



EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2018 –

**« PRISE EN CHARGE DU PATIENT INFECTÉ
PAR LE VHC EN DETENTION :
CONSTATS ET PERSPECTIVES »**

– Groupe n° 23 –

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------|
| – BOITIER Alexandre (D3S) | – PERROT Jean (DS) |
| – CARBALLIDO Loïc (DH) | – ROGER Magali (AAH) |
| – COUDEL Laure (DH) | – SOUFFLET Laura (D3S) |
| – KINGUE MANGA Judy (D3S) | – TAÏEB Paul (DH) |
| – LANGLOIS Franck (DS) | |

Animatrice :

Dr BARBIER Christine

Sommaire

INTRODUCTION	9
I L'EVOLUTION LEGISLATIVE ET LES PROGRES DE LA RECHERCHE ONT PERMIS D'AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS PORTEURS DU VHC EN MILIEU CARCERAL SANS PERMETTRE SON ELIMINATION	11
I.1 LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES PERSONNES DETENUES, PARTICULIEREMENT EXPOSEES AU VHC, S'ARTICULE AUTOUR D'UN CADRE REGLEMENTAIRE SPECIFIQUE	11
I.1.1 Le fonctionnement de l'administration pénitentiaire	11
I.1.2 La prise en charge de la santé des personnes détenues	12
I.2 MALGRE LA MISE EN PLACE DES UNITES SANITAIRES EN MILIEU PENITENTIAIRE ET LES PROGRES DES TRAITEMENTS, LA PRISE EN CHARGE DES DETENUS ATTEINTS PAR LE VHC N'EST PAS OPTIMALE	15
I.2.1 Les progrès des traitements et les évolutions organisationnelles des USMP ont permis de limiter l'impact du VHC en améliorant la rapidité et l'efficacité de la prise en charge	15
I.2.2 Les données épidémiologiques et les témoignages des professionnels démontrent que la prise en charge à l'entrée et pendant l'incarcération est largement perfectible	18
II FACE A DES RISQUES DE RUPTURE DE LA PRISE EN CHARGE, DE NOUVELLES PRATIQUES SE DEVELOPPENT ET ENTENDENT PARTICIPER A L'ELIMINATION DU VIRUS	21
II.1 LA RECONTAMINATION ET LE SUIVI DE LA PRISE EN CHARGE A LA SORTIE PRESENTENT LES PLUS FORTS RISQUES DE RUPTURE DE PARCOURS DE SOINS DES PERSONNES DETENUES ET ATTEINTES DU VHC	21
II.1.1 Des outils de réduction des risques à la portée limitée, malgré un programme d'échange de seringues existant en milieu ouvert mais non mis en œuvre en détention	22
II.1.2 La sortie de détention crée un risque de rupture majeur dans l'accès aux traitements et aux structures d'accompagnement d'aval	24
II.2 DE NOUVEAUX DISPOSITIFS VISENT A PALLIER LES RISQUES DE RUPTURES DANS LA PRISE EN CHARGE DU VHC	27
II.2.1 Certaines méthodes innovantes sont développées par les CSAPA et les CAARUD	27
II.2.2 D'autres expérimentations sont menées au niveau régional et en centre pénitentiaire pour tenter de pallier les ruptures dans la prise en charge du VHC en milieu carcéral	29
CONCLUSION	35
BIBLIOGRAPHIE	37
LISTE DES ANNEXES	I

R e m e r c i e m e n t s

Nous tenons à remercier chaleureusement le Dr Christine Barbier pour son accompagnement et sa grande disponibilité tout au long de ce travail. Les nombreux contacts fournis en amont du travail, ainsi que la bibliographie, nous ont permis d'appréhender rapidement la problématique et le cœur du sujet.

Nous remercions également vivement tous les professionnels qui nous ont accueillis, en administrations centrales et déconcentrées, dans les centres pénitentiaires et les structures médico-sociales : chefs de service, médecins, pharmaciens, personnels soignants, éducateurs, surveillants, cadres ou encore référents santé.

La qualité de nos échanges, par téléphone ou sur place, ainsi que les différentes visites des unités réalisées dans la mesure du possible, ont nourri notre travail et notre réflexion, nous permettant d'élaborer le présent rapport.

Nous saluons ainsi l'engagement quotidien de l'ensemble de ces professionnels qui œuvrent pour l'amélioration de la prise en charge du VHC des patients infectés en détention.

Liste des sigles utilisés

AAD	Antiviraux à Action Directe
ACT	Appartement de Coordination Thérapeutique
AP	Administration Pénitentiaire
AP-HP	Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
AP-HM	Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille
ARS	Agence Régionale de Santé
CAARUD	Centre d’Accueil et d’Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues
CCAA	Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CHRS	Centre d’Hébergement et de Réinsertion Sociale
CPAM	Caisse Primaire d’Assurance Maladie
CPIP	Conseiller Pénitentiaire d’Insertion et de Probation
CPU	Commission Pluridisciplinaire Unique
CSAPA	Centre de Soins, d’Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSS	Code de la Sécurité Sociale
CSP	Code de Santé Publique
CSST	Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes
CTR	Centre Thérapeutique Résidentiel
DAP	Direction de l’Administration Pénitentiaire
DASRI	Déchets d’Activités de Soins à Risques Infectieux
DGS	Direction Générale de la Santé
DISP	Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires
ELSA	Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie
EPNSF	Établissement Public National de Santé de Fresnes
EPS	Etablissement Public de Santé
HAS	Haute Autorité de Santé
IDE	Infirmier(e) Diplômé(e) d’Etat
IDF	Île-de-France
MA	Maison d’Arrêt

MAF	Maison d'Arrêt des Femmes
MAH	Maison d'Arrêt des Hommes
MIP	Module InterProfessionnel
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PES	Plan d'Echange de Seringues
PJJ	Protection Judiciaire de la Jeunesse
PUI	Pharmacie à Usage Intérieur
QPS	Quartier de Préparation à la Sortie
RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
SPIP	Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
TROD	Test Rapide d'Orientation Diagnostique
TSO	Traitement de Substitution aux Opiacés
UCSA	Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires
UHSA	Unité Hospitalière Spécialement Aménagée
UHSI	Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale
US	Unité Sanitaire
USMP	Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire
VHB	Virus de l'Hépatite B
VHC	Virus de l'Hépatite C
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Introduction

En 2011, une étude de l'Institut national de veille sanitaire (InVS) estime que 344 500 personnes de 18 à 80 ans résidant sur le territoire français étaient porteuses d'anticorps contre le virus du VHC et que le nombre de décès imputables au VHC était de 2 646 décès, soit 4,5 décès pour 100 000 habitants¹. La prévalence du VHC en milieu carcéral est près de cinq fois plus élevée² que dans la population générale. S'il convient alors de s'intéresser à la prise en charge des détenus infectés par le VHC, l'hépatite C est plus largement encore une maladie virale affectant près de 71 millions d'individus dans le monde³. Sans dépistage, cette pathologie reste généralement silencieuse et peut évoluer vers des maladies graves, voire mortelles (cirrhose, carcinome hépatocellulaire). Ainsi, près de 399 000 personnes meurent chaque année dans le monde des conséquences de cette virose. A contrario, à partir d'un dépistage puis d'un diagnostic précoce, les chances de guérir de la maladie sont aujourd'hui excellentes avec la découverte il y a quelques années de nouvelles molécules, les Antiviraux à Action Directe (AAD), permettant de soigner plus de 95 % des personnes infectées. La contrepartie en France est que leur coût d'achat est particulièrement élevé, de l'ordre de plusieurs dizaines de milliers d'euros. Si cela a pu être un frein à une prescription généralisée, le système de couverture sociale français permet désormais un accès au traitement pour l'ensemble des patients infectés par l'hépatite C. Le Plan National de Santé Publique (PNSP) élaboré par le Comité Interministériel de la Santé prévoit d' « *intensifier les actions de prévention et de dépistage à destination des publics les plus exposés pour contribuer à l'élimination du virus du VHC en France à l'horizon 2025* » : élargissement des prescripteurs du traitement, renforcement du dépistage de proximité, prévention ciblée auprès des publics prioritaires et éloignés du système de santé, notamment des consommateurs de drogues par voie injectable ou nasale⁴. Cet objectif d'éradication est particulièrement volontaire et fait suite à l'engagement de la France à l'Assemblée mondiale de la santé 2014 de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de mettre en œuvre une politique publique efficace, tant en termes de dépistage et de diagnostic que de traitements et de prévention.

Constituant un groupe à risque, la population carcérale est particulièrement visée par les politiques publiques en faveur de la prise en charge du VHC. Sur le plan de l'organisation sanitaire en milieu pénitentiaire, la loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection

¹ Estimation de la prévalence du VHC en population générale, France métropolitaine, 2011 - Corinne Pioche, Camille Pelat, Christine Larsen, Jean-Claude Desenclos, Marie Jauffret-Roustide, Florence Lot, Josiane Pillonel, Cécile Brouard - *Santé publique France, Saint-Maurice, France*

² BEH 35-36, 5 novembre 2016, Résultats de l'enquête Prévacar 2010

³ <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>

⁴ <https://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Sante-publique-France-a-accueilli-le-Comite-interministeriel-de-la-sante-le-26-mars-2018>

sociale, confiée au service public hospitalier, « *dans des conditions fixées par voie réglementaire, les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier. Il concourt, dans les mêmes conditions, aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans les établissements pénitentiaires.* ». Véritable révolution, la loi transfère la prise en charge sanitaire de l'autorité pénitentiaire vers l'expertise hospitalière, dont les moyens et outils favorisent une prise en soins plus adaptée et individualisée.

Cette prise en charge se doit toutefois de s'intégrer dans un parcours de soins, s'exprimant plus largement au travers d'un continuum entre les différentes structures et se retrouvant dans de nombreux dispositifs et politiques publiques. Alors que la loi pénitentiaire de 2009⁵ prévoit une égalité d'accès aux soins et à la prévention pour la population carcérale, l'impératif de fluidité du parcours fait face aux difficultés inhérentes à l'incarcération. Bien que le traitement du VHC ne dépasse pas quelques semaines et peut ainsi s'accorder avec les durées d'incarcération, la prise en charge des patients infectés demande un accompagnement également centré sur les déterminants de santé et les raisons qui ont amené la personne à contracter la maladie. L'accompagnement social et médico-social est ici primordial, de même que la prévention et promotion de la santé afin de favoriser l'observance thérapeutique, l'engagement du patient et la limitation des comportements à risque. Il apparaît également crucial d'anticiper les risques de rupture du parcours de soins lors de la sortie de détention ; le patient étant confronté à une transition entre un encadrement institutionnel fort et une organisation territoriale parfois complexe. Ainsi, plusieurs dispositifs de coordination ont été développés et favorisent désormais une continuité des soins pour le traitement du VHC.

Alors que le traitement du VHC a connu d'importants progrès ces dernières années, quels obstacles subsistent néanmoins dans la prise en charge en milieu carcéral des patients infectés et quelles sont les perspectives pour y remédier ?

L'évolution législative, et les progrès de la recherche, ont permis d'améliorer la prise en charge des patients porteurs du VHC en milieu carcéral sans permettre son élimination (I) En parallèle des risques de rupture identifiés, de nouvelles pratiques se développent et entendent participer à l'élimination du virus (II).

⁵ Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire

I L'évolution législative et les progrès de la recherche ont permis d'améliorer la prise en charge des patients porteurs du VHC en milieu carcéral sans permettre son élimination

La séroprévalence du VHC chez les personnes adultes détenues en France est estimée à 4,8%, soit cinq fois plus que la population générale. Avec près de 70 000 personnes détenues, la prise en charge sanitaire de ces populations constitue un véritable enjeu de santé publique soutenu par un cadre réglementaire en évolution.

