIH+ dans un bâtiment à part (oui/non)			Les détenus devraient connaître le statut VIH des PVVIH (oui/non)		
	OR aj	IC à 95%	p	OR aj	IC	P
Age						
<35ans	1			1		
>35 ans	0,50	[0,22-1,13]	0,10	0,75	[0,31-1,80]	0,52
Provenance						
Urbain	1			1		
Rural	9,98	[2,29-43,44]	0,0022	0,59	[0,16-2,10]	0,41
Niveau d'éducation						
illettré	1			1		
lettre	0,08	[0,03-0,21]	0,0000	0,35	[0,13-0,94]	0,04
Le Sida se transmet par les piqûres de moustiques						
Non	1			1		
Oui	8,70	[4,04-18,74]	0,000	0,75	[0,28-1,97]	0,56

(aj) OR ajustés sur le quartier de résidence à l'intérieur de la prison.

4.6 Vie sexuelle avant l'incarcération

L'âge moyen du premier rapport sexuel était 18 ans. Lors de ce premier coït 30 % des détenus ont utilisé un préservatif. Durant les six derniers mois avant la prison, 72 % des détenus avaient plus de deux partenaires sexuels occasionnels. Environ 21% ont des antécédents d'IST. Au dernier rapport sexuel avant la prison, 28% des prisonniers ont déclaré avoir utilisé un préservatif. Seulement 29 % des enquêtés ont effectué au moins une fois le test de dépistage du VIH durant leur vie.

4.7 Pratiques à risque pendant l'incarcération

4.7.1 Homosexualité masculine

Une minorité des détenus (4 %) déclare avoir entretenu des relations sexuelles entre hommes durant leur incarcération. Un détenu gay déclare : « *chaque jour j'ai un rapport sexuel en prison. Durant les six derniers mois j'ai eu plus de vingt partenaires sexuels.* » La majorité des détenus (75 %) reconnaissent indirectement l'existence des relations homosexuelles à l'intérieur de la MACO. La triangulation entre des données issues de trois types de catégories de cibles à savoir les détenus, la garde et le personnel du dispensaire confirme l'existence de cette

pratique homosexuelle. En effet, lors du focus group avec le personnel de santé, un d'eux déclare « *dans nos consultations, nous avons constaté plusieurs fois des cas de traumatismes au niveau du rectum. Je peux penser que l'homosexualité existe entre les détenus.* » (Agent de santé à la MACO). Selon la garde de sécurité pénitentiaire, les rapports sexuels sont interdits en milieu carcéral au Burkina Faso.

Pourquoi des pratiques homosexuelles ? Les conditions de détention, en particulier la surpopulation carcérale, la promiscuité qu'elle entraîne et la privation de toute relation sexuelle favorisent le recours à ces pratiques HSH entre détenus. Les longues peines «sans femmes» (y'a pagba kalèm)¹⁷ ou sans visite conjugale qui n'existe pas dans les prisons du Burkina figurent parmi les causes qui conduisent certains détenus à entretenir des rapports homosexuels. La figure suivante présente les occurrences des raisons qui justifient ces pratiques de l'avis des détenus eux-mêmes.

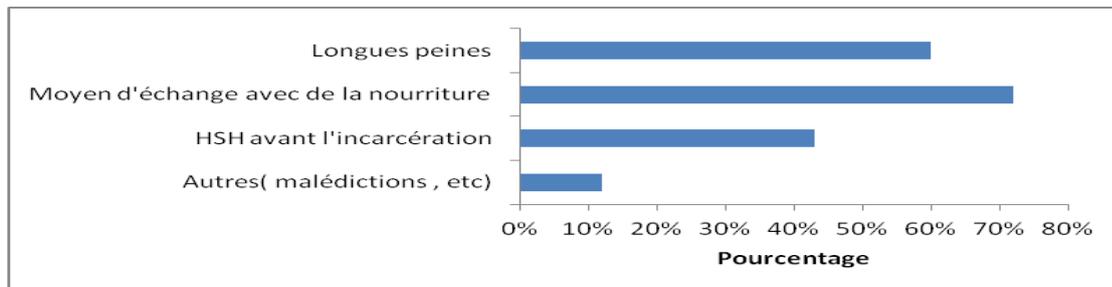


Figure 9 : Répartition des enquêtés selon les raisons des pratiques homosexuelles masculines

4.7.2 Echange de lames ou rasoirs

Parmi les prisonniers, 49 % ont déclaré avoir eu à échanger des lames ou rasoirs entre eux. L'usage d'une même lame pour raser plusieurs détenus s'explique par l'inaccessibilité financière aux frais de coiffure fixé à 100 Fcfa (0,12 euro).

4.7.3 Usagers de Drogues Injectables (UDI)

Aucun de nos enquêtés ne reconnaît l'existence d'usages de drogues injectables à la MACO. La drogue consommée clandestinement dans cette prison est le chanvre indien.

¹⁷ En langue mooré

4.7.4 *Tatouage*

Aucun enquêté n'a signalé l'existence de cette pratique dans cette prison. Les détenus qui portent des tatouages l'ont fait à l'extérieur de la MACO.

4.8 Accès aux services de prévention en milieu pénitentiaire

4.8.1 *Tests de dépistage*

Seulement 5% ont réalisé leurs tests de dépistage à la MACO. Les tests de dépistage ne sont pas proposés systématiquement au cours de la visite médicale dès l'entrée à la prison. Parmi les dépistés 3 % ont déclaré être de statut VIH positif et la file active était constituée de 24 détenus séropositifs sous ARV.

4.8.2 *Informations sur le VIH/Sida et les IST*

Depuis leur entrée en prison 6 % ont déclaré avoir reçu des sensibilisations au VIH/Sida . La principale source d'information provient du dispensaire de la MACO. Il n'existe pas actuellement de structures associatives ou d'ONG qui interviennent à la MACO dans le domaine du VIH/SIDA, du moins au moment de l'enquête.

4.8.3 *Indisponibilité des Préservatifs*

Selon la garde pénitentiaire, l'accès aux préservatifs est interdit dans cette prison du fait que les rapports sexuels ne sont pas autorisés entre détenus.

4.8.4 *La coiffure est payante*

Les lames et rasoirs sont interdits. Malgré cette interdiction, notre étude a montré qu'il existe un marché noir de vente des lames à la MACO. Le prix est trois fois plus cher qu'à l'extérieur (50 FCFA contre 15 FCFA). Ce marché noir est approvisionné par les porte-plats et les visiteurs. En interdisant, la circulation officielle des lames qui peuvent être utilisées comme une arme, l'administration pénitentiaire a mis en place une alternative : coiffure avec une tondeuse mécanique moyennant la somme de 100 Fcfa (0,12euro) par coiffure.

5 DISCUSSION

La discussion est structurée autour de trois aspects. Le premier point concerne les connaissances sur le VIH/Sida. La deuxième partie, les attitudes et la troisième partie porte sur les pratiques à risque ou la vulnérabilité avant, pendant et après la prison.

