

Vivre avec le VIH ou une hépatite virale en prison

Prise en charge des personnes incarcérées vivant avec le VIH ou les hépatites virales

Dr. Jean-Luc Boussard
Centre hospitalier de Melun
Centre de détention de Melun
Centre Pénitentiaire sud francilien
Corevih IDF Est

*2^{ème} forum de la SFLS
Approches populationnelles et VIH*

VIH, VHC et VHB en prison

- **Au 1^{er} janvier 2015, 66 270 personnes étaient écrouées et détenues dans 188 établissements pénitentiaires**, selon le « rapport d'évaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes sous main de justice », établi par l'Inspection générale des affaires sociales et l'Inspection générale des services judiciaires en novembre 2015.
- **Près de deux tiers (67%) des personnes détenues étaient incarcérées en maisons d'arrêt**, où le taux d'occupation dépasse 200% dans de nombreux établissements.
- **En novembre 2016**, les Statistiques mensuelles de la population détenue et écrouée du Ministère de la Justice déclarent **68 550 détenus**, dont 13 735 sur la Direction Interrégionale de Paris (taux d'occupation: 149,5%).
- **une population spécifique, avec une prévalence des infections VIH et hépatites propres et ses difficultés propres de prise en charge, tant au niveau du dépistage que de la prévention et du parcours de soin (per. et post incarcération).**

1. Prévalence

- *Les données les plus récentes remontent à 2010: enquête Prevacar (3):*
 - Objectif: étudier la prévalence du VHC, du VIH et des traitements de substitutions aux opiacés et décrire les caractéristiques des personnes.
 - Population éligible > 18 ans, incarcéré le jour de l'enquête, en métropole et DOM.
 - 2154 N° d'écrou tirés au sort (sur une population pénale de 61000 détenus), dans 27 établissements pénitentiaires, également tirés au sort (sur 191 établissements).

1. Prévalence du VIH: Prévacar

- **2 % [0,95 – 4,23] soit environ 1120 personnes**
 - Diagnostic le plus souvent ancien (9 ans) mais ¼ en cours d'incarcération
 - Egale prévalence entre les hommes et les femmes
 - CD4 < 350: 75%
 - CD4 > 500: 18%
 - Stade sida: 28,4%
 - 75% des personnes détenues porteuses du VIH recevaient un traitement
- La prévalence en population générale en 2013 est évaluée à 0,4 % (Virginie Supervie - UMR S 1136, Inserm, UPMC, Paris) (4)

1. Prévalence du VHC: Prévacar

- **4,8% [3,53 -6,50] soit environ 3000 personnes**
 - Diagnostic ancien 6 à 8 ans, mais 1/5 en incarcération
 - 46% [27,3 – 66,5] sont virémiques (plus de deux détenus sur 100)
 - Nette prédominance féminine 11,8% vs 4,5%
- En 2004, la prévalence des anticorps anti-VHC, estimée par l'enquête InVS, était de 0,84% de la population générale, soit 367 000 personnes (dont 65% virémiques)

1. Prévalence: Prévacar

- Les résultats des tests VI et/ou VHC sont manquant dans 30% des dossiers.**
- Il n'existe pas de données nationales de prévalence de portage de l'Ag HBs chez les personnes détenues (rapport Dhumeaux)**

1. Prévalence: mais aussi

Selon l'IGAS, dans son rapport d'évaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 (1):

- Surreprésentation des troubles et antécédents psychiatriques.
- 7 fois plus de suicides que la moyenne nationale.
- 80 % de fumeurs, 31% consommateurs excessive d'alcool, 10% sous TSO.
- Incidence de la tuberculose 8 à 10 fois supérieure à celle de la population générale.

Données anciennes, 2003, 2004

2. Dépistage

Prévacar:

- la proposition de dépistage du VIH et des hépatites à l'entrée en détention est quasiment systématique (93% des établissements).
- Mais le renouvellement de la proposition de dépistage n'est pratiqué que dans la moitié des établissements.

