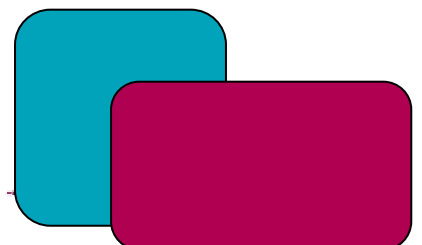


**ENQUETE
PREVACAR
VOLET OFFRE DE SOINS
VIH, hépatites et traitements de
substitution en milieu carcéral**



Direction générale de la santé
Sous-direction promotion de la santé prévention des maladies chroniques
Bureau santé des populations
Sous- direction prévention des risques infectieux
Bureau infection par le VIH, IST et hépatites

SOMMAIRE

I CONTEXTE.....	3
I.1 LA SANTE EN MILIEU CARCERAL.....	3
I.1.1. <i>La population incarcérée</i>	3
I.1.2. <i>Le dispositif réglementaire en matière d'organisation des soins en milieu pénitentiaire</i>	4
I.1.3 <i>Les Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires</i>	4
I.1.4 <i>Le dispositif en santé mentale</i>	5
I.1.5 <i>L'organisation en addictologie</i>	6
I.1.6 <i>Un dispositif spécifique de coordination pour l'infection à VIH : les COREVIH</i>	7
I.2 VIH, HEPATITES ET USAGES DE DROGUES CHEZ LES PERSONNES DETENUES	8
I.2.1 <i>Données épidémiologiques sur les hépatites virales</i>	8
I.2.2 <i>Données épidémiologiques sur le VIH</i>	8
I.2.3 <i>Usages de drogues chez les personnes détenues.</i>	9
I.2.4 <i>Exposition au risque de transmission virale au cours de l'incarcération et mise en œuvre des mesures de réduction des risques (RdR)</i>	9
I.2.5 <i>La lutte contre le VIH et les hépatites : une préoccupation nationale</i>	10
II ENQUETE PREVACAR.....	11
II.1 OBJECTIFS	11
II.2 METHODE	12
II.2.1 <i>Préparation</i>	12
II.2.2 <i>Retour des questionnaires</i>	13
II.2.3 <i>Analyse</i>	13
II.3 RESULTATS.....	14
II.3.1 <i>Exhaustivité, typologie, qualité des réponses</i>	14
II.3.2 <i>Dépistage : stratégie, organisation, pratiques</i>	16
II.3.3 <i>Offre de vaccination</i>	22
II.3.4 <i>Prise en charge du VIH et des hépatites</i>	23
II.3.5 <i>Offre de prise en charge en réduction des risques et TSO</i>	31
II.3.6 <i>Offre de prévention</i>	36
III DISCUSSION.....	37
III. 1 POINTS FORTS ET LIMITES DE L'ENQUETE	37
III.1.1 <i>Les points forts</i>	37
III.1.2 <i>Les limites</i>	37
III. 2 DISCUSSION	39
III. 2.1 <i>Disparités entre établissements et territoires</i>	40
III.2.2. <i>Dépistage du VIH et des hépatites virales</i>	40
III.2.3 <i>Prise en charge du VIH et des hépatites.</i>	43
III.2.4 <i>Continuité des soins à la sortie</i>	44
III.2.5 <i>Accès aux traitements de substitution aux opiacés (TSO)</i>	45
III.2.6 <i>Présence de matériels d'injection</i>	47
III.2.7 <i>Rôle des associations en matière de soutien et d'accompagnement</i>	47
III.2.8 <i>Education pour la santé</i>	48
III.2.9 <i>Vaccination contre le VHB</i>	48
III.2.10 <i>Mise en perspective avec les données de l'observatoire DGOS</i>	49
IV. CONCLUSION	51
BIBLIOGRAPHIE.....	52
TABLEAUX	55
ANNEXES	61
ANNEXE 1 : PROTOCOLE.....	61
ANNEXE 2 : COMPOSITION DU GROUPE PROJET ET DU COMITE DE PILOTAGE (COPIL)	82
ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE.....	83

I CONTEXTE

I.1 LA SANTE EN MILIEU CARCERAL

I.1.1. La population incarcérée

En 2010, période de l'enquête, la population détenue concernait un peu plus de 61 000 personnes au premier juin 2010. On estimait le flux d'entrée à 84 000 personnes par an. La durée moyenne de détention s'élevait en 2009 à 9,4 mois. Les 191 établissements se répartissaient entre 106 maisons d'arrêt, 79 établissements pour peine et 6 établissements pour mineurs¹. Près de deux tiers (67%) des personnes détenues sont incarcérées en maisons d'arrêt, particulièrement affectées par une surpopulation pénale, le taux d'occupation dépassant 200% dans de nombreux établissements.²

Les études disponibles sur la santé des personnes détenues convergent vers les mêmes constats.

- Les personnes détenues y apparaissent comme une population fragilisée et très vulnérable, caractérisée par une surreprésentation des catégories socioprofessionnelles les plus démunies, ayant un niveau éducatif peu élevé, et particulièrement concernée par des problèmes de logement et de couverture sociale avant même l'incarcération.^{3 4}
- Des prévalences et/ou incidences plus élevées qu'en population générale sont relevées pour de nombreuses pathologies telles que les addictions, les maladies mentales et le suicide, les infections par le VIH, les virus des hépatites, ou encore la tuberculose...⁵
- Le choc carcéral ainsi que les conditions de promiscuité, d'hygiène, d'isolement, d'inactivité peuvent être générateurs d'une violence contre soi ou contre les autres.⁶ L'aggravation ou la réactivation de certaines pathologies (maladies transmissibles, consommation de substances psycho actives) en sont souvent d'autres conséquences.

¹ Les maisons d'arrêt accueillent les personnes prévenues (en attente de jugement) et les condamnés dont la durée de peine restant à purger est inférieure à 1 an. Les centres de détentions et maisons centrales accueillent les personnes détenues condamnées à de plus longues peines. Les centres pénitentiaires sont des établissements siège de plusieurs quartiers (par exemple : maison d'arrêt et centre de détention...).

² Ministère de la justice et des libertés, <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-chiffres-clefs-10041/>

³ Mouquet Marie-Claude. « La santé des personnes entrées en prison en 2003 ». Etudes et résultats; n°386; mars 2005 <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er386.pdf>

⁴ Cassan F., Toulemon L., Kensey A. « L'histoire familiale des détenus ». Insee Première; n°706; avril 2000; www.insee.fr/fr/ffc/docs/ip706.pdf

⁵ Ministère de la santé et des sports. Plan d'actions stratégiques 2010-2014. Politique de santé pour les personnes sous main de justice.

⁶ Falissard B. Cemka Eval. Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral. BMC Psychiatry. 2006

- Le vieillissement de la population carcérale est à l'origine de nouveaux besoins dans le domaine des maladies chroniques.

I.1.2. Le dispositif réglementaire en matière d'organisation des soins en milieu pénitentiaire

La prise en charge sanitaire des personnes détenues a été largement modifiée par la loi du 18 janvier 1994⁷. Le dispositif de soins est passé d'une infirmerie, à laquelle était attaché du personnel soignant recruté et rémunéré par le Ministère chargé de la Justice, à une organisation sanitaire indépendante de l'administration pénitentiaire, et gérée par les institutions sanitaires : Ministère chargé de la Santé et Agences régionales de santé (ARS).

L'objectif était d'assurer aux personnes détenues une qualité et une continuité des soins et de la prévention équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population ; ce principe a été depuis réaffirmé par l'article 46 de la loi pénitentiaire de 2009⁸.

Le transfert au Ministère chargé de la Santé de la responsabilité de la prise en charge sanitaire des personnes détenues a donc été à l'origine :

- de la mise en place dans chaque établissement pénitentiaire d'Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA). Ces unités sont rattachées à un établissement de santé de référence par le biais d'un protocole, passé entre l'établissement pénitentiaire et l'établissement de santé, pour la dispensation des soins et la coordination des actions de prévention en milieu pénitentiaire.
- de l'affiliation des personnes détenues au régime général de sécurité sociale.

I.1.3 Les Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires

Chaque unité est rattachée à un établissement public hospitalier situé à proximité de l'établissement pénitentiaire sous l'autorité médicale d'un praticien hospitalier et a la charge d'organiser la prise en charge sanitaire des personnes détenues.

Ces unités assurent :

- la visite médicale d'entrée, dont doit bénéficier toute personne détenue conformément au code de procédure pénale,
- le suivi médical de ces personnes (recours ponctuels aux soins ou suivi d'une pathologie),
- la mise en œuvre d'actions de prévention et d'éducation pour la santé,
- la visite médicale de sortie pour toutes les personnes condamnées, prévue par l'article 53 de la loi pénitentiaire de 2009.

Cependant, l'accès à la prévention et à des soins de qualité est limité par le contexte de détention. La surpopulation carcérale et les conditions de promiscuité en maison d'arrêt, rendent plus difficile la réalisation des soins et des actions de prévention par les personnels des UCSA.

⁷ Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale

⁸ Loi n°2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire

Malgré l'attention particulière portée par les personnels à cette question, la confidentialité et la préservation du secret médical ne sont pas garanties de manière absolue et le personnel de surveillance comme les codétenus peuvent avoir connaissance des déplacements à l'UCSA, voire des traitements pris.

La coordination dépend de l'intervention d'un grand nombre d'acteurs. La coopération entre personnels de l'administration pénitentiaire, professionnels de santé, police et gendarmerie est souvent limitée par des préoccupations et cultures professionnelles différentes et par des problèmes d'effectifs⁹. La question se pose notamment lors de l'organisation des extractions et des escortes, rendant souvent plus complexe l'accès à des soins ou examens complémentaires indispensables mais non disponibles au sein de l'établissement pénitentiaire.

I.1.4 Le dispositif en santé mentale

En 1985¹⁰, la mise en place du dispositif de santé mentale en milieu pénitentiaire est marquée par la création des Services médico psychologiques régionaux (SMPR). Au nombre de 26, les SMPR sont des services de soins psychiatriques dont les missions étaient fixées par l'arrêté du 14 décembre 1986. C'est ainsi que dès leur création les SMPR assurent notamment, une mission de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies¹¹.

Mais pendant plus de 15 ans, l'évolution du cadre législatif et réglementaire, l'augmentation du nombre de personnes incarcérées, la demande de soins psychiatriques croissante ont induit une transformation de l'offre de soins en psychiatrie.

Le nouveau schéma d'organisation des soins en santé mentale pour les personnes détenues, acté depuis janvier 2010, comprend désormais 3 niveaux de prise en charge complémentaires :

- L'offre de proximité (niveau 1) développée en milieu pénitentiaire.

Il est nécessaire de pouvoir diversifier les outils thérapeutiques pour permettre une meilleure prise en charge des patients, notamment par l'accès à des thérapies de groupe, ou des ateliers thérapeutiques, en plus des consultations.

Cette offre de prise en charge individuelle et de groupe est développée dans les UCSA et les SMPR (lorsqu'un SMPR est présent, l'UCSA ne possède pas de consultations en psychiatrie).

- L'offre de niveau 2 permet des prises en charge individuelles et de groupe, et la possibilité d'hospitalisation de jour.

⁹ Etienne Blanc, Rapport d'information 1811 à l'Assemblée Nationale sur la prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes majeures placées sous main de justice, 8 juillet 2009

¹⁰ Création des SMPR par les lois du 25/7/1985 et 31/12/1985, intégration dans le dispositif de lutte contre les maladies mentales par décret du 14/3/1986

¹¹ Article 11 du décret n°86-602 du 14 mars 1986.

L'hospitalisation de jour est soutenue par les cellules d'hébergement (en milieu pénitentiaire).

L'hospitalisation de jour est aujourd'hui pratiquée dans la plupart des SMPR.

- L'hospitalisation complète est réalisée en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA), en établissement de santé autorisé en psychiatrie sous forme d'hospitalisations d'office régies par l'article D.398 du Code de Procédure Pénale.

Seuls les deux premiers niveaux de soins sont donc disponibles en milieu pénitentiaire. Ils reposent sur deux structures : les UCSA et les SMPR.

Les modes de fonctionnement de ces structures sont souvent hétérogènes, et malgré l'importance de l'articulation et de la concertation entre UCSA et SMPR, il existe plusieurs difficultés faisant obstacle à une organisation optimale.

L'insuffisante circulation des informations, l'absence de position commune sur certains dossiers majeurs (organisation des urgences psychiatriques) ainsi que les difficultés d'organisation de la distribution des médicaments sont plus particulièrement pointés par le rapport d'Etienne Blanc de juillet 2009. Le rattachement des structures à des établissements de santé différents (un établissement pour le rattachement du dispositif de soins somatiques, et un établissement autorisé en psychiatrie) pourraient être à l'origine de ces difficultés.

I.1.5 L'organisation en addictologie

Dans le domaine de l'addictologie, l'organisation actuelle repose sur une grande diversité d'intervenants, source de difficultés dans le repérage et la prise en charge des patients détenus. En effet, interviennent divers services de santé : les services médico-psychologiques régionaux (SMPR), les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) désormais centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), et les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) pour les aspects de réinsertion.

Cette multiplicité d'intervenants engendrait des problèmes de coordination, de pilotage et des pratiques hétérogènes. Les réponses fournies aux personnes nécessitant une prise en charge étaient souvent conditionnées par l'offre existante sur place, et ne répondaient pas toujours aux demandes exprimées, a fortiori aux besoins des personnes détenues.

Afin de remédier à cette situation, une instruction qui précise les modalités de coordination et d'organisation de la prise en charge des addictions en détention et clarifie les rôles des différents intervenants au niveau local a été diffusée récemment aux Agences régionales de santé (ARS)¹². Cette instruction invite à décliner localement la politique de réduction des risques et les actions d'éducation pour la santé.

¹² Instruction DSG/MC2/DGOS/R4/2010/390 du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention

I.1.6 Un dispositif spécifique de coordination pour l'infection à VIH : les COREVIH

Les comités de coordination de la lutte contre le VIH (COREVIH) ont été mis en place en 2007¹³, ils se sont substitués aux Centres d'information et de soins VIH (CISIH). Ils ont pour mission de :

- favoriser la coordination des professionnels du soin, de l'expertise clinique et thérapeutique, du dépistage de la prévention et de l'éducation pour la santé, de la recherche, de l'action sociale et médico-sociale ainsi que des associations de patients et d'usagers du système de soin,
- participer à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, à l'évaluation de celle-ci et à l'harmonisation des pratiques,
- procéder à l'analyse des données médico-épidémiologiques relatives aux patients infectés par le VIH.

Un dispositif réglementaire a fixé ses modalités de mise en place et de fonctionnement, en particulier au sujet de la nomination des membres, des instances, de la fréquence et du contenu des réunions plénières, du lien avec les services déconcentrés, puis avec les ARS.

Ont ainsi été implantés 28 COREVIH selon un maillage régional ou infra régional adapté aux contextes locaux¹⁴.

Les personnels de santé exerçant en milieu pénitentiaire sont généralement représentés au sein des COREVIH. Certains COREVIH ont, d'ores et déjà, mis en place des groupes de travail spécifiques à la prise en charge du VIH en milieu carcéral pour dresser un état des lieux et améliorer les pratiques et les dispositifs existants.

Dans le cadre du plan national VIH/Sida /IST 2010-2014, les COREVIH sont considérés comme des partenaires privilégiés des Agences régionales de santé (ARS) pour la déclinaison régionale de ce plan et la coordination des acteurs des différents champs.

Dans le cadre d'un projet porté par la société française de lutte contre le Sida (SFLS) avec le soutien de Sidaction, une boîte à outils¹⁵ permet un échange de pratiques et d'outils entre COREVIH, une rubrique est consacrée au milieu carcéral (fiche 26).

¹³ Décret 2005/1421 du 15 novembre 2005.

¹⁴ P.Yéni, Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH, Recommandations du groupe d'experts, 2010, Chapitre 19 : Organisation des soins

¹⁵ <http://www.sfls.aei.fr/corevih/corevih-bao.asp>

I.2 VIH, HEPATITES ET USAGES DE DROGUES CHEZ LES PERSONNES DETENUES

I.2.1 Données épidémiologiques sur les hépatites virales

Malgré les difficultés méthodologiques liées au contexte, toutes les études s'accordent à dire que l'on observe chez les personnes détenues des prévalences significativement plus élevées pour le VHC.

Ainsi, dans la dernière étude déclarative « un jour donné » en 2003, la prévalence de l'infection par le VHC était significativement plus élevée chez les personnes détenues (4,2%)¹⁶ que dans la population générale (0,84%)¹⁷, le « premier observatoire prisons hépatite C » (POPHEC) portant sur des données partielles estimait la prévalence à 7,1%¹⁸.

Par ailleurs, l'accès au dépistage et à la vaccination est insuffisant. L'enquête « entrants » de 2003 constatait que seulement 40% des personnes venant d'être incarcérées déclaraient avoir fait un test VIH, 20% un test VHB et 31% un test VHC avant l'incarcération. Chez ces mêmes « entrants », seuls 3 sur 10 déclaraient avoir bénéficié d'une vaccination VHB complète.¹⁹

I.2.2 Données épidémiologiques sur le VIH

Comme pour le VHC, les seules études estimant la prévalence ont été réalisées par la DHOS (actuellement DGOS). La dernière enquête déclarative « un jour donné » retrouvait des chiffres de prévalence du VIH 4,5 fois plus importante qu'en population générale soit 1.04% versus 0.23%.^{20 21}

La surreprésentation de personnes issues de zones de plus forte endémie, mais surtout d'usagers de drogues pourrait être à l'origine des prévalences élevées tant pour le VIH que le VHC.

¹⁶ Enquête « un jour donné » sur les personnes détenues atteintes par le VIH et le VHC en milieu pénitentiaire – juin 2003. <http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/analyse.html> Séropositivité connue par les services médicaux

¹⁷ Surveillance des hépatites virales en France. Situation épidémiologique des hépatites B et C. Institut national de veille sanitaire. Mai 2010.

¹⁸ Rémy .J et coll., gastroentérol. Clin. Biol, 2003 Premier Observatoire en Prison de l'Hépatite

¹⁹ Mouquet Marie-Claude. « La santé des personnes entrées en prison en 2003 ». Etudes et résultats; n° 386; mars 2005 <http://www.sante.gouv.fr/drees/et-ude-resultat/er-pdf/er386.pdf>

²⁰ Enquête « un jour donné » sur les personnes détenues atteintes par le VIH et le VHC en milieu pénitentiaire – juin 2003. <http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/analyse.html> Séropositivité connue par les services médicaux

²¹ Surveillance du VIH/sida en France. Institut de veille Sanitaire; 2006. Report No.: 3, prévalence évaluée à 130000 personnes en 2005.

I.2.3 Usages de drogues chez les personnes détenues.

Le trafic de stupéfiants²² représente près de 14% des condamnations pour infraction au 1er janvier 2010. Ce motif d'incarcération ne signifie pas forcément que la personne soit un usager de drogues. Par ailleurs, parmi les personnes incarcérées pour des délits autres que des infractions à la législation sur les stupéfiants, certaines peuvent être usagères de drogues.

Selon le rapport de la commission d'enquête du Sénat publiée en 2000, les usagers de drogues, réguliers ou occasionnels, seraient près de 40 000 (pour 68 765 entrants en 2000, soit 58%) à entrer en prison chaque année, soit dans le cadre d'une inculpation directement liée aux trafics des stupéfiants, soit dans le cadre d'un délit lié à l'usage ou à l'obtention de drogues (vols etc.)²³.

D'après l'enquête « entrants »²⁴, une personne sur 3 déclarait une utilisation prolongée et régulière de drogues illicites au cours des 12 mois précédant l'incarcération, la consommation d'opiacés représentant 7 %.

Dans l'enquête Coquelicot réalisée en 2004 par l'InVS avec le soutien de l'ANRS auprès d'un échantillon de 1462 usagers de drogues dans 5 villes de France²⁵, la proportion d'usagers de drogue par voie intraveineuse (UDVI) ayant un antécédent d'incarcération était estimée à 61%.

On relève par ailleurs une tendance aux poly consommations, puisqu'en 2003, un quart des « entrants » déclaraient consommer au moins deux substances psychoactives.²⁶

I.2.4 Exposition au risque de transmission virale au cours de l'incarcération et mise en œuvre des mesures de réduction des risques (RdR)

Les prévalences estimées élevées du VIH et des hépatites, l'existence de pratiques à risques (sexuelles, liées à la consommation de drogues ou encore aux activités de piercing, tatouage, coiffure) et l'accès limité aux méthodes de réduction des risques font toujours de la prison un lieu à risques de transmission virale, malgré les préconisations de la circulaire DGS/DH/DAP de 1996 relative à la lutte contre l'infection par le VIH en milieu pénitentiaire et de la mission Santé/Justice sur la

²² Infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS)

²³ Jean-Jacques HUEST et Guy-Pierre CABANEL, Les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France, rapport de commission d'enquête au Sénat n°449, (1999-2000)

²⁴ Mouquet Marie-Claude. « La santé des personnes entrées en prison en 2003 ». Etudes et résultats; n° 386; mars 2005 <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er386.pdf>

²⁵ Marie Jauffret-Roustide, Elisabeth Couturier, Yann Le Strat et Al. Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004 BEH n° 33, 05/09/2006 (<http://www.invs.sante.fr/beh/2006/33/index.htm>)

²⁶ Mouquet Marie-Claude. « La santé des personnes entrées en prison en 2003 ». Etudes et résultats; n° 386; mars 2005 <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er386.pdf>

réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral²⁷.

L'enquête Coquelicot (enquête séro-épidémiologique) réalisée en 2004 note des prévalences pour le VIH et le VHC chez les usagers de drogues ayant un antécédent d'incarcération plus élevées que chez ceux n'ayant jamais été incarcérés (11% versus 5% pour le VIH ; 67% versus 51% pour le VHC). Cette même enquête indique que 12% des usagers de drogues ayant été incarcérés déclarent avoir eu recours à l'injection en prison. Parmi ces personnes, 30% déclarent avoir partagé une seringue.²⁸

I.2.5 La lutte contre le VIH et les hépatites : une préoccupation nationale

Devant les constats précédents, le Plan national de lutte contre les hépatites 2009 – 2012²⁹, le Plan national de lutte contre les drogues et toxicomanies 2008-2011³⁰, et le Plan d'actions stratégiques 2010-2014 « Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice »³¹ ont tous réaffirmé la volonté d'atteindre l'objectif déjà formulé lors de la réforme de 1994, d'assurer aux personnes détenues une qualité et une continuité des soins et de la prévention équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population.

Ces 3 plans insistent sur la nécessité d'améliorer l'accès au dépistage, d'assurer la continuité des soins durant et à la sortie de l'incarcération et de garantir un accès à la prévention identique à celui en milieu libre, notamment pour l'accès aux traitements de substitution aux opiacés (TSO) et aux méthodes et outils de prévention et de réduction des risques (RdR), ainsi que pour le soutien et l'accompagnement des personnes.

Le plan stratégique pour les personnes sous main de justice a par ailleurs pris en compte les recommandations du rapport d'experts 2010 sur la prise en charge du VIH qui invitait à « proposer pour les personnes détenues une nouvelle politique de l'action publique en matière d'organisation et de continuité des soins, d'hygiène et de réduction des risques, en établissement pénitentiaire ».³²

Compte tenu des constats de santé publique et des limites méthodologiques des études disponibles, il est donc apparu nécessaire :

²⁷ DAP - DGS, Rapport de la Mission Santé Justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral, Décembre 2000

²⁸ Marie Jauffret-Roustide, Elisabeth Couturier, Yann Le Strat et Al. Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004 BEH n° 33, 05/09/2006 (<http://www.invs.sante.fr/beh/2006/33/index.htm>)

²⁹ DGS, Plan national de lutte contre les hépatites 2009 - 2012

³⁰ MILDT, Plan national de lutte contre les drogues et toxicomanies 2008-2011

³¹ Plan d'actions stratégiques 2010-2014 Politique de santé pour les des personnes sous main de justice

³² P.Yéni, Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH, Recommandations du groupe d'experts, 2010, Chapitre 19 : Organisation des soins

- d'estimer précisément chez les personnes détenues la prévalence des infections par le VIH et par le VHC et celle de la substitution aux opiacés,
- d'améliorer les connaissances sur la prévention des risques infectieux (VIH, VHB, VHC) en prison.

II ENQUETE PREVACAR

II.1 Objectifs

Selon son protocole (en annexe 1 page 61), les objectifs principaux de cette étude sont d'estimer dans la population carcérale adulte en France par le volet « Prévalence » de l'enquête:

- la prévalence de l'infection par le VIH,
- la prévalence du VHC,
- le nombre de personnes détenues sous traitement de substitution (Méthadone®, buprénorphine haut dosage),
- les caractéristiques sociodémographiques des personnes incarcérées séropositives pour le VIH et/ou le VHC, et/ou sous traitement de substitution aux opiacés.

Les objectifs secondaires sont, par son volet « Offre de soins », de décrire dans les établissements pénitentiaires en France:

- l'offre de soins : dépistage des 3 virus, vaccination contre l'hépatite B, accès aux méthodes diagnostiques de la fibrose hépatique, soutien aux personnes atteintes dans le champ de l'infection par le VIH et les hépatites virales,
- l'offre en matière de traitements de substitution aux opiacés.

Ce volet doit permettre de dresser la typologie des établissements pénitentiaires et des pratiques.

