

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

**Soutenue publiquement le 8 décembre 2017
Par Melle LEMAIRE Anaïs**

**Point sur les infections virales transmises par le sang
en milieu carcéral dans le Nord**

Membres du jury :

Président : Monsieur Le Professeur CARNOY Christophe, Maître de conférence en immunologie

Directeur, conseiller de thèse : Madame Le Professeur GOFFARD Anne, Maître de conférence en bactériologie et praticien hospitalier

Assesseur(s) : Madame Le Professeur GOFFARD Anne, Maître de conférence en bactériologie et praticien hospitalier
Monsieur Le Docteur BECIROVSKI Sadul, Pharmacien titulaire agréé maître de stage



Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille



3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE
CEDEX

☎ 03.20.96.40.40 - 📠 : 03.20.96.43.64

<http://pharmacie.univ-lille2.fr>

Université Lille 2 – Droit et Santé

Président :	Professeur Xavier VANDENDRIESSCHE
Vice-présidents :	Professeur Alain DUROCHER Professeur Régis BORDET Professeur Eric BOULANGER Professeur Frédéric LOBEZ Professeur Murielle GARCIN Professeur Annabelle DERAM Professeur Muriel UBEDA SAILLARD Monsieur Ghislain CORNILLON Monsieur Pierre RAVAUX Monsieur Larbi AIT-HENNANI Madame Nathalie ETHUIN Madame Ilona LEMAITRE
Directeur Général des Services :	Monsieur Pierre-Marie ROBERT

Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques

Doyen :	Professeur Damien CUNY
Vice-Doyen, 1 ^{er} assesseur :	Professeur Bertrand DECAUDIN
Assesseur en charge de la pédagogie	Dr. Annie STANDAERT
Assesseur en charge de la recherche	Pr. Patricia MELNYK
Assesseur délégué à la scolarité	Dr. Christophe BOCHU
Assesseur délégué en charge des relations internationales	Pr. Philippe CHAVATTE
Assesseur délégué en charge de la vie étudiante	M. Thomas MORGENROTH
Chef des services administratifs :	Monsieur Cyrille PORTA

Liste des Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie
M.	DECAUDIN	Bertrand	Pharmacie Galénique
M.	DEPREUX	Patrick	ICPAL
M.	DINE	Thierry	Pharmacie clinique
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie
M.	LUYCKX	Michel	Pharmacie clinique
M.	ODOU	Pascal	Pharmacie Galénique
Mme	RENNEVILLE	Aline	Hématologie

M.	STAELS	Bart	Biologie Cellulaire
----	--------	------	---------------------

Liste des Professeurs des Universités

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	ALIOUAT	EI Moukhtar	Parasitologie
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Physique
M.	BERTHELOT	Pascal	Onco et Neurochimie
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie – Pharmacie clinique
M.	CHAVATTE	Philippe	ICPAL
M.	COURTECUISSÉ	Régis	Sciences végétales et fongiques
M.	CUNY	Damien	Sciences végétales et fongiques
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Physique
M.	DEPREZ	Benoît	Laboratoire de Médicaments et Molécules
Mme	DEPREZ	Rebecca	Laboratoire de Médicaments et Molécules
M.	DUPONT	Frédéric	Sciences végétales et fongiques
M.	DURIEZ	Patrick	Physiologie
M.	FOLIGNE	Benoît	Bactériologie
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie
Mme	GAYOT	Anne	Pharmacotechnie Industrielle
M.	GOOSSENS	Jean François	Chimie Analytique
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie Cellulaire
M.	LUC	Gerald	Physiologie
Mme	MELNYK	Patricia	Onco et Neurochimie
M.	MILLET	Régis	ICPAL
Mme	MUHR – TAILLEUX	Anne	Biochimie
Mme	PAUMELLE-LESTRELIN	Réjane	Biologie Cellulaire
Mme	PERROY	Anne Catherine	Législation
Mme	ROMOND	Marie Bénédicte	Bactériologie
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie
M.	SERGHÉRAERT	Eric	Législation
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie Industrielle
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie Industrielle
M	TARTAR	André	Laboratoire de Médicaments et Molécules
M.	WILLAND	Nicolas	Laboratoire de Médicaments et Molécules

Liste des Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	BALDUYCK	Malika	Biochimie
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie
M.	LANNOY	Damien	Pharmacie Galénique
Mme	ODOU	Marie Françoise	Bactériologie
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacie Galénique

Liste des Maîtres de Conférences

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	ALIOUAT	Cécile Marie	Parasitologie
M.	ANTHERIEU	Sébastien	Toxicologie
Mme	AUMERCIER	Pierrette	Biochimie
Mme	BANTUBUNGI	Kadiombo	Biologie cellulaire
Mme	BARTHELEMY	Christine	Pharmacie Galénique
Mme	BEHRA	Josette	Bactériologie
M	BELARBI	Karim	Pharmacologie
M.	BERTHET	Jérôme	Physique
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle
M.	BOCHU	Christophe	Physique
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie
M.	BOSC	Damien	Laboratoire de Médicaments et Molécules
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie
Mme	CACHERA	Claude	Biochimie
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie
Mme	CARON	Sandrine	Biologie cellulaire
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie
Mme	CHARTON	Julie	Laboratoire de Médicaments et Molécules
M	CHEVALIER	Dany	Toxicologie
M.	COCHELARD	Dominique	Biomathématiques
Mme	DANEL	Cécile	Chimie Analytique
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques
Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire
Mme	DUTOUT-AGOURIDAS	Laurence	Onco et Neurochimie
M.	EL BAKALI	Jamal	Onco et Neurochimie
M.	FARCE	Amaury	ICPAL
Mme	FLIPO	Marion	Laboratoire de Médicaments et Molécules
Mme	FOULON	Catherine	Chimie Analytique
M.	FURMAN	Christophe	ICPAL
M.	GELEZ	Philippe	Biomathématiques
Mme	GENAY	Stéphanie	Pharmacie Galénique
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie
Mme	GOOSSENS	Laurence	ICPAL
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie
Mme	GROSS	Barbara	Biochimie
M.	HAMONIER	Julien	Biomathématiques
Mme	HAMOUDI	Chérifa Mounira	Pharmacotechnie industrielle
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie
M.	KAMBIA	Kpakpaga Nicolas	Pharmacologie
M.	KARROUT	Youness	Pharmacotechnie Industrielle
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie
M.	LEBEGUE	Nicolas	Onco et Neurochimie
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie Analytique

Mme	LEHMANN	Hélène	Législation
Mme	LELEU-CHAVAIN	Natascha	ICPAL
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie Analytique
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie
M.	MOREAU	Pierre Arthur	Sciences végétales et fongiques
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques
M.	PIVA	Frank	Biochimie
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie
M.	POURCET	Benoît	Biochimie
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques
Mme	RAVEZ	Séverine	Onco et Neurochimie
Mme	RIVIERE	Céline	Pharmacognosie
Mme	ROGER	Nadine	Immunologie
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie
M.	VILLEMAGNE	Baptiste	Laboratoire de Médicaments et Molécules
M.	WELTI	Stéphane	Sciences végétales et fongiques
M.	YOUS	Saïd	Onco et Neurochimie
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques

Professeurs Agrégés

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	MAYES	Martine	Anglais
M.	MORGENROTH	Thomas	Législation

Professeurs Certifiés

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	HUGES	Dominique	Anglais
Mlle	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

Professeur Associé - mi-temps

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	DHANANI	Alban	Droit et Economie Pharmaceutique

Maîtres de Conférences ASSOCIES - mi-temps

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	BRICOTEAU	Didier	Biomathématiques
Mme	CUCCHI	Malgorzata	Biomathématiques
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacie Clinique
M.	GILLOT	François	Droit et Economie pharmaceutique
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacie Clinique
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques
M.	BRICOTEAU	Didier	Biomathématiques

AHU

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	DEKYNDT	Bérengère	Pharmacie Galénique
M.	PEREZ	Maxime	Pharmacie Galénique

Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX
Tel. : 03.20.96.40.40 - Télécopie : 03.20.96.43.64
<http://pharmacie.univ-lille2.fr>

L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses ; celles-ci sont propres à leurs auteurs.

REMERCIEMENTS

A MON PRESIDENT DE JURY,

Merci Monsieur Carnoy d'avoir accepté de présider ce jury et d'avoir pris le temps d'étudier et de juger ce travail.

A MA DIRECTRICE DE THESE,

Merci Madame Goffard d'avoir accepté de diriger et de juger ce travail. Merci également pour l'attention et les conseils que vous avez prodigué à mon égard.

A L'ÉQUIPE PHARMACEUTIQUE BEAUVAISIENNE,

Merci Monsieur Becirovski d'avoir accepté de juger ce travail et de la confiance et du paternalisme que vous m'accordez depuis ces quatre années passées à vos côtés. J'espère continuer à être à la hauteur de vos attentes.

Merci à toute l'équipe de pharmaciens assistants et de préparatrices pour vos conseils, votre bienveillance et votre formation de tous les jours.

A L'ÉQUIPE DE LA RÉTROCESSION,

Merci à Madame Lefebvre et Madame D'Haveloose de m'avoir permis d'avoir de précieuses informations pour ce travail et pour vos conseils.

A toute l'équipe, merci pour ces six mois de stage à vos côtés, pour la bonne humeur et la relecture de cette thèse.

A MA FAMILLE,

Merci à mes parents de m'avoir permis de suivre ces études et de faire un métier qui me passionne. Merci pour votre soutien et l'amour que vous me portez.

Merci à mes grands-parents et mon frère pour votre soutien tout au long de ces années et pour votre amour.

A MES AMIS,

Merci pour ces années passées ensemble à Lille. Merci de m'avoir supporté pendant tous ces moments rythmés d'examens, de révisions et bien-sûr de bonnes soirées ensemble.

A Mathilde et Matthieu, mes relecteurs officiels, merci pour vos conseils et pour l'amitié et l'amour que vous me portez.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AAD	Antiviraux à action directe
BHD	Buprénorphine haut dosage
CD	Centre de détention
CDAG	Centre de dépistage anonyme et gratuit
CEGIDD	Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic
CHRU	Centre hospitalier régional universitaire
CP	Centre pénitentiaire
CSL	Centre de semi-liberté
DGS	Direction générale de la santé
DISP	Direction interrégionale des services pénitentiaires
DRESS	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSP	Dispositif de soins psychiatriques
DSS	Dispositif de soins somatiques
EPM	Etablissement pénitentiaire pour mineurs
EPP	Etablissement pour peines
EPSNF	Etablissement public de santé national de Fresnes
ETP	Equivalent temps plein
ETp	Education thérapeutique du patient
HPST	Hôpital patient santé territoire
IF	Inhibiteur de fusion
INI	Inhibiteur de l'intégrase
INNTI	Inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse
INRS	Institut national de recherche et de sécurité
INTI	Inhibiteur nucléosidique/nucléotidique de la transcriptase inverse
IP	Inhibiteur de la protéase
IST	Infection sexuellement transmissible
MA	Maison d'arrêt
MC	Maison centrale
OMS	Organisation mondiale de la santé
PBH	Ponction biopsie hépatique

PCR	Polymerase chain reaction (réaction en chaîne par polymérase)
PUI	Pharmacie à usage intérieur
QCD	Quartier centre de détention
QMC	Quartier maisons centrales
QPA	Quartier pour peines aménagées
QSL	Quartier de semi-liberté
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
RdR	Réduction des risques
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIH	Système d'information hospitalier
SMPR	Service médico psychologique régional
TPE	Traitement post-exposition
TROD	Test rapide d'orientation diagnostic
TSO	Traitement substitutif aux opiacés
UCSA	Unité de consultation et de soins ambulatoires
UDI	Usagers des drogues par voie intraveineuse
UHSI	Unité hospitalière sécurisée interrégionale
US	Unité sanitaire
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	8
LISTE DES ABRÉVIATIONS	10
SOMMAIRE	12
SOMMAIRE DES FIGURES.....	16
SOMMAIRE DES TABLEAUX.....	17
INTRODUCTION.....	18
1^{ère} partie : PRESENTATION DU MILIEU CARCÉRAL.....	21
a. Généralités	22
i. Prisons en France et dans le Nord	22
1. En France.....	22
2. Dans le grand Nord	23
ii. Population carcérale	25
1. Définitions.....	25
2. Quelques chiffres.....	25
iii. Personnels de santé en prison.....	26
b. Organisation des établissements pénitentiaires français	28
i. Directions interrégionales des services pénitentiaires (DISP).....	28
ii. Etablissements pénitentiaires.....	28
1. Maisons d’arrêt.....	28
2. Etablissements pour peine	29
3. Etablissements spécialisés pour mineurs	29
c. Organisation du système de santé carcéral.....	29
i. Aspects organisationnels.....	29
ii. Aspects législatifs et réglementaires.....	32
iii. Moyens de prévention.....	33

iv.	Etat de santé en prison.....	34
1.	Accès aux soins	34
2.	Pathologies chroniques.....	34
3.	Addictions en prison.....	34
d.	Maladies infectieuses en milieu carcéral : panorama général	35
2^{ème} partie :	MALADIES INFECTIEUSES EN PRISON.....	36
a.	Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	37
i.	Définition et clinique	37
1.	Définition.....	37
2.	Clinique	39
ii.	Epidémiologie générale et carcérale.....	40
1.	Au niveau mondial.....	40
2.	En France.....	40
3.	En prison.....	40
iii.	Modes de transmission	41
iv.	Diagnostic	41
v.	Traitements.....	42
b.	Virus de l'hépatite C (VHC)	45
i.	Définition et clinique	45
1.	Définition.....	45
2.	Clinique	45
ii.	Epidémiologie générale et carcérale.....	46
1.	Au niveau mondial.....	46
2.	En France.....	46
3.	En prison.....	46
iii.	Modes de transmission	46
iv.	Diagnostic	47
v.	Traitements	48
c.	Prise en charge spécifique du patient détenu	49
i.	Pourquoi une prise en charge spécifique	49
ii.	Dépistage et annonce de la maladie	50
1.	Proposition de dépistage à l'entrée	51

2.	Organisation du dépistage en milieu carcéral	51
3.	Annonce de la maladie.....	53
iii.	Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) et choix de traitement.....	54
iv.	Education thérapeutique du patient (ETp)	54
v.	Continuité des soins à la sortie	57
d.	Moyens de prévention en détention et à la sortie du détenu	57
i.	Prévention prévue par l'OMS pour le VHC.....	57
ii.	Moyens de prévention	58
1.	Textes et réglementations sur l'accès à la prévention et aux outils de réduction des risques	58
2.	Politique de réduction des risques.....	59
3.	Utilisation de traitements de substitution aux opiacés.....	60
4.	Utilisation d'hypochlorite de sodium	60
5.	Echanges de seringues.....	60
6.	Réduction des risques sexuels	61
7.	Vaccination	61
 3^{ème} partie : EXEMPLE D'EXERCICE PHARMACEUTIQUE À LA PRISON DE SEQUEDIN		62
a. Présentation de l'établissement		63
i.	Situation générale	63
ii.	Système de santé en vigueur	63
b.	Exercice médical et pharmaceutique à la prison de Sequedin	64
i.	Arrivée du patient au centre pénitentiaire	64
ii.	Annonce du diagnostic et choix du traitement.....	65
iii.	Réception des traitements et distribution en cellule.....	66
iv.	Education thérapeutique et préventions proposées.....	67
v.	Préparation à la sortie et continuité des soins.....	67
c.	Exemple de procédure : transfert à l'hôpital d'un détenu.....	68
 CONCLUSION.....		70
 BIBLIOGRAPHIE		71
 ANNEXES		75

SOMMAIRE DES FIGURES

- Figure 1 Carte des établissements pénitentiaires en France
- Figure 2 Carte des établissements pénitentiaires – direction interrégionale de Lille
- Figure 3 Répartition par âge des personnes écrouées en 2015
- Figure 4 Evolution des mises sous écrou de 2007 à 2014
- Figure 5 Unités et services médicaux dédiés aux personnes détenues
- Figure 6 Localisation et (places disponibles) dans les 8 UHSI
- Figure 7 Structure schématique du VIH
- Figure 8 Histoire naturelle de l'infection par le VIH
- Figure 9 Délai usuel d'apparition des marqueurs VIH
- Figure 10 Action des traitements sur le cycle du virus
- Figure 11 Structure schématique du virus de l'hépatite C
- Figure 12 Délai usuel d'apparition des marqueurs VHC
- Figure 13 Accès aux tests non invasifs d'évaluation de la fibrose hépatique
- Figure 14 Compétences à acquérir par le patient en éducation thérapeutique
- Figure 15 Approche systémique de l'éducation thérapeutique
- Figure 16 Pilulier hebdomadaire de dispensation
- Figure 17 « roule ta paille » : paille de sniffing à usage unique

SOMMAIRE DES TABLEAUX

- Tableau 1 Evolution des effectifs du personnel de santé en unités sanitaires en équivalents temps plein
- Tableau 2 Disparités régionales en personnels de santé exerçant en unités sanitaires en 2011
- Tableau 3 Exemple de prévention primaire, secondaire et tertiaire ciblant des personnes et des populations (source INPES santé publique France)
- Tableau 4 Ensemble des traitements antirétroviraux
- Tableau 5 Ensemble des traitements anti-VHC

INTRODUCTION

« ... il arrive que nous percevions la réaction de défense qu'a l'individu stigmatisé à l'égard de sa situation comme étant l'expression direct de sa déficience, et qu'alors nous considérons, à la fois, la déficience et la réaction comme étant le juste salaire de quelque chose que lui, ou ses parents, ou son peuple, ont fait, ce qui, par la suite, justifie la façon dont nous le traitons. »

GOFFMAN, Erving. Sigmate, les usages sociaux des handicaps. Paris : les Editions de Minuit, 1975, p16

Cette stigmatisation est d'autant plus ressentie lorsqu'un individu est incarcéré.

