ACTES DU COLLOQUE

Lundi 4 juin 2018

PRISE EN CHARGE DU VIH, DES HÉPATITES ET DES IST EN PRISON

Enjeux et réalités

« La qualité et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans les conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population. »

Loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, art. 46



Partie 1. Introduction de la journée

Frédéric Goyet

Willy Rozenbaum

	Dr Jean-Luc BOUSSARD	Page 3
	Dr Christophe MICHON	Page 5
Par	tie 2. Les interventions	
1	État des lieux de la prise en charge sanitaire VIH, Hépatites et IST en milieu carcéral : activités et pratiques Dr Christine BARBIER	Page 8
1	Acceptabilité et réalisation des dépistages sérologiques des maladies virales chroniques (VIH, VHB, VHC) et de la syphilis, lors de la consultation « arrivant » des maisons d'arrêt d'lle-de-France Dr Gaëlle AUDINET-POTIER et Dr Béatrice CARTON	Page 17
1	Amélioration de la cascade de soin VHC en détention. Rôle de la coordination des acteurs et de la médiation en santé Dr Stéphanie DOMINGUEZ	Page 23
Par	tie 3. Les ateliers	
ı	Présentation du programme d'ETP VHC de l'USMP du centre pénitentiaire de Fresnes Dr Muriel BOCQUENTIN et Dr Anne BAMBÉ	Page 34
I	Place des TROD en milieu carcéral : expérience d'un CAARUD au centre de détention Sud Francilien - Réau Mathieu CHÉRON et Niakaté MAMADOU	Page 37
ı	Quel accès aux moyens de réduction des risques infectieux en milieu pénitentiaire ? Dr Laurent MICHEL	Page 41
ı	Quelle continuité dans la prise en charge des sortants de prison ? Nathalie VALLET	Page 44
Par	tie 4. Clôture	

Page 50

Page 51

Partie 1. Introduction de la journée

« Le principe d'équivalence de qualité et de continuité des soins en prison avec le milieu extérieur reste un objectif à atteindre » Page 3

Dr Jean-Luc BOUSSARD

« Une stratégie de santé publique cohérente entre approche globale, thématique et populationnelle »

Page 5

Dr Christophe MICHON

INTRODUCTION DE LA JOURNÉE

« LE PRINCIPE D'ÉQUIVALENCE DE QUALITÉ ET DE CONTINUITÉ DES SOINS EN PRISON AVEC LE MILIEU EXTÉRIEUR RESTE UN OBJECTIF À ATTEINDRE »

Dr Jean-luc BOUSSARD

Pilote de la commission Prison (Corevih Île-de-France Est) Selon les statistiques mensuelles de la direction de l'administration pénitentiaire, 70 633 personnes, dont 2 496 femmes et 859 mineurs, étaient détenues en France au ler mai 2018, pour 58 813 places, soit une densité carcérale de 118 %. Cent trois établissements ont une densité carcérale supérieure à 120 %, ce qui concerne 40 360 détenus

Selon la direction interrégionale de Paris, il y avait 13 819 personnes détenues, dont 591 femmes et 187 mineurs, et 37,5 % de personnes en détention préventive. La densité carcérale moyenne en Île-de-France est de 148,6 %. Si elle n'est que de 91,4 % dans les établissements pour peines, elle s'élève à 165 % en moyenne dans les maisons d'arrêt, avec aujourd'hui un chiffre record de 197,5 % pour la maison d'arrêt de Fresnes. On a déjà atteint 200 % sur Villepinte et d'autres établissements de la petite couronne.

Un lieu à haut risque viral

Les besoins de santé de la population carcérale sont importants mais mal documentés, l'épidémiologie étant tout à fait insuffisante en prison.

Selon le rapport d'évaluation du plan d'action stratégique 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice, rapport établi en novembre 2015 par l'Inspection générale des Affaires sociales et par l'Inspection générale des Services judiciaires, certains troubles et antécédents sont surreprésentés en prison, avec notamment un taux de suicide des hommes majeurs détenus sept fois plus élevé que la moyenne nationale. Quatre-vingts pour cent (80 %) de la population pénale fume, 31 % des entrants déclarent une consommation excessive d'alcool, et près de 10 % reçoivent un traitement de substitution aux opiacés. L'incidence de la tuberculose est huit à dix fois supérieure à la moyenne nationale.

En 2010, l'enquête DGS-INVS Prévacar, dernière enquête épidémiologique sur le VIH et les hépatites, retrouvait une prévalence du VIH de 2 %, celle du VHC, de 4,8 %, et la moitié des personnes infectées par le VHC avait une hépatite chronique. Pour ces deux pathologies, la prévalence était six fois plus élevée en milieu carcéral qu'en population générale. Cette même enquête retrouvait une prévalence des traitements substitutifs aux opiacés estimée à 7,9 %.

Ces chiffres font de la prison un lieu à haut risque viral et justifie, s'il en était besoin, l'investissement des Corevih dans l'accompagnement des unités sanitaires dans la prise en charge de ces pathologies.

Ce que disent les textes de loi

Depuis la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, les personnes détenues doivent bénéficier d'une prise en charge sanitaire identique à celle proposée à la population générale. Pour cela, la loi a institué l'affiliation obligatoire des personnes détenues au régime général de Sécurité sociale, et confié la mise en œuvre de la prise en charge sanitaire au service public hospitalier (qui assure les soins aux personnes détenues en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier), en lieu et place de l'administration pénitentiaire qui l'assurait jusque-là.

En 2009, la loi pénitentiaire du 24 novembre précise dans son article 46 que « la qualité et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population ».

Ce même principe d'équivalence de qualité et de continuité des soins est affirmé par la loi de modernisation du système de santé du 6 janvier 2016, dans son article 8 relatif à la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogues, qui précise que la politique de réduction des risques s'applique également aux personnes détenues, selon des modalités adaptées au milieu carcéral. Ce principe d'équivalence présidait également à la rédaction du plan d'action stratégique 2010-2014 pour une politique de santé pour les personnes placées sous main de justice, et dans les éditions successives du Guide méthodologique pour la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice.

Pour autant, cette équivalence de qualité et de continuité des soins aux personnes détenues avec celles dont bénéficie la population générale reste encore un objectif à atteindre, et le rapport d'évaluation du plan d'action stratégique faisait le constat d'importantes disparités et de l'insuffisance dans l'offre de soins.

Colloque, nous vous proposons d'éclairer certains des freins et des difficultés à atteindre cet objectif d'équivalence - freins et difficultés que nous avons essayé d'objectiver par un questionnaire adressé aux unités sanitaires des établissements pénitentiaires d'Île-de-France - et d'étudier des dispositifs et expériences mis en place pour faire face à ces difficultés.



« UNE STRATÉGIE DE SANTÉ PUBLIQUE COHÉRENTE ENTRE APPROCHE GLOBALE, THÉMATIQUE ET POPULATIONNELLE »

Dr Christophe MICHON

Coordination santé des personnes sous main de justice (Direction générale de la santé) Au nom de la Direction générale de la santé et des autres directions du ministère de la Santé qui sont engagées dans la stratégie santé pour les personnes placées sous main de justice, je voudrais tout d'abord remercier les organisateurs d'avoir pris l'initiative de ce colloque régional concernant les enjeux et la prise en charge du VIH, des hépatites et des IST en prison. Nous allons travailler et échanger sur les bonnes pratiques, et c'est certainement une des façons d'avancer dans l'amélioration de la politique de santé pour les personnes détenues.

Mettre en synergie les stratégies thématiques et populationnelles

Je voudrais resituer en quelques mots les thèmes qui nous réunissent dans la politique plus large de santé du pays. Qu'il s'agisse de la population dont il va être question (les personnes détenues) ou des thématiques de santé explorées (infections chroniques et IST), nous sommes face aux enjeux majeurs d'une politique de santé publique qui porte maintenant la prévention et la promotion de la santé comme changement de paradigme : pour notre système de santé et au-delà, « la santé dans toutes les politiques » il s'agit d'une approche globale (pas simplement biomédicale) de la santé. La politique de santé publique se construit à travers de nombreux plans, qu'ils soient thématiques ou populationnels. Avec la stratégie nationale de santé (SNS) adoptée fin 2017, nous avons un nouveau cadre, un cadre unique pour l'action en santé. Un plan national de santé publique interministériel - PNSP ou Plan Priorité Prévention - présenté le 26 mars dernier par le Premier ministre et la ministre des Solidarités et de la Santé en comité interministériel vient décliner et concrétiser le premier axe de la stratégie, qui concerne la politique de prévention.

L'existence d'une stratégie santé spécifique pour les personnes placées sous main de justice, notamment pour les personnes détenues, lancée il y a un an en continuation du plan 2010-2014, ne signifie évidemment pas que ces personnes ne seraient pas concernées par les plans et stratégies transversales et thématiques qui concernent la population dans son ensemble, et qui portent par exemple sur la santé sexuelle, la lutte contre le VIH, les hépatites et les infections sexuellement transmissibles. Il s'agit au contraire de mettre en synergie les stratégies thématiques et les stratégies populationnelles. L'histoire de l'engagement des acteurs professionnels et associatifs de la lutte contre le VIH et les hépatites illustre cette synergie par les multiples interactions créées avec les acteurs généralistes de la santé en prison. Le programme de vos travaux aujourd'hui est à l'image de cette synergie et de ces nécessaires collaborations entre institutions. associations, secteurs sanitaires, médicosociaux, sociaux mais aussi judiciaires et pénitentiaires.

Le PNSP comporte entre autres actions phares une très ambitieuse volonté d'aller vers l'élimination de l'hépatite C à l'horizon 2025, notamment par la simplification des parcours de santé et le traitement curatif au plus près des personnes, avec une ouverture à tous les prescripteurs. Concernant la stratégie pour la santé des personnes placées sous main de justice, notamment les personnes détenues, la première feuille de route pour les trois années à venir qui est en cours d'élaboration donnera un certain nombre d'actions pour un triennum à partir de 2019. Ceci, dans un contexte extrêmement difficile qui est la surpopulation en maison d'arrêt qui est devenue structurelle. Ce contexte, particulièrement en Île-de-France, rend plus complexe le déploiement de ces stratégies, malgré les importants efforts réalisés par les équipes de professionnels de tous les champs et les associations.

La stratégie nationale

Les thèmes que vous avez retenus pour vos travaux alimentent les six axes de la stratégie santé pour les personnes placées sous main de justice.

Le premier porte sur la connaissance de l'état de santé et des besoins de santé. L'épidémiologie est faible dans ce champ et il faut continuer à améliorer le recueil de données. L'axe 2 concerne la promotion de la santé et la prévention, sans négliger la question de la réduction des risques qui est loin d'être résolue pour cette population.

Vous parlerez également de l'axe 3 - Repérage et dépistage - à travers l'étude « Consultation arrivants » et les ateliers TROD. Mais aussi de l'axe 4, majeur, sur l'accès, la qualité, la permanence, et la continuité des soins, la cascade de soins VHC et l'éducation thérapeutique des patients (ETP). La prise en charge des sortants et la continuité de la prise en charge sont au cœur des travaux de l'axe 5. Enfin, dernier axe, la coopération des acteurs est une thématique présente naturellement dans plusieurs des sessions aujourd'hui. Je me réjouis de pouvoir écouter et participer à vos échanges tout au long de cette journée que je souhaite très fructueuse.

Qu'il s'agisse de la population dont il va être question (les personnes détenues) ou des thématiques de santé explorées (infections chroniques et IST), nous sommes face aux enjeux majeurs d'une politique de santé publique qui porte maintenant la prévention et la promotion de la santé comme changement de paradigme : pour notre système de santé et au-delà,
 « la santé dans toutes les politiques » il s'agit d'une approche globale (pas simplement biomédicale) de la santé.



Partie 2. Les interventions

État des lieux de la prise en charge sanitaire VIH, Hépatites et IST en milieu carcéral : activités et pratiques

Page 8

Dr Christine BARBIER

Acceptabilité et réalisation des dépistages sérologiques des maladies virales chroniques (VIH, VHB, VHC) et de la syphilis, lors de la consultation « arrivant » des maisons d'arrêt d'llede-France Page 17

Dr Gaëlle AUDINET-POTIER et Dr Béatrice CARTON

Amélioration de la cascade de soin VHC en détention. Rôle de la coordination des acteurs et de la médiation en santé.

Page 23

Dr Stéphanie DOMINGUEZ

État des lieux de la prise en charge sanitaire VIH, Hépatites et IST en milieu carcéral : activités et pratiques

Dr Christine BARBIER

Médecin de santé publique

La première mission des Corevih est de recueillir et d'analyser des données pour comprendre et décrire. Il existe de nombreuses recommandations dans le Guide méthodologique basé sur de nombreux rapports d'experts (tant au niveau du VHC qu'au niveau du VIH). Pour évaluer le décalage entre ce qui est pensé, recommandé, et la réalité sur le terrain, nous avions besoin de données actualisées et locales. Cette démarche doit nous aider à identifier les besoins, mettre en évidence des marges d'amélioration et faire avancer les choses. L'objectif était aussi de repérer des éléments intéressants sur certains sites et de voir comment on peut les diffuser, les adapter et les mutualiser. Tout cela doit ensuite être déterminé en termes de priorités. Nous avons également une fonction de plaidoyer, au niveau de nos instances régionales mais aussi au niveau national puisque nous sommes une grosse région (nous représentons une masse de ressources, de pensées et de diagnostics qui peut inspirer nos collègues du ministère, du Conseil national du sida et d'autres instances)

Les prisons d'Ile-de-France

L'Île-de-France compte douze établissements pénitentiaires, dont la capacité « opérationnelle », c'est-à-dire le nombre de places disponibles est d'environ 9 300 places au 1er janvier 2018. Il existe une palette d'établissements représentant tous les types (établissements pour mineurs, importantes maisons d'arrêt, centre de détention, centres pénitentiaires et une maison centrale), la maison d'arrêt de la Santé est fermée pour travaux depuis quelques années et doit rouvrir à l'automne 2018.

Au 1^{er} janvier 2018, on notait 13 678 personnes détenues, très peu de femmes (4 % de l'effectif mais avec des problématiques sans doute assez spécifiques) et un nombre faible de mineurs (192, soit 1,5 % de la population incarcérée).

