



Prison

VIH

Allègement

????

*Si l'heure est venue d'alléger la vie avec le VIH, peut-on alléger
la vie avec le VIH en prison ?*



19^e CONGRÈS

DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE LUTTE CONTRE LE SIDA

REIMS
11 - 12
OCTOBRE
2018



Cet intervenant :

- ✓ A déclaré n'avoir aucun lien d'intérêt.



Tous les orateurs et experts ont reçu une déclaration de liens d'intérêt.



Le contexte carcéral

- ▶ **Au 1er août 2019, les statistiques mensuelles de la population détenue et écrouée du Ministère de la Justice (1) déclaraient :**
 - ▶ **70 519 personnes détenues**, pour 59 870 places opérationnelles
 - ▶ dont 2 675 femmes et 836 mineurs
 - ▶ 20 336 personnes prévenues (28,8%)
 - ▶ **La densité moyenne d'occupation est de 118 %** (144,6% dans la direction interrégionale de Paris), avec **1527 matelas au sol**.
 - ▶ **140 % dans les maisons d'arrêt.**
- ▶ **Des conditions de vie dégradées**
 - ▶ Hygiène trop souvent défectueuse
 - ▶ Inactivité, ennui
 - ▶ Difficultés de fonctionnement de l'Administration Pénitentiaire



La santé des publics détenus

- ▶ On retrouve une *« surreprésentation de certaines pathologies, notamment infectieuses et mentales, qui tient essentiellement à l'importance relative des catégories sociales défavorisée accueillies en détention »* (1).
- ▶ **Des besoins de santé importants mais mal documentés (2, 3)**
 - ▶ Troubles psychiatriques surreprésentés: 55% d'antécédents psychiatriques, 27,4% de troubles psychiatriques en cours de détention
 - ▶ Suicides: 167/100 000
 - ▶ Addictions: 25% des personnes détenues présente une addiction
 - ▶ Tuberculose: 106,9/100 000 (20,8/ 100 000 en population générale)
 - ▶ Handicap et déficience 67% (32,8% en population générale)
 - ▶ Problèmes bucco-dentaires

VIH, hépatites: un lieu à haut risque infectieux

- ▶ **En 2010, l'enquête Prevacar retrouvait des prévalences 4 à 6 fois supérieure à celles de la population générale:**
 - ▶ **VIH: 2%** (0,4 % en population générale), pour un quart diagnostiqués en prison, avec 75% de patients ayant moins de 350 CD4 et 28,4% au stade Sida; 75% recevaient un traitement.
 - ▶ **VHC: 4,8%**, pour 1/5 diagnostiqués en prison; 46 % sont virémiques (En 2004, la prévalence des anticorps anti-VHC, estimée par l'enquête InVS, était de 0,84% de la population générale, dont 65% virémiques.
 - ▶ **7,9 % des personnes détenues reçoivent un traitement substitutif aux opiacés (TSO).** Chez les personnes sous 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.
 - ▶ **VHB:** pas de données nationales de la prévalence du VHB en prison..
- ▶ **Risque de transmission:**
 - ▶ **l'enquête Coquelicot en 2004** retrouvait un antécédent d'incarcération chez 61% des usagers de drogues intra-veineuse, avec une prévalence plus élevée chez ceux-ci du VIH (11% versus 5%) comme du VHC (67% versus 51%); 12 % déclaraient avoir eu recours à l'injection en prison et 30% d'entre eux déclaraient avoir partagé une seringue.
 - ▶ Sexualité...
 - ▶ Tatouage, piercing, pose de dominos...



Parcours de soins en prison

Les personnes détenues doivent bénéficier d'une prise en charge sanitaire identique à celle proposée à la population générale.

Ce principe, énoncé dans la loi du 18 janvier 1994, est repris dans la loi pénitentiaire de novembre 2009, dans la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016 (art. 8 relatif à la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogues).