L'enquête a été conçue et mise en œuvre conjointement par la DGS (promoteur) et l'InVS (coordination scientifique), réunis au sein d'un comité de pilotage national composé de représentants de la DGS, de la DGOS, de l'InVS, de la DAP, des UCSA, des ARS et des associations de patients. La composition du comité de pilotage et de l'équipe projet figure en annexe 2 (page 82).

Le recueil d'information concernant l'offre de soins a été réalisé auprès de chaque UCSA par un « questionnaire établissement » en annexe 3 (page 83).

L'estimation des prévalences du VIH, du VHC et des TSO a été effectuée à partir de l'étude transversale d'un échantillon tiré au sort de dossiers médicaux de personnes détenues par un « questionnaire patient » renseigné à partir du dossier médical.

Le présent document expose les résultats détaillés relatifs au volet relatif à l'« Offre de soins ». Les données du volet « Prévalence » seront publiées par ailleurs et sont présentées ici de façon synthétique (page 40).

II.2 Méthode

II.2.1 Préparation

La rédaction du protocole, l'élaboration des questionnaires et la préparation du terrain ont été réalisées par le groupe projet et discutés par le comité de pilotage constitué par la DGS.

L'enquête a fait l'objet d'un avis favorable du Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé (placé auprès du ministère de la recherche) le 2 novembre 2007.

Une demande d'autorisation concernant le traitement de données à caractère personnel a été adressée à la Commission nationale informatique et libertés (CNIL) le 19 août 2009.

Cette saisine était obligatoire préalablement à la réalisation de l'enquête sur le terrain. L'autorisation de la CNIL a été délivrée le 16 décembre 2009.

Le recueil des données a été précédé d'une phase pilote en 2008 visant à tester les questionnaires auprès de 4 UCSA (Le Mans, Fleury-Mérogis, Fresnes et Bois d'Arcy) et la méthode d'échantillonnage des UCSA et numéros d'écrou avec les services informatiques de la Direction de l'Administration pénitentiaire (DAP).

L'adhésion des professionnels à l'enquête, ainsi que sa mise en œuvre ont été facilitées par une large concertation avec la DAP, les professionnels concernés et les représentants des usagers.

Une réunion nationale de présentation des objectifs et des processus d'enquête a été organisée en juin 2008.

Le calendrier initialement prévu pour cette enquête a été retardé du fait de questions organisationnelles, et notamment pour régler les questions de faisabilité concrètes afin de respecter les exigences de la CNIL en matière d'information des personnes détenues, de confidentialité du recueil et de traitement des données.

Pour le volet prévalence, les 27 UCSA tirées au sort ont reçu plusieurs courriers entre avril et juin 2010 précisant la méthodologie.

Pour le volet « Offre de soins », un premier courrier annonçant l'enquête a été envoyé le 22 avril 2010 à toutes les UCSA concernées par l'enquête (soit 168 établissements pénitentiaires ; les établissements pour mineurs et l'établissement de Mayotte n'ont pas été enquêtés).

Le questionnaire, assorti d'un second courrier explicatif, a été envoyé le 26 mai au médecin responsable de chacune des UCSA.

Le questionnaire « établissement » comprenait 35 questions pour recueillir des données relatives à l'offre et à l'organisation des soins en milieu pénitentiaire. Ainsi étaient renseignées les informations relatives au type d'établissement, à sa taille, aux modalités de dépistage, prévention et prise en charge des infections par le VIH et les hépatites (type de procédure, existence ou non d'un dispositif antenne de Centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), d'une permanence associative, propositions vaccinales etc.), et aux modalités de dispensation des traitements de substitution aux opiacés.

Ce questionnaire comprenait majoritairement des questions fermées, mais certains répondants ont pu ajouter des commentaires. Ces commentaires, pris en compte dans l'analyse ont permis d'éclairer certaines réponses.

II.2.2 Retour des questionnaires

Les questionnaires ont été retournés à la Direction générale de la santé pour y être validés, saisis et analysés. Le retour des questionnaires à la DGS était prévu avant le 30 juin 2010. 54% des UCSA ont répondu dans les délais prévus. Par la suite, deux phases de relance (juillet par téléphone et septembre par téléphone ou mail) ont permis d'obtenir une plus grande exhaustivité. Les raisons invoquées par les UCSA n'ayant initialement pas répondu étaient principalement la non-réception ou la méconnaissance du questionnaire mais également le refus par certains médecins de répondre aux enquêtes.

L'analyse des questionnaires s'est déroulée d'août à octobre 2010 et a été présentée au comité de pilotage le 1er octobre 2010 et le 27 avril 2011.

II.2.3 Analyse

L'analyse des résultats déclaratifs de l'offre de soins a été réalisée selon le schéma suivant :

- Pour chaque item, recherche systématique de « profil » d'établissement en fonction du nombre de personnes détenues (moins de 150, 150 à 500, plus de 500), de son type : maison d'arrêt (MA), centre pénitentiaire (CP) et établissements pour peine, maison centrale (MC) ou centre de détention (CD) et de la région d'implantation, et description des établissements s'écartant des valeurs moyennes.
- Recherche d'associations entre l'organisation de l'offre de soins et les pratiques. Les associations ont été évaluées à l'aide de tests du χ^2 ou de tests exacts de Fisher en cas d'effectif insuffisant (seuil de significativité 0.05). Néanmoins, du fait des caractéristiques particulières de cette étude portant sur 145 des 168 UCSA, « population » fermée quasi exhaustive et non échantillon, l'utilisation de ces tests statistiques n'est pas parfaitement adéquate et pourrait sous-estimer les associations.
- Présentation et analyse des résultats régionaux dans les Départements Français d'Amérique et certaines régions (Ile-de-France, Rhône-Alpes Languedoc-Roussillon), lorsque cela était possible, en raison d'un taux de réponse exhaustif, du contexte épidémiologique et du nombre élevé d'établissements. (Résultats exposés page 59).

Les pratiques rapportées ont été comparées aux recommandations et au cadre réglementaire pour exprimer des résultats en termes d'écart ou d'adéquation.

II.3 Résultats

II.3.1 Exhaustivité, typologie, qualité des réponses

Au total, 145 **UCSA** sur 168 ont participé à l'enquête, soit **86% des établissements** interrogés.

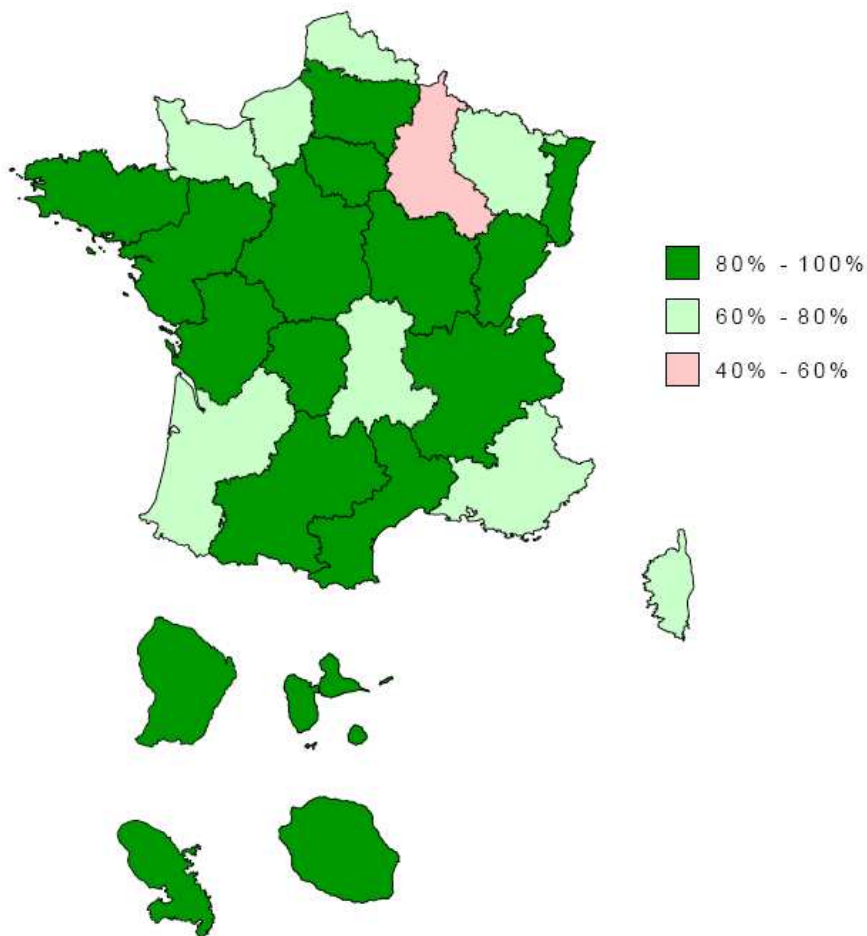
La population présente prise en charge par ces 145 UCSA représente **56 011 personnes détenues**, soit **92% de la population incarcérée** au premier juillet 2010.

Parmi les 168 établissements pénitentiaires concernés, 61 % sont des maisons d'arrêt, 19 % des centres de détention ou des maisons centrales (MC) et 19 % des centres pénitentiaires (CP) (2 non réponses). En termes de capacité, ces établissements se répartissent en trois groupes d'effectifs globalement équivalents : moins de 150 personnes, entre 150 à 500 et plus de 500.

On n'observe pas, en termes de répartition, **de surreprésentation d'un type** (maison d'arrêt, centre de détention, maison centrale, centre pénitentiaire) **ni d'une taille d'établissement** parmi les 145 répondants, en comparaison aux établissements n'ayant pas répondu.

Concernant la répartition par région, les taux de réponse ont été globalement homogènes (100% pour 10 régions, entre 80% et 100% des établissements ont répondu dans 3 régions et dans les DOM, entre 60 et 80% dans 8 régions et moins de 60% pour une région seulement). L'ensemble des établissements des départements français d'Amérique DFA (un CP en Guyane, un CP en Martinique, un CP et une MA en Guadeloupe) représentant environ 4% des personnes détenues en France au premier juillet 2010 ont répondu à l'enquête.

Taux de réponse par région



Prévacar offre de soins 2010

L'identification de l'établissement et les coordonnées des interlocuteurs sont correctement renseignées dans tous les questionnaires. En revanche, le nom du référent de l'ARS correspondante n'est identifié qu'une fois sur quatre. Cela peut s'expliquer par le fait que l'enquête s'est déroulée durant la phase d'installation des ARS, à partir du premier avril 2010. Cette période a été marquée dans les ARS par des changements d'organisation et de référents en charge de la santé en milieu carcéral.

Le peu de données manquantes (moins de 3% des items sur l'ensemble des 35 questions posées) permet d'obtenir des résultats interprétables et témoigne d'un questionnaire adapté et bien accepté par les interlocuteurs.

II.3.2 Dépistage : stratégie, organisation, pratiques

Rappel des enjeux du dépistage du VIH et des hépatites virales

La prise en charge précoce de l'infection par le VIH est un déterminant majeur de l'évolution de la maladie et de l'épidémie. Elle permet, au niveau individuel, l'instauration précoce de traitements à l'origine d'une amélioration significative de la durée et la qualité de vie. Au niveau collectif, la réduction des pratiques à risques par les personnes se sachant porteuses du virus et la diminution de l'infektivité sous traitement sont à l'origine d'une diminution des risques de transmission.

Malgré ces bénéfices démontrés, il persiste en France un retard au dépistage chez près d'un tiers des patients porteurs du virus, et près de 50 000 personnes ignoreraient leur séropositivité ou ne se feraient pas suivre.^{33 34}

De gravité en général sous estimée, les hépatites virales B et C concernent en France environ 500 000 personnes et sont à l'origine de près de 4 000 décès par an. Elles font également l'objet d'un dépistage insuffisant (en 2004, près de la moitié des personnes atteintes ne connaissaient pas leur statut sérologique). L'amélioration du dépistage pourrait notamment permettre le rattrapage de la vaccination contre l'hépatite B des personnes non immunisées, et l'accès précoce à l'évaluation et aux traitements, que l'on sait efficaces notamment pour le VHC.³⁵

Plus souvent touchées par le VIH et/ou les hépatites virales, les personnes détenues, compte tenu de leur profil sociodémographique, sont particulièrement concernées par le retard au dépistage et le défaut de vaccination contre l'hépatite B.^{36 37}

L'amélioration du dépistage reste une préoccupation majeure des institutions sanitaires, et fait donc l'objet de nombreuses recommandations et objectifs de la part de la HAS et des différents plans nationaux concernés.

Le dépistage et la remise du résultat, qu'il soit positif ou négatif, constitue une occasion importante pour évoquer avec la personne ses prises de risques et formuler les conseils préventifs adaptés.

Rappel des objectifs

Dans les différents plans³⁸ qu'ils soient thématiques comme les plans relatifs aux hépatites et au VIH/Sida ou populationnel³⁹, il s'agit d'améliorer l'accès et de renforcer l'incitation au dépistage du VIH et des hépatites en milieu carcéral, et d'améliorer l'efficacité du dépistage :

- proposer systématiquement le dépistage du VIH et des hépatites lors de

³³ HAS, Dépistage de l'infection par le VIH en France : Stratégie et dispositif de dépistage. Octobre 2009

³⁴ P.Yéni, Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH, Recommandations du groupe d'experts, 2010, Chapitre 3 : Epidémiologie de l'infection à VIH

³⁵ DGS, Plan national de lutte contre les hépatites 2009 - 2012

³⁶ DAP - DGS, Rapport de la Mission Santé Justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral, Décembre 2000

³⁷ Mouquet Marie-Claude. « La santé des personnes entrées en prison en 2003 ». Etudes et résultats; n° 386; mars 2005 <http://www.sante.gouv.fr/drees/et-ude-resultat/er-pdf/er386.pdf>

³⁸ Plan national de lutte contre les hépatites 2009 - 2012

³⁹ Plan d'actions stratégiques 2010-2014 Politique de santé pour les personnes sous main de justice

la visite médicale pour tout entrant,

- renouveler régulièrement l'offre de dépistage,
- organiser après les dépistages la proposition d'une vaccination contre l'hépatite B aux personnes non immunisées,
- améliorer l'accès à une prise en charge précoce (notamment aux méthodes d'évaluation de la fibrose hépatique).

Rappel des textes législatifs, règlementaires et instructions

Concernant l'infection par le VIH, la circulaire de 1996⁴⁰ pose le cadre général pour favoriser l'accès à la prévention et aux soins des personnes détenues et les inciter à prendre en charge leurs problèmes de santé. Les principes généraux du milieu libre doivent s'appliquer en milieu pénitentiaire. Ainsi, le médecin de l'UCSA invite toute personne venant de l'état de liberté à bénéficier d'un conseil personnalisé de prévention de l'infection par le VIH et d'un test de dépistage (au cours de la visite médicale d'entrée ou d'une consultation spécifique de prévention).

Rappel des recommandations

En termes de stratégie de dépistage, les experts recommandent⁴¹ de proposer systématiquement un dépistage VIH-VHB-VHC à l'entrée et si besoin au cours de la détention et de faciliter l'accès à des conseils de prévention et de proposer la vaccination contre l'hépatite B aux personnes séronégatives pour le VHB.

La haute autorité de santé (HAS)⁴² indique qu'une offre systématique de dépistage ciblé et régulier en fonction des populations et des circonstances doit être développée et inscrite dans la durée. Un test de dépistage de l'infection par le VIH devrait être systématiquement proposé, quelle que soit la population, dans un certain nombre de circonstances particulières dont l'incarcération⁴³. Pour la HAS, certaines populations doivent se voir offrir selon une fréquence régulière un test de dépistage du VIH : tous les ans chez les usagers de drogues par voie intraveineuse, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) et pour la population de Guyane.

En matière de dépistage du VHC, les recommandations déjà anciennes de la HAS⁴⁴ identifient comme population cible à dépister les sujets incarcérés ou ayant été incarcérés, du fait des antécédents possibles de toxicomanie et des risques possibles liés à la promiscuité (partage d'objets de toilette par exemple).

⁴⁰ Circulaire DGS/DH/DAP n°96-739 du 5 décembre 1996, reprise par le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues

⁴¹ P.Yéni, Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH, Recommandations du groupe d'experts, 2010, Chapitre 14 : Co-infections par les virus des hépatites

⁴² HAS, [Dépistage de l'infection par le VIH en France : Stratégie et dispositif de dépistage](#). Octobre 2009

⁴³ Recommandations reprises dans le rapport Yéni

⁴⁴ Dépistage de l'hépatite C : Populations à dépister et modalités du dépistage, Recommandations du comité d'experts 2001

II.3.2.1. Pratiques et stratégie de dépistage VIH et hépatites

Proposition à l'entrée

Existe-t-il un dépistage systématiquement proposé aux entrants ?

93% (soit 135 sur 145) des UCSA proposent systématiquement le dépistage pour les 3 virus VIH, VHC et VHB.

Parmi les 9 établissements ne proposant pas systématiquement les 3 tests à l'entrée en détention :

- Quatre établissements sont des établissements pour peine (une maison centrale et trois centres de détention) et le dépistage n'y est proposé à l'entrée pour aucun des 3 virus. L'une des UCSA précise que ce dépistage n'est pas nécessaire puisque les personnes, antérieurement incarcérées en maison d'arrêt, se sont déjà vu proposer un dépistage. Il est probable que les autres établissements aient la même pratique.
- Dans 5 maisons d'arrêt dans lesquelles le dépistage n'est pas systématiquement proposé, celui-ci est organisé via une antenne du centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) dont le fonctionnement est au moins hebdomadaire. Selon les cas, cette réponse peut refléter une méconnaissance du répondant (le médecin de l'UCSA) concernant les pratiques de l'équipe CDAG. Mais on ne peut exclure le fait que dans ces établissements, le dépistage à l'entrée ne soit pas proposé systématiquement. Cependant, il existe une consultation VIH dans 3 de ces établissements et une consultation d'hépatologie dans 4 établissements sur les cinq.

Tous les établissements des DFA, de Rhône Alpes et Languedoc Roussillon et 11 sur 12 en Ile de France (hors un établissement pour peine) déclarent proposer systématiquement le dépistage à l'entrée.

Renouvellement de la proposition de dépistage

En cas de refus à l'entrée, l'offre de dépistage est elle renouvelée régulièrement ?

La moitié des UCSA renouvellent la proposition de dépistage (52% pour le VIH et 51% pour les hépatites)

La politique de renouvellement de la proposition de dépistage n'est pas corrélée à un profil particulier d'établissement, ni à l'existence d'une antenne de CDAG, de consultations spécialisées, ou de permanence associative ou à la coexistence d'autres « bonnes pratiques de dépistage » (utilisation des trois marqueurs pour le VHB et dosage systématique de l'ARN VHC en cas de sérologie positive).

La proposition de renouvellement de l'offre est très hétérogène sur le territoire. Dans certaines régions, toutes les UCSA déclarent proposer un nouveau dépistage (comme les DFA et Languedoc-Roussillon par exemple) et aucune UCSA ne le propose dans d'autres régions. Cela laisse supposer l'existence de politiques

régionales, au moins pour les régions où ce renouvellement est systématiquement organisé.

Bonnes pratiques de dépistage

Rappel sur les marqueurs de l'hépatite B et leur signification

- L'Ag HBs signe la présence dans le sang du virus de l'hépatite B chez des « porteurs chroniques » (que l'infection soit active ou non).
- L'Ac antiHBs témoigne soit d'une hépatite B aiguë guérie, soit d'une vaccination contre le VHB, la personne étant immunisée de façon naturelle ou vaccinale.
- L'Ac antiHBc témoigne qu'un individu est déjà entré en contact avec le virus. Cet anticorps est le plus souvent associé soit à l'Ag HBs (porteur chronique), soit à l'Ac antiHBs (immunité naturelle). Toutefois, présent isolément, il peut témoigner soit d'une infection chronique en cours, soit d'une infection antérieure résolutive.

Il semble donc utile de doser d'emblée les trois marqueurs en milieu carcéral du fait :

- de la forte prévalence du VHB dans cette population, afin de pouvoir diagnostiquer et prendre en charge précocement une infection chronique,
- du risque élevé d'exposition, pour dépister et vacciner au plus vite les personnes non immunisées,
- du contexte de l'incarcération et des courtes durées de séjour. Eviter de pratiquer un dépistage en deux temps permet une orientation rapide vers une prise en charge adaptée ou une vaccination dont le protocole demande plusieurs mois.

Des recommandations ⁴⁵ en santé publique ont été émises récemment par la HAS pour déterminer la meilleure stratégie de tests biologiques des hépatites B et C permettant de déterminer le statut immunitaire de la personne à risque par rapport à l'infection par les virus VHB et VHC et de proposer la meilleure prise en charge médicale suite à l'annonce du résultat du dépistage.

Quels sont les marqueurs utilisés pour le dépistage du VHB ?

85% des UCSA utilisent les 3 marqueurs : l'ag HBs, l'anticorps anti HBs et l'anticorps anti HBc.

Parmi les 18 UCSA ne recherchant pas les trois marqueurs simultanément, 7 recherchent l'Ag HBs et l'Ac anti-HBs ; 6 recherchent l'Ag HBs et l'Ac anti-HBc (Recherche en priorité une infection en cours) et 5 recherchent l'Ac anti-HBs et l'Ac anti-HBc (recherche en priorité du statut immunisé ou non).

Trois UCSA n'ont pas répondu à cette question.

La recherche simultanée des 3 marqueurs n'est pas associée à un type d'établissement ni à la présence d'une antenne CDAG. Elle est plus fréquemment pratiquée dans les établissements bénéficiant d'une consultation spécialisée en

⁴⁵ HAS. Stratégies de dépistage biologique des hépatites virales B et C, Mai 2011

hépatologie (90% des établissements ayant une consultation sur place contre 78% en l'absence de consultation).

II.3.2.2 Offre en Centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG).

Organisation de l'offre de dépistage en milieu carcéral

Le dispositif de dépistage du VIH décrit par la circulaire du 5 décembre 1996 prévoit que les tests puissent être réalisés soit par l'UCSA, soit par une Consultation de Dépistage Anonyme et Gratuit présente au sein de l'UCSA. Depuis la circulaire de 1998⁴⁶, les CDAG ont reçu mission de dépister également les hépatites. En cas d'existence d'une antenne de CDAG, il est stipulé que son intervention doit se faire «en coordination étroite avec l'UCSA, notamment dans un souci de continuité des soins. Toutefois, les résultats d'un test de dépistage rendus par le médecin du CDAG ne peuvent être transmis au médecin de l'UCSA qu'avec le consentement de l'intéressé ».

A ce jour les CDAG sont gérés soit :

- par un établissement de santé, dans ce cas ils sont financés au titre de l'enveloppe « mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation » (MIGAC) ; sur le plan de l'organisation, c'est parfois la même équipe que celle qui assure les consultations en infectiologie,
- par les Conseils généraux.

Ils doivent s'articuler avec les Centres de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST).

En 2007, l'offre au niveau national était de 352 CDAG dont 139 gérés par des Conseils Généraux.

L'intervention des CDAG en milieu carcéral a fait l'objet d'observations et d'interrogations.

En 2001, un premier rapport IGAS⁴⁷ relatif à l'organisation des soins aux personnes détenues observait déjà un certain nombre de dysfonctionnements et défaillances liées à ce dispositif de dépistage. L'hétérogénéité importante, le relais insuffisamment assuré avec l'UCSA, ainsi que la difficulté à respecter le principe de confidentialité (les CDAG se tenant à des jours et heures bien identifiés) avait abouti à la recommandation de « faire de l'UCSA le véritable pilote de la politique de dépistage, en affirmant sa responsabilité dans la mise en œuvre de cette politique. Sauf si l'intervention du CDAG est pleinement satisfaisante ».

⁴⁶ Circulaire DGS/DH/DSS n°98-423 du 9 juillet 1998 relative aux missions et aux objectifs des consultations de dépistage anonyme et gratuit ou de dépistage gratuit du virus de l'immunodéficience humaine

⁴⁷ IGAS, M.Fatome, M.Vernerey, Mme Le Dr.Lalande, Mme Froment, Mme Valdes-Boulouque, L'organisation des soins aux détenus, Rapport d'évaluation, juin 2001

Plus récemment, à l'occasion d'un nouveau rapport⁴⁸, l'IGAS a réitéré les mêmes constats d'hétérogénéité des pratiques et de disjonction de l'activité de dépistage entre UCSA et CDAG et réaffirmé ce questionnement en recommandant cette fois de «faire reposer sur les seules UCSA les activités de dépistage/diagnostic/traitement des IST en milieu carcéral sous réserve d'une attribution à ces structures des moyens des CDAG/CIDDIST installés en centres pénitentiaires ».

Existe-t-il une antenne CDAG au sein de l'UCSA ?

Une antenne CDAG existe dans un tiers des établissements pénitentiaires

Cette présence n'est pas corrélée à la capacité de l'établissement. Elle est plus fréquemment notée en maison d'arrêt (40% du total des MA vs 25% en CP et 18,5% en CD et MC). On observe une certaine disparité géographique, avec en particulier une absence totale d'antenne de CDAG dans 9 régions.

Ces disparités territoriales sont à mettre en relation avec les contextes et les politiques locales. En Ile de France, il n'y a plus d'intervention de CDAG, suite à l'état des lieux régional⁴⁹ et aux recommandations de l'IGAS précédemment citées. En Rhône-Alpes, il existe une antenne de CDAG dans la moitié des établissements et en Languedoc-Roussillon dans un tiers. Dans les Bouches du Rhône, le Conseil Général étant fortement investi, les CDAG sont présentes dans tous les établissements.