Malgré les préconisations du Plan stratégique d'actions 2010-2014 des personnes placées sous mains de justice et du Guide méthodologique pour la prise en charge sanitaire des personnes relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice 2012

3. Parcours de soins

« Depuis la réforme introduite par la loi du 18 janvier 1994, les personnes détenues doivent bénéficier d'une prise en charge sanitaire identique à celle proposée à l'ensemble de la population ».

3. Parcours de soins

Selon le rapport de l'IGAS (1), l'offre de soins aux personnes détenues, concernant toutes pathologies, est très disparate et encore insuffisante:

- Moyens insuffisants en personnel (15 à 25 % des postes budgétés non pourvus), en locaux (surfaces des locaux 30 à 40 % inférieures aux recommandations)
- Absence de permanence des soins aux heures et jours de fermeture des USMP
- Sous utilisation des UHSI, des chambres sécurisées, insuffisance de places en UHSA, amenant à des recours à l'hospitalisations d'office ou en UMD, souvent injustifiés et mal adaptés à la pathologie du patient.
- Difficultés des extractions médicales (problèmes d'escorte, recours quasi systématique aux entraves et à la présence du personnel pénitentiaire lors des soins et consultations, dénoncé également dans un avis du Contrôleur général des lieux de privation de liberté (GLPL) du 16 juillet 2015 .

3. Parcours de soins

- Difficultés fréquentes de la dispensation et de la gestion des médicaments (stockage en cellule non sécurisé, extorsion, trafic...).
- Prise en compte insuffisante des enjeux de la perte d'autonomie, du handicap et de la fin de vie.
- Insuffisance de mise en œuvre des aménagements de peine pour raison médicale, des suspensions de peine pour raison médicale, des permissions de sortie pour raisons médicales
- Modalités de couverture sociale inadaptée et risque de perte de droits en fin de peine.
- Existence de ruptures dans la prise en charge en psychiatrie et en médecine de ville à la sortie de détention.

3. Parcours de soins: VIH et Hépatites

Concernant plus spécifiquement le VIH et les hépatites, le volet « offre de soins » de l'enquête Prevacar (3) en 2010 relevait :

- Consultations spécialisés VIH : 52% des établissements vs 73% en Ile de France.
- Consultations spécialisées en hépatologie : 57% des établissements vs 82 % en IDF.
- 95% des équipes proposent la vaccination contre l'hépatite B
- 50% des UCSA réalisent systématiquement la recherche d'ARN du VHC en cas de sérologie VHC positive ; 84% déclarent avoir accès à la ponction biopsie hépatique ; 90 % à au moins une des deux méthodes non invasives d'évaluation de la fibrose (test sanguin, élastométrie) et 58% aux 2 méthodes.

3. Parcours de soins: VIH et Hépatites

- Pas de chiffres de patients traités pour l'hépatite C dans Prévacar. Le rapport de recommandations 2014 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, relève que « parmi les détenus infectés , 44% recevaient ou avaient reçu un traitement anti-VHC (en 2010) », et recommande de proposer systématiquement une prise en charge thérapeutique avec notamment pour objectif de réduire le risque de contamination (p106), et ce quel que soit le degré de fibrose (p 223).
- ¼ seulement des établissements disposent d'une permanence associative.
- La moitié seulement des UCSA ont mis en place des procédures formalisées pour le VIH (52%) et pour le VHC (52%), recommandées pour éviter le risque de rupture de suivi médical à la sortie. Leur mise en œuvre se heurte souvent à des sorties ou libérations inopinées.

3. Parcours de soins: prise en charge des addictions

Les textes:

- La prise en charge des toxicomanies aux opiacés repose sur les mêmes recommandations que celles du milieu libre, c'est-à-dire proposition d'une aide au sevrage, d'une substitution et de mesure de réduction des risques liés à l'usage de drogue .
- Le cadre réglementaire d'organisation des soins en détention en France autorise des modalités d'initiation et de renouvellement des traitements de substitution aux opiacés strictement identiques à celles existant en milieu libre.
- Les personnes détenues doivent théoriquement pouvoir disposer dans chaque établissement pénitentiaire, des deux types de TSO : Buprénorphine Haut Dosage et Méthadone®.