Il présidait à la rédaction du « plan d'actions stratégiques 2010-2014 pour une politique de santé pour les personnes placées sous main de justice », comme à celles successives du « guide méthodologique pour la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice ».

Parcours de soins en prisons

- ▶ **Le rapport de l'IGAS/IGSJ (et les chiffres de l'OSSD) pointe une offre de soins très disparate et encore insuffisante:**
 - ▶ Postes budgétés non pourvus; locaux globalement mal adaptés.
 - ▶ Absence de permanence des soins aux heures et jours de fermeture des USMP.
 - ▶ Sous occupation des lits dédiés pour soins somatique. Insuffisance des lits psychiatriques en UHSA.
 - ▶ Difficultés des modalités d'extractions médicales.
 - ▶ Absence de poste de travailleur social.
 - ▶ Difficultés fréquentes de la dispensation et de la gestion des médicaments
 - ▶ Modalités de couverture sociale inadaptée entraînant des risque de perte de droit en fin de peine ou en cas de libération.
 - ▶ Existence de ruptures de prise en charge à la sortie.
 - ▶ Insuffisance de mise en œuvre des aménagements de peine, des suspensions de peine, des permissions de sortie pour raison médicales.
 - ▶ Prise en compte insuffisante des enjeux de la perte d'autonomie, du handicap et de la fin de vie.

Le secret médical en question

- ▶ Promiscuité en maison d'arrêt: pas de confidentialité en cellule vis-à-vis des codétenus (stockage et prise des médicaments, gestion des effets secondaires).
- ▶ Absence fréquente de zone de confidentialité dans les unités sanitaires.
- ▶ Accès des personnels pénitentiaires à des informations de caractère médical : fouille de cellule permettant d'identifier les médicaments des détenus ; connaissance de la fréquentation des unités sanitaires, et bien souvent des motifs de fréquentation (remise de TSO par exemple à des horaires dédiés).
- ▶ Extractions médicales avec la présence souvent imposée des surveillants jusque dans les salles de consultation et de soins.
- ▶ Demande de la participation des soignants aux commissions pluridisciplinaires uniques, instruction ministérielle pour une utilisation par les personnels soignants du logiciel pénitentiaire de partage de données « Genesis ».
- ▶ Multiplicité des demandes de certificats médicaux (A Pénitentiaire, justice..)
- ▶ **Ces craintes peuvent amener certaines personnes détenues à taire leur état de santé et interrompre leur traitement, ou préférer se fournir en Buprénorphine dans la cour plutôt qu'à l'USMP**

Dépistage

- ▶ Les différentes sources retrouvent **un taux de proposition de dépistage pour les trois virus supérieur ou égal à 90% des USMP, plus hétérogène pour les IST.**
- ▶ **Le renouvellement du dépistage** est beaucoup moins systématiquement proposé, sur des critères variables (notion de prise de risque, ancienneté du dernier test, à la demande du patient...)
- ▶ Le dépistage à la demande du patient est effectif, mais peu diversifié avec un recours quasi exclusif aux USMP, beaucoup plus rarement à un CAARUD ou une association agréée.
- ▶ **L'utilisation des test rapides d'orientation (TROD) est peu déployée**, malgré l'arrêté du 01/08/2016 autorisant leur utilisation en milieu carcéral par les soignants des USMP, les associations habilitées, les CSAPA et les CAARUD. Elle offrirait pourtant des **opportunités de dépistage à ceux qui se tiennent à l'écart des soins.**

Prévention, réduction des risques

► RDR liées aux pratiques sexuelles

- Accès aux préservatifs confidentiel et peu diversifié, le plus souvent dans les seules USMP.