5.1 Connaissance sur le VIH/Sida

Cette étude montre qu'un faible pourcentage (16%) des détenus connaissait tous les modes de transmission du VIH. On notait qu'une forte proportion (58%) des détenus croyait à la transmission du VIH par les insectes ou moustiques. Le niveau de connaissance des prisonniers semble être très bas par rapport à la population générale. En 2011, dans une étude réalisée par Consult Sud au Burkina Faso, ces croyances erronées dans la population générale étaient de 33 %. Cette différence de connaissance entre les détenus et la population générale s'expliquerait par l'absence de programme d'éducation ou de sensibilisation au VIH/Sida en milieu carcéral, ce qui laisse libre cours aux rumeurs sur les modes de contamination à travers l'influence des pairs. La majorité des détenus n'a pas été touchée par la sensibilisation avant et pendant l'incarcération. Seulement 5 % ont été sensibilisés au VIH/Sida depuis leur entrée en prison.

Par ailleurs, les détenus issus du milieu rural étaient moins informés sur le VIH/Sida que ceux qui vivaient en milieu urbain. L'enquête en population générale retrouve la même différence entre milieu urbain et rural (Consult, 2011). Cela s'explique par le fait que les détenus qui vivaient en ville avant leur incarcération avaient plus accès à l'information sur le VIH/Sida et aux services de conseil dépistage volontaire du VIH que les ruraux. En effet, l'accès aux messages de sensibilisation à travers les médias tels que la télévision, la radio, les journaux est plus facile en ville qu'au village.

Aussi cette enquête, comme celle réalisée en France par Delorme en 1999 à la prison de Marseille montre que les connaissances sur le VIH/Sida étaient associées au niveau d'instruction. Cela est lié d'une part aux connaissances sur le VIH/sida reçues à l'école qui est un cadre de transmission du savoir ou d'éducation. D'autre part, le fait de savoir lire en langue officielle (français) permet de comprendre certains messages diffusés dans les médias (télévision, radio, presse écrite).

5.2 Attitudes à l'égard des séropositifs

L'intolérance à l'égard des PVVIH est élevée. Quatre détenus sur cinq refusent de vivre ou de partager les activités de la vie courante avec une personne séropositive. Les résultats de cette étude montrent que trois facteurs sociaux en particulier la provenance au milieu rural, l'illettrisme et la méconnaissance des modes de contamination sont associés à la discrimination. D'autres études réalisées en France (Rotily, 2001) et récemment dans plusieurs pays africains (Ethiopie, Swaziland, Cameroun, Kenya, Nigéria et Zambie) à l'aide de stigma index¹⁸ (Tchiombiano, 2012)¹⁹ ont trouvé les mêmes résultats. Ces facteurs sont interliés entre eux. En effet les détenus issus du milieu rural ont une tendance à la discrimination plus élevée que ceux venant du milieu urbain. Cela s'explique par le fait que les ruraux ignorent plus les modes de transmission du virus. Aussi les illettrés qui ont moins de connaissance sur le VIH ont des attitudes stigmatisantes plus élevées que les instruits. Ils croient que la transmission du VIH est possible par les moustiques.

Par ailleurs, Tchiombiano (2012)¹⁹ montre aussi que le fait de ne connaître aucun PVVIH, de n'avoir jamais fait le test de dépistage et l'accès au traitement sont des facteurs associés à la stigmatisation. En effet le traitement diminue la discrimination en effaçant les signes distinctifs physiques de l'infection.

5.3 Pratiques à risque face au risque de transmission du VIH

La population carcérale est en situation de vulnérabilité cumulative : les prisonniers cumulent des risques non seulement avant l'incarcération mais surtout pendant le bref séjour dans l'univers carcéral. Cette partie de la discussion s'organise autour de la vulnérabilité avant, pendant l'incarcération et à la sortie.

5.3.1 *Vulnérabilité avant l'incarcération : multipartenariat sexuel*

La population carcérale de cette étude est caractérisée par sa jeunesse et son faible niveau d'éducation. La majorité est sans qualification professionnelle et sans emploi. Ils consomment de la drogue et sont incarcérés pour la plupart pour vol. Les détenus sont issus de couches de la population particulièrement vulnérables et exposées au VIH. Les caractéristiques de la population carcérale et leurs comportements sexuels expliquent leur vulnérabilité face au risque

¹⁸ outil de mesure de la stigmatisation élaboré par le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH (GNP+), la Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH et le sida (ICW), avec le soutien du Secrétariat de l'ONUSIDA

¹⁹<http://www.vih.org/20120522/stigmatisation-l-epidemie-cachee-30307> , consulté le 01 mars 2012

de contracter le VIH. Ils représentent une sous-population marginalisée et stigmatisée que la société sélectionne pour l'envoyer en prison. Messiah (2001) souligne également que les conditions de vie des individus en situation de vulnérabilité socio-économique font d'eux des candidats potentiels à l'incarcération.

Leur vie sexuelle avant l'incarcération est marquée par la précocité des premiers rapports sexuels, la multiplicité des partenaires occasionnels et le recours aux prostituées. Ainsi, l'âge du premier rapport sexuel chez les détenus est relativement inférieur à celui des hommes en population générale au Burkina Faso ; 18 ans contre 20 ans (Enquête Démographique et de Santé, 2010, IV –Burkina Faso). La consommation de la drogue, l'absence de contrôle familial et d'éducation sexuelle sont autant de facteurs qui pourraient expliquer cette précocité comme en témoignent les études citées par Messiah en 2001.

Au-delà de la précocité du premier rapport, le comportement sexuel de ces jeunes ou adultes, s'exprime par le multipartenariat sexuel. Au cours des six derniers mois précédant l'incarcération, 72 % des détenus ont eu plus de deux partenaires sexuels contre une proportion de 17 % chez les hommes en population générale. (Enquête Démographique et de Santé IV – Burkina Faso). D'autres enquêtes réalisées en population carcérale en France évoquent le multipartenariat sexuel et la forte proportion des individus ayant recours à la prostitution et la faible utilisation du préservatif (Messiah, 2001).

Malgré ses comportements à risques, la majorité d'entre eux entrent à la maison d'arrêt de Ouagadougou (MACO) sans connaître leur statut sérologique et sans avoir des connaissances sur le VIH/Sida. Ils ont échappé aux programmes de prévention.