Au 1^{er} août 2017, 69 126 personnes sont détenues dans les 186 établissements pénitenciers français selon le Ministère de la justice.

La promiscuité et la précarité présentes dans ces centres de détention entraînent un taux d'infections, et notamment virales, plus important que dans le reste de la population.

Ce travail cible plus particulièrement l'infection au virus de l'immunodéficience (VIH) et au virus de l'hépatite C (VHC).

Depuis la loi n°94-43 du 18 janvier 1994, la santé des personnes incarcérées est sous la tutelle du Ministère de la santé. Cela permet de garantir une accessibilité aux soins identique au milieu libre.

Le diagnostic précoce et systématiquement proposé à l'entrée en prison permet une prise en charge rapide de potentiels détenus infectés.

Cependant, la positivité des résultats risque de démultiplier la stigmatisation déjà présente en détention.

Le médecin et le pharmacien carcéral travaillent ainsi en coordination afin de garantir l'état de santé des personnes incarcérées tout en préparant leur sortie et leur suivi une fois en milieu libre.

Un colloque singulier entre soignant et détenu est nécessaire pour une prise en charge optimale.

Ensemble, et au travers de cette relation de confiance, ils vont mettre en place un traitement, un programme d'éducation à la santé et une politique de réduction des risques permettant de garantir une sécurité du patient et de ses codétenus.

A partir de ce qui est réalisé à la prison de Sequedin, cette revue bibliographique présente les différentes étapes qui mènent au diagnostic et au bon déroulement des traitements des détenus.

1^{ère} partie :

PRESENTATION DU MILIEU

CARCÉRAL

Cette première partie vise à présenter brièvement le milieu carcéral français et le système de santé mis en place dans ces établissements.

a. Généralités

i. Prisons en France et dans le Nord

1. En France

Au 1^{er} janvier 2015, la France comptait **188 établissements de détention**.



Figure 1 : carte des établissements pénitentiaires en France [1]

Ces établissements se répartissent de la manière suivante [2] :

- 91 maisons d'arrêt (MA) et 42 quartiers maison d'arrêt (QMA)

- 88 établissements pour peines (EPP) soit :
 - 46 centres pénitentiaires (CP) qui comprennent au moins 2 quartiers de régime de détention différents
 - 25 centres de détention (CD) et 26 quartiers (QCD)
 - 6 maisons centrales (MC) et 6 quartiers (QMC)
 - 11 centres de semi-liberté (CSL), 12 quartiers (QSL) et 9 quartiers pour peine aménagée (QPA)

- 6 établissements pénitentiaires pour mineurs (EPM)

- 1 établissement public de santé national de Fresnes (EPSNF)

Cette disposition géographique permet de proposer **57 841 places « opérationnelles »** (nombre de places de détention disponibles dans les établissements pénitentiaires) :

- 33 692 en maison d'arrêt et quartier maison d'arrêt
- 19 613 en centre de détention et en quartier centre de détention
- 2 165 en maison centrale et quartier maison centrale
- 609 en quartier pour peine aménagée
- 353 en établissement pénitentiaire pour mineurs
- 84 à l'établissement public de santé national de Fresnes

De nouvelles ouvertures et de nouveaux aménagements ont eu lieu au cours de l'année 2015 :

- ouverture du quartier de semi-liberté de Bois d'Arcy (60 places)
- extension de la maison d'arrêt Majicavo (161 places au total)
- ouverture du centre pénitentiaire de Beauvais (594 places)
- ouverture du centre pénitentiaire de Valence (456 places)

2. Dans le grand Nord

La région grand Nord correspond à la région Haut de France (Nord, Pas-De-Calais, Aisne, Somme et Oise) et à la région Haute-Normandie (Eure et Seine Maritime) (figure 2).

Elle est gérée par la Direction interrégionale Grand Nord qui est basée à Lille.

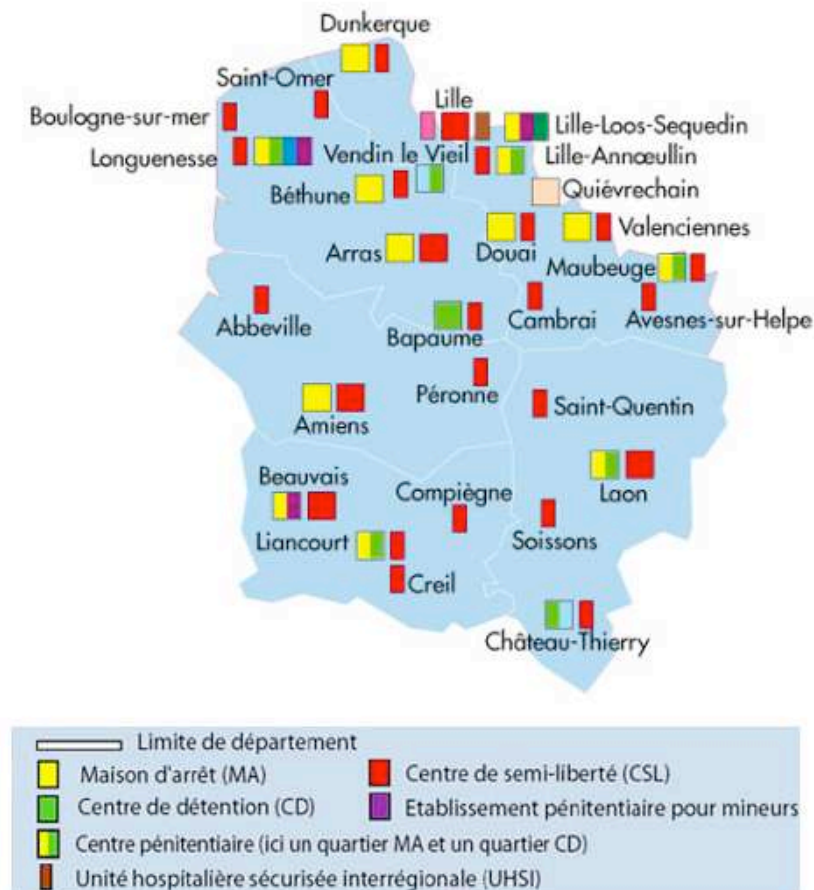


Figure 2 : Carte des établissements pénitentiaires – direction interrégionale de Lille [3]

On dénombre **28 établissements pénitentiaires dans la région grand Nord :**

- **8 centres pénitentiaires :**

- Annoeulin
- Beauvais
- Château-Thierry
- Laon
- Le Havre
- Liancourt
- Longuesse
- Maubeuge

- **9 maisons d'arrêt :**

- Amiens
- Arras
- Béthune
- Douai
- Dunkerque
- Evreux
- Sequedin
- Rouen
- Valenciennes

- **2 centres de détention :**
 - Bapaume
 - Val-de-Reuil

- **8 centres de semi-liberté :**
 - Haubourdin
 - Boulogne-sur-mer
 - Saint-omer
 - Cambrai
 - Abbeville
 - Creil
 - Compiègne
 - Soisson

- **1 établissement pénitentiaire pour mineurs :**
 - Quiévrechain

En matière de santé, la région grand Nord dispose **d'une unité hospitalière sécurisée interrégionale** (UHSI) qui est basée à Lille.

On a pu noter la fermeture en 2011 de la prison de Loos-Lez-Lille pour vétusté qui a été détruite puis sera reconstruite pour permettre d'accueillir 700 détenus vers 2020-2022.

ii. Population carcérale

1. Définitions

Une **personne écrouée** est inscrite au registre de l'écrou d'un établissement pénitentiaire. Cela concerne les personnes détenues mais aussi celles placées sous surveillance électronique (grâce aux bracelets) [4].

Une **personne prévenue** fait l'objet de poursuites judiciaires pour une contravention ou un délit et est en attente de jugement [4].

Une personne **poursuivie** est dite « mise en examen » pendant l'instruction et « accusée » en attendant le procès. Les personnes prévenues et mises en examen peuvent être placées en détention provisoire [4].

2. Quelques chiffres

Au 1^{er} janvier 2015, il y avait 77 291 personnes écrouées (- 0,8% en un an) dont 66 270 détenus (- 1,2% en un an). Cela représentait un taux de détention de 99,9 personnes détenues pour 100 000 habitants. [1]

Les femmes détenues représentent 3,1% et les mineurs 1,1% des personnes écrouées. L'âge moyen des personnes détenues est de 34,6 ans (figure 3).

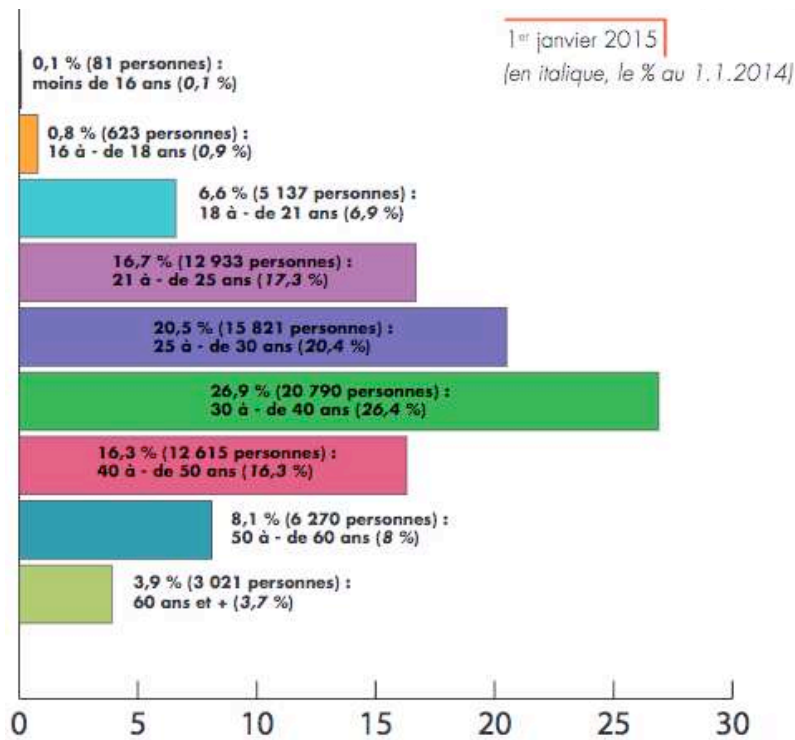


Figure 3 : répartition par âge des personnes écrouées en 2015 [2]

L'évolution des mises sous écrou est en légère involution depuis 2012 (figure 4).

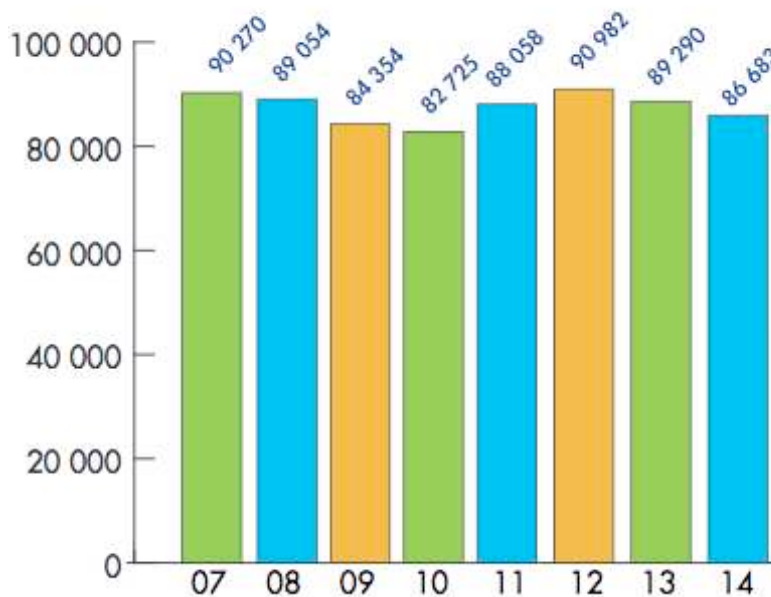


Figure 4 : évolution des mises sous écrou de 2007 à 2014 [2]

iii. Personnels de santé en prison

Devant l'augmentation du nombre de personnes détenues dans les prisons françaises, le ministère de la santé en charge du dossier a dû faire évoluer le nombre de professionnels de santé en milieu carcéral.

L'une des principales missions des professionnels de santé va être l'accompagnement et l'éducation thérapeutique pour ces patients qui peuvent être en refus de traitement par refus du système.

Ces dix dernières années, les effectifs tant médicaux (médecins, psychiatres, psychologues, pharmaciens) que paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, aides-soignants) n'ont fait qu'augmenter (tableau 1).

	1997	2001	2007	2012	□Évolution 1997/2012
médecins somatiques	200	257	306	311	56 %
médecins psychiatriques	114	146	163	180	57 %
non médicaux somatiques	637	910	1442	1473	131 %
non médicaux psychiatriques	394	562	454	631	60 %
TOTAL	1 345	1 875	2 365	2 595	93 %

Tableau 1 : évolution des effectifs de personnels de santé en unités sanitaires en équivalent temps plein (ETP) [5]

Les différentes régions en France métropolitaine et en Outre-Mer ne disposent pas du même nombre de spécialistes et de médecins généralistes.

Il existe ainsi une forte disparité régionale en fonction du type de professionnel santé qui intervient dans le centre pénitencier (tableau 2).

	Taux moyen en ETP pourvus pour 1 000 détenus	Taux régional le plus bas	Taux régional le plus élevé	Pourcentage de postes budgétés non pourvus
Médecins généralistes	3,37	1,76 (Martinique)	4,95 (Pays de la Loire)	5,50 %
Médecins spécialistes	0,53	0,16 (Guadeloupe)	1,09 (Picardie)	22 %
Dentistes	1,57	0,66 (Guadeloupe)	2,43 (Nord- Pas-de-Calais)	7 %
Infirmiers	14,84	10,22 (Basse- Normandie)	25,43 (Franche- Comté)	4 %
Kinésithérapeutes	0,45	0,08 (Centre)	1,08 (Nord- Pas-de-Calais)	23 %
Psychiatres	3,16	1,3 (Champagne- Ardennes)	6,94 (Guadeloupe)	16 %
Psychologues	5,22	2,26 (Pays de la Loire)	7,84 (Picardie)	7 %
Infirmiers psychiatriques	7,75	4,58 (Aquitaine)	15,69 (Alsace)	8 %

Tableau 2 : disparités régionales en personnels de santé exerçant en unités sanitaires en 2011 [5]

On peut noter qu'il existe un pourcentage non négligeable de postes prévus dans le budget alloué à la santé carcérale qui ne sont pas occupés.

On ne peut connaître le nombre exact des professionnels de santé travaillant en milieu carcéral car il s'agit en général de praticiens hospitaliers qui viennent y consulter parallèlement à leur consultation en milieu libre.

b. Organisation des établissements pénitentiaires français

Selon l'observatoire international des prisons, dans la section France, le pays comptait - au 1^{er} avril 2017 - 186 établissements pénitentiaires répartis en deux principales catégories selon les peines encourues par les détenus : les maisons d'arrêt et les établissements pour peine.

i. Directions interrégionales des services pénitentiaires (DISP)

Elles sont au nombre de neuf et vont avoir une mission d'administration, de gestion et de contrôle des services pénitentiaires de leur région [3].

Les sièges des DISP se situent à Bordeaux, Dijon, Lyon, Lille, Marseille, Paris, Rennes, Strasbourg et Toulouse. Il existe également une mission d'outre-mer.

Le directeur interrégional doit mettre en application les directives de l'administration pénitentiaire en les adaptant aux besoins des établissements et suivant sa région d'implantation. Les chefs d'établissements et les directeurs de services d'insertion et de probation sont ses assesseurs locaux.

ii. Etablissements pénitentiaires

Les établissements pénitentiaires se répartissent en 4 sous-types en fonction des peines et des prévenus qu'ils détiennent.

1. Maisons d'arrêt

Elles étaient au nombre de 91 au 1^{er} janvier 2015 et 42 « quartiers maison d'arrêt » [2]. Elles reçoivent les personnes placées en détention provisoire en attente de leur peine ou les personnes condamnées définitivement à une peine de moins de deux ans.

Elles abritent la majorité des détenus (68%) et sont les plus surpeuplées (occupation de 140%) [2].

2. Etablissements pour peine

Il en existe 88 en France. Ces établissements regroupent plusieurs types de régimes de détention sous la forme de « quartiers » : [2]

- **maisons centrales** : elles présentent une organisation et un régime de sécurité renforcée. Elles reçoivent les détenus aux plus longues peines, dangereux ou difficiles. Il existe 7 « quartiers maisons centrales » et 6 maisons centrales
- **centres de détention** : ils présentent un régime plus orienté vers la réinsertion. Il existe 25 centres de détention et 36 « quartiers centres de détention »
- **centres de semi-liberté** et **centres pour peine aménagée** : ils sont réservés aux personnes volontaires dont le reliquat de peine est inférieur à deux ans. Les centres de semi-liberté sont réservés aux personnes en liberté la journée devant regagner le centre en fin de journée. Il existe 11 centres de semi-liberté, 19 quartiers de semi-liberté et 9 quartiers pour peines aménagées.
- **centres pénitentiaires** : ils ont été construits ces dernières années. Ils rassemblent des unités relevant des maisons d'arrêt et des établissements pour peines. Il en existe 46 en France.