► RDR à destination des usagers de drogues

- Selon PRI2DE, une dizaine de sites sur 103 mettent à disposition les outils du référentiel national de 2005: pansements alcoolisés, eau stérile, désinfectants, containers pour aiguilles...
- Dans l'enquête régionale 2 sites rapportent l'intervention d'un CAARUD, avec mise à disposition de kits d'inhalation.
 - **Pas de programme d'échange de seringue,**
 - Malgré la loi de modernisation du système de santé de 2016
 - Malgré la connaissance de pratiques de partage de seringues

Prévention, réduction des risques

► **Traitement post-exposition:**

- Pri2de: Insuffisance de l'information aux personnes détenue (53% des établissement) comme aux soignants (69%). Sur 12 mois et 171 USMP, 16 prescriptions de TPE dont seulement 3 pour des personnes détenues
- Dans l'enquête régionale IDF, 3 USMP sur 6 indiquent avoir élaboré un protocole, 1 seule indique informer les personnes détenues et une seule avoir prescrit des TPE

► **Vaccination VHB** très largement proposée

► **La prise en charge des addictions**

- Prévalence 2010 des TSO: Prévacar 8%; PRI2DE 9%;
- Accès au TSO effectif souvent initié en prison
- Diversification des molécules insuffisante et mode de dispensation pouvant compromettre le secret médical (rapport IGAS)

Suivi et prise en charge médicale

- ▶ **L'accès aux consultations spécialisées est hétérogène:**
 - ▶ **Infectiologie:** consultation sur site dans 50% des unités sanitaires (Prévacar, enquête régionale IDF).
 - ▶ **Hépatologie:** 57% des sites selon Prévacar mais seulement 2 sur 6 dans l'enquête régionale.
 - ▶ **Exploration de la fibrose hépatique:** pas d'échographie sur site; fibroscan sur site: 2 sites sur 5 (en IDF), les autres en extraction médicale.
 - ▶ Le taux de réalisation des extractions pour consultations programmées (OSSD), toutes pathologies confondues est en baisse: 89% en 2012, 77% en 2016.
 - ▶ La proportion d'annulation d'extraction programmée du fait de l'administration pénitentiaire (problème d'escorte...) est passée de 16% en 2012 à 42% en 2016.
- ▶ **L'accès au traitement du VIH semble bon:** 75 % des séropositifs recevaient un traitement en 2010 (Prévacar), 100 % dans l'enquête régionale IDF 2018.
- ▶ **L'accès au traitement du VHC** est moindre mais en amélioration: toutes les personnes détenues peuvent être traitées (arrêtés de juin 2016), quel que soit leur degré de fibrose, avec une prise en charge à 100% par l'assurance maladie, avec une bonne tolérance, un suivi biologique minime, une durée de plus en plus courte du traitement, un taux de guérison de plus de 90%.
- ▶ **Rareté des programmes d'éducation thérapeutique des patients.**

Préparation à la sortie

- ▶ **La sortie de prison est un moment à risque de rupture de suivi et de rupture de droits.**
- ▶ Toutes les USMP ayant répondu à l'enquête régionale IDF ont établi un protocole de transmission pour le suivi médical
- ▶ Toutes déclarent rédiger les certificats médicaux ad hoc (ALD, AAH, titre de séjour pour soins).
- ▶ **Le suivi médico-social des sortants reste problématique**
 - ▶ Difficultés de coordination entre les différents acteurs (CPIP, greffe,...):
 - ▶ Insuffisance ou absence totale de temps de travailleur social
 - ▶ Consultations de sortie (prévues pour les personnes condamnés) pas toujours réalisées (libérations non programmées)
 - ▶ Insuffisance de place dans les structures d'aval (appartements de coordination thérapeutiques...)

Des pistes d'améliorations (d'allègement)

▶ **Dépistage:**

- ▶ Généraliser les propositions de renouvellement de dépistage; dépistage des IST
- ▶ Généraliser l'usage des TROD et leur mise en œuvre par des structures et associations habilitées, hors USMP.