I.1 La prise en charge sanitaire des personnes détenues, particulièrement exposées au VHC, s'articule autour d'un cadre réglementaire spécifique

I.1.1 Le fonctionnement de l'administration pénitentiaire

Sous l'égide du Ministère de la Justice, l'administration pénitentiaire (AP) est un service public destiné à assurer l'exécution des condamnations pénales. Disposant d'un budget de 3,622 milliards d'euros en 2018⁶ (+ 4% à périmètre constant par rapport à 2017), l'AP emploie près de 40 000 agents. Il existe en France différents types d'établissements pénitentiaires variant selon le public accueilli :

- 99 maisons d'arrêt : détenus en attente de leur procès ou condamnés à une peine inférieure à deux ans ;
- 85 établissements pour peine : détenus condamnés à des peines supérieures à deux ans. Il convient ici de distinguer les centres de semi-libertés des centres de détention ou encore des maisons centrales (peines supérieures à deux ans).

La détention des personnes mineures est articulée différemment, selon les dispositions prévues par l'ordonnance du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante.

Au 1^{er} janvier 2018, 68 974 personnes étaient détenues dans des établissements pénitentiaires pour une capacité de 59 765 places⁷. Avec un taux d'occupation moyen de 115%, la France se classe parmi les pays européens ayant les prisons les plus surpeuplées (taux moyen Union Européenne à 94%). La surpopulation carcérale est également très hétérogène, ce taux pouvant dépasser les 200% dans certains établissements et le taux moyen en maison d'arrêt se situant à 142%.

En moyenne, les détenus passent neuf mois en détention, sont âgés de 33,6 ans et représentent à 96% des hommes. Avec 98,3 détenus pour 100 000 habitants en 2015⁸, la France est le seul pays d'Europe

⁶ Projet de loi de Finances 2018

⁷ <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-chiffres-clefs>

⁸ Statistiques pénales annuelles du Conseil de l'Europe (mars 2017)

occidentale qui voit son nombre de détenus augmenter. Cette hausse continue participe aux difficultés croissantes concernant la prise en charge sanitaire des personnes détenues.

I.1.2 La prise en charge de la santé des personnes détenues

La santé des personnes détenues : données chiffrées

Malgré l'insuffisance de données épidémiologiques, il est aujourd'hui bien établi que les personnes détenues souffrent d'un état de santé général dégradé par rapport à la population générale. Selon l'étude de 2015 sur la santé des détenus de l'InVS et un rapport de 2016 de la Cour des Comptes, on peut ainsi noter :

- une **forte prédominance des troubles de santé mentale** : huit détenus sur dix présentent un trouble psychiatrique, le taux de suicide y est sept fois plus élevé chez les hommes et vingt fois plus élevé chez les femmes par rapport à la population générale ;
- une **prévalence importante des maladies infectieuses** : 4,8% des détenus seraient atteints du VHC et 2% du VIH (soit près de douze fois plus élevée que dans la population générale) ;
- de **nombreuses conduites addictives** : consommation tabagique quotidienne pour 80% des détenus, addiction aux substances illicites pour 38% ;
- la présence de **maladies chroniques est encore trop peu documentée**.

Les personnes détenues souffrent globalement d'un moins bon accès aux soins et appartiennent davantage aux groupes de population touchées par des inégalités sociales de santé (précarité sociale, faibles revenus, populations migrantes...). Les conditions de détention sont également défavorables au maintien d'un état de santé satisfaisant : surpopulation, problèmes d'insalubrité, stress accru, moindre accès à l'hygiène élémentaire...

Evolution du cadre réglementaire

La loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale constitue une loi de référence dans la prise en charge sanitaire des personnes détenues, transférant celle-ci au ministère chargé de la Santé. Cette disposition juridique constitue une relative exception française par comparaison aux autres pays européens et a été évaluée comme gage d'une meilleure prise en charge⁹. La loi prévoit l'affiliation obligatoire des détenus au régime général de la Sécurité sociale ainsi que la mise en place d'Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA) dans chaque établissement pénitentiaire. Ces unités se voient rattachées à un établissement de santé et constituent alors un service hospitalier à part entière sous la responsabilité du directeur d'établissement. Véritable tournant, la loi

⁹ VulnerABLE: Pilot project related to the development of evidence based strategies to improve the health of isolated and vulnerable persons (2017)

de 1994 a été suivie en 2000 par la création de huit Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales (UHSI) puis en 2002 par la création des Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA) pour la prise en charge des hospitalisations psychiatriques des personnes détenues (avec et sans consentement). La loi du 21 juillet 2009 précise que l'organisation des soins relève des compétences des Agences Régionales de Santé (ARS). Depuis une circulaire interministérielle du 30 octobre 2012, les UCSA sont désormais appelées « unités sanitaires » et la prise en charge sanitaire est désormais découpée en trois niveaux de soins dans un objectif de décloisonnement du somatique et du psychiatrique.

L'attractivité de l'exercice médical et paramédical en unité sanitaire

Si des tensions existent pour le recrutement en milieu carcéral, celles-ci concernent principalement la chirurgie dentaire et la kinésithérapie, seuls 2,5% des postes budgétés de médecins n'étant pas pourvus¹⁰. Ainsi les problématiques d'attractivité s'inscrivent souvent dans le cadre d'enjeux régionaux de désertification médicale. Le personnel soignant en milieu carcéral regrette toutefois la faible valorisation de leurs pratiques et le manque de moyens adaptés au milieu fermé (i.e. télé-médecine).

La loi de 2009 constitue une loi de clarification des missions de service public assurées par l'AP qui réprecise alors la prise en charge sanitaire des personnes détenues. Reconnaisant le plein bénéfice de leurs droits aux personnes détenues, la loi prévoit un accès à la prévention, à l'éducation sanitaire, à la qualité et la continuité des soins, dans des conditions équivalentes à la population générale. Les droits du patient s'appliquent aux personnes détenues : droit au secret médical, principe du consentement, droit à l'information, etc. La loi prévoit également une visite médicale obligatoire avant la sortie de détention, s'ajoutant à l'obligation du bilan médical à l'entrée.

Le dépistage des maladies infectieuses en milieu pénitentiaire

Depuis la loi du 18 janvier 1994, l'incarcération est l'occasion de faire un point complet sur l'état de santé du détenu et les traitements éventuels à poursuivre ou mettre en place. Dans cette perspective, la circulaire de 1996 relative à la lutte contre l'infection par le VIH en milieu pénitentiaire, le plan national de lutte contre l'hépatite C de 1999 et la circulaire ministérielle du 21 mai 1999 relative à l'organisation des soins pour les personnes atteintes d'hépatite C, intègrent le dépistage comme un outil de prévention et de réduction des risques devant systématiquement être proposé lors des consultations médicales d'entrée.

Le plan d'action stratégique 2010-2014 a permis de donner une nouvelle impulsion à la politique de santé des personnes placées sous main de justice (PPSMJ). Ce plan national avait pour priorité de permettre un accès à la prévention, à des soins de qualité inscrits dans un réel parcours de santé ainsi qu'un accès aux droits sociaux pour chaque personne détenue. Un rapport de 2014 de la Cour des Comptes estime le coût de ce plan à 344 millions d'euros mais relève pourtant des obstacles persistants à une prise en charge globale : manque de coopération entre les acteurs, insalubrité en milieu pénitentiaire, difficultés d'accès à une protection sociale adaptée, etc. Dans la lignée de la stratégie

¹⁰ Rapport d'information du Sénat n°682 (2016-2017)

nationale de santé¹¹, la stratégie santé des PPSMJ entend poursuivre les efforts engagés sur l'accès et la continuité des soins.

Structures institutionnelles

Il est possible d'identifier trois niveaux de structures impliqués dans la prise en charge sanitaire des personnes détenues, qu'elles soient sous la responsabilité du ministère chargé de la Santé ou sous celle de la Justice :

- niveau national : Direction Générale de la Santé (DGS), Direction générale de l'offre de soins (DGOS), Direction Générale de la Cohésion Sociale, Direction de l'Administration Pénitentiaire (DAP), Direction de la Protection Judiciaire et de la Jeunesse ;
- niveau régional : ARS, Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, Direction Interrégionales des Services Pénitentiaires (DISP), services déconcentrés de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) ;
- niveau départemental (pour la Justice) : Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (SPIP)¹² ;
- niveau local : établissements de santé, établissements pénitentiaires.

La prise en charge sanitaire des personnes détenues concerne ainsi une multiplicité d'acteurs et de dispositifs institutionnels faisant face au défi de la coordination. Il existe de nombreux dispositifs de coordination tels que le comité interministériel Santé-Justice (niveau national) ou la présence d'une section en charge des relations avec les services du ministère de la Santé au sein de la DAP. Cependant, les structures institutionnelles des deux ministères se voient parfois confrontées à des intérêts divergents, l'une devant par exemple garantir la sécurité du personnel pénitentiaire, tandis que l'autre un égal accès aux soins quelles que soient les contraintes de la mise en détention.

C'est à ce titre qu'incombe aux USMP la tâche d'organiser et fluidifier cette prise en charge sanitaire dans un univers aux contraintes sécuritaires lourdes. Ces dernières ont permis de réels progrès, notamment en matière de délais de prise en charge, pour les détenus porteurs du VHC.

¹¹ Evaluation IGAS/IGSJ : <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article542>

¹² SPIP : ils assurent le contrôle et le suivi des PPSMJ qu'elles soient en milieu ouvert ou milieu fermé.

I.2 Malgré la mise en place des Unités Sanitaires en Milieu Pénitentiaire et les progrès des traitements, la prise en charge des personnes détenues atteintes par le VHC n'est pas optimale

Si l'évolution du cadre réglementaire a permis de renforcer la prise en charge sanitaire des personnes détenues autour des USMP, les progrès des traitements ont également amélioré les taux de guérison des patients porteurs du VHC en milieu carcéral.

I.2.1 Les progrès des traitements et les évolutions organisationnelles des USMP ont permis de limiter l'impact du VHC en améliorant la rapidité et l'efficacité de la prise en charge

Bien qu'en régression, le VHC est encore présent, aussi bien au niveau mondial que dans le milieu carcéral français.

Le VHC constitue l'une des formes les plus graves d'hépatite virale, capable d'engendrer une atteinte chronique du foie à risque de graves complications.

Selon l'INSERM¹³, près de 367 000 personnes ont été contaminées par le VHC en France et 232 000 sont porteuses chroniques du virus. Cette forme chronique serait responsable de 2 700 décès par an. Au niveau mondial, 71 millions de personnes seraient infectées, soit 3 % de la population globale.

Le VHC est transmis par le sang. La forme aiguë de la maladie, généralement asymptomatique, peut évoluer vers une cirrhose hépatique, stade ultime des maladies chroniques ; ou un carcinome hépatocellulaire, cancer primitif du foie.

Les principaux facteurs de risques de la maladie sont liés : à la réutilisation ou au partage de matériel contaminé lors de consommation de drogues injectables ou par voie nasale, à la mauvaise stérilisation du matériel médical (seringues et aiguilles), aux rapports sexuels (essentiellement homosexuels avec 18 à 25 % de contamination contre 3% pour les rapports hétérosexuels).

Le VHC, à l'instar des bactéries ou d'autres virus, produit des antigènes. Le système immunitaire lutte contre ces antigènes en fabriquant des anticorps. L'infection par le virus est diagnostiquée en deux étapes à partir de tests sérologiques permettant la mise en évidence de ces anticorps :

- les tests de dépistage : le dépistage des anticorps du VHC est réalisé à partir d'un test sérologique ;

¹³INSERM :Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/hepatite>

- les tests de validation : le manque de spécificité des tests de première génération est à l'origine du développement de ce type de tests dits de deuxième ou de troisième génération. Ils permettent la détection semi-quantitative de plusieurs anti- corps spécifiques du VHC.

Après que le diagnostic d'hépatite C chronique a été posé chez une personne, le degré de gravité des lésions hépatiques est déterminé, telle que la fibrose ou la cirrhose. Il existe 6 génotypes du VHC et une même personne peut être infectée par plusieurs d'entre eux. Aujourd'hui, les nouveaux traitements sont actifs sur tous les VHC, quel que soit leur type.

L'OMS recommande le dépistage pour les personnes susceptibles d'être exposées à un risque accru d'infection dont, entre autres, les consommateurs de drogues par injection, les consommateurs de drogues par voie nasale, les personnes dont les partenaires sexuels sont infectés par le VHC, les personnes atteintes de l'infection à VIH, les prisonniers ou les personnes incarcérées dans le passé, et les personnes qui sont tatouées ou portent des piercings, etc.

