

Accès à la prévention, au dépistage et aux soins pour les personnes détenues en Ile de France

**Dr Christine BARBIER Médecin de santé publique
Commission Prison COREVIH Ile de France Est
Association Basiliade**

1

Journées des acteurs COREVIH IDF Ouest
20/11/2018

Le contexte carcéral francilien

- ▶ **Treize établissements pénitentiaires**
 - ▶ **7 maisons d'arrêt (MA)**: Bois d'Arcy, Versailles, Fleury, Osny, Villepinte, Nanterre, La Santé
 - ▶ **3 centres pénitentiaires (CP)**: Chauconin, Réau, Fresnes
 - ▶ **1 centre de détention (CD)**: Melun
 - ▶ **1 maison centrale (MC)**: Poissy
 - ▶ **1 établissement pour mineurs (EPM)**: Porcheville
- ▶ **Population détenue au 01/10/2018**
 - ▶ **13 598 personnes détenues**, pour 9 328 places opérationnelles
 - ▶ dont 564 femmes (4,1 %) et 182 mineurs (1,3%)
 - ▶ **Taux de personnes prévenues élevé**: 36,5 % vs 29,8 % taux national
 - ▶ **Densité moyenne d'occupation : 145,8 %**
 - ▶ **161,6 %** dans les maisons d'arrêt (4 MA > 180 %...)
 - ▶ Conditions de vie en détention dégradées: hygiène, ennui...

La santé des publics détenus

- ▶ **Sur représentation de certaines pathologies, importance des catégories sociales défavorisée accueillies en détention. Inégalités sociales de santé ++**
- ▶ **Besoins de santé importants mais mal documentés**
 - ▶ Troubles psychiatriques : 55% d'antécédents psychiatriques, 27,4% de troubles psychiatriques en cours de détention
 - ▶ Suicides: 1 67/100 000 (7 fois plus que population générale)
 - ▶ Prévalence VIH et VHC (6 fois plus que population générale)
 - ▶ Addictions: 25% des personnes détenues présente une addiction
 - ▶ Tuberculose: 106,9/100 000 (20,8/ 100 000 en population générale)
 - ▶ Problèmes bucco-dentaires
 - ▶ Vieillessement, maladies chroniques, perte d'autonomie

Principes de la loi de 1994

Principe éthique: les personnes détenues doivent bénéficier de la même qualité et continuité des soins que la population générale.

Transfert de la responsabilité au Ministère de la santé et au service public hospitalier, affiliation de tous les détenus au Régime Général.

Responsabilité Ministère de la Justice: choix politique pénale (usagers de drogue par ex), déterminants de santé (environnement, conditions de vie), surveillants pour accompagnements, escortes, fourniture d'outils de prévention (javel préservatifs..), service pénitentiaire d'insertion et probation (SPIP) pour préparer la sortie.

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

Parcours de prise en charge sanitaire

- **La prison n'est pas un lieu de soins, mais un lieu où l'on soigne..**
- Unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) pour soins ambulatoires
- Personnel hospitalier (médecins généralistes et spécialistes dont psy, IDE, psychologues, dentistes, pharmaciens).. Locaux dédiés
- Missions des soignants élargies à éducation pour la santé
- Lits dédiés et sécurisés pour soins somatiques et lits psychiatriques
- Consultation systématique à l'entrée en détention: continuité des traitements, repérage risque suicidaire, addictions, dépistage obligatoire tuberculose et systématiquement proposé VIH, VHC et VHB, information
- Consultation à la demande pendant la détention (mais demandes via les surveillants), consultation de sortie pour les personnes condamnées
- Médicaments distribués en cellule par IDE (accompagné par surveillant) ou à l'unité sanitaire (notamment traitements de substitution opiacés-TSO)
- Interventions de dispositifs complémentaires en addictologie (Centre de soins et d'accompagnement en addictologie - CSAPA référents dans chaque établissement, Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues- CAARUD beaucoup plus rares), interventions d'associations
- Procédures prévues pour aménagements de peine, suspensions de peine, permissions de sortie pour raison médicales

Avancées notables

6

- Arrivée de personnels de santé en prison, apport positif d'un regard extérieur, nouvelle culture professionnelle
- Opportunité pour des personnes n'ayant pas eu accès à prévention et soins de bénéficier d'un contact avec le système de santé: bilans, dépistages, informations
- Apport important de moyens (postes x 2 entre 1997 et 2013) mais non revu depuis avec l'augmentation du nombre de détenus, moyens « généralistes » et ciblés (psy, addictions), amélioration plateau technique (fauteuil dentaire, radio)
- Télémédecine (interprétation radio, avis dermato..)
- Création d'autorités indépendantes : Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), Défenseur des droits: avis, recommandations, saisines individuelles: plus visibilité, moyens de pression
- Elaboration d'une politique de santé: Guide méthodologique (versions 1996, 2004, 2012, 2017), plan stratégique 2010/2014, stratégie nationale santé 2017, priorité prévention (VHC). Prise en compte dans des plans thématiques (cancer, addictions, VHC) et dans des rapports experts (VIH, VHC..), Observatoire du suicide, Observatoire fin de vie..