Lorsqu'une antenne CDAG intervient, elle assure une présence au moins hebdomadaire dans 68% des établissements, inférieure à une par semaine dans 13 % des cas et à la demande dans presque 20 % des cas.

Une filière locale semble cohérente avec présence plus fréquente de consultations spécialisées (72% des établissements avec CDAG ont une consultation VIH au sein de l'UCSA vs 44% lorsqu'il n'y a pas de CDAG (différence significative) et 69% vs 52% pour les consultations d'hépatologie ($p=0.07$) ainsi que la mise en place plus fréquente de procédures de sortie formalisées pour le VIH et les hépatites.

Les pratiques ne semblent pas différentes entre les UCSA, suivant qu'intervient ou non une antenne de CDAG en ce qui concerne le renouvellement de l'offre de dépistage ni les marqueurs utilisés pour le dépistage du VHB. En revanche, les réponses données montrent un pourcentage moins important (38% vs 57%) de recherche de l'ARN VHC en cas de sérologie positive (pour recherche de l'infection chronique) lorsqu'une antenne de CDAG intervient. La question se pose à nouveau de savoir si la réponse reflète la réalité de l'organisation ou simplement la méconnaissance des pratiques de dépistage par le médecin de l'UCSA lorsqu'une antenne de CDAG intervient.

⁴⁸ IGAS, Mme Jourdain Menninger, Mr Lecoq, Evaluation de la mise en œuvre de la recentralisation de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles, Aout 2010

⁴⁹ C. Ortman, Dépistage du SIDA et des hépatites : pertinence et efficacité des dispositifs actuels en maisons d'arrêt, Mémoire MISP ENSP 2005

Les résultats provenant des dépistages réalisés au sein de l'antenne CDAG sont ils communiqués aux UCSA?

La communication systématique des résultats à l'UCSA, après accord du patient, est effective dans 66% des cas.

Un cloisonnement des fonctionnements de l'UCSA et de l'antenne CDAG est probable devant un certain nombre d'observations :

- La communication systématique des résultats à l'UCSA après consentement du patient, est effective dans 66% des cas. Dans les autres situations, soit l'UCSA n'est pas informée, soit elle l'est mais sans l'accord du patient, et avec une rupture probable de l'anonymat.
- En cas de dépistage organisé par un dispositif CDAG, le médecin responsable de l'UCSA remplissant le questionnaire semble moins informé des pratiques de dépistage. Ainsi, le taux de données manquantes concernant la question « ARN VHC » est augmenté lorsqu'une antenne CDAG existe. Il n'y a aucune donnée manquante en l'absence de CDAG, mais 6% lorsqu'une antenne CDAG existe. De même, les observations des 5 UCSA avec intervention de CDAG et qui ne proposent pas systématiquement le dépistage peuvent sans doute témoigner d'une connaissance insuffisante de l'activité du CDAG par l'UCSA plus que d'une réalité des pratiques.

II.3.3 Offre de vaccination

Enjeux et recommandations de la vaccination contre l'hépatite B

La vaccination contre le VHB est recommandée⁵⁰ pour les personnes détenues qui peuvent cumuler un certain nombre de facteurs d'exposition au virus de l'hépatite B. Malgré ses bénéfices incontestables et son innocuité, la vaccination VHB a souffert en France d'une crise de confiance entravant gravement la lutte contre l'épidémie. Les recommandations d'experts ont plusieurs fois réaffirmé son importance, encourageant entre autres l'immunisation des personnes particulièrement exposées, dont les personnes détenues.⁵¹

Les difficultés de mise en œuvre de ces recommandations relèvent, certes, de la crainte liée à la médiatisation importante des effets néfastes supposés de cette vaccination, de la part des personnes détenues comme des praticiens, mais également de problématiques liées au contexte d'organisation des soins en milieu pénitentiaire. Ainsi, le rapport de la DRASSIF de septembre 2007 VIH/IST/Hépatites en milieu carcéral en Ile de France⁵² relevait également comme facteur limitant, les modalités de financement des vaccins via les budgets hospitaliers. Dans son dossier Santé en Prison⁵³, G.Guérin du HCSP soulevait le problème des incarcérations inférieures à 3 mois, fréquentes en maison d'arrêt, qui ne permettent pas de suivre le

⁵⁰ Calendrier vaccinal, 2010

⁵¹ HAS, vaccination contre le virus de l'hépatite B, recommandations, 2003

⁵² DRASSIF VIH/IST/Hépatites en milieu carcéral en Ile de France, septembre 2007

⁵³ Geneviève Guérin, Secrétaire général adjoint du Haut Comité de la santé publique. Dossier : La santé en prison, Septembre 2003 ADSP n°44

protocole classique de vaccination contre le VHB et rappelait l'existence de protocoles « accélérés » déjà mis en place dans certains établissements.

Le calendrier vaccinal actuel ⁵⁴ précise le schéma préférentiel recommandé en 3 injections (0, 1 et 6 mois). Un schéma « adapté » peut être proposé lorsque l'immunité doit être rapidement acquise : 3 doses à un mois d'intervalle, nécessité d'une injection de rappel un an plus tard. Dans tous les cas, il convient d'assurer un suivi à la sortie.

Une vaccination hépatite B est elle proposée dans l'UCSA ?

95% des équipes proposent la vaccination contre l'hépatite B.

Ce constat ne permet pas de connaître le nombre de personnes réellement vaccinées et celles ayant bénéficié d'une vaccination complète dans les établissements où elle est accessible, notamment en raison des difficultés citées ci-dessus.

Les 6 UCSA qui indiquent ne pas proposer systématiquement la vaccination sont des petites maisons d'arrêts, dont 2 sont situées dans les DFA.

Le vaccin est-il fourni par l'hôpital de rattachement de l'UCSA ?

Dans 97% des cas, le vaccin est fourni par l'hôpital de rattachement,

Un des 5 établissements restant précise que les vaccins sont fournis par le centre de vaccination local.

II.3.4 Prise en charge du VIH et des hépatites

Enjeux communs à la prise en charge en milieu carcéral du VIH et des hépatites

La détention ne doit pas être considérée comme un obstacle à l'initiation ou au suivi d'un traitement pour le VIH ou une hépatite. Les recommandations 2010 du groupe d'experts⁵⁵ indiquent que pour les personnes co infectées (VIH/VHC) « une période d'incarcération peut être utilisée par une personne détenue pour initier un traitement pour le VHC ». Il rappelle que « les expériences menées en France montrent que, sous réserve d'une mobilisation adéquate des équipes de soins, ces traitements peuvent être menées avec succès », et ce, même chez les personnes condamnées à moins de 6 mois.

Il précise que l'intervention de praticiens extérieurs et la mise en place d'une consultation d'hépatologie et d'inféctiologie sont des conditions du succès de la mise en place d'un traitement. Les difficultés pour obtenir des escortes et l'absence

⁵⁴ <http://www.sante.gouv.fr/calendrier-vaccinal-detaille-2010.html>
http://www.invs.sante.fr/beh/2011/10_11/beh_10_11_2011.pdf

⁵⁵ P.Yéni, Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH, Recommandations du groupe d'experts, 2010, Chapitre 14 : Co-infection par les virus des hépatites

d'informatisation de nombreuses UCSA sont souvent un frein à la communication et la coopération avec ces intervenants. Le groupe d'experts (Yéni 2010) recommande de promouvoir les consultations spécialisées (hépatologie et/ou infectiologie) pour des bilans hépatiques complets et de faciliter l'accès au traitement, quelle que soit la durée de la peine.

Par ailleurs, la continuité des soins à l'entrée, durant, et à la sortie d'incarcération est indispensable quelle que soit la pathologie. Elle est déterminante pour la qualité de la prise en charge d'une infection par le VIH ou par une hépatite virale.

Consultations spécialisées

Le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues précise que « les consultations spécialisées sont organisées au sein de l'établissement pénitentiaire. L'objectif est d'assurer sur place le maximum de consultations spécialisées, afin de limiter les difficultés inhérentes au déplacement des personnes détenues à l'extérieur, du fait notamment de la nécessité de mobiliser des personnels pour assurer la sécurité. Le tableau de ces consultations spécialisées est établi en fonction des besoins recensés et des possibilités matérielles d'organisation».

II.3.4.1 Offre de prise en charge des hépatites

Enjeux et recommandations pour l'exploration et la prise en charge précoce d'une hépatite C

Pour l'infection par les hépatites virales, les textes⁵⁶ prévoient que « la découverte d'une séropositivité au VHC implique un bilan biologique ; celui-ci peut conduire à la réalisation d'une ponction biopsie hépatique (PBH) et le cas échéant, à la mise sous traitement ».

Bilan biologique

Le dosage de l'ARN viral C permet d'évaluer le niveau de réplication du virus. En cas de sérologie virale C positive ou douteuse, il est recommandé depuis 2005, le couplage systématique du test de contrôle avec la détection de l'ARN viral, permettant au médecin d'orienter plus rapidement les patients selon qu'ils justifient d'une simple surveillance ou bien d'une prise en charge par le spécialiste en vue d'un suivi et d'un éventuel traitement.⁵⁷

La réalisation simultanée du test de contrôle d'une sérologie positive et de l'ARN viral C est d'autant plus pertinente en milieu carcéral, du fait des courtes durées d'incarcération pour une partie de la population et des bénéfices d'une prise en charge thérapeutique rapide.

⁵⁶ Circulaire DGS/DH n°99/299 du 21 mai 1999, repris e par le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues

⁵⁷ Comité stratégique du programme national hépatites virales, proposition d'actions pour renforcer le dépistage et la prévention et améliorer la prise en charge des hépatites B et C, juillet 2005

Méthodes d'évaluation de la fibrose hépatique

L'évaluation de la fibrose hépatique permet de connaître à un moment donné la sévérité des lésions, et de poser ou non l'indication thérapeutique. Elle permet par la suite de suivre l'évolution de l'hépatopathie. La ponction biopsie hépatique, pratique de référence, est actuellement supplantée par des méthodes dites « non invasives ». Bien plus acceptables, ces méthodes devraient être rendues accessibles à tous les patients porteurs d'une hépatite. Depuis la circulaire de 1999, quatre techniques alternatives à la ponction biopsique du foie ont été validées : l'élastographie impulsionnelle ultrasonore (Fibroscan®), les scores biologiques Fibromètre®, Fibrotest® et Hépascore®.

Le Fibroscan® est validé dans tous les cas, qu'il s'agisse d'une hépatite C traitée ou non, et en cas de coinfections par le VIH.

Les tests sanguins sont validés seulement pour l'évaluation de la fibrose hépatique chez les patients porteurs d'une hépatite chronique C non traitée et sans comorbidité⁵⁸). Les examens d'évaluation non invasifs de la fibrose hépatique sont désormais inscrits à la nomenclature⁵⁹ et bénéficient d'une prise en charge de l'Assurance Maladie.

Cités plus haut, les problèmes d'extraction et d'escortes peuvent être considérés comme un frein important à la réalisation de ces examens (pour le Fibroscan®) même si l'existence d'appareils mobiles de Fibroscan® permet d'espérer une amélioration de l'accessibilité à ces méthodes. Il faut noter toutefois que persistent des questions de disponibilité de ces appareils mobiles.

La recherche de l'ARN du VHC (PCR) est-elle systématiquement réalisée par le laboratoire en même temps que le contrôle d'une sérologie positive en Elisa pour le VHC ?

La moitié des UCSA (50%) déclarent réaliser systématiquement la recherche de l'ARN VHC.

Parmi ces UCSA, le test de recherche de l'ARN du VHC est systématiquement re-prescrit et re-prélevé dans 10% des cas.

- 41% des UCSA ne recherchent pas l'ARN VHC en cas de sérologie positive,
- 8% des UCSA ont répondu ne pas savoir.

On ne retrouve pas de profil particulier pour ces établissements hormis l'existence d'une antenne CDAG au sein de l'UCSA, plus fréquente parmi les UCSA ne dosant pas l'ARN VHC.

⁵⁸ HAS, Méthodes non invasives d'évaluation de la fibrose/cirrhose hépatique – Avis sur les actes, décembre 2008

⁵⁹ Décision du 1^{er} mars 2011 de l'union nationale des caisses d'assurance maladie relatives à la liste des actes et prestations prises en charge par l'assurance maladie. JO du 19 mai 2011

La ponction biopsie hépatique pour évaluer la fibrose est- elle réalisable au sein de l'hôpital de rattachement ?

85% des établissements déclarent avoir accès à la ponction biopsie hépatique.

Plusieurs équipes précisent toutefois que ce n'est plus l'examen de choix.

Les tests sanguins (Fibrometre®, Fibrotest®/Actitest®, Hépascore®,...) et non sanguins (élastométrie/Fibroscan®,...) sont- ils réalisables au sein de l'UCSA ou de l'hôpital de rattachement ?

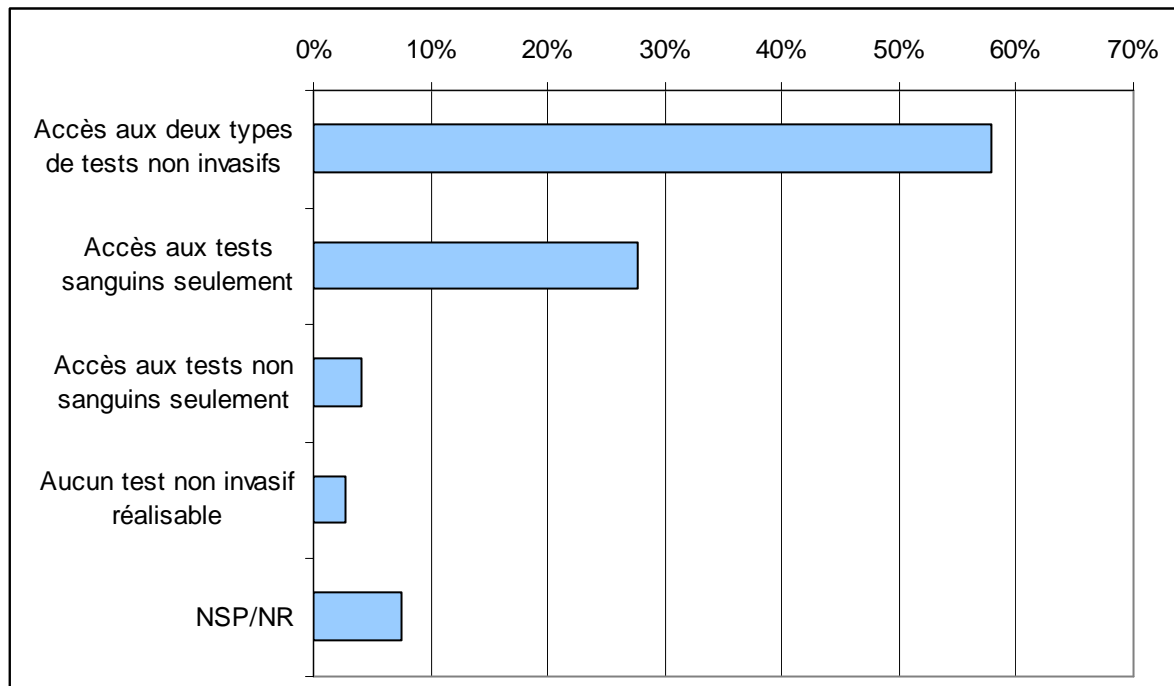
90% des établissements déclarent avoir accès à au moins une des deux méthodes non invasives d'évaluation de la fibrose hépatique et 58% ont accès aux 2 méthodes.

L'accessibilité à ces tests non invasifs ne dépend ni du type, ni de la taille de l'établissement. Elle est un peu plus importante lorsque il existe une consultation d'hépatologie, 96% des établissements ayant une consultation spécialisée ont accès à au moins une des deux méthodes versus 82% pour ceux qui n'en disposent pas. Les 4 établissements situés dans les DFA déclarent avoir accès à la PBH, 3 sur 4 aux tests sanguins et 2 aux tests non sanguins.

Pour près de 4% des établissements, la réalisation de tests non invasifs est possible dans un hôpital ou laboratoire autre que celui de rattachement.

Un quart des équipes déclarent n'avoir accès qu'aux tests sanguins (figure 1)

Figure 1 : Accès aux tests non invasifs d'évaluation de la fibrose hépatique



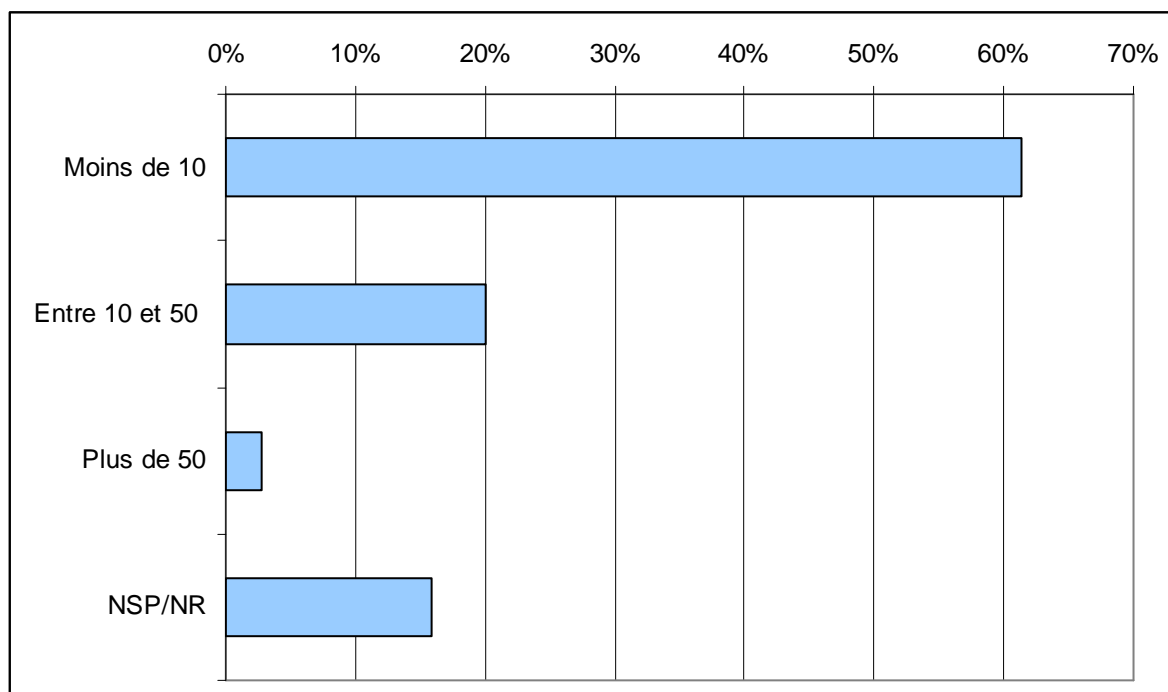
NSP : Ne sait pas, NR : Non réponse

Combien de tests non invasifs d'évaluation de la fibrose ont été effectués au cours des derniers mois ?

61% des établissements ont effectué moins de 10 tests, 20% entre 10 et 50 et 3% plus de 50 tests dans l'année. Environ 16% ne savent pas.

Le volume de tests réalisés est logiquement corrélé à la taille de l'établissement : 95% des UCSA des établissements hébergeant moins de 150 personnes ont réalisé moins de 10 tests alors que tous les établissements de capacité supérieure à 500 ont réalisé plus de 50 tests.

Figure 2 : Nombre de tests non invasifs effectués à la demande de l'UCSA au cours des 12 derniers mois



NSP : Ne sait pas, NR : Non réponse

La présence d'une consultation spécialisée en hépatologie semble également être associée à la réalisation de ces tests d'évaluation. Parmi les établissements ayant répondu, seuls 11% des UCSA ont prescrit plus de 10 tests les 12 derniers mois en l'absence de consultation spécialisée contre 38% lorsqu'une consultation existe, cette relation reste forte après ajustement sur la capacité de l'établissement.

L'accès aux tests non invasifs d'évaluation de la fibrose ne modifie pas le volume de tests effectués.

Existe-t-il une consultation spécialisée pour la prise en charge des hépatites au sein de l'UCSA ?

Il existe une consultation spécialisée en hépatologie dans 57% des UCSA.

Les consultations spécialisées pour les hépatites sont plus fréquentes dans les grands établissements (83% des établissements hébergeant plus de 500 détenus vs

39% de ceux hébergeant moins de 150 détenus), et lorsqu'une antenne CDAG existe (69% vs 53%, à la limite de la significativité).

La présence de ces consultations est corrélée positivement avec une stratégie de dépistage du VHB plus souvent conforme aux recommandations (90% vs 78%), un meilleur accès aux tests non invasifs d'évaluation de la fibrose hépatique (93% vs 77% pour les tests sanguins) ou encore une mise en place de procédures formalisées à la sortie plus fréquente (69% vs 35%).

On observe également d'importantes disparités régionales avec des consultations spécialisées dans tous les établissements de certaines régions et inexistantes dans d'autres pour les UCSA ayant répondu.

II.3.4.2 Offre de prise en charge VIH

Existe-t-il une consultation spécialisée pour la prise en charge du VIH au sein de l'UCSA ?

Il existe une consultation spécialisée pour le VIH dans 52% des UCSA.

Les consultations spécialisées pour le VIH sont plus fréquentes dans les grands établissements (81% des établissements hébergeant plus de 500 détenus vs 32% de ceux hébergeant moins de 150 détenus), dans les centres pénitentiaires (79% contre 47% des maisons d'arrêts et 44% des CD et MC) et lorsqu'une antenne CDAG existe (72% vs 43%).

On observe d'importantes disparités régionales avec des consultations spécialisées dans tous les établissements de certaines régions et inexistantes dans d'autres, sans pouvoir préjuger de l'existence de politiques régionales visant à adapter les besoins au contexte épidémiologique. Pour exemple, plus de 80% des UCSA possèdent une consultation spécialisée pour l'infection par le VIH dans la région PACA, 100% dans les DFA et moins de 20% dans la région Sud Ouest.

L'existence d'une consultation spécialisée pour le VIH sur place est associée positivement à la mise en place de procédures spécialisées à la sortie pour les patients porteurs du virus du VIH (70% de ces établissements mettent en place une procédure formalisée à la sortie, contre 34% dans les autres établissements).

Par ailleurs, elle ne semble pas avoir d'influence sur les autres pratiques explorées par l'enquête (renouvellement de l'offre de dépistage, organisation d'actions de prévention et d'éducation à la santé).

A noter également la mention par l'une des UCSA, de l'existence d'une consultation VIH par télé-médecine, alternative qui peut sembler opportune lorsque l'on connaît les difficultés d'accès aux soins et aux examens disponibles seulement à l'extérieur. Le plan stratégique 2010-2014 « politique de santé pour les personnes sous main de justice » prévoit dans sa mesure 10.3, le développement de la télé-médecine.

II.3.4.3 Soutien et accompagnement

Permanence associative offrant un soutien aux personnes atteintes

La coopération entre les différents acteurs intervenant en détention ne doit pas faire oublier le rôle de l'accompagnement et du soutien des personnes malades, par les équipes soignantes mais également par les associations.

Des conventions entre la Direction de l'administration pénitentiaire, la DGS et des associations « têtes de réseau » (Sidaction, Aides⁶⁰) ont en particulier pour objet leur soutien méthodologique et/ou financier pour développer des programmes de lutte contre le VIH et les hépatites en détention. Ces programmes s'attachent notamment au soutien des personnes détenues séropositives et de leur entourage, qu'il soit d'ordre psychologique, thérapeutique ou encore social et juridique.⁶¹

D'autres interventions de prévention et d'information font par ailleurs l'objet de financements locaux, en particulier par les Groupements régionaux de santé publique (GRSP) puis les ARS et les DISP.

Existe-t-il une permanence associative offrant un soutien aux personnes porteuses du VIH et/ou des virus des hépatites ?

1/4 des établissements bénéficient d'une permanence associative.

La proportion d'UCSA bénéficiant de permanences associatives augmente avec la taille de l'établissement (13% des établissements dont la capacité est inférieure à 150 personnes détenues vs 38% lorsque la capacité est supérieure à 500).

Il existe aussi d'importantes disparités géographiques.

II.3.4.4 Continuité des soins à la sortie

Enjeux

La prise en charge médicale des personnes détenues prend tout son sens et acquiert sa pleine efficacité si elle s'inscrit dans la durée, c'est-à-dire au delà du séjour en prison.

Le guide méthodologique⁶² insiste sur :

- la préparation du suivi médical après la détention afin de favoriser l'accès aux soins des personnes détenues à l'issue de leur période d'incarcération et les inciter à prendre en charge leurs problèmes de santé est un des enjeux de la politique de santé en milieu pénitentiaire. Cet objectif est poursuivi au travers

⁶⁰ L'intervention de l'association Aides, pour des actions visant à favoriser la médiation, l'écoute, l'information et la formation des personnes détenues et des professionnels, la préparation à la sortie et le suivi à l'extérieur, ainsi que des actions de soutien en direction des familles fait l'objet d'une convention avec l'administration pénitentiaire et la DGS.

⁶¹ Sidaction, Appel à projets 2010 Prévention et soutien en milieu carcéral, destiné aux associations de France métropolitaine et des DOM-TOM

⁶² Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues ; septembre 2004.