L'utilisation des AAD plus efficaces et mieux tolérés que les anciens traitements permet de guérir la plupart des cas d'infection au VHC avec un traitement court (12 semaines en général, 8 semaines pour les cas les plus simples). Ils permettent aussi de faire disparaître les lourds effets secondaires qui étaient observés jusqu'alors : dépression, décompensation psychiatrique, envies suicidaires. De plus, la durée de traitement raccourcie et le nombre réduit de comprimés en facilitent l'observance. Ces médicaments permettent de guérir plus de 95% des personnes infectées mais l'accès au diagnostic et au traitement reste insuffisant, d'autant qu'il n'existe pas de vaccin contre le VHC. Toutefois, dans environ 15 à 45% des cas, les personnes infectées se débarrassent spontanément du virus au cours des 6 mois qui suivent l'infection, sans aucun traitement.¹⁴ Pour les autres, soit 60% à 80% des personnes contaminées, l'infection évoluera vers la forme chronique de la maladie. Parmi celles-ci, le risque de cirrhose du foie est de 15 à 30% sur une évolution d'une durée de 20 ans. Enfin, il convient de noter que l'instruction du 3 août 2017 relative à l'élargissement de la prise en charge par l'Assurance maladie du traitement du VHC par les nouveaux AAD instaure un accès universel au traitement.

Si l'accès au traitement s'améliore, il reste encore trop limité dans le monde. En 2015, sur les 71 millions de personnes infectées par le VHC, 20% seulement connaissaient leur situation. Parmi les sujets diagnostiqués, 7% ont débuté le traitement en 2015. En 2016, 1,76 million de personnes supplémentaires ont été traitées, portant à 13 % la couverture mondiale du traitement curatif. Il reste beaucoup à faire pour atteindre la cible de 80 % de malades traités d'ici à 2030, tel que l'appelle de ses vœux l'OMS.

¹⁴ Hépatite C : le mystère de la guérison spontanée peut-être percé (article dans le journal Science – 2004)

Il n'existe pas de vaccin contre le VHC, c'est pourquoi la prévention de l'infection passe par la réduction du risque d'exposition au virus dans les établissements de soins et parmi les populations exposées à un risque accru. Il s'agit de la prévention primaire, dont les interventions (recommandées par l'OMS) sont, entre autres :

- l'usage sûr et approprié des injections dans les milieux de soins ;
- la manipulation et l'élimination sans risque des objets tranchants ou piquants et des Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux (DASRI) ;
- la proposition aux personnes toxicomanes de services complets visant à réduire les effets nocifs de ces injections : matériel de préparation des produits, matériel d'injection stérile, matériel de prise nasale à usage unique ;
- la promotion de l'utilisation régulière et correcte des préservatifs.

La prise en charge sanitaire des personnes détenues s'est améliorée grâce à la mise en place des USMP

Unité de soins intégrée à une maison d'arrêt ou à une centrale, l'USMP est une unité fonctionnelle d'un Etablissement Public de Santé (EPS), auquel elle est rattachée. Une équipe hospitalière dédiée, composée de médecins généralistes, psychiatres, chirurgiens-dentistes, infirmiers, etc. assurent une mission de santé publique et d'éducation à la santé selon quatre objectifs : assurer les soins en milieu pénitentiaire et la prise en charge hospitalière de courte durée et d'urgence, favoriser la préparation à la sortie et la poursuite des soins médicaux après la levée d'écrou, développer des actions de prévention.

L'USMP n'a pas vocation à assurer la permanence des soins d'urgence qui est régulée par le SAMU en lien avec divers acteurs, même si l'équipe de l'USMP intervient en première intention lorsque celle-ci est ouverte. Les locaux affectés à cette unité sont gérés par l'AP et respectent les normes de sécurité de la prison. Bien que le directeur de l'établissement pénitentiaire n'ait pas d'autorité hiérarchique sur les personnels de l'USMP, il est seul habilité à autoriser les accès aux professionnels y exerçant. La sécurité est assurée par des surveillants pénitentiaires présents sur site.

A l'arrivée d'un détenu, un examen médical complet doit être réalisé dans les plus brefs délais, les arrivées se faisant 7 jours sur 7. Le *turnover* de détenus est souvent très important en particulier en maison d'arrêt. Au moment du bilan d'entrée, un dépistage du VIH, VHB et VHC est systématiquement proposé, même si la personne détenue peut l'accepter ou le refuser. Cette primo consultation permet d'identifier les antécédents médicaux et psychiatriques, d'évaluer les conduites addictives, d'évaluer l'état psychologique de la personne détenue et d'assurer la continuité des prises en charges engagées hors détention.

Les personnes détenues ont accès à tous types de soins au sein de l'US et une Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) hospitalière fournit les traitements prescrits qui sont délivrés en cellule ou en présentiel, notamment pour ceux du VHC en raison de leur caractère particulièrement onéreux. En cas d'urgence nécessitant un plateau technique et des compétences hospitalières ou lorsqu'il s'agit de recourir à des consultations spécialisées non délocalisables dans l'USMP, les patients font l'objet d'une extraction assurée par les personnels pénitentiaire, c'est-à-dire d'une sortie hors de prison, sous surveillance renforcée et nécessitant du personnel mis à disposition par le ministère de la justice.

Les demandes de consultations se font par écrit et les patients sont convoqués par l'USMP, en fonction des organisations pénitentiaires et selon la disponibilité des surveillants qui autorisent les déplacements. Pour lisser les pratiques et fluidifier les déplacements, sont établis des créneaux de consultations auxquels les soignants ne peuvent déroger en demandant un autre horaire de rendez-vous.

Aux côtés de l'équipe hospitalière interviennent les médecins addictologues, les psychologues et les éducateurs, souvent rattachés à un Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA).

Si les USMP illustrent la volonté des pouvoirs publics d'offrir des soins de qualité aux détenus, il faut souligner que les spécificités liées au VHC et à ses traitements nécessitent des efforts supplémentaires pour améliorer sa prise en charge.

I.2.2 Les données épidémiologiques et les témoignages des professionnels démontrent que la prise en charge à l'entrée et pendant l'incarcération est largement perfectible

C'est à l'occasion du bilan médical d'entrée que seront proposés, dans 98%¹⁵ des cas, des tests de dépistages VIH, VHC et VHB. Ainsi, la proposition de dépistage intervient dès l'incarcération, un moment peu propice pour ceux qui y sont confrontés pour la première fois et vivent le « choc carcéral »¹⁶. Toutefois, ce bilan peut également intervenir à quelques jours de l'entrée en détention dans le cadre d'une consultation spécialisée, en cas de refus de première intention de la personne détenue. Il pourrait être réalisé par un Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD) au sein de l'USMP, afin de garantir l'anonymat du patient. Quelques établissements sont pourvus d'un CeGIDD pénitentiaire, dont la prison de Lille Annoeulin. Néanmoins, lorsque cette

¹⁵ Enquête PREVACAR, 2010

¹⁶ D. Lhuillier et A. Lemiszewska, *choc carcéral : survivre en prison*, Paris, Éditions Bayard, 2001

structure n'est pas présente, le dépistage est réalisé par l'USMP. Lors de la proposition de dépistage, une part des personnes détenues refuse celui-ci. Il n'existe pas de chiffres récents sur cette proportion à l'exception des données issues de la thèse de médecine du Dr Audineau réalisée sur la population carcérale de l'Ile-de-France (IDF). Ainsi, 72% de femmes et 64% des hommes acceptent le dépistage, mais la réalisation de celui-ci ne se fait qu'à 66% pour les femmes et 53% pour les hommes.

La communication des résultats aux personnes détenues n'est systématique que dans 72% des USMP. Par manque de temps ou en raison de contraintes organisationnelles les personnels soignants ne leur communiquent pas systématiquement les résultats négatifs des tests de dépistage du VHC. En cas de dépistage positif, l'USMP programme un avis spécialisé auprès d'un gastro-entérologue, d'un infectiologue ou d'un médecin interniste qui évaluera l'atteinte hépatique et proposera une stratégie thérapeutique. Cette consultation aura lieu à l'USMP si du temps médical spécialisé est mis à disposition par l'établissement de santé. A titre d'exemple, à Annoeulin et Sequedin, un médecin hépatologue assure une permanence bimensuelle tout comme à la prison de Fleury Merogis. Dans le cas contraire, la consultation imposera une extraction nécessitant des moyens plus ou moins conséquents selon le profil de la personne détenue.

L'évaluation de la fibrose hépatique par Fibroscan®, recommandée par la HAS, est réalisée dans 80% des maisons d'arrêt et nécessite pour $\frac{3}{4}$ d'entre-elles le recours à une extraction vers un plateau technique hospitalier. Il s'agit ici d'une lenteur clairement identifiée dans la pose d'un diagnostic avancé de la maladie. En IDF ce recours est centralisé à l'EPSNF¹⁷.

Parallèlement aux dépistages avec Fibroscan®, l'arrêté du 1^{er} août 2016 prévoit une alternative avec le développement des Test Rapide d'Orientation Diagnostique (TROD) qui permettent une orientation de diagnostic rapide. En milieu pénitentiaire, il s'agit d'un bon outil de première sensibilisation au dépistage du VHC qui dynamise l'entrée dans le soin. Alors qu'ils permettent une nouvelle porte d'entrée vers la prise en charge par des professionnels davantage formés au dialogue avec le public à risque, les TROD ne sont réalisés que dans 13% des USMP.

La question de l'accès aux AAD demeure entière s'agissant des personnes détenues au sein des maisons d'arrêts. Si la durée du traitement a été réduite avec les AAD à 12, voire 8 semaines dans certains cas, elle peut parfois excéder la durée d'incarcération restante. Ainsi, une durée d'incarcération courte, avec une sortie possible avant la fin du traitement est un frein à l'accès aux traitements par AAD dans certains établissements. En 2015, dans les cas d'une sortie programmée avant la fin estimée du traitement par AAD, le traitement n'a été délivré que dans 59% des USMP, 41% préférant le différer. Toutefois, il convient de modérer ces propos. La mise en place prochaine de la prescription par tous les médecins devrait considérablement réduire les délais de prise en charge, y

¹⁷ Prison et comorbidités-prise en charge de l'hépatite C en prison, M.BOUTEILLE-GAILLET, 7 juin 2016

compris en milieu pénitentiaire. En effet, jusqu'à aujourd'hui, seuls les médecins spécialistes pouvaient prescrire les traitements par AAD. Désormais, tout médecin pourra délivrer le traitement ce qui constitue un gain de temps.

En complément de la prise en charge médicamenteuse, il est recommandé de mettre en œuvre un programme d'éducation thérapeutique¹⁸. Le rapport de recommandations de 2016 relatif à la prise en charge thérapeutique et au suivi de l'ensemble des personnes infectées par le VHC précise que *« l'éducation thérapeutique est essentielle pour répondre aux questions du patient, et est complémentaire de la prise en charge médicale »* afin d'assurer la cohérence générale des traitements par les AAD et d'alerter les personnes détenues sur l'importance de l'observance au traitement et les interactions médicamenteuses. Elle peut se mettre en place de manière individuelle ou collective. Par nature néanmoins, le milieu carcéral ne favorise pas la mise en place de protocoles éducatifs visant à assurer l'observance ; les contraintes organisationnelles, notamment liées aux mesures de sécurité (il y a obligation de disposer de deux surveillants à l'USMP, obligation de trouver des horaires en adéquation avec les horaires d'atelier ou de parloir des personnes détenues, etc.) la limitent. En l'espèce, seuls 16% des USMP ont des programmes d'éducation thérapeutique facilement accessibles aux personnes détenues.