Méthodologie employée

« Nous avons envoyé aux douze unités sanitaires en milieu pénitentiaire (US) un questionnaire élaboré par le groupe de travail auguel participaient notamment des représentants des médecins d'US. Nous nous sommes un peu acharnés pour récupérer les résultats et nous avons eu un taux de retour de 50 % (deux maisons d'arrêt, un centre de détention et trois centres pénitentiaires, ce qui donne déjà certaines informations. Nous avons également récupéré la base nationale de l'Observatoire des Structures de Santé des personnes Détenues (OSSD), qui est un outil élaboré au niveau du ministère (Direction générale de l'organisation des soins-DGOS). Il s'agit d'un rapport type d'activité que remplissent en ligne chaque année les unités sanitaires avec des données déclaratives, donc comportant des limites. En fonction de la capacité des établissements, il y a parfois des données manquantes mais nous avons récupéré la base de 2012 à 2016 transmise par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Nous n'avons pas encore les données 2017 qui sont toujours en cours d'agrégation et de recueil.

Nous avons aussi essayé de récupérer des informations auprès des associations qui peuvent avoir une vue transversale, comme



Sida Info Service et Sidaction, ainsi que des données de la littérature qui donnent des informations au niveau national mais permettent quand même des mises en perspective :

- La grande enquête Prévacar INVS-DGS 2010, qui comportait un volet « prévalence » mais aussi un volet « offre de soins »
- L'enquête PRI2DE de l'ANRS, sous la direction de Laurent Michel
- Une enquête plus récente menée par André-Jean Rémy (Perpignan) sur un nombre moindre d'unités sanitaires mais qui présente des données intéressantes sur les pratiques en termes d'hépatite C
- Le rapport de l'Inspection générale des Affaires sociales et de l'Inspection générale des Services judiciaires, qui a évalué le plan d'action 2010-2014 et qui dresse un constat de ce qui a été amélioré et de tout ce qu'il reste à faire. »

Une spécificité de l'Île-de-France est d'avoir un taux de personnes prévenues particulièrement élevé (36,8 % vs 28,7 % au niveau national), ce qui impacte le profil des personnes et le fonctionnement des établissements. La surpopulation atteignait 147 % au 1er janvier 2018 (contre 129 % au 1er janvier 2013) et a beaucoup augmenté sur ces quelques dernières années, en particulier dans les maisons d'arrêt (164 % avec des pointes à 198-200 %). Triste record !

Moyens des unités sanitaires

Dans la base nationale de l'OSSD, le décalage entre les postes budgétés et les postes pourvus est le plus important pour les postes de médecin généraliste puisque 13 % de ces postes ne sont pas pourvus sur la région, avec des variations selon les sites. La situation apparaît un peu moins critique pour les postes de

cadre de santé, d'infirmier, de pharmacien et de secrétaire médicale, ce qui ne veut pas dire qu'il n'y a pas de poste vacant. Certains sites cumulent des postes vacants dans plusieurs catégories. Il n'y a aucun poste de travailleur social au niveau des unités sanitaires (le travail social est fait pour partie par les services pénitentiaires - SPIP).

Pour la santé mentale, les organisations sont très variables.

La surpopulation a évidemment un impact important puisque les moyens n'ont pas été réévalués au gré de l'évolution de la population pénale. Cela entraîne un problème d'attractivité pour les professionnel-le-s alimentant un cercle vicieux (on est moins nombreux, le travail est plus difficile, donc on a du mal à trouver des professionnel-le-s pour intégrer les équipes). Certains sites sont très en difficulté, ce qui peut aussi expliquer qu'ils aient eu du mal à nous répondre.



Partenariats et collaborations

Nous n'avons gardé que les dispositifs intervenant dans le champ de l'addictologie, en l'occurrence les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa), dont la présence a été renforcée en détention, essentiellement pour travailler sur la préparation à la sortie. Ce qui n'exclut pas de travailler pendant la détention avec une politique très affichée, des objectifs assez ambitieux et un renforcement notable de moyens puisque selon les sites, il y a eu 0,5 à 1 équivalent temps plein de travailleur social. Les ARS devaient désigner ces Csapa et veiller à la bonne articulation avec les US. En Île-de-France, tous les Csapa sont désignés et d'après les unités sanitaires, ils sont bien repérés, avec également la persistance de Csapa intracarcéraux (les anciennes antennes Toxicomanie rattachées à certains services de psychiatrie). Il y a donc parfois deux services qui interviennent sur le même site. Si l'on compare ces données à l'enquête d'André-Jean Rémy, on est plutôt bien doté en Île-de-France de ce point de vue. Pour les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (Caarud), dont l'intervention est explicitement citée dans le Guide méthodologique mais qui n'ont pas bénéficié, comme les Csapa, d'une politique volontariste avec une allocation spécifique de moyens dédiés, c'est un peu au gré des articulations locales. Les interventions Caarud sont plus rares dans la région, on n'en trouve que 4 dans l'OSSD, comme dans notre enquête où ils sont cités 4 fois sur 6, deux qui interviennent en cours de détention et quatre plutôt à la sortie.

Nous avons essayé d'avoir quelques informations par Sidaction sur les associations qui intervenaient en détention, soit sur des actions de prévention/réduction des risques, soit sur des approches populationnelles sur les personnes transgenre. Aides a une convention nationale DGS-DAP mais on n'a pas eu le temps de vérifier quels étaient les sites d'intervention en Île-de-France, et d'après les données de Sidaction, il n'y aurait que six sites (sur douze) bénéficiant d'interventions associatives. Un état des lieux à compléter.

Comment les personnes détenues sont-elles informées ?

Accès à l'information

Par un livret de l'unité sanitaire dans 4 unités sur 6, peu par le livret d'accueil en centre pénitentiaire. Toutes les unités ont des plaquettes sur les infections sexuellement transmissibles (IST) et la réduction des risques, 4 disposent de plaquettes sur le dépistage, 2 seulement sur les accidents d'exposition au sang, 1 seul sur le traitement post-exposition. Mais alors qu'il y a une population étrangère importante, seules 3 US ont répondu avoir des outils disponibles en langues étrangères. Si on veut réduire les inégalités, il faut aussi prendre en compte ce point-là.

Actions d'éducation pour la santé

Peu d'unités en font car quand les équipes sont restreintes, la priorité est donnée aux soins, aux urgences et à la continuité des soins pendant l'incarcération. Le temps passé à l'éducation à la santé et à la promotion de la santé vient après. Il y a donc peu d'établissements qui signalent un Comité d'éducation à la santé, l'instance qui regroupe les parties prenantes (unité sanitaire, direction, intervenants extérieurs), et 3 seulement déclarent mener des actions thématiques.

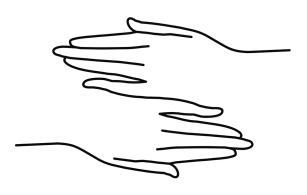
Réduction des risques (RdR)

Le Guide méthodologique prévoit qu'un certain nombre d'outils de réduction des risques soient mis à disposition des personnes. Pour les outils de RdR liés aux pratiques sexuelles, on doit en principe avoir des préservatifs avec un accès diversifié, c'est de la responsabilité de la direction de l'administration pénitentiaire. Des compléments peuvent être apportés par le ministère de la Santé ou des associations. On trouve bien des préservatifs masculins et des lubrifiants dans 5 établissements accueillant des hommes, mais très peu de préservatifs féminins dans les 2 sites concernés, l'accès étant par ailleurs très confidentiel (uniquement

à l'unité médicale dans la majorité des cas, un seul site déclarant un accès plus diversifié). Dans l'enquête PRI2DE, 20 % des sites avaient un accès plus diversifié... Pour la RdR liées à l'usage de drogues, un Référentiel national liste un certain nombre d'outils qui devraient être accessibles en milieu carcéral, (ne parlons pas des Programmes d'échange de seringues (PES...), non autorisés à ce jour), mais aucun d'entre eux n'est cité par les unités sanitaires. Un site cite l'eau de Javel et sa notice, et sur les deux sites bénéficiant de l'intervention d'un Caarud, il y a des kits inhalation, du sérum physiologique et des Roule-ta-paille. Toujours dans PRI2DE, environ 10 % des sites mettaient à disposition les outils du Référentiel national de 2005 (pansements, eau stérile, désinfectants et containers pour les aiguilles).

Dépistage

Toutes les unités proposent systématiquement un dépistage à l'entrée pour les 3 virus (VIH, VHB, VHC) mais c'est un peu plus hétérogène pour les IST (5 sur 6 proposent celui de la syphilis, 2 des chlamydiae et 1 des gonocoques). C'est plutôt mieux que les données recueillies dans les enquêtes PRI2DE et Prévacar puisqu'à l'époque, 90 % et 95 % des unités sanitaires le proposaient. Aujourd'hui, la proposition de dépistage est faite plus systématiquement, mais concernant le renouvellement de cette proposition en cours de détention, les chiffres sont un peu moins précis. Certaines unités sanitaires le font systématiquement au bout de 5-6 mois, d'autres dès qu'il y a une notion de prise de risque, quand la sérologie date de plus d'un an, à la demande...





Essentiellement l'unité sanitaire. Quand la personne le demande spontanément, deux sites le proposent via un Caarud et un autre via l'association Aides. Selon les contextes, la consultation de rendu est soit une consultation spécifique, soit intégrée à une consultation standard. Quant aux Tests rapides d'orientation diagnostique (TROD), ils sont à ce jour assez peu déployés en détention puisqu'aucune unité sanitaire ne propose de TROD VIH-VHC. Un Caarud le fait sur un site mais nous n'avons pas de données sur les associations habilitées par l'ARS pour en faire.

Le nombre de tests a augmenté entre 2012 et 2016 mais comme la population a augmenté, on peut difficilement comparer. Mais ce qui est intéressant en comparant 2012 et 2016 pour les mêmes unités, c'est que le ratio a augmenté. Il semblerait donc que davantage de gens soient testés (au niveau des entrants comme des renouvellements).

Vaccinations

La vaccination VHB est largement proposée avec des pratiques variables en termes de schéma, notamment en fonction de la durée d'incarcération. Une unité propose aussi systématiquement le vaccin contre l'hépatite A sous forme associée (Twinrix). C'est l'unité sanitaire qui vaccine, il n'y a pas d'intervention extérieure. On a essayé d'estimer l'activité en termes de vaccin et de couverture vaccinale, mais ça s'avère compliqué.

VHB, VHC et VIH

Il a été demandé aux unités quelle était leur file active de personnes traitées et prises en charge. 92 personnes sont séropositives pour le VIH, dont une coinfectée avec le VHB et une avec le VHC; 30 personnes VHB seul et 59 VHC seul. Mais ces chiffres sont très sommaires (peu de répondants).

Pour la plupart, la prise en charge est organisée avec un centre de référence VIH ou le Parcours VHC dont on parlera tout à l'heure. Au moment de l'enquête Prévacar, seule la moitié des centres avait un protocole formalisé.

- L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est très rarement faite puisqu'une seule unité a déclaré avoir un programme, qui ne concerne que le VHC.
- Le traitement post-exposition (TPE) est d'accès toujours aussi problématique. Les détenus sont informés mais il y a eu peu de réponses sur cet item-là. Quatre unités ont répondu ne pas prescrire de TPE, une le fait 4 à 5 fois par an. Les données de l'enquête PRI2DE indiquaient que 3 traitements avaient été prescrits pour l'ensemble des sites.

Traitements de substitution aux opiacés (TSO)

Dans Prévacar, on avait 8 % (9 % dans PRI2DE) de prévalence, avec un ratio méthadone/buprénorphine haut dosage d'environ 30/70, et une diversification insuffisante. La Direction générale de la santé (DGS) a élaboré avec Laurent Michel un Guide des bonnes pratiques de substitution qui a été largement diffusé. La Suboxone® (BHD+naloxone) a depuis été mise sur le marché (en 2015). Mais le constat tiré à partir du questionnaire et des données de l'OSSD, est que la diversification est encore insuffisante. Un site n'ayant par exemple que de la Suboxone et pas de buprénorphine. Les organisations dépendent des contextes locaux puisqu'il y a des centres où c'est le service de psychiatrie qui gère la distribution de méthadone et l'unité sanitaire, celle de la buprénorphine... Il y a toujours des situations un peu disparates.

Sur les files actives, c'est aussi compliqué parce qu'il y a beaucoup de données manquantes mais sur 7 unités, on a l'impression qu'il y a moins de personnes sous TSO en 2016. Mais les chiffres de la Suboxone® ne sont pas renseignés.

Consultations spécialisées

- Infectiologue : selon les sites, il est soit présent sur place, soit il nécessite une extraction (dans la moitié des sites) vers le centre hospitalier de référence.
- Gastroentérologue : un peu plus de difficultés pour l'accès aux consultations.
- Méthodes d'exploration de la fibrose hépatique : globalement, il y a un bon accès à l'écho hépatique avec des délais qui vont quand même de deux à trois mois sur certains sites, et des reports de rendezvous Le FibroScan® est assez accessible avec une prise en charge relativement centralisée sur l'établissement public de santé national de Fresnes (EPSNF) mais, là aussi, avec des délais variant de 15 jours à deux ou trois mois. Le Fibrotest est faisable sur place dans des délais courts.

Un chiffre intéressant issu de l'OSSD: le nombre d'extractions programmées demandées par l'unité sanitaire et le nombre effectivement réalisé. Entre 2012 et 2016, le ratio a baissé puisqu'on faisait 89 % des extractions programmées en 2012 et on n'en fait plus que 77 % en 2016, la part des refus de l'administration pénitentiaire ayant fortement augmenté (de 16 à 42 %, ce qui témoigne aussi des difficultés à organiser des escortes). Une perte de chance pour les détenus car ils n'ont pas leur consultation dans les temps.

Préparation à la sortie

L'organisation semble très effective car toutes les unités remettent un compte-rendu médical à la personne (l'envoi au médecin traitant se heurtant à l'existence de ce médecin traitant), toutes les unités proposent l'intégration au Parcours VHC, 4 sur 6 donnent un rendez-vous avec un infectiologue ou un gastro-entérologue, et 5 sur 6 avec un Csapa.

Toutes les unités sanitaires donnent une ordonnance et un traitement pour 48 heures, sous réserve d'avoir été informé que la personne sortait... Concernant la naloxone en spray nasal, un traitement mis sur le marché assez récemment avec une note de la DGS qui insistait sur l'intérêt de ce produit pour des sortants (les personnes usagères de drogues ont un fort risque d'overdose à la sortie), seule une unité en donne (deux signalent être en réflexion). On est donc un peu en décalage par rapport aux recommandations nationales sur ce point-là.

Ouverture des droits

L'ensemble des unités sanitaires ayant participé à l'enquête rédige les certificats médicaux qui permettent l'ouverture de droits comme l'Affection longue durée (ALD) pendant le séjour (2 refont un point avant la sortie); l'allocation adulte handicapé (AAH) concernant peu de monde, mais toutes les unités déclarent faire la démarche le cas échéant.