Il n'existe en France, qu'un seul établissement pénitentiaire réservé aux femmes situé à Rennes. Dans le reste de la France, elles sont détenues dans des « quartiers femmes » [2].

3. Etablissements spécialisés pour mineurs

Les détenus mineurs doivent être écroués soit dans des quartiers spécialisés dans les établissements pénitentiaires, soit dans des établissements pénitentiaires spécialisés pour mineurs (Circulaire du 21 février 2012 relative à l'orientation en établissement pénitentiaire des personnes détenues) ; il en existe six en France.

c. Organisation du système de santé carcéral

i. Aspects organisationnels

Il existait en France 217 unités de santé ou hospitalières réparties sur l'ensemble du territoire [1] : (figure 5)

- 175 unités sanitaires (US) en milieu pénitentiaire, soit une unité sanitaire dépendant de l'hôpital de proximité implantée dans chaque établissement
- huit unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) implantées dans les CHU pour les hospitalisations programmées de plus de 48h (dont une à Lille)

- un établissement public de santé national à Fresnes
- 26 services médicopsychologiques régionaux (SMPR)

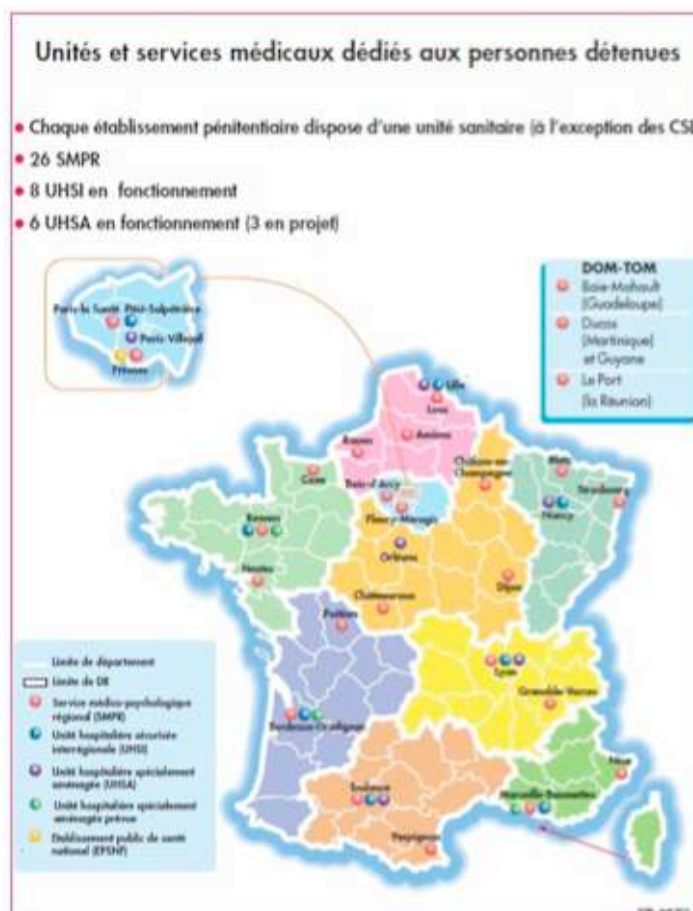


Figure 5 : Unités et services médicaux dédiés aux personnes détenues [6]

Le système de soins en milieu pénitentiaire se compose de deux dispositifs : l'un pour les soins somatiques (unité de consultation et de soins ambulatoires UCSA) et l'autre pour les soins psychiatriques (service médico psychologique régional : SMPR). Chacun est structuré en trois niveaux [7] :

- niveau 1 : consultations, prestations et activités ambulatoires.
- niveau 2 : soins requérant une prise en charge à temps partiel.
- niveau 3 : soins requérant une hospitalisation à temps complet.

Niveau 1 : consultations et actes externes somatiques et psychiatriques :

Elles vont être constituées d'un dispositif de soins somatiques (DSS), auparavant appelé unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) et/ou d'un dispositif de soins psychiatriques (DSP).

Ces dispositifs de soins vont assurer la prise en charge de l'ensemble des consultations de médecine générale et spécialiste ainsi que les soins dentaires.

L'éducation thérapeutique, la prévention et la mise en place de la continuité des soins à la sortie sont des missions communes aux deux dispositifs de soins.

Ces unités sanitaires sont rattachées à un établissement hospitalier de référence.

Niveau 2 : prise en charge à temps partiel :

Ces soins se déroulent en milieu hospitalier. Ils concernent les soins de chirurgie ambulatoire, les séances de traitement par chimiothérapie ou dialyse ainsi que les examens complémentaires irréalisables en milieu carcéral.

L'hospitalisation va se dérouler dans des services spécialisés avec une garde statique des forces de l'ordre.

Niveau 3 : hospitalisation à temps complet :

On peut distinguer pour ce type d'hospitalisation deux cas de figures : l'hospitalisation en chambre sécurisée et l'hospitalisation en unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI).

L'hospitalisation en chambre sécurisée se déroule dans les services hospitaliers de l'établissement médical de référence.

Ces hospitalisations n'excèdent pas 48 heures. Si l'hospitalisation doit se prolonger, le patient détenu sera alors transféré dans une UHSI.

L'hospitalisation en UHSI s'effectue dans l'un des huit établissements répartis sur le territoire français (figure 6).

L'administration pénitentiaire sera alors en charge de la sécurité des lieux.

Ces unités prennent en charge l'ensemble des hospitalisations sauf en cas d'urgence ou de courte période.

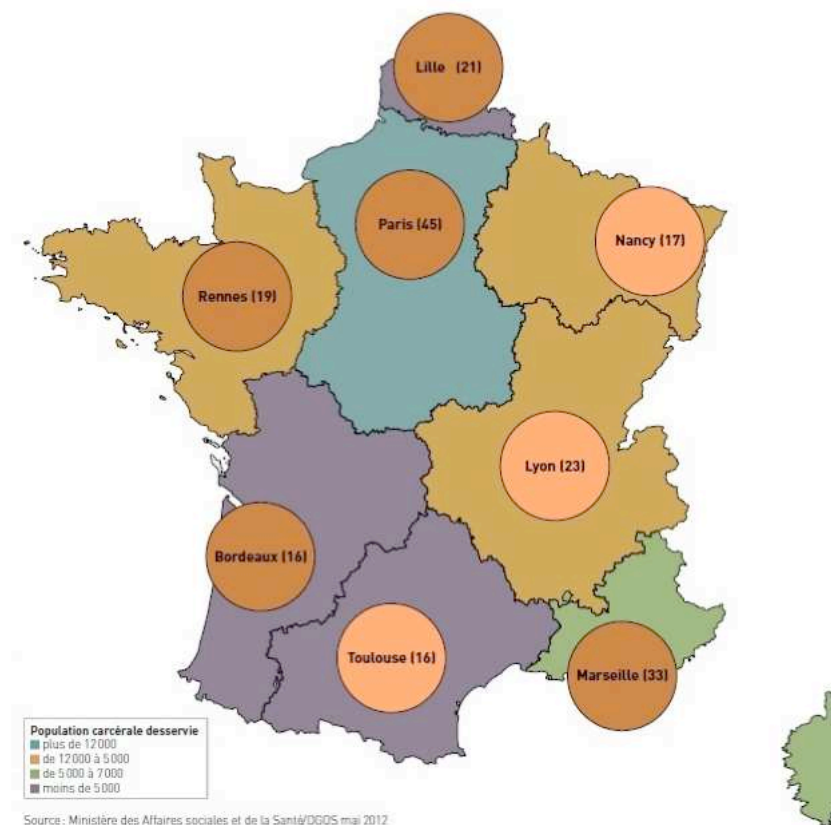


Figure 6 : localisation et (places disponibles) dans les 8 UHSI [7]

ii. Aspects législatifs et réglementaires

Depuis la loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, ce sont les pharmacies à usage intérieur (PUI) des hôpitaux référents de l'établissement pénitentiaire qui assurent la dispensation des produits pharmaceutiques au sein des unités sanitaires implantées en milieu carcéral.

Les PUI assurent la gestion, l'approvisionnement, la détention et la dispensation des médicaments aux patients détenus et/ou en rétention administrative.

Les prescriptions médicamenteuses sont assurées par une équipe médicale de médecine polyvalente [8].

Avant la loi n°94-43 du 18 janvier 1994, la préparation et la distribution des médicaments en milieu carcéral étaient à la charge des surveillants pénitentiaires.

Actuellement, la préparation est réalisée par les pharmaciens et les préparateurs hospitaliers. La distribution est effectuée par les infirmières du pénitencier. Cette dispensation peut être pluriquotidienne, quotidienne, pluri hebdomadaire, hebdomadaire, pluri mensuelle ou mensuelle. Elle est fonction de la situation du patient et de l'évaluation de son autonomie par le médecin.

Elle sera effectuée à l'unité sanitaire (US) ou en détention (même dans les quartiers disciplinaires et d'isolement). Si le patient reçoit directement ses médicaments dans sa cellule, l'infirmière doit être accompagnée par un surveillant [9].

Depuis cette loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, la santé des personnes détenues a été transférée au Ministère de la santé.

Elle repose sur trois principes fondamentaux :

- les personnes détenues sont, dès le début de leur incarcération, obligatoirement affiliées au régime général de l'assurance maladie.
- une unité sanitaire, ancienne unité de consultations et de soins ambulatoires, rattachée à un établissement de santé, est intégrée au sein de chaque établissement pénitentiaire.
- les cotisations sociales des détenus sont prises en charge par le Ministère de la justice.

La loi pénitentiaire n°2009-1436 du 24 novembre 2009 garantit aux personnes détenues un large accès à la prévention et à l'éducation sanitaire ainsi qu'une qualité et une continuité des soins équivalentes à la population non privée de liberté.

iii. Moyens de prévention

La santé publique prévoit trois niveaux de prévention :

Prévention primaire : elle a pour objectif d'éviter l'apparition des maladies, au travers de la promotion de la vaccination, des campagnes d'informations sanitaires ou de l'utilisation de matériels individuels de protection (préservatifs, trousse de réduction des risques des usagers des drogues...).

Prévention secondaire : son objectif est d'éviter l'aggravation ou le développement de troubles chez une personne déjà atteinte.

Prévention tertiaire : l'objectif est de prévenir les récurrences et complications – réduire les séquelles consécutives aux maladies – actions dans les domaines de la réadaptation, l'intégration et la réinsertion socio-professionnelle.

Ces différents stades de prévention peuvent être spécialisés à une infection particulière (tableau 3).

Maladie	Niveau d'intervention	Prévention primaire	Prévention secondaire	Prévention tertiaire
Hépatite C	Individu	Conseils de réduction des risques de la consommation de drogues pour prévenir la transmission du virus de l'hépatite C (VHC)	Dépistage de l'infection au VHC chez les patients ayant des antécédents d'usage de drogues par injection	Traitement du VHC pour guérir l'infection et prévenir la transmission
	Population	Prévention du VHC : programmes de lutte contre le partage de matériel chez les utilisateurs de drogues par injection, etc	Etablissement d'un système universel de dépistage du VHC dans les groupes à risque élevé	Semblable à la prévention primaire : contrôle serré des sites à risque élevé comme les salons de tatouage

Tableau 3 : Exemple de prévention primaire, secondaire et tertiaire ciblant des personnes et des populations [10]

iv. Etat de santé en prison

La dernière étude relative à l'état de santé des personnes incarcérées en France a été réalisée par la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistique) en 2003 et concernait les personnes détenues cette même année [11].

A l'entrée en prison, les personnes dont l'état de santé générale est qualifié de « bon » représentent 80% de la population carcérale. Moins de 2% étaient considérées comme étant en « mauvais état de santé ».

1. Accès aux soins

Plus de 50% des détenus avaient déclaré avoir eu recours à des soins dans l'année précédant leur incarcération. Pour la moitié de ces patients il s'agissait d'une simple consultation ou visite médicale.

Il a été démontré, selon cette étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques sur la santé des personnes incarcérées, que les détenus avaient moins recours au système de santé avant leur incarcération que le reste de la population.

2. Pathologies chroniques

Six pourcents de la population incarcérée étudiée était porteuse d'une pathologie chronique nécessitant des soins ou un traitement à poursuivre en prison.

Pour la majorité, il s'agissait d'asthme, de pathologies cardiovasculaires ou d'épilepsie.

3. Addictions en prison

Plusieurs études et publications ont permis de dénombrer les différentes addictions présentes en prison :

- 80% des personnes sont fumeuses ce qui correspond à une prévalence plus élevée que dans la population générale [12]. Selon l'INPES, le tabagisme régulier concerne 28% de la population générale.
- 31% des personnes avaient une consommation excessive d'alcool (5 verres/jour pour les hommes soit 40 à 60 gr d'alcool et 3 verres/jour pour les femmes soit 20 à 40 gr d'alcool) [13].
- 30% étaient consommateurs de cannabis,
- 7,7% étaient consommateurs de cocaïne,
- 6,5% étaient consommateurs d'héroïne,

- un peu plus de 5% utilisateurs de médicaments à visée toxicomaniaque.

d. Maladies infectieuses en milieu carcéral : panorama général

Les dernières données relatives aux maladies infectieuses présentes en prison ont été recueillies par l'étude PREVACAR DGS/InVS réalisée en 2010 sur la population carcérale française [14].

On retrouve une forte prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) à 4,2% pour la population carcérale versus 0,84% pour les données nationales [11].

Selon l'institut national de recherche et de sécurité (INRS), l'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) présente une prévalence de 0,36% pour la population générale et de 2,3% pour les personnes détenues [15].

L'infection par le VIH est 4,5 fois plus présente en prison qu'en milieu libre : 1,04% contre 0,23% pour la population générale.

A l'entrée en prison, le détenu se voit donc proposer un dépistage de ces trois infections. Celui-ci n'est pas obligatoire et reste anonyme s'il est réalisé.

En cas de refus et dans la moitié des pénitenciers, une proposition de diagnostic sera à nouveau formulée [14].

Calculé à partir des données de déclaration obligatoire, la tuberculose est 8 à 10 fois plus présente en prison (en 2009 : 91,6 pour 100 000 personnes détenues contre 8,2 pour 100 000 habitants d'incidence nationale) [16]. Cette forte prévalence s'explique notamment par la promiscuité et l'insalubrité qui peut exister dans certaines prisons.

2^{ème} partie : MALADIES

INFECTIEUSES EN PRISON

Dans cette seconde partie, nous allons présenter deux principales infections virales présentes en prison : l'infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et l'infection au virus de l'hépatite C (VHC).

Nous verrons par la suite les raisons, les tenants et les aboutissants d'une prise en charge spécifique d'un détenu infecté ainsi que les modes de prévention.

a. Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

Les années 80 ont vu la naissance d'un nouveau virus transmissible, synonyme de mort, de honte et de stigmatisation.

Malgré l'identification du virus en 1983, ce n'est qu'en 1996 que des thérapeutiques efficaces ont vu le jour. Cependant ces traitements lourds, contraignants et avec de nombreux effets indésirables ont renforcé l'image négative de cette nouvelle pathologie chronique.

L'éducation thérapeutique et le suivi des patients sont apparus comme évidents dans la prise en charge de cette infection. Ces deux moyens sont encadrés par une circulaire spécifique, la Circulaire DGS-R12/DHOS n°E2-238 du 15 juin 2007 et sont cités dans les mesures du Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2020-2014.

En quelques mois, le virus est devenu pandémique, c'est-à-dire présent sur tous les continents.

i. Définition et clinique

1. Définition

Le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) est un virus humain de la famille des *Retroviridae* genre *Lentivirus* (maladie à évolution lente). Il possède deux représentants : **VIH-1** découvert en 1983 et **VIH-2** découvert en 1986.

Ce virus mesure une centaine de nanomètres et est constitué (figure 7) :

- d'une enveloppe virale formée d'une double couche lipidique, présentant des glycoprotéines virales GP120 et GP41.
- d'une nucléocapside icosaédrique renfermant deux ARN simples brins identiques ainsi que des enzymes.

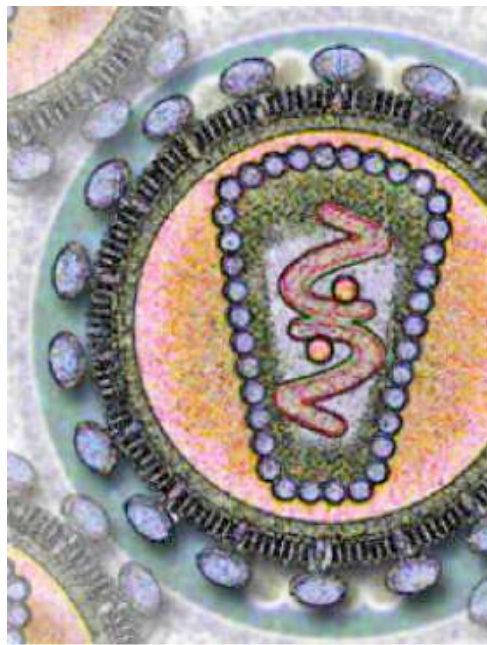


Figure 7 : Structure schématique du VIH [17]

Les principales cibles du virus vont être les lymphocytes T CD4+, les monocytes et macrophages, les cellules folliculaires dendritiques.