Parallèlement, il s'agit de mettre en œuvre une prise en charge en addictologie lorsque la consommation de toxiques est à l'origine de la contamination. Ceci nécessite des rendez-vous de suivi réguliers avec l'équipe du CSAPA (médecins, psychologues et éducateurs) et la mise en œuvre de traitements de substitution, seul moyen de limiter les injections (source majeure de recontamination). D'après l'enquête Prévacar, le recours aux Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO) en milieu carcéral est estimé à près de 8% (environ 5000 personnes) dont 1/3 a été initié en prison. L'enjeu pour les équipes soignantes en place est donc d'accompagner les personnes détenues dans la gestion et la réduction de leur dépendance via la prescription, dans un cadre global et contrôlé, de traitements de substitution. Cependant, l'efficacité des TSO n'est pas complète et s'inscrit sur un temps long. En sus des aléas de parcours induits pour les personnes condamnées à des courts séjours, il convient de noter que selon le rapport Pradier¹⁹, l'accessibilité aux TSO est disparate selon les établissements, *« subordonnée aux convictions ou aux humeurs des médecins, des directeurs d'établissements pénitentiaires, des personnels de surveillance, etc. »*. Seuls 50% des établissements pénitentiaires ouvrent cette possibilité avec en général, pour 95% d'entre eux, une absence de diversification des traitements.

¹⁸ L'article L.1161-1 du CSP définit l'éducation thérapeutique comme un procédé s'inscrivant dans le parcours de soins du patient et ayant pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie

¹⁹ Rapport Pradier, la gestion de la santé dans les établissements du programme 13000 Evaluations perspectives-P. Pradier 30 septembre 1999

L'articulation des prises en charge impose une collaboration étroite entre équipes hospitalières, personnels pénitentiaires, équipe d'addictologie et plateau médico-technique. La présence aux rendez-vous programmés des détenus dépend en grande partie des surveillants pénitentiaires, seuls habilités à autoriser les mouvements (à Fleury-Mérogis, les mouvements entre bâtiments et USMP se font par véhicule). Les incidents quotidiens, les difficultés de localisation des personnes détenues au moment de constituer les listes de consultations, la bonne volonté de certains surveillants, voire le comportement des personnes détenues elles-mêmes rendent difficile l'organisation de la prise en charge.

Ainsi, le travail d'information et de prévention proposé par les équipes soignantes est mis à mal par les conditions de détention (conditions d'hygiène, échanges de matériels d'injection contaminés, pratiques de modifications corporelles, etc.) qui favorisent les risques de recontamination au moment même où est instauré un traitement antiviral.

Des traitements plus rapides et des évolutions règlementaires majeures ont permis une amélioration de la prise en charge des patients souffrants du VHC en milieu carcéral. Le nombre de malades diminue, de plus en plus de personnes détenues sont diagnostiquées à leur entrée et sont guéries avant leur sortie. Toutefois, les risques de recontamination étant étroitement liés à des facteurs comportementaux, des situations de rupture sont identifiées au cours du parcours de soin.

II Face à des risques de rupture de la prise en charge, de nouvelles pratiques se développent et entendent participer à l'élimination du virus

La guérison du VHC en prison est de plus en plus fréquente, pourtant, des cas de recontamination perdurent. Il convient alors de se demander où se situent les points de ruptures tout au long du parcours de la personne détenue et qui pourraient être améliorés afin de réduire les recontaminations.

II.1 La recontamination et le suivi de la prise en charge à la sortie présentent les plus forts risques de rupture de parcours de soins des personnes détenues et atteintes du VHC

La prise en charge d'une personne détenue atteinte du VHC est sujette à des ruptures de parcours. En détention, bien que l'efficacité du traitement par AAD ne soit pas remise en cause, les risques de recontamination demeurent présents. Aussi, la préparation à la sortie et la liaison établie avec les structures d'aval constituent le second point de rupture dans la prise en charge.

II.1.1 Des outils de réduction des risques à la portée limitée, malgré un programme d'échange de seringues existant en milieu ouvert mais non mis en œuvre en détention

La prison est un environnement à hauts risques pour la transmission des maladies infectieuses. Face à une population carcérale sujette à une forte prévalence des conduites addictives, des troubles psychiatriques et des affections virales, s'ajoutent des conditions de détention précaires. La surpopulation, la promiscuité, le manque d'hygiène et l'insalubrité des locaux pénitentiaires sont en effet propices aux recontaminations par le VHC²⁰. Au regard du coût du traitement par AAD, tout l'enjeu est donc d'éviter que les personnes détenues connaissent une rupture de parcours qui induirait une recontamination au VHC.

Le programme d'échange de seringue : un outil de réduction des risques efficace et confirmé à l'échelle internationale

Des outils de réduction des risques tels que le suivi médical, la distribution d'eau de javel ou bien encore de préservatifs sont mis en place en détention afin de limiter les risques de recontamination. Cela étant, le risque de rupture n'en demeure pas moins élevé. L'OMS considère ces outils comme des mesures de seconde ligne qui, pour le VHC en particulier, présentent une efficacité limitée ne remplaçant pas la mise en place de Programme d'échange de seringues (PES).

En établissements pénitentiaires, les personnels pénitentiaires et personnels soignants possèdent des cultures et des pratiques professionnelles distinctes. Recommandé par l'OMS et de nombreuses associations depuis une vingtaine d'années, le PES vise à mettre à disposition des usagers de drogues injectables du matériel d'injection stérile afin de limiter les risques de retransmission de virus et autres infections liées au partage du matériel de consommation.

Ainsi, l'enjeu est de reconnaître la circulation de drogues dures en prison et l'existence de pratiques à risques multiples. En effet, la plupart des détenus s'injectent des produits, partagent et réutilisent leur matériel, bien souvent des seringues de fortune, confectionnées d'assemblage de stylos et d'aiguilles récupérées²¹. Ce phénomène est loin d'être marginal puisque entre 16 et 60 % des personnes incarcérées qui pratiquaient l'injection au dehors continuent en prison²². Au cours de l'été 2013, un groupe de travail santé-justice rend ses conclusions²³ et se prononce en faveur du déploiement d'une expérimentation de PES dans plusieurs types d'établissements (maisons d'arrêt,

²⁰ Bulletin épidémiologique hebdomadaire, Prévention du risque infectieux dans les prisons françaises. L'inventaire ANRS-PRIDE, 2009

²¹ « Addictions », Observatoire international des prisons - 13 septembre 2017

²² « Réduction des risques en milieu pénitentiaire », INSERM, 2010 http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/87/Chapitre_18.html

²³ « Aménagements et suspensions de peine pour raison médicale », Groupe de travail Santé Justice, Rapport à Madame la Garde des sceaux, Ministre de la Justice et Madame la ministre des Affaires sociales et de la Santé, 20/11/2013.

centres de détention, etc.). L'accumulation d'études, témoignages et constats de séroconversions montrent que les pratiques d'injection se déroulent dans des conditions d'hygiène désastreuses.

Les réticences des personnels pénitentiaires ont conduit à un avortement du projet de décret relatif à la mise en place d'un PES en France

Les personnels pénitentiaires français et les syndicats remettent en cause l'efficacité des PES et pointent du doigt l'enjeu sanitaire et sécuritaire pour les détenus et agents pénitentiaires. Les arguments suivants sont avancés :

- les programmes d'échange de seringues favorisent l'injection de drogues : toutes les évaluations des PES montrent que la disponibilité de seringues stériles n'entraîne pas d'augmentation du nombre de consommateurs par injection, ni de la présence de drogues en prison²⁴. Les consommations tendent même parfois à diminuer, notamment lorsqu'un lien de confiance est instauré avec les soignants. Les programmes favorisent alors l'initiation de traitements de substitution et surtout, ils réduisent les dommages associés à l'usage : contaminations virales, abcès aux points d'injection, surdose et décès.

- les programmes d'échange de seringues mettent en jeu la sécurité des personnels : l'introduction de PES n'implique pas un compromis entre la santé et la sécurité. Ils peuvent même garantir un surcroît de sécurité. Dans les programmes initiés à l'étranger (Suisse, Allemagne), aucun cas d'usage de seringue en tant qu'arme n'a été rapporté. Le risque de blessure et de contamination par accident est bien moindre, notamment lors des fouilles. Hors programme, des seringues circulent, mais elles sont cachées, artisanales et bien souvent contaminées. Dans le cadre d'un PES, elles sont données dans un étui spécifique et doivent être systématiquement retournées après usage. Le taux de retour est généralement très important (plus de 90% en Suisse). En cas d'accident, le risque de contamination est réduit car les partages cessent²⁵.

Au regard de ces éléments, la loi n° 2016-41 du 26/01/2016 de Modernisation de Notre Système de Santé reconnaît que la politique de réduction des risques s'applique également aux personnes détenues, « selon les modalités adaptées au milieu carcéral »²⁶.

²⁴ « Réduction des risques en milieu pénitentiaire - Revue des expériences étrangères », Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Ivana Obradovic, Note n°2012-04, à l'attention de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, Saint-Denis, 05/10/2012

²⁵ L'exemple Suisse : « Outre la pratique du tatouage qui est interdite et qui se fait clandestinement dans des conditions d'hygiène déplorables avec une encre et des ustensiles fabriqués artisanalement permettant au virus de se propager, la prison de Champ-Dollon (Genève) a joué un rôle précurseur dans le domaine très sensible des PES en introduisant l'échange de seringues dès 1996. Ce programme est essentiel et il faut saluer l'intelligence des directions qui reconnaissent l'existence de la drogue en milieu carcéral. Cet échange diminue les risques même s'il ne les élimine pas. » - professeur Hans Wolff, responsable de la médecine pénitentiaire à Genève, Tmagazine, le 12 juillet 2016.

²⁶ Article 41, loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Cependant, le projet de décret d'application relatif à la mise en place de PES en détention déclenche de nombreuses questions notamment la question centrale de la conciliation entre « santé et sécurité », malgré la reconnaissance d'un problème sanitaire à traiter. Ce projet de décret a été abandonné en fin d'année 2017 du fait des inquiétudes sécuritaires revendiquées par les personnels pénitentiaires. La DAP fait état d'un sentiment d'insécurité et de dégradation des conditions de travail grandissant chez ces derniers, limitant l'acceptabilité d'évolutions dans les pratiques professionnelles²⁷.

Ainsi, bien qu'aucun chiffre officiel ne soit actuellement disponible sur le nombre de recontaminations par le VHC en détention, celles-ci constituent un véritable risque de rupture dans le parcours de prise en charge. Alors que le PES apparaît être un outil fondamental de réduction des risques, l'abandon de sa mise en œuvre au sein des établissements pénitentiaires français contribue au maintien du risque de recontamination en détention. Un tel risque est également présent à la sortie des personnes détenues.

II.1.2 La sortie de détention crée un risque de rupture majeur dans l'accès aux traitements et aux structures d'accompagnement d'aval

Le parcours sanitaire des personnes détenues infectées par le VHC ne se termine pas à la fin des traitements (TSO et AAD) et la guérison en détention. Face aux risques de recontamination, la sortie constitue le deuxième point de rupture potentiel dans le parcours de prise en charge des personnes détenues.

Des processus de sortie peu formalisés entraînant des difficultés d'accès aux droits sociaux et aux traitements à la sortie de détention

Très peu d'établissements ont formalisé des processus de préparation à la sortie visant à assurer le suivi des traitements directement à la sortie et l'accès à des structures d'aval²⁸.

Un patient détenu sortant le vendredi par exemple, devra disposer de son TSO ou de son traitement par AAD lui permettant d'éviter de rompre son traitement jusqu'au lundi²⁹. Aussi, le défaut de moyens humains chez les soignants et les personnels pénitentiaires ainsi que le fort taux de *turn over* au sein des SPIP rendent les collaborations et les préparations à la sortie complexes. Les personnels soignants

²⁷ Entretien du 15/05/2018 avec la section santé et droits sociaux de la DAP.

²⁸ Enquête Prévacar, volet offre de soins VIH, hépatites et traitements de substitution en milieu carcéral, Direction générale de la santé, 2010.

²⁹ « Les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France », Rapport de commission d'enquête n°449 (1999-2000) de MM. Jean-Jacques HYEST et Guy-Pierre CABANEL, fait au nom de la commission d'enquête, déposé le 29 juin 2000.

peuvent ne pas être prévenus d'un départ ; les détenus retrouvant alors leur liberté sans traitement d'urgence pour le weekend et/ou sans ordonnance³⁰.

