Prise en charge du VIH, des hépatites et des IST en prison enjeux et réalités

Dossier documentaire

Sélection de documents proposée par le Crips Ile-de-France mai 2018



Recommandations et documents officiels



Stratégie santé des personnes placées sous main de justice (PPSMJ) Ministère des affaires sociales et de la santé; Ministère de la justice avril 2017

http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie ppsmj 2017.pdf

Extrait page 16

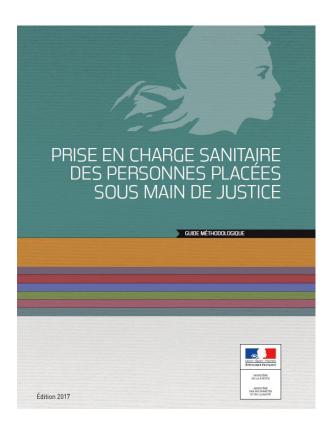
Axe 3 Poursuivre l'amélioration des repérages et dépistages des PPSMJ

La population carcérale cumule un certain nombre de facteurs défavorables à la santé. Que l'incarcération soit courte ou longue, elle doit être mise à profit pour réaliser un bilan de santé systématique d'entrée et une prise en charge qui soit adaptée à chaque situation individuelle. La population sous main de justice suivie hors détention doit également pouvoir bénéficier d'actions de repérage et de dépistage similaires.

1. FAVORISER LES DÉPISTAGES ET REPÉRAGES NOTAMMENT À L'ENTRÉE EN DÉTENTION

L'examen médical des personnes détenues lors de leur incarcération est prévu par les articles R.6112-19 du code de la santé publique et R.57-8-1 du code de procédure pénale. Une consultation est donc généra-lement programmée dans la semaine qui suit l'arrivée en détention. Le bilan initial et la prise en charge offerte par la suite ne doivent pas présenter de disparités en fonction du lieu de détention. Un bilan médical d'entrée est proposé systématiquement à la personne détenue. Cette consultation, qui peut être différée ou complétée ultérieurement selon les cas, doit être approfondie et aborder nécessairement les cinq thématiques prioritaires suivantes visant à:

- diminuer le risque suicidaire: la question du suicide, dont la fréquence est multipliée par 7 par rapport
 à la population générale, reste prioritaire. L'amélioration du repérage passe par des évaluations,
 une série d'outils ou dispositifs facilitant l'échange d'informations, permettant aussi une vigilance
 partagée. L'administration pénitentiaire, la protection judiciaire de la jeunesse et les juridictions
 participent pleinement, en coordination avec les équipes sanitaires, au repérage de la crise suicidaire.
 Une coordination des différents professionnels est indispensable afin que des actions adaptées soient
 conjointement mises en œuvre;
- maîtriser le risque infectieux: les dépistages concernant les infections virales chroniques transmissibles (VIH, VHC), VHB) sont généralement proposés à l'entrée, mais des disparités existent selon les établissements quant à leur effectivité (93 % réalisés à l'entrée selon l'enquête Prévacar 2010 et seulement 50 % de renouvellement de proposition de ces dépistages au cours de l'incarcération). Il convient donc de développer les occasions de repérage complémentaires, notamment par tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) (dont VHC), et savoir renouveler les tests de dépistage à d'autres moments clé de l'incarcération. Les autres infections sexuellement transmissibles, dans le cadre d'une démarche de réduction des risques liés à la sexualité et la tuberculose doivent aussi faire l'objet d'une attention particulière aux différents temps du parcours des PPSMJ;
- améliorer le repérage systématique des addictions, prévenir les conduites addictives durant l'incarcération: déjà inscrit dans la loi du 24 novembre 2009 pénitentiaire, et dans l'instruction DGS/MC2/ DGOS/R4/2010/390 du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention, ce repérage élargi aux médicaments psychotropes est dorénavant inscrit dans l'article 44 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé: un bilan de santé « relatif à sa consommation de produits stupéfiants, de médicaments psychotropes, d'alcool et de tabac » doit être



Prise en charge des personnes placées sous main de justice : guide méthodologique Ministère de la justice ; Ministère des solidarités et de la santé, édition 2017 http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide methodologique - prise en charge sanitaire des personnes placees sous main de justice.pdf

Extrait

Cahier 1 > Livre 4 : Prise en charge des maladies transmissibles

fiche 2 : VIH, hépatites

pages 242 à 246

FICHE 2 VIH, HÉPATITES

1 - ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

La prévention, le dépistage et la prise en charge des infections par les virus des hépatites, des infections sexuellement transmissibles (IST) et de l'infection par le VIH ont en commun un certain nombre de spécificités importantes.

- **Des données épidémiologiques** marquées par des prévalences plus élevées pour le VHC et le VIH qu'en population générale, précisées en 2010 par l'enquête Prévacar¹³.
- La nécessité de dépistages précoces, basés sur le volontariat, éventuellement répétés, car il s'agit d'infections virales chroniques longtemps asymptomatiques et qui justifient une prise en charge avant la survenue de toute manifestation clinique.
- La richesse des **recommandations** les concernant existant en milieu libre (rapport Morlat 2017¹⁴, stratégie nationale de santé sexuelle 2107-2030¹⁵, rapport de recommandations hépatites B et C 2016¹⁶) et la complexité pour mettre en œuvre ces recommandations dans les milieux de privation de liberté, alors que les enjeux de santé publique y sont aussi, voire plus, importants.
- Des modes de transmission justifiant les politiques de **réduction des risques et les mesures de prévention** adaptées.

2 - DÉPISTAGE DU VIH ET DES HÉPATITES VIRALES B, C ET DELTA

2-A. OUAND ET OUI DÉPISTER?

Le dépistage du VIH et des hépatites B et C doit être :

- systématiquement proposé à l'entrée en détention¹⁷;
- proposé périodiquement au cours de l'incarcération (rapport Morlat 2013 et recommandations de la Haute Autorité de santé [HAS]). Cette démarche autorise un meilleur suivi des personnes et crée des espaces pour parler de prévention;
- systématiquement proposé en cas de refus à l'entrée, de prise de risque, dans le cas d'exposition connue et avérée :

^{13.} Prévalence du VIH : 2, 04 % (IC : 0,95-4,23). Prévalence du VHC : 4,8 % (IC : 3,53-6 ; 50). Journées InVS 2011.

^{14.} Rapport 2013 : prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH coordonné par le Pr Morlat (https://cns.sante.fr/actualites/prise-en-charge-du-vih-recommandations-du-groupe-dexperts).

^{15.} http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf

^{16.} Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C, sous la direction du Pr Daniel Dhumeaux (https://cns.sante.fr/actualites/prise-charge-vhc-recommandations-2016/).

^{17.} Circulaire DGS/DH/DAP nº 739 du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le VIH en milieu pénitentiaire.

- renouvelé à la demande spontanée des personnes auprès des personnels de l'unité sanitaire ;
- proposé systématiquement lors de la consultation de sortie réglementaire pour les personnes condamnées.

Afin de ne pas ignorer des primo-infections VIH chez les personnes entrant, dont la première sérologie est négative au premier test et qui auraient été exposées à un risque de contamination peu avant leur incarcération, un dépistage doit être proposé à l'arrivée en détention puis une nouvelle fois six semaines après la dernière exposition connue. Ce délai de six semaines est conforme aux recommandations de la HAS de 2008¹⁸ sur la réduction de la fenêtre sérologique.

Pour le VIH, l'article D. 384-3 du CPP¹⁹ souligne l'importance d'un accès facilité au dépistage : « *Toute personne incarcérée doit pouvoir bénéficier, avec son accord, d'une information et d'un conseil personnalisé sur l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et, le cas échéant, au cours de consultations médicales, de la prescription d'un test de dépistage et de la remise du résultat »*.

Tout mineur a le droit de demander à bénéficier d'un dépistage du VIH sans en référer au détenteur de l'autorité parentale. Le professionnel de santé met, néanmoins, tout en œuvre pour obtenir le consentement du mineur à l'information de ce dernier²⁰.

2-B. COMMENT ORGANISER LE DÉPISTAGE?

Le dépistage est, dans tous les cas, proposé et assuré par l'USMP.

La circulaire du 5 décembre 1996 prévoit que les tests puissent également être réalisés par l'antenne de centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) présente au sein de l'unité. Le dépistage doit être accompagné d'explications relatives à la transmission et aux facteurs de risques d'exposition, dans un but de prévention et dans une stratégie d'éducation à la santé.

Lors de cette étape, une attention particulière doit être portée aux personnes étrangères et/ou n'ayant pas une bonne maîtrise du français, afin de veiller à ce que l'information leur soit réellement accessible. De même, il sera utile de s'assurer de la maîtrise de la lecture par les personnes détenues, avant que ne leur soient remis des documents écrits.

Pour les personnes non immunisées contre l'hépatite B, une vaccination sera proposée compte tenu du risque élevé d'exposition²¹.

En cas d'infection chronique par le VHB, une hépatite Delta est à rechercher.

^{18.} HAS, Dépistage de l'infection par le VIH. Modalités de réalisation des tests de dépistage, octobre 2008 (http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/recommandations_-_depistage_de_linfection_par_le_vih_en_france_-_modalites_de_realisation_des_tests_de_depistage 2008-10-22 11-55-8 316.pdf).

^{19.} https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006516165&cidTexte=LEGITEXT000006071154

^{20.} Art. L. 1111-5 et L. 1111-5-1 du CSP.

^{21.} Cf. le numéro de la collection « Repères pour votre pratique » sur la prévention de l'hépatite B de l'INPES. Le renouvellement régulier de la proposition facilite l'accès à la vaccination (cf. supra sur vaccination VHB).

Les CeGIDD

Depuis le premier janvier 2016, un nouveau dispositif se substitue aux anciens centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et centres d'information de dépistage et de diagnostic des IST (CIDDIST), reprenant et élargissant leurs missions respectives (art. L. 3121-2 du CSP¹ et instruction n° DGS/RI2/2015/195 du 3 juillet 2015 relative à la mise en place des CeGIDD²). Parmi les nouvelles missions du CeGIDD :

- la vaccination, qui inclut celle contre l'hépatite B et s'élargit à celle contre l'hépatite A (hors indications pour les voyageurs), la vaccination contre le papillomavirus humain (selon les recommandations du calendrier vaccinal) et, le cas échéant, les vaccinations recommandées par les autorités sanitaires pour les publics cibles :
- la prévention des autres risques liés à la sexualité dans une approche globale de santé sexuelle, qui comporte : l'éducation à la sexualité, l'information sur la grossesse et l'orientation pour sa prise en charge, la prévention des grossesses non désirées notamment par la prescription d'une contraception « classique » et/ou d'une contraception d'urgence, et la délivrance de la contraception d'urgence dans certaines situations d'urgence sanitaire ou sociale –, l'orientation des demandes d'interruption volontaire de grossesse (IVG), la détection, prévention et orientation des violences liées à la sexualité ou à l'identité de genre, et des troubles et dysfonctions sexuels.