3. Parcours de soins: prise en charge des addictions

Les faits: Prevacar

- L'accès aux TSO est effectif dans tous les établissements.
- La prévalence des TSO est estimée à 7,9 % (IC= 6.49-9.79) environ 5 000 personnes,
 - 68,5 % sous BHD , 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 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.
- La diversification des traitements est insuffisante : 5% des établissements ne proposent que l'une des deux molécules

3. Parcours de soins: prise en charge des addictions

Les faits: Prevacar

- la mise en place de procédures formalisées permettant la continuité des soins à la sortie pour les patients sous TSO doit être améliorée (56% des établissements).

Le rapport d'évaluation du plan d'actions stratégiques relève

- une amélioration de l'accès aux TSO des personnes détenues : en 2013, 9% sont sous TSO
- 75% des établissements pénitentiaires ont un CSAPA référent.
- Une insuffisance de réévaluation des posologies et des durées de traitement
- des modes de dispensation pouvant mettre à mal le secret médical quand elle est quotidienne, sur convocation, à une heure dédiée.

3. Parcours de soins: un secret médical toujours menacé

- Promiscuité, surtout en maison d'arrêt, en l'absence d'encellulement individuel, ne permettant pas la confidentialité vis-à-vis des codétenus
- Absence fréquente dans les USMP de zone d'accueil permettant la confidentialité.
- Accès des personnels pénitentiaire à des informations de caractère médical : fouille de cellule, connaissance de la fréquentation des unités sanitaires, et bien souvent des motifs de fréquentation.
- Extractions médicales avec la présence souvent imposée des surveillants jusque dans les salles de consultation et de soins.

Ces risques de rupture du secret médical peuvent entraîner, surtout s'agissant de pathologie fortement stigmatisée comme le VIH, le choix par un détenu de ne pas déclarer sa séropositivité ou d'interrompre son traitement.

3. Parcours de soins: bilan annuel en hôpital de jour

- La durée des HDJ, nécessitant le changement de l'équipe d'escorte en cours de l'HDJ, difficilement réalisable par les établissements pénitentiaires (manque de personnel) rend difficile, voir impossible leur réalisation.
- Ce qui conforte la recommandation du rapport 2013 du groupe d'experts, visant à faire proposer par tous les Corevih la possibilité de fractionner ce bilan de synthèse annuel en plusieurs séances en maintenant la tarification d'HDJ (pages 410 et 427).

4. Prévention et réduction des risques – éducation à la santé

La prison, un lieu à risques de transmission virale:

« Les prévalences élevées du VIH et des hépatites, l'existence de pratiques à risque (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 » (Prevacar).

- en 2000, la commission d'enquête du Sénat estime que les usagers de drogues, seraient près de 40 000 (pour 68 765 entrants en 2000, soit 58%) à entrer en prison chaque année.

4. Prévention et réduction des risques – éducation à la santé

La prison, un lieu à risques de transmission virale:

- L'enquête Coquelicot en 2004 estime à 61% les UDIV ayant un antécédent d'incarcération.
- Elle retrouve des prévalences pour le VIH et le VHC plus élevées chez les usagers de drogues ayant un antécédent d'incarcération (11% versus 5% pour le VIH ; 67% versus 51% pour le VHC), que chez ceux jamais incarcérés.
- et 12% des usagers de drogues ayant été incarcérés qui déclarent avoir eu recours à l'injection en prison. Parmi ces personnes, 30% déclarent avoir partagé une seringue.