[...] des dispositions prises pour organiser le suivi sanitaire à la sortie de l'établissement pénitentiaire ;

- l'organisation du suivi médical après la libération. Avant sa libération, la personne détenue qui fait l'objet d'un suivi, est reçue par un médecin de l'UCSA. Celui-ci rédige une lettre pour le médecin de son choix [...] les éléments nécessaires au suivi du patient sont transmis à ce médecin [...], le cas échéant, une ordonnance ainsi que des médicaments sont délivrés au patient [...] le greffe de l'établissement pénitentiaire remet à chaque personne détenue libérée un document rédigé par le service hospitalier, lui permettant de connaître ses droits en matière d'accès aux soins.

Devant le constat de fréquentes discontinuités dans le suivi médical et social, le rapport d'experts relève la question de la préparation à la sortie comme un des enjeux majeurs de la prise en charge des personnes séropositives⁶³.

La notion de procédure formalisée à la sortie renvoie à l'existence de procédures écrites, diffusées et utilisées concernant les traitements, l'ouverture des droits et l'orientation.

Existe-t-il une procédure formalisée permettant la continuité des soins à la sortie de prison en ce qui concerne le VIH et les hépatites?

Plus de la moitié des UCSA ont mis en place des procédures formalisées pour le VIH (52 %) et les hépatites (52 %).

Une minorité d'UCSA a mis en place des procédures de sortie uniquement pour le VIH (2%) ou uniquement pour les hépatites (3%).

Parmi les UCSA n'en ayant pas mis en place, 5 d'entre elles précisent qu'elles organisent les sorties « au cas par cas », « pour tout patient » ou en orientant vers une « prise en charge dans le réseau ».

La capacité et le type d'établissements ne sont pas corrélés à la mise en place de ces procédures.

L'existence de consultations spécialisées pour le VIH et les hépatites influe positivement sur la mise en place de ces procédures, (70% vs 35% lorsqu'une consultation VIH existe et 70 % vs 35 % en présence d'une consultation en hépatologie), de même ces procédures sont plus fréquemment mises en place si une antenne de CDAG intervient (72 % vs 44 % de mise en place de procédures pour VIH et 72 % vs 46 % pour les hépatites).

L'existence d'une procédure est plus fréquente lorsque une permanence associative existe, mais la différence n'est pas significative (65% vs 49%).

Enfin, il existe d'importantes inégalités régionales (déclaration de procédures mises en place dans plus de 80% des cas dans certaines régions, Auvergne, Languedoc Roussillon, Bourgogne, 75% pour les DFA et jamais dans d'autres).

⁶³ P.Yéni, Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH, Recommandations du groupe d'experts, 2010, Chapitre 18 : Conditions de vie pour un succès thérapeutique

II.3.5. Offre de prise en charge en réduction des risques et TSO

Enjeux

Le contexte carcéral, est marqué par l'importance du nombre d'usagers de drogues actifs incarcérés, l'existence de pratiques à risque en détention objectivées par différentes enquêtes et des prévalences estimées du VIH et des hépatites plus élevées en milieu carcéral qu'en milieu ouvert. Il importe donc que l'accès à la prévention et aux dispositifs de réduction des risques (RdR) en milieu carcéral soit équivalent à celui dont bénéficie l'ensemble de la population.

Textes et recommandations sur l'accès à la prévention et aux outils de réduction des risques

Le Code de la santé publique modifié par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 consacre le principe de la réduction des risques (RDR) afin de « prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose par injection de drogue intraveineuse et les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie par des substances classées comme stupéfiants ».

La loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 rappelle que « la qualité, la permanence et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population (...). L'administration pénitentiaire favorise la coordination des différents intervenants agissant pour la prévention et l'éducation sanitaires ».

Le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues précise :

- la réduction des risques : la mise à disposition d'outils de prévention (préservatifs, eau de javel) et l'accès au traitement post exposition pour le VIH ;
- l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme d'éducation pour la santé : les personnes détenues bénéficient au même titre que la population générale d'actions d'éducation pour la santé ;
- la prise en charge des addictions: il peut s'agir d'une première proposition de soins ou la continuité d'une prise en charge ; il convient d'assurer une diversification des modalités de prise en charge afin de proposer : une prescription de traitements de substitution, un traitement médicamenteux dans un but de sevrage, une consultation spécialisée d'addictologie. En tout état de cause, il convient de proposer systématiquement la possibilité d'une poursuite d'un traitement de substitution dûment confirmé.
- la préparation à la sortie pour la prise en charge des addictions : les modalités concernant la sortie doivent être envisagées suffisamment tôt [...] La préparation à la sortie doit mobiliser de façon coordonnée en interne, les équipes sanitaire et pénitentiaire et en externe, les structures spécialisées. Les relais nécessaires doivent être mis en place [...]

Les différents plans (hépatites, addictions et plan stratégique santé des personnes sous main de justice) visent à garantir un accès à la prévention identique à celui en milieu libre.

- garantir l'accès aux traitements de substitution aux opiacés (Buprénorphine Haut Dosage et Méthadone®) dans tous les établissements, adaptés aux besoins de la personne détenue ;
- assurer la continuité des TSO à l'entrée, durant et à la sortie de détention ;
- mener des actions de prévention et éducation pour la santé.

Limites de la réduction des risques (RDR) en milieu carcéral

En 2000, le rapport de la mission santé justice⁶⁴ conduit conjointement par la Direction de l'Administration Pénitentiaire et la DGS faisait état d'une insuffisance des outils de réduction des risques en milieu carcéral et notamment du dispositif de prise en charge de la toxicomanie et des traitements de substitution aux opiacés peu mis en œuvre ou mal conduits. Il y était recommandé le développement d'une politique de réduction des risques adaptée au milieu carcéral, en particulier concernant la substitution aux opiacés et les actions d'éducation à la santé, et déjà, la question de l'accès au matériel stérile d'injection en détention était évoquée.

La note interministérielle du 9 août 2001⁶⁵ précise les orientations relatives à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive. Elle est accompagnée d'un cahier des charges définissant le rôle des services sanitaires.

La récente expertise collective de l'INSERM⁶⁶ consacrée à la réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues réaffirme l'importance de définir une réelle politique de soins et de réduction des risques en milieu pénitentiaire et rappelle la nécessité du principe d'équivalence de l'accès aux soins et à la réduction des risques entre le milieu pénitentiaire et le milieu ouvert.

Etant donnée l'existence de diverses pratiques à risques liées à l'usage de drogue, il rappelle la place centrale des traitements de substitution aux opiacés dans la lutte contre les risques infectieux, l'importance de l'instauration de ces traitements dès l'entrée en détention, l'intérêt d'adapter les posologies et le projet thérapeutique à chaque individu et la nécessité d'une dispensation sans rupture.

Les auteurs de l'expertise collective incitent également à mener des actions de formation du personnel et à développer des programmes de réduction des risques : distribution d'eau de javel avec guide d'utilisation, accès aux préservatifs, actuellement mis en place en détention, mais aussi aux matériels stériles de RDR liés à la toxicomanie. Dès 2007, certaines mesures figuraient par ailleurs dans une recommandation de l'OMS⁶⁷.

⁶⁴ DAP - DGS, Rapport de la Mission Santé Justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral, Décembre 2000

⁶⁵ Note interministérielle MILDT/DGS/DHOS/DAP n°474 d u 9 août 2001 relative à l'amélioration de la de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive.

⁶⁶ INSERM, Réduction des risques chez les usagers de drogue, synthèse et recommandations, 2010

⁶⁷ OMS, Interventions to address HIV in prisons. Needle and syringe programmes and decontamination strategies, Genève, 2007

Toutefois, au préalable et comme le préconise le rapport Pri2de⁶⁸, un travail de préparation et d'explication s'avère nécessaire. C'est dans cette optique qu'un état des lieux sur les pratiques à risques en milieu carcéral doit permettre d'anticiper sur les actions de RDR à envisager.

II.3.5.1 Traitements de substitution aux opiacés

Modalités et organisation

Depuis la circulaire DGS/SP3/95 n° 29 du 31 mars 1995 et la mise sur le marché des médicaments de traitement des pharmacodépendances aux opiacés, les personnes détenues ont accès à la BHD comme en milieu libre et à la méthadone en primo prescription uniquement par les médecins exerçant en centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST).

La circulaire DGS/DGOS n° 2002/57 du 30 janvier 2002 relative à la primo prescription de méthadone en établissement de santé a permis aux médecins intervenant en milieu pénitentiaire d'initier un traitement de substitution à base de Méthadone®.

Ces circulaires ont certainement contribué à l'augmentation des prescriptions de traitements de substitution aux opiacés qui sont passées entre 1998 et 2004, de 2% à 6.6% des personnes détenues.

La prescription de BHD étant très majoritaire a été peu modifiée par la circulaire du 30 janvier 2002 : 85% de BHD vs 15% de méthadone® en 1998 et 80% vs 20% en 2004.⁶⁹

L'hétérogénéité des pratiques en matière de traitements de substitution en milieu carcéral a justifié l'élaboration d'un guide des bonnes pratiques en 2005, dans le cadre de la commission nationale des traitements de substitution.⁷⁰

Quels sont les traitements de substitution disponibles ?

100% des UCSA déclarent avoir accès à au moins un des deux types de TSO (BHD ou Méthadone®).

Si toutes les UCSA ont accès à au moins un des deux types de TSO, BHD ou Méthadone, il persiste des sites n'offrant pas le choix entre ces deux molécules

⁶⁸ L'enquête Pri2de est une enquête sur la réduction des risques infectieux en prison. Cette enquête associe trois unités Inserm (Inserm U669, U912, U988) et l'InVS, elle est menée avec le soutien de l'ANRS et en collaboration avec CCMO Conseil. La première étape de cette enquête est de mener un état des lieux sur la mise à disposition d'outils de réduction des risques en milieu carcéral. Le terrain de cette enquête préliminaire (auto-questionnaire envoyés aux UCSA et entretiens qualitatifs

⁶⁹ DGS/DGOS, Enquêtes un jour donné concernant la prescription de TSO en milieu pénitentiaire, 1998, 1999, 2001 et 2004

⁷⁰ L. Michel, O. Maguet, Traitements de substitution en milieu carcéral : Guide des bonnes pratiques, 2005 <http://www.prison.eu.org/IMG/pdf/1679.pdf>

Quatre établissements ne proposent que de la BHD et quatre uniquement de la Méthadone®.

Cette donnée n'est cependant pas représentative de l'accès effectif à la substitution aux opiacés. Elle sera mise en perspective avec les résultats de l'enquête Pri2de⁷¹ sur les pratiques, récemment publiée et celles de l'observatoire santé des personnes détenues de la DGOS (cf. infra page 49).

Par quels services les traitements de substitution sont ils dispensés ?

La dispensation est assurée dans 63% des cas par l'UCSA, dans 14% par le secteur psychiatrique et conjointement par les deux structures dans 23% des cas.

L'enquête décrit une organisation de la dispensation des TSO extrêmement hétérogène.

Il n'apparaît pas que l'organisation influe sur les autres pratiques, comme la mise en place de procédures formalisées à la sortie, l'organisation d'actions d'éducation et de prévention.

Cependant, elle semble déterminée par la présence d'un SMPR et par la capacité de l'établissement : la dispensation est plus fréquemment assurée par le secteur psychiatrique, seul ou en même temps que l'UCSA, lorsqu'un SMPR existe (75% vs 29%), ainsi que dans les établissements de grande taille (21% dans les établissements hébergeant moins de 150 personnes vs 56% quand plus de 500) et dans les CP (56% vs 31% en MA et 33% et CD et MC).

Parmi les 33 établissements pour lesquels la dispensation des TSO est faite conjointement par l'UCSA et le secteur psychiatrique, 10 détaillent leurs modalités de fonctionnement :

- dans 3 établissements, l'UCSA prescrit la BHD et le secteur psychiatrique la méthadone® ;
- dans 2 établissements, l'UCSA ne prescrit que la BHD alors que le secteur psychiatrique prescrit les deux traitements ;
- dans un établissement, la primo prescription de Méthadone® est faite par le secteur psychiatrique seul ;
- dans un cas, l'UCSA ne prescrit les TSO que les week-ends et jour fériés ;
- dans un cas, l'UCSA ne prescrit que pour un quartier d'hébergement ;
- dans un cas, le secteur psychiatrique prescrit et l'UCSA distribue les traitements ;
- un établissement précise que la dispensation par le secteur psychiatrique est possible mais pas systématique.

⁷¹ Pri2de. MICHEL L, JAUFFRET-ROUSTIDE M, BLANCHE J, et al. Limited access to HIV prevention in French prisons (ANRS-PRI2DE) : implications for public health and drug policy. BMC Public Health, 2011, vol. 11, n°400, 29 p.

L'enquête n'explorait pas les pratiques de prescription des TSO : préférence pour une molécule, posologie et mode de distribution, initiation et pratiques de sevrage, poursuite de traitement, respect des bonnes pratiques de dispensation.

II.3.5.2 Continuité des soins à la sortie

Existe-t-il une procédure formalisée permettant la continuité des soins à la sortie de prison en ce qui concerne les traitements de substitution?

Une procédure formalisée est déclarée par 55% des établissements. 38% déclarent ne pas en avoir élaboré et 7% n'ont pas répondu à la question

La procédure formalisée est plus fréquente pour assurer la continuité à la sortie en cas de traitement par TSO que pour les patients pris en charge pour le VIH ou les hépatites virales (50%). Ce constat est à mettre en regard des modalités de prescription et de dispensation de la méthadone, nécessitant un relais plus formalisé à la sortie de détention (CSAPA) pour s'assurer d'une continuité du traitement.

Plus souvent observée en maison d'arrêt (69% vs 44% dans les CP et 43% dans les CD et MC) et lorsque des procédures formalisées à la sortie ont été mises en place pour le VIH et les hépatites (94% vs 21% en absence d'autres procédures de sortie), elle n'apparaît pas être influencée, ni par l'organisation de la dispensation des TSO, ni par la présence d'un SMPR.

Deux UCSA ayant déclaré ne pas mettre en place de procédure formalisée à la sortie ont néanmoins précisé qu'il s'agit d'une initiative relevant « du domaine du SMPR ». Pour un autre établissement, ces procédures n'existent que pour les patients sous Méthadone®, prescrite et dispensée par le secteur psychiatrique contrairement à la BHD.

Deux des quatre établissements situés dans les DFA ont mis en place ces procédures de sortie.

II.3.5.3 Découvertes de seringues usagées en détention

Avez-vous eu connaissance de découvertes de seringues usagées dans l'établissement (cellules couloirs, parloirs...) dans les 12 derniers mois ?

18% des équipes des UCSA déclarent avoir eu connaissance de découvertes de seringues usagées dans l'établissement.

Les réponses tendent à être plus souvent positives dans les UCSA des établissements de grande capacité (>150 places) mais peu en région francilienne dans les petits établissements (<150 places) (29% versus 10%) ; ces résultats sont à la limite de la significativité (p=0.08).

II.3.6 Offre de prévention

Prévention et éducation à la santé

L'organisation d'actions d'information et de prévention concerne de multiples thématiques, dont le VIH, les hépatites et les pratiques addictives.

Selon les termes de la loi de 1994 relative à l'organisation des soins aux personnes détenues, la prévention et l'éducation à la santé font partie intégrante des missions de l'UCSA. Néanmoins, l'organisation de telles actions peut se voir limitée pour diverses raisons. L'insuffisance de moyens et de disponibilité oblige le plus souvent les personnels soignants à se recentrer sur les activités de soins au détriment de la prévention. Les courtes durées d'incarcération, les contraintes d'organisation de petits groupes de personnes, les difficultés à impliquer d'autres partenaires internes ou externes, le manque d'outils de référence sont autant d'écueils à la mise en place et à l'efficacité de telles actions.

L'élaboration d'un référentiel d'intervention en éducation et promotion de la santé en milieu pénitentiaire fait en conséquence l'objet d'une mesure spécifique du plan d'actions stratégique relatif à la prise en charge des personnes détenues, un état des lieux des actions d'éducation et de promotion de la santé étant d'ores et déjà en cours d'élaboration.

L'UCSA organise-t-elle des actions d'information et de prévention concernant le VIH et les hépatites ?

75% des UCSA indiquent organiser des actions d'information concernant le VIH et les hépatites.

A quelle date a eu lieu la dernière action d'information et de prévention concernant le VIH et/ou les hépatites ?

Une action dans les 6 mois précédent a été réalisée par un tiers des UCSA.

Quatre établissements n'organisant pas d'action de prévention et d'éducation à la santé précisent néanmoins délivrer une information individuelle lors de la visite médicale.

L'organisation de ces actions, qu'elles soient récentes ou non, n'est pas corrélée à la capacité ou au type de l'établissement et n'est pas influencée par l'existence d'une CDAG, de consultations spécialisées ou de permanences associatives au sein de l'établissement.

III Discussion

III. 1 Points forts et limites de l'enquête

III.1.1 Les points forts

Une bonne collaboration et coopération

Cette enquête a pu être élaborée et mise en œuvre grâce à la collaboration de tous les partenaires au sein du COPIL national de l'enquête, à la prise en compte des points de vue, des professionnels, des associations représentant les personnes concernées au rôle facilitateur de la DAP à tous les niveaux et enfin à l'implication des services locaux, ARS et directeurs d'établissements pénitentiaires et directions interrégionales des services pénitentiaires (DISP).

Une très forte mobilisation

Le retour important des questionnaires apporte une bonne représentativité à l'enquête. Par ailleurs, la qualité du remplissage des questionnaires est très bonne, et toutes les variables ont pu faire l'objet d'analyses statistiques.

Le peu de données manquantes

Sur l'ensemble des questions, seules 3 % des données sont manquantes, ce qui témoigne d'un bon accueil de l'enquête, de la qualité du questionnaire et permet d'obtenir des résultats robustes

Accompagné d'un taux de réponse de 86% (145 établissements sur 168), cela atteste de la bonne qualité de la méthodologie, et permet une représentativité satisfaisante.

La méthodologie a donc été acceptable par les acteurs, faisable et a permis d'obtenir des résultats solides.

III.1.2 Les limites

Le mode déclaratif.

Le mode de recueil des données peut être considéré comme le biais principal de l'enquête. Conformément aux enquêtes portant sur les pratiques, l'enquête PREVACAR est soumise à un biais de désirabilité sociale qui peut amener les personnes interrogées à adapter leurs réponses, en fonction des bonnes pratiques. Ce biais peut être d'autant plus présent du fait du caractère institutionnel de l'enquête, menée par les services du Ministère chargé de la santé. Toutefois, cette

enquête n'était en aucun cas un contrôle des pratiques, l'information ayant été largement diffusée par les représentants des équipes des UCSA et des associations présents dans le comité de pilotage *via* leurs réseaux. Un travail de sensibilisation des équipes des UCSA a également été mené sur le terrain entre 2008 et 2009. Par ailleurs, l'analyse des résultats de l'enquête met en évidence à plusieurs reprises des pratiques non conformes aux recommandations.

Ce biais pouvant avoir pour effet de surestimer les bonnes pratiques déclarées dans ce questionnaire par les UCSA, il est donc important de confronter ces données aux autres enquêtes nationales en milieu pénitentiaire dont l'enquête Pri2de réalisée en 2010.

L'influence de la fonction de la personne répondant au questionnaire

Les questionnaires étaient adressés au « médecin responsable de l'UCSA », or ce n'est pas toujours celui qui assure les activités concernées par l'enquête. Il est donc légitime de se poser la question d'un décalage entre les réponses apportées et la réalité des pratiques. De même, il semble que pour certains items, les répondants ne semblent pas avoir connaissance des pratiques des autres professionnels (CDAG ou SMPR).

Le renseignement d'un seul questionnaire par établissement

Dans le cas d'un centre pénitentiaire regroupant plusieurs quartiers, un seul questionnaire a été renseigné, alors que les pratiques pouvaient être différentes selon le quartier considéré : par exemple stratégie pour renouveler la proposition de dépistage en maison d'arrêt et en centre de détention.

La compréhension insuffisante de certaines questions

La formulation de certaines questions a pu être un frein à la compréhension par le répondant. Ainsi, les termes de « procédure formalisée » et « dispensation » ont parfois été interprétés de façon différente.

Les limites inhérentes aux modalités de l'enquête

Pour assurer la réussite de l'enquête, il était indispensable de proposer un questionnaire de taille raisonnable. Les questions ne permettaient notamment pas d'explorer les pratiques effectives en termes de vaccination ou de prescription de TSO.

Le nombre de tests non invasifs d'évaluation de la fibrose hépatique ne permet pas vraiment de conclure, par exemple, à une sur ou sous utilisation des moyens disponibles.

La saturation et la redondance des enquêtes

Le dialogue établi au cours des visites auprès des équipes de terrain (à l'occasion du volet « prévalence ») et des deux relances successives a parfois fait apparaître une perception de « saturation » devant les multiples enquêtes en cours. Le personnel des UCSA n'a pas toujours de retour sur les résultats de celles-ci. Par ailleurs,

certains ont exprimé d'autres préoccupations et revendications que les sujets abordés par cette enquête.

III. 2 Discussion

Les résultats du volet « offre » s'articulent avec ceux du volet « prévalence ».

Volet prévalence

Pour la première fois en France, des données sont disponibles et extrapolables à l'ensemble de la population carcérale. Les personnes dont les dossiers étaient tirés au sort ont été informées de manière collective et individuelle et pouvaient refuser de participer. Un questionnaire anonymisé individuel était complété à partir du dossier médical par le médecin de l'UCSA. Des données complémentaires ont été récupérées à partir du fichier national des détenus.

L'enquête s'est déroulée en juin 2010 dans 27 établissements pénitentiaires et 2 154 numéros d'écrou ont été tirés au sort. Parmi les 2 154 numéros d'écrou tirés au sort, 1 861 questionnaires ont été exploités. L'information sur le résultat du test VHC et/ou VIH est manquante pour 30% des dossiers médicaux.

La prévalence du VHC est estimée à 4.8% (IC 95% : 3.53-6.50), représentant près de 3 000 personnes. La prévalence chez les femmes est significativement plus élevée que chez les hommes, respectivement 11.78% (IC = 8.48-16.12) et 4.53 % (IC = 3.26-6.27). Le mode de transmission prédominant est l'usage de drogues (70.2%, IC = 48.9 – 85.3). La prévalence du VHC varie selon les continents de naissance et augmente avec l'âge jusqu'à 50 ans. L'hépatite est découverte au cours de l'incarcération actuelle dans 1 cas sur 5. Une PCR est documentée dans la grande majorité des dossiers (absente dans 6 % des cas).

Parmi les personnes VHC+, la moitié ont une hépatite chronique (46%, IC = 27.3 – 66.5). Parmi ceux ayant une hépatite chronique, près de la moitié ont eu une évaluation de la fibrose dans les 12 derniers mois (40.7%, IC =17.96-68.29) et 35.57% (IC = 11.68-69.74) sont traités.

La prévalence du VIH est estimée à 2 % (IC= 0.95-4.23), représentant environ 1 220 personnes infectées, sans différence significative entre hommes et femmes. Les $\frac{3}{4}$ sont à un stade d'immunodépression avancée (CD4<350). La prévalence du VIH varie avec les continents de naissance et augmente avec l'âge jusqu'à 50 ans. La séropositivité a été découverte au cours de l'incarcération actuelle dans 1 cas sur 4. Les $\frac{3}{4}$ sont en traitement par antirétroviraux.

Les prévalences du VHC et du VIH sont plus élevées qu'en milieu libre.

La prévalence des TSO est estimée à 7,9 % (IC= 6.49-9.79) représentant environ 5 000 personnes, 68,5 % sous BHD et 31,5% sous méthadone. La prévalence est significativement plus élevée chez les femmes. Elle est plus importante en maison d'arrêt. 31 % des traitements ont été initiés pendant l'incarcération. Chez les personnes en TSO, les prévalences sont élevées, tant pour le VIH : 3,6% (IC=1.1-11.8) que pour le VHC : 26,3% (IC=16.8-38.7) ; 70 % des contaminations VHC sont liées à l'usage de drogues.

Invs- Journée de restitution nationale du
20/06/2011

Les éléments relevant de l'organisation de l'offre et des pratiques professionnelles ont été confrontés aux recommandations existantes.

En effet, dans une perspective pragmatique et opérationnelle, les pistes d'action et les leviers relèvent de champs différents. Certains constats nécessitent une adaptation ou une évolution de l'offre et de son organisation, d'autres recommandations doivent porter plutôt sur les pratiques professionnelles.

III. 2.1 Disparités entre établissements et territoires

La diversité des réponses obtenues pour quasiment tous les items explorés par l'enquête traduit l'importante hétérogénéité des pratiques et des organisations. Elle donne lieu à plusieurs interrogations concernant l'origine de ces disparités.

- La capacité de l'établissement peut expliquer certains aspects de l'offre, ainsi pour les UCSA des établissements comptant plus de 500 personnes détenues, il existe de façon significative un meilleur accès à des consultations spécialisées VIH et hépatites, à la ponction biopsie hépatique, à l'intervention d'une association de soutien, ils ont réalisé plus de tests d'évaluation de la fibrose hépatique. Ceci est parfaitement logique, les besoins en santé et les réponses sont corrélés à l'effectif.
- Une part revient également à l'existence ou non de politiques de santé locales, puisqu'il s'avère par exemple, que certaines régions ont volontairement choisi d'organiser le dépistage du VIH et des hépatites autour des UCSA seules, après les résultats des investigations menées par les différentes instances sanitaires ayant conduit à des recommandations dans ce sens. De la même façon, l'organisation et le financement d'un certain nombre d'activités, telles que les permanences associatives, ou encore les actions d'éducation et de prévention dépendent en grande partie des priorités déterminées dans les Plans Régionaux de Santé Publique.

