



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DU TRAVAIL,
DES RELATIONS SOCIALES
ET DE LA SOLIDARITÉ

MINISTÈRE DE LA SANTÉ,
DE LA JEUNESSE
ET DES SPORTS

VIH/IST/Hépatites en milieu carcéral en Ile-de-France



Etat des lieux et propositions

Préfecture de la région
Ile-de-France

Directions Régionale des
Affaires Sanitaires et Sociales
d'Ile-de-France

Septembre 2007

VIH/IST/Hépatites en milieu carcéral en Ile-de-France

Etat de lieux et propositions

SEPTEMBRE 2007

SOMMAIRE

1 – CONTEXTE	p. 4
1.1. Prison : une population plutôt jeune, fragilisée, exposée aux risques viraux (VIH et hépatites)	p. 4
1.1.1. <i>Contexte de la santé en milieu carcéral</i>	p. 4
1.1.2. <i>Caractéristiques générales de la santé en milieu carcéral</i>	p. 4
1.2. Une priorité régionale.	p. 9
1.2.1. <i>Données épidémiologiques en Ile de France : une région prioritaire pour la lutte contre le VIH et les hépatites</i>	p. 9
1.2.2. <i>11 établissements pénitentiaires et 10 UCSA en Ile de France</i>	p. 10
1.2.3. <i>Caractéristiques socio-démographiques variables entre les établissements</i>	p. 10
1.2.4. <i>Démarche régionale de programmation</i>	p. 11
1.2.5. <i>Nécessité de disposer d'un état des lieux régional pour guider les actions</i>	p. 12
2 – RESULTATS DE L'ETAT DES LIEUX	p. 13
2.1. Information sur l'organisation des soins disponible à l'entrée	p. 14
2.2. Organisation des dépistages	p. 14
2.2.1. <i>Tests proposés</i>	p. 14
2.2.2. <i>Accès aux dépistages du VIH et des hépatites garanti, mais hétérogène pour les IST, renouvellement de dépistage insuffisamment systématisé</i>	p. 14 p. 16
2.2.3. <i>Délais de rendu disparates</i>	
2.2.4. <i>Données d'activité hétérogènes</i>	p. 17
2.3. Prévention et réduction des risques.	p. 19
2.3.1. <i>Modalités de distribution et d'information sur l'eau de Javel</i>	p. 20
2.3.2. <i>Information sur la prévention</i>	p. 21
2.3.3. <i>Accès aux préservatifs limité et insuffisamment diversifié</i>	p. 21
2.3.4. <i>Prévention de la transmission du virus de l'hépatite C</i>	p. 22
2.3.5. <i>Prévention de l'hépatite B</i>	p. 23
2.3.6. <i>Prise en charge et traitement en cas d'exposition à risque viral</i>	p. 24
2.4. Suivi pendant l'incarcération	p. 25
2.4.1. <i>Accès aux consultations spécialisées pour le VIH généralement réalisé</i>	p.25
2.4.2. <i>Moindre accès à des consultations de gastro/entérologie/hépatologie</i>	p. 26
2.4.3. <i>Description des traitements des infections virales graves</i>	p. 27
2.4.4. <i>Accès aux traitements de substitution aux opiacés amélioré mais restant inégal</i>	p. 28
2.4.5. <i>Accès très inégal au plateau technique pour l'exploration d'une séropositivité VHC</i>	p. 30
2.4.6. <i>Un accès à un avis psychiatrique trop limité, parfois malgré une présence psychiatrique</i>	p. 32

2.5. Préparation à la sortie compliquée par les contextes de libération et par un manque de coordination interne et externe	p. 32
2.5.1. <i>Procédures mises en œuvre à la libération</i>	p. 33
2.5.2. <i>Lacunes importantes dans la coordination et l'articulation</i>	p. 34
2.5.3. <i>Difficultés majeures d'orientation et d'hébergement à la sortie</i>	p. 34
2.6. Autres difficultés signalées par les UCSA en lien avec cette thématique	p. 35
3 – PROPOSITIONS	p. 36
3.1. Propositions relevant du niveau national.	p. 37
3.1.1. <i>Poursuivre l'amélioration des connaissances.</i>	p. 37
3.1.2. <i>Améliorer les conditions de l'accès à la vie familiale, affective et à la sexualité</i>	p. 37
3.1.3. <i>Expertiser et développer la question du protocole «coiffure»</i>	p. 37
3.1.4. <i>Réengager la réflexion sur la réduction des risques en milieu carcéral</i>	p. 37
3.2. Propositions relevant du niveau régional.	p. 37
3.2.1. <i>Améliorer les connaissances</i>	p. 37
3.2.2. <i>Améliorer la pertinence et l'efficacité des dépistages</i>	p. 38
3.2.3. <i>Développer l'accès aux divers outils de prévention</i>	p. 38
3.2.3.1. <i>Développer l'accès aux préservatifs avec lubrifiant.</i>	p. 38
3.2.3.2. <i>Renforcer l'efficacité de la mise en œuvre de la mesure "Eau de Javel » pour les personnels pénitentiaires et pour les personnes détenues</i>	p. 38
3.2.3.3. <i>Faciliter l'accès à l'information et outils de Réduction des Risques</i>	p. 39
3.2.3.4. <i>Mieux informer et faciliter l'accès au traitement post-exposition</i>	p. 39
3.2.4. <i>Améliorer l'accès et la qualité des traitements de substitution aux opiacés</i>	p. 39
3.2.5. <i>Instaurer les conditions d'un accès aux techniques non invasives de fibrose hépatique et aux avis psychiatriques</i>	p. 39
3.2.6. <i>Organiser la continuité des soins à la sortie.</i>	p. 39
3.2.7. <i>S'inscrire dans une démarche plus globale d'éducation à la santé.</i>	p. 40
3.2.8. <i>S'appuyer sur les COREVIH d'Ile de France, l'inter COREVIH et les pôles de référence hépatites</i>	p. 40
ANNEXES	p. 43
▲ Annexe n° 1 : Groupe de travail régional "VIH détenus" (composition)	
▲ Annexe n° 2 : Groupe de programmation 7 (cadre de travail)	
▲ Annexe n° 3 : Etat des lieux régional VIH/IST/hépatites	
▲ Annexe n° 4 : Etat des lieux des actions financées	
▲ Annexe n° 5 : Tableau d'activité de dépistage	

1 - CONTEXTE

1.1. Prison : une population plutôt jeune, fragilisée, exposée aux risques viraux (VIH et hépatites).

1.1.1. Contexte de la santé en milieu carcéral :

Plusieurs enquêtes permettent de décrire ce contexte. Il s'agit :

- soit de recueils répétés sur la santé des personnes détenues (enquête « santé des entrants » de la Direction des Recherches, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, DREES 1997¹ et 2003²), enquête «un jour donné sur les traitements VIH/hépatites et substitution» DGS/DHOS³, des données du Premier Observatoire en Prison de l'Hépatite, POPHEC⁴, qui regroupe environ 50% des Unités de Consultations et de Soins Ambulatoire (UCSA),
- soit d'enquêtes ponctuelles (Enquête ANRS Coquelicot⁵, sur les usagers de drogues).

Le rapport de la Mission «Santé- Justice ⁶ sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites en milieu carcéral» dresse également un état des lieux très complet.

Les rapports d'experts sur la prise en charge médicale des personnes atteintes par le VIH abordent depuis 2002 cette prise en charge spécifique (Delfraissy 2002⁷, Delfraissy 2004⁸, Yéni 2006)⁹.

1.1.2. Caractéristiques générales de la santé en milieu carcéral :

- Un «bon état de santé général» mais des facteurs de vulnérabilité :

D'après les données les plus récentes sur la "santé des entrants" (enquête DREES réalisée en 2003 et publiée en 2005), la population carcérale est jeune et majoritairement masculine. 80 % des entrants sont estimés «en bon état de santé général».

Cependant, dans un rapport publié en 2006, le Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE) note que «*la proportion de personnes malades au moment de leur incarcération est à âge égal, plus importante que dans la population générale*»¹⁰.

Compte tenu des situations souvent fragiles et précaires, l'accès à la prévention et aux soins a été limité et l'état de santé des personnes détenues présente certaines spécificités.

- Un recours fréquent aux produits psycho-actifs, dont l'usage de drogues par voie intraveineuse (IV) :

15 % des incarcérations et un tiers des détentions en maison d'arrêt sont en rapport avec une infraction à la législation sur les stupéfiants (I.L.S).

Parmi les entrants, 6,5 % sont des consommateurs d'opiacés (cette proportion est toutefois en diminution, si l'on compare avec la précédente enquête, réalisée en 1997). Les autres addictions (alcool, tabac) sont plus fréquentes que dans la population générale.

¹ Etudes et résultats (1999) – La santé à l'entrée en prison : un cumul de facteurs de risque.

² Etudes et résultats n° 386 (2005) – La santé des personnes entrées en prison en 2003. <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er386.pdf>

³ Enquête DGS/DHOS lien sur les traitements de substitution en milieu carcéral (<http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2003/03-40/a0403145.htm>)

⁴ Rémy .J et coll, gastroentérol. Clin. Biol, 2003

⁵ BEH n° 33, 05/09/2006 (<http://www.invs.sante.fr/beh/2006/33/index.htm>)

⁶Rapport de la Mission Santé Justice Décembre 2000

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/014000683/0000.pdf>

⁷ Prise en charge des personnes infectées par le VIH (Recommandations du groupe d'experts) Sous la direction du Professeur Jean-François Delfraissy, 2002 (<http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/delfraissy/chap25.pdf>)

⁸ Prise en charge des personnes infectées par le VIH (Recommandations du groupe d'experts) Sous la direction du Professeur J-F Delfraissy, 2004, (http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/delfraissy_2004/rapport.pdf)

⁹ Prise en charge des personnes infectées par le VIH (Recommandations du groupe d'experts) Sous la direction du Professeur Yéni 2006, (http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/yeni_sida/rapport_experts_2006.pdf)

¹⁰ Rapport du CCNE (<http://www.ccne-ethique.fr>)

Par ailleurs, les tendances générales de consommation de produits psycho-actifs sont marquées par le développement des poly-consommations, la diversification des voies d'administration, avec augmentation de la fréquence du sniff, le recours de plus en plus courant aux produits psycho stimulants, à la cocaïne, au crack¹¹.

60 % des usagers de drogues pris en charge en milieu carcéral ont déjà été incarcérés au moins une fois.

- Une prévalence du VIH et des hépatites plus élevée que dans la population générale :

Les enquêtes dites «de prévalence», malgré les difficultés méthodologiques propres à ce contexte, permettent d'estimer une prévalence nettement plus élevée qu'en population générale, due notamment à la fréquence de la population usagère de drogues (qui enregistre une prévalence du VHC de 50 à 60 %). Ce résultat est également lié à la précarité et à la présence d'un public originaire de pays d'endémie, populations connues pour des taux de prévalence plus élevés qu'en population générale pour les hépatites¹².

Comparés aux prévalences en population générale, les taux en milieu carcéral sont nettement plus élevés. Celle du VIH est de 1,56 % versus 0,50 % et pour le VHC 4,4 % versus 1 %.¹³. Le rapport Santé Justice indique également une prévalence du VIH trois à quatre fois supérieure et celle du VHC quatre à cinq fois supérieure à celle de la population générale.

Entre 1997 et 2003, les enquêtes DREES basées sur des données déclaratives font toutefois apparaître une baisse de tous les résultats de séropositivité : le taux de positifs pour le VIH passe de 1,6 % à 1,1 % et celui du VHC de 4,4 % à 3,1 %. Pour le VHB, le taux de séropositivité diminue de 2,3 % à 0,8 %.

- Un accès limité aux dépistages et à la vaccination :

L'enquête nationale «entrants»¹⁴ indique que 40 % déclarent avoir fait un test VIH avant l'incarcération, 20 % un test hépatite B et 30 % un test VHC. 31 % des personnes détenues entrant déclarent avoir eu une vaccination complète VHB en 2003¹⁵, alors que seulement 13,7 % le signalaient en 1997.

- Les régions Ile-de-France et Provence-Alpes-Côte-d'Azur, régions les plus concernées par ces infections virales graves en milieu carcéral :

En 2003, un suivi sur 49 150 personnes détenues dans 139 établissements, montre que 1,04 % (512 personnes) étaient atteintes par le VIH et connues des équipes médicales, dont 55 (10,7 %) au stade Sida. Cette proportion de personnes atteintes par le VIH connue du personnel soignant baisse régulièrement (de 5,8 % en 1990 à 1,04 % en 2003).

La prévalence est plus élevée en Ile-de-France et PACA, ces 2 régions regroupent la moitié des personnes atteintes (dont 29 % en Ile-de-France et 20 % en PACA), alors qu'elles n'accueillent que 30 % des personnes détenues.

Parmi les séropositifs connus en milieu carcéral, 58 % sont sous traitement par anti-rétroviraux (soit 298 personnes détenues). La prise en charge du VIH est estimée par les auteurs comparable au milieu libre. Depuis 1998, cette étude a été élargie au VHC compte tenu de la prévalence élevée.

En 2003, 2 076 détenus (4,2 %) sont connus comme atteints par l'hépatite C dont une majorité (64 %) en maison d'arrêt. La plupart sont à un stade asymptomatique (91 %), mais la prise en

¹¹ OFDT/ORS Trend 2006. Base ILIAD (<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/tend/tend52.html>)

¹² InVS Prévalence des hépatites B et C en France en 2004 – Décembre 2006. (http://www.invs.sante.fr/publications/2006/prevalence_b_c/index.html)

¹³ Rapport Delfraissy, op.cit.

¹⁴ Enquête entrants, 2003 op. cit.

¹⁵ Enquête DGS/DHOS. "Un jour donné" sur les personnes détenues atteintes par le VIH et le VHC en milieu pénitentiaire, 2003 (http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/vih_prison/accueil.htm)

Une nouvelle enquête est prévue en partenariat avec l'INVS en 2007, avec modification de la méthodologie (stratégie d'échantillon et renseignement de fiches individuelles à la place de données agrégées).

charge est faible : 3 % ont bénéficié d'une ponction biopsie hépatique (PBH) et 4,7 % d'une bithérapie.

- Un détenu sur 20 concerné par une prise en charge du VIH et/ou des hépatites :

Au total 5,3 % de la population carcérale présente une infection VIH et/ou VHC, soit un détenu sur 20, ce qui occasionne un travail de prise en charge considérable pour les équipes des Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA). Un tiers des patients porteurs du VIH ont déclaré également une co-infection VHC.

L'enquête, réalisée dans le cadre de l'observatoire POPHEC¹⁶ (réseau d'établissements volontaires), indique une prévalence du VHC de 6,3 % en 2000 et de 7,1 % en 2003.

Parmi les 297 personnes en traitement en 2002, 77 % ont bénéficié d'un traitement initié en prison, avec toutefois une grande disparité entre les établissements. 72 % des personnes traitées sont des usagers de drogues et 37 % sont en traitement de substitution aux opiacés.

- Une exposition aux risques amplifiée au cours de l'incarcération :

- ▶ **Pratiques d'injection et du sniff :**

L'étude réalisée dans la région Provence Alpes Côte d'Azur (Rotily 1992)¹⁷ confirme les liens entre VIH, multi partenariat et pratiques d'injection (en particulier le partage des seringues). Il est à noter qu'elle a été réalisée avant la réforme de 1994 organisant les soins des personnes détenues au sein des services publics hospitaliers et avant la diffusion des traitements de substitution.

Ainsi, les résultats indiquent que le taux de séropositivité est de 40 % chez les usagers de drogues (10,9 % pour l'ensemble des personnes détenues) et 19,9 % chez les récidivistes, mais cette information est ancienne.

D'autre part, plusieurs études étrangères récentes (Ecosse¹⁸, Brésil¹⁹) documentent le risque de contracter les virus VIH et/ou VHC en fonction du temps passé en prison et de la pratique d'injection. Une étude récente²⁰ sur 88 séroconversions en sept ans en Géorgie fait ressortir en analyse multi variée les facteurs d'âge, de durée d'incarcération (supérieure à 5 ans), des rapports homosexuels et de la dénutrition. Aux Etats-Unis, le risque de séroconversion VHC est évalué à 1,1 % par année de détention²¹.