4. Prévention et réduction des risques – éducation à la sante

La prison, un lieu à risques de transmission virale:

- L'enquête Prevacar retrouve , chez les personnes sous TSO des prévalences plus élevées, tant pour le VIH : 3,6% vs 2%, que pour le VHC ; 26, 3% vs 4,8%.
- 70% des contaminations VHC sont liées à l'usage de drogues.
- 18% des unités sanitaires déclarent avoir eu connaissance de découvertes de seringues usagées dans les 12 derniers mois

4. Prévention et réduction des risques – éducation à la sante

La sexualité existe en prison :

- le rapport d'évaluation du plan d'actions stratégiques relève qu'en 1994 une enquête en région PACA montrait que 23% des personnes détenues, des deux sexes rapportaient avoir eu deux partenaires sexuels ou plus durant les 12 derniers mois).
- Elle est potentiellement subie et elle reste taboue, comme l'usage de drogue intraveineuse.
- L'action 5.7 du plan : « améliorer la prévention des risques liés à la sexualité et réunir les conditions du maintien d'une vie affective et sexuelle » est restée sans réalisation.

4. Prévention et réduction des risques – éducation à la sante

Au regard des recommandations internationales (OMS 2007) de prévention et réduction des risques (RDR), et celles française, du guide méthodologique, l'inventaire ANRS-PRI²DE de 2009 montrait un décalage important entre ces recommandations et l'accès aux mesures de RDR en prison, plus particulièrement pour

- l'eau de javel :information d'usage, renouvellement: 14% des établissements en adhésion aux recommandations françaises
- Les TSO : initiation, reconduction, posologie, dispensation : 27%
- les préservatifs, 9%
- le traitement post- exposition, 23%
- le coiffage, 33%

4. Prévention et réduction des risques – éducation à la sante

Les préservatifs :

- selon le guide méthodologique, l'administration pénitentiaire met à la disposition des personnes détenues des préservatifs et des lubrifiants aux normes CE. En complément, ces outils peuvent également être fournis par des associations ou les établissements de santé.
- Dans les faits ils ne sont disponibles hors des unités sanitaires que dans 20% des établissements (PRI²DE).

Le traitement post-exposition :

- PRI²DE relevait que dans 47% des établissements les détenus n'étaient pas informés de la possibilité d'avoir recours à un TPE en cas d'exposition à un risque et que dans 31% des cas les référents médicaux estimaient ne pas être en mesure de répondre à la question.
- PRI²DE relevait sur 12 mois 16 prescriptions de TPE, dans 13 unités sanitaires (sur 171), dont seulement 3 pour des détenus et aucun pour des usages de drogues

4. Prévention et réduction des risques – éducation à la sante

Les programmes d'échange de seringue, dernière recommandation de l'OMS restaient absente des recommandations françaises et jusque aujourd'hui interdits.

- La loi santé 2016 donne un cadre légal à la RDR et dans son article L. 3411-8-IV précise que « la politique de réduction des risques s'applique également aux personnes détenues selon des modalités adaptées au milieu carcéral. » ouvrant la voie à des programmes expérimentaux d'échanges de seringues (PES).

Education pour la santé

- 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 Prevacar.

5. Des pistes d'améliorations? Quelle place des Corevih ?

Des Corevih ont mis en place des commissions ou groupes de travail sur la thématique de la prise en charge des personnes placées sous main de justice et élaborés différents outils d'aide à la prise en charge, la prévention et à la formation, dont certains sont accessibles sur la BAO du site de la SFLS.

- ***Améliorer le recueil épidémiologique***

- Logiciels de dossier médical spécifiques type Nadis
- Place des TEC ?

- ***Dépistage***

- Généraliser les propositions de renouvellement de dépistage
- Améliorer auprès des détenus (et des professionnels) l'information sur l'intérêt et les modalités du dépistage.
- Place des TROD en prison : par les associations, les CARUD, les USMP ? Financement ?

5. Des pistes d'améliorations? Quelle place des Corevih ?

- ***Parcours de soins***

- Généraliser les consultations spécialisées VIH et Hépatites au seins des USMP.
- Proposer par tous les Corevih la possibilité de fractionner le bilan de synthèse annuel en plusieurs séances en maintenant la tarification d'HDJ.
- Généraliser les propositions de traitement des hépatite C: Cf. rapport Dhumeaux, cf. l'étude « Parcours de sante VHC en Ile de France » qui souhaite intégrer la population pénitentiaire.
- Optimiser les modalités des extractions médicales
- Aides à la prise en charge: cession de formation, fiches techniques.
- Améliorer la préparation à la sortie : généraliser les procédures formalisées de sortie de prison.
- Mettre à disposition des détenus d'un annuaire des établissements médicaux sociaux et des adresses utiles pour les sortants de prisons.