Il pourrait être intéressant de comparer dans un second temps l'adéquation de l'offre de soins aux besoins, afin d'identifier les manques à combler. Les données seront donc confrontées à celle du volet « prévalence » de l'enquête PREVACAR.

III.2.2. Dépistage du VIH et des hépatites virales

III.2.2.1 Pratiques professionnelles : la question du renouvellement de la proposition de dépistage et les modalités d'utilisation de tests hépatite B

Si la **proposition de dépistage du VIH et des hépatites virales** à l'entrée en détention est quasi systématique (95% des établissements environ et une majorité des maisons d'arrêt), **le renouvellement** de la proposition de dépistage est moins pratiqué, il ne concerne que la moitié des établissements et ne semble pas influencé par l'existence d'une antenne CDAG ou de consultations spécialisées.

- dans le cadre du plan stratégique pour les personnes placées sous main de justice, la mesure 6.1 doit faciliter la proposition systématique de dépistage des viroses chroniques à l'entrée et **leur renouvellement** à échéance

régulière ; cette mesure s'accompagne d'un financement en 2011, d'ores et déjà délégué aux ARS pour les établissements de santé de rattachement des UCSA pour la réalisation des tests et la vaccination VHB ;

- pour harmoniser les pratiques professionnelles, les COREVIH pourraient être mobilisés, afin notamment de formaliser et diffuser des protocoles pour la proposition de renouvellement.
- les outils développés par l'INPES⁷² pour l'incitation à la connaissance du statut sérologique pourraient également être plus largement diffusés.

Concernant les **modalités de dépistage de l'hépatite B**, l'utilisation recommandée des trois marqueurs pour le dépistage du VHB est pratiquée par la majorité des établissements (85%).

Les recommandations de la HAS sur l'algorithme concernant l'utilisation de ces trois marqueurs devraient prochainement contribuer à harmoniser les pratiques ; la réflexion doit être poursuivie pour déterminer quelle stratégie parmi les 3 retenues est la plus pertinente pour les personnes incarcérées. Comme indiqué plus haut, les courtes durées de séjour et les caractéristiques des publics incitent à pratiquer d'emblée les 3 marqueurs pour déterminer rapidement une indication vaccinale ou une exploration.

L'utilisation des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) pour l'infection VIH 1 et 2 est désormais légale par des professionnels de santé exerçant dans des établissements de santé (dont ceux des UCSA) dans des situations d'urgence⁷³ et hors les situations d'urgence par ces mêmes professionnels et par des intervenants associatifs dans des structures associatives habilitées par les ARS⁷⁴.

Cette évolution donne désormais la possibilité d'une proposition plus souple et rapide à la personne détenue à tout moment, au cours de l'incarcération en cas d'exposition à un risque ou pas, avant de réaliser ensuite quand cela s'avère nécessaire vers un diagnostic biologique de l'infection à VIH 1 et 2, tout en veillant à respecter les principes de consentement et de confidentialité.

III.2.2.2 Impact de l'organisation de l'offre, avec ou sans CDAG, sur l'accès au dépistage et sur son évaluation

La présente enquête confirme la persistance de disparités dans l'organisation du dépistage, telle que déjà documentée dans les rapports de l'IGAS. Un tiers des établissements fonctionnent avec une antenne de CDAG présente le plus souvent de façon hebdomadaire ou pluri hebdomadaire.

Dans les établissements bénéficiant de la présence d'une antenne de CDAG, l'offre et les pratiques en matière de dépistage ne semblent pas plus conformes aux recommandations que dans les établissements qui n'en possèdent pas.

⁷² <http://www.sante.gouv.fr/information-et-ressources-pour-les-professionnels-de-sante-depistage-du-vih-et-des-infections-sexuellement-transmissibles.html>

⁷³ Arrêté 28 mai 2010

⁷⁴ Arrêté du 9 novembre 2010 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2),

Par ailleurs, les résultats suggèrent un cloisonnement de fonctionnement entre l'UCSA et l'antenne CDAG :

- difficultés de transmission à l'UCSA des résultats des tests, ce constat est conforté par ceux de l'enquête prévalence (absence de tests dans certains dossiers pouvant relever soit de tests non faits, soit de résultats non transmis),
- méconnaissance plus fréquente des pratiques de dépistage par le médecin de l'UCSA répondant au questionnaire lorsqu'une antenne CDAG intervient.

L'intervention d'un CDAG présente des avantages :

- elle donne à la personne la possibilité de choisir l'anonymat et respecte ainsi l'égalité de droit aux soins et à la prévention avec le milieu libre ;
- en diversifiant l'offre, elle peut améliorer le recours au test.

Cependant, paradoxalement, la présence du CDAG :

- ne garantit pas la proposition systématique du test à tout entrant et le renouvellement de la proposition ;
- empêche, du fait de l'anonymat, la transmission des résultats à l'UCSA, avec un risque de moindre bénéfice pour la personne en termes d'entrée dans le soin ;
- rend quasi impossible l'évaluation du taux de dépistage des entrants et le taux de recours à des renouvellements de test ;
- peut diminuer l'implication de l'équipe UCSA dans la proposition des tests et dans les entretiens d'information qui les accompagnent.

Ainsi, l'anonymat peut créer un cloisonnement, voire un antagonisme entre deux équipes qui devraient être complémentaires. Malgré la nouvelle possibilité qu'ouvre la réglementation⁷⁵, cet anonymat semble encore difficile à lever, cette possibilité n'étant pas encore très connue.

Ce constat rejoint les conclusions du rapport de l'IGAS qui suggère d'unifier l'organisation au profit des seules UCSA tout en redéployant les crédits des CDAG.

A court terme, il conviendrait d'améliorer l'offre en la rendant plus cohérente, en rappelant le rôle pivot de l'UCSA, clarifiant le rôle respectif des dispositifs et en développant des protocoles avec les CDAG, pour organiser les échanges d'information pour une personne donnée et harmoniser les pratiques.

A cet égard, la levée de l'anonymat rendue désormais possible en CDAG est une modalité qui devrait permettre si le patient est d'accord, l'échange d'information entre la CDAG et l'UCSA, en particulier pour les découvertes de séropositivité.

La réflexion doit également porter sur le recueil de données permettant de mieux évaluer le taux de dépistage des entrants et le renouvellement des tests.

⁷⁵ Article 108 de la loi HPST et arrêté d'application du 8/7/2010

III.2.3 Prise en charge du VIH et des hépatites.

Si l'offre pour le VIH apparaît globalement satisfaisante, cette enquête met essentiellement en lumière des problématiques autour de la prise en charge des hépatites.

III.2.3.1 Des pratiques professionnelles à améliorer

Le dépistage d'une sérologie positive pour le VHC est trop rarement accompagné d'une recherche d'ARN par PCR. Pour seulement 50% des UCSA, la recherche de l'ARN VHC est systématiquement réalisée par le laboratoire en même temps que le contrôle d'une sérologie positive.

Cette recommandation doit donc être plus largement diffusée auprès des équipes des UCSA et de celles des CDAG.

III.2.3.2 Structuration de l'offre

La mise en place de **consultations spécialisées au sein de l'UCSA**, condition du succès de la mise en œuvre d'un traitement pour le VIH ou l'hépatite C selon le rapport d'experts 2010⁷⁶ peut encore progresser. Sur l'ensemble des UCSA, 52% bénéficient d'une consultation spécialisée pour le VIH, et une grande majorité (82 %) parmi les établissements accueillant plus de 500 personnes ; 57% des UCSA pour les hépatites (83 % des UCSA des établissements de plus de 500 personnes), ce qui constitue une amélioration notable, puisque 44% des UCSA avaient une consultation spécialisée en hépatologie d'après le rapport IGAS 2001⁷⁷.

L'enquête montre un impact positif de la présence de consultations spécialisées, avec de façon significative, un meilleur accès aux méthodes non invasives et une meilleure formalisation des procédures pour la continuité des soins à la sortie.

Il conviendra dans un second temps d'apprécier plus localement l'adéquation de cette offre en la confrontant aux contextes régionaux et aux résultats de l'enquête de prévalence.

Un point important persiste autour de l'accès effectif aux méthodes non invasives

L'accès théorique aux méthodes d'évaluation de la fibrose hépatique est satisfaisant (85% pour la ponction-biopsie hépatique, 90% des établissements ont accès à au moins une des deux méthodes non invasives, 58 % aux 2 types de méthodes non

⁷⁶ P.Yéni, Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH, Recommandations du groupe d'experts, 2010, Chapitre 19 : Organisation des soins

⁷⁷ IGAS, M.Fatome, M.Vernerey, Mme Le Dr.Lalande, Mme Froment, Mme Valdes-Boulouque, L'organisation des soins aux détenus, Rapport d'évaluation, juin 2001

invasives) mais il est à noter qu'entre 8% (pour les tests sanguins) et 14% (pour les tests non sanguins) des UCSA indiquent ne pas savoir si ces tests sont accessibles ou n'ont pas répondu à la question.

Cette enquête ne permet de décrire la pratique effective de prescription de tests d'évaluation de la fibrose hépatique.

Il est possible également que les perspectives d'inscriptions à la NABM de ces actes puissent en faciliter la prescription mais l'impact de la prise en charge financière sur l'évolution des prescriptions sera à évaluer.

Cependant, la question de la disponibilité du matériel reste soulevée.

D'après les remontées de terrain, si des appareils mobiles sont disponibles, leur fonctionnement en milieu carcéral pose des problèmes logistiques, les fréquences de passage sont parfois peu adaptées aux besoins.

Dans le cadre du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011, un fibroscan® va être mis à la disposition de 5 UCSA d'ici fin 2011, afin d'améliorer le diagnostic d'une éventuelle fibrose hépatique chez les patients VHC+ co-infectés ou non par le VIH, et initier plus rapidement un traitement de leur hépatite. Cette intervention sera suivie et évaluée par une équipe de recherche universitaire en lien avec la DGOS, afin de déterminer également les modalités optimales d'utilisation du fibroscan en UCSA. Par ailleurs, cette action qui fait partie du plan gouvernemental n'exclut pas toutes les possibilités d'échange de fibroscan ® entre un établissement de santé et l'UCSA, ou entre différentes UCSA.

Il paraît souhaitable qu'une réflexion nationale sur les conditions d'utilisation des appareils mobiles (périodicité, type d'établissement..) soit développée.

L'accès à des consultations spécialisées est disparate. Dans les établissements de petite capacité, une consultation spécialisée pourrait être effectuée par télé-médecine ; l'expérience relevée dans l'enquête pourrait être valorisée. Le plan stratégique 2010-2014 « politique de santé pour les personnes sous main de justice » prévoit le développement des applications de télé-médecine en milieu carcéral.

Cette méthode présuppose néanmoins que l'UCSA soit informatisée, câblée et ait un accès internet, ce qui n'est pas encore le cas de tous les établissements (35 à 40 % des UCSA non informatisées). Un développement est prévu dans le cadre du plan national.

III.2.4 Continuité des soins à la sortie

Concernant les **procédures formalisées à la sortie** pour les patients atteints du VIH ou d'une hépatite virale, seule la moitié des UCSA déclarent les avoir mises en place. Cette démarche, pourtant essentielle pour la continuité des soins à la sortie de détention et en partie garante du succès thérapeutique est influencée positivement par l'existence d'une consultation spécialisée au sein de l'UCSA.

Le plan stratégique doit permettre d'améliorer ce point dans le cadre des mesures 13.1, 14 et 15.

Ces mesures visent à :

- élaborer des procédures types ayant vocation à s'intégrer au guide méthodologique pour la continuité des traitements, de la transmission des dossiers et documents, l'organisation avec les structures et les dispositifs à mobiliser à la sortie ;
- faciliter l'accès aux droits, leur ouverture le cas échéant et éviter les ruptures de droits: couverture sociale, incluant l'aide à une complémentaire santé, protocole « affection de longue durée », ressources ou prestations sociales ;
- renforcer et structurer les modalités de coordination entre les professionnels de santé, les SPIP, les CPAM, une convention cadre devant être élaborée au niveau national sur la base d'expériences existantes.

Une réflexion sur le contenu et les finalités de la visite de sortie pour les personnes condamnées doit également être conduite.

III.2.5 Accès aux traitements de substitution aux opiacés (TSO)

Le rôle des **traitements de substitution aux opiacés** dans la lutte contre les risques infectieux a été récemment réaffirmé par le rapport INSERM relatif à la réduction des risques chez les usagers de drogue.⁷⁸

Les personnes détenues doivent théoriquement pouvoir disposer dans chaque établissement pénitentiaire, des deux types de TSO : Buprénorphine Haut Dosage et Méthadone®. L'accès aux TSO est décrit comme effectif dans tous les établissements, ce qui représente un net progrès depuis 10 ans, date de mise à disposition de ces traitements. L'enquête réalisée par l'OFDT en 2004⁷⁹, notait « un problème d'acceptation de la substitution en milieu carcéral » pour près d'un établissement sur 5.

Toutefois, il convient de noter que la diversification des traitements est insuffisante : 5% des établissements ne proposent que l'une des deux molécules, contrairement aux recommandations nationales. L'enquête PREVACAR révèle une disparité certaine dans l'organisation de la dispensation de ces traitements entre l'UCSA et les secteurs psychiatriques. Elle ne permet pas de dire quelles sont les pratiques réelles des unités de soins concernant l'initiation des traitements, la poursuite ou les habitudes de sevrage des TSO. Comme pour le VIH et les hépatites virales, on constate que la mise en place de procédures formalisées à la sortie pour les patients sous TSO doit être améliorée (56% des établissements) et ne paraît pas liée à l'organisation de la dispensation des traitements.

⁷⁸ INSERM, [Réduction des risques chez les usagers de drogue, synthèse et recommandations, 2010](#)

⁷⁹ Ivana OBRADOVIC « Addictions en milieu carcéral - Enquête sur la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive » Rapport Focus de l'OFDT, décembre 2004.

III.2.5.1 TSO et pratiques professionnelles

Le guide de bonnes pratiques sur les traitements de substitution en milieu carcéral élaboré en 2002-2003 dans le cadre de la Commission nationale des traitements de substitution⁸⁰ est en cours d'actualisation, la publication devrait intervenir au deuxième semestre 2011.

III.2.5.2 Impact de l'organisation de l'offre sur la dispensation des TSO

L'hétérogénéité de fonctionnement entre les équipes somatiques et psychiatriques dans les établissements pénitentiaires, observée par Etienne Blanc en 2009 se confirme dans l'enquête. Il est difficile de déterminer si l'organisation influe sur les pratiques, mais il semble parfois exister un défaut de concertation entre les équipes somatique et psychiatrique, comme en témoignent des non réponses de la part du médecin de l'UCSA ou des annotations sur certains questionnaires comme par exemple « voir avec le SMPR ».

Du fait d'une trop grande diversité des intervenants et des difficultés de coordination entre les personnels sanitaires et pénitentiaires qui en découlaient, est apparue la nécessité de clarifier les rôles des différents intervenants dans la prise en charge de l'addiction en détention. L'instruction DGS MC 2/DGOS/R4 citée plus haut, diffusée le 17 novembre 2010 vise à définir les modalités de coordination, à réaffirmer le rôle de pilotage de l'UCSA, à établir un protocole entre les intervenants et à positionner un CSAPA référent afin d'assurer un relais complet (à la fois pendant la détention et à la sortie) et favoriser le suivi nécessaire de la personne détenue lors de sa libération.

L'instruction définit des indicateurs qui seront suivis au niveau national pour évaluer l'impact de cette mesure.

L'accès à une prise en charge adaptée aux besoins doit être garanti à toutes les personnes détenues présentant un problème d'addiction.

Le dispositif doit donc être complété dans les établissements qui ne disposent pas de consultation en addictologie et où le relais de la prise en charge spécialisée ne peut être assuré par un CSAPA.

Dans le cadre du plan d'actions stratégique 2010-2014 pour la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, des moyens supplémentaires ont donc été alloués en 2011 pour renforcer les dispositifs de prise en charge en addictologie existants, soit 32 équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie (ELSA) sur le territoire en prévoyant une vacation médicale hebdomadaire de spécialiste en addictologie supplémentaire et un renforcement en personnel pour environ 2/3 des CSAPA référents.

⁸⁰ L. Michel, O. Maguet, Traitements de substitution en milieu carcéral : Guide des bonnes pratiques, 2005 <http://www.prison.eu.org/IMG/pdf/1679.pdf>

III.2.6 Présence de matériels d'injection

Dans environ 1 UCSA sur 5, les équipes de soins déclarent avoir eu connaissance de découvertes de seringues usagées au cours des 12 derniers mois dans divers lieux de la détention (hors UCSA).

Il s'agit d'informations rapportées par des tiers aux équipes des UCSA.

Ces données méritent d'être confrontées à celles de la direction de l'administration pénitentiaire.

Les déclarations sur la découverte de seringues usagées en milieu carcéral laissent supposer des pratiques d'injection. Il est intéressant de mentionner qu'en 2004, l'enquête Coquelicot InVS/ANRS avait également montré que 12% des usagers de drogues ayant été incarcérés déclaraient avoir eu recours à l'injection en détention.

Ces données seront confrontées de manière détaillée avec celles de l'enquête Pr2ide qui semblent d'ores et déjà cohérentes⁸¹ sur le constat, du point de vue des professionnels de santé, de l'existence de pratiques d'injection pendant l'incarcération.

Le plan d'actions stratégique 2010-2014 ne prévoit pas de développer des programmes d'échanges de seringues, tels que mis en œuvre dans des expériences étrangères.

La mesure 4.1 de ce plan prévoit de caractériser les difficultés d'application de la politique de réduction des risques pour en optimiser la mise en œuvre. Cette démarche s'appuiera sur les études Prévacar et Pr2ide et les constats permettront d'actualiser les recommandations.

III.2.7 Rôle des associations en matière de soutien et d'accompagnement

Le rapport du groupe d'experts relatif à la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH rappelle le rôle de **l'accompagnement et du soutien des personnes malades**, notamment par les associations présentes en détention ; or, cet accompagnement ne concerne en pratique qu'un quart des établissements pénitentiaires ; cependant, cette présence associative concerne 38 % des établissements de plus de 500 personnes.

Le plan d'actions stratégiques prévoit de renforcer le soutien et l'accompagnement des personnes atteintes de maladies chroniques en suscitant les interventions associatives (mesure 5.8) et en élaborant un cadre d'intervention, avec production d'un référentiel pour développer la qualité des interventions (mesure 17). Ce référentiel s'articulera avec le guide d'intervention en cours de finalisation par Sidaction dans le cadre d'un travail inter-associatif.

Les associations sont par ailleurs plus largement présentes dans les établissements pénitentiaires pour des activités d'éducation pour la santé et de prévention.

⁸¹ BMC public health 2011. Limited access to HIV prevention in French prisons (Anrs-Pri2de): implications for public health and drug policy. Laurent Michel and coll. Mai 2011

III.2.8 Education pour la santé

L'organisation d'**actions de prévention et d'éducation pour la santé** est une mission dévolue aux UCSA, elle peut être complexe dans un contexte de détention pour les thèmes concernés par cette enquête : elle renvoie à des conduites à risque, elle demande un besoin de confidentialité, elle peut entraîner une stigmatisation. Elle est décrite dans les trois quarts des établissements. Néanmoins, seul un tiers des UCSA a organisé une action de prévention et d'éducation à la santé sur le thème du VIH et/ des hépatites virales dans les six mois précédant l'enquête.

Le plan d'actions stratégique prévoit d'agir sur les déterminants de la santé des personnes sous main de justice et plus particulièrement de développer l'axe de promotion et d'éducation pour la santé, pour toutes les thématiques en lien avec les besoins de santé de ce public (mesures 5.1 à 5.4).

Un état des lieux des actions d'éducation pour la santé (organisation modalités de pilotage, actions réalisées) piloté par l'INPES est en cours auprès des UCSA, le bilan devrait être disponible courant 2011 et permettra de guider la suite des actions.

Par ailleurs, une session consacrée au milieu carcéral a été organisée aux journées de prévention de l'INPES en mai 2011⁸².

Ultérieurement seront élaborés un référentiel de bonnes pratiques, des échanges de pratiques et des programmes pilotes.

III.2.9 Vaccination contre le VHB

La proposition de la vaccination contre le VHB aux personnes détenues, conformément au calendrier vaccinal 2010 apparaît très satisfaisante (96% des établissements) mais ne permet pas de quantifier le nombre réel de personnes détenues vaccinées et de caractériser les difficultés et freins éventuels.

Ce point serait à approfondir par un recueil spécifique, par exemple le nombre de vaccins commandés annuellement permettrait une première estimation.

Comme indiqué ci-dessus (cf. dépistage III.2.2.1), des moyens supplémentaires doivent permettre en 2011 de financer des vaccins VHB pour les personnes détenues.

⁸² <http://journées-prevention.inpes.fr/session/programme/la-promotion-de-la-santé-en-milieu-pénitentiaire>

III.2.10 Mise en perspective avec les données de l'observatoire DGOS

La Direction Générale de l'Offre de Soins a mis en place un observatoire⁸³ des structures de santé des personnes détenues (OSSD) (cf. mesure 1.2 du plan).

Les données recueillies doivent aider à définir les plans d'actions nationaux et régionaux pour améliorer la prise en charge sanitaire dans tous les établissements de santé. Les UCSA sont tenues de produire un rapport annuel d'activité. Dans un souci de cohérence un rapport d'activité standardisé au niveau national a été élaboré en 2008.

Un groupe de travail national a proposé les items à recueillir et les diverses requêtes.

Dans un premier temps le recueil concerne les UCSA, il sera étendu à l'activité des unités spécifiques d'hospitalisation (UHSI et UHSA).

Dès la première année (2009), plusieurs statistiques sont mises à disposition sur l'OSSD, elles concernent les données de l'année 2009.

S'agissant donc de la première exploitation, les résultats doivent être analysés avec prudence. De plus la base de l'OSSD diffère de celle de Prévacar, celle de l'observatoire comportant 177 UCSA dont 5 intervenants en établissements pour mineurs, non concernés par Prévacar.

A noter également pour certains centres pénitentiaires, l'existence de plusieurs UCSA correspondant aux différents quartiers, alors que dans ces situations, il n'y a eu qu'un seul questionnaire Prévacar pour l'ensemble de l'établissement.

Pour l'intervention CDAG, on note quelques résultats discordants entre les 2 bases, certaines UCSA ayant déclaré la présence d'une antenne de CDAG dans l'observatoire mais pas dans Prévacar, ce qui nécessitera une validation auprès de ces quelques sites.

Concernant les tests de dépistage VIH, VHC et VHB, le recueil concerne le nombre total de tests de dépistage réalisés pour le VIH, le VHC et le VHB par les UCSA et n'inclut pas les tests réalisés par les CDAG (qui font l'objet d'un recueil par l'Invs).

Le recueil ne permet pas de connaître, sur le total des tests, ceux réalisés chez des personnes à l'entrée.

Dans l'ensemble des 172 UCSA ayant renseigné l'observatoire, 42 372 tests VIH, 40 813 tests VHC et 41 219 tests VHB ont été réalisés en 2009.

On peut noter que le nombre de tests VIH est plus élevé que celui de tests VHC.

Le groupe de travail de l'observatoire a proposé un ratio « nombre de tests rapporté à 100 personnes entrant de l'état de liberté ». Bien que le nombre de tests ne concerne pas exclusivement des entrants, ce ratio peut permettre d'approcher le taux de couverture à l'entrée.

Ce taux n'est évidemment pas pertinent pour les établissements de longues peines (CD et MC).

⁸³ L'observatoire a été mis en place début juillet 2010 sous la forme d'un site hébergé par le ministère de la santé sur une plateforme internet après expérimentation auprès de 7 établissements de santé.

Il s'établit à 43 tests/100 entrants pour le VIH, le VHC et le VHB pour le total des 97 maisons d'arrêt de la base.

Si l'on compare les résultats pour les seules maisons d'arrêt entre 4 régions importantes, ce taux varie de 22 à 73 pour le VIH, de 14 à 73 pour le VHC et de 24 à 68 pour le VHB. Ce constat corrobore l'hétérogénéité de l'offre et des pratiques.

Pour les TSO, le rapport d'activité des UCSA renseigne la file active de personnes en traitement de substitution par BHD et par Méthadone.

Pour ces items, le taux de réponse est plus faible, 137 UCSA seulement l'ayant renseigné.

Sur le total des personnes bénéficiant d'un TSO en 2009, la file active de personnes en traitement par la BHD reste majoritaire (70 % vs 30 % pour la méthadone), avec de très grandes variations entre les sites pour la répartition entre les 2 types de traitement. Pour l'ensemble des CD ayant répondu (21), la proportion de méthadone apparaît un peu plus élevée (37% vs 63 % pour BHD).

7 UCSA n'ont pas déclaré de file active BHD, dont quatre CD, une MC et une MA (déclarant par ailleurs une file active méthadone), 3 UCSA n'ont pas déclaré de file active Méthadone (une MC et 2 CD).

Malgré ces limites méthodologiques, les données de l'observatoire vont dans le même sens que celles de Prévacar, s'agissant de la répartition entre les 2 modalités de traitement et des constats de pratiques locales de diversification insuffisante de traitements.

Par contre le rapport d'activité type national ne renseigne pas sur :

- le nombre de vaccinations VHB effectuées
- les résultats des tests VIH, VHC, VHB
- les tests d'évaluation de la fibrose hépatique.