Le CeGIDD assure une prise en charge anonyme ou non, selon le choix exprimé par l'usager au moment de son accueil.

Les activités de vaccination et de prescription de contraception exercées par le centre ne font pas l'objet d'une prise en charge anonyme.

En cas d'existence d'une antenne de CeGIDD au sein de l'établissement pénitentiaire, son intervention doit se faire « en coordination étroite avec l'USMP », notamment dans un souci de continuité des soins. Toutefois, les résultats d'un test de dépistage rendus par le médecin du CeGIDD ne peuvent être transmis au médecin de l'USMP qu'avec le consentement de l'intéressé.

La législation et réglementation récentes³ permettent la levée de l'anonymat en cas de nécessité thérapeutique et dans l'intérêt du patient, et sous réserve du consentement exprès, libre et éclairé de celui-ci. Les circonstances et modalités de la levée de l'anonymat ont été définies par arrêté du 8 juillet 2010 fixant les conditions de la levée de l'anonymat dans les CDAG et dans les CIDDIST. Elles s'appliquent dans le CeGIDD de la même manière, dès lors que la nécessité thérapeutique et l'intérêt du patient sont établis, notamment lorsque son état de santé requiert :

- qu'il bénéficie d'une prise en charge médicale immédiate (administration ou prescription d'un traitement prophylactique ou curatif, bilan initial avant orientation vers un service spécialisé, vaccination);
- qu'il puisse être orienté rapidement vers une prise en charge médicale (après remise d'un résultat biologique positif).

En cas d'intervention d'une antenne de CeGIDD au sein de l'USMP, toutes les personnes détenues en sont informées afin de pouvoir y recourir à tout moment.

 $^{1. \} https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665\&idArticle=LEGIART1000006687837\&dateTexte=\&categorieLien=cid$

^{2.} http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-07/ste 20150007 0000 0043.pdf

^{3.} Art. 108 de la loi HPST et arrêté d'application du 8/7/2010 fixant les conditions de la levée de l'anonymat dans les consultations de dépistage anonyme et gratuit et dans les CIDDIST.

Place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD)

L'arrêté du 28 mai 2010 dans des situations d'urgence (accident d'exposition), puis l'arrêté du 9 novembre 2010 donnaient déjà accès à un TROD VIH à la personne détenue, dans certaines conditions. L'arrêté du 1er août 2016 fixant les conditions de réalisation des TROD de l'infection par les VIH 1 et 2 et de l'infection par le VHC, en milieu médicosocial ou associatif¹, précise à son annexe VI les modalités de leur réalisation au cours de la détention.

Le TROD peut donc être proposé à une personne détenue dans le cadre d'une consultation médicale à l'USMP, ou par des personnels non médicaux exerçant en milieu médicosocial ou associatif (association habilitée ou centre de soin d'accompagnement et de prévention en addictologie [CSAPA] ou centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues [CAARUD] autorisé pour effectuer les TROD par l'ARS). Dans ce cas, une recherche négative ne signe l'absence d'infection que si la personne n'a pas été exposée à un risque de transmission du VIH ou du VHC dans les trois mois précédant le test.

La proposition d'un TROD peut s'avérer plus souple et pertinente face à une personne en détention provisoire (prévenue) ou dont la durée prévue d'incarcération est relativement courte, car elle permet de gérer la remise immédiate du résultat et d'éviter les perdus de vue, ou encore face aux personnes au capital veineux endommagé. Néanmoins, le test doit s'accompagner de la capacité et des moyens de l'USMP (ou de la structure habilitée) à annoncer un résultat, quel qu'il soit, dans les 30 minutes, à l'accompagner d'un conseil préventif approprié et, le cas échéant, à orienter rapidement la personne vers le soin. Le TROD ne doit pas se substituer à une sérologie conventionnelle en cas d'exposition à un risque récent et/ou de suspicion d'autres infections (IST, autres hépatites). En effet, seul le prélèvement veineux permet de réaliser l'intégralité des tests nécessaires. La mise à disposition d'autotests VIH par la PUI de l'USMP est une alternative complémentaire, qui peut être proposée dans certaines conditions précisées par l'arrêté du 18 août 2016.

1. http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032967651&dateTexte=&categorieLien=i

2-C. PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES HÉPATITES VIRALES B, C ET DELTA ET DE L'INFECTION PAR LE VIH

L'exigence de bonnes pratiques doit s'appliquer aux pathologies au long cours pouvant toucher les personnes détenues. Il existe, dans le cadre de ces infections chroniques, des exigences particulièrement fortes de soutien, de confidentialité, de continuité et de qualité des soins dispensés : l'enjeu est à la fois individuel, en termes de succès thérapeutique et de qualité de vie, et collectif, en termes de prévention de la transmission et de l'acquisition des résistances virales.

Contenu de la prise en charge :

- **VIH** : le rapport Morlat 2017 est la référence en termes de recommandations de bonnes pratiques cliniques, tant dans le domaine médical que pour la prise en charge psychologique et sociale ;
- hépatites virales B, C et Delta: le rapport de recommandations 2016 sur la prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C (Pr Daniel Dhumeaux) constitue la référence pour la prise en charge médicosociale des patients²².

^{22.} https://cns.sante.fr/actualites/prise-charge-vhc-recommandations-2016/

Les guides médecin et les listes des actes et des prestations édités par la HAS (revus en 2013) sont disponibles sur le site de la HAS²³.

Pour la prise en charge d'un patient avec une hépatite C chronique, les recommandations de traitement sont dorénavant élargies (cf. avis de la commission de la transparence du 8 juin et 12 décembre 2016 de la HAS) aux personnes détenues²⁴.

Par ailleurs, la circulaire DGOS/R1/R4/DSS/1A/1C/2A/2015/148 du 29 avril 2015 précise les conditions de la facturation des antiviraux d'action directe (AAD) pour les patients pris en charge en ambulatoire en USMP²⁵.

2-D. CONTINUITÉ DES SOINS À LA SORTIE

À ce moment critique du parcours de la personne, c'est toujours l'exigence de continuité des soins qui caractérise le suivi des traitements des infections virales. La continuité optimale du traitement est la garantie de l'absence de sélection de résistances virales et de perte de chance, tant pour la personne que pour la collectivité.

Si le traitement du VIH ou des hépatites est en cours :

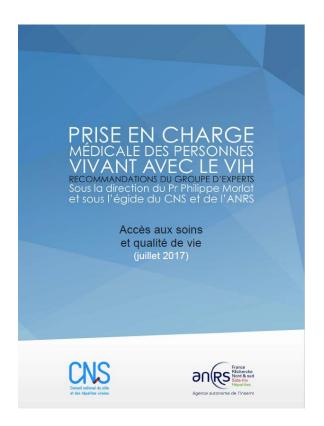
- une **ordonnance et la remise d'une avance de traitement de quelques jours** (à adapter au contexte de chaque personne) sont indispensables pour éviter tout risque de rupture de traitement ;
- le lien avec le lieu de suivi d'origine ou le service correspondant de l'USMP, selon le domicile du patient, doit être formellement établi en s'adressant si besoin à la coordination régionale de lutte contre le VIH (COREVIH) (en cas d'infection par le VIH) ou au service expert hépatites de proximité, et en remettant à la personne détenue libérée les coordonnées et la date d'un rendez-vous de consultation dans un délai rapproché et cohérent avec la provision de médicaments remise ;
- il est également indispensable d'indiquer à la personne détenue, et aux titulaires de l'autorité parentale si elle est mineure, les autres **ressources locales** pouvant lui être nécessaires : centres de soins, médecins, associations, etc.

Il est indispensable que l'unité sanitaire se dote d'un répertoire comportant les coordonnées des équipes médicales compétentes dans le VIH sur le territoire local ou régional. Les COREVIH incluent les représentants des USMP dans les comités de coordination. La liste des COREVIH est disponible sur le site http://www.sante.gouv.fr/corevih-localisation-des-centres.html.

^{23. [}En ligne: www.has-sante.fr.] Des recommandations récentes chez les patients présentant une cirrhose non compliquée ou compliquée ont été publiées par la HAS en 2008, dans l'objectif de diminuer la mortalité associée à la cirrhose non compliquée (classe A du score de Child-Pugh), par une surveitlance précoce et une prévention primaire des complications, quelle que soit la cause de l'heé patopotable. Décision n° 2013.0149/DC/SMACDAM du 4 décembre 2013 du collège de la HAS définissant les actes et prestations pour l'ALD n° 6 « Hépatite chronique B ». Décision n° 2013.0150/DC/SMACDAM du 4 décembre 2013 du collège de la HAS définissant les actes et prestations pour l'ALD n° 6 « Hépatite chronique C ».

^{24.} https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2729447/fr/la-has-est-favorable-a-l-elargissement-du-traitement-de-l-hepatite-c-et-encadre-les-conditions; http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-05/aad_avis_25052016_ct_25052016.pdf; http://cns.sante.fr/actualites/prise-charge-vhc-recommandations-2016/

^{25.} http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-06/ste_20150006_0000_0065.pdf



Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH : recommandations du groupe d'experts (Actualisation 2017)

https://cns.sante.fr/actualites/prise-en-charge-du-vih-recommandations-du-groupe-dexperts/

Extrait

Accès aux soins et qualité de vie > les soins dans les lieux de privation de liberté pages 42 à 45

Les soins dans les lieux de privation de liberté

Les personnes détenues présentent des besoins de santé spécifiques en raison de la prévalence élevée de plusieurs pathologies (VIH, VHC, tuberculose, maladies chroniques, addictions, troubles psychiatriques associés dans certains cas à des tentatives de suicide...) et un état de santé dégradé. Les détenus sont fréquemment issus des catégories sociales les plus défavorisées ayant un faible recours au système de santé avant leur incarcération. L'incarcération a elle-même des conséquences

sur la santé des détenus: apparition, aggravation de certaines affections.