L'infection par le virus va se dérouler en trois phases successives (figure 8) :

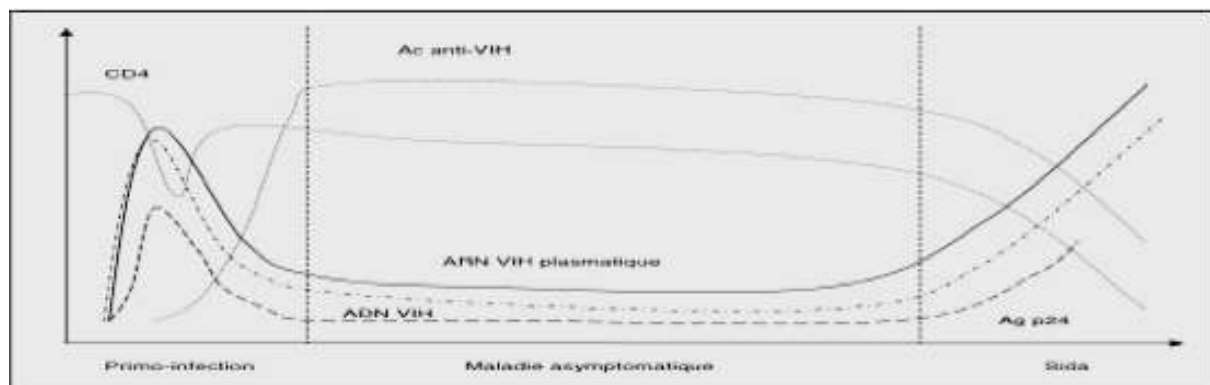


Figure 8 : l'histoire naturelle de l'infection par le VIH [18]

- 1) **La primo-infection** (dure quelques semaines) : elle fait suite à la contamination et est caractérisée par une multiplication fulgurante du virus (correspond à une augmentation de la charge virale) et par une destruction massive des cellules de l'immunité (cibles citées précédemment).
- 2) **La phase latente** (dure plusieurs années) : elle correspond à l'infection asymptomatique. L'organisme a réussi à organiser une réponse immunitaire efficace. Il s'agit d'une phase où le VIH et le système immunitaire sont en équilibre.
- 3) **La phase « SIDA »** (syndrome d'immunodéficience acquise) : il s'agit de la phase symptomatique, liée à la défaillance du système immunitaire. Elle se caractérise

par la survenue de pathologies opportunistes comme les mycoses, la toxoplasmose, la tuberculose, les infections à *herpes virus* ou encore les pneumocystoses. Ce sont ces infections qui vont conduire au décès de la personne.

2. Clinique

Du point de vue de la clinique lors de l'infection, on retrouve deux stades principaux : la primo-infection et la maladie SIDA.

La **primo-infection** sera asymptomatique dans 50% des situations avec, le cas échéant, de la fièvre, des adénopathies, des angines, des éruptions maculo-papuleuses ou vésiculeuses, des méningites voire des encéphalites ou un syndrome mononucléosique.

Au niveau biologique, on retrouve en fin de primo-infection une synthèse d'anticorps neutralisants dont les anticorps anti-p24, une remontée du taux de lymphocytes T CD4+ et une baisse de la quantité d'ARN viral plasmatique.

La **maladie SIDA** apparaît en moyenne au bout de 10 ans (en l'absence de traitement). Elle se caractérise par :

- un taux de lymphocytes T CD4+ inférieur à 200/m³.
- une quantification de l'ARN viral plasmatique élevée.
- la survenue d'infections opportunistes.

L'OMS a proposé une classification clinique en 4 stades de la maladie [19] :

Stade clinique 1 :

- patient asymptomatique.
- et/ou adénopathies persistantes généralisées.

Stade clinique 2 :

- perte de poids inférieure à 10% du poids corporel.
- et/ou manifestations cutanéomuqueuses mineures (dermite séborrhéique, ulcérations buccales récurrentes).
- et/ou zona au cours des cinq dernières années.
- et/ou infections récidivantes des voies respiratoires supérieures.

Stade clinique 3 :

- perte de poids supérieure à 10% du poids corporel.
- et/ou diarrhées chroniques inexplicables pendant plus d'un mois.
- et/ou fièvre prolongée inexplicable pendant plus d'un mois.
- et/ou candidose buccale (muguet).
- et/ou leucoplasie buccale.
- et/ou tuberculose pulmonaire pendant l'année précédente.
- et/ou infections bactériennes sévères (pneumopathies par exemple).

Stade clinique 4 :

- pneumocystose.
- et/ou toxoplasmose cérébrale.
- et/ou maladie de Kaposi.
- et/ou lymphome.
- et/ou mycobactériose atypique généralisée et plus généralement des affections graves.

Le patient ne va pas décéder du VIH mais des infections opportunistes que l'immunodéficience a permises.

ii. Epidémiologie générale et carcérale

Au niveau mondial et national, les données les plus récentes ont été recueillies par l'organisation Solidarité SIDA [20] en 2012.

1. Au niveau mondial

La pandémie de l'infection au VIH est la quatrième cause de mortalité. Elle entraîne le décès d'un million et demi de personnes chaque année.

Chaque jour, plus de 7 000 personnes se contaminent.

A ce jour, on dénombre 35 millions de malades dans le Monde dont 25 millions en Afrique subsaharienne (principal foyer de la maladie).

Au niveau européen, la France, l'Espagne et l'Italie sont les pays les plus touchés. Ces 3 pays avaient, en 2015, une prévalence de 0,4%. [21]

2. En France

Au niveau national, on compte 150 000 personnes séropositives [20].

On estime à 30 000 le nombre de personnes porteuses du virus sans le savoir malgré les 5,2 millions de tests VIH réalisés en 2012.

La région Ile de France est la plus touchée du territoire français (elle regroupe 43% des tests positifs).

En 2012, on a dénombré 6 400 nouvelles contaminations (chiffre stable depuis 2007) : 57% par rapports hétérosexuels et 42% par rapports homosexuels.

Grâce à la politique de réduction des risques, on observe beaucoup moins de contaminations chez les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDI).

3. En prison

Concernant la population carcérale, en 2017, la prévalence de l'infection est estimée à 2% soit 1400 détenus infectés [22].

Cette prévalence est associée au sexe féminin, à l'âge inférieur à 35 ans et à la non-scolarisation.

iii. Modes de transmission

Le risque de transmission est maximal au moment de la primo-infection mais la transmission est néanmoins possible à n'importe quel moment de l'infection [18].

Il existe trois principaux modes de transmissions :

- par **voie sexuelle** (principal moyen de transmission) : cela concerne tous les types de rapports non protégés (homo ou hétérosexuels). Le risque est de 1/1 000 à 1/10 000.
- par **voie sanguine** : pour les UDI, les accidents d'exposition au sang et la transfusion sanguine (risque plus important pour les transfusions antérieures à 1985).
- la **transmission mère-enfant** : le risque est néanmoins réduit à moins de 1% en cas de traitement bien suivi.

Les stratégies de prévention de cette infection passent donc par la promotion de l'utilisation des préservatifs et des aiguilles à usage unique pour les UDI, le suivi des femmes enceintes sous traitement ainsi que l'éducation thérapeutique des personnes atteintes que ce soit en milieu libre comme en milieu carcéral.

iv. Diagnostic

En France, la notification des cas est obligatoire mais reste anonyme [23].

Cette législation n'est pas suivie dans certains pays de l'Europe fortement touchés par la pandémie (Espagne et Italie).

Le diagnostic de l'infection VIH repose sur des analyses sérologiques (figure 9).

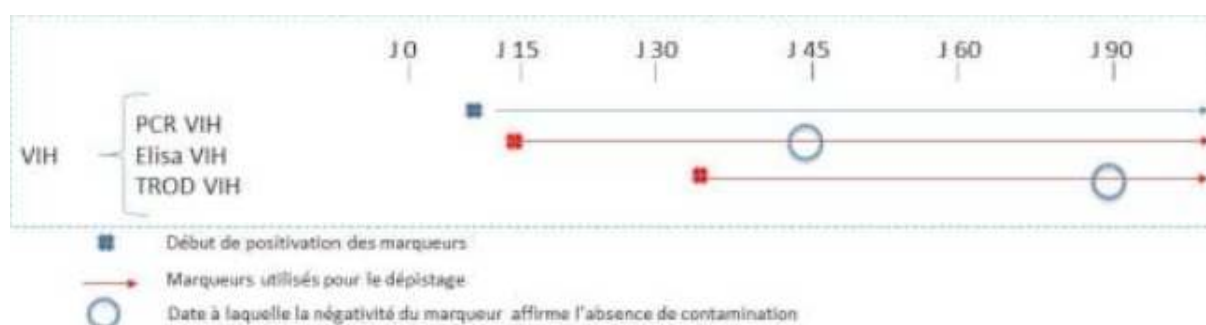


Figure 9 : Délai usuel d'apparition des marqueurs VIH [24]

Certains tests peuvent être réalisés dès la sixième semaine suivant le risque de contamination.

Les tests rapides d'orientation diagnostics (TROD) comme les autotest VIH disponibles en officine ne sont réalisables et interprétables que trois mois après le risque infectieux.

En laboratoire, on retrouve quatre tests diagnostics :

- **recherche d'anticorps anti-VIH par ELISA** à partir d'un échantillon de sang.
- **recherche d'anticorps anti-VIH par Western Blot** à partir du sérum.
- **recherche de l'antigène p24 par ELISA** (p24 est une protéine virale sécrétée dans le sang lors de l'infection et qui ne sera plus détectable une fois que les anticorps anti-p24 seront synthétisés). Il s'agit donc d'un marqueur de primo-infection.
- **quantification de l'ARN viral plasmatique** par une réaction en chaîne par polymérase en temps réel (PCR-RT) quantitative.

Le diagnostic est volontaire, prescrit par un médecin et les résultats sont communiqués de manière anonyme.

Les TROD peuvent être réalisés directement au domicile du patient mais tout test positif devra être confirmé par un test en laboratoire.

v. Traitements

Deux ans après la découverte du premier représentant du VIH en 1983, le premier antirétroviral était commercialisé. Il s'agissait d'un inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse, l'AZT. Dans les dix années qui ont suivi, de nouveaux moyens thérapeutiques ont été découverts permettant d'atteindre à ce jour plus de vingt antirétroviraux (figure 10).

La principale difficulté pour le suivi de la prise en charge de cette pathologie est le nombre de comprimés et de prises par jour.

Pour remédier à ce problème, les entreprises pharmaceutiques ont créé des associations médicamenteuses permettant de réduire le nombre de comprimés par prise.

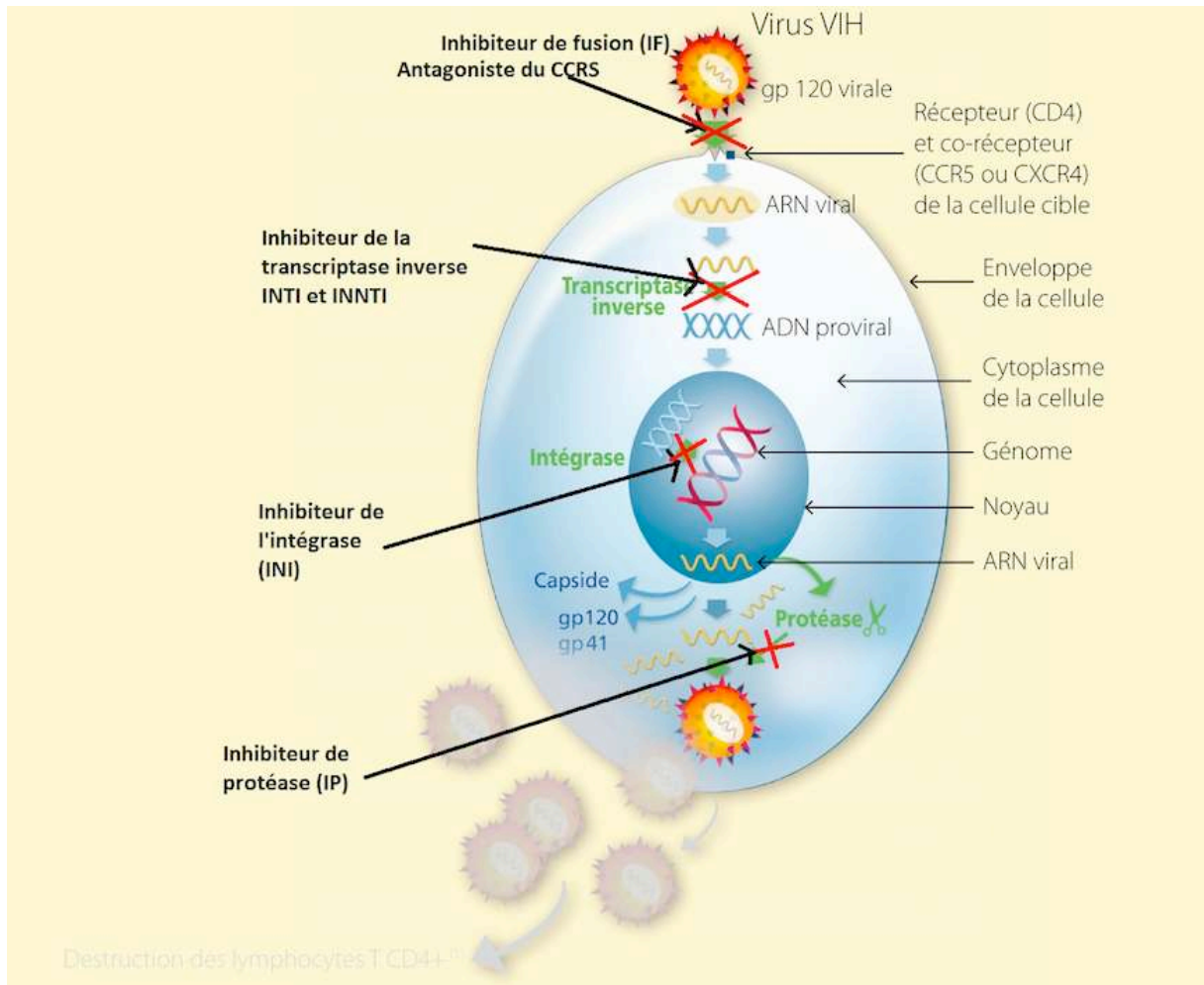


Figure 10 : Action des traitements sur le cycle du virus

Le tableau 4 récapitule les différentes classes pharmacologiques d'antirétroviraux ainsi que leur moyen d'action et les molécules associées commercialisées.

Classes pharmacologiques	Mode d'action	Molécules commercialisées
Inhibiteurs nucléosidiques / nucléotidiques de la transcriptase inverse (INTI) 1 ^{ère} classe de médicaments commercialisée en 1985	Empêche la synthèse de l'ADN proviral à partir de l'ARN viral	Zidovudine RETROVIR Lamivudine EPIVIR Emtricitabine EMTRIVA Didanosine VIDEX Stavudine ZERIT Abacavir ZIAGEN Ténofovir (analogue nucléotidique)
Inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (INNTI)		Efavirenz SUSTIVA Nevirapine VIRAMUNE Etravirine DIRANUVIR Delavirdine RESCRIPTOR
Inhibiteur de la protéase (IP) Commercialisé en 1996	Inhibe l'action de la protéase virale qui effectue le découpage et l'assemblage des protéines virales. On obtient ainsi des virions incapables d'infecter de nouvelles cellules	Amprenavir AGENERASE Tipranavir APTIVUS Indinavir CRIXIVAN Saquinavir/Ritonavir INVIRASE Fosamprenavir/Ritonavir TELZIR Ritonavir NORVIR Darunavir PREZISTA Atazanavir REYATAZ Nelfinavir VIRACEPT Lopinavir/Ritonavir KALETRA
Inhibiteur de l'intégrase (INI)	Bloque l'action de l'intégrase donc empêche le génome viral de se lier à celui de la cellule cible	Raltégravir Elvitégravir
Inhibiteur de fusion (IF)	Bloque des protéines de surface du VIH	Enfuvirtide FUZEON
Inhibiteur d'entrée (anti-CCR5)	Perturbe les co-récepteurs des cellules cibles par le VIH	Maraviroc CELSENTRI

Tableau 4 : Ensemble des traitements antirétroviraux

Le ritonavir est utilisé dans les associations comme potentialisateur pharmacocinétique.

b. Virus de l'hépatite C (VHC)

i. Définition et clinique

1. Définition

Le virus responsable de la maladie hépatite C est un agent infectieux de la famille des *Flaviviridae* et du genre *Hepacivirus*.

Il s'agit d'un virus enveloppé mesurant environ 60 nanomètres de diamètre.

Il est composé (figure 11) :

- d'une enveloppe lipidique.
- d'une capsidie protéique.
- d'un génome viral composé d'une molécule d'ARN simple brin.

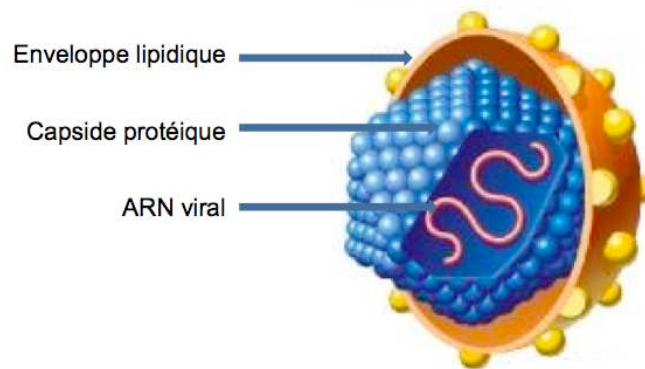


Figure 11 : Structure schématique du virus de l'hépatite C [17]

Il existe au total 6 génotypes différents du virus.

Ces virus entraînent une forme d'hépatites des plus graves.

Cela engendre une atteinte chronique du foie à fort risque de complications graves.