Dans les cas où la coordination se met en place en amont et permet la délivrance d'une ordonnance, l'accès aux TSO ou AAD n'est pas pour autant garanti aux sortants. Bien que la protection sociale soit maintenue 12 mois après la fin de l'incarcération³¹ (pour les personnes condamnées à une peine inférieure à un an et s'étant constitué des droits avant leur détention, leurs droits sociaux initiaux peuvent être maintenus), celle-ci n'a bien souvent pas eu le temps de se mettre en place à l'entrée pour les personnes sans papiers d'identité ou bien ayant écopé d'une courte peine. A cela s'ajoutent les éventuels transferts de dossiers entre CPAM et les longs délais d'instruction³². Pour ces profils, il faut en pratique compter trois mois avant un réel accès gratuit aux TSO et AAD à la sortie de détention³³. Dans ce laps de temps, les traitements peuvent être pris en charge par les CSAPA ou les CAARUD afin d'éviter les ruptures de parcours, à condition que le lien avec ceux-ci ait été établi en amont.

La coordination entre la prison et les structures d'aval n'est pas systématique et augmente les risques de rechute à la sortie.

Les CSAPA sont issus de la circulaire n°DGS/MC2M2002/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des CSAPA et des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie. Elle vient fusionner les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA). Les CSAPA assurent, pour les sortants de détention ; usagers de drogue en particulier ; la réduction des risques, la prise en charge médicale ainsi que l'accès aux droits sociaux. Reconnus par la loi du 9 août 2004, les CAARUD ont quant à eux été mis en place en 2006. Ces établissements médico-sociaux assurent également l'accueil et l'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues. A la différence des CSAPA, il s'agit d'établissements de « première lignes » ou de « bas-seuil » qui assurent leurs missions dans des conditions minimales. De fait, l'accès aux TSO et AAD peut être complexe pour les personnes détenues en sortie dite « sèche », c'est-à-dire sans accompagnement permettant de se réadapter et d'accompagner leur prise en charge. Le risque de recontamination est prépondérant chez les usagers de drogue pour lesquels l'arrêt progressif ou contraint des consommations de TSO entraîne un risque de rechute élevé³⁴. La

³⁰ Entretien du 15/05/2018 avec la section santé et droits sociaux de la DAP.

³¹ Décret n°2006-1430 du 22 novembre 2006 relatif aux conditions de rétablissement des droits aux prestations en espèces à l'issue d'une période d'incarcération et modifiant le CSS.

³² Entretien du 16 mai 2018 avec le CSAPA Pierre Nicole (Dr. Michel, addictologue et M. Ruby, Educateur spécialisé).

³³ « Addiction et sortie de prison : le bricolage forcé des accompagnants », Observatoire International des Prisons, section française, 28 septembre 2017 <https://oip.org/analyse/addiction-et-sortie-de-prison-le-bricolage-force-des-accompagnants/>

³⁴ Le risque de rechute suite à l'arrêt des TSO est de 90 à 95%. « L'arrêt des TSO - compte-rendu de la première réunion nationale Pharma'ddct », Isabelle Celerier, Le Foyer n°35 - février 2009 <https://www.rvh-synergie.org/prises-en-charge-des-addictions/penser-ensemble-les-prises-en-charge/therapeutiques/substitution-mso/99-larret-des-tso-compte-rendu-de-la-premiere-reunion-nationale-pharmaddict.html>

coordination est alors primordiale entre les professionnels de l'intérieur et les professionnels de l'extérieur. Les liens des établissements pénitentiaires avec les CSAPA et les CAARUD ne sont pourtant effectifs que dans 69% et 41% des cas³⁵.

De plus, la question de l'hébergement est cruciale pour assurer le suivi et la continuité de la prise en charge des patients atteints de VHC. Disposer d'un logement ou *a minima* d'un hébergement à la sortie de détention est un facteur clé à la fois en termes de réinsertion sociale et de prévention des risques de rechute. L'accès aux structures d'hébergement médico-sociales n'est pourtant pas systématique : 45% pour les ACT, 41% pour les CHR³⁶. Les ACT³⁷ sont dédiés aux personnes ou familles qui se trouvent en situation de fragilité, offrant un accompagnement pluridisciplinaire ainsi qu'une solution temporaire d'hébergement individuel. Les CHR³⁸ proposent des solutions d'hébergement, d'insertion et assurent une prise en charge individualisée et globale, sous condition de l'élaboration préalable d'un « projet d'insertion ». Leur accessibilité est rendue complexe par les décalages entre les agendas judiciaires et ceux des structures d'aval. Les réductions et aménagements de peines rendent difficiles la fixation d'une date de sortie précise pour les personnes détenues. Il est en effet nécessaire pour les structures extérieures d'avoir une visibilité sur la date d'arrivée des sortants au sein de l'établissement afin de préparer au mieux leur prise en charge à la sortie de détention³⁹. On notera aussi une réticence de certaines structures d'hébergement à accueillir des sortants de prison, en particulier ceux avec des aménagements de peines tels que la libération conditionnelle⁴⁰, la semi-liberté, le placement extérieur ou encore le placement sous surveillance électronique⁴¹, auxquelles s'ajoutent les réserves des familles des autres patients. Cela vient ainsi davantage limiter l'accès des personnes détenues aux structures d'aval.

Les risques de rupture de parcours par recontamination au VHC sont présents en détention, mais également à la sortie de prison de la personne détenue. En détention, la difficile conciliation de la santé et de la sécurité conduit à limiter les programmes de réduction des risques. A la sortie, c'est la collaboration entre les établissements pénitentiaires et les structures d'aval qui est problématique et qui tend à fragiliser le parcours des PPSMJ atteints du VHC.

³⁵ « L'hépatite C en milieu carcéral en France : enquête nationale de pratiques 2015 », soumis le 16/11/2016, André-Jean Remy, Valérie Canva, Frédéric Chaffraix, Carmen Hadey, Laura Harcouet, Nicolas Terrail, Nathalie Vallet, Arnaud Happiette, Mélanie Gaillet, Olivier Sannier, Christine Silvain http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/14-15/pdf/2017_14-15_4.pdf

³⁶ « L'hépatite C en milieu carcéral en France : enquête nationale de pratiques 2015 », soumis le 16/11/2016, André-Jean Remy, Valérie Canva, Frédéric Chaffraix, Carmen Hadey, Laura Harcouet, Nicolas Terrail, Nathalie Vallet, Arnaud Happiette, Mélanie Gaillet, Olivier Sannier, Christine Silvain http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/14-15/pdf/2017_14-15_4.pdf

³⁷ Circulaire DGS (SD/A)/DGAS/DSS n°2002-551 du 30 octobre 2002 relative aux appartements de coordination thérapeutique (ACT).

³⁸ Circulaire n°91-19 du 14 mai 1991 relative aux missions des centres d'hébergement et de réinsertion sociale.

³⁹ Entretien du 15/05/2018 avec la section santé et droits sociaux de la DAP.

⁴⁰ La libération conditionnelle est une mesure d'aménagement de peine permettant la mise en liberté d'un condamné avant la date d'expiration normale de sa peine d'emprisonnement ou de réclusion, sous condition de respect, pendant un délai d'épreuve, d'un certain nombre d'obligations.

⁴¹ La semi-liberté, le placement à l'extérieur et le placement sous surveillance électronique sont des aménagements de peine sous écrou qui permet à une personne condamnée de bénéficier d'un régime particulier de détention l'autorisant à quitter l'établissement pénitentiaire afin d'exercer une activité professionnelle, de suivre un enseignement, une formation professionnelle ou un emploi temporaire, ou encore de suivre un traitement médical etc.

Au regard de ces éléments, des méthodes de prise en charge innovantes sont actuellement mises en place ou se développent au niveau local et national.

II.2 De nouveaux dispositifs visent à pallier les risques de ruptures dans la prise en charge du VHC

II.2.1 Certaines méthodes innovantes sont développées par les CSAPA et les CAARUD

L'organisation du soin du VHC doit s'intégrer dans une prise en charge globale du patient, tant médical que sociale. La maladie s'inscrit dans une prise en charge pluridisciplinaire (médecins, infirmiers, travailleurs socio-éducatifs, etc.), qui aborde avec le patient sa pathologie, l'usage des produits psychoactifs et sa vie personnelle et sociale.

La mise en place de CSAPA référents pour chaque établissement pénitentiaire, afin de préparer au mieux la sortie des détenus, constitue ainsi l'un des exemples de cette prise en charge globale qui permet l'articulation « dedans/dehors » et favorise la continuité des soins.

Par ailleurs, certains CAARUD ont créé des cellules d'appui technique ayant un lien resserré avec la CPAM. C'est le cas, à titre d'exemple du CAARUD Intermède situé à Toulouse qui a créé « Tremplin VHC ». Il s'agit d'une commission pluridisciplinaire (CPU) qui vise à favoriser la mise sous traitement de personnes atteintes par le VHC et éloignées des dispositifs de soin. Par des réunions deux fois par trimestre, la commission se mobilise sur demande d'étude de cas⁴² et fait des propositions de prise en charge à la personne concernée ou au professionnel qui l'a orientée. Elle cherche à coordonner la prise en charge médico-psycho-sociale des situations dites « complexes » en réunissant différents professionnels de santé : assistante sociale, infirmière, éducateur du CAARUD, médecins addictologues partenaires, hépato-gastro-entérologue... Sont également invités à participer des associations de soutien aux usagers de drogues, le médecin généraliste ayant orienté la personne vers la commission, des pharmaciens pour les questions qui concernent les interactions médicamenteuses et les rétrocessions de traitement, ou encore l'utilisateur concerné s'il le souhaite. Le partenariat avec la CPAM permet en outre une ouverture de droits directs, grâce à la mise à disposition d'une ligne « urgence »⁴³.

⁴² La commission peut être sollicitée par les CAARUD, les CSAPA, les ELSA, les médecins généralistes, les CHRS, les CHU, les accueils de jour, les services de soin, les établissements médico-sociaux ou tous autres services médicaux et/ou sociaux.

⁴³ À l'exception des étrangers pour lesquels le processus est alors plus complexe.

La médiation en santé⁴⁴ est un autre dispositif qui peut être développé en CSAPA ou CAARUD et qui contribue de manière significative à améliorer la continuité de la prise en charge des patients. Les professionnels de la médiation en santé sont souvent des pairs⁴⁵ des patients, ce qui permet de tisser plus facilement une relation individuelle avec ces derniers et favoriser la création d'un lien de confiance. Ces médiateurs ont pour rôle d'accompagner physiquement le patient à ses rendez-vous médicaux et de faciliter les relations avec les professionnels de santé ou le personnel administratif. Grâce à cet accompagnement spécifique, non seulement le délai entre la découverte d'une sérologie positive et la prise de rendez-vous avec l'hépatologue ou le début du traitement est réduit, mais également le risque d'interruption de la démarche de soin. Les médiateurs en santé peuvent aussi pallier des problèmes cognitifs de concentration, de compréhension ou de mémorisation des informations par le patient, pour ensuite rappeler à celui-ci les informations dont il a besoin.