5.3.2 Vulnérabilité pendant l'incarcération et déni des pratiques homosexuelles

Au Burkina Faso, l'individu détenu dans une maison d'arrêt est privé de ses libertés y compris ses libertés sexuelles. Il vit dorénavant dans un autre environnement et côtoie d'autres personnes du même sexe. Les besoins en matière de sexualité sont les mêmes pour cette population. On comprend dès lors le risque de s'adonner aux pratiques homosexuelles. A ceci s'ajoutent la violence, les frustrations sexuelles, l'absence de visite conjugale et la logique de survie qui règnent au sein de cette population comme l'ont souligné d'autres auteurs (Okochi, 2000 ; Gear 2002 ; Kudat, 2006). *Un détenu précise : « c'est le manque de nourriture qui*

*amène certains détenus à accepter les avances sexuelles pour avoir à manger »²⁰. Les plus vulnérables sont ceux de statut socio-économique défavorisé (plus pauvres) qui se prostituent pour survivre. Ils n'ont que leur corps comme outil de négociation ou marchandise. Kudat A. (2006) dans son article « *Males for Sale* » souligne aussi que les détenus hommes ont recours à la prostitution comme moyen de survie. Ils utilisent les rapports sexuels en échange de nourriture ou d'articles de première nécessité (savon, habits, chaussures, etc). Dans ce contexte, comme précise Messiah (2001) : « *la prise de risque est une conséquence logique de la lutte pour la survie : la satisfaction des besoins immédiats le plus souvent devient prioritaire par rapport à l'évitement d'une contamination, qui est incertaine et dont les conséquences, également hypothétiques sont du domaine du long terme* ».*

Cependant, il y a un déni des pratiques homosexuelles par l'institution carcérale. On constate un déni de l'homosexualité masculine par les détenus eux-même et aussi par l'administration pénitentiaire. En effet, ceux qui ont même ces pratiques homosexuelles le nient. Cette étude constate une sous déclaration des rapports homosexuels chez les hommes. L'aveu de l'homosexualité masculine ou le "coming out" est encore problématique en Afrique. Dans la plupart des prisons africaines ces pratiques sont sous déclarées et le taux de déclaration tourne autour de celle de Ouagadougou : 1,6% à la prison de Lagos au Nigéria (Odujinrin, 2001), 4% en Zambie (Simoooya, 2001) et 2,9% dans les prisons togolaises (Ekouevi, 2011). En revanche dans les prisons européennes, la déclaration de rapports homosexuels masculins va jusqu'à 73% (ONUSIDA, 2007). Certains facteurs pourraient expliquer cette sous déclaration : les lois punitives, la stigmatisation, les croyances culturelles. L'homosexualité masculine reste encore un sujet tabou dans la société burkinabè et les détenus qui la pratiquent ont des difficultés à l'exprimer. Cette situation n'est pas singulière au Burkina Faso et se retrouve dans la société africaine. Kyomya (2012) ajoute que les lois contre la sodomie dans les prisons africaines expliquerait ce déni chez les détenus hommes.

Par ailleurs dans une prison africaine pour détenues femmes au Mali (Diallo, 2013) les aveux d'homosexualité féminine était relativement plus élevés : 31%. Cela pourrait laisser penser que les pratiques homosexuelles sont davantage tolérées chez les femmes. De plus, contrairement aux femmes, les hommes ont du mal à parler de leurs problèmes sexuels, mais sont plutôt prêts à parler de leurs exploits sexuels. Ainsi le caractère masculin et dominateur fait que les hommes s'expriment mieux et revendiquent leurs exploits sexuels. En revanche, le fait de se

²⁰ Les prisonniers de la MACO reçoivent de la bouillie le matin et un repas à midi. Le repas du soir est à la charge du détenu.

retrouver jouer un rôle de femme en prison au cours des rapports homosexuels constitue une honte pour eux. La question de l'homosexualité pourrait se poser différemment pour les hommes que pour les femmes.

Au-delà du déni de ceux qui ont ces pratiques, il y a aussi le déni de l'administration. Le fait de vouloir cacher la réalité au monde extérieur en disant « *ça n'existe pas chez nous, on n'a pas de preuves* » traduit bien ce déni de l'existence de l'homosexualité. Aussi lors de l'entretien avec le personnel de santé, il ressort qu' : « *il y a une ONG de lutte contre le VIH/Sida qui voulait intervenir auprès des détenus et ses responsables sont venus voir les autorités pénitentiaires qui ont dit qu'il n'y a pas de pratiques homosexuelles à la MACO* ». Ce déni nous amène à poser certaines questions : Quelles pourraient être alors les conséquences du déni ? Ou en quoi le déni est-il constitutif du risque à l'intérieur des prisons ? L'existence et le déni de la réalité contribuent à la transmission sinon à la propagation du VIH. Le déni des pratiques homosexuelles a pour conséquence l'absence de prévention, ce qui constitue un facteur aggravant le risque. Il crée une vulnérabilité supplémentaire des détenus. Ainsi le manque d'accès aux préservatifs, l'absence d'éducation au VIH et l'absence de dépistage rendent encore les prisonniers plus fragiles face au risque de la contamination. Contrairement à cette prison ouagalaise et à la prison mozambicaine (Vaz, 1996), en France (Rotily, 2001) par exemple, les préservatifs sont disponibles en prison. Selon la garde : « *introduire les préservatifs en prison c'est encourager l'homosexualité.* » On note des tensions énormes entre les valeurs traditionnelles et la modernité à l'idée d'introduire les préservatifs dans les prisons en Afrique (Safaids, 1997).

Mais il n'y a pas que l'homosexualité, il y a aussi les drogues injectables et le partage de lames qui sont des pratiques à risque.

Concernant l'usage de la drogue, bien qu'aucun détenu n'ait déclaré s'être injecté de la drogue à l'intérieur de la prison, un doute scientifique pourrait être émis. En effet parmi eux, certains sont incarcérés pour trafic ou consommation de drogues. De plus, l'actualité récente avec l'histoire des narco-trafiquants au nord du Mali montre l'expansion de la drogue dans la sous région ouest africaine et fait évoquer des réserves sur la non existence des drogues injectables en prison. Le Sahara serait l'une des principales routes de la circulation de la drogue dans le monde.

Quant aux échanges de lames ou de rasoirs, les résultats de cette enquête montrent de fortes proportions de partage d'objets tranchants contaminés de sang entre les prisonniers. Il en est de même dans les prisons zambiennes où cette proportion atteint 63% (Simooya 2001). Ce

sont les détenus les plus pauvres et à bas niveau d'éducation qui partagent le plus de lames entre eux. L'incapacité financière semble être la principale raison de ce partage d'objets tranchants entre détenus pour les soins corporels (se raser par exemple). Un prisonnier précise : « *c'est le manque de moyens pour acheter une lames ou payer les frais de coiffure qui nous amène à utiliser une lame pour raser 5 à 8 personnes* ».

5.3.3 *La double peine : le sida en prison*

La population carcérale ouagalaise est soumise à la situation de double peine. D'abord, les détenus sont privés de libertés et doivent purger une peine relative à l'emprisonnement. Ensuite, exposés aux différents facteurs de vulnérabilité dans l'environnement carcéral, ils peuvent contracter le VIH: c'est la double peine. L'institution carcérale les rend très vulnérables au virus VIH et peut les transformer en personnes séropositives. « Je suis rentré en prison pour une peine d'emprisonnement et au bout de neuf mois j'en ressors infecté par le VIH. » disait un ex-détenu. Kyomya (2012) précise que le Sida est révélateur du fonctionnement ou dysfonctionnement de l'institution carcérale.