La prison est un lieu où le risque infectieux est élevé en raison notamment de la présence de populations particulièrement exposées (usagers de drogues, personnes en situation de précarité, migrants). L'étude Prévacar [103] a permis de préciser que la prévalence du VIH en prison était de 2.0 % [IC 95 % 0.95-4.23], soit deux à quatre fois supérieure à celle de la population générale et celle de l'hépatite C de 4.8% [IC 95 % 3.53-6.50] soit cinq à huit fois supérieure, et ce dans un contexte de promiscuité et de surpopulation. En novembre 2016, les statistiques mensuelles de la population détenue et écrouée du Ministère de la Justice faisaient état de 68550 détenus, dont 13735 sur la Direction Interrégionale de Paris (taux d'occupation: 149,5 %).

Le taux d'occupation dépasse 200 % dans de nombreux établissements [104].

Les lieux de privation de liberté

En garde à vue

Pour éviter les ruptures de soins pendant la garde à vue, un médecin est requis pour attester de l'aptitude au maintien en garde à vue, pour apprécier les soins nécessaires et prescrire, le cas échéant, la poursuite d'un traitement. Cependant, les données de Prévacar confirment les difficultés pour accéder à une consultation médicale : retard d'appel, organisation défaillante de la permanence des soins, rupture de secret médical, interruption de traitements. La HAS a émis des recommandations claires sur la continuité des soins en garde à vue [105], qui ne sont pas toujours respectées.

En centre de rétention administrative

Les 25 centres de rétention administrative (CRA) reçoivent les étrangers sans droit de séjour, sous le coup d'une interdiction de territoire ou d'une procédure d'éloignement, le temps d'organiser leur retour au pays d'origine et de leur permettre d'exercer des démarches de recours [106]. Y sont aussi présents des étrangers entrant sur le territoire, en attente de régularisation de leur situation (ex : demandeurs d'asile). En 2011, 50 000 personnes y ont été placées, la durée moyenne de séjour était de dix jours. La prise en charge sanitaire dans les CRA repose sur une convention entre le préfet et un établissement de santé de proximité qui met à disposition du centre les ressources humaines et matérielles nécessaires. Les PASS peuvent être partie prenante de cette prise en charge. Les dispositions prévues par le Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA) en faveur des étrangers malades s'y appliquent [107].

En établissement pénitentiaire

Les personnes détenues peuvent bénéficier d'une prise en charge sanitaire et sociale à travers l'intervention de divers professionnels issus des dispositifs ambulatoires de soins somatiques (Unité Sanitaire ou US), psychiatriques (Service Médico Psychologique Régional ou SMPR) et des dispositifs spécialisés en addictologie (CSAPA interne, CSAPA référent, CAARUD, associations d'entraide, etc).

Accès aux droits

La loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale a posé les principes d'équivalence des soins entre milieu carcéral et milieu ouvert et du transfert de la prise en charge sanitaire des personnes détenues au ministère de la Santé. Cette loi a notamment fixé trois principes fondamentaux

- -L'affiliation obligatoire des personnes détenues, dès leur incarcération, au régime général de l'Assurance maladie.
- -La mise en place au sein de chaque établissement pénitentiaire d'une unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), unité hospitalière rattachée à un établissement de santé de référence ;
- -Le versement par le ministère de la Justice des cotisations sociales de ces personnes à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) [108].

La coordination entre les différents services et acteurs intervenant en détention (US, Services pénitentiaires d'insertion et de probation, et les associations) doit être améliorée pour préparer la sortie dès l'entrée en détention. Il est également important, dans les établissements pénitentiaires, de faciliter l'accès à des structures extérieures de soutien médico-social (CAF, CPAM, services de domiciliation...) pour réaliser le diagnostic de chaque situation, anticiper la sortie et réinitialiser les droits sociaux (affiliation à l'Assurance maladie, CMU-C, ALD, RSA). Certaines dispositions de la loi pénitentiaire rendent possible la domiciliation des personnes incarcérées à leur établissement pénitentiaire. Certains établissements ont établi des conventions qui permettent à des agents de la CPAM d'intervenir directement auprès des assurés sociaux. La préparation à la sortie débutée en

détention peut être poursuivie à la CPAM une fois la personne libérée par exemple dans le cadre de consultations post-pénales organisées dans certaines régions. Ces conventions avec la CPAM mériteraient d'être généralisées à l'ensemble du territoire.

De très rares services sociaux hospitaliers ou permanences d'accès aux soins de santé (PASS) interviennent en détention, pour procéder à la réactivation des droits sociaux et continuer de traiter le dossier, au sein de l'hôpital de rattachement, une fois la personne libérée. Un recensement de ces initiatives reste à faire afin de les évaluer et de réfléchir à l'intérêt d'une généralisation à l'ensemble des prisons françaises. Il faut néanmoins rester vigilant sur le fait que les détenus doivent avoir directement accès au droit commun à leur sortie. L'existence de dispositifs spécifiques tels les PASS ne doit pas justifier une carence d'ouverture de droits et d'accès aux soins prévus par la loi.

Des difficultés particulières sont à souligner :

- L'élaboration et le renouvellement des protocoles d'ALD ne sont pas initiés du fait de la couverture sociale «complète» pendant l'incarcération et les droits sociaux (CMU-C, RSA, AME...) interrompus pendant l'incarcération, ne sont pas rouverts automatiquement à la sortie.
- L'accès aux soins de ville en cas de permission de sortie ou d'aménagement de peine (dont on peut prévoir une augmentation avec la loi pénitentiaire) pose également un problème : dispense d'avance de frais, ticket modérateur.

Accès aux soins

Dépistage

Un recueil d'information concernant l'offre de soins et de dépistage relative à l'infection par le VIH et aux hépatites a été effectué lors d'une enquête exhaustive auprès de la totalité des 168 unités sanitaires (US) en 2010 (Prévacar). Les résultats de cette enquête montrent que 95 % des US déclarent proposer systématiquement le dépistage des trois virus (VIH, VHC et VHB) à l'entrée en détention. Cependant, cette proposition n'est renouvelée que pour la moitié des établissements (52 % pour le VIH et 51 % pour les hépatites), en cas de refus du test à l'arrivée. L'offre de renouvellement de dépistage est très hétérogène sur le territoire : dans certaines régions, 100 % des établissements proposent un nouveau dépistage et aucun dans d'autres. Dans cette enquête, un CDAG était présent dans 1/3 des établissements pénitentiaires. Il était plus fréquent en maison d'arrêt (40 %) que dans les autres types d'établissements (18,5 %). La communication des résultats à l'unité sanitaire, après accord du patient, n'était effective que dans 66 % des cas. Il n'y a pas de données sur les propositions de renouvellement du dépistage au cours de l'incarcération mais elle est probablement faible (compte tenu des résultats sus cités) alors même que cette stratégie a fait l'objet de plusieurs recommandations institutionnelles.

La mise en place des tests rapides (TROD VIH mais aussi VHC et VHB) pourrait permettre d'augmenter les opportunités de dépistage en conjuguant proposition, réalisation et rendu en un seul contact dans l'unité sanitaire. Cette possibilité permettrait également à des personnes détenues réticentes ou au capital veineux fragile d'accepter un test et d'en avoir le résultat immédiatement. Afin d'augmenter les opportunités de dépistage, une réflexion doit être menée sur la place des autotests en prison. Mieux dépister pour identifier les personnes porteuses du VIH ou d'une hépatite virale chronique et leur proposer rapidement de les mettre sous traitement antiviral dans une optique de réduction des risques infectieux est un objectif majeur de santé publique.

Il est important que les unités sanitaires permettent aux structures médico-sociales ou associatives habilitées à réaliser des TROD en prison. La mise en place des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) pourrait par ailleurs permettre à ces structures, en complément et en lien avec l'Unité sanitaire, de s'investir sur le dépistage du VIH et des hépatites virales en prison.

Prévention et Réduction des risques (RdR)

Les pratiques à risques liées à l'usage de drogues ou aux pratiques sexuelles sont encore plus clandestines qu'en milieu libre. En ce qui concerne les actions de prévention et plus particulièrement les actions d'éducation à la santé, l'enquête coordonnée par l'Inpes en 2012 en milieu pénitentiaire [109] montre que, sur 344 actions recensées, 24,4 % concernent les addictions et 17,7 % les infections virales (VIH, hépatites et IST). Il faut signaler le rôle important des structures associatives dans la promotion de la santé en milieu carcéral particulièrement dans le domaine du VIH et des hépatites. Les unités sanitaires doivent faciliter leurs actions au sein de la prison. Une grande majorité des équipes (96 %) déclare proposer la vaccination contre l'hépatite B, le vaccin étant fourni par l'hôpital de rattachement dans 97 % des cas. Mais ces données ne préjugent pas du nombre de personnes réellement vaccinées [110].

Les outils de RdR prévus réglementairement, sont inégalement disponibles et peu accessibles,

malgré les recommandations de l'OMS [111], les préconisations de l'audition publique sur la RdRD (7-8 avril 2016), et les dogmes législatifs qui posent le principe d'une égalité d'accès de soins et de prévention entre population captive et population libre ne sont pas respectés. Depuis la réforme introduite par la loi du 18 janvier 1994, les personnes détenues sont censées bénéficier d'une prise en charge sanitaire identique à celle proposée à l'ensemble de la population.

Beaucoup d'outils de RDR et notamment les programmes d'échange de seringues, qui ont démontré leur efficacité auprès des usagers de drogues injectables ne sont pas disponibles en prison, malgré les prévalences élevés du VIH et des hépatites et les innombrables pratiques à risque. La loi de santé du 26 janvier 2016 réaffirme la mise en place de la réduction des risques et notamment la possibilité de programmes d'échanges de seringues en prison dont les modalités de délivrance doivent être fixées par décret en Conseil d'Etat. Plusieurs pays européens ont mis en place ces programmes en prison depuis plusieurs années (Espagne, Suisse, Luxembourg, Roumanie,...) en s'inspirant des recommandations de l'UNODC, de l'OMS et de l'ONUSIDA. La France tarde à franchir le pas, malgré l'avis de tous les experts dans le domaine, d'instances qualifiées (INSERM [112], Conseil national du sida [113]), les recommandations du Groupe de travail Santé/Justice sur la question, et les demandes répétées des associations et des professionnels de santé.