L'organisation de l'accompagnement aux soins en unité de lieu⁴⁶ semble être une autre possibilité permettant d'élargir la diffusion du dépistage et d'accompagner le plus grand nombre de personnes jusqu'à la guérison. L'éclatement des acteurs et l'hétérogénéité des pratiques sont aujourd'hui un frein à l'amélioration du dépistage, de la prise en charge, puis de la continuité de celle-ci. Le détenu, puis le patient, peut se retrouver perdu face à la multiplication des interlocuteurs dans son parcours de soins. Il est désormais admis que l'unité de lieu raccourcit, voire abolit les délais entre chaque étape du parcours de soin (Reynaud-Maurupt, 2015). Il s'agit ici de mettre en place un « guichet-unique » qui regrouperait au sein d'un CSAPA l'ensemble de la prise en charge des hépatites virales : dépistage, Fibroscan®, consultation d'hépatologie, mise en place et suivi du traitement. Bien sûr, cette recommandation doit tenir compte des spécificités liées à l'incarcération mais le fait d'installer un CSAPA au cœur d'une USMP et qui aurait un rôle de coordination dans la totalité de la prise en charge constituerait une amélioration notable. Rappelons qu'aujourd'hui les USMP accueillant un CSAPA en leurs murs sont largement minoritaires. Cette organisation en unité de lieu relève de l'approche que les anglo-saxons appellent « *test and treat* » : un même lieu pour détecter, soigner et lutter contre les comportements à risque. La prise en charge thérapeutique in situ constitue donc un axe de développement au cours des prochaines années. Le projet Grenoblois de dépistage mobile dans l'ensemble de l'arc alpin s'appuie sur cette logique en développant la prise en charge par une unité mobile, y compris en milieu carcéral, le but étant de réduire au maximum les lieux et les interlocuteurs dans le parcours du détenu, du dépistage à la prise en charge proposée. Néanmoins, si cette

⁴⁴ La médiation en santé est un champ de compétences spécifiques défini par un référentiel de la HAS : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2801497/fr/la-mediation-en-sante-pour-les-personnes-eloignees-des-systemes-de-prevention-et-de-soins

⁴⁵ Par exemple d'anciens détenus ou d'anciens toxicomanes.

⁴⁶ Approche « *test and treat* » développée par les anglo-saxons.

organisation permet de réduire les ruptures dans les étapes de prise en charge, elle n'est malheureusement pas toujours réalisable⁴⁷, en raison d'un manque de moyens humains ou matériels

II.2.2 D'autres expérimentations sont menées au niveau régional et en centre pénitentiaire pour tenter de pallier les ruptures dans la prise en charge du VHC en milieu carcéral

L'exemple du parcours « VHC Île-de-France » piloté par l'ARS, afin d'assurer une meilleure continuité de la prise en charge des détenus sous traitement VHC à leur sortie de prison

Dans le cadre d'une convention de partenariat instituée entre l'ARS Île-de-France et l'hôpital Henri Mondor de l'AP-HP⁴⁸, un projet régional est actuellement en cours d'expérimentation, visant à déployer des parcours de santé pour la prévention et le traitement du VHC auprès des populations les plus vulnérables. L'un de ces parcours est ainsi spécifiquement dédié aux personnes détenues et établit un partenariat entre l'ensemble des USMP volontaires en IDF et l'Etablissement Public National de Santé de Fresne (EPSNF)⁴⁹. La durée de l'expérimentation est de 3 ans, avec une fin prévue en 2018. Le projet est financé par l'ARS IDF. L'objectif principal de ce projet régional est d'optimiser un parcours de santé adapté à la typologie des patients infectés par le virus du VHC en dehors des filières de soins. Le parcours vise ainsi d'une part, à renforcer la continuité des soins et du traitement à la sortie, et d'autre part, à éviter de perdre de vue certains patients.

L'équipe projet dédiée comprend un coordinateur médical, un coordinateur social et des médiateurs en santé. Elle met en œuvre une forte promotion du dépistage et organise la formation des acteurs médico-sociaux⁵⁰ sur la politique de prévention, de réduction des risques, les actualités thérapeutiques et la réalisation des TROD. L'optimisation du parcours santé se présente de la manière suivante.

- Après le dépistage et le bilan par les unités sanitaires en lien avec l'EPSNF, une équipe mobile (médecin, psychologue, assistante sociale) vient rencontrer les détenus dès la mise en place du traitement VHC.

- Le parcours VHC IDF appuie ensuite le parcours des patients à l'extérieur : chaque dossier est examiné et discuté dans un délai rapide en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)⁵¹ pour déterminer le réseau de prise en charge du patient et valider l'indication du traitement. La RCP constitue un lieu d'échanges et d'analyse de pratiques, de maintien et de renforcement du travail en réseau (médecins, pharmaciens, assistantes sociales, éducateurs etc.), de circulation

⁴⁷ Ces expériences d'unité de lieu restent notamment très minoritaires en CAARUD.

⁴⁸ En particulier avec le service d'immunologie clinique de l'hôpital Henri Mondor (AP-HP).

⁴⁹ Via des consultations hépatites à l'EPSNF pour permettre une prise en charge adaptée à la prise en charge du VHC grâce à un plateau technique radiologique, un service de consultation avec spécialistes et un FibroScan®.

⁵⁰ Éducateurs, infirmiers, médecins, coordinateur de centres.

⁵¹ À noter : désormais, seuls les cas complexes (insuffisance rénale, co-infection VIH, fibrose avancée) sont analysés en RCP, dans les services experts.

d'information entre les structures⁵², qui est indispensable à la bonne prise en charge des patients par la suite.

- La coordinatrice sociale ouvre, ou met à jour, les droits à la santé du patient et effectue un bilan social. Une recherche d'hébergement peut être également effectuée si besoin. Elle prépare alors les consultations des détenus pour leur sortie de prison en les orientant vers des structures adaptées⁵³. Une « fiche navette » est élaborée lors de réunions de travail entre les CPIP⁵⁴, l'USMP et le Parcours VHC pour que le CPIP puisse tenir informés le Parcours VHC et l'USMP en cas de sortie prochaine ou prématurée du détenu. Elle permet également au CPIP d'informer le Parcours VHC et l'USMP en cas de menace d'expulsion du détenu. L'équipe médicale et le Parcours VHC fournissent alors tous les documents nécessaires pour maintenir la personne sur le territoire.

- Des médiateurs en santé accompagnent ensuite le patient aux différents rendez-vous et visites prévus, le cas échéant en présence d'interprètes lorsqu'une barrière linguistique est identifiée. L'accompagnement physique du patient en sortie de détention est indispensable car la population carcérale est une population peu ponctuelle, voire qui n'honore pas ses rendez-vous et qui peut éprouver une certaine phobie du milieu hospitalier. Une promotion systématique du recours aux consultations d'éducation thérapeutique hospitalières est par ailleurs faite, pendant et après la cure d'AAD, ainsi que celle de messages de prévention et de réduction des risques pour éviter les recontaminations après une guérison virologique.

- L'équipe projet du Parcours VHC IDF s'assure quant à elle de la coordination des différentes étapes du parcours et de celle des acteurs des secteurs sanitaires, médico-sociaux et ambulatoires.

Ce suivi personnalisé et individualisé des patients renforce ainsi l'observance du traitement et l'assiduité aux consultations pour les personnes réfractaires. Il facilite également les relations entre les services du milieu carcéral (dedans) et ceux prenant le relais à l'extérieur (dehors) après la détention. Ce dispositif innovant confirme donc l'efficacité⁵⁵ d'un accompagnement personnalisé pour les populations carcérales grâce à des partenariats efficaces et permet de pallier les ruptures dans la prise en charge du VHC, notamment lors de la sortie de prison.

⁵² Par exemple pour les patients « perdus de vue » ou ceux « retrouvés » dans d'autres files actives.

⁵³ Un répertoire de correspondants d'aval est créé par le projet pour les centres pénitentiaires : CSAPA, CAARUD, PASS 75, 93 et 94, associations et structures spécifiques (SOS hépatites...), centres référents permettant une prise en charge diagnostique et thérapeutique sur 75, 93 et 94 (Tenon, Gaïa, Avicenne, Bicêtre...), centres spécifiques post-détention (Hôpital Mignot à Versailles et CH d'Argenteuil).

⁵⁴ Si le travail avec les CPIP et les SPIP est indispensable, plusieurs de nos interlocuteurs soulignent néanmoins la nécessité de mieux former les CPIP en ce qui concerne l'offre de structures d'hébergements sociaux et médico-sociaux existants pour les sortants de prison car il existe souvent une grande méconnaissance de leur part en la matière.

⁵⁵ Au bout de 15 mois d'expérimentation des inclusions de patients dans ce projet, 86% d'entre eux inclus avec sérologie VHC positive dans les structures de dépistage avaient eu une première consultation et 67% avaient initié un traitement anti-VHC.

Les Quartiers de Préparation à la Sortie : une solution innovante afin de préparer au mieux la sortie des personnes détenues et garantir la continuité de leur prise en charge

Tel que cela a été décrit tout au long de cette étude, chez les personnes détenues, la prévalence du VHC est cinq fois supérieure à la prévalence en population générale. Si d'importants efforts, au cours des dernières années, ont pu être observés dans le dépistage et la prise en charge du détenu, il ne faut pas oublier que la sortie, et particulièrement l'articulation « dedans/dehors », est aujourd'hui un enjeu majeur pour éviter les recontaminations et ainsi faire diminuer ce que les épidémiologistes appellent « le réservoir » du virus. Les innovations décrites dépendent de la volonté d'ouverture, de partenariat et de collaboration des établissements pénitentiaires, des USMP et des CSAPA. Toutefois, ces pratiques manquent de formalisme et sont beaucoup trop hétérogènes d'une région à l'autre. Ainsi, une nouvelle initiative, plus institutionnalisée, voit le jour : les QPS.

Selon la DAP, les QPS sont des structures pénitentiaires intermédiaires entre le milieu fermé et le milieu ouvert. Elles visent un régime individualisé, l'autonomisation et la responsabilisation des personnes détenues grâce à la mise en place de programmes pilotés par les SPIP et des conditions permettant l'octroi d'aménagements de peines ou de libération sous contrainte (LSC). La sécurité pénitentiaire y est adaptée, les personnes détenues présentant un risque d'évasion considéré comme faible.

Ces nouvelles entités, issues du programme d'encellulement individuel annoncé par le garde des Sceaux le 6 Octobre 2016, se traduiront par :

- la reconversion de 12 quartiers existants d'ici à 2018, soit 773 places ;
- la construction de 16 structures nouvelles d'ici à 2023, soit 1740 places.

Ainsi, ces nouveaux quartiers permettront de répondre à certaines difficultés telles qu'un taux d'occupation très élevé en maison d'arrêt (140% au 1^{er} janvier 2017), un taux d'aménagement de peine faible pour les personnes condamnées à une peine inférieure à six mois, la sous-occupation actuelle et l'hétérogénéité des prises en charge au sein des structures existantes.

Le public éligible à ce nouveau dispositif doit être majoritairement constitué de personnes condamnées à de courtes peines et détenues prioritairement en maison d'arrêt. C'est bien l'établissement pénitentiaire et le SPIP qui auront la charge de repérer le public cible, systématiquement lors de la phase d'accueil, en conservant trois caractéristiques cumulatives : un risque d'évasion faible, la nécessité d'un accompagnement soutenu vers la sortie de délinquance, la capacité à s'adapter à la vie en collectivité.

Les QPS auront pour caractéristique de jouir d'une réelle autonomie fonctionnelle bien que toujours rattachés à un établissement pénitentiaire. Ils disposeront de ressources propres avec un budget dédié et des ressources humaines renforcées. Cette autonomie devrait permettre une prise en

charge sanitaire plus fluide et efficace au regard de ce qui se fait, aujourd'hui, dans les USMP. L'établissement de santé intervenant en QPS devra être en mesure de :

- permettre l'accès aux soins, en assurant aux personnes détenues des soins équivalents à ceux délivrés à la population générale ainsi qu'en proposant des soins spécifiques aux problématiques de santé présentées par les personnes détenues en QPS telles que l'addictologie ou la santé mentale ;
- participer à la préparation à la sortie des personnes détenues, en organisant la continuité des soins mis en œuvre et en veillant à tout risque de rupture de prise en charge tout en mettant en place des programmes de promotion de la santé.

Ce nouveau dispositif, pensé et promu par les ministères de la Santé et de la justice, est pour l'heure, expérimenté à la maison d'arrêt des Baumettes, de Marseille.

La direction interrégionale des services pénitentiaires (DISP) souhaite développer cette initiative, qui répond à la politique nationale de désengorgement des centres de détention et correspond au plan de déploiement des nouvelles prisons de la région PACA ainsi qu'aux nouveaux modes de prise en charge des détenus. Ce QPS retient toute l'attention de la présente étude car il se déploie sur un terrain tout à fait particulier.