Pour l'accès à différents dispositifs médicosociaux (avec poursuite de l'accompagnement médical, coordination thérapeutique et soutien social), les unités sanitaires connaissent bien les Appartements de coordination thérapeutique (ACT) et font des certificats pour les ACT (ce qui ne garantit pas l'entrée en ACT), plus rarement pour les Lits halte soins santé (LHSS).

Quant au sujet très épineux des titres de séjour pour soins (indispensables pour envisager un statut régulier à la sortie ou le renouvellement du titre pendant l'incarcération), tous déclarent rédiger des certificats pour titre de séjour pour soins, avec une procédure qui s'est complexifiée (via le service médical de l'OFII). Les unités ont exprimé leur difficulté à repérer ces situations parce qu'elles ne sont pas toujours informées par le SPIP ou la personne elle-même qu'elle est en situation irrégulière. Seules deux unités citent une collaboration avec le SPIP pour l'appui d'intervenants externes pour l'ouverture de droits.

Les logiciels de recueil

Les projets ne sont pas très développés en matière de dossier médical informatisé, et sur les outils spécifiques au VIH, seules deux unités sur six utilisent le logiciel Nadis. Faire un recueil commun est donc un peu compliqué.

Conclusion



Notre état des lieux présente un certain nombre de limites, il est partiel, il concerne essentiellement le point de vue des unités médicales, le taux de réponse est faible.

Les contraintes importantes tiennent surtout au contexte lié au ministère de la Justice (la surpopulation), aux difficultés et aux freins liés aux moyens de l'Administration pénitentiaire (extractions, escortes, préparation à la sortie) mais aussi aux directions qui freinent l'accès aux outils de réduction des risques, et bien sûr, aux outils et moyens des unités et des centres de référence.

On peut cependant dire qu'il y a eu des avancées : une amélioration de l'accès au dépistage et des pratiques de renouvellement de la proposition, des consultations de spécialistes et des méthodes d'exploration de la fibrose, des interventions/renforcements des dispositifs en addictologie, et une structuration des protocoles de prise en charge, de suivi, et d'accès au traitement.

Certains points semblent cependant plus problématiques : le décalage entre les recommandations et la réalité (on est bien loin de l'équivalence avec le milieu libre), concernant notamment tout ce qui est mesures et outils de réduction des risques, éducation thérapeutique et continuité à la sortie. Mais nous sommes dans un contexte favorable avec un certain nombre d'opportunités, les stratégies nationales, l'élaboration des plans et schémas régionaux, et le nouveau contrat d'objectifs et de moyens entre l'ARS lle-de-France et les Corevih franciliens.



QUELQUES PISTES DE TRAVAIL

Compléter et poursuivre cet état des lieux, arriver à mettre en place un recueil de données minimal commun dans les unités sanitaires, améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge (information, brochures notamment en langues étrangères...), le dépistage grâce aux TROD et aux critères de renouvellement, l'éducation thérapeutique, les traitements de substitution opiacés...

Mais aussi renforcer la coordination des acteurs en interne et dedans/dehors, le lien avec les SPIP et les dispositifs à la sortie. Et bien sûr, diffuser et accompagner les dispositifs innovants.



|14|

L'ACCÈS À LA PRÉVENTION

Comment se passe l'accès à la prévention en contexte de pénurie comme on a pu le voir pour les vaccins VHB, pour des traitements contre la syphilis, ou avec la vaccination VHA qui n'est pas si développée ? Est-ce en rapport avec ces ruptures ?



(médecin à la maison d'arrêt de Bois-d'Arcy et Versailles)

On a effectivement des personnes qui sont là pour de courtes durées. Pour la syphilis, on a réussi à contourner le problème avec d'autres traitements, ça n'a pas posé de difficultés incontournables, alors que pour le vaccin, on a des personnes qui sont ressorties sans avoir eu leur vaccination.

> CATHERINE FAC (responsable de l'US-UCP de Fresnes)

On a été en difficulté avec les vaccins contre l'hépatite B, donc on a priorisé les vaccinations qui étaient déjà débutées ou les gens qui étaient particulièrement à risque. Pour la syphilis, on n'a pas eu de souci, on a traité tous les gens qui devaient l'être.



LES TRAITEMENTS INNOVANTS

Concernant l'implémentation des traitements innovants, c'està-dire les nouvelles formulations galéniques qui vont arriver d'ici 2020 au niveau du long acting, les molécules à libération prolongée, quel est l'accès à ces innovations thérapeutiques avec quel accompagnement?

On peut relater l'expérience des nouveaux traitements VHC : c'était extraordinairement difficile au départ, parce qu'ils étaient financés par le budget global de l'unité sanitaire. Si cela a pu se généraliser dans la plupart des unités, c'est parce qu'il y a eu une possibilité de rétrocession des nouveaux traitements. Et je pense que le même problème se posera à chaque fois qu'il y aura des nouveaux médicaments parce que qui dit nouveau médicament, dit médicament bien plus cher à chaque fois. Il faut négocier avec l'Assurance maladie, avec les instances nationales...





DÉPISTAGES

A-t-on une idée du nombre de dépistages chez des personnes qui ne connaissaient pas leur statut antérieur, que ce soit pour le VHC ou pour le VIH ?



Non, la logique de cet Observatoire des Structures de Santé des personnes Détenues (OSSD) est une logique de rapport d'activité. On a des files actives et un nombre de tests, mais on ne sait pas ceux qui sont faits à l'entrée et ceux qui sont faits en cours ou quel était le profil des personnes testées et le taux de positifs. Dans Prévacar, on avait quand même pratiquement un quart des personnes pour lesquelles l'incarcération était l'opportunité d'une découverte de la positivité, ce qui est fondamental pour cette épidémie cachée. L'incarcération est aussi une opportunité de traiter. Mais je ne sais pas si on retrouverait les mêmes chiffres si on faisait Prévacar aujourd'hui.

Pour le VHC, c'est environ 50% qui ignoraient leur séropositivité pour le VIH, c'est très peu. On annonce peut-être 3 ou 4 nouvelles séropositivités par an.





De mémoire, sur Réau, on a eu un dépistage de novo pour un VIH et 3 hépatites B sur les douze derniers mois. Donc il y en a quand même.



Acceptabilité et réalisation des dépistages sérologiques des maladies virales chroniques (VIH, VHB, VHC) et de la syphilis, lors de la consultation « arrivant » des maisons d'arrêt d'Île-de-France

Gaëlle AUDINET-POTIER

USMP de la maison d'arrêt de Bois-d'Arcy

Béatrice CARTON

UCSA de la maisons d'arrêt de Bois d'Arcy, Versailles Les maladies virales chroniques sont de véritables enjeux de santé publique pour plusieurs raisons :

- Ce sont des pathologies fréquentes, puisqu'on estime qu'il y a entre 150 000 et 280 000 porteurs chroniques de maladies virales en France et 15 000 cas de syphilis par an, sachant que l'Île-de-France est la région métropolitaine la plus touchée par ces pathologies.
- Ce sont des pathologies graves, pour lesquelles il existe un traitement qui permet de diminuer le nombre de contaminations et, dans certains cas, de les guérir (pour le VHC et la syphilis) ou de les stabiliser (pour le VIH et le VHB), ce qui permet au patient infecté chronique de rattraper la même espérance de vie que la population générale.
- Ce sont enfin des pathologies d'intérêt pour le dépistage puisqu'on estime que les épidémies cachées (les personnes qui ignorent leur contamination) représentent entre 16,5 % et 55 % des personnes contaminées.

Vulnérabilités multiples et aggravées

La population carcérale est une population qui a des vulnérabilités qui préexistent à l'incarcération, une forte précarité socio-économique, des comorbidités psychiatriques et addictives assez importantes et une morbidité doublée par rapport à la population générale. Ces vulnérabilités sont aggravées par des conditions de détention sous-optimales (locaux vétustes et surpopulation chronique).

Il y a également des freins à la prise en charge sanitaire puisqu'il y a des difficultés de maintien du secret médical, par exemple par la connaissance par la Pénitentiaire des spécialistes rencontrés par les patients, ce qui pousse certains à ne pas se faire prendre en charge. Les mesures de réduction des risques ne sont pas équivalentes au milieu libre, contrairement à la loi du 18 janvier 1994 qui demande une équivalence de moyens et de compétences entre le milieu libre et le milieu carcéral. Enfin, les pratiques à risque sont taboues car stigmatisées.

Tout ceci concourt au fait que les prévalences des maladies virales chroniques en milieu carcéral sont 3,5 à 6 fois supérieures par rapport à la population générale (jusqu'à 1 000 fois supérieure pour la syphilis). La consultation « arrivant » est le premier contact qu'a le détenu avec autre chose que le judiciaire et le pénitentiaire, son premier contact avec le sanitaire en milieu pénitentiaire. Elle est systématiquement proposée à tous les entrants en détention (consultation infirmière, consultation médicale et radiographie pulmonaire). Dans certaines maisons d'arrêt (environ deux tiers des établissements), la consultation dentaire n'est pas obligatoire, comme la consultation psychologique ou avec une infirmière du SMPR (réalisée automatiquement dans environ 50 % des cas).

Une étude observationnelle multicentrique rétrospective

L'objectif de l'étude était d'évaluer l'acceptabilité et la réalisation des dépistages des maladies virales chroniques et de la syphilis en consultation « arrivant » en maison d'arrêt et quartier maison d'arrêt d'Îlede-France, les objectifs secondaires étant de décrire les délais de réalisation des prélèvements sanguins, l'effectivité du rendu du résultat et son délai, et éventuellement, la réalisation d'une vaccination prophylactique contre l'hépatite B.

Nous avons pour cela réalisé une étude observationnelle multicentrique rétrospective sur des dossiers tirés au sort (100 dossiers de sortants 2016 par maison d'arrêt ou quartier maison d'arrêt visités).

Au total, nous avons inclus 9 établissements sur les 10 maisons d'arrêt et quartiers maison d'arrêt d'Île-de-France (soit 94 % de la population carcérale d'Île-de-France). 300 femmes et 600 hommes.

Des détenus qui sont en majorité libérés l'année de leur incarcération, ce qui est cohérent avec la durée moyenne de séjour dans ces maisons d'arrêt et quartiers maisons d'arrêt (6 mois en 2016), et majoritairement condamnés lors de la consultation. Le taux de récidive (57 %) est plus important chez les hommes que chez les femmes. Une population jeune (âge médian de 28 ans pour les hommes, 30 ans pour les femmes), majoritairement célibataire, 25 % des femmes et 9 % des hommes déclarant un niveau scolaire très faible (inférieur ou égal au primaire). On compte également plus de 40 % des chômeurs dans les deux sexes, et 45 % des femmes et 32 % des hommes n'ont pas de couverture sociale à l'arrivée en incarcération.

Mous avons essayé de limiter les biais de recrutement en étant multicentrique, en prenant les deux sexes et des dossiers « tout-venant », et de décrire les pratiques au plus juste de la réalité, initialement en prenant un nombre fixe de dossiers par centre et en pondérant ensuite nos résultats selon le flux carcéral de chaque établissement. »



Proposition et acceptabilité du dépistage

Très peu déclarent spontanément les facteurs de risques et les antécédents d'infections transmissibles (4 % des hommes et 5 % des femmes déclarent un antécédent d'IST, seuls 8 % et 12 % respectivement déclarant des comportements à risques). On voit par exemple que 44 % des hommes (et 21 % des femmes) ont une consommation de drogues actuelle ou sevrée.

Pour les femmes, 97,7 % des entrantes ont bénéficié d'une consultation « arrivant », et 95,6 % se sont vu proposer un dépistage sérologique. Les dépistages n'étaient pas proposés quand les sérologies avaient été faites lors d'une précédente incarcération ou qu'elles dataient de moins d'un an. Sur toutes ces femmes, 70,7 % ont accepté le dépistage mais seules 94,4 % d'entre elles reviennent effectivement se faire prélever, soit une perte de 5,6 %. Parmi toutes celles qui ont été prélevées, seules 65,2 % ont eu accès à leur résultat.

Chez les hommes, c'est à peu près le même constat, en pire : sur 600 dossiers, 98,8 % des entrants sont examinés et un dépistage sérologique est proposé 95 %. Soixante-quatre pour cent (64 %) acceptent, dont 83,4 % reviennent effectivement se faire prélever (soit une perte de 16,6 %). Seuls 56,1 % de tous ceux qui sont revenus se faire prélever ont eu accès à leur résultat.

En analyse multivariée, il y a seulement deux facteurs liés au refus de dépistage : le lieu d'incarcération et le fait d'appartenir au groupe DOM-TOM ou Asie-Océanie (contrairement au groupe d'Afrique subsaharienne qui a une probabilité d'acceptation du dépistage supérieure). Être âgé de plus de 30 ans lors de l'incarcération et avoir déclaré des facteurs de risques spontanément lors de la consultation « arrivant » a des liens significatifs avec le fait d'accepter plus facilement le dépistage. À l'inverse la récidive, le statut judiciaire et le statut marital n'ont pas de liens significatifs en analyse multivariée.

La consultation « arrivant » est réalisée entre les 24 et 36 premières heures suivant l'incarcération mais les délais de prise en charge sont plutôt longs (plus de 8 jours chez les femmes, jusqu'à 11 jours chez les hommes), les délais de rendu des résultats étant très longs (plus de 14 jours pour les deux sexes).

Enfin, 50 % des femmes et un tiers des hommes éligibles ont été vaccinés contre l'hépatite B au cours de leur incarcération.

Il s'agit donc d'une population jeune, vulnérable, pourvoyeuse de ces pathologies en pré et post peine dans la population générale, l'Île-de-France étant la région la plus touchée par ces maladies virales chroniques et la syphilis.

Les limites de l'étude

Les faiblesses de cette étude sont de s'être limitée à la population des quartiers maisons d'arrêt et des maisons d'arrêt d'Île-de-France (qui représentent 86 % de la population carcérale d'IdF), et de ne s'être intéressée qu'à une seule région à forte prévalence (on ne sait pas si cela favorise ou non l'acceptation des dépistages). Une étude rétrospective sur dossier limite la compréhension de la non-réalisation des consultations, des vaccinations et des dépistages (on ne sait pas si cela n'a pas été proposé ou si cela a été proposé mais refusé, proposé et accepté mais non réalisé).