Selon l'enquête Prévacar, 100 % des établissements déclaraient avoir accès à au moins un des deux types de traitement substitutif aux opiacés (TSO: buprénorphine et méthadone), mais il persistait des sites n'offrant pas le choix entre ces deux molécules, contrairement aux recommandations, et seulement 55 % des établissements avaient mis en place une procédure formalisée permettant la continuité des soins à la sortie en ce qui concerne les TSO.

Le rapport d'évaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 de novembre 2015 relevait l'amélioration de l'accès aux TSO mais soulignait une insuffisance de réévaluation des posologies, des durées de traitement et des modes de dispensation pouvant mettre à mal le secret médical quand elle est quotidienne, sur convocation à une heure dédiée, le motif de la venue à l'US étant alors connu des codétenus comme des personnels non soignants, malgré les recommandations du guide de traitement de substitutions aux opiacés en milieu carcéral [114] publié en 2011 par la DGS et la MILDT qui rappelle le cadre légal et règlementaire et présente des recommandations de bonnes pratiques.

L'eau de javel, au titrage et à la présentation adéquats pour stériliser le matériel d'injection n'est pas systématiquement renouvelée, de même que l'information relative à son usage en prison diffusée aux détenus; les préservatifs (y compris féminins) et les lubrifiants sont difficiles d'accès en dehors des US ou des unités de vie familiale (20 % des établissements seulement les proposent en dehors du lieu de soin) voire ne sont pas du tout disponibles dans certains établissements (données de Prévacar). Les autres pratiques à risques sur le plan infectieux comme le tatouage, piercing ou autres transformations corporelles, courantes en détention, ne sont pas prises en compte. Des pratiques particulières d'insertion sous la peau de corps étrangers (« dominos ») sont fréquentes en Guyane et aux Antilles, et commencent à apparaitre dans certaines prisons de métropole.

La systématisation de l'intervention des CSAPA (Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie), des CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues) et des autres structures extérieures (associations) est nécessaire pour la prise en compte des actions de réduction des risques, en particulier pour organiser la continuité des soins à l'issue de l'incarcération, de même que la mise en place d'interventions de « pairs aidants » (détenus ex-usagers ayant bénéficié de formation à la prévention et d'une supervision) qui faciliterait la conduite d'actions de prévention en favorisant le lien avec la population carcérale. La dernière version du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes sous main de justice comprend ainsi un chapitre sur « prévention et réduction des risques infectieux », rappelant les missions générales des CAARUD, qui devraient réglementairement être applicables à priori aussi bien en milieu libre qu'en prison [115].

La prophylaxie post et pré exposition

L'inventaire Pri²de [116] relevait que dans 47 % des établissements, les détenus n'étaient pas informés de la possibilité d'un recours à un TPE en cas d'exposition à un risque, que dans 31 % des établissements, les référents médicaux estimaient ne pas être en mesure de répondre à la question. La prophylaxie post exposition devrait pouvoir bénéficier d'une information systématique en direction des personnes détenues et pas seulement en direction des personnels. L'accessibilité aux traitements post exposition d'urgence doit pouvoir être garanti pour tous et dans tous les établissements.

Toutes les unités sanitaires (US) doivent disposer de kits de traitement d'urgence (starters kits) de plusieurs jours de traitement antirétroviral pour les TPE en prison. Ces kits sont préparés par la pharmacie de l'US ou par la pharmacie de l'hôpital dont elles dépendent. Le TPE doit être initié au

mieux dans les 4 h suivant l'exposition et au plus tard dans les 48 heures après le risque. La personne doit être revue ensuite par un médecin spécialiste de l'infection à VIH pour réévaluer le risque et la poursuite ou non du TPE (*Cf.* chapitre AES).

La prophylaxie pré exposition (PREP), qui devient un outil important de lutte contre la propagation de l'épidémie à l'extérieur, pourrait être étendue à la prison.

Prise en charge des PVVIH en prison

En plus des chiffres de prévalence, l'enquête Prévacar indique que la proportion de personnes au stade Sida (28,4 %) est plus importante qu'en milieu libre avec plus de 94 % d'entre elles sous traitement. La prise en charge du VIH et des comorbidités fréquemment associées, des hépatites, de l'usage de drogues avec traitements de substitution aux opiacés, est globalement assurée en milieu carcéral parmi les personnes repérées, bien qu'il subsiste de profondes inégalités entre les établissements pénitentiaires. La lutte contre l'épidémie cachée reste cependant un enjeu important en prison. Environ 20 % des US ne sont pas encore informatisées, ce qui limite les échanges et rend difficile la mise en place de techniques innovantes de communication (dossier informatisé sécurisé et télémédecine par exemple). Le rapport d'évaluation du plan d'actions 2010-2014 signale que la télémédecine fait l'objet de l'action 10.3 [117] "Mettre en place un plan de développement de la télémédecine" au sein des USMP. C'est également une des priorités retenues par le COPIL du "programme national de développement de la télémédecine". Les ARS ont été invitées à élaborer un programme régional de télémédecine et un guide méthodologique [118] a été établi, où la "priorité 3" porte sur la santé des personnes détenues. Le rapport relève que selon les données de 2014, 29 USMP sur 175 effectuent des consultations médicales à distance.

Selon ses utilisateurs, la télémédecine permet d'éviter des extractions médicales ou de pallier l'absence de consultations de spécialiste en USMP, et de réduire le délai d'attente de consultations.

Le développement de la télémédecine au sein des US permettrait :

- de faire bénéficier les personnes détenues de soins équivalents à ceux de la population générale, en qualité et continuité des soins ;
- de faire accéder les détenus à certaines spécialités dont l'intervention sur place ou le recours à des extractions sont souvent bloqués par de nombreux obstacles (distance, escorte, moyens de transports, sécurisation);
- de rompre l'isolement des praticiens exerçant au sein des US et leur permettre d'avoir une expertise médicale externe ;
- d'éviter des extractions non justifiées, processus coûteux évalué à 700 €.

L'accès aux soins des personnes détenues dans les établissements pénitentiaires continue de s'améliorer. Par exemple, la mise en place d'un traitement antiviral en milieu carcéral est facilitée dans les gros établissements pénitentiaires par l'intervention des praticiens extérieurs et la mise en place d'une consultation avancée d'infectiologie (52 % des US) et d'hépatologie (57 % des US). La participation des équipes de psychiatrie dans ces prises en charge complexes est également primordiale quand elle est possible. En cas de difficultés, il serait nécessaire d'avoir au moins une équipe de référence à contacter.

La prise en charge par les agents antiviraux d'action directe (AAD) du VHC est désormais possible pour toutes les personnes détenues. Une enquête déclarative [119] récente par mail auprès des 168 unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) prenant en charge des personnes détenues a permis d'établir un état des lieux national des pratiques diagnostiques et thérapeutiques de l'hépatite C dans la population détenue en France en 2015.

Parmi les USMP, 64 (38 %) ont participé à cette enquête, représentant 39 % de la population carcérale. Le dépistage était effectif pour 70 % des détenus, avec un rendu systématique des résultats dans 72 % des USMP. Les méthodes non-invasives d'évaluation de la fibrose hépatique étaient réalisées dans 84 % des USMP, et 56 % des USMP bénéficiaient d'une consultation spécialisée sur site; 66 % des USMP ont initié au moins un traitement par AAD en 2015, et 130 patients ont été traités. Un programme d'éducation thérapeutique existait dans 16 % des USMP.

Le principal obstacle identifié initialement en 2014-2015, pour que les personnes détenues accèdent aux AAD, était financier: ces médicaments très coûteux devant être facturés sur l'enveloppe contrainte des Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac), celle-ci ne pouvait les prendre en charge. Une circulaire ministérielle du 29 avril 2015 [120] a permis de délivrer ces médicaments en rétrocession, levant cet obstacle majeur. L'accès aux AAD, pour la population

détenue, n'est donc plus restreint sur le plan financier depuis cette date.

Les personnels de santé travaillant dans les US se heurtent toujours à de nombreuses difficultés, en particulier celle d'obtenir des escortes en nombre suffisant pour accéder aux plateaux techniques et diverses consultations des hôpitaux de proximité avec qui les US fonctionnent et seulement 50 % des extractions pour raisons médicales sont réalisées [121]. L'exemple de l'accès à la mesure de l'élastométrie hépatique chez les patients porteurs d'une hépatite ou co-infectés est démonstratif de ces obstacles quotidiens qui pourraient être levés par dotation de ce matériel aux gros établissements.

Les personnels de santé exerçant en milieu pénitentiaire sont généralement représentés au sein des COREVIH. Certains ont mis en place des groupes de travail spécifiques à la prise en charge du VIH en prison pour dresser un état des lieux et améliorer les dispositifs existants. L'intégration de représentants et de professionnels de l'administration pénitentiaire à la réflexion collective est une piste intéressante qui peut se retrouver dans la Boîte à Outils de la SFLS (http://sfls.aei.fr/corevih-bao/outils/) et permet le partage d'expériences. Certains COREVIH, se sont associés au Groupe expert prison de Sidaction pour construire une « Feuille de route destinée aux COREVIH [122] pour la mise en place d'actions vers la prison » [123].

Freins à une bonne prise en charge thérapeutique

Pour les PVVIH ou porteurs d'autres maladies infectieuses, la prise de traitements journaliers est une source possible de discriminations car les obstacles à la confidentialité et au secret médical sont très nombreux :

- L'absence d'encellulement individuel, impose de prendre ses traitements au vu et au su de ses codétenus (et de gérer les éventuels effets secondaires), ce qui peut motiver une interruption de traitement.
- Les conditions des extractions médicales, avec un emploi quasi systématique des menottes, entraves et la présence fréquente des surveillants à la consultation, alors que l'évaluation du niveau de sécurité à mettre en œuvre doit être individualisé (conditions relevées par le rapport d'évaluation du plan d'action et par le Contrôleur des lieux de Privation de Liberté (avis du 16/07/2015)). Des certificats médicaux justifiés peuvent aider au cas par cas (contre-indication au port de menottes ou d'entraves).
- Les conditions d'hospitalisation sont plus restrictives que les conditions de détention : pas d'accès au téléphone, impossibilité de recevoir des visites, même de titulaire de permis de visite, pas de service de courrier, pas d'activité physique (Prévacar).
- L'absence ou l'insuffisance des activités, sportive, culturelle ou de travail ; les arrêts de maladie ne donnent pas droit à des indemnités journalières, et une consultation en milieu de journée équivaut souvent à la perte financière d'une journée de travail.