La maison d'arrêt des Baumettes a accueilli, au plus fort de son activité, plus de 2000 détenus sur un site intra-muros, ce qui constitue un cas extrêmement rare en France. Cet établissement pénitentiaire est confronté à de très forts flux entrants et sortants puisqu'il constitue le point de passage obligatoire pour tout déplacement de détenus sur l'ensemble de la région PACA. La probabilité de voir passer, entre les murs des Baumettes, des détenus porteurs de maladies virales y est donc particulièrement élevé. Avec plus de 4000 entrées par année, l'USMP et le CSAPA des Baumettes doivent faire face à un risque particulièrement élevé de perdre de vue un patient. De plus, le contexte marseillais est tout à fait spécifique et doit être relié à la forte concentration de consommateurs de drogues. Ainsi, le profil de la maison d'arrêt ainsi que le contexte local présentent des risques accrus de ruptures dans la prise en charge des patients porteurs du VHC, ce qui justifie en partie la volonté de l'ARS d'y déployer en premier lieu un QPS.

Même si la structure se veut expérimentale, il s'agit ici d'un projet phare pour la région en 2018 puisque ce QPS devrait être le premier ouvert en France. Les incertitudes sont relativement nombreuses car le Ministère de la Justice, qui a posé une doctrine sur le sujet, n'a arrêté aucune maquette organisationnelle. Les acteurs locaux jouissent ainsi d'une réelle autonomie quant au montage de leur quartier. Ainsi, il a été retenu que l'ouverture et la montée en charge de la structure se feraient progressivement, avec les caractéristiques suivantes :

- une première phase en mars 2018 (30 à 40 places) avec le concours in situ d'une équipe médicale et soignante ;

- en juin (100 places + 50 places pour les semi-libertés) ;
- le lieu transitoire retenu est l'ancienne prison pour femmes avec pour objectif de déplacer le QPS, d'ici six ans, dans le 5^e arrondissement de la ville ;
- l'AP devrait mettre à disposition les moyens humains suivants : 47 surveillants, 7 « 1^{er} surveillant », 1 officier, 1 directeur de la structure, 3 travailleurs sociaux, 1 personnel administratif, 1 personnel technique, 1 assistante sociale.

Sur le plan sanitaire, l'AP-HM a proposé la création d'une unité de soins dédiée au QPS. Le projet médical et soignant sera axé sur :

- l'individualisation de la prise en charge somatique, psychiatrique et addictologique ;
- les actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique ;
- la réhabilitation psychosociale et l'autonomisation de l'individu ;
- la préparation et l'accompagnement des relais à la sortie ;
- les prises en charge à la fois individuelles et groupales, ce qui implique la mobilité des personnels pour des accompagnements à l'extérieur et/ou des rencontres avec des intervenants.

La philosophie des QPS se fonde donc sur un constat simple et largement partagé par les acteurs du secteur : plus un individu va en prison, plus il a de risques d'y retourner et par extension d'être contaminé par une maladie infectieuse dont l'hépatite C. Ainsi, la mission principale de ces derniers est de réinsérer la personne détenue avant sa sortie en faisant intervenir des acteurs extérieurs et pluridisciplinaires. Le détenu doit se retrouver libre en ayant une bonne connaissance des démarches à entreprendre pour chercher un emploi, retrouver un logement ou encore bénéficier d'une prise en charge médicale allant de la simple consultation en médecine de ville à des explorations plus poussées dans le cas d'affections plus graves ou de longue durée.

Cette approche nouvelle vise à casser la logique de fonctionnement en silo des acteurs intervenants dans le parcours de vie du détenu : le QPS doit devenir un lieu d'échange où tous les professionnels pourront discuter de leurs spécialités, entre eux et avec le détenu, afin de garantir une sortie optimale en les confrontant aux réalités de l'extérieur le plus en amont possible. A ce titre, la dernière innovation majeure se retrouve dans le développement des autorisations de sortie. Il ne devrait plus être nécessaire pour les professionnels de demander des autorisations de sortie ponctuelles auprès du juge des libertés et de la détention puisque l'incarcération dans un QPS pourrait générer une autorisation de sortie systématique afin d'accéder à des soins de ville ou au plateau technique de l'hôpital si besoin. D'ailleurs, le fait que la majorité des QPS aient pour vocation de quitter le milieu pénitentiaire afin de se retrouver en plein cœur des centres villes d'ici quelques années illustre bien cette volonté d'exposer le détenu, le plus rapidement possible, aux conditions de vie extérieure.

Conclusion

Les chiffres parlent d'eux-mêmes : la séroprévalence du VHC chez les personnes adultes détenues en France est estimée à cinq fois plus que la population générale. De ce constat découle la question de la prise en charge sanitaire des personnes détenues, d'autant plus difficile qu'elle concerne des personnes majoritairement sujettes aux inégalités sociales de santé. *A contrario*, des professionnels soulignent qu'un milieu fermé permet, par nature, un suivi certain quant à la mise en place du traitement. Malgré les notables incitations au dépistage, systématiquement proposé, au traitement et à l'éducation thérapeutique, les résultats montrent que l'adhésion des personnes détenues est encore un axe d'amélioration. Ce constat s'explique, entre autres, par le « choc carcéral ⁵⁶».

La mise sous écrou prive du droit d'aller et venir mais de ce seul droit. Les droits du patient détenu doivent être garantis, notamment celui d'accès aux soins. Les lourdes contraintes sécuritaires sont cependant inévitables et doivent être prises en compte dans la conciliation de la prise en charge sanitaire. Cela révèle le défi majeur de la coordination entre les services pénitentiaires et hospitaliers.

Les progrès sont notables en termes de dépistage et de traitement du VHC : CeGIDD, TROD, Fibroscan® et AAD. Malgré ces avancées scientifiques, des points de rupture persistent dans la continuité du parcours de prise en charge de la personne détenue atteinte du virus, notamment le risque de recontamination après traitement. Les outils de réduction des risques mis en place en milieu carcéral sont à portée limitée contrairement aux réelles actions menées en milieu ouvert. La sortie de détention présente également de nombreux aléas, celui de rechute, de recontamination mais surtout de rupture de suivi du traitement mis en place et non finalisé.

Plusieurs axes sont à développer pour rendre la prise en charge plus optimale :

- ✓ optimiser les liens entre les secteurs psycho-social, carcéral et associatif avec les spécialistes en hépatologie ;
- ✓ développer les interventions des hépatologues dans ces secteurs par le biais de consultations avancées ;
- ✓ généraliser des expériences locales de dépistage de la fibrose hépatique et des hépatites virales dans ces secteurs (Fibroscan® itinérant partagé entre CSAPA, CAARUD et USMP comme réalisé par le Réseau Hépatites dans la région Nord Pas-de-Calais) ;
- ✓ sensibiliser et former les généralistes intervenant en USMP et CSAPA au dépistage des hépatites et à leur traitement.

⁵⁶ *Choc carcéral* op.cit.

Bibliographie

- **Textes de loi et codes**

- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

URL :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>

- Loi n° 1436 du 24 novembre 2009 (loi pénitentiaire).

URL :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021312171&categorieLien=id>

- Décret n° 2006-1430 du 22 novembre 2006 relatif aux conditions de rétablissement des droits aux prestations en espèces à l'issue d'une période d'incarcération et modifiant le CSS.

URL :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000646611&dateTexte=>

- Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale confiant au service public hospitalier la prise en charge sanitaire des personnes détenues.

URL :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000728979>

- **Textes et dispositions juridiques (hors textes de loi)**

- Instruction n° DGOS/PF2/DGS/SP2/DSS/1C/2017/246 du 3 août 2017 relative à l'élargissement de la prise en charge par l'assurance maladie du traitement du VHC par les nouveaux agents anti-viraux d'action directe (AAD) à tous les stades de fibrose hépatique pour les indications prévues par l'autorisation de mise sur le marché et à la limitation de la tenue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire pour les initiations de traitement à des situations particulières listées.

- Instruction Interministérielle DGS/SP/DGOS/DSS/DGCS/DAP/DPJJ/2017/345 du 19 décembre 2017 relative à la publication du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice.

URL :

<http://circulaires.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&retourAccueil=1&r=42889>.

- Arrêté du 1^{er} août 2016 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2) et de l'infection par le VHC en milieu médico-social ou associatif.

URL :

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2016/8/1/AFSP1622318A/jo>

- Circulaire DGOS/R1/R4/DSS/1A/1C/2A n° 2015-148 du 29 avril 2015 relative à la facturation des AAD pour les patients pris en charge en ambulatoire dans des USMP en milieu pénitentiaire.

URL :

http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-06/ste_20150006_0000_0065.pdf

- Circulaire interministérielle du 21 juin 2012 relative aux recommandations nationales concernant la participation des professionnels de santé exerçant en milieu carcéral à la CPU entre professionnels de santé et ceux de l'AP et de la protection judiciaire de la jeunesse.

- Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes sous-main de justice. Octobre 2012.

URL :

<http://www.sante.gouv.fr/prise-en-charge-sanitaire-des-personnes-placees-sous-main-de-justice.html>

- Circulaire DGS (SD/A)/DGAS/DSS n°2002-551 du 30 octobre 2002 relative aux appartements de coordination thérapeutique (ACT).

URL :

<http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-13/a0130986.htm>

- Circulaire n°91-19 du 14 mai 1991 relative aux missions des Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale.

URL :

https://bdoc.ofdt.fr/index.php?lvl=notice_display&id=302&seule=1

- **Rapports et documents officiels et**

- Rapport d'experts, *recommandations pour la prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B et l'hépatite C* coordonné par le Pr Dhumeaux

URL :

http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_.pdf

- Recommandations Association Française pour l'étude du foie (AFEF), *Pour éliminer l'infection par le VHC en France*, Mars 2018.

URL :

<http://www.afef.asso.fr/ckfinder/userfiles/files/recommandations-textes-officiels/recommandations/VF%20INTERACTIF-%20RECO-VHC%20AFEF%20v2103.pdf>

- Haute Autorité de santé (HAS): Avis de la commission de la transparence du 8 juin 2016

URL :

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-05/aad_avis_25052016_ct_25052016.pdf

- Rapport IGAS/IGSJ Evaluation du plan d'actions stratégiques 2010/2014 relatif à la politique de santé des personnes sous-main de justice. Novembre 2016.

URL :

<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article542>

- Cour des Comptes, *La santé des personnes détenues, des progrès encore indispensables* Rapport public année 2014.

URL :

http://www.ccomptes.fr/content/download/64922/1553346/version/2/file/2_4_1_sante_personnes_detenues_Tome_I.pdf

- Groupe de travail Santé Justice, *Aménagements et suspensions de peine pour raison médicale*, Rapport à Madame la Garde des sceaux, Ministre de la Justice et Madame la ministre des Affaires sociales et de la Santé, 20/11/2013.

- Observatoire International des Prisons, *Addictions : blocage stérile sur l'échange de seringues*, OIP, 13 septembre 2017

URL :

<https://oip.org/analyse/blocage-sterile-sur-lechange-de-seringues/>

- Observatoire International des Prisons, *Addiction et sortie de prison : le bricolage forcé des accompagnants*, OIP, section française, 28 septembre 2017

URL :

<https://oip.org/analyse/addiction-et-sortie-de-prison-le-bricolage-force-des-accompagnants/>

- Observatoire français des drogues et des toxicomanies, *Réduction des risques en milieu pénitentiaire - Revue des expériences étrangères* », , Ivana Obradovic, Note n°2012-04, à l'attention de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, Saint-Denis, 05/10/2012

- Observatoire international des prisons (OIP), *Rapport sur les conditions de détention en France*, 2011

URL :

<https://oip.org/publication/rapport-sur-les-conditions-de-detention-en-france/>

- INSERM, *Réduction des risques en milieu pénitentiaire*, 2010

URL :

http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/87/Chapitre_18.html

- Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE), *La santé et la médecine en prison*, 2006

URL :

<http://www.espace-ethique.org/sites/default/files/avis094%20CCNE.pdf>

- Rapport de commission d'enquête n°449 (1999-2000), *Les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France*, de MM. Jean-Jacques HUEST et Guy-Pierre CABANEL, fait au nom de la commission d'enquête, déposé le 29 juin 2000.