En France, l'enquête «ANRS- Coquelicot»²², basée sur les données déclaratives de 1 462 usagers de drogues recrutés via des centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST), des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) et des médecins généralistes, montre que plus de la moitié (61%) ont connu au moins une incarcération. Parmi ces usagers, 12 % disent avoir eu recours à une injection en prison, dont 30 % ont partagé leur seringue.

En analyse uni variée, ceux qui ont connu l'incarcération sont beaucoup plus précaires que ceux qui n'ont jamais été incarcérés. Il s'agit toutefois de données déclaratives.

Enfin, l'enquête Coquelicot conclut que «le moment de l'incarcération favorise l'exposition au risque viral. La poursuite des conduites liées à l'addiction, la pénurie de matériel stérile en prison ainsi que l'échange multiplient les facteurs de risque».

¹⁶ Rémy et coll, déjà cité .

¹⁷ BEH 14 juin 1994, Rotily M., Toubiana J.: Le VIH en milieu carcéral, une enquête en PACA. (<http://www.invs.sante.fr/beh/1994/24/index.html>)

¹⁸ Champion JK, Taylor A, Hutchison 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

¹⁹ Burattini M, Massad E, Rozman M, Azevedo R, Carvalho H : Correlation between HIV and HCV in Brazilian prisoners : evidence of parental transmission inside prison. Rev Saude Publica 2000

²⁰ MMWR, HIV transmission among male inmates. Georgia 1992-2005 avril 2006

²¹ Reindollar RW Hépatites and the correctional population – Am J. Med (1999).

²² BEH, op. cit.

Les témoignages recueillis par les acteurs associatifs corroborent ces résultats et indiquent que ces pratiques se déroulent le plus souvent dans des conditions majorant les prises de risques, notamment pour les hépatites. La pratique du sniff semble également répandue.

► **Autres pratiques à risque de transmission virale :**

Le **piercing** semble peu répandu²³, les bijoux ne sont pas autorisés, sauf chez les femmes. Cependant, quelques remontées de terrain récentes l'évoquent comme une pratique en développement.

Par contre, les pratiques de **tatouage** sont fréquentes, 19 % des personnes détenues ont recours au tatouage pendant l'incarcération selon l'étude de Rotily²⁴, notamment les usagers de drogues intraveineuses (UDIV) qui le signalent pour 25 % versus 9 % chez les non UDIV, mais ces chiffres sont anciens. Des machines à tatouer sont retrouvées à l'occasion des fouilles. Toutefois, cette pratique semble perdre de l'importance.

Le partage de matériel de toilette (rasoirs, brosses à dents) est également un mode de transmission possible, notamment du VHC.

Enfin, d'après divers témoignages récents, des **pratiques de scarification** seraient en augmentation.

► **Relations sexuelles :**

Les risques sexuels pris avant l'incarcération apparaissent importants notamment chez les UDIV. Contraintes, consenties ou prétendument telles, les relations sexuelles en prison existent et apparaissent particulièrement exposées²⁵. Enfin, un cas de séroconversion VIH a pu être documenté (rapport sexuel non protégé)²⁶, cette publication insiste particulièrement sur la nécessité de repérer les signes et les symptômes de la primo-infection.

► **Des risques insuffisamment intégrés :**

Le rapport «Santé Justice» insiste sur :

- . le côté souvent superficiel des connaissances des modes de transmission des virus VIH et hépatites,
- . le risque relatif du développement du VHC qui est mal identifié.

- Des améliorations notables liées à la réforme de 1994, mais des problèmes persistants dans le domaine de la prévention et des soins :

Rappel du cadre :

La loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale intègre les personnes détenues au système de droit commun. Son objectif principal est d'assurer aux personnes détenues une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population.

²³ Rapport de la Mission Santé Justice, déjà cité.

²⁴ Rotily, déjà cité.

²⁵ Rapport Santé Justice, 2000 (<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/014000683/0000.pdf>)

²⁶ Macher A, Kibble D, Wheeler D., HIV transmission in correctional facility. Emerg Infect Dis 2006

Pour son application, deux mesures complémentaires ont été prises :

- le transfert de l'organisation et de la mise en œuvre de la prise en charge sanitaire des personnes détenues au service public hospitalier.
- l'affiliation des personnes détenues, dès leur incarcération, au régime de Sécurité Sociale et la possibilité de bénéficier de la couverture maladie universelle depuis janvier 2000.

La mission de base de prévention des UCSA est affirmée dans les textes²⁷.

A partir de 1987, dans le cadre du programme dit «13 000», de nouveaux établissements pénitentiaires ont été construits. La gestion des prestations sanitaires (prévention et soins) relevait de promoteurs privés, de même que les différents services, hors missions régaliennes. En 2001, l'organisation de soins a été unifiée et ces établissements bénéficient dorénavant de l'intervention d'UCSA.

Il persiste des écarts importants entre le milieu carcéral et le milieu libre, sur le plan des soins, de leur continuité ainsi qu'en matière de prévention.

Le rapport de la mission Santé-Justice²⁸ après avoir dressé un état de lieux des données épidémiologiques, des risques et un bilan mitigé des mesures de prévention a formulé des propositions pour une politique de prévention efficace très partiellement mise en œuvre.

Un programme national «Améliorer la prévention et la prise en charge sanitaires des personnes détenues» a été publié en 2002 mais n'a pas fait l'objet d'une mise en œuvre.

Enfin, le comité stratégique national «hépatites» (2004) concerne également la population carcérale (réduction des risques, vaccinations, soins), mais les mesures proposées n'ont pas été intégrées dans un plan. Le plan national de lutte contre les hépatites annoncé pour fin 2007 devrait développer ces mêmes propositions en direction du milieu carcéral.

Les rapports d'experts sur la prise en charge des personnes atteintes par le VIH réalisés tous les deux ans à la demande du Ministre ont également fait le point sur le milieu carcéral et pointent des lacunes diverses dans la prévention, la réduction des risques et l'organisation de soins.

L'incarcération peut être une opportunité unique pour informer et initier un traitement sans pour autant l'imposer. La durée prévue pour la détention ou le fait que la personne soit en détention préventive ne doivent pas être considérés comme des obstacles à l'initiation du traitement, notamment si la personne détenue est motivée. (Rapport d'experts coordonné par le Professeur Yéni, 2006).

1.2. Une priorité régionale.

1.2.1. Données épidémiologiques en Ile de France une région prioritaire pour la lutte contre le VIH et les hépatites :

L'Ile-de-France concentre environ la moitié des cas de Sida (27 554 sur 61 306 cumulés au 31 décembre 2005) et des nouvelles découvertes de séropositivité²⁹ (5 699 sur 12 552 données redressées au 31 décembre 2005).

La région enregistre également des prévalences des hépatites B et C plus élevées que la moyenne nationale, en particulier pour l'hépatite C³⁰.

Ce phénomène est à mettre en lien avec la proportion plus importante des populations à risque élevé d'exposition : usagers de drogues, personnes originaires de pays de moyenne ou forte endémie et populations précaires.

²⁷ R.711-14 du Code de Santé Publique

²⁸ Rapport déjà cité.

²⁹ InVS – 10 ans de surveillance 1996 – 2005 (http://www.invs.sante.fr/publications/2007/10ans_VIH)

³⁰ InVS – Prévalence des hépatites (déjà cité)

De plus, le poids de l'usage de drogues en intraveineuse et en per nasal (opiacés, crack, médicaments...) y est important^{31 32}.

1.2.2. 11 établissements pénitentiaires et 10 UCSA :

Etablissement	Département	Hôpital de rattachement	Typologie	Observations
La Santé	75	CHU Cochin	MA	SMPR, CSST P
Melun	77	CH Melun	LP	
Chauconin	77	CH Meaux	MA	
Poissy	78	CHI Poissy St Germain	LP	
Bois d'Arcy	78	CH Versailles	MA/CJD	SMPR, CSST P
Versailles	78	CH Versailles	MAF	
Fleury	91	CHSF - Centre hospitalier Sud Francilien	MA/MAF CJD	SMPR, CSST P
Nanterre	92	CH Nanterre	MA/CJD	
Villepinte	93	CH Aulnay	MA	
Fresnes	94	CHU Bicêtre	MA MAF	SMPR, CSSTP, CNO, EPSNF
Osny	95	CH de Pontoise	MA/CJD	

MA = maison d'arrêt ; MAF= maison d'arrêt des femmes ; CJD= centre de jeunes détenus ; LP = longues peines ; SMPR = service médico-psychologique régional ; EPSNF = établissement public de santé national de Fresnes ; CNO = Centre National d'Observation, CSST P = Centre de Soins Spécialisé aux Toxicomanes Pénitentiaire

- . huit établissements comportent des maisons d'arrêt,
- . deux sont des établissements pour peines: centre de détention de Melun, centrale de Poissy,
- . trois accueillent des femmes : Fleury, Fresnes, et Versailles,
- . quatre ont des centres pour mineurs : Fleury, Nanterre, Osny et Bois d'Arcy,
- . quatre comportent un Service Médico-psychologique régional (SMPR) sur le site (La Santé, Fresnes, Fleury et Bois d'Arcy) et un CSST pénitentiaire. Les établissements ne comportant pas de CSST pénitentiaires font intervenir des CSST extérieurs et ceux sans SMPR le service de psychiatrie de secteur.
- . le site de Fresnes comporte également l'établissement public de santé de Fresnes (EPSNF) et le CNO.
- . trois établissements relevaient initialement du programme «13 000» : Nanterre, Villepinte et Osny.

Le nombre moyen de présents en 2005 était de 10 861 personnes détenues dans les 11 établissements, dont :

- . une majorité en maison d'arrêt : 10 335 (soit 95 % du total),
- . 526 dans les 2 établissements pour peines.

1.2.3. Caractéristiques socio-démographiques variables entre les établissements :

D'après les données du Ministère de la Justice (citées dans le rapport sur la Tuberculose dans les maisons d'arrêt en Ile-de-France³³), parmi les 8 666 personnes détenues présentes au 1^{er} janvier 2006, une très grande majorité est masculine (95,5%), les femmes sont présentes à Versailles (65 % du total de la population de cet établissement), à Fresnes et Fleury, où elles représentent respectivement 5 % et 9 %.

³¹ OFDT- TREND Base ILIAD

³² InVS- 10 ans de surveillance, op.cit

³³ Tuberculose dans les maison d'arrêt en Ile de France. Enquête prospective. 1 Juillet 2005- 30 Juin 2006. CIRE Ile de France (sur le site www.invs.sante.fr)

▶ Cette population est relativement jeune. Les 25-39 ans représentent 45 % de la population carcérale totale. Fresnes et La Santé accueillent des personnes plus âgées en moyenne, avec respectivement 38 % et 49 % de détenus de plus de 40 ans. Nanterre, Bois d'Arcy et Osny accueillent à l'inverse, des populations plus jeunes (moins de 20 % des détenus ont plus de 40 ans).

▶ Les nationalités les plus représentées sont par ordre décroissant :

- . les Européens de l'Ouest (deux tiers, dont 63 % de Français),
- . les Maghrébins et les Africains subsahariens (10 % pour chaque groupe),
- . les Européens de l'Est (environ 6%).

La proportion de personnes détenues d'origine étrangère est plus élevée à La Santé (47,6 %) et à Fleury (33,8%).

Enfin, alors qu'un peu plus de 60 % de la population carcérale en maison d'arrêt possède au moins un niveau d'études secondaires, ce niveau est globalement plus faible à Fleury et à la Santé (avec respectivement 40 % et 30 % de personnes illettrées) et plus élevé à Nanterre, Bois d'Arcy et Osny où plus de 80 % des personnes détenues ont un niveau d'études secondaires ou supérieures.

Ces spécificités sont à prendre en compte pour interpréter les différents résultats de l'étude mais également pour adapter les réponses et les stratégies dans le cadre du programme régional.

1.2.4. Démarche régionale de programmation :

Compte tenu de ces données épidémiologiques et démographiques, une démarche régionale de programmation VIH/IST/hépatites a été initiée par la DRASSIF en 2005. Cette démarche de programmation s'inscrit dans :

- La politique hospitalière :

avec un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) entre la DHOS et l'ARHIF pour la période 2007/2010 qui comporte parmi les objectifs régionaux un axe relatif aux soins des personnes détenues :

- . deux objectifs transversaux, l'un pour «améliorer la connaissance de l'activité» par la mise en place d'un recueil standardisé, l'autre pour «évaluer les évolutions nécessaires pour améliorer l'attractivité de la médecine en milieu pénitentiaire».
- . un objectif thématique «améliorer le dépistage du VIH, du VHC et du VHB»³⁴

- Le plan régional de santé publique (PRSP)³⁵ qui combine :

- une approche thématique concernant la santé en milieu carcéral dans ses objectifs 20 et 21 : «renforcer la réduction des risques chez les usagers de drogues, afin de diminuer notamment les contaminations virales» et «diminuer les nouvelles contaminations parmi les populations prioritaires, dont les personnes détenues»,
- une approche populationnelle dans l'objectif 27: «développer une approche santé adaptée en direction de publics prioritaires» (dont la promotion de la santé des personnes détenues ou sortant de prison).

Dans le cadre de cette démarche régionale de programmation VIH/IST/Hépatites, un groupe de travail a été mis en place par la DRASS sur les constats suivants :

³⁴ Cet objectif se décline en 2 objectifs opérationnels : "mesurer le nombre de tests" et "organiser des modalités de dépistage pertinentes et efficaces". L'évaluation porte sur des indicateurs de performance :

- taux de population couverte pour les dépistages VIH/VHC et VHB
- taux de rendu de résultats.
- nombre de bilans hépatiques réalisés /nombre de tests VHC+
- nombre de vaccinations initiées/ nombre de tests VHB.

³⁵ http://ile-de-france.sante.gouv.fr/img/pdf/1_prsp.pdf

- insuffisance des actions de prévention de la transmission du VIH et des hépatites et de l'accès à l'information et aux outils.
- accès aux dépistages inégal manquant parfois de pertinence et d'efficacité (état des lieux et propositions dans le cadre d'un mémoire)³⁶.
- difficultés dans l'organisation et la continuité des soins.

Ce groupe de travail a été installé sur la base d'un cadre déterminé conjointement avec la Direction Régionale des Services Pénitentiaires (DRSP) validé par le COPIL régional VIH/IST/hépatites le 25/10/05, présidé par le directeur de la DRASSIF. (Composition du groupe en annexe 1 et cadre du groupe en annexe 2). Le groupe s'est réuni quatre fois (17/02/06, 27/04/06, 15/06/06, 5/10/06).

Parallèlement, l'équipe projet en charge des addictions à la DRASSIF a piloté un groupe de travail, conjointement avec la CRAMIF pour élaborer un cahier des bonnes pratiques relatives aux missions des CSST, dont un chapitre est consacré aux CSST pénitentiaires³⁷.

1.2.5 Nécessité de disposer d'un état des lieux régional pour guider les actions :

Un questionnaire destiné aux UCSA (annexe 3) a donc été élaboré par le groupe.

Parallèlement, un état des lieux des actions des associations financées sur des crédits Etat (Ministère de la Santé et de la Solidarité) est en cours, avec un bilan des cofinancements (Ministère de la Justice, Sidaction). (annexe 4).

Enfin, afin d'assurer la cohérence entre toutes ces démarches, un lien est également réalisé avec le programme pluriannuel d'inspections sanitaires des prisons qui prévoit l'inspection complète sur la base d'un protocole national de tous les établissements entre 2007 et 2010. Ce programme a été initié en Ile de France en 2007 (Fresnes, La Santé, Bois d'Arcy, Osny).

▶ **Matériel et méthodes :**

Le questionnaire a été adressé le 18/9/06 à l'ensemble des UCSA avec copie aux DDASS. Plusieurs relances ont été nécessaires, pour disposer d'un bilan exhaustif.

▶ **Objectifs :**

- . décrire l'organisation concrète des actions de prévention, de dépistage et de soins en milieu carcéral,
- . permettre un échange de pratiques pour harmoniser les démarches et les réponses.