2. Clinique

Sur le plan clinique, la maladie est le plus souvent asymptomatique et peut évoluer vers la chronicité et conduire à une cirrhose et un cancer du foie [25].

La période d'incubation est de 2 semaines à 6 mois.

La grande majorité des individus (80%) sont asymptomatiques.

S'il existe une symptomatologie aigüe, on retrouve de la fièvre, de la fatigue, une baisse d'appétit, des nausées, des vomissements, des douleurs abdominales, une coloration sombre des urines, une coloration grisâtre des fèces, des douleurs articulaires et/ou un ictère [26].

ii. Epidémiologie générale et carcérale

1. Au niveau mondial

Au niveau mondial, on estime à 120 à 130 millions de personnes atteintes par le virus de l'hépatite C ce qui correspond à 2,2 à 2,4% de la population mondiale [24].

La prévalence la plus élevée correspond à l'Afrique avec 5,3% de la population atteinte et la plus faible en Europe avec 1,03%. [24]

2. En France

En 2014, on dénombrait 367 000 personnes malades soit 1,2% de la population. Les deux tiers des personnes étaient virémiques (présence du virus dans le sang donc contamination possible pendant cette période). Près de 57% des personnes connaissaient leur statut virologique.

Le VHC a causé plus de 2 700 décès pour l'année 2014 parmi lesquels 15% avait une co-infection VIH [27].

3. En prison

Concernant la population carcérale, on dénombre 8,15% de détenus porteurs du VHC (11,8% de femmes et 4,5% d'hommes). Dans 20% des cas, il s'agit d'un dépistage effectué au cours de l'incarcération [28].

iii. Modes de transmission

La transmission du VHC s'effectue essentiellement par voie sanguine.

La contamination par voie sexuelle est très faible et ne concerne que les personnes ayant des partenaires multiples et/ou co-infectés par le VIH.

Le risque de transmission mère-enfant est négligeable (de l'ordre de 5%) et n'est possible que si le VHC est détectable dans le sang de la mère au moment de l'accouchement.

La principale voie de contamination actuelle est le partage de matériels pour les usagers de drogues (seringues pour les injections mais aussi les pailles pour le sniffing, les compresses ou pansements).

En effet, et notamment en détention, des usagers de drogues pillent du verre qu'ils mélangent à leur drogue de sniffing. Ainsi le verre crée des microcoupures au niveau de la muqueuse nasale afin que la substance agisse plus rapidement et avec un maximum d'effet. Des gouttelettes de sang sont ainsi présentes sur la paroi de la paille et peuvent

contaminer un autre utilisateur.

La transmission par la transfusion sanguine tout comme par les piercings et tatouages anciennement établie est aujourd'hui anecdotique même si elle est encore présente en détention.

iv. Diagnostic

Le dépistage peut être réalisé sur prescription ou directement dans un Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CEGIDD).

Il est basé sur la détection d'anticorps anti-VHC produits spécifiquement par le système immunitaire.

Si elle est positive, on procèdera à un dosage sérique de la charge virale dans le sang. S'il est supérieur à 15 UI/mL, la personne est atteinte d'une hépatite C active.

S'il est inférieur à 15 UI/mL, l'hépatite C est inactive ou le patient est guéri de l'hépatite C.

Les anticorps apparaissent deux à trois mois après le contact avec le virus. Ils seront dosables grâce à une sérologie.

S'il y a une suspicion d'une hépatite C aiguë, la réaction en chaîne par polymérase (PCR) VHC se positive au bout de 15 jours.

Les diagnostics requièrent trois mois d'attente tout comme les tests rapides VIH vu précédemment (figure 12).

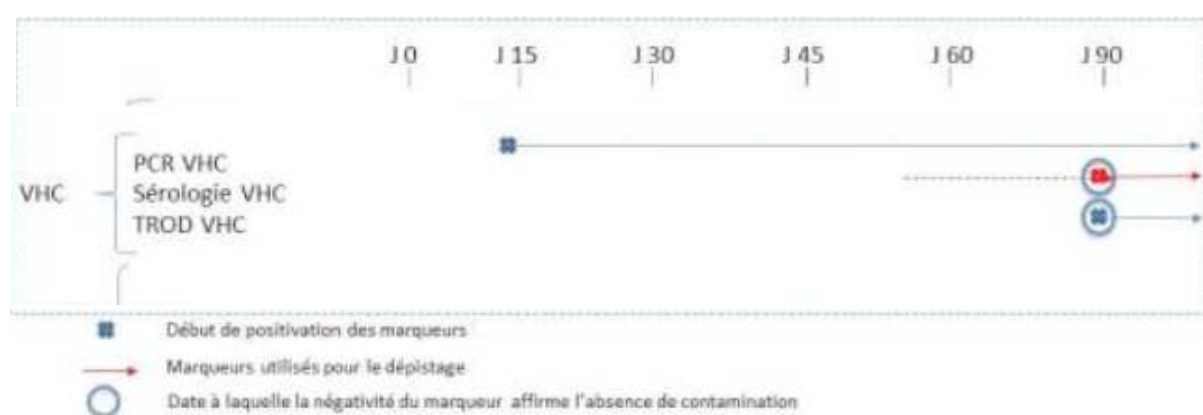


Figure 12 : Délai usuel des d'apparition des marqueurs VHC [24]

Un bilan médical évaluant l'état de santé du foie est nécessaire pour orienter la prise en charge du patient.

Il comprend un dosage biologique des enzymes hépatiques (ALAT) ainsi qu'une évaluation de la fibrose hépatique par biopsie et/ou par une méthode non invasive (élastométrie ou test sérique de fibrose).

Le dépistage VHC est préconisé pour les patients ayant un ou plusieurs facteurs de risques [24] [26] :

- les personnes ayant reçu un produit sanguin stable avant 1988, ou un produit sanguin labile avant 1992 ou une greffe de tissu, de cellules ou d'organes avant 1992 ;
- l'utilisation de drogues par injection ou par voie nasale ;
- les enfants nés de mères infectées par le VHC ;
- les personnes dont le partenaire sexuel est infecté par le VHC ;
- les personnes infectées par le VIH ;
- les prisonniers ou ayant été incarcérés dans le passé ;
- les personnes tatouées ou portant un piercing ;
- les personnes hémodialysées ;
- les personnes ayant été exposées à des actes de soins intensifs avant 1997 ;
- les personnes ayant vécu ou reçu des soins dans des pays de forte prévalence du VHC (Asie du Sud-Est, Moyen-Orient, Afrique, Amérique du Sud) ;
- les personnes chez lesquelles on retrouve des valeurs ALAT élevées sans cause connue.

v. Traitements

Certains patients n'ont pas besoin de traitement car leur système immunitaire arrive à éliminer le virus.

Pour les autres patients, l'objectif du traitement est d'éradiquer le virus pour permettre au foie de se régénérer afin d'obtenir une régression partielle de la fibrose.

Il est nécessaire de débiter les traitements avant l'apparition des symptômes résultant de la fibrose du foie.

Avant 2010, le traitement de référence se basait sur deux molécules : **l'interféron pégylé** et la **ribavirine**.

Ils étaient administrés pendant 24 à 48 semaines et ne permettaient la guérison que de 40% des patients. Pour les autres patients, cette bithérapie n'était pas efficace, mal tolérée ou difficile à suivre sur la durée. Aucun traitement n'était alors proposé en alternative à ces patients.

En 2010, une meilleure connaissance du virus a permis de voir apparaître deux nouvelles molécules : le **télaprévir** et le **bocéprévir**. Associés aux thérapeutiques anciennes, elles permettaient la guérison de 70% des personnes traitées.

En 2014, de nouveaux traitements ont été élaborés permettant de réduire les effets indésirables et d'atteindre un taux de guérison de 90 à 95% en moins de 12 semaines de traitements. Ils peuvent être combinés entre eux mais sans être associés à la bithérapie de référence mal tolérée.

Les deux premières molécules disponibles sont le **sofosbuvir** et le **siméprévir**.

Aujourd'hui plus de vingt spécialités sont commercialisées (tableau 5).

SPECIALITES	MOLECULES PRESENTES	TYPES D'ACTION
VIEKIRAX	Ombitasvir 12,5mg Paritaprévir 75mg Ritonavir 50mg	Combinaison d'action
HARVONI	Lédipasvir 90mg Sofosbuvir 400mg	
EXVIERA	Dasabuvir 250mg	Inhibiteur protéique de NS5B
SOVALDI	Sofosbuvir 400mg	
EPCLUSA	Sofosbuvir 400mg Valpatasvir 100mg	
DAKLINZA	Daclatasvir 30mg et 60mg	Inhibiteur protéique de NS5A
ZEPATIER	Elbasvir 50mg Grazoprévir 100mg	
COPEGUS	Ribavirine 200mg et 400mg	Analogue nucléosidique
OLYSIO	Siméprévir 150mg	Inhibiteur protéique de NS3/4A

Tableau 5 : Ensemble des traitements anti-VHC

Le point noir de ces traitements est leur prix qui est très élevé.

Jusqu'en mai 2016, concernant la population carcérale, seules les personnes porteuses chroniques d'une hépatite C avec une fibrose avancée étaient éligibles au traitement.

Depuis cette date, tous les détenus infectés par le VHC avec une charge virale positive peuvent être traités, quelque soit le niveau de fibrose du foie.

c. Prise en charge spécifique du patient détenu

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

i. Pourquoi une prise en charge spécifique

Dans la majorité des cas, la population carcérale est définie comme précaire pour de multiples raisons.

D'une part par la promiscuité régnant dans les établissements pénitentiaires qui sont surpeuplés (137,9% d'occupation au 1^{er} janvier 2017) [1] et qui entraîne un manque d'hygiène et d'intimité à l'intérieur des cellules.

La précarité de la population carcérale s'explique également par la faible couverture sociale des patients incarcérés : 13% d'entre eux sont sans couverture sociale.

En milieu pénitentiaire, on retrouve une forte proportion d'UDI (varie de 15 à 50% suivant les établissements) avec une prévalence VHC importante.

Les autres addictions notamment à l'alcool (qui altère de surcroît la fonction hépatique) sont à tenir compte.

D'un point de vue épidémiologique, on peut noter la proportion d'une population migrante venant de région de forte endémie pour le VIH et le VHC (notamment d'Afrique sub-saharienne) [2].

La nécessité d'une prise en charge spécifique des détenus peut également s'expliquer par la prévalence du VHC qui est cinq fois plus présente en milieu carcéral comparativement à la population générale : elle est de 11,8% chez les femmes et de 4,5% chez les hommes [28].

Pour plus de 50% des cas, la PCR est positive ce qui atteste de la chronicité de la maladie.

Dans de nombreux établissements, le programme de réduction des risques est encore insuffisamment développé ce qui ne permet pas de limiter le nombre de nouvelles infections.

La prise en charge spécifique réside également dans le fait que les patients atteints par ces pathologies chroniques sont en général peu observants. L'observance des traitements peut être résumée en trois mots : « vouloir » - « pouvoir » - « savoir » :

- « vouloir » : la notion de motivation est essentielle.
- « pouvoir » : il faut un environnement favorable à la prise du traitement.
- « savoir » : la compréhension du traitement et des aboutissants est nécessaire à la continuité du traitement.

ii. Dépistage et annonce de la maladie

L'incarcération pourrait apparaître comme un temps « privilégié » de diagnostic et de traitement de l'infection au VIH et du VHC, notamment chez les toxicomanes : rupture avec le milieu de vie habituel, accès aux soins facilité, bilan biologique et morphologique plus facilement accessibles [29].

1. Proposition de dépistage à l'entrée

Le dépistage précoce de ces infections présente un avantage tant individuel que collectif. Il permet ainsi une prise en charge rapide de la personne infectée ce qui améliore la durée et la qualité de vie du détenu. De plus, il permet une réduction des pratiques à risques et une diminution de l'infectivité sous traitement.

Il persiste néanmoins dans les prisons françaises un retard de diagnostic chez près d'un tiers des patients porteurs du virus [14].

A l'entrée en détention, un certain nombre de dépistage sont proposés aux détenus [24]:

- maladies vénériennes :
 - o VIH.
 - o VHC.
 - o VHB.
 - o syphilis.
 - o herpès génital.
 - o urétrite à Chlamydia.
- tuberculose.

Selon l'étude PREVACAR de 2010 [14], 93% des UCSA proposent systématiquement le dépistage pour les infections au VIH, VHB et VHC à l'entrée en détention.

Seuls 9 établissements en France ne proposent pas de dépistage systématique de ces 3 virus : quatre accueillent des détenus venant de maisons d'arrêt qui se sont déjà vu proposer un dépistage et les cinq autres disposent d'une antenne de Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG).

Une antenne de CDAG existe dans un tiers des établissements pénitentiaires [30].

Suite à un premier refus de dépistage à l'entrée en prison, 52% des unités sanitaires proposent un second dépistage [14].

2. Organisation du dépistage en milieu carcéral

Depuis la circulaire DGS/DH/DSS n°98-423 du 9 juillet 1998 relative aux missions et aux objectifs des consultations de dépistage anonyme et gratuit ou de dépistage gratuit du virus de l'immunodéficience humaine, les antennes de CDAG ont reçu la mission de dépister les hépatites en complément des dépistages de l'infection au VIH qu'elles effectuaient déjà.

Il doit ainsi exister une étroite collaboration entre le médecin du CDAG et de l'UCSA. Cependant en cas de résultat positif, le médecin de l'UCSA ne pourra être informé de l'état d'infection du détenu qu'après consentement de ce dernier. Cela permet de garantir le secret médical dû à toute personne.

Cette communication est effective dans 66% des cas [14].

Dans la majorité des cas, les antennes de CDAG assurent une permanence hebdomadaire dans les centres d'incarcération (que ce soit des centres pénitentiaires, des maisons d'arrêt, des centres de détention ou des maisons centrales).

D'après l'étude PREVACAR, la présence d'une antenne de CDAG est en corrélation avec des consultations spécialisées plus fréquentes :

- 72% des établissements avec CDAG ont une consultation VIH au sein de l'UCSA vs 44% s'il n'y a pas de CDAG.
- 69% vs 52% pour les consultations d'hépatologie.

Selon la Circulaire DGS/DH n°99/999 du 21 mai 1999, pour les infections hépatiques virales, les textes prévoient que la découverte de la séropositivité au VHC implique un bilan biologique pouvant conduire à la réalisation d'une ponction biopsie hépatique (PBH) et la mise sous traitement.

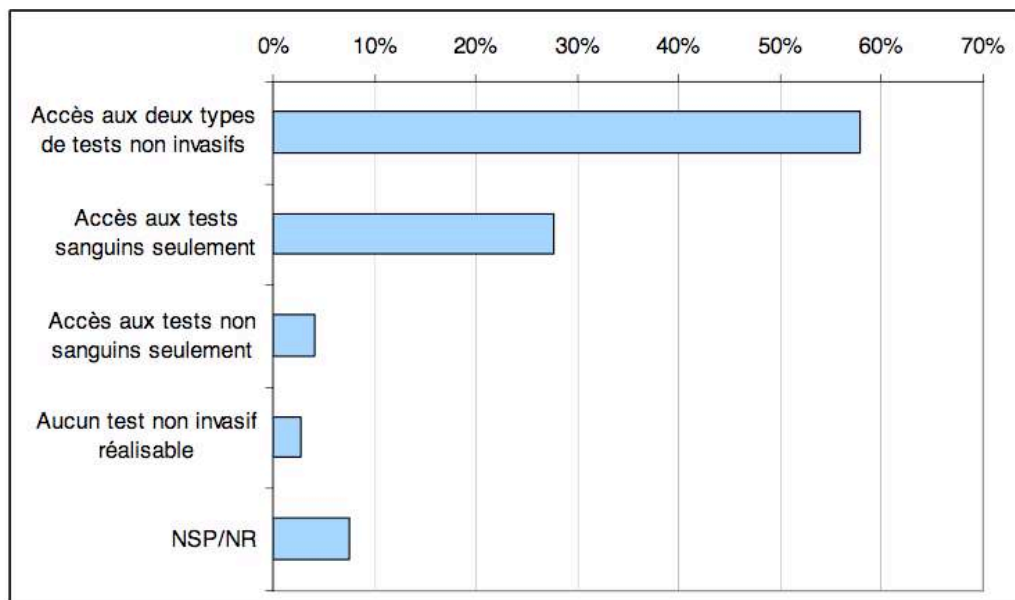
Le dépistage et la remise du résultat ; positif ou négatif ; sont des occasions importantes d'évoquer avec le patient ses conduites à risques et de lui prodiguer les conseils et l'éducation thérapeutique appropriés.

En cas de sérologie virale C positive ou douteuse, il est recommandé depuis 2005, le couplage systématique du test de contrôle avec la détection de l'ARN viral, ce qui permet au médecin d'orienter plus rapidement les patients soit vers une simple surveillance soit vers une prise en charge par un spécialiste en vue d'un suivi et d'un éventuel traitement. La réalisation des deux tests simultanés en milieu carcéral serait plus pertinente du fait de la courte durée d'incarcération d'une partie de la population et des bénéfices d'une prise en charge rapide.

La recherche systématique de l'ARN du VHC par une PCR n'est pourtant réalisée que dans 50% des UCSA.

Plusieurs UCSA ont déclaré avoir maintenant recourt à des tests sanguins (Fibrometre*, Fibrotest*/Actitest*, Hepascore*...) et non sanguins (élastométrie/Fibroscan*, ...).

90% des établissements ont accès à au moins une des deux méthodes non invasives d'évaluation de la fibrose hépatique et 58% ont accès aux deux méthodes (figure 13).