IV. Conclusion

Cette enquête a pu être réalisée grâce à une collaboration étroite entre la DGS et l'InVS, à la coopération de la DAP et à la mobilisation des institutionnels, des professionnels et des représentants associatifs impliqués au sein du COPIL et sur le terrain.

Elle améliore les connaissances sur l'organisation de la prise en charge. Elle dégage des pistes pour l'améliorer dans les domaines considérés.

L'offre de soin apparaît globalement satisfaisante mais disparate entre régions et entre établissements dans cette enquête déclarative.

Des marges de progrès existent tant pour la structuration de l'offre que pour l'harmonisation des pratiques.

Cette enquête inscrite dans les plans « hépatites » et « santé des personnes sous main de justice » légitime les actions prévues pour améliorer la prise en charge des personnes incarcérées notamment l'adaptation des actions de prévention du VIH, des hépatites et des infections sexuellement transmissibles, l'amélioration du dépistage de ces infections afin de permettre un accès précoce à une prise en charge médicale, et le renforcement de la politique de réduction des risques en milieu carcéral qui passe notamment par celui de l'accès aux TSO.

Il est prévu de confronter ces données à celles d'autres recueils, notamment Pri2de et les données de l'observatoire DGOS basé sur les rapports d'activité des UCSA pour l'année 2010.

BIBLIOGRAPHIE

TEXTES LEGISLATIFS, TEXTES REGLEMENTAIRES ET INSTRUCTIONS

- Article 11 du décret n°86-602 du 14 mars 1986.
- Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale
- Le Code de la santé publique modifié par la loi n°2004-806 du 9 août 2004 :
- Loi n°2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire
- Décret 2005/1421 du 15 novembre 2005
- Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues, Ministère de la santé – Ministère de la justice, septembre 2004
- Circulaire DGS/SP3/95 n°29 du 31 mars 1995
- Circulaire DGS/DH/DAP n°96-739 du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en milieu pénitentiaire : prévention, dépistage, prise en charge sanitaire, préparation à la sortie et formation des personnels
- Circulaire DGS/DH/DSS n°98-423 du 9 juillet 1998 relative aux missions et aux objectifs des consultations de dépistage anonyme et gratuit ou de dépistage gratuit du virus de l'immunodéficience humaine
- Circulaire DGS/DH n°99/299 du 21 mai 1999
- Note interministérielle du 9 août 2001
- Circulaire DGS/DGOS n°2002/57 du 30 janvier 2002
- Instruction DGS/MC2/DGOS/R4/2010/390 du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention

RECOMMANDATIONS

- P.Yéni, Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH, Recommandations du groupe d'experts, 2010
- INSERM, Réduction des risques chez les usagers de drogue, synthèse et recommandations, Juin 2010
- Calendrier vaccinal, 2010
- HAS, Dépistage de l'infection par le VIH en France : Stratégie et dispositif de dépistage. Octobre 2009
- HAS, Méthodes non invasives d'évaluation de la fibrose/cirrhose hépatique – Avis sur les actes, décembre 2008
- HAS, vaccination contre le virus de l'hépatite B, recommandations, 2003
- HAS, Dépistage de l'hépatite C : Populations à dépister et modalités du dépistage, Recommandations du comité d'experts 2001
- OMS, Interventions to address HIV in prisons. Needle and syringe programmes and decontamination strategies, Genève, 2007
- L. Michel, O. Maguet, Traitements de substitution en milieu carcéral : Guide des bonnes pratiques, 2005

ENQUETES

- DREES, Mouquet Marie-Claude. « La santé des personnes entrées en prison en 2003 ». Etudes et résultats ; n° 386 ; mars 2005 <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er386.pdf>
- INSEE, Cassan F., Toulemon L., Kensey A. « L'histoire familiale des détenus ». Insee Première ; 706 ; avril 2000 ; 4 p. www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ip706.pdf
- DGS/DGOS, Enquête « un jour donné » sur les personnes détenues atteintes par le VIH et le VHC en milieu pénitentiaire – juin 2003. <http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/analyse.html>, Séropositivité connue par les services médicaux
- DGS/DGOS, Enquêtes un jour donné concernant la prescription de TSO en milieu pénitentiaire, 1998, 1999, 2001 et 2004
- INVS, Surveillance du VIH/sida en France, 2006. Report No.: 3, prévalence évaluée à 130000 personnes en 2005.
- Rémy .J et coll., gastroentérol. Clin. Biol, 2003 Premier Observatoire en Prison de l'Hépatite
- INVS, Surveillance des hépatites virales en France. Situation épidémiologique des hépatites B et C. Mai 2010.
- INVS/ANRS, Marie Jauffret-Roustide, Elisabeth Couturier, Yann Le Strat et Al. Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude Coquelicot, 2004 BEH n° 33, 05/09/2006 (<http://www.invs.sante.fr/beh/2006/33/index.htm>)
- ANRS Pri2de. MICHEL L, JAUFFRET-ROUSTIDE M, BLANCHE J, et al. Limited access to HIV prevention in French prisons (ANRS-PRI2DE): implications for public health and drug policy. BMC Public Health, 2011, vol. 11, n°400, 29 p.
- C. Ortmans, Dépistage du SIDA et des hépatites : pertinence et efficacité des dispositifs actuels en maisons d'arrêt, 2005
- Falissard B. Cemka Eval. Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral. BMC Psychiatry. 2006

RAPPORTS INSTITUTIONNELS

- Ministère de la justice et des libertés, <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-chiffres-clefs-10041/>
- Etienne Blanc, Rapport d'information 1811 à l'Assemblée Nationale sur la prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes majeures placées sous main de justice, 8 juillet 2009
- Jean-Jacques HUEST et Guy-Pierre CABANEL, Les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France, rapport de commission d'enquête au Sénat n°449, (1999-2000)
- DAP - DGS, Rapport de la Mission Santé Justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral, Décembre 2000
- IGAS, M.Fatome, M.Vernerey, Mme Le Dr.Lalande, Mme Froment, Mme Valdes-Boulouque, L'organisation des soins aux détenus, Rapport d'évaluation, juin 2001
- IGAS, Mme Jourdain Menninger, Mr Lecoq, Evaluation de la mise en œuvre de la recentralisation de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles, Aout 2010

- DRASSIF VIH/IST/Hépatites en milieu carcéral en Ile de France, septembre 2007
- Geneviève Guérin, Secrétaire général adjoint du Haut Comité de la santé publique, Dossier : La santé en prison, Septembre 2003 ADSP n°44

PLANS NATIONAUX

- DGS, Plan national de lutte contre les hépatites 2009 - 2012
- MILDT, Plan national de lutte contre les drogues et toxicomanies 2008-2011
- DGOS, Plan d'actions stratégiques 2010-2014 Politique de santé pour les personnes sous main de justice
- Comité stratégique du programme national hépatites virales, proposition d'actions pour renforcer le dépistage et la prévention et améliorer la prise en charge des hépatites B et C, juillet 2005
- Plan national de lutte contre le VIH et les IST, 2011-2014

TABLEAUX

Tableau 1: Offre de soins VIH, hépatites, substitution aux opiacés: données générales

		N	%	NR / NSP
Caractéristiques	Taille ≤150	48	33	-
	150-500	54	37	
	>500	43	30	
	Type MA	88	61	2
	MC-CD	27	19	
	CP	28	19	
Dépistage	Dépistage du VIH	137	95	1
	Dépistage du VHC	137	95	2
	Dépistage du VHB	137	95	2
	Dépistage des 3 virus	135	93	-
	Renouvellement VIH	75	52	4
	Renouvellement VHC	74	51	5
	Renouvellement VHB	74	51	5
	Renouvellement 3V	74	51	-
	Trois marqueurs VHB	123	85	-
	Vaccination VHB	138	95	1
	Vaccin fournit par l'hôpital	134	97	-
	CDAG	47	32	1
	Fréquence de fonctionnement			-
	Hebdomadaire ou +	32	68	
	Moins d'une fois par semaine	6	13	
A la demande	9	19		
Résultats transmis à l'UCSA*	31	66		
Prise en charge	Dosage de l'ARN VHC	73	50	10
	Accès à l'évaluation de la fibrose hépatique			
	PBH	123	85	1
	Tests sanguins	124	86	12
	Tests non-sanguins (élastométrie)	90	62	21
	Accès à au moins un type de TNI**	130	90	-
	Accès aux deux types de TNI	84	57	-
	Nombre de TNI prescrits <12 mois			23
	≤10	89	61	
	10 - 50	29	20	
	>50	4	3	
	Consultation d'hépatologie	82	57	3
	Consultation VIH	75	52	2
	Procédure de sortie hépatites	76	52	7
	Procédures de sortie VIH	75	52	5
Associations de soutien aux patients	35	24	6	
Prévention	Actions de prévention	109	75	2
	Action de prévention <6 mois	49	34	-
Substitution aux opiacés RDR	Au moins un TSO*** disponible	145	100	-
	Les deux types de TSO disponibles	137	95	-
	Distribution des TSO : Par l'UCSA	92	63	-
	Par le secteur psychiatrique	20	14	
	Par les deux	33	23	
	Procédures de sortie TSO	80	55	10
	Découverte de seringues	26	18	2

Les non réponses (NR) et "ne sais pas" (NSP) ont été prises en compte dans le calcul des pourcentages

* MA: Maison d'arrêt, MC: Maison centrale, CD: Centre de détention, CP: Centre pénitentiaire
** Résultats systématiquement transmis par le CDAG à l'UCSA avec accord du patient
*** TNI: Tests Non Invasifs d'évaluation de la fibrose hépatique
**** TSO: traitements de substitution aux opiacés, Buprénorphine Haut Dosage ou Méthadone®
***** UCSA ayant eu connaissance de découverte de seringues usagées dans l'établissement

Tableau 2: Offre de soins VIH-hépatites en fonction de la présence d'une CDAG, de consultations spécialisées et d'associations de soutien aux patients

	CDAG			Consultation d'hépatologie			Consultation VIH			Association de soutien			
	Oui	Non	p	Oui	Non	p	Oui	Non	p	Oui	Non	p	
Dépistage	Dépistage VIH						97	93	0.25				
	Dépistage VHC			98	93	0.4							
	Dépistage VHB			99	92	0.08							
	Dépistage des trois virus	89	96	0.15						91	94	0.69	
	Renouvellement VIH	47	56	0.29			51	55	0.59				
	Renouvellement VHC	47	56	0.31	51	53	0.8						
	Renouvellement VHB	47	56	0.31	51	53	0.8						
	Renouvellement 3 virus	45	55	0.26						51	52	0.96	
	Trois marqueurs VHB	89	84	0.35	90	78	0.04						
	Vaccination VHB	96	96	1	98	93	0.24						
Prise en charge	Dosage ARN VHC	38	57	0.04	56	43	0.13						
	Donnée ARN inconnue	0	6	0.03									
	PBH	91	87	0.58	90	86	0.43						
	Tests sanguins	87	86	0.79	93	77	<0.01						
	Tests non sanguins	62	63	0.89	66	58	0.36						
	Au moins un type de TNI	92	90	0.73	96	82	<0.01						
	>10 tests prescrits <12 mois	19	32	0.12	38	11	<0.01						
	Consultation hépatologie	69	53	0.07									
	Consultation VIH	72	43	<0.01						65	49	0.11	
	Procédure de sortie hépatites	72	46	<0.01	69	35	<0.01			64	52	0.22	
	Procédures de sortie VIH	72	44	<0.01				70	34	<0.01			
Associations de soutien	18	29	0.16	28	22	0.41	28	23	0.49				
Prévention	Actions de prévention	70	79	0.25	78	75	0.66	75	77	0.72	83	75	0.31
	Action de prévention <6 mois	30	35	0.53	37	28	0.3	36	29	0.4	43	31	0.19

Pour les comparaisons de pourcentages, les seuils de significativité ont été calculé par test du chi2 ou test exact de Fisher en cas d'effectif insuffisant

Tableau 3: Offre de soins TSO en fonction de la présence d'un SMPR

	SMPR		p
	Oui	Non	
Distribution des TSO			
Par l'UCSA	25	71.1	<0.01
Par le secteur psychiatrique	50	7.7	
Par les deux	25	22.3	
Procédures de sortie TSO	60.9	58.9	0.86
Découverte de seringues	29.2	7	0.13

Table 4: Offre de soins en fonction de la taille et du type d'établissement

	Taille			p	Type			p	
	≤150	150-500	>500		MA	MC-CD	CP		
Dépistage	Dépistage du VIH	98	91	98	0.22	97	85	100	0.03
	Dépistage du VHC	100	89	100	<0.01	98	85	100	0.02
	Dépistage du VHB	98	91	100	0.06	98	85	100	0.02
	Renouvellement VIH	64	49	46	0.19	51	54	61	0.68
	Renouvellement VHC	63	49	46	0.23	51	54	61	0.65
	Renouvellement VHB	63	49	46	0.23	51	54	61	0.65
	Trois marqueurs VHB	83	87	84	0.85	86	78	93	0.29
	Vaccination VHB	92	96	100	0.14	94	96	100	0.53
	CDAG	35	30	33	0.82	40	19	25	0.07
Prise en charge	Dosage ARN VHC	46	48	58	0.46	48	56	57	0.6
	PBH	80	89	98	0.04	88	82	96	0.23
	Tests sanguins	85	80	93	0.18	84	89	93	0.5
	Tests non sanguins	58	63	55	0.79	65	56	64	0.68
	Au moins un type de TNI	88	87	95	0.34	88	93	100	0.1
	>10 tests prescrits >12 mois	5	24	56	<0.01	22	20	50	0.02
	Consultation hépatologie	39	54	83	<0.01	52	59	71	0.2
	Consultation VIH	32	48	81	<0.01	47	44	79	0.01
	Procédure de sortie hépatites	52	55	58	0.86	57	44	57	0.51
	Procédures de sortie VIH	50	51	61	0.55	55	48	54	0.8
	Associations de soutien	13	25	38	0.03	21	26	37	0.27
Prévention	Actions de prévention	72	76	81	0.59	80	69	71	0.45
	Action de prévention <6 mois	23	37	42	0.13	33	33	36	0.96
TSO-RDR	Accès aux deux types de TSO	94	91	100	0.13	94	89	100	0.14
	Distribution TSO								
	UCSA	79	65	44	0.01	69	67	43	<0.01
	Secteur psychiatrique	6	13	23		10	4	36	
	Les deux	15	22	33		20	30	21	
	Procédure de sortie TSO	68	56	54	0.33	69	42	44	0.01
Découverte de seringues	10	17	29	0.08	17	15	26	0.52	

Pour les comparaisons de pourcentages, les seuils de significativité ont été calculés par test du chi2 ou test exact de Fisher en cas d'effectif insuffisant

Tableau 5: Offre de soins dans les établissements des DFA, d'Ile de France, de Rhône Alpes et du Languedoc Roussillon

		Départements Français d'Amérique	Ile de France	Rhône-Alpes	Languedoc Roussillon
		4 UCSA 1MA, 3CP	11 UCSA 7MA, 1CD, 2MC, 1CP	12 UCSA 8MA, 2CD, 3CP	6 UCSA 4MA, 2CP
Dépistage	Dépistage VIH	4	11	12	6
	Dépistage VHC	3	11	12	6
	Dépistage VHB	4	11	12	6
	Renouvellement VIH	4	4	6	6
	Renouvellement VHC	4	4	6	6
	Renouvellement VHB	4	4	6	6
	Présence CDAG	3	0	6	2
	Trois marqueurs VHB	4	11	10	5
	Vaccination VHB	3	11	12	6
Prise en charge	Dosage ARN VHC	1	9	6	5
	PBH	4	11	10	5
	Tests sanguins	3	11	10	5
	Tests non sanguins	2	9	5	5
	Nombre de TNI prescrits <12 mois	1 ne sais pas (nsp)	1 nsp	2 nsp	
	≤10	2	3	10	3
	10 - 50	1	5	0	2
	>50	0	2	0	1
	Consultation hépatologie	4	9	8	4
	Consultation VIH	4	8	7	3
	Procédure de sortie hépatites	3	7	3	5
	Procédures de sortie VIH	3	7	3	5
	Associations de soutien	2	4	2	4
Prévention	Actions de prévention	4	10	9	5
	Action de prévention <6 mois	2	5	3	3
TSO - RDR	Les deux types de TSO disponibles	3	11	12	6
	Distribution des TSO : Par l'UCSA	0	7	7	3
	Par le secteur psychiatrique	4	2	3	2
	Par les deux	0	2	2	1
	Procédures de sortie TSO	2	6	2	5
Découverte de seringues	0	1	2	4	

ANNEXES

ANNEXE 1 : Protocole

Protocole de

L'étude de prévalence du VIH, du VHC et des traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral en France métropolitaine et Départements d'outre mer (DOM)

Etude PREVACAR

Ministère chargé de la Santé/ Direction Générale de la Santé/Institut de Veille Sanitaire

I Contexte

Dans la majorité des pays d'Europe du Nord, les prévalences des infections par le VIH, le VHC et le VHB en milieu carcéral sont plus élevées qu'en population générale⁸⁴ (4) du fait d'une surreprésentation des usagers de drogues par voie intraveineuse en milieu carcéral, population particulièrement touchée (5).

Dans son rapport remis en 2000, la Mission Santé-Justice sur « la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral » rédigé par la Direction Générale de la Santé (DGS) et la Direction de l'administration pénitentiaire dresse un bilan de la santé en prison. Il apparaît que les prévalences du VIH et des hépatites virales y sont beaucoup plus importantes au sein de la population pénale que pour la population générale puisque « *la prévalence du VIH en milieu pénitentiaire est 3 à 4 fois supérieure à celle constatée en milieu libre et celle du VHC 4 à 5 fois supérieure* » (5).

Si les usagers de drogues par voie intraveineuse sont les plus fortement touchés, l'importance des pratiques à risques au sein des établissements pénitentiaires expose une majorité des détenus, y compris non injecteurs, à la contraction d'agents infectieux. En effet, les risques de transmissions de maladies infectieuses sont multiples : partage du matériel d'injection, rapports sexuels non protégés, pratique du tatouage et du piercing avec du matériel inadéquat, échange d'accessoires tels que rasoirs, brosses à dents...

Très récemment, à la demande de l'Observatoire International des Prisons (OIP), le CCNE (Comité Consultatif National d'Ethique) a publié en 2006 un rapport sur la santé en prison, les problèmes éthiques liés au secret médical et les conditions de consultations médicales des détenus (6). La situation au sein des établissements pénitentiaires ne semble guère avoir changé puisque qu'il en ressort que « *la proportion de personnes malades au moment de leur incarcération est, à âge égal, plus importante que dans la population générale* ». Le CCNE

⁸⁴ La situation en population générale en France

La prévalence des anticorps anti-VHC a été estimée en population générale à 0,84% en 2003 (1). L'usage de drogues par voie intraveineuse et/ou par voie nasale représentait un des facteurs associés à la présence d'anticorps anti VHC.

La prévalence du VIH est été estimée à environ 130000 personnes en 2005 (2). Les cas de découverte parmi les usagers de drogue représentaient 2% des nouvelles contaminations. Quant au nombre de consommateurs d'opiacés, il a été estimé en 1999 entre 150000 et 180000 personnes (3). La méthadone et la Buprénorphine Haut Dosage (BHD) sont les deux médicaments de substitution actuellement accessibles aux usagers selon un cadre de prescription assez stricte (1995). Si la méthadone n'est disponible qu'à partir du moment où la première prescription a été faite par un médecin hospitalier ou un médecin exerçant en centre spécialisés dans la prise en charge des toxicomanies, le BHD peut être prescrit par les médecins généralistes d'emblée (Circulaire DGS/DHOS n°2002/57 du 30 janvier 2002).

décrit la population carcérale comme étant jeune, marginalisée, pauvre, et désinsérée à différents niveaux : social, économique, culturel.

Prévalence du VIH et du VHC dans le milieu carcéral en France

Les données épidémiologiques disponibles en France à ce sujet sont parcellaires. Les quelques études de prévalence disponibles en milieu carcéral présentent des limites méthodologiques importantes. Les résultats qu'elles donnent sont à interpréter avec prudence compte tenu de ces limites.

Les enquêtes dites de « prévalence » en France

Parmi les enquêtes réalisées en milieu carcéral, l'enquête " un jour donné " de la Direction de l'Hospitalisation et l'Organisation des Soins (DHOS) sur les personnes détenues atteintes par le VIH et le VHC en milieu pénitentiaire (8) et les premières données du Premier Observatoire en Prison de l'Hépatite C (POPHEC) qui regroupe environ 50 % des unités de consultations et de soins ambulatoires UCSA (9) montrent que la prévalence du VHC est élevée en prison. L'étude de la DHOS relève une prévalence du VHC en prison de 4,2% tandis que le POPHEC l'évalue à 7,1%.

Concernant la prévalence du VIH, elle est estimée à 1,04% dans l'étude de la DHOS, et 10,7% des patients séropositifs pour le VIH sont classés au stade Sida.

L'enquête de la DREES sur la santé des personnes entrées en prison en 2003 (10) indique que 0,6% des entrants déclarait être séropositif pour le VIH (ils étaient 0,9% en 1998), 0,3% être co-infectés (VIH/VHC ou VIH/VHB). Ils sont 30% à déclarer avoir fait un test de dépistage de l'hépatite C et 3,1% à être contaminés, 1,5% déclarent être sous traitement anti-VHC. Environ 6,5% des entrants en prison déclarent avoir consommé une drogue par voie intraveineuse au moins une fois au cours de leur vie. Ces derniers sont plus nombreux que les autres à avoir eu recours au dépistage. En 2003, le dépistage du VHC a été proposé par le médecin lors de l'examen d'entrée à 66% des nouveaux détenus.

La prescription de traitement de substitution

Depuis 1996, il est légalement possible de bénéficier d'un traitement de substitution par Subutex® ou méthadone en milieu carcéral. La circulaire DGS/DH n°96-239 datée du 3 avril 1996 autorise la poursuite et l'initialisation d'un traitement par le Subutex® mais en ce qui concerne la méthadone, seule la poursuite d'un traitement est possible. La circulaire n°739 DGS/DH/Direction de l'Administration Pénitentiaire du 5 décembre 1996 rend plus souple la prescription des traitements de substitution puisque dorénavant « *un traitement de substitution par la méthadone ou le Subutex® peut être poursuivi ou initié* ».

Mais si, selon la DREES (10), 7% des entrants en prison en 2003 déclarent bénéficier d'un traitement de substitution (principalement par Subutex®), un rapport de l'OIP paru en 2005 sur les conditions de détention en France souligne que « *la délivrance* [des traitements de substitution] *n'est, de fait, pas assurée dans tous les établissements* » s'appuyant notamment sur une enquête menée en février 2004 par la Direction Générale de la Santé relative aux traitements de substitution en milieu carcéral (11).

Les limites des enquêtes réalisées en milieu carcéral

L'enquête DHOS n'est pas une étude de prévalence de l'infection par le VIH et le VHC en milieu pénitentiaire. Elle vise à évaluer, auprès des équipes médicales intervenant dans les

établissements pénitentiaires, le nombre de personnes incarcérées atteintes par le VIH et le VHC. Elle repose sur des données déclaratives des médecins prenant en charge les patients. Par ailleurs, certaines personnes détenues ne souhaitent pas être dépistées à leur entrée en prison, d'autres ne déclarent pas leur séropositivité : les informations collectées sont donc non exhaustives et sous-estimées.

Le caractère déclaratif (par les prisonniers eux-mêmes) des informations recueillies dans les enquêtes menées par le DREES rendent les résultats fragiles et une nouvelle fois non "représentatifs".

Prévalence du VIH et du VHC dans le milieu carcéral en Europe

Les études récentes réalisées en milieu carcéral en Europe montrent que les prévalences du VIH en prison variaient entre 0,26% (Angleterre) et 7,5% (Italie) et sont constamment supérieures aux prévalences observées en population générale (12-16). Seule l'Irlande du Nord a publié une étude dans laquelle aucun prisonnier n'était porteur du VIH. La faible prévalence dans la communauté Nord Irlandaise et des règles très strictes (« tolérance zéro ») sur l'usage de drogue en prison sont deux explications plausibles à ces résultats (17).

Les prévalences plus élevées du VIH en prison par rapport aux données en population générale traduisent presque toujours une surreprésentation des usagers de drogues parmi les détenus (40% en moyenne), population pour laquelle les prévalences du VIH et du VHC sont encore plus élevées que chez les autres détenus (15;16).

La situation concernant le VHC est similaire. Les prévalences varient entre 7% et 38% selon les études (12;13;15;16). Parmi les usagers de drogues, les prévalences des porteurs d'anticorps dirigés contre le VHC varient entre 31% et 87% selon les études (13;15;16;18).

La situation semble encore plus marquée chez les femmes incarcérées (13;15) et chez les prisonniers immigrés (19) qui doivent faire également l'objet d'études plus précises.

L'incarcération : un facteur de risque de contamination par le VIH et/ou le VHC

Quelques études épidémiologiques ont décrit des cas de transmission du VIH et du VHC en prison (20;21). Il existe au sein des prisons des pratiques sexuelles à risque et une consommation de substances illicites (5). D'après le CCNE, près d'un tiers des entrants en prison sont toxicomanes. Les injections, parce qu'elles surviennent le plus souvent dans un contexte de clandestinité sont souvent l'occasion de pratiques de partage du matériel et de réutilisation des seringues. De plus, tatouage et piercing sont fréquemment pratiqués en prison et les règles élémentaires d'hygiène de ces actes avec effraction cutanée peu respectées.