D'après le guide méthodologique³⁸ :

Les actions de prévention sont un point fort de la politique de santé en milieu pénitentiaire afin de faire bénéficier cette population, le plus souvent jeune, fragilisée, et ayant souvent eu un faible accès aux soins, d'actions de prévention susceptibles de l'amener à une meilleure prise en charge de sa santé. Elles comportent la coordination des actions de dépistage et préconisent l'élaboration, en lien avec le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP), la direction de l'établissement et les autres partenaires, d'un programme annuel ou pluriannuel d'éducation à la santé. L'établissement public de santé coordonne les actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans l'établissement pénitentiaire³⁹.

³⁶ ORTMANS Christine – Dépistage du Sida et des hépatites : pertinence et efficacité des dispositifs actuels en maisons d'arrêt (Mémoire de MISP, ENSP 2005) <http://ressources.ensp.fr/memoires/2005/misp/ortmans.pdf>

³⁷ Prochainement sur le site <http://ile-de-france.sante.gouv.fr>

³⁸ Circulaire n° 27 DGS/DHOS/DSS/DGAS du 10 janvier 2005 relative à l'actualisation du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur couverture sociale.

³⁹ Article R.711-14 du Code de la Santé Publique.

2 - RESULTATS DE L'ETAT DES LIEUX

Tous les médecins responsables d'UCSA ont répondu à cette étude⁴⁰ dont les données d'information concernent l'année 2005.

2.1. Information sur l'organisation des soins disponible à l'entrée.

Dans la plupart des établissements (9 sur 11), un dépliant d'information, propre à chaque établissement concernant l'organisation des soins en détention est remis aux entrants.

Il est établi soit par l'UCSA, soit en collaboration entre l'UCSA et la direction de l'établissement pénitentiaire.

A Melun et Poissy, qui accueillent des personnes détenues pour de longues peines, l'organisation des soins en milieu carcéral leur est connue et le besoin d'information est moindre.

2.2. Organisation des dépistages.

2.2.1. Tests proposés :

Rappel du cadre :

Le dépistage est un acte médical conçu dans une démarche d'éducation pour la santé avec 3 étapes :

- . consultation avec conseil personnalisé ;
- . recherche des facteurs de risque et de signes cliniques, prescription du test ;
- . consultation de remise de résultats, rappel de la signification du test, analyse de la compréhension des risques de transmission et de la capacité à adopter des comportements de prévention.

Dépistage du VIH :

Les textes⁴¹ prévoient une invitation à tout entrant à bénéficier d'un conseil de prévention personnalisé et si nécessaire d'un test, avec intégration à la visite entrant et information sur la CDAG, puis un renouvellement de la proposition.

Le guide méthodologique précise également «soit au mieux une consultation spécifique de prévention axée sur les maladies transmissibles, organisée quelque jours après l'incarcération, afin que la personne détenue soit plus réceptive aux messages de prévention». ⁴² En pratique, les dépistages peuvent être réalisés soit par l'UCSA (visite entrants et /ou à la demande), soit par la CDAG.

Le rapport d'experts 2006 (Yéni) recommande de renouveler l'offre de dépistage un mois après l'incarcération pour les personnes n'ayant pas été dépistées à l'entrée.

Dépistage des hépatites :

► **Pour le VHB** : le dépistage doit être proposé à toutes les personnes détenues⁴³, compte tenu de la forte prévalence de cette infection dans la population carcérale, et de la possibilité de vaccination. Après accord de la personne détenue, les tests sérologiques sont à réaliser et en fonction des résultats, la vaccination entreprise. Le Code de Procédure Pénale (CPP)⁴⁴ ne mentionne que le VIH, par consensus le dépistage des hépatites est inclus.

► **Pour le VHC** : le dépistage est à proposer systématiquement⁴⁵, en attachant une attention particulière aux personnes particulièrement exposées, notamment aux personnes déclarant avoir fait usage de drogues par voie intraveineuse ⁴⁶.

⁴⁰ Fresnes, Fleury, Nanterre, Melun, La Santé, Poissy, Osny, Villepinte, Bois d'Arcy, Chauconin

⁴¹ Circulaire DGS/DH/DAP n° 96-739 du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre le VIH en milieu pénitentiaire

⁴² *Recommandations du rapport d'experts coordonné par le Pr Delfraissy sur l'intervention des UCSA, 2002, déjà cité*

⁴³ Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues, 2004

(http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/detenus_protectesociale/detenus.pdf)

⁴⁴ Art D384-3

⁴⁵ Guide méthodologique, op. cit.

⁴⁶ Circulaire DGS/VS2 /D4-E02 du 21 mai 1999 relative à l'organisation des soins pour les patients atteints par l'hépatite C

Dépistage des IST :

► **Pour les autres affections** : sont cités dans le guide méthodologique syphilis, condylomes, chlamydiae, gonococcie, sans plus de précision. Le Code de Procédure Pénale (CPP)⁴⁷ renvoie à l'intervention des «services compétents prévus à cet effet». La mention spécifique à la syphilis a été supprimée.

La Haute Autorité de la Santé recommande désormais de proposer le dépistage de la syphilis chez les personnes incarcérées⁴⁸.

En application de la loi n° 2004-809 3 août 2004, relative aux libertés et responsabilités locales, l'Etat a repris au 1^{er} janvier 2006, les compétences en matière de lutte contre les infections sexuellement transmissibles.

L'Etat peut alors :

- . avoir passé convention avec le Conseil général, si celui-ci est volontaire pour continuer cette mission ;
- . avoir habilité une autre structure pour assurer la mission. En Ile-de-France, c'est le cas en Seine-et-Marne (habilitation de centres hospitaliers), dans les Hauts-de-Seine et le Val-de-Marne (habilitation de centres de santé).

Dans ce cadre, les Dispensaires anti-vénériens ont évolué vers les Centres d'information et de dépistage des IST (CIDDIST).

Communication des résultats :

Pour des raisons de confidentialité, la communication du résultat d'un test de dépistage à une personne détenue reste orale. Toutefois, la communication écrite de ces résultats ne peut être refusée aux personnes détenues qui en font la demande⁴⁹. En tout état de cause, ces résultats écrits sont remis à la personne détenue, sous pli cacheté, au moment de sa libération.

2.2.2. Accès aux dépistages du VIH et des hépatites garanti mais hétérogène pour les IST, proposition de renouvellement de dépistage insuffisamment systématisé

Les dépistages proposés systématiquement à la personne détenue lors de la visite entrant (hors tuberculose) sont variables suivant les établissements :

Tests proposés :

	OUI N = 11 établissements	NON N = 11 établissements
Syphilis	7	4
Autres IST	0	0
VIH	11	0
Antigène HBc*	11	0
Anticorps anti HBs**	11	0
Anticorps anti VHC	11	0
Autres	1 Hépatite A (Fresnes)	

* Ag HB c : virus présent dans l'organisme ** Anticorps Anti HBs : indicateur d'immunisation contre le VHB

⁴⁷ Art D 384-2

⁴⁸ HAS : Evaluation a priori du dépistage de la syphilis en France, Recommandations en santé publique, mai 2007 : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/argumentaire_-_evaluation_a_priori_du_depistage_de_la_syphilis_en_france.pdf

⁴⁹ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé.

Au centre de détention de Melun, les sérologies figurant dans le dossier de l'UCSA précédente, ne sont pas refaites, sauf indication particulière.

Si tous assurent le dépistage du VIH et des hépatites, l'accès à celui des IST ne concerne que 7 établissements.

- Une organisation hétérogène pour le dépistage des IST :

Celle-ci est à mettre en lien avec :

- . l'organisation des départements suite à la recentralisation des compétences.
- . des stratégies et des pratiques. A titre d'exemple, les tests Syphilis comme le TPHA/VDRL, les tests hépatite A et les test chlamydiae sont proposés à Fresnes.

- La présence d'une population féminine incite à une stratégie adaptée :

Certains établissements accueillant des femmes proposent des tests adaptés, notamment les sérologies rubéole et toxoplasmose. A Fleury et à Fresnes, les frottis cervico vaginaux sont proposés en vue du dépistage de l'Human PapillomaVirus (HPV), le dépistage des chlamydiae est assuré à Fresnes par le gynécologue.

L'organisation régionale doit donc viser :

- . une plus grande cohérence entre les différents services assurant les dépistages (UCSA et CIDDIST),
- . une harmonisation entre les stratégies pour une plus grande équité dans la palette des tests proposés.

Au moment de l'enquête, il n'existe plus aucune convention signée entre une UCSA et un CDAG pour réaliser les dépistages VIH et hépatites. Ces conventions n'ont généralement pas été renouvelées devant le manque de pertinence et la difficulté à garantir la confidentialité d'une consultation ciblée. La convention a été dénoncée récemment à La Santé et n'est plus effective à Melun.

Les analyses sont effectuées par les laboratoires hospitaliers des établissements de rattachement, sauf pour Fresnes (où il s'agit du laboratoire de l'EPSNF).

La proposition de dépistage est intégrée à la visite entrant par toutes les UCSA. Trois ont organisé une consultation spécifique de prescription et sept une consultation de rendu. Sur certains sites, les résultats négatifs sont rendus par le personnel infirmier ou par courrier, faute de temps médical. Deux établissements signalent organiser une consultation de rendu avec proposition de vaccination VHB.

En cours de détention, les modalités d'accès aux dépistages sont hétérogènes.

En cas de refus de dépistage de la personne détenue à l'entrée, l'offre de dépistage est renouvelée régulièrement dans six établissements.

Cependant, aucune UCSA ne dispose d'une procédure systématique permettant de renouveler la proposition en fonction de critères préétablis. Certaines équipes ont décrit leurs pratiques, tant sur le contenu du dossier, les modalités d'information, la conduite à tenir en cas de refus, les délais de proposition en fonction des facteurs de risque.

2.2.3. Délais de rendu disparates

Le délai moyen du rendu des résultats varie de sept jours à 1 mois et demi.

- . 7/8 jours à Fresnes, La Santé, Nanterre,
- . 10 jours à Fleury, Chauconin, Versailles et Bois d'Arcy,
- . 10 jours à Melun pour l'UCSA mais 5 jours supplémentaires pour que le résultat parvienne au détenu,
- . trois semaines à Villepinte,
- . un mois à Poissy,
- . un mois et demi à Osny.

Les délais les plus longs sont principalement liés au temps médical disponible dans le cadre des moyens des UCSA.

Le questionnaire proposait d'explorer le sujet du respect de l'anonymat lors de la remise des résultats. Cet item qui correspondait à une situation faisant intervenir un CDAG, situation non rencontrée en 2006, n'a donc pas été analysé.

2.2.4. Données d'activité hétérogènes:

- Une analyse rendue difficile par les limites du recueil des données :

L'analyse est limitée par :

- ▶ l'absence d'informatisation à la maison centrale de Poissy qui n'a pas pu fournir de données, le nombre total de tests concerne donc 10 établissements,

- ▶ des données partielles sur certains sites : les résultats des sérologies hépatites à Fresnes ne sont pas disponibles pour 2005,

- ▶ la spécificité de Fresnes : cet établissement est particulier, puisqu'il accueille, outre les entrants de la maison d'arrêt, les personnes en transfert, les passages au centre national d'orientation (CNO) et les sortants de l'EPSNF. Le nombre de tests a été rapporté comme pour les autres prisons au nombre d'entrants, en l'occurrence le nombre «d'entrants venant du dépôt 2005» qui est de 1 794. Cependant le nombre total de personnes passant par Fresnes est de 5 231.

Des tests étant également proposés à ces personnes détenues, soit en cas de prise de risque, soit à leur demande, les taux si on les rapporte au seul nombre d'entrants du dépôt sont donc pour certains, supérieurs à 100 %.

- ▶ la différence entre les sources de données : pour un même établissement (Villepinte), les chiffres annoncés divergent en fonction de 2 sources : le Conseil Général du 93 et l'UCSA. Les chiffres retenus pour l'étude sont ceux fournis par l'UCSA.

Enfin, il faut rappeler que les chiffres recueillis reflètent le nombre de tests effectués et non celui du nombre de personnes détenues ayant fait le test, un détenu pouvant être testé plusieurs fois durant l'incarcération.

Les résultats sont donc présentés :

- . de façon synthétique, en différenciant les maisons d'arrêt et le centre de détention, qui accueille des personnes ayant déjà séjourné en maison d'arrêt et ayant le plus souvent, déjà bénéficié de dépistages.
- . de façon complète pour l'ensemble des données disponibles (en annexe 5),
- . de façon plus détaillée pour l'analyse des maisons d'arrêt comparables (hors Fresnes), dans un souci de cohérence.

- Une sérologie VIH plus souvent pratiquée que celles des hépatites :

Tests de dépistage pratiqués durant l’incarcération (2005) :

	Nombre total de tests 9 maisons d’arrêt	Nombre total de tests 1 centre de détention*	Total général
VIH	10 012	22	10 034
VHC	9 515	14	9 529
VHB	9 253	13	9 266
Syphilis	4 382	5	4 393

* Manque Poissy

Le nombre total de sérologies VIH (10 034) est supérieur à celui des tests VHC (9 529) et VHB (9 266), alors que les recommandations insistent sur le caractère plus systématique des tests de dépistage des hépatites.

Selon les hypothèses émises par le groupe de travail, le nombre plus élevé de tests VIH semble s’expliquer par :

- . la demande de tests VIH par le détenu qui serait plus fréquente que la demande de tests des hépatites,
- . les pratiques des équipes médicales qui proposent plus facilement la sérologie VIH,
- . des situations concrètes de «demandes répétées» de tests VIH pouvant correspondre à des prises de risque difficiles à évoquer par le détenu et devant inciter à un meilleur dialogue avec les soignants à partir de l’expression de cette demande.

- Pour les 8 maisons d’arrêt, on note une différence importante tant sur le taux de couverture (nombre de tests rapporté au nombre d’entrants) que sur les taux de positivité :

▶ **Dépistage du VIH :**

Pour les 8 maisons d’arrêt (sauf Fresnes) rapporté au nombre d’entrants en 2005, soit 20 195, 8 295 (41 %) ont bénéficié d’un test VIH, avec des écarts allant de 29 % à 80 % entre les établissements.

53 tests se sont révélés positifs, soit un taux de positivité de 0,6 %, variant de 0,3 % à 2 % suivant les établissements. Les taux de séropositivité ne sont toutefois pas corrélés au taux de couverture, alors que l’on pourrait s’attendre en élargissant la proposition de tests à diminuer le «rendement» de celui-ci.

En particulier, l’établissement d’Osny qui a le taux de couverture le plus faible n’enregistre aucun test positif. Les taux les plus élevés sont retrouvés à Nanterre et Chauconin (respectivement 1,3 % pour 57 % des entrants testés et 1,7 % pour 38 % des entrants testés).

▶ **Dépistage du VHC :**

7 754 personnes détenues (38 % des entrants) ont été testées pour le VHC, avec une variation de 17 % et 80 %.

Le taux de positivité moyen (pour 463 tests positifs) est de 5,9 % avec des extrêmes entre 4,3 % et 6,9 %.

Le taux le plus faible est celui de Versailles, ce qui semble cohérent avec le profil de la population, essentiellement féminine et à priori moins concernée par l’hépatite C.

Les taux les plus élevés sont constatés à Chauconin (7,1%), Osny (6,9%), Bois d’Arcy (6,7%) et Fleury (6,6%).

▶ **Dépistage du VHB :**

Pour le VHB, ce sont 7 428 personnes détenues qui ont été dépistées (37 % des entrants), ce pourcentage allant de 8 % à 80 %.

Le taux de positivité moyen est de 3,4 % avec des extrêmes entre 1,7 % et 4,4 %.

Les taux les plus élevés concernent la Santé (4,4 %), Villepinte (4,2 %), Fleury (3,9 %).
 Pour la Santé et Fleury, ces taux peuvent probablement s'expliquer par la proportion plus élevée de personnes étrangères, originaires de pays d'endémie et par l'âge plus élevé.

► Syphilis :

16 % seulement de la population entrante dans les maisons d'arrêt proposant le dépistage a bénéficié d'un dépistage de la syphilis.