5. Des pistes d'améliorations? Quelle place des Corevih ?

Prévention, réduction des risques, éducation à la santé

- Améliorer et diffuser largement l'information autour des traitements post-exposition, très largement sous-utilisés en prison et leur accessibilité : information auprès des détenus et des personnels pénitentiaires ; formation des personnel soignants ; mise à disposition et renouvellement dans toutes les USMP des kits de traitement post-exposition.
- Généraliser à toutes les USMP les actions de prévention et d'éducation à la santé sur le thème du VIH et/ des hépatites virales.
- Optimiser les mesures existantes de réduction des risques (RDR, information, dépistage, TSO, préservatifs, vaccins...
- Et mettre en œuvre celles du milieu libre: la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016, dans son article 8, ouvre la voie à la mise en place de programmes d'échange de seringues. Des expérimentations sont en cours de mise en place (.Pri²de)

Sources

- Evaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice - Inspection générale des affaires sociales et Inspection générale des services judiciaires - novembre 2015
- Statistiques mensuelles de la population détenue et écrouée du Ministère de la Justice
- Offre de soins en milieu carcéral en France : infection par le VIH et les hépatites. Enquête Prévacar, 2010
- Virginie Supervie - UMR S 1136, Inserm, UPMC, Paris)
- Rapport de recommandations 2014 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
- Plan d'action stratégiques 2010 – 2014 Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice – Ministère de la santé; Ministère de la justice;
- Guide méthodologique pour la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice 2012
- Prise en charge médicales des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts rapport 2013

Sources

- avis relatif à la prise en charge des personnes détenues dans les établissements de santé » publié au JO du 16 juillet 2015 du Contrôleur général des Lieux de privation de Liberté (CGLPL)
- Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH – Recommandations du groupe d'experts - rapport 2013, sous la direction du Pr. Philippe Morlat
- Guide de traitement de substitution aux opiacés – 2011
- 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)
- 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
- Préventions du risque infectieux dans les prisons françaises. L'inventaire PRI²DE 2009 Laurent Michel et al. BEH 39 25 octobre 2011, 409-412

Sources

- Rotily.m et al. « Le VIH en milieu carcéral : une enquête en région Provence – Alpes – Côte d’Azur » la Semaine des hôpitaux 70. 31-32 (1994) : 980-982
- instruction DGS MC 2/DGOS/R4 du 17 novembre 2010 vise à définir les modalités des TSO
- circulaire DGS/ DSS du 29 avril 2015: facturation au même titre que les médicaments délivrés en rétrocession des AAD dispensés dans le cadre des unités sanitaires en milieu pénitentiaire
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 8
- Axelle François, « La sexualité en milieu carcéral: au cœur des représentations des personnes incarcérées » Champ pénal Vol. XIII | 2016.

Sources

Une lecture édifiante: au **Journal Officiel du 14 décembre 2016**, la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté use de la procédure d'urgence pour alerter publiquement le gouvernement sur la situation de la maison d'arrêt des hommes de Fresnes où « ***les conditions de vie des personnes détenues constituent un traitement inhumain ou dégradant au sens de l'article 3 de la convention européenne des droits de l'homme*** ».

Elle cite la surpopulation (202% d'occupation), l'état des parloirs, des salles d'attentes, l'insuffisance de personnel, entraînant des privations de soins, de visite ou de travail, une « *discipline devenue illisible et brutale* », l'état d'hygiène déplorable de la prison (punaises de lit, cafards rats), déjà dénoncé par l'OIP devant le tribunal administratif de Melun, qui ordonnait à l'Etat en octobre 2016 d'intensifier la lutte contre les rats à Fresnes.

La CGLP affirme que la situation est telle que « *la France risque une sanction de la Cour européenne des droits de l'homme* » .

Le Monde du 14 décembre 2016