NSP : Ne sait pas, NR : Non réponse

Figure 13 : Accès aux tests non invasifs d'évaluation de la fibrose hépatique [14]

Concernant l'infection par le VIH, il existe une consultation spécialisée dans 52% des UCSA.

On peut noter une corrélation entre les places disponibles dans l'établissement et les consultations spécialisées (81% des établissements hébergeant plus de 500 détenus vs 32% ceux hébergeant moins de 150 détenus) et lorsqu'il existe une antenne CDAG (72% vs 43%).

Le plan stratégique 2010-2014 « politique de santé pour les personnes sous main de la justice » prévoit dans sa mesure 10.3, le développement de la télémédecine pour faciliter l'accès aux soins et aux examens disponibles seulement à l'extérieur.

3. Annonce de la maladie

Le patient, qu'il soit détenu ou en milieu libre, doit avoir une totale connaissance de son état de santé afin de prendre, avec son médecin, les meilleures décisions concernant sa santé. Ces dispositions ont été reprises dans la Charte européenne du malade usager de l'hôpital [31] de 1979.

L'annonce s'effectue entre le médecin et le détenu avec appui des résultats sanguins effectués à l'entrée en détention.

En cas de résultats douteux, aucun résultat ne sera communiqué sans confirmation du diagnostic sur une seconde batterie de tests.

iii. Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) et choix de traitement

Chez certains patients atteints d'hépatite C, une RCP est nécessaire à la mise en place d'un traitement par antiviral.

Ces réunions sont réservées aux patients (recommandations en vigueur au centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Lille) :

- « en échec d'un premier traitement par antiviraux d'action directe.
- insuffisants rénaux (si le débit de filtration glomérulaire est inférieure à 30 mL/min), hémodialysés chroniques ou transplantés rénaux.
- ayant une cirrhose grave, compliquée MELD supérieur à 18 ou avec facteurs d'aggravation ou ayant des antécédents de cirrhose grave.
- en pré ou post-transplantation hépatique.
- ayant un carcinome hépatocellulaire ou un antécédent de carcinome hépatocellulaire.
- co-infectés par le VIH, le VHB ou un autre virus à tropisme hépatique.
- dont l'état de santé ou le traitement peuvent interférer avec la prise en charge de l'hépatite C ».

Selon les recommandations en vigueur au CHRU de Lille, du fait des nombreux effets indésirables et pour des soucis d'éthiques, plus aucun patient ne reçoit de traitement de première génération soit l'interféron pégylé et la Ribavirine. Les antiviraux directs de première génération (le Télecprévir et le Bocéprévir) ne sont plus recommandés par l'OMS pour les mêmes raisons que citées précédemment.

L'OMS recommande d'établir un diagnostic des consommations en alcool afin de proposer une intervention en ce sens et de trouver la meilleure thérapeutique possible. L'organisation préconise que tous les patients atteints d'une hépatite C soient traités avec des schémas thérapeutiques comprenant des antiviraux à action direct (AAD), à l'exception de quelques groupes spécifiques pour lesquels les schémas à base d'interféron pourront encore être employés (en tant que schémas alternatifs chez les patients infectés par un virus de génotype 5 ou 6 et ceux porteurs d'un virus du génotype 3 et d'une cirrhose).

iv. Education thérapeutique du patient (ETp)

Selon la loi de 1994 relative à la santé carcérale, il est du devoir des UCSA de promouvoir la prévention et l'éducation pour la santé des personnes incarcérées.

Cependant ces missions peuvent être altérées par les courtes durées d'incarcération, les contraintes d'organisation de petits groupes de détenues, l'implication de partenaires internes et externes à l'établissement et le manque d'outils de référence.

Près de 75% des UCSA indiquent organiser des actions de sensibilisation et de prévention à l'infection au VIH et au VHC [14].

L'éducation thérapeutique a été décrite pour la première fois par l'OMS en 1996 et

traduite en français en 1998. On retient l'idée que « l'éducation thérapeutique vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider à comprendre leur maladie et leur traitement (...), de les aider à améliorer leur qualité de vie » [32].

Enfin la loi « Hôpital Patient Santé Territoire » (HPST) de 2009 précise que « l'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle n'est pas opposable au malade et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie » [33].

L'éducation thérapeutique implique le malade et donc le détenu en tant qu'acteur de sa santé.

La mise en place de ce type d'intervention requiert des compétences particulières de la part de la personne infectée. Les huit compétences à acquérir ont été décrites par les acteurs et sont représentées dans la figure 14.

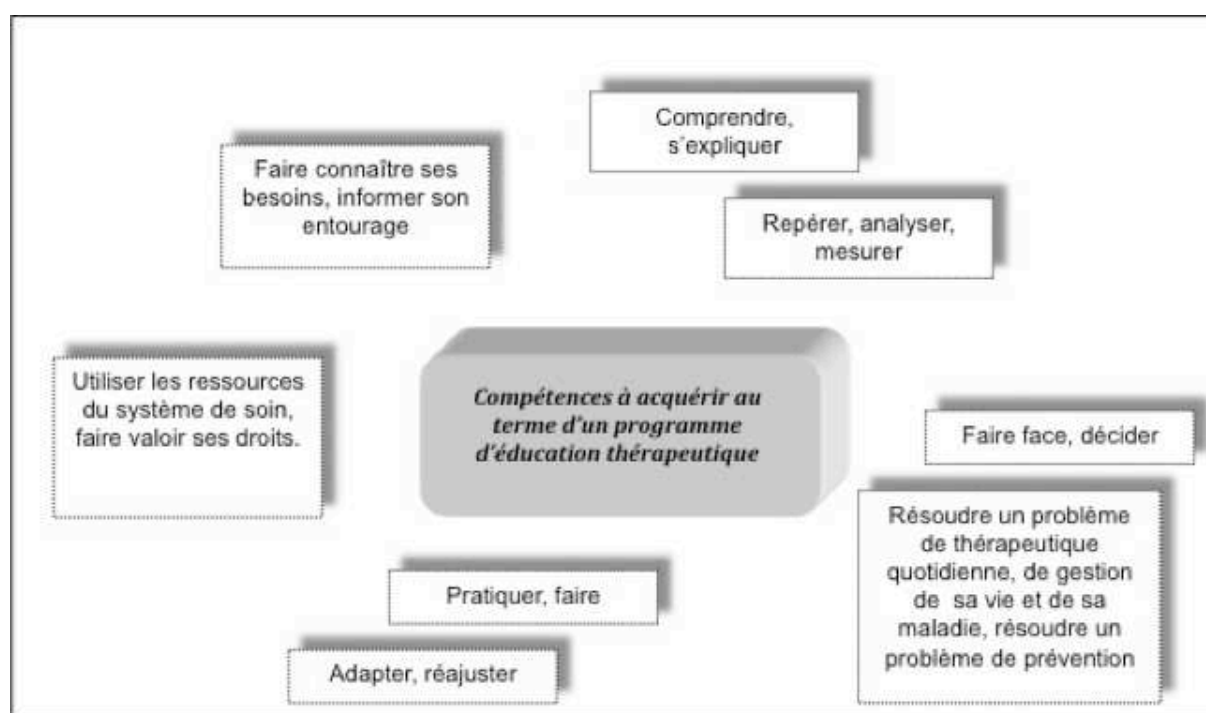


Figure 14 : Compétences à acquérir par le patient en éducation thérapeutique [34]

Cette ressource pédagogique nous permet d'organiser l'ETp selon une approche systémique en 4 étapes (figure 15) :

- 1^{ère} étape : elle correspond à l'identification des besoins. Cela nous permet de poser un **diagnostic éducatif** afin d'identifier les besoins du détenu selon trois composantes : pédagogiques, psychosociales et biomédicales. Il s'agit d'une étape incontournable qui va conditionner l'efficacité du programme d'ETp.
- 2^{ème} étape : elle correspond au listing des compétences à acquérir par le détenu. Elles doivent être réalistes et pertinentes. Elle comprend également la formulation d'un accord moral entre le patient et les éducateurs : c'est le **contrat d'éducation**. Il renforce ainsi l'alliance thérapeutique entre les différentes parties.
- 3^{ème} étape : c'est la **mise en œuvre du programme** d'éducation selon les méthodes pédagogiques et les techniques mises au point. Elles doivent être pertinentes, respecter les principes de l'apprentissage et être facilement applicables. Cela peut se passer en séances individuelles ou collectives.
- 4^{ème} étape : il s'agit de **l'évaluation**. Elle doit être objective et ne pas être influencée par les éducateurs. Son principal enjeu est l'actualisation du diagnostic éducatif.

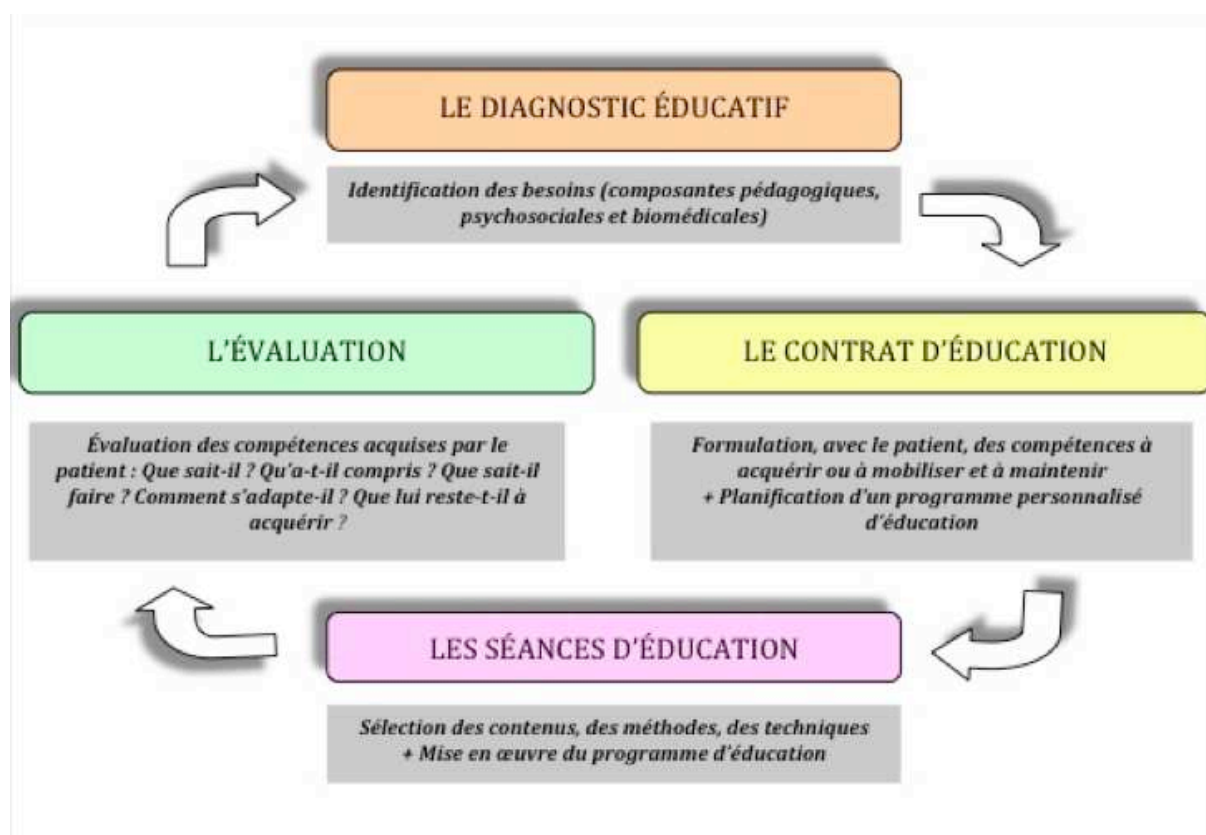


Figure 15 : Approche systémique de l'éducation thérapeutique [34]

Cette éducation thérapeutique sera à coupler avec l'observance du patient qui passe par une adhésion au traitement pendant son incarcération mais également au moment de sa sortie.

v. Continuité des soins à la sortie

Le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues insiste sur [35] :

- **la préparation du suivi médical** après la détention pour favoriser l'accès aux soins des personnes détenues après leur sortie. Le but est de les inciter à prendre en charge leurs problèmes de santé après l'incarcération.
- **l'organisation du suivi médical après la libération.** Avant sa libération, le détenu est reçu par un médecin de l'UCSA. Celui-ci rédige une lettre pour le médecin de son choix avec les éléments nécessaires à la suite de sa prise en charge et, le cas échéant, une ordonnance ainsi que des médicaments sont délivrés. Le greffe de l'établissement pénitentiaire remet à chaque personne détenue libérée un document rédigé par le service hospitalier lui permettant de connaître ses droits en matière d'accès aux soins.

Il existe cependant une discontinuité des soins à la sortie du détenu. Celle-ci doit être diminuée par la mise en place de procédure formalisée par les établissements pénitentiaires : plus de la moitié des UCSA ont mis au point ces procédures pour l'infection au VIH (52%) et pour les hépatites (52%) [14].

La présence de consultations spécifiques pour le VIH et les hépatites influencent positivement la mise en place de ces procédures (70% avec vs 35% sans).

L'existence d'une permanence associative influence à moindre mesure ces procédures (65% avec vs 49% sans).

d. Moyens de prévention en détention et à la sortie du détenu

En résumé, la prévention – qu'elle soit effectuée en milieu carcéral ou libre – s'articule autour de trois niveaux :

- primaire : cela correspond aux politiques de santé publique.
- secondaire : il s'agit de la réduction des risques.
- tertiaire : ce sont les soins apportés aux personnes infectées pour éviter la propagation de la pathologie.

Les organismes prévoient ainsi des procédures pour les infections spécifiques aux virus comme pour les autres pathologies chroniques ou aiguës.

i. Prévention prévue par l'OMS pour le VHC

Dans son dernier rapport sur la prise en charge des patients atteints ou susceptibles d'être atteints par l'hépatite C, l'OMS prévoit deux niveaux de prévention [26].

Prévention primaire : il n'existe pas à ce jour de vaccin contre l'hépatite C donc la prévention va passer par la réduction des risques d'exposition au virus dans les établissements de soins et parmi les populations exposées à un risque accru.

Voici une liste non exhaustive des mesures :

- hygiène des mains, préparation des mains avant une intervention chirurgicale et usage de gants stériles à usage unique.
- usage sûr et approprié des injections dans le milieu de soins.
- manipulation et élimination des objets tranchants et piquants.
- proposition aux UDI de services complets visant à réduire les effets nocifs des injections, notamment le matériel d'injection stérile.
- formation du personnel carcéral et médical.
- promotion de l'usage correct et régulier des préservatifs.

Prévention secondaire et tertiaire : dans le cas des personnes infectées par le virus de l'hépatite C, l'OMS recommande de :

- les informer des possibilités de soins et de traitements et de les conseiller.
- les vacciner pour les hépatites A et B pour éviter une co-infection par les virus correspondants et protéger le foie.
- les prendre en charge médicalement de manière précoce et appropriée, notamment par des antiviraux.
- les surveiller régulièrement en vue d'un diagnostic précoce des maladies hépatiques chroniques.

ii. Moyens de prévention

Des conventions entre la Direction de l'administration pénitentiaire, la direction générale de la santé (DGS) et des associations phares (Sidaction, Aides) ont pour principale mission le soutien psychologique, méthodologique et/ou financier pour le développement de programmes de lutte contre le VIH et les hépatites en milieu carcéral. Un quart des établissements pénitenciers bénéficient d'une permanence associative. Cette proportion évolue avec la taille de l'établissement. [14]

1. Textes et réglementations sur l'accès à la prévention et aux outils de réduction des risques

Le Code de la santé publique modifié par la loi n°2004-806 du 9 août 2004 consacre le principe de la réduction des risques (RdR) afin de « prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose par injection de drogue intraveineuse et les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie par des substances classées comme stupéfiants » [14].

La loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 rappelle que « la qualité, la permanence et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions

équivalentes à celles dont bénéficient l'ensemble de la population. L'administration pénitentiaire favorise la coordination des différents intervenants agissant pour la prévention et l'éducation sanitaires ». [36]

Le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues précise [35] :

- la réduction des risques : la mise à disposition d'outils de prévention (préservatifs, eau de Javel pour la désinfection) et l'accès au traitement post-exposition (TPE) pour le VIH (le TPE est constitué de 3 antirétroviraux : deux inhibiteurs nucléotidiques de la transcriptase inverse et un inhibiteur de protéase).
- l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme d'éducation pour la santé.
- la prise en charge des addictions : première proposition de soins ou continuité de soins.
- la préparation à la sortie pour la prise en charge des addictions : avec une coordination en interne avec les équipes sanitaires et pénitentiaires et en externe avec les structures spécialisées.

2. Politique de réduction des risques

La base de la politique de réduction des risques (RdR) repose sur la connaissance et la reconnaissance des pratiques illicites et interdites (usage de drogues, relations sexuelles ou encore tatouage ou piercing).

Elle peut être présentée comme une « prévention d'urgence » ou une étape initiale à la prise en charge spécifique. [37]

La nécessité de ces moyens de prévention repose essentiellement sur le fait que la population carcérale a considérablement augmenté ces dernières années. Cela peut s'expliquer par l'évolution sociale et économique de la société ayant une partie de sa population en situation de précarité sociale et psychologique corrélée avec un durcissement des peines infligées par la justice.

Aucun élément actuel ne montre une prochaine inflexion de ce phénomène.

L'objectif principal de cette politique de RdR n'est pas de sevrer les UDI mais de connaître leurs pratiques et de mettre en place des méthodes efficaces afin de les modifier pour diminuer la mortalité et morbidité et de permettre la réinsertion sociale.