Difficultés persistantes

7

- ▶ **Difficultés persistantes ++ Offre de soins très disparate et encore insuffisante:** Sources: Rapport IGAS/IGSJ, Cour des Comptes, constats du CGLPL , remontées des acteurs: organisations professionnelles, Observatoire international des prisons (OIP), associations...
- ▶ **Nombreux freins pour un accès effectif à une prise en charge équivalente au milieu libre**
- ▶ **Prédominance de la logique sécuritaire:** « le patient s'efface devant le détenu » (Cour des comptes 2014)
- ▶ Impact de la surpopulation sur la santé des personnes et le fonctionnement des services
- ▶ Postes budgétés non pourvus (surtout psy, dentistes, kiné, en IDF, 13 % postes MG non pourvus), locaux globalement mal adaptés, absence de permanence des soins aux heures et jours de fermeture des USMP
- ▶ Difficultés pour les extractions médicales (annulées faute de surveillants, non réalisées, perte de chance). Taux de réalisation des extractions pour consultations programmées (source DGOS), toutes pathologies confondues est en baisse: 89% en 2012, 77% en 2016, annulation du fait de l'administration pénitentiaire 42 % en 2016 vs 16% en 2012
- ▶ Pas ou peu de travailleur social, difficultés accès aux droits, couverture sociale
- ▶ Ruptures fréquentes du parcours à la sortie
- ▶ Dispositifs d'aménagement ou de suspension de peine pour raison médicale insuffisamment connus et mis en œuvre

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 traitements de substitution aux opiacés- 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 ».
- ▶ **Ces craintes peuvent amener certaines personnes détenues à taire leur état de santé et interrompre leur traitement, ou préférer se fournir en Buprénorphine Haut Dosage dans la cour de promenade plutôt qu'à l'USMP**

VIH, hépatites: spécificités milieu carcéral (1)

- ▶ **Prévalences 6 fois supérieure à celles de la population générale**

Enquête Prévacar DGS/InVS 2010

- ▶ **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.
- ▶ **8 % 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..

VIH, hépatites: spécificités milieu carcéral (2)

- ▶ **Risques de transmission** (pratiques de consommation de produits, pratiques sexuelles, modifications corporelles)
 - ▶ **Enquête Coquelicot en 2004:** ATCD d'incarcération chez 61% des UDIV, 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
 - ▶ **Prévacar 2010:** soignants ayant eu connaissance de découvertes de seringues usagées
 - ▶ **Inventaire PRI2DE ANRS Sidaction 2010:** soins pour complications (abcès, problèmes de cloison nasale)
 - ▶ Témoignage des acteurs: sexualité, partage de matériel seringues, pailles...), tatouage, piercing...
- ▶ **Décalage important entre réalité des pratiques et recommandations**
 - ▶ **Recommandations internationales (OMS):** information et communication, dépistage (entrée et pendant), accès aux préservatifs et lubrifiants, traitements de substitution aux opiacés (TSO), javel, traitement post exposition (TPE), vaccination VHB, protocole de coiffure, programme échange de seringues (PES)
 - ▶ **Recommandations nationales:** guide méthodologique, rapports d'experts
 - ▶ **Sources:** Prévacar, PRI2DE, étude 2017 des pratiques VHC, état des lieux régional 2018 COREVIH IDF Est (6 UMSP sur 12)

Dépistage

- **Taux de proposition de dépistage pour les trois virus supérieur ou égal à 90% des USMP, plus hétérogène pour les IST.** Mais difficultés organisationnelles (turn over..) et refus. Réalisation effective du test et remise des résultats variable suivant les sites.
- **Renouvellement du dépistage en cours de détention recommandé ++** (rapport d'experts, guide méthodologique): beaucoup moins systématiquement proposé, difficile à organiser, sur des critères variables en fonction des USMP (notion de prise de risque, ancienneté du dernier test, à la demande de la personne...)
- **Dépistage à la demande de la personne** effectif, mais peu diversifié avec un recours quasi exclusif aux USMP, beaucoup plus rarement via un CAARUD ou une association.
- **Tests rapides d'orientation (TROD) peu déployés**, 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: intérêt ++ pour diversifier et favoriser **l'accès des personnes « à l'écart des soins »**, intervenants RDRD et pouvant parler des pratiques

Prévention, réduction des risques (1)

- ▶ **Information, éducation pour la santé**
 - ▶ Peu de documents distribués, notamment en langues étrangères ou pour des publics ne maîtrisant pas ou peu l'écrit
 - ▶ Peu d'actions collectives organisées (faute de temps soignant)
- ▶ **RDR de risques liés aux pratiques sexuelles**
 - ▶ Accès aux préservatifs et gels très/trop confidentiel et peu diversifié, le plus souvent dans les seules USMP.
- ▶ **Vaccination VHB** très largement proposée et réalisée
- ▶ **Traitement post exposition (TPE)**
 - ▶ Pri2de: Insuffisance de l'information aux personnes détenue (53% des établissements) 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