Ces conditions d'extraction médicale et d'hospitalisation sont des causes fréquentes de refus de la part de personnes détenues. Il est important d'en informer le patient détenu pour éviter les refus ultérieurs.

- En quartier d'isolement et en quartier disciplinaire, les consultations bi-hebdomadaires obligatoires se déroulent le plus souvent dans des conditions matérielles et de confidentialité insuffisantes. Il n'est pas rare que la personne punie, conduite de force au QD, n'ai pas pu se munir de son traitement antirétroviral.
- Les difficultés d'accès aux moyens de prévention (Cf. le paragraphe RdR)
- La promotion de l'éducation à la santé « reposant sur une multiplicité de projets locaux, à impact limité » est insuffisante (rapport d'évaluation du plan d'actions 2010-2014). L'INPES a publié en 2014 un référentiel d'intervention en éducation pour la santé et promotion de la santé en milieu pénitentiaire [124].
- La prise en compte des enjeux de la perte d'autonomie, du handicap et de la fin de vie est insuffisante. Le rapport d'évaluation du plan d'action relève l'existence de besoins croissants mais peu documentés, l'inadaptation des locaux au handicap, l'insuffisance de recours à l'évaluation des besoins de la personne par la MDPH, les difficultés de la mise en place d'auxiliaires de vie avec un recours informel au codétenu, l'insuffisance du nombre d'établissements ayant signé une convention avec des services de soins infirmiers à domicile, les difficulté des US et des SPIP à trouver des structures d'accueil (EHPAD, MAS, hébergement avec soins à domicile) lorsque le maintien en détention n'est plus possible.

La question de la confidentialité et du secret médical est primordiale. La confiance des patients détenus dans le respect du secret médical est une condition indispensable d'une relation de soin de qualité.

Les unités sanitaires doivent veiller à la confidentialité : confidentialité des soins et des consultations, confidentialité de la dispensation des traitements et au respect du secret médical.

Prise en charge de populations particulières

En 2010, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté a publié un avis sur la « prise en charge des personnes transsexuelles incarcérées » [125] et les difficultés vécues par cette population en prison. Cet avis recommande des principes afin d'améliorer la prise en charge des personnes transsexuelles durant le temps de la détention, soit : de faire bénéficier les personnes transsexuelles, tout au long du parcours de soins, d'un accompagnement par une équipe médicale de référence clairement identifiée, de veiller à ce que leur intégrité physique soit protégée sans que cela conduise nécessairement au placement à l'isolement, de faire respecter le droit à l'intimité et à la vie privée et de veiller à ce que leur intégrité physique soit protégée. Cet avis a été suivi d'un rapport d'enquête publié en 2015 [126].

Les personnes transgenres doivent pouvoir être prises en compte en ce qui concerne leur identité sexuelle pour l'incarcération en établissements pour hommes ou femmes. Elles doivent avoir la possibilité d'accéder en prison à des traitements hormonaux. Ceci se fait au mieux avec des conseils de spécialistes. Un accompagnement psychologique adapté doit être assuré dans tous les cas.

Les PVVIH incarcérées n'ayant pas la nationalité française peuvent présenter une situation médicosociale très problématique. La barrière linguistique constitue une cause importante de difficultés d'accès aux soins des populations migrantes en milieu carcéral. Des moyens existent soit par vacations in situ, soit à distance (téléphone). De plus, des problèmes liés à la crainte de la stigmatisation et à la rupture de la confidentialité restent des facteurs d'interruption de traitement et de suivi médical ou d'inobservance particulièrement fréquents en prison qu'il faut anticiper. L'ouverture des droits médicaux et sociaux ne peut se faire sans l'octroi ou le renouvellement d'un titre de séjour. Or, de nombreuses juridictions d'application des peines refusent d'octroyer des permissions de sortie pour se rendre aux rendez-vous en préfecture. Certaines préfectures peuvent refuser de manière illégale le renouvellement ou l'octroi d'un titre de séjour compte tenu de l'incarcération du demandeur. Il est donc nécessaire de mettre en place l'élaboration et le renouvellement des protocoles ALD en prison sans attendre la sortie et en levant les obstacles à leur mise en place (couverture sociale complète, non renouvellement du titre de séjour, etc.).

L'aménagement et la suspension de peine pour raison médicale

La suspension de peine pour raison médicale a été instituée dans le cadre de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades [127]. Elle exige deux conditions non cumulatives pour qu'une personne puisse en bénéficier : « que le pronostic vital soit engagé » ou qu'elle présente « un état de santé durablement incompatible avec le maintien en détention ». Les conditions de détention doivent être appréciées en situation c'est-à-dire à l'intérieur des bâtiments et en cellule. Elle devrait également pouvoir concerner des patients souffrant de troubles mentaux incarcérés.

L'aménagement de peine pour raison médicale (libération conditionnelle médicale) si la personne y est éligible est également une disposition très importante pour permettre la continuité ou la mise en place de soins. Les difficultés auxquelles peuvent se heurter les magistrats sont l'absence d'hébergement ou de structure médicalisée à la sortie.

La loi n° 2014-896 de 2014 « relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales », a repris les principales recommandations du Groupe de travail Santé/Justice des deux ministères, afin de rendre le dispositif plus accessible aux personnes malades [128].

Préparation et continuité des soins à la sortie

Un des enjeux majeurs en matière de soins est la préparation à la sortie et la continuité des soins. Le changement de statut entre détention et milieu libre, le défaut de coordination entre les milieux carcéraux et médicaux et entre les diverses administrations, sont la cause de discontinuités dans le suivi médical et social des personnes, particulièrement des personnes d'origine étrangère.

À ce moment du parcours de la personne, c'est toujours l'exigence de continuité des soins qui caractérise le suivi des traitements des infections virales. L'étude Prévacar montre que 50 % des US ont mis en place des procédures effectives de sortie pour assurer la continuité des soins. Il est nécessaire que l'unité sanitaire se dote d'un répertoire comportant les coordonnées des équipes médicales compétentes dans le VIH sur le territoire local ou régional.

Si le traitement du VIH et/ou des hépatites est en cours :

Une ordonnance et la remise d'une avance de traitement de quelques jours (à adapter au contexte de chaque personne) sont indispensables pour éviter tout risque de rupture de traitement ;

La demande ou le renouvellement de la prise en charge en ALD doit être vérifiée ;

Le lien avec le lieu de suivi d'origine ou le service correspondant de l'unité sanitaire selon le domicile du patient, doit être formellement établi en s'adressant si besoin au COREVIH (en cas

d'infection par le VIH) ou au pôle de référence (hépatites) de proximité et en remettant à la personne détenue libérée les coordonnées et la date d'un rendez-vous de consultation dans un délai rapproché et cohérent avec la provision de médicaments remis ;

Il est également indispensable d'indiquer à la personne détenue les autres ressources locales utiles : centres de soins, médecins, associations, etc.

Une implication et une formation des équipes des USMP en lien avec un médecin spécialiste du traitement du VHC sont nécessaires pour prendre en charge rapidement les patients dépistés en détention

Hépatites virales C: mise sous traitement et continuité des soins

La durée prévue pour la détention ou le fait que la personne soit en détention préventive ne doivent pas être considérés comme des obstacles à l'initiation du traitement, notamment si la personne détenue est demandeuse, d'autant plus que les nouveaux traitements du VHC (AAD –antiviraux d'action directe) se prennent désormais sur 8 à 12 semaines et ne nécessitent plus de RCP obligatoires pour la prescription, sauf dans certains cas complexes.

Les traitements de l'hépatite virale C par les AAD sont courts et bien tolérés ; leur suivi est simple et nécessite peu d'examens complémentaires. Ce progrès doit permettre l'initiation et le suivi des traitements par AAD chez les personnes détenues (Cf. Rapport Dhumeaux 2016, Chapitre 3 [129]).

Les bénéfices ont été constaté chez les personnes condamnées à moins de 6 mois; le résultat est optimisé par un accompagnement dans la continuité des soins à la sortie de détention (réinitiation des droits sociaux, élaboration d'un projet de soins avec une équipe extérieure et le cas échéant logement ou structure médico-sociale).

Le dépistage du carcinome hépatocellulaire chez les patients ayant une fibrose sévère ou une cirrhose est indispensable. Il n'est toutefois pas assuré dans tous les établissements pénitentiaires et peut nécessiter de l'organiser hors de l'établissement. La répétition de ce dépistage tous les six mois peut représenter une contrainte importante et est soumis à des aléas qui exposent à un dépistage insuffisant chez les patients incarcérés.



Stratégie nationale de santé sexuelle : agenda 2017-2030 Ministère des affaires sociales et de la santé, 2017 http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf

Extrait (page 41)

De manière générale, l'isolement, la clandestinité, la précarité financière apparaissent comme des facteurs d'aggravation des risques, en même temps qu'ils restreignent les possibilités d'accès aux dispositifs de soins, aux moyens de prévention, à une couverture santé ou encore à l'accès au logement. Par ailleurs, les personnes en situation de prostitution craignant d'être discriminées par les professionnels de santé, les représentants de l'administration ou de la police, en viennent à dissimuler leur activité, voire à renoncer à recourir aux diverses structures de soins et/ou aux structures publiques.

- Promouvoir les actions de prévention et de promotion de la réduction des risques (RDR) pour les personnes en situation de prostitution visant à prévenir les dommages sanitaires, psychologiques et sociaux sur les lieux d'activité dont internet. La RDR concerne toute personne en situation de prostitution qu'elle soit une femme, un homme, une personne transgenre ou intersexe selon le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des personnes en situation de prostitution :
- Promouvoir les actions de prévention et d'information à destination des clients ;
- Simplifier la procédure de droit à l'oubli pour les personnes en situation de prostitution qui souhaitent arrêter leurs activités prostitutionnelles.