Cela nécessite un travail d'équipe entre le personnel médical de la prison (médecin, pharmacien, infirmier, aide-soignant) et l'administration pénitentiaire pour mettre en place une « politique volontariste et claire ». [37]

3. Utilisation de traitements de substitution aux opiacés

La Circulaire DGS/SP3/95 n°29 du 31 mars 1995 et la mise sur le marché de traitements de dépendance aux opiacés ont permis aux personnes incarcérées de bénéficier d'un traitement de substitution aux opiacés (TSO) (buprénorphine haut dosage (BHD) ou Méthadone*) dans les mêmes conditions que dans le milieu libre, après une primo-prescription de médecins exerçant en centres de soins spécialisés pour toxicomanes.

La Circulaire DGS/DGOS n°2002/57 du 30 janvier 2002 concernant la primo-prescription de méthadone permet alors aux médecins intervenant en milieu pénitentiaire d'initier un traitement de substitution à base de Méthadone*.

Ces circulaires ont permis alors l'essor de ces traitements en milieu carcéral : 80% de BHD et 20% de Méthadone*. [38]

Il a été nécessaire d'élaborer un guide de bonnes pratiques en 2005, dans le cadre de la commission nationale des traitements de substitution.

Selon l'étude PREVACAR de 2010 [14], 100% des UCSA déclarent avoir accès à au moins un des deux types de TSO.

La dispensation de ces traitements est assurée dans 63% des cas par l'UCSA directement, dans 14% par le secteur psychiatrique et par les deux structures à la fois dans 23% des cas.

Entre 8 et 9% des détenus, soit 5 000 personnes, bénéficient d'un TSO. [14]

Le traitement est plus présent chez les femmes et plus en maison d'arrêt.

4. Utilisation d'hypochlorite de sodium

La distribution d'eau de Javel titrée à 12° chlorométrique se fait de manière systématique depuis la Circulaire santé-justice du 5 décembre 1996 et depuis la note santé-justice du 9 août 2001, l'administration pénitentiaire demande à son personnel sanitaire d'informer les personnes détenues des modalités d'utilisation de l'hypochlorite de sodium comme produit de désinfection des matériels d'injection.

Les procédures de désinfection de seringues pour les UDI ont prouvé qu'elles étaient efficaces pour éradiquer le VIH mais pas suffisamment pour combattre le VHC. [39]

5. Echanges de seringues

Selon l'étude Coquelicot de 2004 [40], 12% des UDI ayant été incarcéré ont eu recours à l'injection en prison. Parmi eux, 30% déclaraient avoir partagé leur seringue.

Des études réalisées en Suisse ont permis de montrer que la mise à disposition de seringues à l'intérieur des prisons n'a pas engendrer de surconsommation de

stupéfiants, ni d'utilisation de celles-ci comme armes contre les agents pénitentiaires ou encore d'augmentation d'overdose ou de décès dus à l'usage des drogues. [41]

6. Réduction des risques sexuels

La Circulaire du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'épidémie du VIH prévoit la mise à disposition gratuite de préservatifs (aux normes NF) avec lubrifiant théoriquement disponibles au niveau des unités sanitaires. Les personnes détenues peuvent ainsi les conserver sur elles ou dans leur cellule.

La mise en place d'une possibilité d'accès aux préservatifs lors des parloirs avec les compagnes ou compagnons des détenus semble également nécessaire afin de limiter le risque de contamination aux infections sexuellement transmissibles.

7. Vaccination

La vaccination essentiellement proposée en milieu carcéral concerne celle prévenant l'infection au virus de l'hépatite B (VHB).

En effet, cette infection est souvent corrélée à celles du VIH ou du VHC.

Le calendrier vaccinal traditionnel se compose de trois injections à 0, 1 et 6 mois. [42]

Dans le cadre d'une vaccination en milieu carcéral au cours d'un emprisonnement de courte durée, le schéma peut évoluer en trois injections successives à un mois d'intervalle avec un rappel un an plus tard. [14]

Au total, en France, 95% des UCSA proposent la vaccination contre l'infection au VHB.

Dans 97% des cas, le vaccin est fourni par l'hôpital de rattachement. [14] Le reste du temps, le pénitencier fait appel à des grossistes répartiteurs ou rarement directement au laboratoire commercialisant le vaccin.

On observe néanmoins une couverture vaccinale qui est encore sous-représentée ; en particulier chez les UDI qui seraient plus nombreux à refuser la vaccination que les autres détenus. [37]

De plus, certaines méconnaissances concernant les infections laissent penser à certains détenus qu'en étant vaccinés contre l'infection au VHB ils le sont aussi contre l'infection au VIH ou au VHC ce qui peut entraîner une poursuite des conduites à risques.

3^{ème} partie : EXEMPLE

D'EXERCICE

PHARMACEUTIQUE À LA

PRISON DE SEQUEDIN

Au cours de ma 5^{ème} année hospitalo-universitaire, j'ai eu l'occasion d'effectuer un stage de six mois au service de rétrocession à la pharmacie centrale du Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Lille pendant lequel j'ai pu être en relation avec le Docteur Annie D'HAVELOOSE, pharmacien hospitalier exerçant au service de dispensation pénitentiaire du CHRU.

Cette partie relate mon expérience auprès du pharmacien et des préparatrices hospitalières du service ainsi que ma visite au centre pénitentiaire de Sequedin dans lequel j'ai pu m'entretenir avec le Docteur LIZAK, praticien au centre carcéral, et voir avec lui son implication et le déroulement de la prise en charge des personnes incarcérées.

a. Présentation de l'établissement

i. Situation générale

Le centre pénitentiaire de Sequedin a ouvert ses portes le 4 avril 2005. [43]

Il s'agit d'une maison d'arrêt pouvant accueillir au total 638 personnes :

- deux quartiers hommes A et B pouvant accueillir respectivement 180 et 240 détenus.
- un quartier femmes de 150 places.
- un quartier pour détenus mineurs de 40 places.

Le 26 juin 2008, s'est ajouté un « quartier maison centrale » permettant d'accueillir 32 détenus qualifiés de difficiles ou dangereux ou étant condamnés à de longues peines.

La maison d'arrêt est réservée aux personnes placées en détention en attente de leur peine ou celles condamnées définitivement à des peines n'excédant pas deux ans.

Sequedin est la seule structure « maison centrale » dans le nord de la France.

ii. Système de santé en vigueur

L'UCSA de Sequedin est rattaché administrativement au CHRU de Lille.

Les locaux de soins de l'UCSA se répartissent en [43] :

- cabinet de radiologie en fonctionnement.
- cabinet médical pour l'ophtalmologie.
- salle d'attente.
- cabinet dentaire équipé de deux fauteuils d'exams.
- salle de soins infirmiers.
- six bureaux : pour le médecin généraliste, pour le cadre de santé, pour l'accueil des arrivants, les infirmiers et une salle de réunion commune avec le SMPR.

Le SMPR se compose de onze bureaux au total : pour le secrétariat, le pharmacien, le psychiatre, le psychologue, le médecin chef, les assistantes sociales et l'éducatrice.

Les locaux sont complétés par une salle de soins et un cabinet médical équipé pour les bâtiments A et B, le « quartier pour femmes » et le « quartier maison centrale ».

L'équipe médicale de Sequedin se compose de :

- trois médecins généralistes,
- un cadre de santé,
- huit infirmiers,
- deux aides soignants,
- un secrétaire médical et un agent administratif,
- un agent de service hospitalier.

Viennent en renfort de l'équipe permanente :

- un interne et un externe en médecine,
- quatre chefs de clinique en ophtalmologie,
- un gynécologue,
- cinq chirurgiens-dentistes,
- un kinésithérapeute,
- un manipulateur radiologue.

Les consultations spécialistes s'effectuent par extraction du détenu à l'UHSI, dans les autres services du CHRU si nécessaire et au service de dialyse.

Les femmes enceintes sur le point d'accoucher sont transférées à l'hôpital Jeanne de Flandres de Lille.

b. Exercice médical et pharmaceutique à la prison de Sequedin

i. Arrivée du patient au centre pénitentiaire

A son arrivée en détention, le patient détenu rencontre un médecin exerçant au centre pénitentier (dont le Dr LIZAK) afin de procéder à un examen clinique et de connaître ces antécédents pénitentiaires et médicaux.

Le patient est ainsi interrogé sur ces traitements antérieurs, ses infections connues, ses pratiques sexuelles et toxicomaniaques ainsi que sur les examens et opérations qu'il a pu subir.

Ses anciennes incarcérations seront également retranscrites dans son dossier d'entrée afin de connaître les risques infectieux qu'il a pu rencontrer auparavant.

Cet entretien est complété par une radiographie des poumons afin de prévenir une tuberculose possible ainsi qu'une radiographie dentaire panoramique pour évaluer les soins à apporter au patient.

Il se voit proposer une prise de sang afin de procéder au diagnostic de l'infection au VIH, VHB, VHC et syphilis. Tout comme dit précédemment, le patient peut refuser ce dépistage.

Le cas échéant, les échantillons sanguins sont directement analysés à la prison par une équipe de biologistes.

Si le résultat est négatif, le détenu ne sera pas convoqué à l'unité sanitaire.

S'il est positif ou douteux, le patient sera alors convoqué par un médecin pour lui communiquer ses résultats. Cette incertitude sur la communication des résultats (par un souci d'organisation et de personnel médical) occasionne beaucoup de stress chez les détenus par rapport à l'attente.

Le Dr LIZAK reconnaît que c'est un point sensible qui mérite une amélioration mais que l'équipe n'est pas en mesure pour le moment de reconvoquer tous les détenus pour leur annoncer les résultats.

ii. Annonce du diagnostic et choix du traitement

L'annonce de l'infection se fait entre le médecin et le patient uniquement. Elle est appuyée des résultats sanguins afin d'expliquer les raisons du résultat positif, de comprendre comment le patient s'est infecté et de lui expliquer les procédures de traitement et de prise en charge de son infection.

Concernant l'infection au VHC, tous les dossiers des patients détenus sont vus en RCP pour déterminer leur traitement.

Suite à la consultation avec l'hépatologue, la primo-prescription pour le traitement antiviral sera effectué par ce spécialiste et pourra être renouvelée par le médecin exerçant au centre pénitentiaire. Un délai d'une trentaine de jours est nécessaire pour que le traitement arrive en prison et que le patient puisse le débiter.

Pour l'infection au VIH, depuis le rapport Morla actualisé en 2016 [44], tous les patients quelque soit leur indice de virologie bénéficie d'un traitement antiviral.

Lorsqu'un résultat de test est douteux, le patient est convoqué une seconde fois en consultation afin de réaliser un autre test sanguin et sérologique. Il n'y aura aucune confirmation écrite de diagnostic sans résultat du second test positif.

Un infectiologue effectuera des consultations à la prison de Sequedin mais celles-ci ne seront pas mentionnées sur le carnet de rendez-vous du détenu pour ne pas éveiller de soupçons à ses codétenus.

Aucune personne hors du corps médical ne sera au courant du statut virologique du patient ; que ce soit ses codétenus, les surveillants ou sa famille. Le détenu aura une détention classique sauf s'il est trop affaibli et que sa détention en groupe engendre des risques pour sa santé.

La communication de l'état de santé ne sera effective que pour la tuberculose et la gale du fait du risque de contagion entre détenus.

iii. Réception des traitements et distribution en cellule

Tous les lundis, les chariots contenant les traitements préparés à la pharmacie centrale sont réceptionnés à l'unité sanitaire et vérifiés par les infirmières.

Il s'agit de piluliers hebdomadaires (figure 16) identifiés par le numéro de cellule du détenu. L'étiquette apposée sur le conditionnement retrace les traitements et les heures de prise.



Figure 16 : pilulier hebdomadaire de dispensation

La distribution est effectuée par une infirmière accompagnée d'un surveillant, de façon hebdomadaire ou mensuelle selon le profil et l'autonomie du patient (il n'y a pas de patient avec une distribution quotidienne à Sequedin).

Le traitement est remis en main propre au détenu qui doit se lever et venir chercher son traitement à la porte de sa cellule. S'il ne se lève pas, l'infirmière repart avec son traitement.

Si le patient le souhaite, les médicaments peuvent être mis dans une enveloppe en papier kraft pour permettre d'anonymiser le traitement à la vue de ses codétenus.

En cas d'absence du détenu, s'il est seul dans sa cellule, son traitement lui ait déposé. S'il a des codétenus, il devra venir chercher son traitement à l'unité sanitaire par la suite.

Pour les TSO, il s'agit d'une administration quotidienne dans un des bureaux du SMPR. Le patient doit prendre son traitement devant l'infirmière pour éviter tout trafic de médicaments dans l'enceinte de la prison.

iv. Education thérapeutique et préventions proposées

L'équipe médicale de la prison de Sequedin propose des séances d'éducation thérapeutique uniquement pour l'infection au VHC.

Il n'y a pas pour le moment de programme d'éducation pour l'infection au VIH.

L'atelier est organisé par une infirmière seule ou en binôme et formées spécifiquement à l'éducation thérapeutique.

Le médecin et le pharmacien peuvent intervenir mais ne sont pas présents de façon systématique.

Le programme est composé d'une séance de diagnostic éducatif et de trois séances de travail.

La politique de réduction des risques de la prison est basée sur trois activités :

- la distribution de préservatifs sur demande du détenu ou par des intervenants extérieurs (associations...).
- la distribution d'eau de javel pour la désinfection de leur cellule que les détenus peuvent utiliser pour désinfecter leur matériel d'injection (pas de distribution de seringues effectuée à la prison de Sequedin).
- la distribution de paille en carton à usage unique pour la pratique du sniffing. Il s'agit de l'association « roule ta paille » distribué dans les prisons avec les conseils de bonne pratique (figure 17).



Figure 17 : « roule ta paille » : paille de sniffing à usage unique [45]

v. Préparation à la sortie et continuité des soins

L'un des points essentiels vus avec le Dr LIZAK est la poursuite des soins à la sortie de détention.

Tout est mis en œuvre pour que le patient encore sous traitement à sa sortie de prison le poursuive une fois en liberté.

A leur sortie, le patient se voit remettre un dossier médical contenant tous les examens et traitements qu'il a reçu pendant son incarcération : compte rendu du RCP, ordonnances et renouvellement, si besoin quelques comprimés, feuillet d'ALD, fiche de droits et si nécessaire prise de rendez-vous chez un infectiologue en cabinet de ville.

Pour les personnes sans ressources ou en situation de marginal, le médecin en association avec les travailleurs sociaux va rechercher des places en foyers le temps que le patient ait une situation plus stable.

c. Exemple de procédure : transfert à l'hôpital d'un détenu

Selon la procédure d'identitovigilance de février 2014 version 1.1 « Gestion des venus de détenus au CHRU de Lille », une procédure spécifique doit se mettre en place pour tout transfert de patients incarcérés devant avoir des rendez-vous de consultations médicaux ou médico-techniques, et pour des rendez-vous en hospitalisation.

Celle-ci doit être mise en place pour limiter les risques d'organisation d'évasion par l'entourage. Les détenus sont prévenus à la dernière minute de leur rendez-vous.

Les informations concernant le détenu sont confidentielles et doivent être protégées, à la fois au travers de l'organisation de sa venue et dans le Système d'Information Hospitalier (SIH).

Dans le SIH, le respect de cette obligation de secret se base sur deux principes :

- masquer les rendez-vous à venir dans les logiciels Sillage RVD et Sillage DM (agenda patient partagé dans les services du CHRU).

- aucune préadmission dans REFERENCE-GAM.

A l'arrivée au CHRU, l'admission sera effectuée avec l'identité réelle du détenu pour que son dossier médical soit complété.

Pour la prise du rendez-vous, l'unité pénitentiaire contact par téléphone le secteur médical ou médico-technique en lui indiquant qu'il s'agit d'une demande de rendez-vous pour un détenu et lui communique sa véritable identité.

Le rendez-vous doit être enregistré avec une dénomination neutre, sans rapport avec le nom du détenu : ANO NOM (le nom doit être un nom commun d'emprunt « ANO MARTIN »). Il doit être changé régulièrement.

Le prénom est au choix de la personne qui prend le rendez-vous et changé à chaque fois.

La date de naissance est toujours identique : 01/01/1800.

Le sexe respecte celui du détenu.

Aucune adresse n'est communiquée. Cela pourrait faciliter le repérage de la venue.

Le rendez-vous avec la véritable identité du détenu sera noté sur un document papier très confidentiel, gardé dans le service dans un lieu où aucune personne extérieure ne pourra le consulter.

Lorsque le détenu est amené au CHRU par l'administration pénitentiaire, sa prise en charge médicale se fait sur sa véritable identité dans toutes les applications du SIH, avec l'adresse du centre pénitentiaire où il est incarcéré pour permettre la facturation.

Une fois le rendez-vous effectué, le détenu retourne au centre carcéral avec le même service pénitentiaire.

CONCLUSION

Le maintien en bon état de santé de la population française est une des priorités des politiques de santé.

La population carcérale ; au même titre que le reste de la France ; bénéficie d'un système de prévention, de diagnostic, de traitement et d'éducation à la santé.

Ceci est d'autant plus présent que le taux d'infections, et notamment virales, est plus important en milieu carcéral qu'en milieu libre.

La politique de réduction des risques en prison ne se base pas sur la politique de l'autruche par laquelle les autorités refusent de voir l'usage des drogues par voie intraveineuse ou du sniffing, mais plutôt sur la distribution et l'usage de dispositifs permettant de limiter les risques de transmission virale.