Pour les détenus séropositifs, vivre avec le Sida en prison constitue aussi une double peine. Leur situation est inquiétante car l'accès au traitement, aux soins et à une alimentation adéquate sont très difficiles. Comparativement à ce qui se passe à l'extérieur, pour les détenus répondant aux critères d'éligibilité du traitement antirétroviral (ARV), le temps d'attente est relativement plus long en prison. L'accès au traitement ARV est très difficile. Cette difficulté est parfois surmontée par ceux d'entre eux qui ont un capital social²¹ élevé. Le fait de connaître un surveillant ou un agent de santé et de le soudoyer est un facteur qui améliore positivement la qualité de la relation et favorise l'accès aux soins. Cependant la majorité de ces détenus séropositifs sont pauvres avec un faible réseau social, cette situation limite leur accès aux services de santé. Dans certaines prisons comme celle d'Abidjan en Côte d'Ivoire, la présence des ONG de lutte contre le Sida, facilite considérablement l'accès des détenus séropositifs au traitement ARV.

²¹ L'ensemble des ressources actuelles ou potentielles qui sont liés à la possession d'un réseau durable de relations plus ou moins institutionnalisés d'interconnaissance et d'inter reconnaissance Bourdieu P. Le capital social. In: *Actes de la recherche en sciences sociales*. 31 :1980. pp. 2-3.

5.3.4 A la sortie de la prison : menace de propagation du VIH dans la communauté

Après leur passage en prison, où les détenus ont été fortement exposés au VIH, à la sortie, ils constituent un risque pour la communauté. Dans l'immense majorité des cas, les prisonniers à Ouagadougou retournent dans la société sans connaissance sur le Sida et sans être éduqué. La littérature montre que certaines prisons en particulier celles du Mozambique (Vaz,1996) et de Zambie (Somooya,2001) ont mis en place des programmes d'éducation par les pairs qui ont contribué positivement à l'acquisition de connaissances sur le Sida parmi les prisonniers. En effet la prison est un lieu privilégié pour éduquer et transformer les individus ; parce qu'elle a une fonction éducative visant la réinsertion sociale (Messisah, 2001). Contrairement aux prisons européennes (Rotily, 2001) où les taux de dépistage atteignent 84 %. A la MACO, ce taux était de 5% et les détenus purgent leur peine et sortent sans même être testés. Qu'ils soient mariés ou célibataires, homosexuels ou/et drogués, ces ex-détenus rejoignent la communauté et pourraient devenir des agents transmetteurs du VIH.

Conclusion

Au Burkina Faso, la population carcérale est en constante augmentation et beaucoup transitent par la prison pour de brefs séjours. Pourtant le milieu carcéral est parfois ignoré par les programmes de prévention du VIH.

L'objet de cette étude était d'analyser la vulnérabilité sociale et sexuelle des détenus hommes face au VIH/Sida avant et pendant l'incarcération.

L'évaluation des connaissances sur le VIH/Sida montre la persistance de certaines croyances erronées chez les détenus, notamment la transmission du virus par les moustiques (58%). Aussi, la majorité (80%) des détenus est celle intolérante à l'égard des séropositifs. Le milieu rural, l'illettrisme et la croyance à la transmission du VIH par les moustiques sont des caractéristiques associées à une potentielle discrimination des détenus séropositifs.

Les résultats montrent que les détenus sont issus d'une sous population vulnérable et exposée au VIH durant leur vie sexuelle avant à l'incarcération. Le nombre de partenaires sexuels occasionnels est élevé. Durant l'incarcération, l'enquête montre l'importance des pratiques qui sont à risque de transmission du VIH/Sida en particulier l'homosexualité masculine (4%) et le partage d'objets tranchants (49%). Ces pratiques touchent les détenus les plus pauvres ; c'est le cumul des handicaps. Les rapports sexuels homosexuels masculins font partie des pratiques les plus à risque de transmission du VIH.

Par ailleurs on constate qu'il y a un déni des pratiques homosexuelles en prison. La non prise en considération par l'institution carcérale de cette réalité constitue un facteur de risque supplémentaire. Les conséquences seraient l'absence de programme de prévention, l'exposition des détenus au risque de contamination et à la double peine. Ainsi on constate une absence d'éducation au VIH/Sida, un faible taux de dépistage (5%) et une indisponibilité des préservatifs.

Compte tenu des conditions carcérales de la MACO et du déni des pratiques à risque, des détenus pourraient se contaminer à l'intérieur de la prison et à la sortie infecter leurs conjointes ou partenaires. Pourtant l'expérience dans les prisons zambiennes, sud africaines et ghanéennes montre que des mesures simples permettraient de réduire le risque de transmission du VIH derrière les barreaux.

Cette étude comportementale pourrait être complétée par une enquête nationale de prévalence du VIH en milieu carcéral qui concernerait toutes les prisons du pays et dans une perspective plus large la santé en prison.

Recommandations

Sur la base des évidences scientifiques issues de cette étude, nous suggérons la mise en place de programmes de prévention combinée et de prise en charge globale du VIH/Sida dans toutes les prisons du Burkina Faso. Par ailleurs, un ensemble de mesures s'avère intéressant pour réduire la vulnérabilité des détenus face au risque du VIH/Sida pendant le séjour en milieu carcéral. Ces interventions que nous proposons s'appuient sur des expériences réalisées dans d'autres prisons telles que celles d'Afrique du Sud (Sifunda, 2008), au Mozambique (Vaz, 1996), et de la France (Delorme, 1999).

Tableau IX : Recommandations en fonction des acteurs concernés

Acteurs concernés	Recommandations formulées
Secrétariat Permanent du Conseil National de Lutte contre le Sida et les IST	<p>Renforcer la prise en considération du milieu carcéral dans le cadre stratégique national de lutte contre le Sida</p> <p>Mener un plaidoyer auprès des autorités judiciaires et des parlementaires pour changer la législation et permettre la disponibilité des préservatifs en milieu carcéral.</p> <p>Réaliser une enquête nationale pour actualiser les données sur la prévalence en milieu carcéral</p> <p>Créer un réseau de collaboration entre les acteurs de lutte contre le VIH/Sida en prison.</p>
Autorités pénitentiaires et judiciaires Burkinabès	<p>Reconnaître l'existence des pratiques homosexuelles masculines dans les prisons du Burkina Faso</p> <p>Mettre en place des programmes de prévention et de prise en charge du VIH/Sida dans toutes les prisons du pays</p> <p>Ne plus sanctionner les détenus ayant eu des pratiques homosexuelles en prison</p> <p>Rendre gratuite la coiffure et trouver un moyen de motiver les détenus coiffeurs</p> <p>Décongestionner les prisons et améliorer les conditions alimentaires des prisonniers</p> <p>Promouvoir l'accès des détenus aux moyens de prévention : préservatifs et lubrifiants pour les MSM, produits désinfectants pour le matériel de tatouage, seringues stériles et médicaments de substitution pour les UDI – conformément aux directives internationales pour la prévention du VIH dans les prisons.</p> <p>Renforcer les capacités des services de santé dans les prisons en ressources humaines et matérielles</p>