Pour les personnes placées sous main de justice :

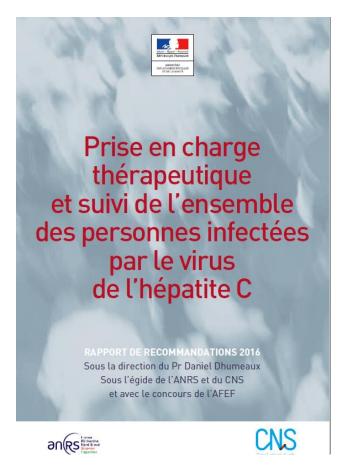
Il s'agira de mettre en place des actions de prévention, d'éducation et de promotion de la santé dans l'ensemble des établissements pénitentiaires en y intégrant l'entourage et l'accueil des familles et en développant des partenariats avec les associations de prévention let de RDR(44).

- Promouvoir les programmes de prévention et d'éducation pour la santé;
- Rendre accessibles les outils de prévention et de RDR et les préservatifs ;
- Proposer le dépistage du VIH, des hépatites et des IST à l'entrée, pendant et à la sortie de la détention ainsi que la vaccination VHB;
- Prendre en compte l'entourage des personnes détenues en associant les associations d'accueil des familles dans la mise en place des actions de prévention, de promotion et d'éducation pour la santé sexuelle;
- Développer les unités de vie familiale ;
- Favoriser l'accueil des femmes enceintes incarcérées et leurs enfants.
- Renforcer les programmes d'éducation pour la santé ;
- Renforcer les compétences sur les questions de santé sexuelle des personnels pénitentiaires.

Pour les personnes usagères de droques (UD) :

Il s'agira de prendre en compte les questions de santé sexuelle dans les activités existantes des dispositifs et de développer des actions spécifiques prenant en compte l'évolution des produits psychoactifs consommés et leurs modalités de consommation.

Chez les femmes, la consommation de produits peut augmenter ou diminuer le désir, et le plaisir sexuel (arrêt des règles, desséchement du col...). Dans l'enquête Coquelicot (45), les femmes sont décrites comme ayant plus souvent des relations sexuelles que les hommes, plus souvent avec un partenaire occasionnel lui-même usager de drogues (81 vs 58%) et recourant dix fois plus souvent à des rapports sexuels contre des drogues ou de l'argent. Plus de 30% des femmes (vs 1% des hommes) révèlent se livrer à la prostitution (46). Elles sont aussi décrites comme plus fragiles et plus dépendantes de leur partenaire sexuel, en particulier pour se procurer les substances, et plus exposées aux risques de violences conjugales (47), elles-mêmes sources de contaminations par infections sexuellement transmissibles. Elles sont de ce fait moins en mesure pour négocier l'usage du préservatif et considèrent que le risque affectif, soit la perte de leur partenaire, est plus important que le risque de contracter une infection (48).



Prise en charge thérapeutique et suivi de l'ensemble des personnes infectées par le virus de l'hépatite C : rapport de recommandations 2016
Ministère des affaires sociales et de la santé, 2016
http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_.pdf

Extrait

3. Organisation de la prise en charge thérapeutique et du suivi des personnes détenues infectées par le virus de l'hépatite C pages 31 à 36

Organisation de la prise en charge thérapeutique et du suivi des personnes détenues infectées par le virus de l'hépatite C

Deux constats justifient ce chapitre dédié à la prise en charge des infections liées au virus de l'hépatite C (VHC) en milieu carcéral : (a) la prévalence élevée de l'infection virale C chez les personnes détenues, qui conduit à considérer que la population des personnes détenues constitue un « réservoir » pour cette infection, (b) les spécificités de prise en charge liées à la détention, qui peuvent complexifier l'accès au traitement des sujets infectés.

De son côté, la Haute autorité de santé (HAS), dans un avis du 8 juin 2016, a recommandé que « dans une approche collective du contrôle du virus de l'hépatite C, les malades à risque élevé de transmission du virus dont les usagers de drogues, ainsi que les autres personnes susceptibles de disséminer l'infection par le VHC, devraient pouvoir bénéficier de ces nouveaux antiviraux à action directe (AAD), quel que soit leur stade de fibrose hépatique ». Les détenus font clairement partie de ces personnes.

L'enquête PREVACAR, conduite par l'Institut de veille sanitaire (InVS) et la Direction générale de la santé (DGS) en 2010, a permis d'estimer à 4,8 % la séroprévalence du VHC chez les personnes adultes détenues en France, soit cinq fois plus que la population générale [1]. La prévalence de l'infection à VHC chez les personnes détenues varie en fonction de l'âge, allant de 0 % pour la classe d'âge 18-21 ans à 11,6 % pour celle des 41-50 ans. Elle varie aussi en fonction du genre (11,8 % chez les femmes versus 4,5 % chez les hommes) et en fonction de l'origine géographique (5,0 % chez les personnes nées en France, 12,3 % chez les personnes nées dans un pays d'Europe de l'Est et 12,4 % chez les personnes nées en Asie) [2]. L'enquête PREVACAR a par ailleurs montré que chez la moitié des détenus contaminés par le VHC, la recherche de l'ARN viral était positive. La prévalence de l'infection chronique par le VHC est donc en moyenne de 2,5 % en milieu carcéral [2].

On ne dispose pas, en France, de données sur l'incidence de l'infection à VHC en détention. Les données de la littérature internationale indiquent une incidence variant de 1,2 pour 100 personnes-années dans une prison catalane à 3,3 pour

100 personnes-années en Écosse et 14,8 pour 100 personnes-années en Australie [3-5]. Une étude monocentrique française récente, portant sur 333 détenus, a trouvé des chiffres plus faibles de 3 pour 1 000 personnes-années [6].

Plusieurs études réalisées en France ont documenté l'exposition au risque de transmission de l'infection virale C par le biais de pratiques d'injection de drogues et de partage du matériel d'injection en détention. L'enquête ANRS-Coquelicot a porté au niveau national sur des usagers de drogues fréquentant les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) et les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Dans cette enquête, 12 % des usagers de drogues déclaraient s'être injecté une drogue lors d'une de leurs incarcérations (61 % de ces usagers indiquaient avoir été incarcérés au moins une fois au cours de leur vie) et, parmi eux, 30 % déclaraient avoir partagé leur matériel d'injection à cette occasion [7]. Ces données ont été confirmées dans des études locales mettant en évidence des pratiques de réutilisation et de partage de matériel d'injection [8]. L'enquête PREVACAR a montré que 18 % des personnels pénitentiaires déclaraient avoir trouvé des seringues en détention au cours des 12 derniers mois [9]. Ces données sont confirmées par l'enquête PRIDE dans laquelle un tiers des soignants indiquait avoir traité des abcès chez des détenus, sans doute liés à des pratiques d'injection [10].

L'ensemble de ces données montre la nécessité de mettre en œuvre des mesures de réduction des risques en détention, afin de respecter le principe d'équivalence de l'accès aux soins entre le milieu libre et le milieu carcéral, principe promu par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) [10].

L'accès aux soins des détenus repose sur les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) présentes dans chaque établissement. Les missions des USMP sont d'assurer aux personnes détenues une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles offertes à la population générale. Ces missions incluent la prévention et le dépistage, l'accès aux consultations spécialisées et la dispensation des médicaments et des traitements de substitution. Dans certains établissements, le dépistage du virus de l'immuno-déficience humaine (VIH), des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (IST) est assuré par une antenne d'un centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD).

Les pratiques et l'organisation des soins sont très hétérogènes selon les établissements pénitentiaires. Les évolutions récentes des traitements de l'infection à VHC, marquées par une grande efficacité, une très bonne tolérance, des durées courtes d'administration et une surveillance simple devraient faciliter l'accès au traitement des personnes détenues. Cela nécessite cependant que les stratégies proposées parviennent à dépister les personnes infectées et à conduire à un traitement et en assurer le suivi. La prise en charge thérapeutique, pour être efficace, devra aussi tenir compte de la durée souvent courte des peines, inférieure à 10 mois pour 80 % des détenus, mais aussi de l'absence de couverture sociale chez une partie d'entre eux, susceptible de compromettre la poursuite des traitements après la sortie.

Dépistage

En milieu carcéral, un dépistage du virus de l'hépatite B (VHB), du VHC et du VIH est systématiquement proposé à l'occasion de la visite médicale d'entrée. Il doit être renouvelé au cours de l'incarcération [11].

Les dépistages sont effectués dans la majorité des cas par les USMP ou par les CeGIDD lorsqu'il existe une antenne intra-muros. Dans l'étude PREVACAR, 95 % des USMP de consultation ambulatoire déclaraient proposer systématiquement le dépistage des trois virus à l'entrée en détention et la moitié déclarait renouveler la proposition de dépistage en cas de refus à l'arrivée. Le renouvellement de l'offre n'est pas différent selon la présence ou non d'une antenne du CeGIDD dans l'établissement. Les pratiques de dépistage et le rendu des résultats varient beaucoup selon les établissements pénitentiaires. En effet, même si le dépistage est très largement proposé, sa réalisation n'est pas toujours possible dans le même temps et un certain nombre de prélèvements semble ne jamais être réalisé. Par ailleurs, lorsque le prélèvement est réalisé, le rendu du résultat, qu'il soit positif ou négatif, n'est pas toujours effectué, le plus souvent en raison des difficultés à revoir le détenu à la consultation dans un délai rapide. Ce faible taux de rendu est confirmé par les résultats de l'enquête UCSASCAN qui montre que seuls 12,6 % des détenus dépistés et ayant bénéficié d'un FibroScan® ont été vus à la consultation de rendu des résultats [12]. Cela est d'autant plus dommageable que le rendu des tests de dépistage est un moment particulièrement adapté pour évoquer la réduction des risques et apporter un message d'éducation à la santé. Dans l'enquête PREVACAR, plus de 75 % des USMP déclarent proposer des actions d'éducation pour la santé et de prévention, mais seulement un tiers d'entre elles en avaient réalisé dans les six mois précédant l'enquête.

L'intérêt de l'utilisation des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) pour le dépistage des personnes détenues et l'articulation de ce dépistage avec les USMP n'a pas encore été véritablement évalué, mais certaines expériences locales plaident pour leur mise à disposition au sein des USMP [13]. L'utilisation des TROD permet de concrétiser l'offre de dépistage dès son acceptation par le détenu et, en cas de dépistage positif, d'initier rapidement le bilan préthérapeutique. Son résultat immédiat corrige en partie le problème des examens sérologiques non rendus, en particulier aux détenus transférés rapidement. Par ailleurs, les TROD pouvant être réalisés par un membre non médical formé de l'USMP, cela représente un avantage dans un contexte où les moyens médicaux sont insuffisants, notamment lors des visites d'entrée. Si l'utilisation des TROD n'est pas indispensable dans les structures qui mettent en œuvre le dépistage sans difficultés, cet outil devrait avoir un grand intérêt dans les établissements confrontés à des obstacles dans la réalisation des prélèvements ou le rendu des résultats. Un des freins actuel à l'utilisation des TROD est lié au fait que trois dispositifs sont nécessaires pour le VIH, le VHC et le VHB², nécessitant parfois trois prélèvements. Le développement de tests combinés, avec un seul dispositif dépistant les trois virus (« tri-TROD »), est en cours d'évaluation. Il devrait pallier ces défauts et renforcer l'intérêt pratique des TROD.