Tests pratiqués en maison d'arrêt

VIH et Syphilis

UCSA	Entrants 2005	Nb de tests VIH	VIH +	% positivité VIH	% Testés VIH	Nb tests Syphilis	Syphilis +	% positivité Syphilis	% testés Syphilis
Fleury	9 443	3 064	15	0,5%	32,4%	165	0	0,0%	1,7%
La Santé	2406	1 560	8	0,5%	64,8%	489	10	2,0%	20,3%
Nanterre	1941	1 118	14	1,3%	57,6%	1101			
Villepinte	1701	784	2	0,3%	46,1%	786			
Osny	1 564	452	0	0,0%	28,9%	0	0		0,0%
Bois d'Arcy	1626	662	4	0,6%	40,7%	3	1	33,3%	
Chauconin	1342	517	9	1,7%	38,5%	510	1	0,2%	
Versailles	172	138	1	0,7%	80,2%	0	0	0	
TOTAL	20 195	8 295	53	0,6%	41%	3054	12	0,39%	15%

Hépatites

UCSA	Nb de tests VHC	VHC +	% positivité VHC	% Testés VHC	Nb de tests VHB	VHB +	% positivité VHB	% testés VHB	Nb vaccinés VHB	Nb de doses VHB
Fleury	3 036	200	6,6%	32,2%	3 079	119	3,9%	32,6%		1 166
La Santé	1 263	69	5,5%	52,5%	1 239	55	4,4%	51,5%	20	
Nanterre	1114	54	4,8%	57,4%	1 115	26	2,3%	57,4%		755
Villepinte	786	36	4,6%	46,2%	786	33	4,2%	46,2%		197
Osny	261	18	6,9%	16,7%	418	7	1,7%	26,7%	45	391
Bois d'Arcy	638	43	6,7%	39,2%	129	3	2,3%	7,9%		
Chauconin	518	37	7,1%	38,6%	524	14	2,7%	39,0%		
Versailles	138	6	4,3%	80,2%	138	0	0,0%	80,2%		
TOTAL	7 754	463	5,9%	38%	7 428	257	3,4%	37%	65	2 509

2.3. Prévention et réduction des risques.

Les textes prévoient⁵⁰ la mise à disposition de moyens de prévention :

- . une brochure d'information et de prévention doit être remise à chaque entrant,
- . des préservatifs aux normes NF, du lubrifiant (gel à base d'eau) et un mode d'emploi doivent être mis à la libre disposition des personnes détenues, notamment dans les services médicaux,

⁵⁰ Circulaire DGS/DH/DAP du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre le VIH en milieu pénitentiaire

- . de l'eau de Javel est distribuée par l'Administration Pénitentiaire et peut figurer sur la liste des produits cantinables. Elle doit être titrée à 12° pour agir efficacement sur les virus, à la différence de l'eau de Javel domestique titrée à 9°,
- . une trousse de sortie contenant préservatifs, lubrifiants, information sur le VIH et liste d'adresses utiles, remise par le greffe, à tous les sortants, permissionnaires et libérés

Ce texte n'a pas été actualisé et n'intègre pas le sujet VHC. Ce point sera à revoir avec la DGS, la DHOS et avec l'Administration Pénitentiaire.

Deux notes techniques^{51, 52} précisent les modalités d'utilisation et de diffusion de l'eau de Javel comme outil de réduction des risques.

Le rôle des médecins d'UCSA :

Dans le cadre de la prévention des risques infectieux⁵³, le médecin de l'UCSA conseille la direction de l'établissement pénitentiaire sur les techniques et les produits à utiliser, notamment en matière de désinfection de matériel de coiffure (mais il n'existe pas de protocole validé). Ce point est à revoir avec la DGS, la DHOS et avec la DAP.

Le médecin de l'UCSA est en lien avec le médecin de prévention chargé d'assurer l'hygiène et la prévention auprès du personnel pénitentiaire.

2.3.1. Modalités de distribution et d'information sur l'eau de Javel :

- Des modalités de financement, de fourniture et de distribution divers :

L'eau de Javel est généralement financée par l'Administration Pénitentiaire, sauf pour deux établissements (Nanterre et Osny, anciens établissements du «programme 13 000»), la gestion de cette fourniture y est toujours assurée par une société privée.

A l'entrée, l'eau de Javel est fournie systématiquement par l'Administration Pénitentiaire dans le paquetage arrivant, la trousse de toilette ou le kit entrant.

Le renouvellement est généralement réalisé sur demande du détenu par l'Administration Pénitentiaire qui en assure la distribution en cellule. La demande est faite auprès du chef de bâtiment ou du surveillant d'étage. Cependant, trois établissements assurent un renouvellement systématique tous les quinze jours (Melun, La Santé, Osny).

Dans certaines situations, la distribution d'eau de Javel domestique (9°) en lieu et place de celle titrée à 12° a été signalée.

Une analyse plus approfondie est à poursuivre pour évaluer un éventuel impact de ces différentes modalités sur l'accès à l'eau de Javel, et l'adéquation à la demande, ainsi que d'éventuelles ruptures de stock.

- Une information disponible mais insuffisamment intégrée :

D'après la majorité des réponses, la population pénale est informée sur les motifs de prévention et de réduction des risques liés à la distribution d'eau de Javel dans leurs cellules.

Cette information est réalisée par l'Administration Pénitentiaire dans cinq établissements, conjointement par l'AP et l'UCSA dans trois établissements et par l'UCSA seule dans trois.

⁵¹ Note DGS du 21 novembre 1997

⁵² Note DAP n° 2020 du 5 novembre 1997

⁵³ Guide méthodologique (Chapitres 1 ; 3 ; 6 ; 5)

Cette information est diffusée sous différentes formes :

. soit avec l'appui d'intervenants extérieurs : il s'agit en particulier du réseau des intervenants en éducation pour la santé, Comité régional et départemental d'éducation à la santé (réseau CRESIF-CODES).

A Osny, le CODES 95 assure ce service. A Fleury-Mérogis, les personnes détenues bénéficient à l'entrée au niveau de l'aile d'accueil d'une réunion durant laquelle l'UCSA et le CRESIF interviennent.

. soit par l'UCSA : à titre d'exemple, à Fresnes et à Chauconin, une notice et un livret sont remis aux arrivants. A Melun, l'information est diffusée par des affiches et lors d'entretiens.

Divers supports d'information sont utilisés par l'UCSA et les protocoles d'utilisation varient : documents, livret d'accueil, cassette (Fresnes), plaquettes (Osny), affiches (Melun).

Cependant, d'après les premiers constats en cours dans le cadre de certaines inspections sanitaires et les remarques des membres du groupe, pour les surveillants comme les personnes détenues, l'usage de l'eau de Javel semble se limiter au nettoyage des locaux et du linge.

Le groupe régional devra donc revoir le contenu de ces documents et les modalités de la diffusion afin d'améliorer l'appropriation d'une utilisation adéquate de l'eau de Javel.

2.3.2. Information sur la prévention :

Toutes les UCSA assurent l'information sur le VIH/IST/hépatites. Il s'agit :

- . soit d'actions collectives (8 réponses sur 11),
- . soit d'entretiens individuels (6 sur 11).

Les interventions des associations sont connues et citées en particulier, Aides, Migrations Santé et Masquarade.

Dans 4 établissements des actions événementielles sont organisées (essentiellement pour la Journée Mondiale Sida et le Sidaction).

Des outils d'information disponibles et adaptés (notamment en plusieurs langues) sont fournis dans la plupart des établissements.

Il sera utile dans le cadre du groupe régional de favoriser des échanges sur ces différents outils et pratiques.

2.3.3. Accès aux préservatifs limité et insuffisamment diversifié :

Dans les établissements pénitentiaires, les préservatifs masculins sont disponibles essentiellement dans les services médicaux :

Lieux de mise à disposition de préservatifs :

Lieux de mise à disposition	OUI*
Cabinet médical	9
Infirmierie	7
Distributeur	0
Permanences associatives	2
Cantine	0
Parloir	0
Kits sortants/kits permission	6
Autres (toilettes du service médical, salle d'attente)	2

N = 10 répondants sur 11 établissements (sauf Poissy)

* Plusieurs réponses possibles

5 établissements seulement signalent des actions d'éducation à la santé pour accompagner la population pénale à la compréhension de la mise à disposition des préservatifs en détention.

Une information est plus rarement délivrée sur les préservatifs féminins, seuls deux établissements accueillant des femmes le signalent, mais ces préservatifs n'y sont pas disponibles.

Dans une maison d'arrêt pour femmes, les préservatifs masculins sont découpés et utilisés comme carrés de latex en prévention dans les rapports oro-génitaux.

2.3.4. Prévention de la transmission du virus de l'hépatite C :

Le questionnaire n'explorait pas l'accès au matériel de toilette coupant, rasoirs, brosse à dents ni leurs modalités de renouvellement.

- Modifications corporelles et hygiène :

L'information sur le tatouage, le piercing et le partage des objets de toilette est disponible dans tous les établissements.

Les outils utilisés sont divers : DVD à Fleury (information assurée par l'UCSA et le CRESIF à Fleury dans le cadre de la réunion arrivants), plaquettes à Villepinte, affichage en salle d'attente, actions collectives, cassette par canal intérieur à Fresnes et plaquettes en différentes langues, entretien arrivants.

Des outils spécifiques sont diffusés par des associations, en particulier «Etre Hépatant» de SOS Hépatites, la fiche «VIH/VHC en prison» de AIDES.

- Usage de drogues :

Outre les résultats des différentes études, des témoignages attestent de la circulation en prison de produits illicites, de pratiques d'injection et de sniff. Mais il ne semble pas exister de données récentes sur la circulation de ces produits en détention.

L'information sur les risques liés au partage de matériel semble disponible dans tous les établissements.

Des outils spécifiques sont signalés, comme le DVD «17'10» de l'association Apothicom, sur l'injection à moindre risque, de même que la distribution par les associations d'outils de réduction des risques adaptés aux pratiques de sniff («roule ta paille»).

- Un besoin de clarification sur les protocoles de désinfection du matériel de coiffure :

Alors que le questionnaire ne ciblait pas ce sujet, plusieurs équipes ont transmis des interrogations sur le protocole de désinfection du matériel de coiffure, car il ne semble pas exister de référentiel national.

Dans un établissement, le protocole mentionne 20 minutes de décontamination entre chaque usager, mais il n'est semble-t-il pas systématiquement respecté.

Il apparaît également nécessaire de mieux former les coiffeurs qui sont généralement des personnes détenues.

2.3.5. Prévention de l'hépatite B

Recommandations vaccinales

Le vaccin contre l'hépatite B est recommandé aux personnes à risque élevé d'exposition. Un avis récent du Haut Conseil de la Santé Publique⁵⁴ complète la liste des personnes concernées par "les personnes détenues qui peuvent cumuler un certain nombre de facteurs d'exposition au virus de l'hépatite B".

- La vaccination est organisée en milieu carcéral dans tous les établissements.
- Les données sur les vaccinations sont incomplètes et disparates.
 - . Seuls 3 établissements ont pu fournir le nombre de personnes détenues vaccinées,
 - . 5 autres ont fourni celui des doses,
 - . Un seul a donné le nombre de doses et de personnes détenues.
- Le nombre de personnes détenues vaccinées apparaît faible :
 - . 20 personnes dans un établissement, soit 0,8 % des entrants et 1,8 % des personnes détenues testées VHB et négatifs,
 - . 45 dans un autre, soit 2,8 % des entrants et 10 % des personnes détenues testées VHB et négatifs.
- Des difficultés particulières sont signalées par certaines UCSA :
 - . les craintes de quelques praticiens,
 - . l'anxiété des personnes détenues devant la «médiatisation contradictoire» de cette vaccination, la peur des complications neurologiques type sclérose en plaques (SEP), comme en population générale, sont source d'une plus grande anxiété en milieu «fermé».
- Les modalités de financement des vaccins via les budgets hospitaliers peuvent représenter un facteur limitant à une vaccination plus large, de l'avis de certains responsables d'UCSA.
- Les stratégies vaccinales sont diverses :

Un seul établissement propose la vaccination contre l'hépatite A et le vaccin combiné contre les hépatites A et B. Compte tenu des facteurs de risque de ces populations et de l'opportunité que représente l'incarcération pour proposer des vaccinations de rattrapage, cette stratégie mérite donc d'être discutée au niveau régional, en sollicitant l'expertise des pôles de référence hépatites.

Indications du vaccin hépatite A :

- les adultes non immunisés voyageant en zone d'endémie,
- les homosexuels masculins ou les personnes ayant des pratiques à risque
- les patients infectés chroniques hépatite B⁵⁵
- les personnes co-infectées VIH-VHC, les personnes co-infectées VIH-VHB⁵⁶

⁵⁴ avis du Haut Conseil de la santé publique du 5 juillet 2007.

⁵⁵ avis du Conseil Supérieur d'Hygiène de France du 21 juin 2002.

⁵⁶ Rapport d'experts coordonné par le Pr Yeni, op. cite

2.3.6 Prise en charge et traitement en cas d'exposition à risque viral

Prise en charge des situations d'exposition au risque viral

L'objectif du traitement post-exposition est de réduire le risque de transmission du VIH, c'est une urgence médicale.

Son efficacité a été validée, suite à une étude sur les accidents d'exposition au sang (AES en 1995). La mesure, initialement réservée aux accidents d'exposition au sang (A.E.S) professionnels, a été élargie en 1998 à tout type d'exposition à un risque viral.

Le délai optimal entre l'exposition et la première prise est de 4 heures et au plus tard, de 48 heures.

La circulaire DGS/DHOS/DRT/DSS 2003 163 du 2 avril 2003 décrit :

- les modalités d'évaluation du risque,
- le protocole adapté devant s'appuyer sur la rédaction et la diffusion de procédures écrites,
- le dispositif local d'accueil et de prise en charge: rôle primordial des consultations externes des hôpitaux qui assurent la prise en charge du VIH, du service d'urgences en dehors des heures ouvrables, appui par les services spécialisés VIH en journée et en astreinte, recours à un médecin référent compétent,
- la nécessité d'informer et de former les professionnels.

Ces recommandations insistent également sur la nécessité de délivrer des conseils adaptés afin de prévenir de nouvelles prises de risque.

La circulaire considère également la prise en charge du risque de transmission des virus de l'hépatite B et C.

Le rapport d'experts⁵⁷ précise les indications du traitement en fonction du risque, de la nature de l'exposition et du statut de la personne source.

- Une bonne disponibilité des protocoles.

Toutes les personnes ayant répondu à l'étude signalent l'existence d'un protocole propre aux UCSA et en référence au cadre réglementaire⁵⁸.

- Des modalités variables d'information des détenus et des personnels :

Les modalités de diffusion de l'information aux personnes détenues varient, celle-ci est dispensée lors d'une exposition à risque ou lors d'entretiens collectifs.

Le sujet des traitements post exposition dans un cadre professionnel chez les personnels pénitentiaires n'a pas été abordé dans le questionnaire.

Certaines équipes (par exemple à Nanterre) ont indiqué organiser des formations à destination des personnels pénitentiaires, en lien avec la DRSP, intégrant ce sujet.

- Des traitements prescrits, des contextes à préciser :

Le nombre d'évaluations réalisées et de traitements prescrits en 2005 (en lien avec l'unité médico-judiciaire) est renseigné pour quatre établissements seulement.

Il est respectivement de 4, 2, 2, 0 en 2005.

- Des difficultés spécifiques au milieu carcéral :

La réalité du nombre d'expositions à risque reste difficile à documenter car le sujet reste «tabou»⁵⁹. Au cœur de la problématique réside la difficulté de garantir la confidentialité pour le détenu, surtout en maison d'arrêt. En effet, il est tenu de passer par un intermédiaire, en l'occurrence, un surveillant pour accéder au médecin, avec l'obligation de passer par un document écrit⁶⁰.

Ces difficultés sont majorées lorsque les UCSA sont fermées (nuits et week-ends).

⁵⁷ Rapport d'experts, Yéni, 2006.

⁵⁸ Circulaire DGS/DHOS/DSS/DRT du 2 avril 2003.