<p>Société civile (ONG)</p>	<p>Former un lobbying et sensibiliser les décideurs sur la vulnérabilité sociale et sexuelle des détenus face au VIH/Sida</p> <p>Mettre en place des programmes de prévention et de prise en charge du VIH/Sida en milieu carcéral</p> <p>Tester un certain nombre de prisonniers en organisant les conditions d'anonymat et de confidentialité. Ces tests de dépistage de VIH pourraient être proposés aux détenus lors de la première visite médicale.</p> <p>Créer et développer l'éducation par les pairs en s'inspirant de l'exemple des prisons Mozambicaines et Zambiennes où cette stratégie a contribué positivement à l'acquisition de connaissances parmi les prisonniers.</p> <p>Sensibiliser les détenus ainsi que le personnel pénitentiaire au VIH/Sida par le biais de programmes ciblés d'IEC/CCC</p> <p>Favoriser l'accès des détenus séropositifs au traitement antirétroviral (ARV)</p> <p>Apporter un appui alimentaire aux prisonniers</p>
<p>Partenaires techniques et financiers</p>	<p>Financer les programmes de prévention et de prise en charge du VIH/Sida en prison.</p> <p>Rendre disponible et accessible le matériel de prévention de façon permanente</p>

Bibliographiques

- Adoga, M. P., Banwat E. B., Forbi J. C., Nimzing L., Pam C. R., Gyar S. D., Agabi Y. A., et Agwale S. M. 2009. Human immunodeficiency virus, hepatitis B virus and hepatitis C virus: sero-prevalence, co-infection and risk factors among prison inmates in Nasarawa State, Nigeria . *The Journal of Infection in Developing Countries* 3 (07): 539-47.
- Akeke, V., Mokgatle M., et Oguntibeju O. 2007. Knowledge, Attitudes and Practices that Facilitate the Transmission of HIV among Prison Inmates: A Review . *Kuwait Medical Journal* 39 (4): 310-18.
- Anonyme. 1998. AIDS in prisons – good intentions, harsh realities in Africa’s penitentiaries . *AIDS Analysis Africa* 8 (3): 12.
- Bamba, A. 2010. Regard sur les liens entre pratiques homosexuelles et lutte contre les IST/VIH/Sida en Côte d’Ivoire. Mémoire de Master en Santé Internationale, Université Internationale Senghor, Alexandrie.
- Bird, A. G., Gore S. M., Cameron S. et Ross A. J. 1995. Anonymous HIV surveillance with risk factor elicitation at Scotland’s largest prison, Barlinnie. *Aids*.
- Bond, L., et S. Semaan. 1997. At Risk for HIV Infection. *Women & health* 24 (4): 27-45.
- Boré D. 2010. L’expérience québécoise de la prévention du VIH lors des pratiques sexuelles entre hommes : quelles leçons pour le Mali ? Mémoire de Master en Santé Internationale, Université Internationale Senghor, Alexandrie.
- Braithwaite, R. L., et K. R. J. Arriola. 2003. Male prisoners and HIV prevention: a call for action ignored . *Journal Information* 93 (5).
- Carvell, A. L., et G. J. Hart. 1990 . Risk behaviours for HIV infection among drug users in prison. *BMJ: British Medical Journal* 300 (6736): 1383.
- Consult, S. 2011. Etude sur les connaissances, attitudes et pratiques concernant les six pratiques familiales essentielles au Burkina Faso .Rapport final. UNICEF.
- Dada MO, Akanmu AS, et Esan OA. 2006. Seroprevalence of HIV among male prisoners in Lagos State, Nigeria. *Niger Postgrad Med J* 13 (1): 6 -9.
- Delorme, C., M. Rotily, N. Escaffre, A. Galinier-Pujol, A. Loundou, et J. P. Moatti. 1999. Connaissances, croyances et attitudes des détenus face au Sida et à l’infection à VIH: une enquête au centre pénitentiaire de Marseille . *Revue d’épidémiologie et de santé publique* 47 (3): 229-38.
- Diallo N. 2013. Connaissances, attitudes et pratiques des femmes incarcérées : cas de Bollé. Mémoire de Master en santé internationale. Université Senghor d’Alexandrie en Egypte.

- Diendéré, E. A., H. Tiéno, R. Bognounou, D. D. Ouédraogo, J. Simporé, R. Ouédraogo-Traoré, et J. Drabo. 2011. Prevalence and risk factors associated with infection by human immunodeficiency virus, hepatitis B virus, syphilis and bacillary pulmonary tuberculosis in prisons in Burkina Faso]. *Médecine tropicale: revue du Corps de santé colonial* 71 (5): 464.
- Dolan, K. A., et A. Wodak. 1999. HIV transmission in a prison system in an Australian State. *Medical Journal of Australia* 171 (1): 14-7.
- Dolan, K., W. Hall, A. Wodak, et M. Gaughwin. 1994. Evidence of HIV transmission in an Australian prison. *The Medical journal of Australia* 160 (11): 734.
- Dolan, K., B. Kite, E. Black, C. Aceijas, et G. V. Stimson. 2007. HIV in prison in low-income and middle-income countries. *The Lancet Infectious Diseases* 7 (1): 32-41.
- Dolan, K., S. Rutter, et A. D. Wodak. 2003. Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development. *Addiction* 98 (2): 153-58.
- Dolan K, Kite B, Black E, Lowe J, Agaliotis M, MacDonald M, Aceijas C, Stimson GV, Hickman M, Valencia G. 2004. Review of injection drug users and HIV infection in prisons in developing and transitional countries UN Reference Group on HIV/AIDS Prevention and Care among IDUs in Developing and Transitional Countries.
- Doll, D. C. 1988. Tattooing in prison and HIV infection . *The Lancet* 331 (8575): 66-67.
- Dufour, A., M. Alary, C. Poulin, F. Allard, L. Noël, G. Trottier, D. Lépine, et C. Hankins. 1996. Prevalence and risk behaviours for HIV infection among inmates of a provincial prison in Quebec City. *AIDS (London, England)* 10 (9): 1009.
- Enquête Démographique et de Santé (EDS) 2010 édition IV –Burkina Faso
- EKOUEVI, Didier, et al. 2012. Enquête comportementale et de séroprévalence du VIH chez les prisonniers Togo en 2011. D.G de la Santé.
- 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. Saavedra J, "Sex between men". TUPLO0103.
- Gore, SM., et Bird A. G. 1993. Transmission of HIV in prison. *BMJ: British Medical Journal* 307 (6905): 681.
- Gore, S. M., Bird G. A., Burns S., Ross A. J., et Goldberg D. 1997. Anonymous HIV surveillance with risk-factor elicitation: at Perth (for men) and Cornton Vale (for women) prisons in Scotland. *International journal of STD & AIDS* 8 (3): 166-75.
- Goyer KC., Gow J. 2002 . Alternatives to current HIV/AIDS policies and practices in South African prisons. *AIDS*, 27 sept.; 16(14): 1945-51.
- Goyer, K. C. 2003. HIV/AIDS in prison: Problems, policies and potential. Vol. 79. Institute for Security Studies.
- Harding, T. W. 1987. AIDS in prison. *The Lancet* 330 (8570): 1260-1263.
- Hellard, M. E., et C. K. Aitken. 2004. HIV in prison: what are the risks and what can be done? » *Sexual Health* 1 (2): 107-13.