Les pratiques médicale et pharmaceutique sont quelque peu modifiées par le fait d'être dans un milieu clos mais les médecins et pharmaciens s'efforcent d'apporter aux détenus le même niveau de prise en charge qu'en milieu libre. Cela passe par un diagnostic précoce à l'entrée en détention, par une seconde proposition de dépistage s'il y a eu un refus la première fois, par un traitement médicamenteux si nécessaire, par un programme d'éducation thérapeutique et par une limitation de la transmission.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ministère de la justice. La santé. [en ligne] Disponible sur : <http://www.justice.gouv.fr>
2. Direction de l'administration pénitentiaire. Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire au 1^{er} janvier 2013. [en ligne] Ministère de la santé. 2013. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Chiffres_clés_2013_opt.pdf
3. Annaires des directions interrégionales des services pénitentiaires. [en ligne] 2015. Disponible sur : <http://www.justice.gouv.fr/annuaire-12162/annuaire-des-directions-interregionales-ap-21787.html>
4. Droits et devoirs de la personne détenue. [en ligne] 2009. Disponible sur : http://justice.gouv.fr/art_pix/DroitsDevoirsPersonneDetenue.pdf
5. Les professionnels de santé en établissement pénitentiaire. [en ligne] 2013. Disponible sur la direction générale de l'offre de soins du ministère de la santé
6. Unités et services médicaux dédiés aux personnes détenues. [en ligne] 2013. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Carte_structure_medicales_aout2013.pdf
7. Ministère de la santé, Ministère de la justice. Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de la justice. [en ligne] 2012. Disponible sur : http://www.santé.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_Methologique_-_Personnes_Detenues_2012.pdf
8. Lalande L, Bertin C, Rioufol C, Boleor P, et al. Prise en charge médicamenteuse en milieu carcéral : contribution de l'équipe pharmaceutique à la sécurité des patients. 2015
9. Décret 98-1099 du 8 décembre 1998 – Ministère de la santé
10. Prévention de l'hépatite C. [en ligne] 2016. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/hepatites/hepatite-C.asp>
11. Marquet M.C. La santé des personnes entrées en prison en 2003. DRESS. [en ligne] 2005. Disponible sur : <http://www.vie-publique.fr/document-vp/er386.pdf>
12. Beck F, Guichard R. Prévalence du tabagisme en France et comparaisons internationales. [en ligne] INPES, 2012. Disponible sur :

<http://inpes.santé.fr/Barometres/barometre-santé-2010/pdf/prevalence-tabagisme.pdf>



13. Anderson P, Gual A, Colom J, INCa (tard). Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. 2008
14. Chiron E, Jauffrey-Roustide M, Le Strat Y, Khadoudja C et al. Prévalence de l'infection par le VIH et le VHC chez les personnes détenues en France. Résultats de l'enquête Prévacar 2010. 2013
15. Chauvin I. Santé en prison – les enjeux d'une véritable réforme de santé publique. 2000
16. Figoni J, Antoine D, Che D. Les cas de tuberculose déclarés en France en 2009. 2011
17. Goffard A. Ressources pédagogiques. Faculté des sciences pharmaceutiques de Lille
18. Autotests de dépistage du VIH : information à l'intention des professionnels de santé et des associations. [en ligne] 2015. Disponible sur : <http://www.has-santé.fr>
19. Stades cliniques du SIDA par l'OMS (organisation mondiale pour la santé). [en ligne] 2015. Disponible sur : <http://www.collections.infocollections.org>
20. Etats des lieux de l'infection au VIH au niveau mondial. [en ligne] 2012. Disponible sur : <http://solidarite-sida.org/infos-sida/etat-des-lieux/>
21. Prévalence de l'infection au VIH en France, Espagne et Italie en 2015. [en ligne] 2015. Disponible sur : www.unaids.org/fr/regionscountries/countries
22. Koita M, Diaw F, Gueye A, et al. Infection à VIH en milieu carcéral : prévalence et facteurs associés. 2017
23. Déclaration obligatoire de l'infection à VIH et du SIDA. [en ligne] 2017. Disponible sur : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladie-a-declaration-obligatoire/Infection-a-VIH-et-Sida/>
24. Vernay-Vaïsse Ch, Spenatto N, Derancourt C. Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les Maladies Sexuellement transmissibles : Dépistage des MST/IST. 2016
25. Les hépatites virales – Institut Pasteur. [en ligne] 2013. Disponible sur : <http://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiche-maladie/hepatites-virales>

26. Hépatite C selon l'OMS. [en ligne] 2017. Disponible sur : <http://www/who.int/mediacentre/factsheets/fs164/fr/>
27. Hépatite C selon l'Inserm (institut national de la santé et de la recherche médicales). [en ligne] 2014. Disponible sur : <http://www.inserm.fr/thematique/immunologie-inflammation-infectiologie-et-microbiologie/dossiers-d-information/hepatite-c>
28. Prisons et comorbidité – prise en charge de l'hépatite C en détention. [en ligne] 2016. Disponible sur : <http://www.vih.org/prise-en-charge-hepatite-c-en-detention/>
29. André-Jean Rémy et les UCSA de France. Amélioration du dépistage et du traitement de l'hépatite C en prison. 2006
30. Activité de dépistage du VIH et des hépatites B et C au sein des consultations de dépistage anonyme et gratuit. Bilan de quinze années de surveillance, 2001-2015. [en ligne] 2017. Disponible sur : http://www.invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/14-15/2017_14-15_1.html
31. Charte européenne du malade usager de l'hôpital. Comité hospitalier de la communauté économique européenne. [en ligne] 1979. Disponible sur : <http://www.hope.be>
32. Anglais (Etats-Unis). Organisation mondiale de la santé (OMS), bureau régional de l'Europe. Traduction française. Therapeutic Patient Education : Continuing Education Programme for Health Care Praviders in the Field of Prevention of Chronic Diseases. 1998
33. Loi hôpital patient santé territoire. [en ligne] 2009. Disponible sur : <http://solidarites.sante.gouv.fr/IMG/pdf>
34. D'Ivernois J-F, Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient. Approche pédagogique. 2011
35. Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues. [en ligne] 2004. Disponible sur : <http://www.solidarite-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide-methodologique-relatif-a-la-prise-en-charge-sanitaire-des-personnes-detenu.es.pdf>
36. Loi n°2009-1436 pénitentiaire du 24 novembre 2009. [en ligne] 2009. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do>
37. Durand E. La réduction des risques en milieu carcéral. Entre politiques et réalités, un défi qui demeure. 2003

38. DGS/DGOS. Enquête un jour donné concernant la prescription de TSO en milieu pénitentiaire. 2004
39. Rapport national des usages de drogues en prison en 2015 par l'observatoire français des drogues et des toxicomanies. [en ligne] 2016. Disponible sur : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/France2016-5-1-PrisonsFR.pdf>
40. Jauffret-Roustide M, Couturier E, Le Strat Y, et al. Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot. 2004
41. Anglais (Etats-Unis). Nelles J, Harding T. Preventing HIV transmission in prison: a tale of medical disobedience and Swiss pragmatism. 1995
42. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2017. [en ligne] 2017. Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinations_2017.pdf
43. Observatoire international des prisons – section française. [en ligne] 2016. Disponible sur : <http://oip.org/etablissement/centre-penitentiaire-de-lille-loos-sequedin/>
44. Rapport Morla 2016 : des nouveautés dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH. [en ligne] 2016. Disponible sur : <http://vih.org/20161019/rapport-morla-2016-nouveautes-prise-en-charge-vivant-vih/138637>
45. Autosupport des usagers de drogues. [en ligne] 2013. Disponible sur : <http://www.asud.org/2013/07/04/le-carnet-de-roule-ta-paille-asud/>

ANNEXES

Annexe 1 : Compte-rendu d'une RCP pour un détenu de l'unité sanitaire de la prison d'Annoeulin :

 Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille	REUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE HEPATITE C CENTRE EXPERT HEPATITES rcpvhc-express.centreexpert@chru-lille.fr	
Date de la RCP : 04/07/2017		
<p>Nom, Prénom :</p> <p>Date de naissance : <input checked="" type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme</p> <p>Médecin référent : <input checked="" type="checkbox"/> V Canva PE Ridon (US Annoeulin) x Hépatologue <input type="checkbox"/> Infectiologue/Interniste</p> <p>Présents à la RCP : V. CANVA, L. BOCKET, M. AUFFRET, J. BENE, MN. LEFEBVRE</p>		
Maladie virale		
Génotype du VHC : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1a <input checked="" type="checkbox"/> 1b <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Autre		
Année de contamination (si disponible) : non connue		
Maladie hépatique		
<p>Fibroscan (date :15.06.17) : 6.1 kPa, IQR/m : 8%, Taux de réussite :90 %</p> <p>Fibrotest (date :19.05.17) : F2 Valeur numérique : 0, 5</p> <p>Fibromètre (date :) : Valeur numérique : 0,</p> <p>PBH (date :) : A ... / F ...</p>		
Cirrhose : <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, CHC : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Ascite : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ATCD		
Varices oesophagiennes : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> ATCD		
CHILD : A ... B ... C ... / MELD :		
Comorbidités Stade OMS : <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		
Taille (m) : 1,78 Poids (kg) : 87 BMI : 27.45 VIH : <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui VHB : <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
Alcool (g/j) : non Usage de drogues en cours : <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
<p>Manifestations extra-hépatiques : <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, préciser :</p> <p>ATCD greffe d'organes : <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, organe et date :</p> <p>Projet greffe d'organes : <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, Si oui, organe :</p> <p>Insuffisance rénale : <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, dialyse : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Diabète : <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Dyslipidémie : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>ATCD Cardiovasculaires : <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (Si oui, nature :)</p> <p>Autres ATCD : Appendicectomie</p>		

Traitements habituels (IMPERATIF) : AUCUN

Classes thérapeutiques	Molécules et dosages
Statines / Hypolipémiants/ Antidiabétiques	
Antiarythmiques / Inh calciques / Anti-HTA	
Antiépileptiques	
Anxiolytiques / Antidépresseurs / Antipsychotiques	DIAZEPAM 10 3/j
Anti VIH / Anti-infectieux	
Immunosuppresseurs	
Autres	

Bilan biologique

ASAT (UI/l)	59	ALAT (UI/l)	127	GGT (UI/l)	89	CV VHC (Log10)	6.98
Plaquettes (G/l)	217	Albumine (g/l)		TP (%) / INR	87	Bilirubine totale (mg)	
Hb (g/dl)	17.7	Créatinine (mg/l)	11	Si l. Rénale	⇒	Clairance (ml/mn)	
Si Cirrhose	⇒	AFP					
Si VIH	⇒	CV VIH (Log10)		CD4 (mm3)			

Statut thérapeutique
 Traitement antérieur : Non Oui Si oui, compléter le tableau :

	Durée	Réponse
Peg - RBV		
Peg - RBV -Télaprévir/Bocéprévir		
Antiviraux à Action Directe (AAD)		
Si AAD, préciser :		

Remarques / Particularités :**Proposition de prise en charge**
 Surveillance Nécessité d'examen complémentaires Traitement
Mise sous traitement
 Indication : F2 F3 F4 VIH VHB G3 Manifestations extra-hépatiques
 Pré/Post-transplantation Dialyse Risque élevé de transmission

 Cadre : Application du référentiel Hors référentiel Essai thérapeutique

 Evaluation pharmacologique : Oui Non NA
Schéma thérapeutique proposé

Inhibiteur de protéase	Inhibiteur de NSSA	Inhibiteur de NSSB	Ribavirine	Interféron	Autre
	Ledipasvir 90mg	Sofosbuvir 400mg			

Durée de traitement : 8 semaines

 Accompagnement : Prise en charge addicto ETP Soutien social Autre :

Remarques :

RCP VHC Centre expert

15/01/2016

Service des Maladies

de l'Appareil Digestif

CHRU Lille

17/01/2016

10/01/2016

« La décision de la RCP n'a de valeur que sur la base des données transmises par la fiche »

Annexe 2 : Procédure de gestion des venues de détenus au CHRU de Lille :

 Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille Identitovigilance	PROCÉDURE GESTION DES VENUES DE DETENUS AU CHRU DE LILLE		PR-IDV-003 Fév. 2014 Version 1.1 Page 1 sur 2
	<p style="text-align: center;">REDACTION</p> <p>F. Lazewski - M. Lagache Délégation du système d'information</p>   <p>Dr A. Perrin Coordination des Vigilances Cellule Expertise Identitovigilance</p> 	<p style="text-align: center;">VERIFICATION</p> <p>Dr H. Menu Comité Opérationnel du Système d'Information</p>  <p>A. Pigot Délégation du système d'information</p>  <p>MC. Dalle Délégation aux affaires juridiques</p> 	<p style="text-align: center;">APPROBATION</p> <p>C. Caplier Directeur Pôle psychiatrie - médecine légale et médecine en milieu pénitentiaire</p>  <p>E. Lac Coordinatrice générale des soins, de la qualité, des risques et des vigilances</p>  <p>C. Laurent Directrice/adjointe des recettes et de la facturation</p> 

POURQUOI

Les détenus sont amenés à se déplacer au CHRUL pour des rendez-vous de consultation médicaux ou médico-techniques, et pour des rendez-vous en hospitalisation. Ces sorties des centres pénitentiaires induisent des risques d'organisation d'évasion par l'entourage, c'est pourquoi les détenus sont en général prévenus à la dernière minute. Cette information est donc confidentielle et doit être protégée, à la fois au travers de l'organisation et dans le SIH (Système d'Information Hospitalier).

Dans le SIH, le respect de cette obligation de secret se base sur deux principes :

- **masquer les rendez-vous à venir dans les logiciels Sillage RDV et Sillage DM** (agenda patient partagé par tous les services du CHRUL)
- **aucune préadmission dans REFERENCE - GAM**

A l'arrivée au CHRUL, l'admission sera faite avec l'identité réelle du patient détenu, pour que son dossier médical soit complet (accès aux antécédents).

QUOI

Cette procédure décrit les modalités de gestion des venues de détenus au CHRU, depuis la prise du rendez-vous jusqu'à l'admission et prise en charge dans les secteurs de soins, permettant de respecter la confidentialité préalable à leur arrivée. Elle décrit les modalités à suivre pour :

- la prise de rendez-vous qui s'appuie sur l'utilisation du logiciel SILLAGE RDV
- l'admission du détenu qui s'appuie sur l'utilisation du logiciel GAM

COMMENT :

L'unité pénitentiaire contacte par téléphone le secteur médical ou médico-technique, lui indique qu'il s'agit d'une demande de rendez-vous pour un détenu et lui communique la véritable identité de celui-ci. Le service a alors deux opérations à réaliser, voire trois si besoin de commander un repas :

1. La prise de rendez-vous :

a. Enregistrer le rendez-vous dans Sillage RDV :

Le rendez-vous doit être enregistré avec une dénomination neutre, sans rapport avec le nom du détenu :



Nom : ANO NOM

Le « NOM » utilisé ne doit pas être celui du détenu, mais un nom commun d'emprunt (exemple : « ANO MARTIN »). Il doit être changé régulièrement.

Prénom : au choix de la personne qui prend le rendez-vous, à changer à chaque fois

Date de naissance : 01/01/1800.


Sexe : respecter celui du détenu

Adresse : aucune !

L'adresse du détenu incarcéré dans un des centres pénitentiaires de la métropole, **ne doit surtout pas être enregistrée dans Sillage RDV**, car elle pourrait faciliter le repérage de la venue.

b. Noter le rendez-vous avec la véritable identité sur un document papier très confidentiel

Document à utiliser : agenda ou autre support, à la convenance du service, pour pouvoir préparer ou rechercher le dossier médical papier.

 **Ce document papier devra faire l'objet de mesures de sécurité au sein du service médical afin qu'aucune personne extérieure ne puisse le consulter.**

2. L'admission dans REFERENCE - GAM :

Rappel : aucune pré-admission !

Lorsque le détenu a été amené au CHRUL par l'administration pénitentiaire, sa prise en charge médicale (consultation, acte d'exploration, ou hospitalisation) **se fait sur sa véritable identité dans toutes les applications du SIH, avec l'adresse du centre pénitentiaire où il est incarcéré pour permettre la facturation.**

Ne jamais rechercher ni reprendre une identité ANO NOM pour créer un dossier car il y aurait risque de confusion avec celui d'une autre personne, la date de naissance 01/01/1800 étant la même pour tous. Ces dossiers anonymes resteront des dossiers vides de venues qui seront épurés par la suite.

Université de Lille 2
FACULTE DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES DE LILLE
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE
Année Universitaire 2017/2018

Nom : LEMAIRE

Prénom : Anaïs

Titre de la thèse : Point sur les infections virales transmissibles par le sang en milieu carcéral dans le Nord

Mots-clés : infections, virales, VIH, hépatite C, carcéral, prison

Résumé :

Ce travail reprend les différents types d'incarcérations et les modes de prise en charge des patients détenus en appuyant plus particulièrement sur les infections au virus de l'hépatite C et au virus de l'immunodéficience humaine.

Les modes de prévention ainsi que la politique de réduction des risques sont étroitement liés pour permettre de limiter la propagation de ces infections dans cette population à risque.

Un exemple de pratique de la médecine et de la pharmacie carcérale à la prison de Sequedin énumère les différentes étapes de la prise en charge du patient de son entrée en incarcération à sa sortie.

Membres du jury :

Président : Carnoy Christophe, maître de conférence en immunologie

Assesseur(s) : Goffard Anne, maître de conférence en bactériologie et praticien hospitalier

Membre(s) extérieur(s) : Becirovski Sadul, pharmacien titulaire