⁵⁹ Rapport Mission Santé Justice, déjà cité

⁶⁰ Mémoire MISP S Lerasle ENSP 2006 – Prise en charge précoce après exposition non professionnelle au risque de transmission VIH (<http://www.bdsp.tm.fr/Base/Scripts/ShowA.bs?bqRef=349443>)

Pour affiner cette analyse, les contextes de ces situations à risque seront à préciser avec les équipes des UCSA et à également mieux documenter via les données des Unités Médico- Judiciaires.

2.4. Suivi pendant l’incarcération.

2.4.1. Accès aux consultations spécialisées pour le VIH généralement réalisé :

Organisation et coordination des soins :

Le guide méthodologique⁶¹ (1/3/4) indique que l’organisation de soins VIH doit être réalisée en lien avec le Centre d’information sur les soins pour le VIH (CISIH). Les CISIH sont des pôles de référence mis en place depuis 1987, chargés notamment de l’amélioration de la qualité des pratiques des équipes hospitalières.

Cette organisation doit être revue dans le cadre des COREVIH⁶² (Comité de coordination de lutte contre le VIH), en cours d’installation.

Les COREVIH ont pour mission :

- . le recueil de données,
- . la coordination entre les acteurs concourant à la prise en charge du VIH sur un territoire,
- . la qualité des pratiques avec notamment l’harmonisation des protocoles.

En Ile-de-France, 5 COREVIH seront installés d’ici novembre 2007, faisant suite aux 9 CISIH. Le principe d’un inter COREVIH pour traiter des sujets transversaux, dont la prise en charge en milieu carcéral a été adopté.

Prise en charge :

Le dernier rapport d’experts (coordonné par le Pr Yéni,2006) actualise les référentiels de prise en charge (périodicité des suivis) en fonction des stades cliniques, des co-morbidités et des co-infections

Consultations en infectiologie

Etablis- sement	Capacité d’accueil (moyenne en 2005)	Consultations		
		sur place	avec extraction	fréquence par mois
Fleury	3 674	oui		4 demi-journées hebdomadaires (2 par la Salpêtrière, 2 par l’UCSA)
Fresnes	1 677	oui		3 par semaine (1 par division)
La Santé	1 257	oui		2 par semaine
Villepinte	826	oui		ND
Nanterre	823	oui		1 par mois
Osny	718	oui		1 par mois
Bois d’Arcy	702	oui		1 par mois
Chauconin	592		oui	Sur demande
Melun	300	oui	pour bilan en hôpital de jour	1 par semaine
Poissy	226	oui	oui	Non disponible
Versailles	99	Non disponible	Non disponible	Non disponible

⁶¹ Guide méthodologique (1/3/4)

⁶² http://ile-de-france.sante.gouv.fr/img/pdf/noteetapecorevih__2.pdf

- Un accès aux consultations en infectiologie qui semble globalement adapté :

Des consultations en infectiologie sont organisées sur chaque site (sauf à Chauconin). Les modalités et la périodicité sont généralement en rapport avec la capacité de l'établissement.

La fréquence des consultations est généralement liée à la taille :

- . les établissements de plus de 900 places organisent au moins 2 consultations par semaine,
- . ceux d'une capacité de 600 à 900 places disposent d'une consultation par mois (sauf Chauconin). Cette dernière situation doit donc être revue.

Le questionnaire n'explorait pas l'organisation de consultations d'observance et d'éducation thérapeutique, (celles-ci sont rares d'après l'enquête POPHEC et les remontées d'information qualitatives du groupe), ni les liens entre UCSA et CISIH.

2.4.2. Moindre accès à des consultations de gastro/entérologie/hépatologie :

Consultation en gastro-entérologie

Etablissement	Capacité (moyenne en 2005)	Consultations		
		sur place	avec extraction	fréquence par mois
Fleury	3 674	oui		2 demi-journées hebdomadaires
Fresnes	1 677	oui	Sur EPSNF	1 par semaine
La Santé	1 257	Par infectiologue pour VHC/VHB		dossiers staffés ensemble
Villepinte	826	oui		
Nanterre	823	oui		2 par mois
Osny	718	non (en prévision)	oui	1 par mois
Bois d'Arcy	699	oui		1 par mois
Melun	300		Interfaçage avec CH Melun ou consultations à Fresnes	
Poissy	226	oui		non disponible
Chauconin	592	oui (95 CS en 2005)	Si endoscopie	1 à 2 par semaine
Versailles	99			

L'organisation est également fonction de la capacité :

- . une à deux consultations par semaine pour les établissements de plus de 900 places,
- . une par mois pour les autres en moyenne.

Seul l'établissement de la Santé dispose d'une consultation commune réalisée par l'infectiologue.

2.4.3. Description des traitements des infections virales graves :

Le questionnaire recensait le nombre de traitements VIH et VHC en cours durant l'année 2005.

Compte tenu des différences de méthodologie, il n'est pas possible de comparer notre étude avec d'autres enquêtes (notamment, l'enquête transversale «une semaine donnée»).

Nombre de traitements suivis

	VIH	VHC	Co-infectés
Fleury	100	30	8
Fresnes	79	41	
La Santé	49	70	11
Nanterre	28	9	Non disponible
Melun	6	2	
Poissy	4	6	
Villepinte	8	3	1
Osny	*	2 *	
Bois d'Arcy	6	7	2
Chauconin	Non disponible	1	0
Versailles			
TOTAL	280	171	

* absence de pharmaciens en 2005

- Des données partielles et difficiles à analyser :

- . Les données ne sont pas exhaustives du fait du manque d'informatisation.
- . L'absence de pharmacien ou l'insuffisance de temps de pharmacien et de médecin est également source de difficulté, pour recueillir les données sur les traitements.

- Globalement un plus grand nombre de traitements pour le VIH :

Ce constat est à mettre en perspective avec les indications plus larges des traitements antirétroviraux pour le VIH et la durée de ceux-ci.

Il est difficile de se prononcer sur d'éventuels écarts entre les indications et les traitements pour le VHC.

Le nombre de personnes détenues traitées pour des co-infections a pu apparaître faible au groupe de travail, mais cet aspect est à mieux documenter.

L'enquête POPHEC précise le profil des personnes en traitement VHC : elles ont une moyenne d'âge de 33 ans, 72 % ont été contaminées par contagé UDIV, 37 % sont sous traitement de substitution, enfin, la durée moyenne de leur traitement VHC est de six mois.

L'initiation ou la poursuite en prison d'un traitement de substitution :

A partir de 1996, les premiers textes sur la substitution⁶³ ont permis de rappeler la nécessité de poursuivre un traitement initié avant l'incarcération et d'initier la prescription de Buprénorphine Haut Dosage (BHD), sous l'appellation Subutex^{®64}.

Puis, la possibilité d'initier la Méthadone[®] par les médecins exerçant en établissement de santé⁶⁵ a facilité l'accès à cette modalité.

Parallèlement, dans le cadre de la Commission Nationale des Traitements de Substitution, une enquête pointant une grande diversité de pratiques et un guide des bonnes pratiques ont été élaborés par le Dr L. Michel et O. Maguet (AIDES)⁶⁶.

Ce guide aborde notamment la continuité et l'initiation des traitements de substitution en milieu carcéral.

Il traite de l'organisation de la délivrance des traitements, de la confidentialité, des consommations associées, de la préparation à la sortie, de la gestion des traitements lors des extractions et enfin, de la formation et l'information des personnels soignants pénitentiaires.

Ce guide a été largement diffusé mais l'expérience montre qu'il est encore insuffisamment connu et approprié, notamment compte tenu du turn over des professionnels.

Prise en charge globale des usagers de produits psycho-actifs :

La note interministérielle DGS/DHOS/DAP/MILDT du 9 août 2001 relative à la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues, en particulier, celles présentant une dépendance aux produits licites ou illicites au ayant une consommation abusive préconise :

- de repérer les consommations abusives dès la visite entrants,
- d'initier ou de continuer les traitements de substitution adaptés à chaque situation,
- de développer la prévention.

Enfin, la note recommande la mise en place d'un protocole définissant les modalités d'intervention des services sanitaires : UCSA, SMPR, services psychiatriques et les prestations des partenaires extérieurs : CSST, Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA), hébergement (CHRS)...

L'enquête OPPIDUM⁶⁷ (Observatoire des produits psychotropes illicites et détournés) menée par les Centres d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance (CEIP) (AFSSAPS) a pour objectif le suivi de l'utilisation des produits psycho-actifs et des nouvelles voies d'administration ainsi que le suivi de l'évolution des consommations et leurs modalités. Les fiches sont recueillies une semaine donnée auprès de CSST, médecins de réseaux et centres pénitentiaires. Elle a lieu une fois par an. La fiche porte sur la consommation la semaine donnée et pour les centres pénitentiaires, sur la semaine précédant l'incarcération.

D'après la dernière enquête (octobre 2005), sur 9 centres pénitentiaires, concernant 215 patients inclus, ceux-ci sont plus jeunes (30,3 ans) que la population en CSST (32 ans). Les personnes incarcérées sont plus souvent poly-consommatrices de produits : 68 % consomment de l'alcool et la voie nasale est plus souvent utilisée.

56 % prennent un traitement de substitution dont 78 % par Buprénorphine Haut Dosage (Subutex[®]) et 22 % par Méthadone[®].

Avant l'incarcération, les personnes sous buprénorphine Haut dosage l'injectent dans 4 % des cas et la sniffent dans 14 %.

La moitié consomme également du cannabis, 26 % de la cocaïne et 36 % des benzodiazépines.

⁶³ Circulaire DGS/DAP n° 739 du 5 décembre 1996

⁶⁴ Buprénorphine Haut dosage : initialement commercialisé sous le nom de Subutex, un générique est disponible depuis le 31 mars 2006, la Buprénorphine Arrow. Le laboratoire Merck propose également sa version depuis peu.

⁶⁵ Circulaire DGS/DHOS n° 2002/57 du 30 janvier 2002

⁶⁶ L'organisation des soins en matière de traitements de substitution en milieu carcéral (L. Michel et V. Peltier) 2003. Commission nationale consultative des traitements de substitution.

http://prison.eu.org/article.php?id_article=8430

⁶⁷ OPPIDUM (<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/tr04oppi.pdf>)

Traitements de substitution prescrits pendant l'incarcération

	Méthadone®	Subutex®	Nombre total	Ratio M/S
Fleury	80 / mois	355 / mois	435 / mois	18 % / 82 %
Fresnes	140	520	660	21 % / 79 %
La Santé	63	191	254	25 % / 75 %
Nanterre	66	54	120	55 % / 45 %
Melun	0	10		0 / 100
Poissy	0	6		0 / 100
Villepinte	151 / mois	181 / mois	332	45 % / 55 %
Osny	16	48	54	29 % / 71 %
Bois d'Arcy	31	60	91	34 % / 66 %
Chauconin	Non disponible	Non disponible		
Versailles	Non disponible	Non disponible		

- Des données partielles et difficiles à interpréter :

- Certaines UCSA n'ont pas l'information sur les traitements de substitution et ont renvoyé sur le SMPR, il ne semble pas exister d'organisation de transmission systématique en interne.

- Il est difficile d'évaluer le pourcentage de personnes détenues en traitement de substitution à partir de ces données, compte tenu de durées de séjours et de traitements variables.

- Les données sont exprimées soit sur l'année, soit par mois.

L'analyse a donc porté sur la proportion entre les 2 modalités de traitement, comparée à la situation en milieu libre.

D'après les estimations récentes, environ 130 000 personnes bénéficieraient d'un traitement de substitution dont 95 000 sous Subutex® (73 %) et 35 000 sous Méthadone® (27 %).

Le nombre de personnes en traitements est en constante augmentation et la proportion de traitements par Méthadone® croît également régulièrement⁶⁸.

- Une grande hétérogénéité entre les établissements :

La répartition des traitements entre Méthadone® et Subutex® est très variable suivant les établissements franciliens.

La Méthadone® représente 18 % à 45 % du total des prescriptions des traitements de substitution, ce qui renvoie très probablement à des diversités de pratiques, tant sur le plan de la poursuite des traitements que sur celle de l'initiation, pendant l'incarcération et peut être également liée à des particularités locales des populations (notamment les porteurs d'hépatite C pour lesquels le traitement par Méthadone® serait plus indiquée, d'après certains).

Les établissements qui enregistrent la plus forte proportion de personnes sous Méthadone® sont Nanterre, Villepinte et Bois d'Arcy .

⁶⁸ Données DGS 2006. Non publiées.

Ces taux plus élevés ne sont pas liés à la présence sur le site d'un SMPR et d'un CSST pénitentiaire. En effet, les établissements qui disposent d'un SMPR et d'un CSST, n'ont pas de taux plus élevé, à l'exception de Bois d'Arcy. Ce constat est source d'interrogations au regard des missions et des moyens de ces CSST.

En matière de continuité des traitements, les pratiques varient selon les établissements. A titre d'exemple, à Nanterre, la prise de Subutex® se poursuit s'il y a une ordonnance confirmant la prescription. Il y a une politique volontariste d'administrer de la Méthadone® en partenariat avec un CSST extérieur (La Fratrie) et un temps dédié d'éducateur spécialisé.

Dans les deux centres pour peines, il n'y a aucun traitement par Méthadone®. Enfin, plusieurs sites pénitentiaires signalent une augmentation des traitements par Méthadone®, suite à un échec antérieur du Subutex®, tendance parallèle à celle constatée en milieu libre.

2.4.5. Accès très inégal au plateau technique pour l'exploration d'une séropositivité VHC.

Recommandations de la Haute Autorité de la Santé ⁶⁹:

Afin d'obtenir l'évaluation la plus fiable possible de la sévérité des lésions hépatiques pour en tirer les conséquences adaptées en termes de traitement et de surveillance, les experts recommandent (décembre 2006) :

- En cas d'infection chronique C chez un malade non traité et en l'absence de cause ou de comorbidité associée :

- validation des trois méthodes : PBH (ponction, biopsie hépatique), Fibrotest®, Fibroscan®
- test non invasif en première intention (Fibrotest®, Fibroscan®), l'interprétation relevant d'un clinicien expérimenté.
- recours à une autre méthode en cas de non concordance du résultat du test non invasif avec la clinique, d'échec technique ou d'anomalie.

- Dans les autres situations : infections chroniques C chez un malade traité ou en présence de cause ou de co-morbidité associée et/ou hépatopathie d'une autre étiologie (en particulier alcool ou VHB) :

- la seule méthode d'évaluation de la fibrose hépatique actuellement validée est la PBH. Cependant, les résultats des études préliminaires sur certains tests non invasifs étant encourageants, une réévaluation est à envisager à court terme.

Les méthodes non invasives (Fibroscan® et Fibrotest®) ne sont validées que pour les personnes mono-infectées et ne sont pas encore inscrites à la nomenclature.

⁶⁹ Méthodes d'évaluation de la fibrose hépatique au cours des hépatopathies chroniques http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=j_5

Plateaux techniques disponibles en milieu carcéral

	Ponction Biopsie Hépatique	Fibroscan®	Fibrotest®
Accès	- Pas d'accès à Villepinte, Osny, Fleury - EPSNF ou Bicêtre pour Fresnes, - Hôpital de référence pour Poissy, Nanterre, Bois d'Arcy, Chauconin - EPSNF pour Melun et Fresnes - Difficile à La Santé	Aucun site*	Disponible sur les 10 sites UCSA, 3 ayant précisé via des sponsors : - Villepinte (Roche) - Fresnes (Labo au moment de l'enquête et UCSA depuis). - Melun (Labo Roche et Shering)
Délai moyen entre prescription et date de l'extraction	- 15 jours (Bois d'Arcy) - 1 mois (Fresnes, Nanterre) - 2 mois (La Santé).		- Nanterre (8 jours) - Fresnes 10 jours - La Santé (15 jours) - Osny (3 semaines) - Melun, Villepinte (1 mois)
Nombre en 2005	- La Santé : 20 - Nanterre : 9 - Osny et Chauconin : 0 - Fresnes : pas de données		- Fresnes : 10 - La Santé : 152 - Nanterre : 1 - Melun : 2 - Poissy : 10 - Villepinte : 2 par mois (24 environ) - Osny : 3 - Bois d'Arcy : 20

*Bicêtre sera équipé d'un Fibroscan® dans les prochains mois.