- Hellard, Margaret E., Aitken C.K., et Hocking J.S. 2007. Tattooing in prisons—Not such a pretty picture . *American Journal of Infection Control* 35 (7) (septembre): 477-80.
- Joshua, I. A., et Ogboi. S. J. 2010. Seroprevalence of Human Immunodeficiency Virus (HIV) amongst inmates of Kaduna prison, Nigeria. *Science World Journal* 3 (1).
- Joshua, I. M. Ojong . 2005: Prisoners: The Forgotten HIV/AIDS Risk Group.
- Jürgens R.2003. South African prisoner wins payout after prison HIV infection. *Can HIV AIDS Policy Law Rev.* 2003. 8(1):55-6.
- Jürgens, R., A. Ball, et A. Verster. 2009. Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison. *Population* 1: 2.
- Kudat A. 2006 . *Males for Sale*. Edition Dogan. Istanbul. Turquie
- Kyomya M, Todyrs KW, Amon JJ.2012. Laws against sodomy and the HIV epidemic in African prisons. *The Lancet*.380(9839):310-2.
- Lilian, M., et D. W-L. 1997. Violence et sexualité en prison : Les abus dits sexuels en milieu carcéral. *Revue Française des Affaires Sociales*, (mars): 201-12.
- MacGowan, R. J., A. Margolis, J. Gaiter, K. Morrow, B. Zack, J. Askew, T. McAuliffe, J. M. Sosman, et G. D. Eldridge. 2003. Predictors of risky sex of young men after release from prison . *International Journal of Std & Aids* 14 (8): 519-23.
- 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*.
- 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.
- Messiah A., Escaffre N., Sannino N., Rotily M., Galinier-Pujol A.2001. La sexualité aux temps du sida en population vulnérable : éléments d'une enquête auprès de détenus. In: *Population*, 56e année, n°6 pp. 1011-41.
- Ministère de la justice politique pénitentiaire du Burkina Faso et plan d'action. http://www.justice.gov.bf/files/Politiques/Politiques%20publiques/POLITIQUE_PENITENTIAIRE_DU_BURKINA_FASO_ET_PLAN_DACTION.pdf consulté le 1 mars 2013
- Odujinrin, M. T., et S. B. Adebajo. 2001. Social characteristics, HIV/AIDS knowledge, preventive practices and risk factors elicitation among prisoners in Lagos, Nigeria. *West African journal of medicine* 20 (3): 191-8.
- Ogbimi, R. I., et U. Enuke. 2004. Knowledge, Attitude and Information Sources on HIV/AIDS Amongst Inmates of Two Prisons in Benin City, Nigeria. *Mary Slessor Journal of Medicine* 3 (2): 41-6.
- Okie, S. 2007. Sex, drugs, prisons, and HIV. *New England Journal of Medicine* 356 (2): 105-8.
- Okochi, C. A., O. Oladepo, et A. J. Ajuwon. 2000. Knowledge about AIDS and sexual behaviors of inmates of Agodi prison in Ibadan, Nigeria . *International Quarterly of Community Health Education* 19 (4): 353-62.

- Ousseini, H. 1994. Seroprevalence of human immunodeficiency virus infection (HIV) in the central prison of Niamey (Niger). *Bull Soc Pathol Exot* 87: 190.
- OMS 2001. *La santé en prison*. Genève.
- Pont, J., H. Strutz, W. Kahl, et G. Salzner. 1994. HIV epidemiology and risk behavior promoting HIV transmission in Austrian prisons . *European journal of epidemiology* 10 (3): 285-9.
- Ralf J, Manfred N, Marcus D. HIV and incarceration: prisons and detention. *Journal of the International AIDS Society*, 2011; 14:26
- Rotily, M. 2001. Connaissances et attitudes du personnel de surveillance pénitentiaire face au VIH et/ou sida: une enquête européenne. *Santé publique* 13 (4): 325-38.
- Sabitu K, Iliyasu Z, Joshua IA. 2009. An assessment of knowledge of HIV/AIDS and associated risky behavior among inmates of Kaduna convict prison: the implications for Prevention Programmes in Nigerian Prisons. *Niger J Med.*; 18(1):52-8.
- Safaids. 1997. Should condoms be available in prison? *News. sept*;5(3):11.
- Sifunda, S., P. S. Reddy, R. Braithwaite, T. Stephens, S. Bhengu, R. A. C. Ruiters, et B. van den Borne. 2008. The effectiveness of a peer-led HIV/AIDS and STI health education intervention for prison inmates in South Africa . *Health Education & Behavior* 35 (4): 494-508.
- Simooya O, et al. 1995. Sexual behavior and issues of HIV/AIDS prevention in an African prison. *AIDS* 9 (12): 1388-99.
- Simooya, O., N. E. Sanjobo, L. Kaetano, G. Sijumbila, F. H. Munkonze, F. Tailoka, et R. Musonda. 2001. "Behind walls": a study of HIV risk behaviours and seroprevalence in prisons in Zambia. *Aids* 15 (13): 1741-4.
- Simooya, O., et N. Sanjobo. 2001 "In But Free"-an HIV/AIDS intervention in an African prison. *Culture, Health & Sexuality* 3 (2): 241-51.
- Simooya, O., et N. Sanjobo. 6 - April. Study in Zambia showed that robust response is needed in prisons. *British Medical Journal*: 850.
- Simooya O. 2010. Infections in Prison in Low and Middle Income Countries: Prevalence and Prevention Strategies. *Open Infect Dis J*:4:33-7.
- Singh, N. K. 2007. HIV in prison and consequences outside: the butterfly effect. *Sexually transmitted diseases* 34 (5): 317.
- Smith, A. D., P. Tapsoba, N. Peshu, E. J. Sanders, et H. W. Jaffe. 2009. Men who have sex with men and HIV/AIDS in sub-Saharan Africa . *Lancet (London, England)* 374 (9687): 416-22.
- SP/CNLS-IST, 2010. *Cadre stratégique de lutte contre le VIH, le Sida et les IST 2011-2015*. Burkina Faso
- Stephens, T., S. Cozza, et R. L. Braithwaite. 1999. Transsexual orientation in HIV risk behaviours in an adult male prison. *International journal of STD & AIDS* 10 (1): 28-31.
- Stewart, E. C. 2007. The sexual health and behaviour of male prisoners: The need for research . *The Howard Journal of Criminal Justice* 46 (1): 43-59.