Par ailleurs, des enquêtes menées par l'InVS, notamment celle réalisée chez les assurés sociaux ou l'enquête Coquelicot chez les usagers de drogues montrent qu'un antécédent d'incarcération est associé à une prévalence plus élevée d'anticorps anti-VHC.

L'estimation des prévalences des anticorps anti-VHC et des marqueurs du virus de l'hépatite B chez les assurés sociaux réalisée entre 2003 et 2004 (7) montrait que les personnes ayant connu au moins un épisode d'incarcération avaient une prévalence du virus de l'hépatite C presque 10 fois supérieure à celui de la population générale (7,12% versus 0,77%). Il en est de même pour le virus de l'hépatite B (30,98% versus 7,91%). Dans l'enquête ANRS-

Coquelicot, menée en 2004, les prévalences pour le VIH et le VHC chez les usagers de drogues ayant un antécédent d'incarcération étaient plus élevées que chez ceux n'ayant jamais été incarcérés (11% versus 5% pour le VIH ; 67% versus 51% pour le VHC) (données non publiées). De plus, cette même enquête Coquelicot (22) montrait que 12% des usagers de drogues ayant été incarcérés ont eu recours à l'injection en prison dont 30% avaient partagé une seringue.

L'interdiction réglementaire des pratiques sexuelles et d'usage de drogues à l'intérieur des établissements pénitentiaires pose des problèmes d'organisation de la réduction des risques et des mesures de prévention qui connaissent des inégalités d'application.

Dans ce contexte, la Direction Générale de la Santé (DGS) propose avec la collaboration scientifique de l'InVS de mettre en œuvre une enquête de prévalence du VIH, du VHC et des traitements de substitution en milieu pénitentiaire en France métropolitaine et dans les Départements d'Outre Mer (DOM) en 2009.

II. Objectifs de l'étude

II.1 Objectifs principaux

Les objectifs principaux de cette étude sont d'estimer dans la population carcérale adulte en France en 2009 :

- la prévalence de l'infection par le VIH
- la prévalence du VHC
- le nombre de personnes détenues sous traitement de substitution (méthadone, buprénorphine haut dosage)

II.2 Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont de décrire dans les établissements pénitentiaires en France :

- l'offre de soin (dépistage, vaccination, accès aux traitements, soutien aux malades) dans le champ de l'infection par le VIH et les hépatites virales
- l'offre en matière de traitements de substitution aux opiacés mis en place
- les caractéristiques sociodémographiques des personnes incarcérées séropositives pour le VIH et/ou le VHC, et/ou sous traitement de substitution aux opiacés

III. Méthodologie de l'étude

III.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale « un jour donné » comprenant deux volets :

- 1) Une étude de prévalence du VIH, VHC et des traitements de substitution en milieu carcéral. Cette étude consiste à renseigner un questionnaire anonymisé « individuel » à partir des données du dossier médical des personnes présentes un jour donné dans l'établissement pénitentiaire.
- 2) Une étude sur l'offre de soins vis à vis du VIH et des hépatites virales (dépistage, vaccination, traitements, soutien aux malades) en milieu carcéral grâce à un questionnaire « établissement » à compléter par le responsable de l'UCSA.

III.2 Population étudiée

La population éligible pour l'étude de prévalence est constituée de toute personne âgée de plus de 18 ans et incarcérée en France métropolitaine et dans les DOM le jour de l'étude.

Les définitions de cas pour le VIH, le VHC ou être en traitement de substitution sont les suivantes :

- **Être infecté par le VIH** : documenté avec un test Elisa+ et/ou Western Blot+ ou indication dans le dossier d'un taux de lymphocytes CD4 ou d'une charge virale VIH
- **Être infecté par le VHC** : documenté avec un test Elisa+ ou une PCR+ dans les 12 derniers mois
- **Être usager de drogues en traitement de substitution** : Buprénorphine Haut Dosage (BHD) ou Méthadone

III.3 Taille de l'échantillon

Le nombre d'individus à inclure dans l'étude est calculé en fonction de la proportion de détenus sous traitements de substitution aux opiacés, de la précision souhaitée pour les estimations et d'un possible effet grappe lié au plan de sondage incluant deux degrés.

Pour une proportion de détenus sous traitements de substitution aux opiacés estimé à 10%, une précision de 2% et un effet grappe de 1,5, le nombre de sujets à étudier est égal à 1300. La participation à l'étude est supposée être de 100% dans ce calcul.

III 4 Stratégie d'échantillonnage et sécurité des données

Une stratégie d'échantillonnage à deux degrés sera réalisée à partir des données FND (Fichier National des Détenus) dans le cadre d'une collaboration entre l'InVS et la DAP. Au premier degré, des établissements pénitentiaires seront tirés au sort, puis au second degré des dossiers médicaux seront tirés au sort parmi les établissements tirés au sort au premier degré.

3.4.1. Constitution de l'échantillon des établissements pénitentiaires

Le tirage au sort de l'échantillon des 27 établissements a été réalisé en avril 2008 dans les locaux de la DAP.

Il s'est effectué selon un sondage stratifié par Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires (DISP), type d'établissements (Quartiers de maisons d'arrêts ou quartiers de centres de détention), Sexe, à probabilités d'inclusion inégales dans chacune des strates, proportionnelles au nombre de personnes détenues dans les établissements à la date du tirage au sort. Chaque établissement ayant une probabilité non nulle d'être tiré au sort, les établissements accueillant moins de 100 personnes détenues ne seront pas retenus afin de garantir au maximum l'anonymisation des données et d'empêcher de pouvoir identifier les personnes détenues. Dans ce cas, un autre établissement sera tiré au sort.

Après tirage au sort des 27 établissements sélectionnés et dès lors que l'autorisation de la CNIL aura été obtenue sur l'enquête, le fichier informatique contenant le nom et l'adresse des 27 établissements sera transmis à l'InVS, afin d'informer les détenus et des professionnels intervenants en milieu pénitentiaire sur la mise en place de l'enquête.

A la suite de ce premier tirage, le service informatique de la DAP élaborera :

- une table de correspondance pour les 27 établissements tirés au sort entre leur numéro administratif et un numéro aléatoire séquentiel (appelé « n° aléatoire établissement »)

- une table de correspondance pour les 10 Directions Interrégionales des Services Pénitentiaires (DISP) entre leur nom et un numéro aléatoire séquentiel (appelé « n° aléatoire DISP »).

Ces deux tables de correspondances seront conservées au sein de DAP. La DAP transmettra la table de correspondance des 10 DISP avec leur n° aléatoire à l'InVS, une fois que ce dernier aura accusé réception des données saisies par le prestataire de saisie à partir des questionnaires « patients ». Cette table permettra de pouvoir construire des analyses par région.

3.4.2. Constitution de l'échantillon des personnes détenues

a) La constitution de l'échantillon des personnes détenues sujets de l'étude n'interviendra qu'après autorisation de la CNIL. Elle nécessite la création par la DAP et sa mise à disposition de l'InVS d'une base de sondage des personnes majeures, non soumises à une mesure d'aménagement de peine et pour lesquelles la date de libération prévue est postérieure au mois à venir, incarcérées dans les 27 établissements sélectionnés.

Cette base de sondage comportera :

- Le n° d'écrou (ou nom + prénom de la personne détenue – à vérifier auprès des UCSA)
- Le n° aléatoire séquentiel (correspondant au n° d'écrou)
- Le n° aléatoire de la DISP
- Le continent de naissance de la personne détenue
- Le niveau d'instruction de la personne détenue
- La situation professionnelle de la personne détenue

La DAP générera une table de correspondance entre le n° écrou et le numéro aléatoire séquentiel. Ce numéro aléatoire séquentiel sera ensuite incrémenté dans le questionnaire « patient ». Cette table de correspondance sera transmise par la DAP aux responsables de l'UCSA par messagerie ou courrier sécurisés. A cet effet, la DGS fournira à la DAP la liste des responsables UCSA dans les 27 établissements tirés au sort.

Aucune des variables de la base de sondage ne sera utilisée pour le tirage au sort. Afin de garantir toujours l'anonymat des personnes détenues, le choix a été fait d'utiliser des variables les moins identifiantes possibles, et par conséquent de créer des variables de regroupement pour décrire l'origine, le niveau d'instruction et la situation professionnelle de la personne par rapport à celles plus précises existant dans FND (ex : pays de naissance est remplacé par continent de naissance). Le regroupement de variables sera établi par l'InVS et transmis à la DAP en amont de la constitution de la base de sondage.

b) Le tirage au sort des personnes détenues

Avant le tirage au sort, la DAP fournira à l'InVS une estimation du « taux de déperdition », à savoir du pourcentage des personnes détenues qui sont transférés ou libérées sur un mois donné. Il sera tenu compte de ce taux pour déterminer dans chaque établissement pénitentiaire sélectionné, le nombre de personnes détenues qu'il convient de tirer au sort. Cette estimation a été faite en mars 2008.

Le tirage au sort des personnes détenues aura lieu, un mois avant la réalisation de l'enquête sur le terrain, selon un sondage aléatoire simple dans chacun des 27 établissements sélectionnés. Il se fera dans les locaux de la DAP en présence de l'InVS.

Le jour du tirage au sort, la DAP procèdera à partir du FND, à un dénombrement du nombre de personnes détenues qui sont majeures, non soumises à une mesure d'aménagement de peine et pour lesquelles la date de libération prévue est postérieure au mois à venir. Ce dénombrement sera ventilé par :

- Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires
- Sexe
- Classes d'âge
- Continents de naissance

Ce dénombrement est nécessaire pour le redressement des estimations, après analyse des données saisies.

Après tirage au sort, la DAP conservera dans ses locaux la liste contenant les informations suivantes :

- Le n° aléatoire séquentiel (correspondant au n° d'écrou)
- Le n° aléatoire de la DISP
- Le nombre de personnes détenues au moment du tirage au sort dans l'établissement
- Le continent de naissance de la personne détenue
- Le niveau d'instruction de la personne détenue
- La situation professionnelle de la personne détenue

La DAP communiquera ce fichier informatique à l'InVS une fois que ce dernier aura accusé réception des données saisies par le prestataire de saisie à partir des questionnaires « patients ». A aucun moment, l'InVS n'a accès, ni ne détient les numéros d'écrou des personnes détenues sujets de l'étude, ni aucune données personnelles identifiantes les concernant (ex : nom, prénom, date de naissance, nationalité, département de naissance).

III 5 Données recueillies

L'étude comportera deux types de recueil de données :

- 1) Un questionnaire individuel patient rempli par le médecin de l'UCSA ou par un membre de son équipe soignante à partir du dossier médical patient. Les questionnaires individuels seront complétés uniquement pour les numéros de patients tirés au sort parmi les établissements pénitentiaires tirés au sort.
- 2) Un questionnaire établissement correspondant à un recueil d'informations sur l'offre de soin sera rempli par le médecin chef de l'UCSA. Le questionnaire établissement sera rempli pour chaque établissement pénitentiaire (au nombre de 194 en mai 2008).

III.5.1 Choix des dossiers médicaux

Les dossiers médicaux correspondant à la liste des numéros d'écrou tirés au sort à partir des listes fournies par la DAP seront examinés. Tous les dossiers médicaux feront l'objet d'une lecture par le médecin de l'UCSA, responsable du bon déroulement de l'étude, afin de renseigner les éléments du questionnaire patient. La première partie du questionnaire devra donc être obligatoirement remplie pour tout détenu tiré au sort (quel que soit son statut VIH ou VHC et qu'il soit ou non en traitement de substitution).

III.5.2 Questionnaire établissement (voir annexe 1)

Le questionnaire établissement comprend des données relatives à l'offre et à l'organisation du soin. Ainsi seront renseignées les informations relatives au type d'établissement, à sa taille, aux modalités de dépistage des infections par le VIH et les hépatites (type de procédure, existence ou non d'un dispositif CDAG, existence ou non d'une permanence associative, modalités de dispensation des produits de substitutions, propositions vaccinales etc.). Un questionnaire établissement sera renseigné pour chaque établissement pénitentiaire.

III.5.3 Questionnaire patients détenus (Annexe 2)

Pour chaque questionnaire patient détenu, il sera recueilli en fonction du statut du patient vis-à-vis du VIH, du VHC ou des traitements de substitution (selon la définition de cas, précisée en III.2 Population de l'étude)

Pour tous les dossiers patients tirés au sort : des informations socio démographiques (âge, sexe, etc.).

- **Pour les dossiers de patients correspondant au critère de définition de cas pour le VIH :** des données relatives à l'infection par le VIH (modes d'acquisition, stade clinique, niveau d'immunodépression, prise d'un traitement antirétroviral),
- **Pour les dossiers de patients correspondant au critère de définition de cas pour le VHC :** des données relatives à l'infection par le VHC (modes d'acquisition, évaluation de la fibrose, traitement),
- **Pour les dossiers de patients correspondant au critère de définition de cas « être en traitement de substitution » :** des données relatives aux produits psycho actifs illicites consommés et aux modes de consommation avant l'incarcération et les modalités de prise en charge des traitements de substitution aux opiacés

III.5.4 Numéro des questionnaires détenus

Les numéros d'écrous des détenus permettent le tirage au sort des dossiers médicaux des détenus. A chaque détenu tiré au sort correspond un questionnaire auquel est attribué un numéro aléatoire séquentiel (attribué à chaque détenu tiré au sort). Trois tables de correspondance entre le numéro d'écrou et ce numéro aléatoire « détenu » séquentiel du questionnaire, entre le code établissement pénitentiaire et le numéro aléatoire établissement, entre le code DISP et le numéro aléatoire « DISP » seront conservées pendant la durée de l'étude (fin de l'analyse des données) à la DAP (voir chapitre V.2). Sur le questionnaire figurera uniquement le numéro aléatoire « détenu » séquentiel.

Il n'y aura donc aucune possibilité d'établir un lien entre le numéro d'écrou du détenu et le numéro du questionnaire. Aucune donnée nominative indirecte ne sera recueillie dans le questionnaire (date ou lieu de naissance).

III.5.4.1 Gestion des dossiers manquants (notamment en cas d'hospitalisation)

Si des dossiers médicaux de détenus se trouvaient absents de l'UCSA au moment du recueil des données, cette information sera notée en haut du questionnaire. La liste du tirage au sort des dossiers de détenus comprendra 13,5% de numéros supplémentaires (taux de déperdition calculé par la DAP sur 1 mois) afin de garantir la possibilité d'atteindre la taille d'échantillon permettant de répondre aux objectifs de l'étude (1300).

III.6 Gestion des données

Les questionnaires établissements seront validés par la DGS avant la saisie par le prestataire de service qui sera retenu pour la saisie.

Les questionnaires individuels seront validés par l'InVS avant la saisie par le prestataire de service qui sera retenu pour la saisie.

L'InVS établira deux grilles de codage en amont qui seront transmises au prestataire de saisie afin que celui-ci puisse construire le masque de saisie.

La saisie des données sera effectuée de manière commune pour les questionnaires patients détenus et les questionnaires établissements par le prestataire de service qui sera retenu pour la saisie. Une double saisie des données est nécessaire ainsi qu'un contrôle qualité de la saisie après la transmission de la base de données à l'InVS.

III.7 Analyse des résultats

L'ensemble des questionnaires établissements seront analysés par la DGS (si la DGS dispose d'un interne de santé publique pendant la durée de l'enquête) ou par l'InVS, dans le cas contraire.

L'analyse des questionnaires « patients détenus » sera réalisée par l'InVS en tenant compte de la stratégie d'échantillonnage. Dans un deuxième temps, les estimations pourront faire l'objet d'un redressement effectué à partir du dénombrement du nombre de personnes détenues qui sont majeures, non soumises à une mesure d'aménagement de peine et pour lesquelles la date de libération prévue est postérieure au mois à venir le jour de l'enquête, dénombrement ventilé par Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires, Sexe, Classes d'âge, Continents de naissance. Ces variables sont disponibles grâce au logiciel FND de la DAP (cf. chapitre III.4.2).

Les résultats de l'étude sont remis sous forme d'une note au Directeur Général de la Santé, rédigée par la DGS en lien avec les membres du comité de pilotage.

III.8 Valorisation des résultats

Les publications ou communications scientifiques présentant les données issues de l'étude feront état de la source des données par la mention « Source : PREVACAR- Étude prévalence du VIH et du VHC en milieu pénitentiaire – Promoteur DGS, Coordination scientifique InVS ».

Dans le cadre de ces publications, l'InVS mentionnera systématiquement qu'il s'agit de données de l'étude dont le promoteur est la DGS et associera à minima la personne chargée de la coordination de l'enquête au sein de la DGS, si celle-ci donne son accord.

Dans le cadre de ces publications, la DGS mentionnera systématiquement qu'il s'agit d'une étude réalisée avec la collaboration scientifique de l'InVS et associera à minima la personne chargée de la coordination de l'enquête au sein de l'InVS, si celle-ci donne son accord.

Les publications et communications réalisées par chacune des institutions seront envoyées pour avis à l'autre partie au moins quinze jours avant soumission. Elles associeront les personnes ayant participé à la rédaction du protocole, la stratégie d'échantillonnage, et

l'analyse des données au sein de l'InVS, de la DGS et de la DAP et du comité de pilotage, après leur accord et celui de leur hiérarchie, et selon les pratiques scientifiques en vigueur.

IV. Déroulement de l'étude

L'étude est placée sous la responsabilité des deux personnes chargées de la coordination de l'étude au sein de la DGS et de l'InVS et d'un comité de pilotage (cf. annexe 6)

Les modalités d'intervention en milieu carcéral étant soumises à des règles strictes pour des raisons de sécurité, l'administration pénitentiaire et les établissements hospitaliers de rattachement des UCSA seront informés de la mise en œuvre de l'étude et des étapes de son déroulement. Les Directions régionales/départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) dans le ressort desquelles se trouveront les établissements tirés au sort seront informées et les médecins inspecteurs de santé publique (MISP) des DRASS/DDASS concernées ainsi que des membres du comité de pilotage pourront être présents le premier jour de l'étude afin d'accompagner les équipes des UCSA pour la procédure de tirage au sort des dossiers. Un soutien à distance par téléphone sera proposé à défaut.

IV.1 Préparation de l'étude

Les modalités du tirage au sort et le questionnaire patient seront expérimentées dans deux établissements, une structure de grande taille type Fleury Mérogis et une plus petite structure comme Bois d'Arcy ou Le Mans.

Les questionnaires patients et établissement seront imprimés par le prestataire choisi par la direction générale de la santé.

Une circulaire DGS/DHOS sera adressée aux ARH/DRASS/DDASS pour les informer des modalités de la réalisation de l'étude.

IV.2 Durée de l'étude

Le tirage au sort des dossiers se déroulera « 1 jour donné », mais le recueil des données pourra s'étaler au maximum sur les 5 jours consécutifs d'une semaine donnée pour permettre aux personnes chargées de l'étude de renseigner les questionnaires dans de bonnes conditions compte tenu de l'importance de la charge de travail supplémentaire.

IV.3 Modalités de Remplissage du questionnaire établissement

Le questionnaire établissement sera rempli par le médecin de l'UCSA responsable de l'étude en lien avec le médecin inspecteur de santé publique et un représentant de l'administration pénitentiaire.

IV.4 Modalités de Remplissage du questionnaire patient

Le questionnaire patient sera rempli au vu des renseignements contenus dans le dossier médical du patient par le médecin responsable de l'UCSA ou par délégation par un membre de l'équipe soignante de l'UCSA désigné par lui. Certaines rubriques du questionnaire sont prévues pour pouvoir être néanmoins remplies au cours d'un entretien en face à face avec la personne détenue. Durant la période de recueil des données, un membre du comité de pilotage ou un MISP de la DRASS/DDASS pourra être présent le premier jour de la collecte dans chaque établissement afin de veiller au bon déroulement du tirage au sort des dossiers médicaux, et de seconder le médecin de l'UCSA pour le remplissage du questionnaire patient et l'organisation de la collecte. Un soutien à distance par téléphone sera proposé à défaut.

IV.5 Circuit des Questionnaires

IV.5.1. Envois des questionnaires

Les questionnaires seront adressés directement au médecin chef de l'UCSA, accompagnés de la circulaire d'information dont une copie sera adressée pour information à la direction de l'administration pénitentiaire (DAP).

IV.5.2 Suivi des questionnaires

En amont du recueil des données, les établissements tirés au sort, seront visités dans la mesure du possible par un MISP de la DRASS/DDASS concernée et/ou un membre du comité de pilotage national pour expliquer la démarche et la méthodologie de l'étude au médecin responsable et à l'équipe médicale des UCSA, chargés du recueil des données, et pour s'assurer de leur adhésion à l'étude. A défaut, des réunions pourront être organisées régionalement pour expliquer la démarche aux équipes des établissements concernés.

IV.5.3. Retour des questionnaires

Le questionnaire « établissement » sera adressé par le responsable UCSA dans les meilleurs délais à la Direction Générale de la santé - sous direction "Promotion de la santé, prévention des maladies chroniques" - bureau MC1 « Santé des Populations ».

Les questionnaires « patients détenus » seront récupérés par chaque MISP de la DDASS dans laquelle se situe l'UCSA de l'établissement pénitentiaire sélectionné qui les transmettra ensuite à la DGS.

La DGS transmettra à l'InVS les questionnaires « patients détenus » pour validation pré saisie.

La DGS adressera au prestataire l'ensemble des questionnaires patients et établissements qu'il devra saisir. Il sera fourni au prestataire une grille de codage prédéfinie par l'INVS afin que le prestataire puisse construire son masque de saisie.

V Aspects éthiques et sécurité des données

V.1. Information des détenus et demande d'autorisation d'accès au dossier médical

Dans le cadre de cette étude, des informations personnelles non identifiantes sont recueillies sur le questionnaire individuel pour chaque personne détenue tirée au sort.

Il s'agit notamment des informations suivantes : l'âge et le sexe. Des données présentes dans FND telles que le continent de naissance du détenu, son niveau d'instruction et sa situation professionnelle seront fusionnées avec le questionnaire « patient » (cf. III.4.2). Dans le cas où la personne détenue est séropositive au VIH et/ou VHC, le mode de contamination sera indiqué sur le questionnaire : rapports hétérosexuels ou homosexuels, usages de drogues, ou autres situations.

Si le détenu était consommateur de drogues avant sa détention, le questionnaire mentionnera le traitement de substitution aux opiacés qui lui est donné ainsi que le type de drogues qu'il consommait avant son entrée en prison.

Aucun prélèvement sanguin n'est recueilli dans le cadre de cette étude.

En application de l'article 57 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le dispositif suivant est retenu pour s'assurer du consentement des personnes détenues à l'enquête :

1/ Après tirage au sort des établissements pénitentiaires participant, une information collective sera faite par voie d'affichage auprès du personnel pénitentiaire et des personnes détenues de ces établissements dans les deux mois qui précèdent l'enquête. Cette information sera rédigée par la DGS et validée par le comité de pilotage avant diffusion (cf. annexe 4 notice d'information collective). Elle sera traduite en espagnol, arabe, anglais et russe.

2/ Après tirage au sort des personnes détenues retenues pour l'enquête une lettre d'information sera adressée individuellement, à chaque détenu sélectionné, par le médecin de l'UCSA (cf. annexe 4- projet de lettre d'information individuelle). Cette lettre l'informerait de son droit de refuser de participer à l'enquête et de s'opposer ainsi au recueil d'informations le concernant. En cas d'acceptation de sa part à participer à l'enquête, le détenu sera informé de son droit d'accès et de rectification aux informations extraites de son dossier médical. Il pourra retirer sa participation à tout moment en le faisant savoir par écrit ou par oral au médecin de l'UCSA. En cas de refus ou de retrait de participation d'un détenu, le questionnaire correspondant sera immédiatement détruit.

La préférence a été donnée à l'exercice par le détenu sélectionné d'un droit d'opposition plutôt que le recueil de son consentement exprès pour des motifs qui tiennent compte à la logistique de l'enquête (moyens des UCSA notamment) et aux caractéristiques de la population carcérale. Le recueil du consentement complique en effet la logistique de l'enquête, risque d'en amoindrir l'intérêt, la portée et la pertinence, sans garantir pour autant un recrutement exempt de biais et une adhésion optimale des personnes détenues retenues par tirage au sort.

V.2. Anonymisation des données

Etant donné le caractère sensible de l'enquête, les questions d'anonymisation et de sécurité des données ont été envisagées de manière maximale.

L'anonymisation des détenus est assurée par l'anonymisation des données à trois niveaux, au niveau de la région (DISP), de l'établissement pénitentiaire et du détenu. Le numéro d'écrou ne sera jamais saisi. Et la DGS et l'InVS ne conserveront à aucun moment une liste papier ou électronique des numéros d'écrous. Hormis la DAP, seules les UCSA disposeront, pendant la durée de l'étude, d'une table de correspondance papier entre le numéro aléatoire « détenu » séquentiel du questionnaire et le numéro d'écrou pour permettre la réalisation de l'étude. De plus, aucune donnée indirectement nominative n'est recueillie par le biais des questionnaires. Pour plus de détails sur l'anonymisation des données, se reporter au chapitre III.4 relatif à la stratégie d'échantillonnage.

- Destruction des tables de correspondance :

Afin de garantir au mieux l'anonymisation des données, la destruction des trois tables de correspondance sera effectuée de la manière suivante :

Pour les UCSA :

- La table de correspondance entre le n° écrou et le numéro aléatoire séquentiel sera détruite par les UCSA 6 mois après la collecte des informations pour permettre aux personnes détenues d'exercer leur droit d'opposition.