• Des situations hétérogènes pour l'accès aux méthodes d'évaluation :

L'accès au plateau technique est assuré sur tous les sites mais il n'est pas diversifié :

- . Le Fibrotest® est disponible, mais avec des modalités variées, le financement relevant essentiellement de l'industrie pharmaceutique).
- . Il n'y a pas d'accès au Fibroscan®.
- . L'organisation est inégale pour la ponction biopsie hépatique.
- . L'accès est aléatoire et variable dans le temps. A titre d'exemple, dans certains établissements (comme à Chauconin), lorsque le quota prévu pour le code de gratuité pour le Fibrotest® est épuisé, un autre test a été utilisé (Fib4).

• Les délais moyens entre la prescription et la réalisation sont variables :

Ils se situent :

- entre 15 jours à 2 mois pour la Ponction Biopsie Hépatique (PBH),
- de 8 jours à 1 mois pour le Fibrotest®.

Les délais déclarés en Ile-de-France sont toutefois un peu plus courts que la moyenne nationale observée par l'étude POPHEC, qui indique une attente moyenne de cinq semaines.

Le délai maximal acceptable n'a pas été discuté par le groupe, sachant qu'il serait 1 à 15 jours en milieu libre.

Le questionnaire n'explorait pas le délai de mise sous traitement après le test et l'exploration ni l'accès au génotypage.

Enfin, ce recueil ne permet pas :

- . de renseigner l'indicateur de performance prévu dans le cadre du CPOM : nombre de bilans hépatiques/nombre de tests VHC positifs (cf note 34, p 11).
- . d'évaluer l'adéquation par rapport aux besoins d'explorations et aux indications.

2.4.6. Accès à un avis psychiatrique encore trop limité, parfois malgré une présence psychiatrique.

Il ressort des communications récentes qu'avec une évaluation adéquate et des modalités de suivi adaptées, le traitement peut être indiqué, prescrit et suivi dans la majorité des cas⁷⁰.

Les complications psychiatriques des traitements contre l'hépatite C sont cause de réticence à l'initiation de ceux-ci et cause courante de rupture de traitement (10 à 20 % des patients traités).

Une demande systématique d'avis psychiatrique est recommandée du fait :

- . du contexte carcéral,
- . du profil de la population et de la fréquence des co-morbidités psychiatriques.

L'impact des consommations d'alcool, fréquentes dans ces populations, sur l'évolution de l'hépatite et du traitement est particulièrement à prendre en considération, ce qui implique une coopération réelle entre les services, la nécessité d'une approche globale en addictologie et l'impulsion d'une dynamique d'ouverture sur l'extérieur.

Le rapport récent réalisé dans le cadre de la Société Française d'Alcoologie (Dr Michaud) a montré les lacunes du dispositif mais notre questionnaire n'explorait pas cet aspect.

• Un accès à une consultation pour une évaluation psychiatrique en cas d'indication de traitement par l'interféron très variable :

Si cet accès n'est pas limité à Fresnes, Melun et Chauconin, il semble plus difficile à obtenir dans les autres établissements :

- . soit du fait de l'insuffisance de temps de psychiatre (0,4 ETP pour 700 personnes détenues pour Osny),
- . soit du fait de leur pratique («Les psychiatres ne veulent pas donner d'avis», dit-on à La Santé), ce qui semble paradoxal sur un site qui bénéficie de la présence du SMPR et renvoie à la complexité des relations entre UCSA et SMPR.

• Des différences de pratiques

Il apparaît que des contre indications sont fréquemment posées. Elles sont citées par exemple 1 fois sur 2 pour des problèmes de compréhension du traitement à Villepinte.

2.5. Préparation à la sortie compliquée par les contextes de libération et par un manque de coordination interne et externe.

Le suivi médical et thérapeutique débuté en milieu carcéral ne peut s'inscrire que dans la continuité, c'est à dire après la sortie de prison.

Les différents rapports ont déjà insisté sur les difficultés rencontrées pour préparer la sortie. De plus, dans un cas sur trois, la sortie est inopinée, ce qui ne permet pas de mettre en œuvre des mesures pouvant avoir été anticipées.

⁷⁰ L.Michel – Suivi médico-psychologique et prise en charge des conduites addictives des patients VHC / HEGP (25/01/2007)

2.5.1. Procédures mise en œuvre à la libération :

- Des actions médicales généralement organisées, mais manquant d'efficacité en cas de libération imprévue :

La transmission des éléments nécessaires au suivi médical à la sortie repose sur :

	OUI
envoi d'un compte-rendu au médecin traitant	6/10
remise d'un compte-rendu à la personne libérée	10/10
attestation de carte vitale	3/10

Pour toutes les UCSA, la personne qui fait l'objet d'un traitement sort avec son ordonnance et le traitement des premières 48 heures.

Cependant, cette continuité ne peut pas toujours être assurée, en particulier, lors d'une libération en dehors des heures ouvrables.

Malgré cela, les établissements d'Ile de France semblent se distinguer par une situation plus satisfaisante que la moyenne nationale où seules 52% des UCSA indiquent délivrer systématiquement des médicaments à la sortie de prison et seulement 40%, une ordonnance.⁷¹

Certaines équipes ont précisé leurs pratiques :

- A Fresnes, la photocopie des éléments marquants du dossier et des ordonnances sont fournies le cas échéant,
 - Sur deux sites, La Santé et Osny, un rendez-vous est pris avec le médecin de l'hôpital (avec l'accord du patient).
 - En cours d'incarcération, la personne est régulièrement informée qu'elle peut être suivie à sa sortie dans l'hôpital de rattachement de l'UCSA
- Une action sociale, beaucoup plus difficile à préparer et à organiser :

L'accès aux soins après la sortie nécessite en préalable l'ouverture de droits et la mise en place le cas échéant de protocoles adaptés, en particulier, l'admission en « affection de longue durée » (ALD). Cependant, le questionnaire n'explorait pas les démarches pour les divers droits sociaux des personnes détenues (procédures CPAM, admission pour la CMU et la CMU complémentaire).

- D'après notre étude, dans 3 cas sur 10 seulement, la personne est libérée avec son attestation de carte vitale :
- Les équipes insistent sur des difficultés importantes pour assurer la continuité des droits sociaux :
 - . Les procédures sont complexes,
 - . Concernant la CMU, il n'existe pas de fichier national des personnes prises en charge à 100 %. De plus, l'inscription du détenu à la CMU doit se faire au centre correspondant à son futur domicile, suffisamment à l'avance pour éviter toute période de carence.

Sur le plan qualitatif, sont signalées toutefois quelques pistes intéressantes :

- A La Santé, l'assistante sociale de l'UCSA assure également une présence à la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) de Cochin, ce qui facilite la continuité de la prise en charge.

⁷¹ Enquête auprès des UCSA (2006) du Dr André-Jean Rémy, coordinateur de l'UCSA de la Maison d'arrêt de Perpignan. (Journée Sidaction du 25 juin 2007)

- L'équipe de Fleury a présenté le travail réalisé avec la CPAM de l'Essonne pour faciliter l'organisation de la couverture sociale (journée du 25 janvier 2007).
- Versailles signale préparer les dossiers pour l'admission à la CMUC et l'Affection de longue durée (ALD).

2.5.2. Lacunes importantes dans la coordination et l'articulation :

- Une coordination interne souvent difficile, mais des articulations qui se développent :

Du point de vue des soignants, la sortie de prison est rarement préparée sur le plan social et administratif.

En effet, seules 4 UCSA indiquent préparer la sortie en lien avec le SPIP, 4 ne le font pas au cours de la détention et 2 rarement, ou «plus ou moins».

Les modes de partenariat entre les SPIP et les UCSA se concrétisent essentiellement par la transmission de la liste des personnes libérables (cité dans 2 établissements).

Certaines équipes signalent toutefois que les échanges d'information se développent avec les différents services sociaux.

Les modalités de «rattrapage» consistent le plus souvent en une information donnée au détenu pour l'accès au médecin correspondant au centre hospitalier de référence, avec parfois prise de rendez-vous par l'UCSA.

- Des partenariats externes peu formalisés :

Les partenaires cités pour la continuité des soins sont :

- . CCAA (2 fois),
- . CSST (2 fois),
- . Centres anti-tuberculeux (1 fois),
- . Centre d'hébergement et de réadaptation sociale (CHRS) (2 fois),
- . Associations Sida (Aides 1 fois).

Les partenariats extérieurs sont donc peu cités par les UCSA. En particulier les centres spécialisés dans la prise en charge des addictions (CSST et CCAA) semblent mal identifiés alors même que la prise en charge des soins de nombreuses personnes détenues relève de leurs missions.

Cependant, il est possible que les relations existent de façon préférentielle avec les SMPR et services de psychiatrie. En tout état de cause, une plus grande formalisation est nécessaire.

Enfin, on peut s'étonner que les réseaux ville hôpital ne soient pas évoqués, de même que les Centres d'accueil et d'accompagnement des usagers de drogue (CAARUD), qui s'adressent particulièrement aux usagers de drogues les plus précaires.

2.5.3. Difficultés d'orientation et d'hébergement à la sortie :

Globalement, il y a très peu de places à l'extérieur, en hébergement et encore plus en hébergement thérapeutique (des délais d'attente de huit mois sont signalés !). Plusieurs équipes indiquent faire appel systématiquement au «115».

Certaines populations particulières sont plus difficiles à orienter : personnes handicapées, personnes vieillissantes.

2.6. Autres difficultés signalées par les UCSA en lien avec cette thématique.

Parmi les commentaires libres qu'ont formulé les équipes ressortent les points suivants :

- Une organisation et des moyens des UCSA généralement jugés insuffisants :

- Un problème majeur est le manque d'informatisation et d'outils de recueils des UCSA.
- Le manque d'assistantes sociales disposant d'une formation spécifique et d'un carnet d'adresses opérationnel est particulièrement pointé.
- L'accès à un infectiologue est jugé insuffisant.
- La présence médicale gagnerait à être étoffée.
- Les locaux sont souvent inadaptés.

- Les réorganisations des dispositifs suite à la recentralisation des compétences (IST, tuberculose) gagneraient à être plus lisibles.

Elles rendent peu lisibles les circuits dans certains départements et font craindre des ruptures de service.

- Des besoins d'informations sont exprimés.

La mise en place des COREVIH suscite des demandes d'informations et une forte attente vis-à-vis de ces instances.

3 - PROPOSITIONS

L'état des lieux régional confirme les difficultés et les lacunes déjà constatées et pointées dans de multiples rapports. Il contribue à les préciser au niveau local et permettra de mesurer les évolutions.

Des progrès sont enregistrés et des pratiques intéressantes ont également été recensées.

Dans une approche pragmatique, le groupe a tenté d'identifier des domaines dans lesquels des marges de progression sont possibles à court et moyen terme, en fonction des domaines de compétences, des missions et des cadres d'action.

Evidemment, le groupe rappelle la nécessité de mettre en œuvre des mesures plus globales sur les conditions de détention.

3.1. Propositions relevant du niveau national.

3.1.1. Poursuivre l'amélioration des connaissances :

- Renouveler les études sur l'état de santé des entrants,
- Mener des enquêtes de prévalence des infections virales en milieu carcéral,
- Développer les études sur l'état de santé des personnes séropositives en détention, leur devenir, l'impact de l'incarcération au long cours.

3.1.2. Améliorer les conditions de l'accès à la vie familiale, affective et à la sexualité :

- Développer l'accès aux unités de vie familiale.

3.1.3. Expertiser et développer la question du protocole «coiffure».

3.1.4. Réengager la réflexion sur la réduction des risques en milieu carcéral :

- Revoir la circulaire de 1996, intégrant la question des hépatites.
- Aborder la question de l'accès au matériel de prévention et de réduction des risques en détention au sein de groupes de travail impliquant les différents partenaires.
- Favoriser l'information sur les pratiques d'injection à moindre risque et sur les pratiques de «sniff» à moindre risque, à l'aide d'outils et de documents spécifiques.

3.2. Propositions relevant du niveau régional

3.2.1. Amélioration des recueils de données et des connaissances :

Améliorer le système d'information passe par :

- le développement de l'informatisation,
- l'élaboration d'une grille de recueil standardisée,
- l'organisation des liaisons entre les recueils (dossier médical partagé commun somatique et psychiatrique),
- l'harmonisation des pratiques de codage.

Sont particulièrement à documenter, notamment pour le suivi du Contrat d'objectifs et de moyens (CPOM) entre la DHOS et l'ARHIF:

- . les dépistages (nombre de tests, résultats, taux et délai de rendu),
- . les vaccinations initiées pendant l'incarcération,
- . les accidents d'exposition à risque viral (nombre et contexte),
- . les bilans hépatiques effectués,
- . les données sur les traitements (VIH, h hépatites, substitution).

Pour interpréter ces données, le nombre d'entrants sera également à standardiser, en précisant, si possible, le « rang du dépistage », à l'entrée, puis en cours de détention.

Un dossier médical commun à jour pour les personnes détenues, notant les dépistages et les événements liés à la santé en cours d'incarcération, doit être accessible aux soignants pour assurer la continuité des soins.

La mobilisation des ressources et les actions réalisées en cours d'incarcération sont également à mieux documenter.

3.2.2. Améliorer la pertinence et l'efficacité des dépistages.

- Harmoniser les stratégies de dépistage :

- L'accès aux dépistages des hépatites B et C est à développer au sein de tous les établissements pénitentiaires, celui de l'hépatite A sera à discuter.
- Le dépistage des IST doit être facilité et harmonisé, en lien avec les CIDDIST, celui de la syphilis devant être assuré partout.
- Les établissements doivent proposer des tests adaptés à un public féminin.
- Les échanges entre les équipes des services médicaux sont à poursuivre pour partager les bonnes pratiques en vue d'un meilleur ciblage,
- Une procédure est à élaborer et diffuser pour proposer les tests en cours d'incarcération (en s'inspirant des pratiques existantes sur les critères des facteurs de risque, la conduite à tenir en cas de refus).

Il apparaît souhaitable de mieux analyser les demandes de tests répétées de certains détenus

- Améliorer le rendu des tests :

Le taux de rendu est à documenter.

Le délai doit être harmonisé ; un délai « cible » sera à discuter, en référence au milieu libre.

La qualité du rendu, pour rendre le test efficace et pertinent (conseils de prévention, lien avec la vaccination) est à améliorer.

Ces 2 points sont directement liés au temps médical disponible et à la formation des équipes.

- Garantir la confidentialité

- Améliorer l'accès à la vaccination contre l'hépatite B (et la vaccination hépatite A, et associée A et B le cas échéant) :

Ce point passe par :

- . une information adéquate des personnes détenues,
- . la formation des équipes médicales,
- . le développement d'une réflexion sur la stratégie hépatite A
- . le financement des vaccins sur les budgets hospitaliers et/ou les crédits de recentralisation. un travail de chiffrage reste à affiner,
- . une bonne organisation interne (en améliorant la formalisation du lien entre dépistage et vaccination).

3.2.3. Développer l'accès aux divers outils de prévention et leur appropriation par les personnes.

3.2.3.1. Développer l'accès aux préservatifs avec lubrifiant :

Il apparaît nécessaire de poursuivre, voire susciter une réflexion locale systématique sur le sujet, dans chaque établissement pour :

- Systématiser l'accès dans les kits sortants et permissions.

- Diversifier les lieux et banaliser l'accès (notamment SMPR et services de psychiatrie, travailleurs sociaux SPIP, bibliothèques, permanences associatives), distributeurs.
- . Assurer la disponibilité et l'information sur les préservatifs féminins en maison d'arrêt pour femmes ainsi que l'accès aux autres outils spécifiques de prévention (carrés de latex, digues dentaires).
- . Favoriser les actions d'accompagnement.
- . Discuter la possibilité de développer l'accès en «produit cantinable» (proposé par certains)

3.2.3.2. Renforcer l'efficacité de la mise en œuvre de la mesure "Eau de Javel" pour les personnels pénitentiaires, les personnes détenues :

- Veiller à l'approvisionnement sans rupture et à bonne dilution
- Rappeler l'intérêt de l'eau de Javel en tant que produit de désinfection du matériel ayant été en contact avec le sang (injection, tatouage, piercing).
- Relancer les conditions d'une diffusion et d'appropriation des protocoles.
- Adapter les modalités d'information aux spécificités des publics.