Les propositions de dépistage doivent être renouvelées chez les personnes incarcérées pour de longues peines, en particulier si des pratiques à risque sont identifiées.

^{1.} Les arrêtés définissant les conditions de réalisation des TROD VHC ont été publiés au *Journal Officiel* du 5 août 2016.

^{2.} Un avis favorable a été donné par la Haute autorité de santé (HAS) en juin 2016 pour l'utilisation des TROD VHB.

Évaluation des patients infectés par le virus de l'hépatite C

L'objectif de cette évaluation est de confirmer l'infection, d'en apprécier la sévérité et de réaliser un bilan préthérapeutique. L'évaluation comportera dans un premier temps un bilan virologique et la réalisation des marqueurs non invasifs de fibrose. En cas de cirrhose, une échographie abdominale et une endoscopie œsogastrique seront nécessaires.

À l'issue de ce bilan, l'avis d'un hépatologue, d'un infectiologue ou d'un interniste sera nécessaire pour poser l'indication du traitement, le prescrire et en proposer la surveillance adaptée. La réalisation rapide et complète du bilan nécessite une implication et une formation des équipes des USMP et le soutien du médecin spécialiste de la prise en charge des infections à VHC référent de l'équipe. Le délai nécessaire à la réalisation du bilan conditionne fortement la prise en charge. En effet, 50 % des détenus sont incarcérés pour des peines de moins de six mois et plus le temps qui s'écoule entre le dépistage et la réalisation des explorations complémentaires est long, plus le nombre de détenus accédant à un traitement sera faible. Si l'accès aux marqueurs sanguins de fibrose est en principe possible pour tous les établissements, l'accès au FibroScan® (dont l'intérêt est un résultat obtenu en temps réel) est beaucoup moins répandu. Différentes stratégies peuvent être proposées en fonction de l'expérience des équipes et des moyens disponibles : accès aux TROD, facilité de réalisation des prélèvements veineux, accès à un FibroScan® ou à des marqueurs sanguins de fibrose. La stratégie peut être : (a) soit un dépistage par TROD et, le jour même, un prélèvement sanguin pour confirmation sérologique, un bilan virologique et la réalisation de marqueurs sanguins de fibrose (ou d'un FibroScan[®]), un rendu des résultats, un accès au traitement après présentation du dossier en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) pour les cas qui en relèvent (cf. infra) et une prescription par le spécialiste du traitement des infections à VHC; (b) soit un dépistage par prélèvement sanguin et, lors du rendu des résultats, la réalisation du bilan virologique et biologique préthérapeutique et d'un FibroScan®, permettant la décision thérapeutique, la présentation en RCP et la prescription par le spécialiste (cf. infra).

Accès aux antiviraux à action directe. Initiation et suivi du traitement

Tout patient infecté par le VHC en détention peut désormais avoir accès à un traitement antiviral, quelle que soit la sévérité de son atteinte hépatique. Cet accès au traitement nécessite jusqu'à présent la présentation du dossier du patient en RCP, mais la situation devrait évoluer, en limitant la présentation en RCP aux cas complexes (cf. chapitre « Organisation générale de la prise en charge thérapeutique et du suivi des personnes infectées par le virus de l'hépatite C »), et la prescription par un médecin hépato-gastroentérologue, infectiologue ou interniste. L'ouverture des droits sociaux, systématique à l'entrée en incarcération, est par ailleurs nécessaire pour la délivrance du traitement par la pharmacie à usage intérieur (PUI) de l'hôpital de rattachement. Ces contraintes peuvent, dans certains cas, être à l'origine d'un retard d'accès au traitement. En l'absence de lien formalisé avec un médecin spécialiste, la soumission de la fiche de RCP peut être difficile pour un médecin d'USMP. Les formalités d'ouverture des droits sociaux peuvent aussi retarder l'initiation du traitement et parfois le remettre en cause si un changement de situation du détenu intervient.

L'observance et l'absence d'interruption du traitement sont des enjeux majeurs pour ces patients dont le devenir à court terme est rarement prévisible. Les changements d'établissement ou les libérations non prévus et non anticipés exposent à des arrêts de traitements et à des échecs. Peu d'examens complémentaires sont nécessaires et la surveillance de la charge virale n'est plus indispensable au cours du traitement [14]. Les traitements courts et bien tolérés facilitent le suivi en détention. La délivrance des AAD est réalisée dans les établissements pénitentiaires selon des modalités variant selon les structures.

Les obstacles et aléas évoqués plus haut rendent nécessaire l'évaluation de la prise en charge thérapeutique des personnes détenues. Cette évaluation pourrait reposer sur un dispositif de surveillance d'une part, du nombre de personnes détenues chez lesquelles une infection par le VHC est découverte et, d'autre part, du nombre de personnes détenues chez lesquelles un traitement par AAD est mis en œuvre. Ce dispositif permettra de suivre l'efficacité de la stratégie de prise en charge. Il devrait être accompagné d'une estimation périodique de la prévalence de l'infection à VHC en milieu pénitentiaire, permettant de s'assurer de la réduction effective du réservoir infectieux.

Après le traitement

Les traitements antiviraux actuels, lorsqu'ils sont conduits à leur terme, permettent d'obtenir une guérison virologique chez plus de 90 % des patients. Chez les patients ayant une maladie hépatique sévère ou chez ceux souffrant de comorbidités (excès pondéral, diabète, prise excessive d'alcool), il est indispensable de poursuivre une surveillance hépatique. Chez les patients ayant, avant le traitement, une fibrose sévère ou une cirrhose (F3 et F4), un dépistage semestriel du carcinome hépatocellulaire (CHC) doit être effectué. Cette stratégie est la seule qui permette de dépister des CHC accessibles à un traitement curatif [15]. Ce dépistage nécessite la réalisation d'examens échographiques qui ne sont pas toujours possibles au sein des établissements pénitentiaires et nécessitent donc des soins hors de l'établissement. La répétition de ces examens tous les six mois peut représenter une contrainte importante et est soumise à des aléas conduisant à un dépistage insuffisant chez les patients incarcérés.

Les patients guéris de leur infection peuvent être réinfectés à l'occasion de pratiques à risque en prison. Même si l'incidence de ces réinfections au cours de la détention n'est pas connue en France, les moyens pour les prévenir et les dépister doivent être mis en œuvre.

Continuité des soins pendant et après la détention

La trajectoire administrative des détenus est parfois chaotique et non prévisible par l'équipe médicale. Chaque consultation nécessite la coordination de plusieurs intervenants dans l'établissement, ce qui expose à des annulations ou des reports assez fréquents. Enfin, malgré l'obligation réglementaire de réaliser une consultation de sortie, les transferts ou les libérations peuvent intervenir à l'insu de l'équipe médicale et parfois sans être anticipés. Ces aléas peuvent rendre difficiles la prise en charge et l'initiation du traitement et conduire à des arrêts prématurés et à des échecs du traitement. La libération expose aussi à des interruptions de traitement et à des ruptures de suivi, en particulier lorsque les détenus changent de région et que la sortie n'a pas pu être anticipée et préparée. Lorsque les AAD sont initiés et que les changements de situation sont

anticipés, la PUI peut délivrer des traitements pour une durée de une à quatre semaines, selon les cas, qui seront remis au patient au moment de sa libération et pour quelques jours s'il est transféré dans un autre établissement.

Points-clés

- 1. Une proposition de dépistage systématique de l'infection à VHC à tous les entrants en détention est recommandée, mais ce dépistage n'est pas toujours réalisé après avoir été accepté, le plus souvent en raison de contraintes organisationnelles.
- L'utilisation des TROD pour le dépistage en prison et l'articulation de ce dépistage avec les USMP ont fait l'objet d'expériences favorables qui plaident pour leur diffusion dans toutes les USMP.
- 3. Une implication et une formation des équipes des USMP en lien avec un médecin spécialiste du traitement de l'infection à VHC sont nécessaires pour prendre en charge rapidement les patients dépistés en détention.
- 4. La trajectoire des personnes détenues est parfois chaotique et non prévisible par l'équipe médicale et les principaux obstacles à la prise en charge relèvent de problématiques pénales et sociales qui peuvent retarder l'initiation du traitement et exposent à des arrêts prématurés et à des échecs.
- 5. Les traitements de l'infection virale C par les AAD sont courts et bien tolérés ; leur suivi est simple et nécessite peu d'examens complémentaires. Ce progrès fait tomber de nombreux obstacles à l'initiation et au suivi des traitements antiviraux chez les personnes détenues.
- 6. Les patients guéris de leur infection peuvent être réinfectés à l'occasion de pratiques à risque dont on sait qu'elles existent en prison; les moyens de prévenir et de dépister ces réinfections doivent être mis en œuvre.
- 7. Le dépistage du carcinome hépatocellulaire chez les patients ayant une fibrose sévère ou une cirrhose est indispensable. Il n'est toutefois pas assuré dans tous les établissements pénitentiaires et peut nécessiter de l'organiser hors de l'établissement. La répétition de ce dépistage tous les six mois peut représenter une contrainte importante et est soumis à des aléas qui exposent à un dépistage insuffisant chez les patients incarcérés.

Recommandations

- 1. Proposer et réaliser un dépistage de l'infection à VHC (associé à celui des infections par le VHB et le VIH) à toutes les personnes détenues lors de la consultation médicale d'entrée, se donner les moyens d'informer dans un délai rapide chaque détenu de son statut sérologique, renouveler la proposition de dépistage chez les personnes incarcérées de façon prolongée et s'assurer du rendu des résultats.
- 2. Permettre un accès aux TROD à toutes les USMP qui en expriment le besoin et former le personnel à leur réalisation.
- 3. Utiliser le temps du dépistage pour promouvoir l'éducation à la santé et à la réduction des risques par des méthodes pragmatiques et donner accès, au sein de tous les établissements, aux outils de réduction des risques (seringues, traitement de substitution aux opiacés, traitement rapide de l'infection à VHC).