Prévention, réduction des risques (2)

► **Prise en charge des addictions**

- Repérage à l'entrée: organisation variable: UMSP, CSAPA, dispositif de soins psy..
- Prévalence 2010 des TSO: Prévacar 8%; PRI2DE 9%;
- Accès aux TSO effectif, souvent initié en prison
- Diversification des molécules insuffisante, posologies parfois inadaptées et mode de dispensation pouvant compromettre le secret médical
- Guide des bonnes pratiques de TSO en milieu carcéral (DGS 2013), insuffisamment connu et pas assez intégré dans les pratiques
- Centre de soins et d'accompagnement en addictologie (CSAPA) référent sur chaque site (mesure nationale, renforcement de moyens en temps éducatif): aide au repérage, surtout préparation à la sortie en lien avec USMP

Prévention, réduction des risques (3)

► 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 IDF, 2 sites seulement rapportent l'intervention d'un CAARUD, avec mise à disposition de kits d'inhalation.
- **Javel:** distribution irrégulière, utilisée pour nettoyer la cellule
- **Naloxone** (spray nasal de prévention des overdoses. Cf. note DGS 2016: information peu déployée en IDF
- **Pas de programmes d'échanges de seringues en France malgré:**
 - la loi de modernisation du système de santé (article 8)
 - la connaissance de pratiques de partage
 - les évaluations très positives des expériences étrangères

Suivi et prise en charge médicale

- ▶ **Accès aux consultations spécialisées relativement bon mais hétérogène:**
 - ▶ **Infectiologue:** 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), pour les autres site: extraction médicale.
- ▶ **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 (ETP)**

Préparation à la sortie

- ▶ **La sortie de prison est un moment à risque de rupture de suivi et de rupture de droits (sorties non programmées ++, coordination SPIP/USMP)**
- ▶ 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: Affection longue durée - ALD, Allocation adulte handicapé- AAH, titre de séjour pour soins
- ▶ **Le suivi médico-social des sortants reste problématique**
 - ▶ Difficultés de coordination entre les différents acteurs (Conseiller de probation, 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, hébergements adaptés...)
 - ▶ Personnes en situation irrégulière: difficultés accès Aide médicale Etat (AME) à la sortie, difficultés pour accès à titres de séjour pour soins (repérage, accompagnement), refus (motif ordre public).

Pistes d'améliorations (1)

➤ Gouvernance en Inter COREVIH ?

- Colloque régional le 4 juin 2018 (cf. site du COREVIH IDF Est)
- Opportunités: stratégie nationale de santé spécifique
- Plaidoyer pour inscription du sujet « milieu carcéral » dans le COM ARS- COREVIH
- Echanges de pratiques et diffusion des expériences
- Associer les services de la Justice

➤ Etat des lieux et recueil commun

- Etat des lieux à compléter (UMSP, associations, CSAPA, CAARUD...)
- Mise en place d'un recueil minimal de données, tenant compte de la diversité des outils et logiciels

➤ Dépistage:

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

Pistes d'améliorations (2)

- ▶ **Information, éducation pour la santé, ETP**
 - ▶ Actions d'informations collectives, accès à documents en langue étrangère et outils pour personnes ayant peu ou pas accès à l'écrit
 - ▶ Développement de l'ETP
- ▶ **Prévention, réduction des risques: Optimiser et développer les mesures existantes**
 - ▶ Formation de tous les acteurs (Santé, Justice) à la culture RDRD (non jugement, allers vers, accueil inconditionnel..)
 - ▶ Mettre à disposition des préservatifs et lubrifiants hors USMP (quartier arrivant, parloirs, unités vie familiale..)
 - ▶ Développer l'information et l'utilisation des TPE
 - ▶ Améliorer la qualité des traitements par TSO (accès aux 3 molécules, réévaluation des posologies, des conditions de dispensation plus respectueuse de la confidentialité...),
 - ▶ Développer l'intervention des CAARUD
 - ▶ **Mise en place des Programmes d'échange de seringues ?**

Pistes d'améliorations (3)

Prise en charge médicale et suivi

- ▶ Accès aux consultations spécialisées sur site ou au CH de rattachement
- ▶ Généraliser la prise en charge et le traitement des hépatites C.
- ▶ Le « Parcours VHC » en Ile de France un exemple de prise en charge pluridisciplinaire, à étendre ?

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 !
- ▶ Temps d'assistant social
- ▶ Annuaire actualisés des différentes ressources, médicales, sociales et associatives
- ▶ Problème des sorties non programmées ...

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
- ▶ Guide suspension et aménagements de peine pour raison médicale Juillet 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
- ▶ Cour des Comptes. La santé des personnes détenues, des progrès encore indispensables. 2014
- ▶ 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.. DGOS. 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