Il y a enfin une grande hétérogénéité des pratiques, car il n'y a pas de fiche « arrivant » standardisée entre les différentes maisons d'arrêt, et le recueil de données non prioritaires comme la scolarité, la couverture sociale ou la vie professionnelle sont donc difficilement exploitables car manquantes dans plus de 20 % des dossiers.

En résumé

On a une bonne application des recommandations avec une proposition de dépistages quasi systématique (97 % des femmes et 95 % des hommes). Les femmes adhèrent plus facilement au dépistage (71 % l'acceptent et 94 % reviennent se faire prélever, contre respectivement 64 % et 83 % des hommes), les facteurs liés au refus étant les lieux d'incarcération et les pays d'origine (à prendre avec précaution car la manière dont les dossiers étaient remplis peut porter à confusion). Les délais de prélèvement sont longs, plus longs chez les hommes que chez les femmes (ce qui peut peut-être expliquer que les femmes se fassent plus dépister que les hommes), les rendus de résultat sont faibles, quel que soit le sexe (56 % des hommes et 65 % des femmes), avec des délais très longs (plus de 14 jours pour les deux).

Enfin, la vaccination contre l'hépatite B lors de l'incarcération n'a concerné qu'un tiers des hommes et la moitié des femmes éligibles, ce qui peut s'expliquer par la durée moyenne de séjour en maison d'arrêt et quartier maison d'arrêt (6 mois, qui est le schéma recommandé pour cette vaccination) et par les ruptures de vaccin en 2016.



LES DIFFICULTÉS DE RENDU DE RÉSULTAT

À quoi sont dues les difficultés pour le rendu des résultats, d'où





On ne sait pas, mais il y a une certaine variabilité des pratiques en fonction des USMP : certaines envoient le double des résultats en cellule, d'autres font une lettre expliquant les résultats qu'ils remettent en main propre, d'autres convoquent les patients en consultation pour leur expliquer les résultats... Une USMP a expliqué ne pas avoir le temps de les rendre et le faire uniquement si les personnes reviennent à l'unité pour autre chose ou si elles sont demandeuses. Tous les résultats positifs sont cependant rendus : quelles que soient les USMP, les patients sont convoqués en consultation pour une annonce des résultats.





LES REFUS LIÉS AU LIEU D'INCARCÉRATION

d'incarcération?

L'étude montre que, dans un lieu, le dépistage était accepté par beaucoup plus de personnes (par rapport au centre de référence ayant le flux le plus important) alors que dans un autre centre, il était à l'inverse refusé par beaucoup plus de gens. Nous pensons que c'est lié à des pratiques locales d'organisation et peut-être à la façon dont les professionnel-le-s proposent le dépistage.





Lorsque la proposition de dépistage est refusée par les patients, on a remarqué qu'elle l'était souvent parce que c'était un CeGIDD qui venait tel jour à telle heure. Les personnes qui venaient faire le dépistage étaient vues par tout le monde. C'était la même salle d'attente pour tous, et les détenus savaient que si les personnes venaient, c'est qu'elles pouvaient avoir des problèmes. Une autre thèse sur les refus de dépistages initiaux faite à Fresnes disait qu'il y avait aussi la peur des piqûres et le fait de ne pas avoir envie de revenir. Un argument en faveur des TROD puisque la piqûre fait moins peur, c'est moins invasif, et les personnes n'ont pas besoin de revenir, on fait tout en consultation « arrivant ».





LES DÉLAIS DE PRÉLÈVEMENT

La surpopulation et la charge de travail peuvent-ils avoir un effet, en particulier sur le délai de prélèvement ? Le fait qu'il soit plus court chez les femmes pourrait-il refléter qu'il y a moins de surpopulation dans certaines maisons d'arrêt ?

GAËLLE AUDINET-POTIER

C'est une bonne hypothèse. Il y a moins de surpopulation chez les femmes mais il y a aussi moins de médecins (moins présents en nombre de jours), ce qui ne raccourcit donc pas forcément la prise en charge. Pour la consultation « arrivant », les hommes sont quand même vus un tout petit peu plus rapidement que les femmes, donc les délais de prélèvement sont un peu plus courts. Mais le fait qu'il n'y ait pas de médecin tous les jours dans les unités sanitaires pour femmes n'améliore pas forcément les prises en charge.

Plus la surpopulation augmente, plus on a de difficultés à prélever les gens au quartier « arrivants », donc il faut ensuite qu'ils soient prélevés à distance, en division. Et s'ils acceptent souvent le principe en quartier « arrivants », après, ils ont d'autres préoccupations et refusent une fois en détention normale. C'est donc bien de pouvoir les prélever au quartier « arrivants » parce qu'ils viennent de voir le médecin, on leur a proposé, expliqué, c'est encore très frais dans leur esprit, et ils acceptent plus facilement. Plus on a de difficultés à prélever au quartier « arrivants », plus les refus sont importants.



EMMANUEL PROTAIS

La variable que j'introduirais, c'est aussi les carences en personnel. Bien sûr, il y a la surpopulation pénale (ce qui n'est pas le cas en centre de détention) mais il y a aussi la sous-population soignante, qui peut également obérer l'accès aux soins et aux consultations d'arrivant que nous essayons de rendre systématiques mais qui prennent parfois des délais (donc les dépistages également). Il serait très intéressant de pouvoir faire cette même étude dans les établissements pour peines.

Emmanuel Protais:

Un challenge pour nous, en centre de détention, est certainement de re-proposer le dépistage à ceux à qui on ne l'a pas fait parce que la sérologie est récente, le re-proposer après un certain temps et pas seulement lorsqu'il y a une prise de risque. Et par ailleurs de pouvoir le reproposer de façon systématique à tous ceux qui arrivent de maison d'arrêt.

Amélioration de la cascade de soin VHC en détention. Rôle de la coordination des acteurs et de la médiation en santé

Dr Stéphanie DOMINGUEZ

Hôpital Henri Mondor

Le Parcours VHC est un projet né d'une demande de l'ARS Île-de-France qui, à l'ère des antiviraux à action directe (AAD) qui ont été une réelle révolution dans la prise en charge de l'hépatite C, a voulu s'illustrer sur une question phare de l'hépatite C : comment amener vers le soin les personnes les plus vulnérables, la population la plus marginale et la plus compliquée à atteindre ? Nous avons beaucoup travaillé avec un comité de pilotage à l'ARS pour cibler les actions, les lieux d'intervention et les partenaires, ce qui a abouti à un projet très pragmatique qui a démarré il y a deux ans.

La méthode du projet était de sensibiliser toutes les personnes qui sont en contact avec ces populations, sur l'intérêt du dépistage et de faciliter un accès rapide aux soins pour un traitement efficace. L'équipe projet (un référent



projet, un référent médical, une coordinatrice sociale qui est juriste spécialisée en droit de la santé et droits des étrangers, et 3 médiateurs en santé) se rendait sur place pour aider à coordonner le soin et monter des parcours spécifiques dans chaque endroit. Nous travaillons également avec l'unité de recherches de Mondor pour avoir des données, pouvoir analyser ce qu'on fait et la pertinence de nos expérimentations. Nous avons été financés par l'ARS à hauteur de 900 000 € sur trois ans.

Un bilan beaucoup plus modéré en détention

Les inclusions ont réellement commencé en octobre 2016, et nous avons un constat globalement positif à ce jour. Nous avons de très bons résultats sur la prise en charge des patients atteints de l'hépatite C usagers de drogues, migrants, en général sur le territoire. En détention, c'est plus modéré.

Sur les 150 000 personnes (estimées) infectées chroniquement, 61 000 ne sont pas encore dépistées et ont une hépatite chronique active, et parmi celles qui sont déjà dépistées, 37 000 restent encore à traiter. À la louche, il y a donc 100 000 personnes à atteindre, traiter et quérir avec des traitements extrêmement efficients. Nous avons eu pour nous l'évolution de la loi pendant le projet, avec l'ouverture au traitement universel (plus aucune discrimination en fonction de la sévérité de la maladie du foie et du degré de fibrose), d'abord pour les patients co-infectés puis pour tout le monde. On a la chance d'avoir un environnement politique favorable, des moyens mis en place (avec des enveloppes dédiées qui permettent de traiter 15 000 personnes par an), et des traitements qui guérissent dans plus de 95 % des cas. On est donc vraiment dans un climat très privilégié. L'ambition nationale étant d'éliminer l'hépatite C d'ici 2025, il fallait se fixer un objectif et des moyens.

Cela concerne toujours les mêmes populations (les usagers de drogues, la population carcérale et les migrants) et en prison, les personnes cumulent parfois les trois facteurs de risque (migrant d'une zone de haute endémie, usager de drogues ancien ou actuel, et détenu). Au moment où nous avons bâti ce projet, nous avions aussi comme élément rassurant que ces traitements, quels que soient les associations ou le laboratoire qui en faisait la promotion, marchaient très bien chez les usagers, même actifs (avec pratiques à risque). L'ouverture au traitement universel et des données d'efficacité dans des populations réputées difficiles à traiter nous ont donné des ailes pour mener ce projet.

Le projet a été porté par l'ARS Île-de-France, avec beaucoup de groupes de travail en amont, sur le dépistage et la population carcérale. Nous nous sommes fixés sur les trois départements d'Île-de-France où la concentration d'hépatite C est la plus importante (la Seine-Saint-Denis, Paris intra muros et le Val-de-Marne). Nous nous sommes rapidement rendu compte qu'il y avait un problème en prison où la population dépasse largement la capacité d'accueil.

Les patients inclus avaient plus de 18 ans, devaient avoir été dépistés positifs sans avoir été pris en charge ou traités, l'objectif d'évaluation étant de les amener au traitement.

Nous avons d'abord mis à jour les données épidémiologiques concernant la prévalence de l'hépatite C en Île-de-France, avons créé un répertoire détaillé de toutes les structures qui dépistaient, 120 au total (Csapa, Caarud, Cegidd, maisons médicales, médecins généralistes, unités sanitaires...) qui ont signé une convention avec ce projet Parcours. Nous avons également créé des consultations rapides d'accueil de ces patients une fois dépistés dans vingt structures hospitalières, créé un CRF électronique que tout le monde remplit (de la structure de dépistage à la structure de prise en charge) et qui nous permet de voir l'évolution des patients dans le Parcours, les points de rupture, et de les analyser. Cela nous permet également de mettre en place un observatoire d'efficacité de ces antiviraux en population très difficile à suivre.

Un travail de longue haleine

Le point d'ancrage pour le milieu carcéral était Fresnes et toutes les unités qui travaillent avec Fresnes. Nous avons fait du dépistage, sensibilisé les acteurs du dépistage qui ne connaissent parfois rien à l'hépatite C. Nous avons organisé des journées de formation (avec les associations Gaïa et SOS Hépatites) où toutes les personnes des unités sanitaires, des Caarud, etc., se croisaient. C'était très riche et elles ont beaucoup apprécié.



Nous les avons aidés à organiser les files actives, à repérer qui avait été dépisté et quand, à solliciter des habilitations de l'ARS pour réaliser des TROD, à répondre à l'appel à projets de la DGS sur la mise à disposition des TROD, et dans beaucoup de structures, nous avons créé des permanences de médiation en santé pour continuer la sensibilisation, continuer à être vus régulièrement, par les équipes médicosociales mais aussi par les usagers. Un travail de longue haleine mais qui a porté ses fruits. Nous nous sommes présentés comme une plate-forme d'orientation rapide pour les associations qui savaient qu'à partir d'un TROD VHC positif, elles pouvaient nous appeler pour que nous les aidions à prendre en charge le patient, faire un point sur les droits et motiver une consultation rapide à l'hôpital.

Le coordinateur a formé les écoutants d'Hépatites Info Service qui sont désormais à même de donner des renseignements sur ce qu'est l'hépatite C et inciter les gens à se rapprocher du Parcours.

Nous avons aidé les vingt structures hospitalières à créer des consultations rapides. Une personne avec un TROD ou une sérologie positive peut nous appeler et on lui trouve une consultation dans les 72 heures. Cela existait déjà dans certains services où nous nous sommes donc contentés de formaliser l'interaction avec l'équipe Parcours.

Le travail de coordination sociale a été crucial car si tous ces patients n'étaient pas dans le parcours de soins classique, c'est qu'il y avait des comorbidités sociales (grande précarité, comorbidités addictives ou psychiatriques mais surtout de grosses problématiques sociales).

En détention, l'essentiel du travail a été de créer des documents-navettes et de faire une passerelle entre l'unité sanitaire et les conseillers pénitentiaires d'insertion et probation (CPIP). Il y a eu des réunions pour essayer d'optimiser cette collaboration qui est souvent compliquée. Les sorties ne sont malheureusement pas assez préparées, notamment sur le plan du soin. Ce manque de coordination fait qu'il y a probablement des opportunités manquées d'instauration de traitements en détention et trop de perdus de vue à la sortie.

Difficultés multiples

Nous sommes partis du constat qu'il y avait une surpopulation terrible et un turnover extrêmement important qui font qu'un projet de soins est très difficile à mettre en place rapidement. En Île-de-France, la durée moyenne de séjour en prison est de six mois, or les traitements durent huit à douze semaines. Il y a quand même 30 % de peines de moins de trois mois

pour lesquelles c'est quasiment impossible de traiter un patient. Il faut diagnostiquer et initier le traitement dans des délais record. Même sur six mois, c'est compliqué.

Il y a l'infection à l'entrée, mais après, il y a aussi les cas incidents en incarcération, du fait de la promiscuité, du partage de petit matériel et de l'usage de drogues (on trouve tout ce qu'on veut en maison d'arrêt). L'usage est très fréquent, il y a une grande promiscuité, mais pas de politique de réduction des risques, pas d'accès au matériel à usage unique. Il y a donc un risque de contamination en prison.

Quand on regarde la proposition du dépistage, les chiffres sont bons. Quand on regarde l'acceptation, on chute déjà à près de 65 % (aussi pour des problèmes structurels) et si on regarde le taux de réalisation, on est à 87 % de 65 %, donc 50 % de réalisation réelle. Et on n'en est qu'à la sérologie. Il y a les délais de prélèvement, les délais de remise, et on ne sait toujours pas si les gens ont une hépatite chronique. Donc au final, on est à 25 % de réalisation de la sérologie (ARN).