- Taiwo, O., et A. Bukar. 2006. Knowledge and attitude of prisoners towards HIV/AIDS infection. Nigerian Journal of Clinical and Biomedical Research (1): 31-5.
- UNAIDS . 1997. Prisons and AIDS [UNAIDS Best Practice Collection]. Geneva.
- UNAIDS. 2005. HIV-Related Stigma, Discrimination and Human Rights Violations – Case studies of successful programmes, Collection Meilleures pratiques de l'ONUSIDA.
- UNDC, et UNAIDS. 2007. Le VIH en Prisons. Possibilités d'intervention En Afrique subsaharienne . Geneva.
- UNDC, OMS, ONAIDS.2008. Le VIH/sida: Prévention, soins, traitement et soutien en milieu pénitentiaire. Cadre pour une intervention nationale efficace. Vienne.
- Vaz RG, Gloyd S, Trindade R.1996. The effects of peer education on STD and AIDS knowledge among prisoners in Mozambique . Int J STD AIDS.7:51 - 4.
- Ward, K. 1996. AIDS . HIV in prison: the importance of prevention. Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987) 11 (4): 51.
- YARO Y.2006. Perceptions, attitudes et pratiques face au VIH/Sida dans les universités de Ouagadougou, de Bobo-Dioulasso et de Koudougou : la réponse de l'intelligentsia burkinabè est-elle adéquate ? Thèses de Ph D en Education.
- <http://www.rocare.org/smgrt2006-bf-vih.pdf> définition concepts attitudes et pratiques, consulté le 1 mars 2013.

6 Liste des illustrations

Figure 1 : schéma conceptuel.....	8
Figure 2 : Carte de la Ville de Ouagadougou avec emplacement de la MACO.....	16
Figure 3 : Répartition des enquêtés selon la situation matrimoniale	25
Figure 4 : Répartition des enquêtés selon le niveau d'instruction	26
Figure 5 : Distribution de la durée d'incarcération des détenus enquêtés.....	26
Figure 6 : Répartition des détenus selon la provenance	26
Figure 7 : Niveau de connaissance sur les modes de transmission du VIH selon la provenance (Urbain/Urban).....	30
Figure 8 : Niveau de tolérance à l'égard des séropositifs selon la provenance (Urbain/Rural)	31
Figure 9 : Répartition des enquêtés selon les raisons des pratiques homosexuelles masculines	34

7 Liste des tableaux

Tableau I : ONUSIDA ,2006	10
Tableau II : Taille de l'échantillon et répartition en fonction du quartier	19
Tableau III : caractéristiques socio- démographiques	27
Tableau IV : Connaissances générales sur le VIH/Sida	28
Tableau V : connaissance sur les modes de transmission du VIH : rural vs urbain	29
Tableau VI : Connaissance sur les méthodes de prévention	30
Tableau VII : Degré de Tolérance envers les PVVIH : Comparaison entre selon le niveau d'instruction	32
Tableau VIII : Facteurs sociaux associés à une potentielle discrimination vis-à-vis des détenus séropositifs (n=165)	33
Tableau IX : Recommandations en fonction des acteurs concernés	45

8 Annexes

8.1 Annexe 1 : Autorisation d'accès

MINISTÈRE DE LA JUSTICE ET DE LA
PROMOTION DES DROITS HUMAINS

CABINET

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA GARDE
DE SÉCURITÉ PÉNITENTIAIRE

N° 2012-082 /MJPDH/CAB/DGGSP

BURKINA FASO
Unité – Progrès - Justice

Ouagadougou, le 02 FEV 2012

AUTORISATION D'ACCES

Dans le cadre de ses recherches pour la rédaction de son mémoire dont le thème est intitulé : « *vulnérabilité des détenus face au VIH/SIDA en milieu carcéral en Afrique de l'Ouest : cas de la Maison d'Arrêt et de Correction de Ouagadougou (MACO) au Burkina Faso* », une autorisation d'accès à la MACO est accordée à **Monsieur OUEDRAOGO Ousmane**, étudiant, Master en Développement de Santé Publique à l'Université Senghor d'Alexandrie pour la période allant du 1^{er} mai au 30 août 2012.

Il est tenu au respect de la réglementation pénitentiaire en vigueur, faute de quoi, la présente autorisation sera annulée.

Le Régisseur est prié d'apporter à l'intéressé toute l'assistance nécessaire.

Le Directeur Général de la Garde de Sécurité Pénitentiaire



Adama ROUAMBA
Chevalier de l'Ordre National

8.2 Annexe 3 : Fiche d'information

A l'intention des détenus de la MACO

Monsieur

Ce questionnaire est réalisé dans le cadre d'un mémoire de Master ayant pour objectif d'étudier les connaissances, les attitudes et les pratiques concernant le VIH/ SIDA parmi les hommes détenus à la MACO.

Cette étude vise à mieux appréhender les connaissances et les pratiques des détenus vis à vis du risque de transmission du VIH/SIDA afin d'aider les acteurs de lutte à améliorer la prévention dans les prisons.

Pour ce faire, nous vous demandons de bien vouloir répondre à nos questions et sans revenir sur vos réponses précédentes, au risque de fausser les résultats de l'étude.

Nous vous assurons de l'anonymat total des données récoltées, couvertes par le code d'éthique, et qui seront exclusivement utilisées dans le cadre du travail de mémoire.

Si vous ne souhaitez pas répondre, nous vous demandons de bien vouloir remplir la première partie de l'enquête « Caractères sociodémographiques ».

Il n'y a pas de mauvaise réponse, nous vous demandons simplement de donner celles qui vous semblent les plus appropriées selon votre opinion et vos habitudes personnelles.

En vous remerciant de votre participation,

M. Ousmane OUEDRAOGO

8.3 Annexe4 : Questionnaire

Sur les connaissances, attitudes et pratiques face au VIH/Sida chez les détenus hommes de la Maison d'Arrêt et de Correction de Ouagadougou

Fiche d'enquête : N° / _____ / _____ Date : _____ / _____ / 2012

I- Caractéristiques sociodémographiques

- 1- Provenance : 1 Urbain 2 Rural
- 2- Age : _____(en ans)
- 3- Statut matrimonial : 1 Célibataire 2 Marié 3 Divorcé 4 Veuf
- 4- Ethnie : _____
- 5- Religion : Musulman Chrétien Animiste Autre
- 6- Nationalité : _____
- 7- Niveau d'instruction :
1 Non scolarisé 2 Alphabétisé/École coranique 3 École primaire 4 École
secondaire 5 École supérieure
- 8- Profession avant incarcération:
1 Cultivateur 2 Élève/Étudiant 3 Fonctionnaire
4 Commerçant 5 Chômeur 6 Autre (à préciser).....
- 9- Habitude de consommation de substance addictive :
1 Alcool 2 Tabac 3 Drogue 4 Autre (à préciser).....
- 10- Avez-vous une IST dans le passé ? : Oui Non NSP
- 11- Êtes vous séropositif connu ? Oui Non NSP
- 12- Durée d'incarcération : _____ (mois)
- 13- La raison de l'emprisonnement :
1= Détention/Sommation de stupéfiant 2= Vol 3= Meurtre 4 =Infanticide 5=
Faux usage de faux 6 =Cout et blessure 7=Autre (à préciser) :.....
- 14- Préciser le nombre d' incarcération ? ...