▶ **Information, éducation à la santé, éducation thérapeutique**

- ▶ Penser aux documents en langues étrangères !
- ▶ Développer l'ETP

▶ **Prévention, réduction des risque**

- ▶ Plaidoyer pour une mise à disposition des préservatifs hors USMP
- ▶ Développer l'information et l'utilisation des TPE
- ▶ Améliorer la qualité des traitements par TSO (3 molécules, la réévaluation des posologies, des conditions de dispensation plus respectueuse de la confidentialité...),
- ▶ **Plaidoyer pour la RDRD, avec bien sûr la prise en place des Programmes d'échange de seringues (loi de janvier 2016).**

Des pistes d'améliorations (d'allègement)

➤ **Prise en charge médicale et suivi**

- Généraliser les consultations spécialisées sur site
- Généraliser la prise en charge et le traitement des hépatites C
 - Le « Parcours VHC » en Ile de France un modèle de prise en charge pluridisciplinaire, à copier ?

➤ **Préparation à la sortie**

- Coordination des acteurs, en interne et dedans/dehors
 - Direction pénitentiaire, SPIP, greffe, CSAPA, CAARUD, dispositifs de sortie..
 - Sans perdre de vue l'impératif de respect du secret médical !
- Affectation d'un temps d'un temps d'assistance sociale dans les USMP
- Annuaire actualisés des différentes ressources, médicales, sociales et associatives
- Problème des sorties non programmées (PASS prison?)

➤ **Plus spécifiquement pour les corevih**

- Généraliser la prise en compte de la problématique prison dans tous les corevih
- État des lieux national ?
- Recueil de données
- Accompagner et diffuser les innovations...



Textes de référence

- ▶ Loi du 18 janvier 1994, relative à la santé publique et à la protection sociale
- ▶ Loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 (article 46)
- ▶ Plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice
- ▶ Instruction DGOS/DGS du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention.
- ▶ Guide des traitements de substitution aux opiacés (TSO) en milieu carcéral. 27/07/2015
- ▶ La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 (article 8)
- ▶ Guide méthodologique pour la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. 2017
- ▶ Rapport de recommandations 2014 puis 2016 pour la « Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C », sous la direction du Pr Daniel Dhumeaux
- ▶ Prise en charge médicales des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts sous la direction du Pr. Morlat. Rapport 2013 et ses actualisations successives (cf. Accès aux soins et qualité de vie (juillet 2017)- Vulnérabilité et populations clé – Les soins dans les lieux de privation de liberté)
- ▶ Stratégie santé des personnes placées sous main de justice Avril 2017

Sources

- ▶ Statistiques mensuelles de la population détenue et écrouée du Ministère de la Justice
- ▶ Enquête Prévacar InVS/DGS 2010 : 2 volets « prévalence » et « offre de soins ». BEH 2012/10-11 et 2013/35-36
- ▶ 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
- ▶ Prévention du risque infectieux dans les prisons françaises. L'inventaire PRI2DE ANRS/Sidaction (L. Michel). BEH 2011/39
- ▶ Enquête nationale de pratiques sur l'hépatite C en milieu carcéral (A-J Rémy and co). BEH 2017/14-15
- ▶ Enquête régionale auprès des unités sanitaires en milieu pénitentiaire (UMSP) d'Ile de France 2018: questionnaire élaboré par le groupe régional COREVIH d'IDF
- ▶ Rapport IGAS/IGSJ: Evaluation du plan d'actions stratégiques 2010/2014: politique de santé pour les personnes sous main de justice. Novembre 2016
- ▶ Base de données nationale OSSD: Observatoire des structures de santé des personnes détenus.. Données déclaratives des USMP.
- ▶ État des connaissances sur la santé des personnes détenues en France et à l'étranger Élodie Godin-Blandeau, Charlotte Verdot et Aude-Emmanuelle Develay (Département des maladies chroniques et traumatismes (DMCT), Institut de veille sanitaire (InVS)) 2014