Pour la DAP :

- table de correspondance des 27 établissements tirés au sort entre leur numéro administratif et leur numéro aléatoire séquentiel

- table de correspondance des 10 Directions Interrégionales des Services Pénitentiaires (DISP) entre leur nom et leur numéro aléatoire séquentiel
- table de correspondance entre le n° écrou (ou nom + prénom) et le numéro aléatoire séquentiel

Ces trois tables de correspondance seront détruites par la DAP après analyse par l'InVS des données de l'étude (soit environ 12 à 18 mois après la réception de la base de données saisies par le prestataire). L'InVS informera la DAP de la date de fin de l'analyse.

- Transmission des données entre la DAP et l'InVS

Dès réception à l'InVS, des questionnaires saisis, la DAP enverra à l'InVS une liste comprenant :

- le n° aléatoire correspondant au n° d'écrou
- le n° aléatoire de la DISP
- le nombre de détenus au moment du tirage au sort dans l'établissement
- la situation professionnelle du détenu
- le continent de naissance du détenu
- le niveau d'instruction du détenu

Le transfert des données entre la DAP et l'InVS se fera selon un protocole sécurisé.

L'InVS et la DGS n'auront à aucun moment accès au n° d'écrou des détenus, ni à aucune donnée personnelle identifiante (nom, prénom, date de naissance, nationalité, département de naissance, nom de l'établissement pénitentiaire).

Ce projet est conditionné à l'avis du comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé (CCTIRS) et à l'autorisation de la CNIL. Il a obtenu l'avis favorable du CCTIRS en novembre 2007.

VI Partenariat

- Promoteur de l'étude : Ministère de la Santé et des Sports – Direction générale de la santé (DGS)
- Coordination scientifique : Institut de Veille Sanitaire (élaboration de la stratégie d'échantillonnage, co-construction des outils de recueil, analyse des données)
- Comité de pilotage : des représentants de la DGS, de l'InVS, de la DHOS, des DRASS, des UCSA (Dr Moreau et Dr Serre, Dr MA Valantin). L'administration pénitentiaire (DAP) sera associée afin de faciliter le bon déroulement de l'étude.

1) La DGS s'engage à :

- Déposer le dossier auprès du CCTIRS (Ministère de la recherche) et de la CNIL.
- Rédiger la circulaire d'accompagnement de l'étude
- Faciliter l'accès aux données nécessaires à la stratégie d'échantillonnage réalisée par l'InVS
- Contribuer à la construction du questionnaire patient et du questionnaire établissement en lien avec l'InVS
- Participer au maquetage des questionnaires établissements et patients
- Editer les questionnaires établissements et patients

- Associer les services pénitentiaires au bon déroulement de l'étude
- Assurer le suivi logistique de l'étude et l'interface avec les UCSA et les DDASS : envoi des lettres d'information aux UCSA, envoi des questionnaires et des questionnaires établissements aux UCSA, déplacement si nécessaire sur les sites en amont et pendant la réalisation de l'étude, suivi et centralisation des questionnaires.
- Choix du prestataire chargé de la saisie et interface avec lui
- Effectuer la validation pré saisie des questionnaires établissements en lien avec l'InVS
- Analyser les questionnaires « établissements » (si la DGS dispose d'une interne de santé publique durant l'enquête)
- Mettre la base de données à disposition de l'InVS
- Rédiger la note accompagnant l'analyse des données au directeur général de la santé
- Valoriser les données en lien avec l'InVS

2) L'InVS s'engage à :

- Contribuer à la rédaction du protocole pour le dossier CCTIRS et CNIL
- Réaliser la stratégie d'échantillonnage
- Elaborer le questionnaire patient et le questionnaire établissement en concertation avec la DGS
- Tester le questionnaire sur deux établissements (petite et grosse structure en Ile de France) en lien avec la DGS
- Participer au suivi logistique de l'étude (déplacements sur sites pour superviser le recueil) en lien avec la DGS
- Elaborer une grille de codage pour les questionnaires
- Contribuer à l'élaboration du masque de saisie pour le prestataire
- Effectuer le codage pré saisie (validation) des questionnaires
- Valider la base de données
- Analyser les données des questionnaires « patient »
- Analyser les données du questionnaire « établissement », (si la DGS ne dispose pas d'interne de santé publique durant l'enquête)
- Réaliser des publications scientifiques en lien avec la DGS
- Valoriser les données en lien avec la DGS

3) Le comité de pilotage sera chargé de suivre la mise en œuvre du projet, et notamment :

- de valider le protocole d'étude
- de participer à la construction des questionnaires
- d'informer la DAP de la mise en œuvre de l'étude et de son déroulement afin de faciliter l'accès aux UCSA.
- de discuter les résultats et les conclusions finales de l'étude (rapport).

Par ailleurs, toute étude complémentaire par des tiers devra faire l'objet d'une demande spécifique au comité de pilotage en précisant les objectifs, les résultats attendus et la méthodologie d'analyse employée. Toute demande d'accès à la base par des tiers pourra avoir lieu au plus tôt 24 mois après la constitution de la base de données. Les résultats qui découleraient d'une analyse complémentaire devront faire l'objet d'une validation par le comité de pilotage. Conformément aux bonnes pratiques en vigueur, les membres de ce comité devront être associés aux éventuels travaux (publications, communications) dans leur champ de compétence et les personnes ayant coordonné l'étude pour la DGS et l'InVS devront être associées comme co-auteurs des publications découlant de ces analyses complémentaires.

VII. Calendrier

Décembre 2006 – Février 2007 : Constitution du comité de pilotage- Définition du protocole d'étude.

Février - Juin 2007. Rédaction du protocole. Construction des questionnaires

Juillet 2007 : Requête officielle auprès de la DAP

Juillet-Septembre 2007 : Consultation du CCTIRS

Novembre 2007 : obtention de l'avis favorable du CCTIRS

Septembre 2007-Février 2008 : Elaboration de la stratégie d'échantillonnage entre l'InVS et la DAP

Mars 2008 : Phase pilote (test de la stratégie d'échantillonnage et des questionnaires)

Avril 2008 : Tirage au sort des établissements

Mai-Septembre 2008 : Sensibilisation des partenaires. Information des UCSA des établissements pénitentiaires tirés au sort

Été 2009: Dépôt à la CNIL du dossier d'autorisation de l'enquête

Dès réception de l'autorisation de la CNIL et au plus tard au 1^{er} semestre 2010 :

Phase de sensibilisation partenaires (déplacement) - Diffusion et apposition dans les établissements pénitentiaires et les UCSA de l'information collective sur l'enquête- Choix du prestataire de saisie des données - Rédaction d'une grille de codage par l'InVS - Impression des questionnaires.

M-1 : Tirage au sort des détenus

M-1 : Envoi des questionnaires

M : Démarrage de l'étude sur le terrain

M+2 : Réception et codage des questionnaires

M+4 : Saisie des questionnaires et réception des bases de données

M+5 à M+10 : Validation de la base de données, analyse et discussion des résultats

M+11 : Remise des conclusions

VIII. Coût de l'étude

Le coût de l'étude est évalué à 12.500 euros. Il ne comprend pas les ressources humaines, à savoir le nombre de jours consacré à ce projet par les personnes de la DGS, de l'InVS et des membres du comité de pilotage.

Ce coût comprend la réalisation par un prestataire extérieur de la saisie des données. Cette prestation s'entend de :

- la conception du questionnaire patient et son impression
- la conception de la fiche établissement et son impression
- la création d'une application spécifique permettant la lecture optique (réduction de la durée de saisie et du nombre d'erreurs de saisie)
- le masque de saisie des deux questionnaires
- la double saisie des données
- le contrôle qualité
- la remise des questionnaires et des fichiers des données

Par ailleurs, il y a lieu de tenir compte des frais liés aux déplacements éventuels sur site des membres du comité de pilotage en amont du recueil pour présenter la démarche et la méthodologie.

IX. Glossaire

CCNE : conseil consultatif national d'éthique

CCTIRS : comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé

CDAG : centre de dépistage anonyme et gratuit

CNIL : commission nationale de l'informatique et des libertés

DAP : Direction de l'administration pénitentiaire

DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales

DGS : Direction générale de la santé

DHOS : direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

DIPS : Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires

DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales

DREES : Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques

FND : Fichier National des Détenus

InVS : Institut de veille sanitaire

MISP : Médecin inspecteur de santé publique

OIP : Observatoire International des Prisons

SIDA : syndrome de l'immunodéficience acquise

UCSA unités de consultations et de soins ambulatoires

VHB : virus de l'hépatite B

VHC : virus de l'hépatite C

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

X. Annexes

1. Questionnaire Etablissement
2. Questionnaire patient
3. Circulaire d'information
4. Notice d'information générale/ Lettre d'information individuelle
5. Composition des équipes
6. Composition du comité de pilotage

Annexe 5 Composition des équipes

Pour la DGS :

Coordination de l'étude : Hélène Morfini, Bureau MC2

Appui médical Infection par le VIH et VHC : Christophe Michon, Bureau RI2, Khadoudja Chemlal, expert extérieur

Appui technique Pratiques addictives : Hélène Morfini, Bureau MC2

Appui juridique et budgétaire, dossier CCTIRS et CNIL : Laurence Caté, Bureau RI2

Appui logistique : interne de santé publique

Pour l'InVS :

Coordination scientifique de l'étude: Marie Jauffret-Roustide

Appui épidémiologique : interne de santé publique, stagiaire

Appui statistique : Yann Le Strat,

Appui logistique : Lila Oudaya

Appui pour l'élaboration de questions sur les hépatites : Denise Antona, Christine Larsen

Supervision scientifique : Caroline Semaille

Annexe 6 Composition du comité de pilotage

M. Ambroise, M. Lavin- DGS/MC1- Santé des détenus

Dr Barbier - DRASS Ile de France

Mme Caté - DGS/RI2 - Appui juridique et budgétaire

Dr Michon- DGS/RI2 - Appui médical Infection par le VIH et hépatites

Dr Faliu - DGS/RI2 - Vaccination VHB

Dr De Galard – DAP/conseiller médical et Jean-Claude Cognet, PMJ2

Mme Jauffret-Roustide – Coordination scientifique de l'étude INVS

Dr Moreau – Médecin UCSA Bois d'Arcy

Mme Morfini - DGS/MC2 - Coordination DGS, Appui technique conduites addictives

Dr Semaille – INVS

Dr Valentin – Praticien Hospitalier

Mme Vuldy - DHOS/O2 (UCSA)

Dr Serre – Médecin UCSA Le Mans-

Bibliographie

Référence List

- (1) Prévalence des hépatites B et C en France en 2004. Institut de Veille Sanitaire; 2006.
- (2) Surveillance du VIH/sida en France. Institut de veille Sanitaire; 2006. Report No.: 3.
- (3) Drogues et dépendances. Indicateurs et tendances en 2002. OFDT; 2002. Report No.: 19.
- (4) HIV rate in CA prisons higher than in community. *Aids Alert* 1996 Feb;11(2):23.
- (5) Stankoff S, Dhérot J. Rapport de la mission santé/justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral. 2000.
- (6) Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé. (C.C.N.E.).Paris.FRA. La santé et la médecine en prison. 2006.
- (7) Estimation des taux de prévalence des anticorps anti-VHC et des marqueurs du virus de l'hépatite B chez les assurés sociaux du régime général de France métropolitaine, 2003-2004. Institut de Veille sanitaire; 2005.
- (8) Enquête un jour donné sur les personnes détenues atteintes par le VIH et le VHC en milieu pénitentiaire : résultats de l'enquête de juin 2003, 2004. 2004. Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins.
Réf Type: Internet Communication
- (9) Le traitement du VHC en prison : le foie, une bombe sous les barreaux. *Journal du sida* 185, 9-12. 2006.
Réf Type: Magazine Article
- (10) Mouquet M-L. La santé des personnes entrées en prison en 2003. Etudes et résultats. Dress; 2005. Report No.: 386.
- (11) Les conditions de détention en France, Chapitre Addictions. In: La découverte, editor. OIP; 2005. p. -288.
- (12) Babudieri S, Longo B, Sarmati L, Starnini G, Dori L, Suligoj B, et al. Correlates of HIV, HBV, and HCV infections in a prison inmate population: results from a multicentre study in Italy. *J Med Virol* 2005 Jul; 76(3):311-7.
- (13) Weild AR, Gill ON, Bennett D, Livingstone SJ, Parry JV, Curran L. Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C antibodies in prisoners in England and Wales: a national survey. *Commun Dis Public Health* 2000 Jun; 3(2):121-6.
- (14) Edwards A, Curtis S, Sherrard J. Survey of risk behaviour and HIV prevalence in an English prison. *Int J STD AIDS* 1999 Jul; 10(7):464-6.
- (15) Long J, Allwright S, Barry J, Reynolds SR, Thornton L, Bradley F, et al. Prevalence of antibodies to hepatitis B, hepatitis C, and HIV and risk factors in entrants to Irish prisons: a national cross sectional survey. *BMJ* 2001 Nov 24; 323(7323):1209-13.
- (16) Allwright S, Bradley F, Long J, Barry J, Thornton L, Parry JV. Prevalence of antibodies to hepatitis B, hepatitis C, and HIV and risk factors in Irish prisoners: results of a national cross sectional survey. *BMJ* 2000 Jul 8; 321(7253):78-82.
- (17) Danis K, Doherty L, McCartney M, McCarrol J, Kennedy H. Hepatitis and HIV in Northern Ireland prisons: a cross-sectional study. *Euro Surveill* 2007 Jan 20; 12(1).
- (18) Christensen PB, Krarup HB, Niesters HG, Norder H, Georgsen J. Prevalence and incidence of bloodborne viral infections among Danish prisoners. *Eur J Epidemiol* 2000; 16(11):1043-9.

- (19) Meyer MF, Wedemeyer H, Monazahian M, Dreesman J, Manns MP, Lehmann M. Prevalence of hepatitis C in a German prison for young men in relation to country of birth. *Epidemiol Infect* 2007 Feb; 135(2):274-80.
- (20) Champion JK, Taylor A, Hutchinson S, Cameron S, McMenamin J, Mitchell A, et al. Incidence of hepatitis C virus infection and associated risk factors among Scottish prison inmates: a cohort study. *Am J Epidemiol* 2004 Mar 1; 159(5):514-9.
- (21) Macher A, Kibble D, Wheeler D. HIV transmission in correctional facility. *Emerg Infect Dis* 2006 Apr;12(4):669-71.
- (22) Jauffret-Roustide M, Couturier E, Le Strat Y, et al. Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004. *Bull Epidemiol Hebd* 2006;33:244-7.

ANNEXE 2 : Composition du groupe projet et du comité de pilotage (COPIL)

Groupe projet

	2008	2010
DGS bureau MC 1 Coordination de l'étude	Martine Clément	Christine Barbier
DGS Appui médical Infection par le VIH et VHC	Khadoudja Chemlal	Bernard Faliu, Lionel Lavin Christophe Michon RI 2
Appui juridique et budgétaire, dossier CCTIRS et CNIL	Laurence Caté, Bureau RI2	Laurence Caté, Bureau RI2
Appui technique Pratiques addictives	Hélène Morfini, Bureau MC2	Hélène Morfini, Abla Maache, Bureau MC2
DGOS	Chantal Vuldy	Chantal Vuldy, Rozenn Calvar
Experts	Marc Antoine Valantin	Khadoudja Chemlal Marc Antoine Valantin
Appui méthodologique et analyse statistique du volet « offre de soin »		Julie Bouscaillou, interne de santé publique DGS
Invs Coordination scientifique de l'étude	Marie Jauffret-Roustide	Marie Jauffret-Roustide
Appui statistique du volet « prévalence »	Yann Le Strat	Yann Le Strat,
Appui logistique du volet « prévalence »		Elise Chiron, Etienne Lucas, Lila Oudaya
Supervision scientifique	Caroline Semaille	Caroline Semaille

COPIL national

Le COPIL comporte, outre les membres du groupe projet ci dessus

	2008	2010
Direction de l'Administration Pénitentiaire	Dominique De Galard Jean Claude Cognet	Dominique De Galard Jean Claude Cognet
DRASS puis ARS	Christine Barbier DRASSIF	Pierre Pouyanne Aquitaine
Associations	Sandra Essid Aides Grégory Braz Act Up	Ridha Nouiouat Sidaction Caroline Gasiglia TRT 5
Représentants des professionnels de santé UCSA	SPEEP François Moreau ASPEP Patrick Serre	SPEEP Emeline Chaigne ASPEP Patrick Serre, Laura Harcouet

APSEP : association des professionnels de santé exerçant en prison

SPEEP : syndicat des praticiens exerçant en prison

ANNEXE 3 : Questionnaire

Étude de santé Prévacar 2010

QUESTIONNAIRE
ÉTABLISSEMENT

Étude sur les personnes atteintes par le VIH
et/ou le VHC et/ou sous traitement de substitution
aux opiacés en milieu pénitentiaires

Ce questionnaire est à remplir par le médecin responsable de l'UCSA.

DATE _____ 2010

Numéro du questionnaire _____

Données administratives

1 Nom du médecin responsable de l'UCSA

En lettres majuscules

2 Coordonnées téléphoniques

3 Numéro de fax

4 Adresse électronique (email).....

5 Adresse de l'établissement pénitentiaire

NUMÉRO BIS, TER, ... TYPE DE LA VOIE

6 Nombre de personnes détenues présentes le jour de remplissage de la présente fiche

7 Nom du médecin référent ARS de l'enquête au niveau régional (anciennement DRASS ou DDASS)

En lettres majuscules



INSTITUT
NATIONAL DE VEILLE
SANITAIRE

8 Type d'établissement pénitentiaire

- 1 Maison d'arrêt
- 2 Centre de détention
- 3 Maison centrale
- 4 Centre pénitentiaire, précisez

9 Identification de l'établissement de santé de rattachement de l'UCSA

.....

10 Identification de l'établissement de santé de rattachement du SMPR

.....

Offre de dépistages et de soins de l'établissement

La partie suivante va porter sur l'offre de dépistages et de soins proposée par l'établissement, ainsi que sur les traitements de substitution aux opiacés

Cadre réservé à l'enquêteur

11 Existe-t-il un dépistage systématiquement proposé aux personnes détenues arrivantes dans l'établissement ?

- | | | | |
|-------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------|
| Pour le VIH | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 0 <input type="checkbox"/> Non | <input type="text"/> |
| Pour le VHC | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 0 <input type="checkbox"/> Non | <input type="text"/> |
| Pour le VHB | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 0 <input type="checkbox"/> Non | <input type="text"/> |

12 En cas de refus de dépistage à l'entrée, l'offre de dépistage est-elle renouvelée régulièrement ?

- | | | | |
|-------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------|
| Pour le VIH | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 0 <input type="checkbox"/> Non | <input type="text"/> |
| Pour le VHC | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 0 <input type="checkbox"/> Non | <input type="text"/> |
| Pour le VHB | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 0 <input type="checkbox"/> Non | <input type="text"/> |

13 Quels sont les marqueurs retenus pour le dépistage du VHB ?

Plusieurs réponses possibles

- | | | | | |
|--------------------|--------------------------------|--------------------------------|---|----------------------|
| Antigène HBs | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 0 <input type="checkbox"/> Non | 99 <input type="checkbox"/> Ne sait pas | <input type="text"/> |
| Anticorps anti-HBs | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 0 <input type="checkbox"/> Non | 99 <input type="checkbox"/> Ne sait pas | <input type="text"/> |
| Anticorps anti-HBc | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 0 <input type="checkbox"/> Non | 99 <input type="checkbox"/> Ne sait pas | <input type="text"/> |

14 Existe-t-il une consultation spécialisée pour la prise en charge de l'infection à VIH au sein de l'UCSA (maladies infectieuses, médecine interne,...) ?

- 1 Oui 0 Non

15 Existe-t-il une consultation spécialisée pour la prise en charge des hépatites au sein de l'UCSA (hépatologie, médecine interne,...) ?

- 1 Oui 0 Non

16 Existe-t-il une antenne CDAG au sein de l'UCSA ?

- 1 Oui 0 Non

→ Si NON, ALLER À LA QUESTION 19

- 17 L'antenne CDAG au sein de l'UCSA fonctionne-t-elle de façon ? ┌
- 1 hebdomadaire
 2 mensuelle
 3 à la demande
 4 autre, précisez.....
- 18 Les résultats provenant des dépistages réalisés au sein de l'antenne CDAG vous sont-ils communiqués ? ┌
- 1 systématiquement avec l'accord du patient
 2 autre, précisez.....
- 19 La recherche de l'ARN du VHC (PCR) est-elle systématiquement réalisée par le laboratoire en même temps que le contrôle d'une sérologie positive en Elisa pour le VHC ? ┌
- 1 Oui 0 Non
 ⇒ Si NON, ALLER À LA QUESTION 24
- 20 La ponction biopsie hépatique (PBH) pour évaluer la fibrose est-elle réalisable au sein de l'UCSA ou de l'hôpital de rattachement ? ┌
- 1 Oui 0 Non
- 21 Les tests sanguins (Fibromètre®, Fibro/Actitest®, Hépascore®,...) sont-ils réalisables au sein de l'UCSA ou de l'hôpital de rattachement ? ┌
- 1 Oui 0 Non 99 Ne sait pas
 2 Autre, précisez.....
- 22 Les tests non sanguins (élastométrie/Fibroscan®,...) sont-ils réalisables au sein de l'UCSA ou de l'hôpital de rattachement ? ┌
- 1 Oui 0 Non 99 Ne sait pas
 2 Autre, précisez.....
- 23 Combien de tests non invasifs d'évaluation de la fibrose ont été effectués dans les 12 derniers mois sur demande de l'UCSA ? ┌
- Les tests non invasifs d'évaluation de la fibrose sont ceux cités dans les questions 21 et 22 (Fibromètre®, Fibro/Actitest®, Hépascore®, élastométrie/Fibroscan®, ...).*
- 1 <10
 2 10-50
 3 >50
 99 Ne sait pas
- 24 Une vaccination hépatite B est-elle proposée dans l'UCSA ? ┌
- 1 Oui 0 Non
 1 Oui 0 Non
 ⇒ Si NON, ALLER À LA QUESTION 26
- 25 Le vaccin est-il fourni par l'hôpital de rattachement de l'UCSA ? ┌
- 1 Oui 0 Non
- 26 Existe-t-il une permanence associative offrant un soutien aux personnes porteuses du VIH ou/et des virus des hépatites ? ┌
- 1 Oui 0 Non

- 27 Existe-t-il une procédure formalisée permettant la continuité des soins à la sortie de prison ?
- | | | | |
|--|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Pour les personnes atteintes par VIH | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 0 <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> |
| Pour les personnes atteintes par les hépatites | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 0 <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> |
| Pour les personnes sous traitement de substitution aux opiacés | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 0 <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> |
- 28 L'UCSA organise-t-elle des actions d'informations et de prévention concernant le VIH et/ou les hépatites ?
- 1 Oui 0 Non
- ⇒ SI NON, ALLER À LA QUESTION 30
- 29 A quelle date a eu lieu la dernière action d'information et de prévention concernant le VIH et/ou les hépatites ?
- | | | |
|------|------|-------|
| _ _ | _ _ | _ _ |
| JOUR | MOIS | ANNEE |
- 30 De quel(s) traitement(s) de substitution disposez-vous ?
Plusieurs réponses possibles
- 1 Buprénorphine haut dosage (subutex® ou générique) 2 Méthadone 0 Aucun
- 3 Autre, précisez.....
- 31 La dispensation des traitements de substitution est elle effectuée par l'UCSA (hors psychiatre) ?
- 1 Oui 0 Non
- ⇒ SI NON, ALLER À LA QUESTION 33
- 32 Quels sont les traitements de substitution dispensés par l'UCSA (hors psychiatre) ?
- 1 Buprénorphine haut dosage (subutex® ou générique) 2 Méthadone
- 33 La dispensation des traitements de substitution est elle effectuée par le SMPR ou le psychiatre dépendant de l'UCSA ?
- 1 Oui 0 Non
- ⇒ SI NON, ALLER À LA QUESTION 35
- 34 Quels sont les traitements de substitution dispensés par le SMPR ou le psychiatre dépendant de l'UCSA ?
- 1 Buprénorphine haut dosage (subutex® ou générique) 2 Méthadone
- 35 Avez-vous eu connaissance de découvertes de seringues usagées dans l'établissement (cellules, couloirs, parloirs etc..) dans les 12 derniers mois ?
- 1 Oui 0 Non

Ce questionnaire est à présent terminé, nous vous remercions de l'avoir renseigné.

Pour toute question relative à cette enquête, vous pouvez contacter par mail ou par téléphone :

- à la DGS : Dr Christine BARBIER	01.40.56.47.40	Christine.BARBIER@sante.gouv.fr
- à l'InVS : Marie JAUFFRET-ROUSTIDE	01.41.79.67.43	m.jauffret@invs.sante.fr

Cette étude a reçu un accord favorable de la Commission nationale de l'information et des libertés (Cnil)

INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE, 12 rue du Val d'Osne 94415 Saint-Maurice Cedex France - Tél. : 33 (0)1 41 79 67 00 - Fax : 33 (0)1 41 79 67 67
www.invs.sante.fr - Réalisé et imprimé par BRI - 93000 Bobigny - France - Tirage : XX exemplaires