II- Connaissance sur le VIH/SIDA

A- Connaissance Générale

15- Avez-vous déjà vu ou connu une personne atteint du VIH ? Oui Non NSP

Selon vous :

16- Le sida est dû à un virus: Oui Non NSP

17- Le sida est une maladie infectieuse : Oui Non NSP

18- Le sida est une maladie héréditaire : Oui Non NSP

19- Une maladie rare : Oui Non NSP

20- Une maladie mortelle : Oui Non NSP

21- Une maladie grave: Oui Non NSP

22- Une maladie touchant surtout les homosexuels: Oui Non NSP

23- Une maladie dont on peut se protéger grâce à un vaccin : Oui Non NSP

24- Une maladie curable (que l'on peut guérir): Oui Non NSP

25- Une personne porteuse du virus du sida peut apparaitre physiquement comme quelqu'un de normal : Oui Non NSP

B- Connaissance sur les modes de transmission

Selon-vous le VIH peut se transmettre par

26- Serrer la main d'une personne infectée : Oui Non NSP

27- En recevant du sang : Oui Non NSP

28- Au cours d'un rapport sexuel sans préservatif : Oui Non NSP

29- Au cours de rapport bucco génital : Oui Non NSP

30- Au cours des rapports anal : Oui Non NSP

31- Par la salive : Oui Non NSP

32- En prenant soin d'une personne infectée : Oui Non NSP

33- En buvant dans le même verre : Oui Non NSP

34- Porter les vêtements, sous-vêtements d'une personne infectée : Oui Non NSP

35- Utiliser des toilettes publiques avec une personne infectée : Oui Non NSP

36- Par une piqure de moustique : Oui Non NSP

37- Avoir une relation sexuelle non protégé : Oui Non NSP

- 38- Partage de rasoir ou de lame : Oui Non NSP
- 39- Partager de seringue d'injection de drogue : Oui Non NSP
- 40- De la mère à l'enfant : Oui Non NSP
- 41- Des soins dentaire : Oui Non NSP

C- Connaissance sur les moyens de prévention

Selon vous quels sont les moyens de prévention pour se protéger du VIH/SIDA?

- 42- Préservatif masculin : Oui Non NSP
- 43- Préservatif féminin : Oui Non NSP
- 44- Contraception : Oui Non NSP
- 45- Se retirer avant l'éjaculation: Oui Non NSP
- 46- Se doucher après le rapport sexuel: Oui Non NSP
- 47- Prendre un médicament après le rapport : Oui Non NSP
- 48- Pratiquer l'abstinence : Oui Non NSP
- 49- La fidélité : Oui Non NSP
- 50- Dépistage : Oui Non NSP
- 51- Éviter l'échanger d'objets tranchants : Oui Non NSP
- 52- Connaissez-vous l'existence de la prophylaxie post exposition en cas d'exposition à risque VIH (ARV à utiliser dans les 24 heures pour prévenir le risque de développer le VIH/SIDA) ? Oui Non NSP

III- Attitudes des détenus vis-à-vis du VIH

A. Tolérance vis à vis du VIH :

Accepteriez-vous de :

- 53- Partager votre cellule avec un séropositif : Oui Non
- 54- Manger avec lui : Oui Non
- 55- Laisser vos enfants avec lui : Oui Non
- 56- Dormir sur le même lit que lui : Oui Non
- 57- Travailler avec lui : Oui Non
- 58- Porter ses vêtements : Oui Non
- 59- Boire dans le même verre que lui : Oui Non
- 60- Partager la même toilette avec lui : Oui Non

B. Attitudes face aux politiques de prévention en milieu pénitentiaire

- 61- Interdire le sport aux détenus séropositifs D'accord Plutôt d'accord Désaccord
- 62- Interdire la cuisine aux détenus séropositifs D'accord Plutôt d'accord Désaccord
- 63- Isoler les détenus séropositifs dans un bâtiment à part D'accord Plutôt d'accord Désaccord
- 64- Ne pas mettre les détenus séropositifs en prison D'accord Plutôt d'accord Désaccord
- 65- Les détenus séropositifs ont besoin d'aide et de soutien psychologique D'accord Plutôt d'accord Désaccord
- 66- Les détenus devraient connaître le statut VIH des détenus séropositifs D'accord Plutôt d'accord Désaccord
- 67- Les détenus séropositifs risquent de transmettre le Sida aux autres détenus D'accord Plutôt d'accord Désaccord

IV- Pratiques par rapport au VIH/SIDA

A. Avant l'incarcération

- 68- A quel âge avez-vous eu votre premier rapport sexuel ? / _____ /
- 69- Lors de votre premier rapport sexuel, avez-vous utilisé un préservatif ?
Oui Non NSP
- 70- Combien de partenaire aviez-vous eu au cours des six derniers mois avant votre incarcération ?.....
- 71- Avez-vous des partenaires occasionnels ? Oui Non

B. Pendant l'incarcération

- 72- Avez-vous eu des rapports sexuels avec d'autres hommes depuis votre incarcération ? Oui Non NSP
Si Oui, Avec préservatif ? Oui Non
- 73- Pensez-vous qu'il existe des relations sexuelles entre les hommes à la MACO? Oui Non NSP
Si oui quelles sont les facteurs qui expliquent cette pratique en prison ?
- 74- Avez- vous été victime de viol depuis votre incarcération ? Oui Non
Si non pensez-vous qu'il y a eu des cas de viol ? Oui Non NSP

75- Avez-vous utilisé des préservatifs lors de votre dernier rapport sexuel ?
Oui Non NSP

76- Précisez le type de partenaire : Epouse fiancée , partenaire occasionnel

77- Avez-vous eu à partager des lames ou rasoir avec un autre détenu?
Oui Non NSP

78- Avez-vous eu à partager de seringue ou aiguille avec un autre détenu ?
Oui Non NSP

79- Savez-vous s'il y a des consommateurs de drogue injectable en prison? Oui
Non NSP

80- Savez vous s'il ya des détenus qui se font tatouer à l'intérieur de la MACO ?
Oui Non NSP

V. Exposition à la prévention

81- Avez-vous reçu des informations sur le VIH/Sida depuis que Vous êtes en prison?
Oui Non NSP Si Oui, par quelles sources? Media (Télé, Radio, Journal)
ONG/Association Service Pénitentiel

82- Avez-vous accès aux préservatifs en prison? Oui Non

83- Si non pourquoi ?....

84- Avez-vous accès gratuitement à la coiffure ou aux lames ? Oui Non

85- Avez-vous fait un test de dépistage du VIH avant votre incarcération? Oui
Non

86- Avez-vous déjà fait un test de dépistage du VIH en prison? Oui Non

Si oui, volontaire Demande d'un Médecin Autre : _____ précisez _____