- 4. Initier précocement les démarches nécessaires à l'ouverture des droits sociaux, en particulier pour les détenus sans prise en charge sociale à la libération.
- 5. Identifier dans chaque USMP un médecin spécialiste du traitement de l'infection à VHC, présent ou non au sein des USMP. Ce médecin spécialiste aura pour mission:
 - d'accompagner les médecins des USMP dans la réalisation du bilan complémentaire et son interprétation,
 - de former ces médecins à la prise en charge des hépatites C et au suivi des traitements par AAD,
 - de faciliter la présentation des fiches de RCP pour les patients qui en relèvent (les présentations se limiteront aux cas complexes; cf. chapitre « Organisation générale de la prise en charge thérapeutique et du suivi des personnes infectées par le virus de l'hépatite C »),
 - de prescrire le traitement par les AAD et contribuer à sa mise en œuvre soit lors de consultations au sein de l'établissement pénitentiaire, soit par un soutien (téléphonique ou visioconférence) aux équipes des USMP.
- 6. Faire autoriser et mettre en place des programmes d'éducation thérapeutique concernant les patients infectés par le VHC accessibles aux personnes en détention pour favoriser leur compréhension et leur adhésion au traitement.
- 7. Garantir les moyens d'assurer un dépistage échographique semestriel du carcinome hépatocellulaire chez tous les patients détenus dont l'atteinte hépatique le justifie.
- 8. Promouvoir de façon pragmatique les programmes de réduction des risques au sein des établissements pénitentiaires (groupes de pairs, interventions associatives...) et déployer l'ensemble des outils de réduction des risques qui sont disponibles à l'extérieur (accès aux seringues, traitement de substitution aux opiacés, traitement rapide de l'infection au VHC), dans tous les établissements.
- 9. Identifier les professionnels et les associations vers lesquels pourront être orientés les patients transférés ou libérés durant leur traitement ou nécessitant un suivi après guérison.
- 10. Pour les détenus libérés alors qu'ils sont encore sous traitement, préparer un dossier de suivi comportant une fiche de synthèse, la fiche d'une éventuelle RCP et un exemplaire de la prescription ; prévoir également la remise par la pharmacie à usage intérieur d'une ou quatre semaines de traitement, qui sera délivrée au détenu au moment de sa sortie.
- 11. Mettre en place une surveillance sanitaire régulière du nombre de patients détenus ayant été traités par les AAD pour une infection à VHC. Coupler cette disposition à une évaluation régulièrement actualisée de la prévalence de l'infection par le VHC en milieu pénitentiaire.

Références

Chiron E, Jauffret-Roustide M, Le Strat Y, Chemlal K, Valentin MA, Serre P, et al. Prévalence de l'infection par le VIH et le virus de l'hépatite C chez les personnes détenues en France. Résultats de l'enquête Prévacar 2010. Bull Epidemiol Hebd 2013; 35-36: 445-50.

- Semaille C, Le Strat Y, Chiron E, Chemlal K, Valantin M, Serre P, et al. Prevacar group. Prevalence of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus among French prison inmates in 2010: a challenge for public health policy. Euro Surveill 2013; 18 (28). doi:pii:20524.
- 3. Marco A, Gallego C, Caylà JA. Incidence of hepatitis C infection among prisoners by routine laboratory values during a 20-year period. *PLoS One* 2014; 9: e90560.
- 4. Champion JK, Taylor A, Hutchinson S, Cameron S, McMenamin J, Mitchell A, *et al.* Incidence of hepatitis C virus infection and associated risk factors among Scottish prison inmates: a cohort study. *Am J Epidemiol* 2004; 159: 514-9.
- 5. Luciani F, Bretaña NA, Teutsch S, Amin J, Topp L, Dore GJ, *et al.* A prospective study of hepatitis C incidence in Australian prisoners. *Addiction* 2014; 109: 1695-706.
- Rémy AJ. Incidence of the hepatitis C in prison in France: results of a study by POCT. J Liver 2016; 5 (suppl): 33.
- 7. Jauffret-Roustide M, Le Strat Y, Couturier E, Thierry D, Rondy M, Quaglia M, *et al.* A national cross-sectional study among drug-users in France: epidemiology of HCV and highlight on practical and statistical aspects of the design. *BMC Infect Dis* 2009; 9:113.
- 8. Sannier O, Verfaillie F, Lavielle D. Risk reduction and drug use in detention: study about the detainees of Liancourt Penitentiary. *Presse Med* 2012; 41: e375-85.
- 9. Chemlal K, Bouscaillou J, Jauffret-Roustide M, Semaille C, Barbier C, Michon C, *et al.* Offre de soins en milieu carcéral en France: infection par le VIH et les hépatites. Enquête Prévacar, 2010. *Bull Epidemiol Hebd* 2012: 10-11: 131-34.
- 10. Michel L, Lions C, Van Malderen S, Schiltz J, Vanderplasschen W, Holm K, *et al.* Insufficient access to harm reduction measures in prisons in 5 countries (PRIDE Europe): a shared European public health concern. *BMC Public Health* 2015; 15: 1093.
- 11. Guide méthodologique. *Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*. Paris : Ministère de la Justice, Ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2012.
- 12. Vergniol J, Capdepont M, El Aouadi S, Le-Port G, Gatineau-Saillliant G, Hédouin V, et al. Prévalence des hépatites virales et de la fibrose hépatique chez les entrants en établissement pénitentiaire. Paris : AFEF, 2016.
- 13. Hayes B, Briceno A, Asher A, Yu M, Evans JL, Hahn JA, *et al.* Preference, acceptability and implications of the rapid hepatitis C screening test among high-risk young people who inject drugs. *BMC Public Health* 2014; 14: 645.
- 14. AFEF. Recommandations AFEF sur la prise en charge des hépatites virales C. Paris : AFEF, février 2016.
- 15. Costentin C, Layese R, Bourcier J, Corvi L, Petro-Sanchez V, Marcellin P, et al. Prospective evidence that hepatocellular carcinoma surveillance in patients with compensated cirrhosis increases the probability of curative treatment and survival taking into account lead-time bias (ANRS C012 CIRVIR cohort). CO PS 116, EASL 2016. J Hepatol 2016; 64 (suppl): S183-212.

Etats des lieux

EMCDDA Rapport national 2017 : Workbook 5.1 Prison OFDT, 2017

https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-nationaux/#prisonhttps://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/France2017-5-1-PrisonFR.pdf

Prévalence de l'infection par le VIH et le virus de l'hépatite C chez les personnes détenues en France. Résultats de l'enquête PREVACAR 2010

Chiron E, Jauffret-Roustide M, Le Strat Y, Chemlal K, Valantin MA, Serre P, et al ; et le groupe Prévacar

BEH, 35-36, 5 novembre 2013, pp 445-450

http://opac.invs.sante.fr/doc num.php?explnum id=9221

Enquête PREVACAR-Volet offre de soins VIH, hépatites et traitements de substitution en milieu carcéral 2010

Ministère des affaires sociales et de la santé, Direction générale de la santé, 2011 http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Enquete_PREVACAR - Volet offre de soins - VIH hepatites et traitements de substitution en milieu carceral octobre 2011.pdf

Réduction des risques en milieu pénitentiaire. Revue des expériences étrangères : note de synthèse OFDT, 2012, 21 pages

https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxiot1.pdf

Programmes d'échange de seringues en milieu pénitentiaire. Revue internationale des expériences PSYCHOTROPES, vol. 19, n° 3-4, 2013/11/01, pages 173-195 http://www.cairn.info/revue-psychotropes-2013-3-page-173.htm

Harm reduction and viral hepatitis C in European prisons: a cross-sectional survey of 25 countries Harm reduction journal, 2018, 15:25 (mai 2018) https://doi.org/10.1186/s12954-018-0230-1

L'hépatite C et la prison : une opportunité de soins ? https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2017-4-page-563.htm

L'hépatite C en milieu carcéral en France : enquête nationale de pratiques 2015.

Numéro thématique. Hépatites B et C en populations spécifiques, BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE, n° 14-15, 2017/06/20, pages 277-284

http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=10809

ANRS-Coquelicot 2017 : Étude sur les pratiques de consommations et la perception des mesures de réduction des risques chez les usagers de drogues en prison

Institut national de la santé et de la recherche médicale (Cermes3-Inserm U988) et Institut de veille sanitaire (InVS)

Cette étude a pour objectif de mesurer les consommations chez les usagers de drogues en prison via un questionnaire en face-à-face. Elle concerne la perception par les usagers des mesures de réduction des risques, les pratiques de consommation (produits et modalités d'usage), leur prise en charge en milieu sanitaire, leur connaissance des modes de transmission du VIH, VHC, VHB et leurs pratiques à risque (contexte de l'initiation aux drogues, partage du matériel de consommation, utilisation du préservatif, etc.).

L'enquête sera réalisée dans différents établissements pénitentiaires français entre septembre et décembre 2016. Les résultats sont attendus pour 2017.

Agir en pratique



Guide de l'intervention en milieu pénitentiaire, destiné aux acteurs associatifs de la lutte contre le sida Sidaction, 2011 151 pages

Ce guide, réalisé sous la direction de Sidaction, est destiné aux membres des associations de lutte contre le sida intervenant en milieu pénitentiaire, afin de leur fournir des éléments pratiques et théoriques et les savoirs élémentaires nécessaires.

Après une introduction sur la santé en milieu carcéral et la présentation de chartes décrivant les principes de l'intervention (chartes de Sidaction et de Dublin), le guide s'articule en deux parties. La première partie fait le point sur le contexte de l'intervention en milieu pénitentiaire, en présentant l'organisation du milieu pénitentiaire puis celle de la santé en milieu carcéral. La deuxième partie est consacrée à l'intervention auprès des détenus, et fournit des éléments de méthode pour monter un projet. En annexes sont fournis notamment les chartes de Dublin, d'Ottawa et de Sidaction, ainsi que des exemples de fiches projets.

https://www.sidaction.org/sites/default/files/guide-prison-sidaction 0.pdf



Corevih et prison : feuille de route destinée aux Corevih pour la mise en place d'actions vers la prison Sidaction, 2016 29 pages

https://www.sidaction.org/sites/default/files/feuille de route prison corevih- sidaction.pdf