Les difficultés sont là, l'offre de soins est insuffisante, il n'y a pas assez de personnel, pas assez de FibroScan®, une difficulté de coordination des services entre le médical et la préparation à la sortie, et probablement pas assez de sensibilisation sur l'hépatite C durant l'incarcération alors que c'est un moment très privilégié où on pourrait traiter et guérir. Il y a aussi des difficultés liées aux détenus : ce n'est pas du tout leur priorité, ils ne sont pas hyper motivés pour aller à la consultation, la barrière de la langue est parfois très importante (il y a beaucoup de personnes d'Europe de l'Est), des libérations sèches mettant tout par terre... Mais il y a aussi la grande inconnue de la sortie : où vont-ils être hébergés, où vont-ils vivre, comment vont-ils être entourés ?

L'Établissement public de santé national de Fresnes (EPSNF) a tenté de répondre à une de ces problématiques en créant une consultation tout-en-un (bilan fibrose, caractérisation de la maladie hépatique, consultation avancée...) mais c'est là aussi très compliqué en raison des délais, des problématiques règlementaires, des délais d'escorte etc.

Une solution tout-en-un pour des gens qui viennent de toutes les unités sanitaires. Mais quand on a des peines très courtes, les délais de prise en charge à l'EPNSF limitent également la complétude de la prise en charge et l'accès au traitement.

En théorie, il y a aussi une coordination des soins en post-détention, des Caarud référents, des Csapa référents, des Lits Halte Soin Santé (LHSS), des Appartements de coordination thérapeutique (ACT), plein de choses, mais nous n'avons pas de données sur l'efficience de cette coordination.

Les spécificités du programme en détention

En détention, ce qui nous a paru pertinent, c'était que notre équipe de médiateurs et la coordinatrice sociale rencontrent les personnes dépistées positives au plus proche du diagnostic. Les rencontrer, faire un point social, recueillir le maximum d'informations pour imaginer ce qui allait se faire à la sortie.

- Les outils : un dossier social, des fiches de liaison imaginées pour essayer de créer une communication entre l'unité sanitaire et le SPIP et pour nous aider à relancer, à rester en contact avec les gens après la détention, et des tableaux de suivi usagers qui sont aussi utiles pour que les médecins des unités sanitaires sachent où en sont les gens qu'ils ont vus un jour donné pour un dépistage ou une proposition de dépistage.
- Les moyens : il s'agissait de travailler au plus près du dépistage, de préparer la sortie, voir où l'on pouvait être un point-relais après la détention et surtout, de mutualiser tous ces efforts. Les médiateurs et la coordinatrice sociale tentent de rester en contact avec le détenu en dehors de la détention. Nous mutualisons les efforts de tous les acteurs en aval, structures d'hébergement, Csapa/Caarud référents, associations qui aident à faire de l'interprétariat, et nous nous rendons extrêmement disponibles. Dans chaque maison d'arrêt, nous avons organisé des groupes de travail entre les médecins intervenant en unité

sanitaire et les CPIP, et nous avons vraiment travaillé sur le dedans/dehors. Ces réunions évitent les doublons et que tout le monde fasse la même chose, on mutualise les infos pour essayer d'avoir un suivi des patients le plus efficient possible. On explique vraiment aussi aux patients l'intérêt qu'ils ont à rejoindre un projet de soins parce qu'ils voient bien que cela peut être un levier, une opportunité pour essayer de rentrer dans le droit commun, avoir un projet dans leur projet global de réinsertion. Nous les aidons aussi physiquement dans l'accompagnement de leur parcours de soins en post-détention et dans leurs démarches administratives.

« Il y a effectivement une spécificité à la prise en charge carcérale : on cible les mêmes populations qui cumulent les facteurs de vulnérabilité et de précarité, avec des comorbidités addictives et parfois psychiatriques, et il y a tout l'aspect règlementaire, la lourdeur administrative et l'organisation qui font que l'efficience de tout ce qu'on peut mettre en place est probablement encore un peu plus compliquée. >>

Le premier bilan

On a quand même eu des loupés dans la cascade de soins : certains détenus ont joué le jeu pendant la détention mais une fois sortis, ont vraiment d'autres priorités. Il y a également beaucoup de Géorgiens qui sont très méfiants, veulent rester anonymes et n'ont pas du tout envie de partager des informations (notamment sociales) sur ce qu'ils vont devenir après. Dans les limites, il y a aussi l'hébergement parce qu'il y a finalement très peu de lits dédiés et nous nous sommes récemment heurtés à des problèmes judiciaires à la sortie avec les OOTF (Obligation de Quitter le Territoire Français). À ce jour, on a 86 patients inclus en maison d'arrêt : 73 ont une hépatite chronique active, 46 ont initié un traitement, 23 l'ont fini et 5 sont en cours de bilan. Ce n'est pas mal, mais c'est quand même beaucoup moins bien que ce qu'on

a globalement dans le Parcours. Ca montre la grande difficulté et la grande précarité.

Sur ces 86 patients, il y a une majorité d'hommes,

qui ont 43 ans (médiane), 70 % d'usagers de drogues actifs ou anciens, 30 % de migrants, un tiers présentant des comorbidités psychiatriques, un petit pourcentage des co-infections VIH/VHC, 1 % VHB/VHC, 85 % ayant une PCR positive (comme en population générale). Les 23 ayant fini leur traitement ont été perdus de vue après leur sortie. On avait le vœu pieux de continuer à suivre ces gens après leur guérison, je pense que c'était trop ambitieux, mais ils auront au moins été traités et quéris.

Si nous sommes assez contents de ces résultats, le milieu carcéral est quand même le lieu le plus compliqué de tout le Parcours, les difficultés qui persistent étant le délai de rendu de diagnostic et d'accès au traitement qui sont trop longs par rapport au délai médian de la peine. La rétention dans le soin est aussi très compliquée parce que les sorties sont très précaires, on perd le contact malgré les relances incessantes de nos médiateurs et de la coordinatrice sociale. On a aussi eu un problème interne à notre organisation : un turnover très important de nos médiateurs, parce que si le métier de médiation en santé est discuté partout, le statut n'existe pas. Les salaires sont bas et les gens restent peu. C'est un tremplin pour eux et ça a été assez compliqué pour nous, surtout en détention où des habitudes de travail avaient été instaurées.

A un an de projet, on constate une forte adhésion des acteurs, la coordination du soin a rassuré tout le monde et a vraiment trouvé un écho important. Il y a une grande satisfaction des personnes qui dépistent parce qu'elles ont une solution derrière, proposer un dépistage n'est plus anxiogène, même s'il est positif. Une grande satisfaction des usagers également, qui se sentent portés par l'équipe, par les médiateurs. On s'était fixé mille patients en trois ans et à un an et demi, on en est à 550, avec un accès réel au traitement. Plus de 85 % des personnes incluses dans Parcours sont à ce jour traitées, nous n'aurions

jamais cru atteindre cet objectif.



« Il va falloir aller encore plus vite, encore plus près des patients et encore plus tôt par rapport à leur dépistage positif, mais il va surtout falloir améliorer les premières étapes du diagnostic. C'est là dessus qu'on peut jouer grâce à des outils innovants. Il va falloir continuer à coordonner les soins addictologie /hépatologie à la sortie, favoriser la continuité médicosociale, l'accompagnement global, renforcer les réseaux territoriaux et se concentrer sur cette typologie de patients.

À partir de cette semaine, nous mettons à disposition des TROD et des buvards partout, pour qui en fait la demande, et nous avons un projet pilote avec la technique de Gène Expert qui permet de faire une PCR en une heure que nous mettons en place dans deux Csapa. Mais pourquoi ne pas l'imaginer en détention? C'est là qu'elle aurait vraiment sa place parce qu'on pourrait faire tout-en-un: après une proposition de test, faire une PCR en temps réel en cas de TROD positif. On gagnerait un temps inouï et on pourrait instaurer un traitement dans la semaine qui suit.

L'EPSNF fait ses consultations avancées, y a-t-il possibilité de les étendre ailleurs sur le territoire ? Nous avons prévu des TROD, c'est très pratique, une piqûre au bout du doigt et le résultat en 20 minutes, le seul inconvénient étant la fenêtre sérologique (si les gens se sont contaminés récemment ou s'ils sont en primo-infection, la sensibilité du test est un peu moins bonne). Mais ça reste un outil très utile. On a également les buvards, une goutte de sang au bout du doigt qui permet de faire la PCR VIH-VHB-VHC, qu'on envoie à un labo de référence et on a le résultat en 7 jours. Cela peut aussi faire gagner du temps en détention. Enfin, plus récemment, il y a cette petite cartouche qui, à partir d'un prélèvement au bout du doigt, remplace la centrifugation et donne le résultat en 60 min. Ça a été validé en sang capillaire par une équipe australienne de renom qui a montré qu'il y avait les mêmes performances qu'avec une PCR sur sang veineux standard. C'est extrêmement intéressant et nous voyons des implications évidentes, pour les détenus, les usagers de drogue, les migrants, et pour les patients co-infectés un peu labiles.

L'amélioration du dépistage pour les populations à risques, c'est de tout regrouper dans une unité de lieu. En prison, on a l'unité de lieu (les patients sont captifs) mais ce qu'il faut, c'est gagner du temps pour tout faire en une étape. On a des pistes d'amélioration, on va les proposer, à vous de nous aider dans les contraintes règlementaires qui pourraient limiter la mise en place de ces projets pilotes. Nous sommes convaincus de la nécessité de raccourcir toutes ces étapes et de faire des propositions tout-en-un pour avoir le temps de traiter les patients. Parce que le post-détention est quand même extrêmement incertain malgré les interventions des équipes dédiées. Le gros du travail, c'est d'intervenir pendant l'incarcération.



LE GÈNE EXPERT

Quels sont aujourd'hui les freins à l'implémentation du Gène Expert, qui donne les résultats en une heure ?



Ces techniques n'ont pas encore de cadre règlementaire, mais dans le cadre de la recherche, nous n'avons pas de frein pour l'expérimenter et montrer son importance, le gain de temps et le levier que cela représente pour la mise en route d'un traitement, dans un délai très court avec une population très volatile. Mais ces techniques ne peuvent pas être utilisées hors cadre de recherche.



ARRÊTER LE TRAITEMENT AVANT LA FIN ?

Est-ce que ça présente vraiment un inconvénient de commencer un traitement si on l'arrête avant la fin ? Y aura-t-il explosion de la résistance ?

C'est une excellente question parce que c'est la grande préoccupation des médecins des unités sanitaires, d'avoir instauré un traitement qui ne sera pas complété. On a chacun des expériences, des gens qui n'ont pris qu'un mois de traitement et qui ont été guéris, d'autres qui ont pris un mois de traitement et qui ont rechuté mais qui n'ont pas eu de mutations de résistance. Cette inquiétude de la non-complétude du traitement est donc finalement relative parce que ces traitements sont tellement puissants qu'un mois ou un mois et demi de traitement peuvent être suffisants. Une observance très relative peut, de même, parfois ne pas compromettre le traitement. Quand on est dans un objectif de santé publique, on s'amende de beaucoup de choses, on va vers des choses très simplifiées, on ne fait plus le génotype, on peut ne plus faire le FibroScan®. On a quand même une petite inquiétude sur la cirrhose mais, en même temps, elle se dépiste facilement (c'est clinique, il y a les marqueurs indirects, les plaquettes), on peut faire un Fibrotest ou même un APRI score qui est très simple et gratuit. Grâce à la clinique et à des tests simples, on peut donc écarter une cirrhose qui est notre seule préoccupation et qui nécessitera un suivi renforcé après la guérison. Mais vous avez raison, ces freins sont très relatifs.



STÉPHANIE DOMINGUEZ



L'INCIDENCE DU VHC EN PRISON

Vous avez parlé du pourcentage de contaminations pendant la détention, quelles sont vos sources ?



Je n'ai pas de source mais il y a des informations qui ne sont des secrets pour personne, sur le partage de matériel, la prise de risque maximum pendant la détention. Je déplore au contraire qu'il n'y ait aucune source et aucune étude sur les cas incidents en détention. Il n'y a absolument aucune étude.



On avait évalué à l'ANRS la faisabilité d'une étude d'incidence en bonne et due forme sur le VHC, mais il fallait un échantillon considérable qui n'était pas envisageable. Il y a des cas rapportés de séropositivation pour le VHC dans des délais qui sont complètement compatibles avec une contamination en détention, mais rien n'a été recensé ou recueilli. C'est sûr que nous manquons aussi de données là-dessus.

LAURENT MICHEL

CATHERINE FAC

Chez ceux qui redemandent une sérologie parce qu'ils ont eu une pratique à risque ou pour x raisons, on n'a pas observé de contamination. Mais il serait intéressant de faire une étude avec des TROD pour voir combien il y a réellement de contaminations. C'est sûr qu'il y a des pratiques à risque, tout le monde parle des contaminations en prison mais personne n'a de chiffre ou de documentation là-dessus.

Comme l'a dit Laurent Michel, l'hypothèse d'une étude visant à mesurer l'incidence du VHC en prison a été explorée en commission au sein de l'ANRS et il a été conclu que sa faisabilité est trop problématique. On suppose heureusement que cette incidence est faible. Cela ne veut pas dire qu'on ne pourra jamais produire ne serait-ce qu'une estimation de cette incidence, mais j'espère qu'on arrivera surtout à faire de la réduction des risques sans attendre cette éventuelle estimation. Chacun doit pouvoir rapporter les cas incidents observés mais en l'absence de dénominateur, on n'aura pas de réel chiffre d'incidence. Au-delà de cette question particulière, et dans une approche plus large, la connaissance de l'état de santé des personnes détenues doit être améliorée. Il faut continuer à mieux colliger les données à l'entrée en prison, car elles nous renseignent à la fois sur l'état de santé de cette population en amont de l'incarcération et sur ses besoins en détention.

CHRISTOPHE MICHON

EMMANUEL PROTAIS

Concernant le dépistage sérologie de nouveaux cas à l'arrivée en établissement pour peines, il y en a. De mémoire, nous avons eu une hépatite C, trois hépatites B et un VIH qui ont découvert un statut sérologique positif et qui ont été mis sous traitement en arrivant en établissement pour peine. Il serait donc intéressant qu'on se penche sur cette question pour quitter le on-dit, mais recueillir des données en sortie est un véritable challenge.



Rencontrez-vous des oppositions de votre direction à mettre en place ce type d'étude sur le dépistage avant, pendant et après la sortie ? Y a-t-il des freins politiques, idéologiques, concernant la difficulté à mettre en place une étude de cas incidents ?



BÉATRICE CARTON

Non, pas de freins politiques parce que nous sommes assez libres de mettre en place des études dans nos unités. Par contre, on a le frein du sous-effectif de la population soignante et du temps qu'on peut y consacrer.



DES ALLÈGEMENTS DE TRAITEMENT POUR LES LONGUES PEINES ?