3.2.3.3. Faciliter l'accès à l'information et aux outils de Réduction des Risques :

- Relayer les outils et les documents d'information spécifiques par un discours et des compétences en matière de RDR liés aux usagers de drogues.
- Favoriser l'information sur les pratiques d'injection à moindre risque, par exemple le DVD «17'10», sur la pratique d'injection à moindre risque.
- Elargir la gamme de matériel de RDR en mettant à disposition des personnes incarcérées des stéricups, stérifiltres, de l'eau stérile, des tampons alcoolisés et de la crème cicatrisante.
- Former les équipes intervenant en milieu carcéral sur les pratiques et les concepts de la RDR
- Favoriser l'information sur les pratiques du "sniff" (outils et documents spécifiques).

3.2.3.4. Mieux informer et faciliter l'accès au traitement post-exposition et à la conduite à tenir en cas d'exposition à un risque viral :

En direction des personnels : information sur l'existence des traitements, sensibiliser à l'importance du délai (médecine de prévention des personnels)

En direction des personnes détenues : diffuser les mêmes informations, via les équipes UCSA et les associations

Le rôle des COREVIH en ce domaine sera majeur, conformément aux recommandations d'experts (Yéni, 2006).

3.2.4. Améliorer l'accès et la qualité des traitements de substitution aux opiacés.

- Faciliter un meilleur repérage des addictions (diffusion et appropriation des outils disponibles)
- Rappeler la nécessaire continuité des traitements
- Repérer les opportunités pour initialiser les traitements
- Diffuser les bonnes pratiques de substitution (rapport Michel/Maguet) et du Guide DRASSIF/CRAMIF des bonnes pratiques pour les CSST

3.2.5. Instaurer les conditions d'un accès aux techniques non invasives de fibrose hépatique et aux avis psychiatriques.

Faciliter l'accès au plateau technique diversifié (PBH, méthodes non invasives).

L'avis psychiatrique mérite d'être systématiquement proposé (L. MICHEL) compte tenu de la concentration de patients présentant une maladie psychiatrique, des conditions de détention et de la gestion plus délicate des états psychiatriques en prison.

3.2.6. Organiser la continuité des soins à la sortie.

- Préparer la sortie dès l'entrée.

Pour ce faire, les différents services (sociaux et sanitaires) intervenant lors de l'incarcération et après celle-ci devraient mieux communiquer de façon régulière.

La transmission des informations et la continuité des soins passent nécessairement par :

- . Une meilleure articulation entre l'UCSA et le SPIP afin de procéder à une évaluation sociale, l'ouverture des droits, les protocoles divers (ALD).
- . Une plus grande diffusion de outils disponibles : guide Comede, guide des droits sociaux d'Act Up, livrets de santé bilingues de l'INPES.
- . Une programmation des rendez-vous dans les consultations hospitalières et/ou les PASS.
- . Une articulation entre les services sociaux pénitentiaires et les structures d'hébergement.
- . L'identification d'un référent psychiatrique régulier et des relais.
- . La formalisation des partenariats avec d'une part les services VIH et hépatologie, et d'autre part les CSST et CCAA, dispositif en cours d'évolution vers les Centres de soins, d'accueil de prévention en addictologie (CSAPA), suite au décret du 15 mai 2007) et les CAARUD.
- . La sensibilisation des personnes détenues à la nécessité d'un suivi médical après leur sortie de prison.

3.2.7. S'inscrire dans une démarche plus globale d'éducation pour la santé.

L'Education pour la Santé (EPS) consiste en l'ensemble des démarches de communication inter-humaine autour de la santé, à différents niveaux de relations: depuis l'échelle des individus ("colloque singulier", conseil psycho-social ou "counselling"...), puis des groupes de proximité, des "communautés", des populations plus larges (campagnes "ciblées"), jusqu'à la société toute entière (campagne "grand public").

Appliquée à la situation particulière de la personne malade chronique, l'EPS devient l'Education Thérapeutique, ou Education Du Patient (EDP).

L'organisation de l'EPS en France repose sur les **Schémas Régionaux d'Education Pour la Santé (SREPS)**, lancés par le Plan National d'Education Pour la Santé (PNEPS) en février 2001. Ce dernier a posé le principe que l'EPS est une mission de service public, et qu'elle doit être organisée et renforcée au niveau régional, au moyen d'un « *réseau structuré de compétences en éducation pour la santé* ».

Chaque SREPS repose sur un document de cadrage qui décrit la façon dont l'EPS doit être organisée sur la région, à partir d'un bilan sur les besoins et les ressources.

Le SREPS est donc un schéma régional d'organisation et de renforcement des compétences pour les acteurs qui travaillent dans l'éducation pour la santé, à l'instar du Schéma régional d'organisation de soins (SROS° qui l'est pour l'offre de soins. Mais le SREPS est beaucoup moins développé et connu, à l'image de la prise en compte encore insuffisante de l'EPS dans notre pays (site www.sreps-idf.fr)

Le dispositif de "**Pôle de Compétence Régional**" (PCR) en EPS, prévu dans les SREPS, correspond au renforcement des compétences régionales par leur mise en commun et par une mise en synergie des principaux opérateurs régionaux. Ces compétences:

- sont détenues surtout par les opérateurs majeurs et professionnalisés en EPS,
- et doivent mises au service des acteurs non professionnels en EPS, qui mènent des actions d'EPS dans le cadre de leur autres activités professionnelles (soignants, éducateurs, enseignants, monde du travail, ...).

Le PCR est le "moteur" du SREPS, et doit permettre, au moyen du partage de ces compétences :

- une coordination des acteurs régionaux en EPS, selon les besoins exprimés par les commanditaires
- une approche plus territoriale et populationnelle, quelle que soit la thématique
- une aide à l'évaluation qualitative et quantitative.

Dans le cadre de la prévention des VIH/IST/Hépatites en milieu carcéral, le rôle du SREPS et du pôle de compétences est à renforcer (annexe 4) :

- . répertorier et valoriser les expériences, en particulier : la démarche mise en œuvre à Fleury (comité de pilotage regroupant tous les partenaires pour élaborer le programme et valider les projets), la charte de qualité de Sidaction,
- . réaliser une cartographie des opérateurs et des actions.
- . développer une méthodologie pour développer et évaluer.
- . mobiliser les partenariats dans le cadre du Groupement Régional de Santé Publique (GRSP).

3.2.8. S'appuyer sur les COREVIH d'Ile de France, l'inter COREVIH et les pôles hépatites.

Les COREVIH sont concernés au titre de leurs 3 missions :

- Recueil de données : un recueil spécifique DOMEVIH sera mis en place en 2008, pour remplacer l'actuel DMI 2⁷² (non renseigné en milieu carcéral en Ile de France). Il sera souhaitable de le promouvoir dans chaque UCSA, et d'aider plus largement à la réflexion sur les recueils,
- Coordination des acteurs,
- Harmonisation des procédures et des protocoles (dépistages, traitement post exposition)

Des représentants des UCSA seront nommés dans chacun des 5 COREVIH franciliens afin que le sujet soit posé et discuté, l'inter COREVIH devant reprendre les sujets communs.

Les pôles de référence hépatites seront également à mobiliser de façon plus lisible.

PERSPECTIVES

Des sujets restent à approfondir pour le groupe régional VIH/IST/hépatites:

- Certaines populations présentent des besoins spécifiques et nécessitent des approches particulières : les femmes, les jeunes et les personnes transgenres.
- L'organisation de l'observance des traitements et le soutien des malades doivent être garantis durant l'incarcération, quel que soit l'établissement.

Parallèlement seront à discuter et à approfondir avec les représentants du Ministère de la Justice :

- Les actions de formation des personnels pénitentiaires en privilégiant les thèmes globaux plus que ceux ciblés sur les seules maladies transmissibles.
- Les liens avec la médecine de prévention.

Il conviendra d'anticiper et d'intégrer à la réflexion l'équipe du nouvel établissement pénitentiaire devant prochainement ouvrir dans les Yvelines (Porcheville).

Enfin, le groupe de travail régional piloté par l'équipe « addictions » sur les CSST poursuivra ses travaux, en vue de l'harmonisation et du développement des bonnes pratiques. Une réflexion sera développée pour améliorer l'accès aux soins en alcoologie.

Afin de mettre en œuvre les différentes propositions discutées et élaborées par notre groupe de travail, suite aux constats de ce premier état des lieux régional, différents décideurs et partenaires sont à mobiliser, chacun dans son champ de compétences et en synergie, autant que possible.

Les services déconcentrés du Ministère de la Santé continueront à s'investir pour améliorer l'état de santé de la population sous main de justice, population prioritaire en terme de santé publique, tant au niveau régional pour la coordination, l'animation de ce programme, son évaluation et la cohérence de la démarche qu'au niveau départemental, via les collègues médecins inspecteurs de santé publique des Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS), interlocuteurs de proximité, en particulier des équipes des UCSA et des opérateurs de terrain.

⁷² DMI2 : logiciel propriété du Ministère de la santé, utilisé pour le recueil de données hospitalières françaises sur l'infection par le VIH. Base de données gérée par l'unité U720 de l'INSERM en lien avec l'ATIH. Cohorte hospitalière ouverte, multicentrique ayant inclus des patients à partir de 1989.

La contribution attendue de chacun est synthétisée dans le tableau suivant, tableau qui constitue une base de discussion et qui pourra être amélioré et complété.

Compétences	Actions
DGS	Enquête de prévalence. Protocole coiffure. Réflexion sur la RDR
Invs	Enquête de prévalence Appui méthodologique éventuel sur le suivi dépistage
ARH et AP-HP	Moyens des UCSA. 1/ Informatisation 2/ Moyens humains : Temps médical pour dépistage, consultations infectiologie et hépatologie, temps infirmier, éducation pour la santé. Temps médical et infirmier psychiatrique 3/ Crédits pour vaccins. 4/ Plateau technique (évaluation fibrose hépatique)
Groupe régional de santé publique	Moyens et programmes des opérateurs de prévention (associations, réseaux, établissements de santé) Evaluation.
SREPS et Pole de compétence en Education pour la santé	Recensement des actions , cartographie des opérateurs. Mise en contact, partage de pratiques et d'expériences Formation et appui méthodologique (montage de projets, suivi-évaluation)
DRSP SPIP	Eau de Javel (conditions d'approvisionnement, modalités d'information) Préservatifs. Programme de formation des personnels et des détenus (coiffeurs) Modalités de coordination avec équipes soignantes.
Equipes UCSA	Harmonisation des pratiques et échanges (stratégie vaccinale, protocoles de dépistage, substitution)
Equipes psychiatriques dont SMPR	Harmonisation des pratiques (repérage des consommations, avis psychiatrique pour traitement des hépatites, substitution)
Conseils généraux et/ou structures habilitées	Dépistage des IST
CSST/CCAA/ CAARUD	Harmonisation des pratiques Formalisation des partenariats
COREVIH	Recueil de données, coordination et harmonisation des pratiques et des protocoles
Pôles de référence hépatites	Harmonisation de pratiques, stratégie vaccinale, continuité des soins.
Associations Sidaction	Coordination, échanges de pratiques, développement de la charte de qualité.

. Grand merci aux équipes des UCSA, aux membres du groupe de travail et et aux relecteurs

ANNEXES

- ▲ Annexe n° 1 : Groupe de travail régional "VIH détenus".
- ▲ Annexe n° 2 : Groupe de programmation 7.
- ▲ Annexe n° 3 : Etat des lieux régional VIH/IST/hépatites.
- ▲ Annexe n° 4 : Etat des lieux des actions financées.
- ▲ Annexe n° 5 : Tableau activités.

Annexe 1 :

Groupe de travail régional "VIH détenus"

co-piloté avec le Ministère de la Justice

Animation et coordination du groupe de travail :

Dr BARBIER Christine, médecin inspecteur régional adjoint, chef de projet VIH/IST/hépatites (DRASSIF),

Membres du groupe de travail :

♦ Ministère de la Justice :

TOUTAIN François (DRSP), BAZOLA Evelyne (DRSP), MARTIN Véronique (Maison d'arrêt Paris la Santé), TANGUY D (SPIP 95),

♦ Ministère de la Santé :

Dr PENCIOLELLI Noëlle (DRASSIF), Dr BRUNOT Alain (DDASS 75), Dr LERASLE Sylvain (DDASS 95), Dr GOLDSTEIN Catherine (DDASS 91), Dr GOUX Francis (DDASS 78),

♦ Médecins d'UCSA :

Dr FIX Michel (UCSA Fleury Mérogis), Dr MONTUCLARD Luc (UCSA de Nanterre), Dr PONGE Bernard (UCSA de Melun), Dr FAC Catherine (UCSA de Fresnes).

♦ Associations :

FALLOT Eric (AIDES IDF), PARADIS Charlotte (Ban public), EL MOUBARAKI (Migrations Santé), ROUSSIN Malvina (SIDACTION), BERANGER Alix (SIDACTION), Dr NOUIOUAT Ridha (SIDACTION), SIZORN Michelle (SOS Hépatites), REAT Rosine et ROGISSARD Valère (Sida Paroles), PELISSIER Hélène (SIS), BRAZ Gregory (Actup Paris).

Relecture :

Docteur A. HERSZKOWICZ (DRASS), Delphine VILAIN (DRASSIF) référents « addictions »,
Docteur E. LECOMTE (DRASS) référent « éducation pour la santé »,
Docteur F. MASSON (DRASS) référent « inspection, contrôle »,
Docteur Alice SARRADET (DDASS 94),
Docteur K. CHEMLAL (DGS – SD6A), H. MORFINI (DGS-SD6B).
Marie JAUFFRET-ROUSTIDE (InVS).

Annexe 2 :

Groupe de programmation 7

DETENUS

1. Plans et programmes de référence

Programme « *Améliorer la prise en charge sanitaire des personnes détenues* » élaboré en 2002 conjointement par le Ministère de l'emploi et de la solidarité, le Ministère délégué à la santé et le Ministère de la Justice avec les chapitres suivants :

- Améliorer l'hygiène et les conditions de vie
- Développer l'offre de soins somatique, sa qualité et son accessibilité
- Assurer la continuité des prises en charge pour les maladies chroniques
- Un chapitre spécifique sur les dépendances aux produits psycho-actifs : coordination d'une offre de soins efficace et promotion d'une prise en charge globale
- Un chapitre spécifique prévention du SIDA et des Hépatites et RDR : rendre effective les mesures préventives prévues de longue date par les textes
- Un chapitre grand âge et fin de vie : accès aux prestations financières et aux soins pour les personnes dépendantes et amélioration des conditions de fin de vie
- Développer l'éducation à la santé, avec un ciblage sur les jeunes personnes détenues et sur les personnes nécessitant un traitement au long cours

Constats

Prévention

- Accès insuffisant aux outils (préservatifs, eau de Javel) et à l'information sur la prévention
- Quelques actions menées par des associations insuffisamment étendues et coordonnées
- Accès au TPE non garanti (violences sexuelles, rapports non protégés)
- Prévention insuffisante sur la transmission du VHC par tatouage et percing
- Manque d'intégration de la thématique VIH-IST-Hépatites dans une démarche globale d'éducation à la santé (expérience intéressante du COPIL de Fleury,)

Dépistage

- Accès au dépistage inégal, manquant de pertinence (moment et ciblage des populations) et d'efficacité : lien insuffisant entre dépistage et prévention (vaccination hépatite B) et entre dépistage positif et prise en charge (notamment pour le VHC)

Soins

- Manque de moyens des UCSA (manque d'attractivité des postes)
- Difficultés de continuité des soins et de préparation à la sortie
- Difficultés d'accès aux méthodes de diagnostic pour le VHC

2 - Partenaires à associer

SIDACTION
ACT UP
AIDES IDF
SIDA INFO SERVICE
DDASS 95
DRSP Paris
SOS HEPATITES
INFO SOINS 78
DDASS 91
DDASS 92
UNALS
AIDES IDF
Migrations santé
PAST
SIDA PAROLES
SPIP
UCSA

3 - Pistes d'actions

- Préalable : état des lieux pour chaque établissement pénitentiaire
- Développer les démarches globales d'éducation à la santé et les conditions permettant leur mise en œuvre (COPIL)
- Faciliter l'accès aux préservatifs et autres outils
- Veiller à permettre un accès au TPE
- Améliorer la prise en charge des personnes dépendantes aux opiacés (bonnes pratiques de substitution)
- Réfléchir aux modalités d'organisation du dépistage en prison (CDAG, UCSA)
- Améliorer la continuité des soins, notamment à l'entrée et à la sortie
- Favoriser l'accès aux méthodes de diagnostic pour l'hépatite C
- Faciliter la vaccination du VHB

Annexe 3 :

Etat des lieux régional VIH/IST/Hépatites en milieu carcéral

A retourner au Dr Christine BARBIER - DRASSIF 58/62 rue de Mouzaia - 75935 Paris Cedex 19
Tel : 01.44.84.24.33 - Fax : 01.44.84.22.00 - messagerie : christine.barbier@sante.gouv.fr

Etablissement pénitentiaire :

Etablissement de santé de rattachement de l'UCSA :

SMPR :

A) A l'entrée

Est-il remis aux personnes entrantes un dépliant d'information concernant l'organisation des soins en détention ?
..... OUI NON

Quel type de dépistage est proposé systématiquement à la personne détenue lors de la visite entrant (hors tuberculose) ?

- Syphilis OUI NON
- Autres IST OUI NON
- VIH OUI NON
- VHB OUI NON
- Anticorps HBS OUI NON
- VHC OUI NON
- Autre OUI NON

Préciser :

B) Les consultations de dépistage

Guide méthodologique I-4.1.2

L'UCSA a-t-elle passé convention avec un CDAG pour réaliser le dépistage VIH ?
..... OUI NON

Quelles sont les modalités d'organisation des consultations de dépistage ?

- intégration à la visite « entrant » OUI NON
- consultation spécifique de prescription OUI NON
- consultation spécifique de rendu OUI NON

En cours de détention, quelles sont les modalités d'accès aux dépistages ?

- pas d'accès
- accès par l'UCSA
- accès par la CDAG

En cas de refus de dépistage de la personne détenue à l'entrée, l'offre de dépistage est-elle renouvelée régulièrement ? OUI NON

Existe t il une procédure systématique de proposition ?

Quel est le délai moyen du rendu des résultats : _____

La remise des résultats respecte-t-elle l'anonymat de la personne détenue ?

OUI NON

En cas d'intervention de la CDAG, la communication des résultats au médecin de l'UCSA respecte-t-il bien l'accord de la personne détenue ?..... OUI NON

Données d'activité

UCSA – CDAG

Nombre moyen de personnes détenues présents Mini/ maxi	2004		2005	
	Nombre de sérologies	dont positives	nombre de sérologies	dont positives
Entrants				
VIH				
VHC				
VHB				
Syphilis				

C) Réduction des risques

Guide méthodologique I-4.2

La population pénale est-elle informée sur les motifs de prévention liés à la distribution d'eau de Javel dans leurs cellules ? OUI NON

Par qui ?

Comment ?

Modalités de distribution d'eau de Javel :

- A l'entrée :

Par qui ?

Comment ?

- Renouvellement :

Sur demande ?

Par qui ?

Comment ?

Modalités d'information sur protocoles d'utilisation : documents, livret d'accueil, cassette ?

Préciser :

Modalités de financement de l'eau de javel ?

Modalités d'information sur VIH/IST/hépatites :

- UCSA
- CDAG
- Actions collectives
- Entretiens individuels
- Actions événementielles

Des outils d'information sont ils disponibles et adaptés (notamment en plusieurs langues) ?

..... O OUI O NON

Dans quels lieux ? (faire la liste)

Les préservatifs masculins sont-ils facilement disponibles ? O OUI O NON

Lieux :

- Cabinet médical
- Infirmerie
- Distributeur
- Permanences associatives
- Cantine
- Parloir
- Kits sortants/kits permission

Autres :

Existe-t-il un accompagnement (action d'éducation pour la santé) de la population pénale à la compréhension de la mise à disposition des préservatifs en détention ?

O OUI O NON

Une information est elle délivrée sur les préservatifs féminins ?

Décrire leur accessibilité ?

Hépatite C

Information sur tatouage, piercing, partage des objets de toilette et partage de matériel usage de drogue : O OUI O NON

Quels outils sont utilisés ?

Par qui ?

Comment ?

Hépatite B

La vaccination est elle organisée en milieu carcéral ? O OUI O NON

Nombre de personnes détenues vaccinés pendant l’incarcération (en 2005) :

A défaut nombre de doses (en 2005) :

Difficultés :

Traitement post exposition ?

Existence d’un protocole à l’UCSA en référence à la circulaire DGS/DHOS/DSS/DRT du 2 avril 2003 ?

Modalités d’information des personnes détenues ?

Nombre d’évaluations réalisées et de traitements prescrits en 2005 (dont en lien avec l’UMJ) :

D) Suivi pendant l’incarcération

Accès aux consultations spécialisées :

Infectiologie..... sur place :
avec extraction :
fréquence par mois :

Gastro-entéro : sur place :
avec extraction :
fréquence par mois :

Traitements

Nombre de traitements en cours dans l’année 2005

	VIH	VHC	Co-infectés	Méthadone	Subutex

Si ces données ne sont pas disponibles, pouvez-vous donner le nombre de personnes traitées au cours de la dernière année pour laquelle vous avez l’information.

Commentaires :

(notamment tendances, difficultés)

Accès au plateau technique :

	Ponction Biopsie H	FIBROSCAN	FIBROTEST
Accès			
Délai moyen *			
Nombre en 2005			

* Délai moyen entre la prescription par l'hépatologue et la date de l'extraction.

Commentaires éventuels sur l'accès à une consultation pour évaluation psychiatrique si indication interféron :

E) Préparation à la sortie

Guide méthodologique I-1.3

Libération :

Comment se font les transmissions du suivi médical à la sortie d'un patient ?

- envoi d'un compte-rendu au médecin traitant OUI NON
- remise d'un compte-rendu à la personne libérée OUI NON
- attestation de carte vitale
- Autre : OUI NON

Préciser :

A sa sortie, la personne faisant l'objet d'un traitement sort-elle avec son ordonnance et le traitement des premières 48 H ? OUI NON

La sortie de la personne est-elle préparée :

- avec le SPIP ? OUI NON

Dans l'affirmative, préciser les modes de partenariat :

- liste des libérables fournie
- modalités de « rattrapage »
- information donnée au détenu pour accès au médecin correspondant au centre hospitalier de référence
- avec d'autres partenaires ? OUI NON

Les citer :

Orientation et hébergement à la sortie :

Commentaires :

Difficultés :

Avez-vous des commentaires à formuler sur les difficultés que vous rencontrez globalement sur cette thématique :

Personne ayant renseigné le questionnaire :
NOM :
PRÉNOM :
FONCTION :
TÉLÉPHONE :
MAIL :

Annexe 4 :

Etat des lieux des actions financées

Actions de prévention VIH/IST/hépatites en milieu carcéral

⇒ *Les financements structurels et institutionnels*

➤ Des opérateurs associatifs disposent de financements structurels sur crédits VIH « Etat » (jusqu'en 2006) puis sur crédits du Groupement régional de santé publique (GRSP), mis en place suite à la loi de Santé publique du 9 août 2004, qui mutualise les financements des partenaires (Ministère chargé de la santé, Assurance Maladie, collectivités territoriales) : à ce titre, AIDES IDF dispose d' un poste de référent régional « prisons ».

➤ Certaines actions sont menées en direction de personnes usagères de produits psycho-actifs, par des structures spécialisées, dans le cadre de financements pérennes (enveloppes ONDAM Assurance Maladie).

Leurs missions sont définies et comportent un axe de prévention :

- CSST dont CSST en milieu pénitentiaire,
- CAARUD dont certains interviennent en milieu carcéral (au moins Sida Paroles),
- CCAA.

➤ Des conventions nationales sont signées et des subventions sont accordées par la Direction Générale de la Santé, en particulier à AIDES, SIDACTION et ACT UP, afin qu'elles développent et forment leurs réseaux associatifs pour mener des actions de prévention, d'éducation pour la santé, de soutien aux malades et de continuité des soins à la sortie de prison. Ces crédits nationaux peuvent bénéficier de co-financements des partenaires régionaux.

Les conventions nationales une fois signées seront adressées aux services déconcentrés.

⇒ *Les appels à projet régionaux de 2005 à 2007 en Ile de France.*

↳ En 2005, les actions pouvaient bénéficier de différents crédits en lien avec les programmes régionaux (PRAPS), ou crédits «fléchés» VIH-hépatites

↳ En 2006, le Plan régional de santé publique (PRSP) a été élaboré et un appel à projet commun Etat/Assurance Maladie, préfiguration celui du GRSP, a été lancé. Plusieurs fiches actions en référence au PRSP permettaient de proposer des actions en milieu carcéral. «Renforcer l'éducation à la sexualité chez les jeunes, notamment les jeunes en difficulté », «Diminuer les nouvelles contaminations parmi les populations prioritaires » avec une fiche action ciblant la population usagère de drogue « renforcement de la réduction des risques », pouvant concerner le milieu carcéral et une fiche action visant la population carcérale, «Développer une approche adaptée en direction de publics prioritaires» (approche PRAPS).

↳ En 2007, l'appel à projet a été lancé dans le cadre du Groupement Régional de Santé Publique (GRSP) avec une seule fiche de référence «Développer une approche adaptée en direction de publics prioritaires».

Cette option a été retenue après discussion entre les chefs de projets PRAPS et VIH/IST/hépatites, afin de privilégier une approche de santé globale, ce qui n'exclut pas que des thèmes soient plus particulièrement traités.

Les modalités d'instruction de ces appels à projet s'appuient toujours sur les avis locaux (DDASS et CPAM) confrontés lors d'une réunion régionale, l'arbitrage relevant du chef de projet. Les critères pris en compte sont l'adéquation avec la fiche action, les arguments justifiant l'action, la cohérence et la clarté des objectifs et des méthodologies, les modalités d'évaluation et le montant demandé au regard de l'action prévue.

Pour 2007, l'ensemble des informations est accessible sur le site www.grsp-idf.fr (guide du promoteur, fiches actions, résultats complets de l'appel à projet).

Enfin, chaque année, dans le cadre de la Journée Mondiale Sida, la DRASSIF lance avec les DDASS un appel à projet spécifique (sur le site www.ile-de-france.sante.gouv.fr, rubrique santé publique, VIH/IST)

Les évaluations de ces actions sont encore ponctuelles et le PRSP comporte un axe fort en ce domaine qui sera développé.

⇒ *Les autres financeurs :*

↳ Le Ministère de la Justice : il peut également financer ou co-financer des actions.

↳ Le Sidaction : issu d'un collectif composé d'associations, de chercheurs et de médecins, l'association Sidaction organise chaque année une opération médiatique de mobilisation du grand public visant à sensibiliser davantage la population sur le VIH/Sida et à collecter des fonds. La moitié de l'argent collecté est destiné aux associations sur la base d'un appel à projet annuel. Les actions en milieu carcéral sont ainsi soutenues depuis plusieurs années.

⇒ *Le Schéma Régional d'Education Pour la Santé (SREPS) :*

Le SREPS d'Ile de France s'est donné 3 objectifs :

- créer, promouvoir et faire vivre une culture commune de l'éducation à la santé,
- optimiser l'organisation des services et la répartition de l'offre afin de répondre aux besoins des intervenants et des populations tout en réduisant les disparités,
- valoriser, développer et renforcer les pratiques d'éducation à la santé.

Il a développé son site propre, www.sreps-idf.fr, pour servir de portail des partenaires régionaux et rendre accessibles différentes informations et documents :

- la charte régionale en éducation pour la santé,
- les ressources disponibles (liste des opérateurs, des centres de documentation...),
- les actions réalisées.
-

Il faut toutefois que les opérateurs se fassent connaître et adhèrent à la charte pour y être référencés. Ce site ne peut donc pas être considéré comme exhaustif, mais il tend à représenter les acteurs principaux.

Depuis la loi du 9 août 2004 qui instaure les PRSP et les GRSP pour les mettre en oeuvre, le SREPS est confirmé dans son rôle d'outil pour appuyer la mise en oeuvre du PRSP et aider à l'élaboration et au pilotage des actions.

☞ **Liste des promoteurs financés en 2006/2007 par le GRSP pour des actions en milieu carcéral :**

Migrations Santé, Moulin Joly, CRESIF, CODES 95, CPS 91, les Grains de Sénévé, MRS, Théâtre de Jade, Sida Paroles, Masquarades.

☞ **Liste des promoteurs financés en 2006/2007 par Sidaction pour des actions en milieu carcéral :**

Asud, PASTT, SOS Habitat et soins, Migrations santé, OIP, Pole suspension de peines, OIP, Sida Paroles, ASSAMED, Sida Info Service.

Annexe 5:
Tableau activités

RESULTATS DES TESTS SUR 10 ETABLISSEMENTS

VIH et Syphilis

UCSA	Nb moyen de personnes détenues	Entrants 2005	Nb de tests VIH	VIH +	% positivité VIH	% personnes détenues testés	Nb de tests Syphilis	Syphilis +	% séro positivité Syphilis	% personnes détenues testés Syphilis
Fleury	3 674	9 443	3 064	15	0,5%	32,4%	165	0	0,0%	1,7%
Fresnes	1 677	1794	1 717	34	2,0%	95,7%	1 334	18	1,3%	74,4%
La Santé	1 257	2406	1 560	8	0,5%	64,8%	489	10	2,0%	20,3%
Nanterre	823	1941	1 118	14	1,3%	57,6%	1 101		0,0%	
Melun	300	138	22	0	0,0%	57,8%	5	0	0,0%	3,6%
Villepinte	826	1701	784	2	0,3%	46,1%	786		0,0%	
Osny	718	1 564	452	0	0,0%	28,9%	0	0		
Poissy	226									
Bois d'Arcy	519	1626	662	4	0,6%	40,7%	3	1	33,3%	
Chauconin	592	1342	517	9	1,7%	38,5%	510	1	0,2%	
Versailles	66	172	138	1	0,7%	80,2%	0			
TOTAL	10 678	22 127	10 034	87	0,8	45,3%	4 393	30	0,7%	20%

Hépatites

UCSA	Nb de tests VHC	VHC +	% positivité VHC	% personnes détenues testés	Nb de tests VHB	VHB +	% positivité VHB	% personnes détenues testés VHB	Nb personnes détenues vaccinés VHB	Nb de doses VHB
Fleury	3 036	200	6,6%	32,2%	3 079	119	3,9%	32,6%		1 166
Fresnes	1 761	ND		98,2%	1 825	ND		101,7%		815
La Santé	1 263	69	5,5%	52,5%	1 239	55	4,4%	51,5%	20	
Nanterre	1 114	54	4,8%	57,4%	1 115	26	2,3%	57,4%		755
Melun	14	1	7,1%	10,1%	13	0	0,0%	9,4%	5	
Villepinte	786	36	4,6%	46,2%	786	33	4,2%	46,2%		197
Osny	261	18	6,9%	16,7%	418	7	1,7%	26,7%	45	391
Poissy										
Bois d'Arcy	638	43	6,7%	39,2%	129	3	2,3%	7,9%		
Chauconin	518	37	7,1%	38,6%	524	14	2,7%	39,0%		
Versailles	138	6	4,3%	80,2%	138	0	0,0%	80,2%		
TOTAL	9 529	464	6%	43%	9 266	257	3,3%	41,8%	70	3 324

Résultats sur 7768 tests, sans Fresnes (9 529- 1 761)



Pour tout renseignement :

**DRASS Ile-de-France
Service Inspection Régionale de la Santé
58 - 62, rue de Mouzaïa
75935 Paris Cedex 19
Tél : 01.44.84.24.33**

www.ile-de-france.sante.gouv.fr

Directeur de la Publication : Michel PELTIER

**(C) Impression : DRASS Ile-de-France
Dépôt légal : à parution
ISSN : en cours**