Y a-t-il des données spécifiques sur les détenus de longue durée et sur leur accès potentiel à des allègements de traitement en cas d'infection VIH ? Y a-t-il un déploiement identique à celui de la population générale ?



L'évolution des pratiques, l'allègement, l'optimisation des traitements à la carte se fait-elle en prison ? Je n'en ai aucune idée parce que je ne consulte pas en prison et je ne pense pas avoir vu de travaux là-dessus dans la littérature. Mais cela serait extrêmement intéressant parce que du point de vue de la loi, l'offre de soins doit être identique.

J'ai des patients longue peine, et je peux dire qu'ils sont souvent suivis par des infectiologues dans les établissements où ils sont. Le fait d'avoir une longue peine élève l'exigence du patient, son niveau d'information et son accès à un infectiologue de façon régulière.



LE PARTAGE D'INFORMATIONS



CHRISTOPHE MICHON:

Comment avez-vous pu traiter le partage de l'information ? Quelle est la place de l'usager dans la définition de ce partage d'information ? C'est un sujet majeur à tous les niveaux, au niveau du terrain (entre les acteurs professionnels, associatifs, sanitaires et pénitentiaires), au niveau régional (dans l'organisation des procédures), au niveau national où nous essayons, entre les directions de la Santé et de la Justice, de donner des cadres efficaces et respectueux du secret médical, en mettant toujours l'usager au centre, ce qui est compliqué en centre de détention. Comment avez-vous fait ?

STÉPHANIE DOMINGUEZ

Nous nous sommes sentis investis d'un rôle de passerelle entre ces deux unités (sanitaire et SPIP) qui, faute de temps et de moyens, ne se rencontrent pas, ne partagent pas l'information. Nous avons créé des documents-navettes et motivé des réunions régulières pour passer au cas par cas la problématique des personnes détenues et anticiper au mieux la cohérence du projet de soins et le devenir à la sortie. La construction conjointe au sein d'un groupe de travail, la proposition de réunions régulières pour faire le point sur chaque personne incluse dans le Parcours ont été extrêmement appréciées, productives et rassurantes. Et ont, du coup, permis de lever des reins psychologiques, des ancrages, qui faisait que trop peu de projets étaient instaurés.

Il y a effectivement des réunions de ce genre à Fresnes avec le problème du secret médical, sachant que quand les gens étaient répertoriés « Parcours VHC » par les CPIP, ils savaient qu'ils avaient l'hépatite C. Du coup, quand on demandait aux patients s'ils étaient d'accord pour être inclus dans le Parcours, on les prévenait qu'ils seraient amenés à partager cette information médicale avec des intervenants non médicaux.



STÉPHANIE DOMINGUEZ

On mettait l'usager au centre, et c'était sa décision. Non seulement pour assurer la continuité de sa prise en charge en aval de la détention, mais aussi, par voie de conséquence, sur tout ce qui allait être mis en place pendant la détention. Nous évaluerons cette intervention, la pertinence des documents-navettes, et le recueil de la non-opposition de l'usager à partager ces données, pour voir si toutes ces initiatives ont eu un impact positif sur ce qui a été mis en place pendant la détention et pour préparer la post-détention. Mais tout cela est largement perfectible, nous en sommes bien conscients.

Partie 3. Les ateliers

Le programme ETP/VHC conduit par l'unité sanitaire de Fresnes	Page 34
Dr Muriel BOCQUENTIN et Dr Anne BAMBÉ	
La place des TROD en milieu carcéral : expérience d'un CAARUD au centre de détention de Réau	Page 37
Mathieu CHÉRON et Niakaté MAMADOU	
Quel accès aux moyens de réduction des risques infectieux en milieu pénitentiaire ?	Page 41
Dr Laurent MICHEL	
Quelle continuité dans la prise en charge des sortants de prison ?	Page 44
Nathalie VALLET	

Le programme ETP/VHC conduit par l'unité sanitaire de Fresnes

Synthèse présentée par Hélène Lépinay (COREVIH Île-de-France Ouest)

Dr Muriel BOCQUENTIN

Pharmacienne à l'USMP de Fresnes

Dr Anne BAMBÉ

USMP de Fresnes

Ce programme est le seul qui a obtenu l'agrément ETP de l'ARS en milieu carcéral. Mis en place en 2009, il a été renouvelé en 2014. Au vu de la prévalence du VHC et des difficultés sociales majeures que rencontrent les personnes détenues, tout le monde est convaincu de la pertinence de mettre en place un programme ETP/VHC en milieu carcéral. Cela étant, il pose un certain nombre de défis, notamment au niveau de la mise sous traitement mais aussi de l'intégration dans le programme : que se passe-t-il à l'issue de l'incarcération ? Toute une discussion a eu lieu sur la mise en place du traitement au regard du temps d'incarcération mais également sur la difficulté de démarrer un traitement et de l'intégrer dans le programme ETP quand on est face à des personnes non francophones (comment faire de l'ETP quand on ne parle pas la même langue ?).

En pratique

Pour intégrer le programme, la personne doit participer à au moins un atelier ayant trait au médicament. Le programme compte cinq ateliers qui ne sont pas tous obligatoires. Les différentes séances ont été présentées en insistant sur la question des outils, qui sont plus ou moins pertinents selon les personnes. Des images sont souvent utilisées, ce qui ne veut pas dire qu'il n'y a pas de difficultés de compréhension.

Une bonne opportunité

Globalement, l'incarcération apparaît comme un moment opportun pour initier un traitement et pour mettre en place un programme d'ETP. Cette population est souvent précaire et hors système de soins. C'est l'occasion de prendre en charge la maladie. Mais cela pose un certain nombre de défis : le manque de

moyens humains, notamment la réduction de l'équipe (passée de 4 à 2 personnes), les problèmes de langue (faire appel à des interprètes n'est pas forcément possible en raison de difficultés financières).

Un bilan positif

Malgré toutes ces difficultés, le bilan est positif puisque le nombre de personnes prises en charge est en augmentation constante sur les trois dernières années. Une satisfaction importante des patients a également été constatée. Pour l'équipe soignante participant au programme, c'est une expérience très enrichissante, que ce soit pour la mise en place des séances et la réflexion qui l'entoure ou la relation avec les personnes prises en charge.



UNE AIDE À LA SORTIE ?

L'ETP apporte-t-elle aux personnes des capacités qui peuvent les aider à surmonter certaines difficultés à la sortie ?



Le rôle de l'ETP, est de permettre à la personne de s'approprier les connaissances et ce qu'il faut pour prendre en charge le plus possible elle-même sa pathologie. On estime donc que ça les prépare un peu plus à se faire prendre en charge quand elles sortent. Après, nous ne l'avons pas évalué.



OÙ TROUVER DES INFOS ?

Quelqu'un va-t-il s'occuper de mettre en ligne des parcours ETP/ VHC, diabète, sommeil, ou autre, validés par l'ARS pour que tout le monde puisse les utiliser?



Le nôtre y est puisqu'il est validé. Et si vous voulez les outils, je peux vous les communiquer.





Cart'EP est un site Internet qui cartographie tous les programmes ETP d'Île-de-France toutes pathologies confondues, avec aussi un partage d'outils. Et ce sont des programmes qui ont l'agrément de l'ARS.

L'éducation thérapeutique du patient va prendre une vraie place, donc doit être soutenue de toutes les manières par un accès facile au matériel pour qu'on ne défriche pas des choses qui l'ont déjà été. Même si on doit évidemment adapter le parcours à la situation particulière de son unité de soins. Mais il y a malgré tout un tas d'outils qui restent locaux et méconnus et qui gagneraient à être partagés.

EMMANUEL PROTAIS

JEAN-LUC BOUSSARD

Cela peut être un des rôles des Corevih de mutualiser ce genre d'outils.

Il y a normalement un lien sur les sites des 5 Corevih pour accéder à Cart'EP. Au niveau de la mission inter Corevih, nous sommes en lien avec l'université de Bobigny pour essayer de rendre la cartographie plus ergonomique, donc plus accessible, à la fois par pathologie mais aussi par thématique, pour faciliter le travail des coordinateurs des programmes ETP ou de ceux qui veulent en mettre en place. C'est en cours.





La place des TROD en milieu carcéral : expérience d'un CAARUD au centre de détention de Réau

Synthèse présentée par Emmanuel Protais

Mathieu CHÉRON

Éducateur spécialisé (Interl'UD 77)

Niakaté MAMADOU

Chargé de mission (Assamede) Pour dire les choses brièvement, le TROD a toute sa place en prison et un des problèmes les plus cruciaux, est que la personne détenue puisse y accéder. Ce n'est pas si simple, surtout en maison d'arrêt.

Préalablement à l'instauration d'un TROD, il faut avoir l'accord de l'unité de soins et un protocole écrit avec elle n'est pas inutile, concernant notamment la prise en charge suivant l'annonce du résultat, qu'il soit positif ou négatif. Le travail de dépistage, du TROD, se fait au sein d'un bureau où sont menées des actions de réduction des risques, ce qui est aussi un challenge. L'administration pénitentiaire accepte que de la réduction des risques puisse se faire (par exemple par le biais d'un Caarud), à condition d'avoir une certaine argumentation, une certaine documentation et un certain pouvoir de persuasion.

Les équeils

Une fois que le Caarud ou l'association est en place et fait de la réduction des risques, le TROD va pouvoir se dérouler dans le contexte plus large de guelqu'un qui fait de la RdR, avec le problème de la stigmatisation qu'il faut éviter. Ce qui nécessite une accessibilité la plus large possible. En maison d'arrêt, il faut convoquer les personnes, et pour cela, il faut les choisir, et ce n'est pas toujours facile d'aller choisir au hasard des personnes qui vont être confirmées par l'administration pénitentiaire. En centre de détention, c'est plus simple, le bureau est là, quelque chose identifie l'espace comme un espace de réduction des risques et dans la mesure où on accède à la zone d'activités, on peut accéder librement au bureau. Mais tout le monde n'y accède pas forcément, certains ont quand même des portes fermées.

L'information : pour ceux qui ont de la chance, il y a des affiches partout et même une chaîne vidéo avec une présentation de cette activité du Caarud trois fois par jour.

Il faut aussi un temps d'adaptation de l'unité de soins et des soignants à la notion de réduction des risques, car il n'y a pas que l'administration pénitentiaire avec laquelle il faut négocier et qu'il faut informer.

Voici la liste des résistances d'une unité de soins (surtout d'un responsable) à l'instauration de TROD :

- 1. Premièrement, « ça ne sert à rien de faire des TROD puisqu'on fait des dépistages »
- Deuxièmement, « les TROD sont réalisés par des gens qui ne sont pas médecins, donc non professionnels »
- 3. Troisième raison, « on ne sait pas qui est ce Caarud ou Assamede, donc qu'ils viennent d'abord se présenter »

Il y a peu de communication entre les associations et les unités de soins, les associations ne font pas partie de l'unité de soins, donc on ne va pas partager avec elles des informations médicales. On a peur qu'avec cette association ou ce Caarud, les TROD stigmatisent les détenus. Et ça va faire une surcharge de travail pour les surveillants qui ont déjà tellement de mal à organiser les consultations...

Les détenus eux-mêmes peuvent avoir une réticence à pratiquer les sérologies, à s'informer sur leur statut sérologique, et il y a donc un grand intérêt à ce que le TROD ne soit pas isolé mais précédé d'une longue préparation et d'un entretien destiné à s'informer sur la volonté de la personne et sur ses capacités à écouter et à recevoir un résultat.

Mathieu Chéron (Interl'UD 77) le fait une fois par mois par bâtiment à Réau, et s'arrange pour venir deux fois par mois. Comme il y a quatre bâtiments, il en fait deux à chaque fois. Assamede le fait une fois par semaine à Osny, mais avec des détenus préalablement choisis.

S'il y a des aspects épidémiologiques intéressants pour le TROD, il y a également des aspects psychologiques qu'il faut bien considérer avant de se lancer pour voir quels sont les impacts psychologiques de l'annonce d'un résultat, qu'il soit négatif ou positif. Quelle est la raison d'être du TROD ? La première, c'est d'informer le patient sur son statut sérologique.

Enfin, quelqu'un a dit qu'il serait très intéressant de penser tout cela au plan national, et qu'avoir, par exemple, des Caarud dans toutes les prisons serait pertinent. Mais le problème du Caarud, c'est que c'est un peu le loup dans la bergerie parce que comme tout le monde sait qu'il n'y a pas d'usagers de drogues dans les prisons, on ne voit pas pourquoi on y mettrait un Caarud. Il faut donc argumenter, palabrer, documenter pour informer l'administration pénitentiaire et l'unité de soins.



QUELLE ACTIVITÉ?

Quelle est la fréquentation ? Le nombre de tests réalisés ?



Je crois qu'à Réau, il y a une quarantaine de TROD qui ont été réalisés (une vingtaine VIH et une vingtaine VHC) et à Osny, ils ne pratiquent que des TROD VIH et c'est en train de se mettre en place. On est donc à la fine pointe de ce qui pourrait se faire. A Osny, Niakaté Mamadou a une centaine de personnes qui ont répondu positivement à la proposition de faire un TROD. Donc il y a effectivement une possibilité importante mais ce n'est pas possible partout.



LES RÉTICENCES DES UNITÉS SANITAIRES

RIDHA NOUIOUAT (responsable des programmes Prison à Sidaction) :

Certaines des associations que nous finançons proposent du TROD et rencontrent malheureusement des obstacles. Alors que l'on sait qu'il y a des pratiques à risque et de l'usage de drogues en prison, pourquoi certains soignants refusent-ils que des structures extérieures fassent du TROD en prison? Nous avons des remontées d'associations habilitées par l'ARS Île-de-France qui rencontrent un refus systématique des soignants, sous prétexte qu'il y a un dépistage à l'entrée.



On ne peut pas faire de TROD dans son coin et l'équipe de santé en faire d'autres dans son coin, c'est un travail commun.

L'équipe de médiateurs de madame Dominguez pourrait sensibiliser ces unités sanitaires, recenser les structures extérieures faisant des TROD et faciliter ce lien pour elles.



STÉPHANIE DOMINGUEZ

C'est ce qu'on fait, il y a des actions conjointes avec Aides, et je n'ai pas l'impression, dans les unités sanitaires où nous intervenons, qu'il y ait eu un obstacle, bien au contraire. Toute initiative est bienvenue, tout renfort humain est bienvenu, il faut synchroniser les actions, les surveiller, les évaluer. Cela va probablement être le lieu privilégié pour mettre à contribution toutes les forces vives. Le prérequis est évident : il faut évaluer les besoins, les moyens humains et se synchroniser avec des associations qui ont du temps, de la motivation.

Nous sommes aux balbutiements de l'écriture de l'essai thérapeutique concernant les TROD à l'arrivée pour justement raccourcir tous ces délais. Nous avons souhaité le faire dans le cadre d'un essai thérapeutique parce que nous voulons démontrer qu'il y a vraiment un intérêt, les TROD ayant un coût financier. Si nous prouvons que les TROD ont un intérêt dans le dépistage à l'arrivée, il faudra les pérenniser. Il faut aussi que cela ne concerne pas uniquement le VHC mais aussi le VHB, le VIH et la syphilis, donc des TROD combinés.

BÉATRICE CARTON

CHRISTINE BARBIER

Le sujet, c'est quand même d'aller vers des personnes qui, pour le moment, échappent et ne rentrent pas dans ce parcours, et on voit bien que ceux qui échappent sont justement ceux qui sont les plus difficiles à toucher (peur des prises de sang, capital veineux abîmé). On a la chance d'avoir les TROD, d'avoir multiplié les points d'entrée dans le dispositif avec des associations habilitées, les Caarud/Csapa, d'avoir des unités sanitaires qui sont prêtes à le faire. Mais évidemment qu'une association qui vient faire un TROD doit être articulée avec l'unité sanitaire.



Les résistances des unités sanitaires traduisent-elles une méfiance qui repose sur de l'histoire, autrement dit sur d'autres sujets d'intervention des associations ? Existe-t-il un passif entre les unités sanitaires et les associations ? Y a-t-il un malaise parce que l'association est, par définition, toujours introduite par la pénitentiaire et que cela a créé une incompréhension et ces réactions ?

Il faut se rappeler qu'avant 2009 et la loi pénitentiaire, les actions socioéducatives (notamment collectives liées à la promotion de la santé) étaient sous la responsabilité du SPIP. Un certain nombre d'associations intervenant en collectif s'adressaient au SPIP pour entrer en prison. Quand la loi pénitentiaire a transféré les questions de santé à l'unité sanitaire, beaucoup d'unités sanitaires, par facilité, ont continué à déléguer aux SPIP la gestion des associations venant de l'extérieur et faisant des actions collectives dans le domaine de la santé. Des associations se sont donc récemment retrouvées confrontées aux difficultés qui pouvaient exister entre le SPIP et l'unité sanitaire sur d'autres questions (par exemple le secret médical). Parfois, les associations ne se rendent pas compte de l'évolution du contexte et se retrouvent otage de luttes qui ne les concernent pas.



Quel accès aux moyens de réduction des risques infectieux en milieu pénitentiaire ?

Synthèse présentée par Jean-Luc Boussard

Dr Laurent MICHEL

Ancien responsable du SMPR de la maison d'arrêt de Bois-d'Arcy, auteur des recommandations de traitements de substitution en milieu carcéral et de l'enquête PRI2DE. Directeur du CSAPA Pierre Nicole de la Croix-Rouge Française Nous sommes tout de suite passés à une discussion sur les différents moyens de réduction des risques, en nous centrant sur quelques aspects :

- Sur les préservatifs, nous avons mis en évidence l'insuffisance de leur mise à disposition par l'administration pénitentiaire qui, dans l'immense majorité des cas, ne met pas de préservatifs à disposition. On nous a cité l'exemple d'une direction qui achète les préservatifs et les donne à l'unité sanitaire pour qu'elle les distribue, ce qui est une facon un peu curieuse de botter en touche. Le problème de la non-distribution par l'administration pénitentiaire montre, s'il en était besoin, le tabou qui règne autour de la sexualité en prison, qui est partagé non seulement par les détenus mais également par l'administration, les surveillants, jusqu'aux directeurs de prison qui disent que la sexualité est interdite en prison, sous quelque mode que ce soit. Ce qui n'est évidemment pas vrai. Au décour de cette discussion sur les problèmes de mise à disposition des préservatifs, nous avons retenu la nécessité d'un travail pédagogique en direction des personnels pénitentiaires.
- Sur les programmes d'échange de seringues, au-delà du blocage, nous nous sommes demandé quelles orientations stratégiques nous pouvions mettre en place pour essayer de débloquer cette situation. Comment faire bouger l'administration pénitentiaire qui est manifestement le frein majeur malgré les consensus affichés lors des discussions des groupes de travail Santé/Justice ? Nous sommes aussi arrivés à un besoin de formation des personnels, avec une place privilégiée des Corevih mais aussi des Csapa et Caarud pour le faire, et un besoin de lobbying dans lequel les Corevih ont toute leur place, comme d'autres institutions qui pourraient peser de tout leur poids

puisqu'au total, la situation ne se débloquera que si, un jour, une instance politique a le courage de dire « c'est la loi, il faut la mettre en application ». Il faut aider les politiques à prendre les bonnes décisions.

Dernier aspect : la prévention des violences sexuelles, une des recommandations de l'OMS et des Nations unies. La grande difficulté, c'est de briser le silence autour de ces violences, qui sont certainement fréquentes, le plus souvent tues. Convaincre la victime de porter plainte est difficile, de nommer son agresseur encore plus, et le repérage des violences sexuelles est donc très peu efficace.

Nous avons conclu cet atelier en disant qu'il serait bon de faire un état des lieux des programmes qui fonctionnent, des leviers qui ont permis que ces programmes fonctionnent, et qu'il serait bon de mutualiser tous les outils entre tous les Corevih (pas seulement ceux d'Île-de-France).



PROGRAMMES D'ÉCHANGE DE SERINGUES

Avez-vous parlé des programmes d'échanges de seringues ?



Oui, pour dire que la situation était bloquée à un haut niveau sur lequel nous avions très peu de prise. En dehors de faire pression sur des politiques pour qu'ils prennent enfin les bonnes décisions, des mesures comme distribuer des seringues soi-disant à insuline en sachant qu'elles seront utilisées dans un autre but ne nous ont pas semblé être bonnes. La clandestinité ne va pas bien avec la formation et l'information. C'est avant tout un problème de lobbying pour faire bouger les lignes. On avait évoqué, et c'est toujours dans nos projets, la possibilité d'une saisine du Conseil national du sida, pourquoi pas une saisine du Contrôleur général des lieux de privation de liberté, une saisine signée par les différents Corevih et par d'autres instances ou associations (Aides était tout à fait partie prenante de ce projet). Faire bouger les lignes en sachant que c'est au niveau de l'administration pénitentiaire centrale que ça bloque et que l'opposition des syndicats pénitentiaires est très largement manipulée par cette administration.



L'OPTIMISATION DES MESURES EXISTANTES

N'y a-t-il pas un problème d'optimisation d'autres mesures existantes mais qui ne sont pas complètement mises en œuvre et effectives ? Il me semble qu'il y a aussi un sujet avec les Traitements de Substitution aux Opiacés et d'autres outils de réduction des risques (certains endroits distribuent des Roule-ta-paille), et j'ai l'impression que c'est un raisonnement dans lequel on peut s'enfermer et ne pas considérer les autres mesures de Réduction de Risques.



Nous n'avons effectivement pas abordé les autres sujets, en dehors d'une meilleure accessibilité et information sur les traitements postexposition. Un intervenant au dernier congrès de la SFLS disait que « 6 000 nouvelles contaminations, c'est 6 000 occasions de TPE manquées », ce n'est pas forcément idiot.



Quelle continuité dans la prise en charge des sortants de prison ?

Synthèse présentée par Cécile Colladant (COREVIH Île-de-France Est)

Nathalie VALLET

Éducatrice spécialisée (ARAPEJ 93)

Nous avons monté ce colloque en essayant de travailler sur l'équivalence des soins dedans/dehors et de voir comment ça fonctionnait (ou pas) à l'intérieur et à l'extérieur de la prison. Un problème en filigrane étant la continuité des soins (à l'entrée, durant la détention et à la sortie de prison). Entre la loi, la théorie, et cette continuité qui devrait être assurée, il y a encore de nombreuses problématiques.

La sortie est aussi un moment très difficile

Arapej est une association qui reçoit des sortants de prison ou des personnes en aménagement de peine, et qui a donc une vision de toutes les difficultés qu'il y a, soit à maintenir soit à rebrancher les personnes dans le soin. La question qui se pose aussi, c'est comment assurer cette continuité quand les liens dedans/dehors sont si complexes et que les liens entre les différentes institutions (sociales, médicales, associations, d'hébergement) sont loin d'être assurés. La sortie de prison est aussi un moment très difficile pour la personne, qu'elle soit malade ou non. Elle peut engendrer des problèmes psychologiques et des problèmes de réinsertion, ce qui vient compliquer la prise en charge et la continuité des soins à la sortie.

Pour ce qui est des peines aménagées, l'anticipation est plus facile. Le travail en amont peut se faire au cours de la détention pour informer les personnes du lieu où elles vont se retrouver, essayer d'obtenir le dossier médical, les ordonnances, etc. Mais cela reste compliqué. Le problème est encore plus complexe pour les prévenus qui sortent du jour au lendemain. Ils peuvent être libérés au cours d'une audience. La question n'est pas du tout la même en centre de détention ou pour les personnes qui purgent des longues peines que dans les maisons d'arrêt. Ce qui ne veut cependant pas dire que les choses sont impossibles.

Les difficultés rencontrées

On retrouve des difficultés qui ne vont pas vous étonner :

- Des difficultés d'hébergement : 1 place en ACT pour 10 demandes, le SIAO d'Île-de-France et d'autres régions « sous forte tension locative » est débordé et même la pathologie chronique ne suffit plus pour obtenir un hébergement...;
- Un problème de réouverture des droits, droits à la santé mais aussi droits en général : 30 à 35 % des personnes sortent sans carte d'identité ou sans titre de séjour et il est donc impossible de commencer toute autre démarche (réinsertion, couverture maladie, domiciliation...).

La CMU-C n'est pas faite, donc selon les caisses et les modalités de sortie, on peut avoir plusieurs mois de délais avant d'obtenir une couverture maladie complémentaire.

- Titres de séjour, dossiers MDPH, droits CAF et un certain nombre d'autres droits : les droits MDPH peuvent être demandés en cours d'incarcération, comme les affections ALD mais on se retrouve avec les difficultés habituelles de moyens, de personnels, et de communication entre les différents mondes qui interviennent en prison (social, SPIP, unité médicale et administration pénitentiaire).
- Nous avons aussi noté une difficulté dans la continuité des soins avec ce qui est remis à la sortie, c'est-à-dire qu'une ordonnance ou un traitement pour une semaine, c'est souvent insuffisant et ça oblige les associations qui accompagnent les sortants de prison à trouver d'autres solutions de dépannage, que ce soit via les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), les centres médicosociaux ou tout autre partenariat. Ce sont des partenariats de débrouille, de bonne volonté, ce qui vient rajouter des étapes dans la prise en charge.

Le dossier médical n'est pas toujours transmis, tous les sortants n'ont pas nécessairement de médecin traitant, mais nous avons parlé de la possibilité de remettre une synthèse du dossier médical à la personne, qui pourrait ensuite le montrer à un professionnel à la sortie, dans la mesure où une partie des sortants ont un médecin traitant, une autre va rencontrer des associations, mais d'autres sortent sans hébergement, sans mesure accompagnante, donc avec un risque de déperdition de l'information médicale et d'avoir à recommencer les examens et tout l'historique médical qui s'est perdu.

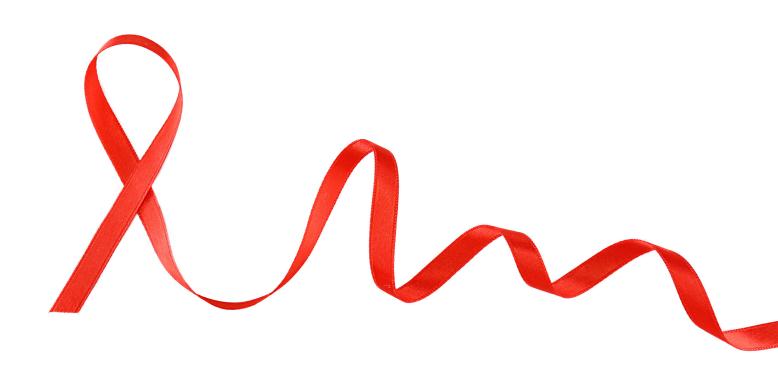
Les préconisations

Les préconisations tiennent compte des difficultés de personnel mais donnent des pistes parce que si l'on se cantonne à faire le constat des difficultés de personnel et de communication, les choses ne bougeront jamais. L'une des proposition est la mise en place, avant la sortie, d'une forme de plateau technique ou au moins de coordination entre le greffe qui donne les dates de sortie, le SPIP qui peut s'occuper des ouvertures de droits, et les unités sanitaires pour préparer la sortie dans de meilleures conditions. Nous savons que ce ne sont pas des choses forcément simples mais il y a des possibilités car il y a des choses qui relèvent du manque de personnel mais aussi du manque de communication entre ces différentes instances. Et là-dessus, peutêtre qu'il y a des pistes d'amélioration.

Dans un élan d'optimisme, nous avons même parlé de la possibilité de faire un sas de sortie comme il y a un sas d'entrée, c'est-à-dire de préparer les gens à la sortie en repérant les fragilités, les vulnérabilités et en préparant les orientations.

L'accès à l'hébergement devrait également être anticipé puisqu'un grand nombre de personnes (30-35 %) sortent sans aucun hébergement ou avec un hébergement très précaire qui ne tient pas dans la durée (quelques jours chez un tiers). Il y a différents dispositifs, les ACT pour ceux qui en ont besoin, les LHSS (Lits Halte Soins Santé), mais pour d'autres, il n'est pas nécessaire d'avoir un hébergement médicalisé. Il faudrait arriver à faire flécher un certain nombre de places pour les sortants dans le SIAO (la plate-forme qui gère l'hébergement dans une région) et s'assurer de la continuité des soins avec une copie ou un résumé remis à la personne de son dossier médical, les ordonnances et le traitement pour une durée peut-être supérieure à celle qui est donnée à l'heure actuelle... Ce n'est pas techniquement impossible puisque Nathalie Vallet a noté que cela marchait très bien pour le VHC. Ce dispositif fonctionne pour les patients VHC pour lesquels le parcours d'hébergement et le parcours de soins et leur continuité sont bien fléchés.

Un protocole, qui pour le moment paraît idéal, serait, dès l'entrée en détention, de faire communiquer ensemble les instances sociales et médicales de la prison (faire un repérage initial des facteurs de risques et de vulnérabilité psychosociale), définir un projet de soins et un projet social en fonction des demandes de la personne, et, dans la préparation à la sortie, identifier différents acteurs à l'extérieur, coordonner le projet de sortie et mettre en place un partenariat dedans/dehors, en amont des sorties, pour éviter les ruptures de soins.





LE SUIVI POST-INCARCÉRATION

Comment organiser une consultation de sortie alors qu'on ne sait pas qu'ils sortent ?



La préparation à la sortie se commence dès l'entrée, il y a tout intérêt à anticiper dès l'entrée les conditions de sortie, notamment pour les porteurs d'une maladie chronique, et d'élaborer des outils, notamment des fiches de suivi et des fiches de synthèse médicale qui peuvent être données aux patients le jour de leur sortie.

Dans la majorité des unités d'Île-de-France, le détenu sort avec quelque chose d'un peu anticipé (un dossier...) et dans certains endroits, les médecins infectiologues ou gastro-entérologues qui consultent dans l'établissement pénitentiaire informent de la consultation qu'ils ont à l'extérieur. Le médecin qui fait les suivis VIH/hépatites à Fleury dit aux personnes qu'elles peuvent venir sans rendez-vous à La Pitié, ce qui est de nature à faciliter cette continuité.

Ce que l'on nous a présenté ce matin sur les médiateurs du Parcours VHC est quelque chose d'intéressant, parce que ces médiateurs sont à la fois dedans/dehors. Ils ont un suivi très rapproché des personnes. Même avec cette expérience très « protocolée » et avec beaucoup de moyens, on n'arrive pas à tout résoudre mais c'est une piste intéressante. Médiateur, est aussi un nouveau métier qui peut faire des liens que ne font pas forcément des services qui ne sont pas toujours en bonne harmonie pour des raisons X ou Y.

CHRISTINE BARBIER



UNE PASS PRISON?

J'ai entendu dire qu'il existait une consultation hospitalière qui était planifiée pour les personnes qui sortent d'incarcération. Est-ce que ça ne peut pas être une solution, une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) prison ?



Je sais que ça existe, mais le lieu où les personnes sont détenues n'est pas forcément celui où elles iront à la sortie, donc c'est assez complexe à mettre en place. Un ancien détenu de Fleury-Mérogis se retrouvant dans le 93 ne va pas forcément retourner à l'hôpital référent du 91.

WILLY ROZENBAUM

J'entends bien mais on peut imaginer, comme il y a des PASS dans tous les établissements qu'il y ait des services d'accueil pour vérifier et orienter. J'entends souvent que les sorties se font dans de mauvaises conditions parce que les unités de soins ne sont pas toujours au courant que les gens sortent. Serait-il si compliqué de mettre en lien des structures qui permettraient de remettre les gens dans des bonnes conditions, comme quand on reçoit un patient pour la première fois ou qu'on reçoit un patient en rupture de soins d'ailleurs ?

Il y a des dispositifs de ce type à l'UCSA et à la PASS de Meaux et justement, la PASS est un relais proposé à certaines personnes détenues, pour peu qu'elles résident sur le territoire. Je sais qu'il y a aussi une consultation post-carcérale qui existait et réexistera à sa réouverture à la maison d'arrêt de la Santé.



JEAN-LUC BOUSSARD

À la commission Prison du Corevih lle-de-France Est, nous avions évoqué la mise en place d'une PASS prison et un argument contre ne nous avait pas semblé totalement à rejeter : les ex-détenus n'ont pas forcément envie que les professionnels de l'hôpital où ils vont se rendre sachent qu'ils sortent de prison. Mais c'est peut-être un faux-argument.

On connaît la veille les mises en liberté du lendemain, donc on prépare les dossiers, on fait les photocopies, on donne le bilan, et les seules personnes qui sortent sans rien sont celles qu'on appelle « liberté immédiate » (qui tombe parfois le soir). On leur dit bien qu'on leur donnera tous leurs résultats quand ils sortiront et que s'ils sortent de manière inopinée, ils peuvent toujours nous les réclamer dehors. Nous avons une PASS à Bicêtre (un de nos médecins se rend une fois par semaine faire une consultation, on donne préférentiellement ses coordonnées). Il y a donc une possibilité d'être pris en charge, au moins pour un temps limité sur cette PASS, en attendant que les choses soient positionnées dehors.

CATHERINE

CHRISTINE BARBIER

Je ne suis pas d'accord pour qu'on dédie des circuits fléchés, je trouve que c'est refabriquer de l'exclusion alors que les gens ont le droit à l'oubli. Il faut qu'ils repartent dans le droit commun. Une fois qu'on a dit ça, on a tout dit et rien dit à la fois. En termes de philosophie, je suis plutôt pour aider à accéder au droit commun mais aider aussi le droit commun à accepter des gens qui ne sont pas tout à fait les personnes attendues et très formatées pour être prises en charge. Il faut s'adapter aux gens compliqués, sinon, on les laissera au bord de la route pendant des années.



LE TRAVAIL SOCIAL



CATHERINE FAC

Il faut savoir que dans les unités sanitaires, nous n'avons pas d'assistante sociale et pas les compétences pour faire ce travail. Quant aux CPIP (Conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation), l'essentiel de leur temps est plutôt axé sur l'exécution de la peine que sur le travail social à la sortie. Que les détenu(e)s sortent avec un hébergement, c'est le monde merveilleux de Oui-Oui qu'on aimerait bien avoir, mais chercher un hébergement est vraiment le parcours du combattant. On arrive à en trouver en s'y prenant longtemps en amont mais la date de sortie ne correspond pas à la date où l'hébergement est libre. L'hébergement a bien été bloqué mais la personne ne sort pas, ou elle sort deux mois plus tôt... On y arrive pour certaines personnes dont le dossier est particulièrement lourd mais pas pour tout le monde. Et quand on sort sans hébergement, c'est toujours un peu compliqué de prendre en charge sa santé.

Il y a eu des récits d'expériences où l'aménagement de la peine était conditionné à la date à laquelle la place pouvait être libre dans l'association. Ce qui permettait de tout préparer (l'hébergement, la date d'aménagement de peine, etc.)



Partie 4. Clôture

« L'inter Corevih prend toute sa signification »

Frédéric Goyet

Médecin référent VIH-IST-Hépatites (ARS Île-de-France)

Tout ce qui a été dit aujourd'hui est plus large que les IST, le VIH et les hépatites, et on peut donc en tirer des leçons bien au-delà de ces trois maladies.

Je voulais aussi faire un double parallèle avec le Programme régional de santé (PRS 2, 2018-2022) que l'ARS Île-de-France a quasiment finalisé et dans lequel il y a un certain nombre de points importants.

- D'abord, contrairement au PRS précédent (2013-2017), celui-ci ne parle pas de pathologies, mais c'est volontaire puisqu'il traite d'axes de transformation de la santé. Dans ces axes, il y en a un dont on vient de discuter : la question des parcours de santé, pas uniquement de soins. C'est là que les progrès sont à faire. Ce parcours de santé commence très tôt, avec le repérage précoce, et la prison est un bon endroit de repérage, en particulier pour les hépatites C. C'est aussi cette notion de parcours à la sortie, comment on organise les sorties. Dans le PRS il y a un autre axe qui est de travailler les réseaux géographiquement proches. Mais effectivement, les personnes sont en prison dans un département qui n'est pas forcément celui où elles habitent. Le côté département/ territoire fin n'est donc peut-être pas le meilleur, et cela renvoie à la capacité d'avoir des réseaux de professionnels sensibilisés à ces sujets. L'inter Corevih auquel nous travaillons prend ici toute sa signification. Des réseaux de professionnels attentifs, quel que soit leur métier.
- Deuxième élément : il y a un plan d'éradication de l'hépatite C d'ici 2025 et si on ne se penche pas sur la situation en prison, on n'y arrivera pas. C'est clair, c'est une des limites que nous aurons. Donc merci à tous ceux qui sont mobilisés parce que l'on va avoir besoin de ce qui se fait, en amont, certes, mais aussi dans les prisons et à la sortie, pour être sûr que tout patient identifié, repéré, fasse l'objet d'un traitement de durée optimale. L'appui des programmes d'éducation thérapeutique des patients (ETP) est fondamental. Le PRS évoque aussi l'idée que l'ETP doit être de plus en plus quelque chose qui ne se fait pas qu'à l'hôpital. Aujourd'hui, ces programmes sont majoritairement menés à l'hôpital mais ils doivent se faire aussi dans d'autres lieux, les prisons, mais aussi les associations avec des modes diversifiés.
- Dernier point : on a souligné l'importance des médiateurs, ces personnes qui peuvent accompagner au sein et à la sortie de la prison un public qui a du mal à se réinsérer dans un processus de soins. L'ARS y croit énormément. La définition du rôle de médiateur a été relancée par la Haute autorité de santé (HAS) mais reste toujours le problème de statut. Un des objectifs des années à venir sera de professionnaliser sans dénaturer le rôle des médiateurs, en particulier des médiateurs pairs.

« Il est choquant de voir que la loi n'est pas respectée » Willy Rozenbaum

Président du Corevih Île-de-France Est



Je voudrais d'abord et avant tout remercier Jean-Luc Boussard qui est la cheville ouvrière qui, depuis le début de l'existence des Corevih, a pris en charge le pilotage de cette commission et qui a réussi à mobiliser l'ensemble de ses membres, qui ont aussi été très actifs sur l'organisation.

Cette initiative, c'est le Corevih Île-de-France Est qui l'a prise, mais c'est déjà un inter Corevih et j'en profite pour faire un plaidoyer pour que, dans les prochaines conventions d'objectifs et de moyens, cela devienne une vraie action inter Corevih. Cela permettra peut-être une mobilisation plus importante des autres acteurs.

Le sujet Prisons a attiré mon attention il y a déjà de nombreuses années, à l'époque où j'étais au Conseil national du sida avec plusieurs rapports sur ce sujet. Et quand je fais le bilan de ce que nous avions préconisé dans ces différents rapports, il est assez maigre, pour ne pas dire nul. Et je trouve ça d'autant plus choquant que finalement, il y a des programmes dans les pays en développement (les pays dont on dit que la démocratie n'est pas au cœur de leurs préoccupations), des attentions portées à la santé des gens qui semblent supérieures à celles que nous avons ici. Je me dis que l'espoir est toujours possible puisque la semaine dernière au Canada, un programme national de réduction des risques incluant l'échange de seringues en prison a été adopté. On se dit donc qu'à un moment, les faits vont être suffisants pour emporter la conviction des gens qui décident.

On parlait de lobbying, mais cela veut dire agir sur les lois et les lois existent. La loi nous dit que les personnes qui sont sous main de justice sont privées de liberté mais gardent les mêmes autres droits (sauf jugement contraire) que tout citoyen en liberté. En ce qui concerne la santé, elles devraient avoir tous les droits, toutes les offres de soins. Donc, ne faudrait-il pas porter plainte pour non-respect de la loi par un certain nombre d'institutions ? Peut-être faudrait-il créer un collectif en ce sens. Même si les décrets de la loi de 2016 ne sont pas sortis, cette loi n'est pas revenue sur cette notion fondamentale, la loi de 2009 est toujours valable. Il est assez choquant de voir que la loi n'est pas respectée. On doit avoir accès aux mêmes offres de santé et de prévention qu'à l'extérieur. Le ministère vient de nous sortir une stratégie nationale de santé sexuelle, cela veut dire qu'y compris dans les lieux d'incarcération, on devrait pouvoir parler santé sexuelle, donc de sexe. Il faut garder une certaine cohérence, sinon les politiques publiques ne peuvent pas être respectées. Comment va-t-on introduire cette nouvelle stratégie de santé sexuelle qui est censée intéresser l'ensemble des secteurs (la santé mais aussi l'éducation et d'autres) pour des gens qui sont dans cette situation très particulière de privation de liberté mais pas de privation des autres droits ?

La réduction des risques est sans doute un des sujets les plus emblématiques. Les simples recommandations de dépistage sont-elles réellement suivies ? Le test est-il proposé tous les ans aux « populations cibles », comme on les appelle pudiquement ? J'ai des doutes. Même si on ne se droque pas en prison (c'est bien connu), proposet-on un test régulier, répété aux usagers de drogues ? Fait-on une nouvelle proposition pendant l'incarcération ? Je connais les réponses, vous les connaissez aussi, ce n'est pas réalisé. Cela nécessite évidemment une énergie et des moyens qui ne sont, hélas, pas suffisants, mais on devrait tout mettre en œuvre pour afficher la volonté que les recommandations faites pour la population générale puissent être appliquées. Et si elles ne le sont pas, l'énoncer, le dire, dire qu'on y arrive pas pour telle ou telle raison.

Sur un sujet très à la mode aujourd'hui, la prophylaxie pré-exposition (PrEP), pourquoi n'y aurait-on pas droit en prison? Certes, il n'y a pas d'usage de drogues mais il y a usage de seringues, il n'y a pas de sexe mais il y en a quand même, qui pourrait d'ailleurs imaginer l'inverse ? Je suis certain qu'il y a des situations où la PrEP pourrait être proposée à certains dans les lieux d'incarcération. Il n'y a pas de raison de ne pas le faire, mais je ne suis pas sûr qu'aujourd'hui il y ait beaucoup de lieux de détention où ce genre de dispositif est, ne serait-ce, qu'évoqué. C'est pourtant le droit commun, et je pense que cela doit être le fil rouge de chacun.

Remerciements

Le Corevih lle-de-France Est tient à remercier les membres du comité d'organisation, les membres de la commission Prison, les intervenants et les participants du colloque ainsi que la Mairie du 10e arrondissement de Paris

Comité d'organisation

BARBIER Christine - CA Basiliade
BIGOT Audrey - Corevih IDF Est
BOTTELLA-PIRETTA Blandine - Corevih IDF Est
BOUSSARD Jean-Luc - Corevih IDF EsT
CARTON Béatrice - UCSA Bois D'Arcy Versailles
COLLADANT Cécile - Corevih IDF Est
CRUZ Jennifer - Association PASTT
MOUCAZAMBO Christine - Corevih IDF Est
NOUAIAT Ridha - Sidaction
NGUYEN Rose - Maison d'arrêt Fleury-Mérogis
PROTAIS Emmanuel - US Réau
ROTSEN Rébecca - Corevih IDF Est

COREVIH IDF Est - 1 avenue Claude Vellefaux 75 475 Paris Cedex 10
Tél. 01 42 38 53 28
secretariat.corevihest.sls@aphp.fr
www.corevihest.fr

Création graphique - Laura Gérard Mai 2019 - Paris