- Ministère de la Justice Chiffres, *Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire*, 2018.

URL:

<http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-chiffres-clefs-10041/>

- Plan d'actions stratégiques 2010/2014 Politique de santé pour les personnes sous-main de justice.

URL :

<http://www.sante.gouv.fr/plan-d-actions-strategiques-relatif-a-la-politique-de-sante-des-personnes-placees-sous-main-de-justice,1329.html>

- Référentiel d'intervention en promotion de la santé en milieu pénitentiaire INPES 2014.

URL:

<http://www.inpes.sante.fr/30000/actus2014/022-referentiel-sante-milieu-penitentiaire.asp>

- Stratégie santé des personnes placées sous-main de justice.

URL :

<http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/personnes-detenu/es/article/personnes-detenu/es>

- Priorité prévention.

URL :

<http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/priorite-prevention-rester-en-bonne-sante-tout-au-long-de-sa-vie>

- **Conférences et colloques (par ordre chronologique)**

- Colloque national hépatites, Ministère des Solidarités et de la Santé, Paris, 15 mai 2018.

- **Publications**

- Hoareau E., Reynaud-Maurupt C., GRVS (Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale), *Hépatite C : renouvellement des stratégies en CAARUD et CSAPA. Manuel méthodologique de réduction des risques, de soutien au dépistage et d'accompagnement vers le soin*, mai 2018.

- Dominguez S., Bachelard A., Boukaiba S., Voisin B., *Projet parcours de soins VHC ARS Île-de-France. Rapport d'activité 2016-2017*, 2017.

- Rémy A.J L'hépatite C en milieu carcéral en France : enquête nationale de pratiques 2016. BEH 2017 n° 14-15

URL :

<http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2017/BEH-n-14-15-2017>

- Pr Hans WOLFF, *Il faut une stratégie nationale pour combattre l'épidémie d'hépatite C dans les prisons* », Tmagazine, le 12 juillet 2016

URL :

<https://www.letemps.ch/suisse/faut-une-strategie-nationale-combattre-lepidemie-dhepatite-c-prisons>

- Dhumeaux D., *Prise en charge thérapeutique et suivi de l'ensemble des personnes infectées par le virus du VHC. Rapport de recommandations 2016*. Sous l'égide de l'ANRS et du CNS et avec le concours de l'AFEF, 2016.

- Godin Blandeau E., Verdot C., Develay (AE) *Etat des connaissances sur la santé des personnes détenues en France et à l'étranger*, St Maurice Invs 2014 94 p.

URL:

<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2014/Etat-des-connaissances-sur-la-sante-des-personnes-detenu-es-en-France-et-a-l-etranger>

- Godin Blandeau E., Verdot C., Develay (AE). *La santé des personnes détenues une revue de la littérature*, BEH 2013 n°35-36 p. 434 -440

URL :

http://www.invs.sante.fr/beh/2013/35-36/2013_35-36_1.html

- Chiron E et al; *Prévalence de l'infection par le VIH et le VHC chez les personnes détenues en France*, enquête Prévacar Invs/DGS

URL :

http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2013/35-36/2013_35-36_3.html

- Lucidarme D et col. *Evolution de l'incidence du VHC chez les usagers de drogue en France*, Hépatogastro 2012,19 (2) 105-112.

URL :

https://bdoc.ofdt.fr/index.php?lvl=notice_display&id=69264

- Jauffret-Roustide M. et al. *Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC chez les usagers de drogue en France*, premiers résultats de l'enquête ANRS-Coquelicot 2011. BEH 2013,39-40 : 504-509.

URL :

http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2013/39-40/2013_39-40_2.html

- Pioche C. Camille Pelat, Christine Larsen, Jean-Claude Desenclos, Marie Jauffret-Roustide, Florence Lot, Josiane Pillonel, Cécile Brouard ; *estimation de la prévalence du VHC en population générale en France Métropolitaine*, 2011.

URL :

http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/13-14/pdf/2016_13-14_1.pdf

- Chemlal K, Bouscaillou J, Jauffret-Roustide M, Semaille C, Barbier C, Michon C, et al, *Offre de soins en milieu carcéral en France : infection par le VIH et les hépatites*. Enquête Prévacar, 2010. Bull Epidemiol Hebd 2012 ; 10-11 : 131-34.

URL :

<http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2012/BEH-n-10-11-2012>

- Michel L et coll. *Prévention du risque infectieux dans les prisons françaises*, L'inventaire PRI2DE 2009. BEH 2011/39 : 409-412.

URL :

http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=7549

- Parcours VHC en Ile de France

URL :

<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/hepatite-c-lars-ile-de-france-et-lap-hp-lancent-un-parcours-de-soins-pour-une-meilleure-prise-en>

<http://www.corevih-sud.org/index.php/actualite/133-parcours-de-sante-vhc-ile-de-france>

- *VulnerABLE: Pilot project related to the development of evidence based strategies to improve the health of isolated and vulnerable persons*

URL:

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/social_determinants/docs/2017_vulnerable_screport_en.pdf

- Celerier I., *L'arrêt des TSO - compte-rendu de la première réunion nationale Pharma'ddict*, Le Foyer n°35 - février 2009

URL :

<https://www.rvh-synergie.org/prises-en-charge-des-addictions/penser-ensemble-les-prises-en-charge/therapeutiques/substitution-mso/99-larret-des-tso-compte-rendu-de-la-premiere-reunion-nationale-pharmaddict.html>

Liste des annexes

Annexe 1 : méthodologie du groupe de travail

Annexe 2 : récapitulatif des entretiens réalisés

Annexes 3 : parcours de soins d'un patient atteint par le virus du VHC

Annexe 1 : Méthodologie du groupe de travail

Ce Module InterProfessionnel (MIP) a été l'occasion de partager les savoirs et savoir-faire des différents membres du groupe issus d'univers et de filières différents. Afin d'engager une dynamique de groupe, nous avons organisé une première rencontre en amont de la période MIP. Celle-ci nous a permis de nous répartir la lecture des éléments bibliographiques transmis par le Dr. Christine Barbier, médecin inspecteur de santé publique et responsable du module.

Cela nous a permis, lors de notre première rencontre MIP officielle, de faire le point sur nos connaissances, de déterminer une première ébauche de plan, de dégager une problématique et d'élaborer des grilles d'entretien distinctes selon que nos interlocuteurs relevaient du Ministère de la justice ou bien du Ministère des solidarités et de la santé et du secteur associatif (cf. annexe 2). Nous nous sommes également réparti les différentes parties du plan pour la rédaction.

Du 7 au 21 mai, de nombreux entretiens physiques ou téléphoniques ont été menés (cf. annexe 3). Nous avons, dans la mesure du possible, privilégié des entretiens en inter-filières à deux ou trois élèves. Cela étant, les grèves de transports et les disponibilités des interlocuteurs n'ont pas toujours rendu cela possible. Aussi, afin d'assurer un maximum de transversalité dans les informations recueillies, des comptes-rendus ont systématiquement été élaborés et transmis à l'ensemble des membres du groupe.

A mi-parcours, nous avons organisé une conférence téléphonique afin d'ajuster le plan et préciser la problématique en fonction des informations recueillies. Les entretiens nous ont en effet conduit à axer davantage notre étude et nos recommandations sur les points de rupture identifiés par les professionnels, en détention et à la sortie, en matière de réduction des risques et de coordination avec les structures d'aval. A partir de cet échange, les différentes parties ont été retravaillées en groupe inter-filière d'un à trois élèves.

Au-delà de la découverte et de l'approfondissement d'une thématique sanitaire en lien avec le milieu carcéral, ce MIP a été l'opportunité de rencontrer des acteurs de terrain qui ont permis de mettre en perspective les différences de cultures et de pratiques entre professionnels de secteurs divers.

Nous regrettons néanmoins de ne pas avoir eu l'opportunité d'échanger avec des détenus au regard de la lourdeur des démarches administratives et organisationnelles pour les établissements pénitentiaires.

Par ailleurs, le groupe étant composé de neuf élèves basés dans différents territoires, des difficultés d'organisation et de coordination ont pu être observées. Cependant, l'investissement et la réactivité de chacun des membres du groupe a permis de pallier ces difficultés : espaces partagés, groupes d'échanges téléphoniques, conférences téléphoniques, échanges de mails, etc. ont été mis en place.

Annexe 2 : récapitulatif des entretiens réalisés

Tableau des investigations : x entretiens et 1 colloque

Modalités		Date	Fonctions et établissements
Téléphone	Sur site		
Institutions			
X		09 mai	COREVIH Alsace
X		11 mai	ARS Ile de France, référent médical VIH/IST/hépatites
	X	14 mai	DGA, Coordination santé des personnes sous main de justice
	X	14 mai	DGOS, Sous-Direction Régulation de l'offre de soins
	X	15 mai	DAP, Sous-direction des missions, section santé et droits sociaux
	X	15 mai	Colloque national hépatites, Ministère des Solidarités et de la Santé
X		16 mai	DGS, Bureau Lutte contre le VIH, les IST, les Hépatites et la Tuberculose
	X	17 mai	Référente Santé, DISP IDF
Établissements			
	X	14 Mai	Hépatologue CH de Versailles. Référent à la prison de Bois d'Arcy sur l'hépatite C
	X	14 Mai	Maison d'arrêt de Bois d'Arcy, UCSA, PH Chef de service de l'UCSA, rattaché au CH de Versailles

	X	14 mai	Centre Pénitentiaire de Lille-Annoeulin, UCSA, SMPR et CSAPA, médecin du CeGGID + responsable du CSAPA
	X	16 mai	CSAPA Cédragir – Lille. Assistante sociale référente Hépatite C
	X	16 mai	Centre Pénitentiaire de Lille-Annoeulin, Directrice Générale
	X	16 mai	Hôpital Fontan CHRU Lille - PH responsable de l'Unité Fonctionnelle « Prévention, Education, Santé ».
	X	16 mai	Médecin de l'USMP de la MAF de Fleury Mérogis
	X	16 mai	Médecin chef de service de l'USMP de Fleury Mérogis et pharmacien de l'USMP de Fleury Mérogis/
	X	16 mai	Directeur médical du CSAPA Pierre Nicole
	X	17 mai	Etablissement Pénitentiaire des Baumettes, Marseille + CSAPA + USMP + SMPR/ Chef de service de médecine en milieu pénitentiaire+ médecin responsable de l'UCSA+ médecin coordonnateur du QPS

Annexes 3 : parcours de soins d'un patient atteint par le virus du VHC

	BILAN DIAGNOSTIQUE	INITIATION ET SUIVI DU TRAITEMENT. DONT ANTIVIRAL	RECOURS / SUIVI
PROFESSIONNELS	Médecin Généraliste en lien avec Hépatogastro-entérologue ou infectiologue Médecin avec une compétence en addictologie OPH (si facteurs de risque) Psychiatre (si antécédents)	Médecin généraliste Hépatogastro-entérologue, infectiologue ou médecin interniste Ophtalmologue (si Interféron) Psychiatre (si Interféron)	Médecin généraliste Hépatogastro-entérologue Addictologue Psychiatre (selon avis psychiatrique) IDE (si injection) OPH (si Ribavirine ou Interféron) Autre spécialistes (si complications)
EXAMENS BIOLOGIQUES	Anticorps anti-VHC (1 sérologie) Détermination du génotype viral Transaminases (ASA, ALAT) Protéinurie, Glycémie, Ferritinémie, cholestérol TT, HDL et triglycérides Gamma-GY, Phosphatases alcalines, bilirubine, Hémogramme, Taux Prothrombine Diag Grossesse si besoin Sérologie VIH, VHB, anti-VHA Créatinémie et DFG	ARB du VHC sérique avant le démarrage, à 4 semaines, à 12 et 48 semaines selon le traitement puis à la fin du traitement Transaminases (ASAT, ALAT) à 15 jours de l'initiation, tous les mois pendant le traitement puis à 12 et 48 semaines Hémogrammes réguliers si Ribavirine Diagnostic de grossesse (si besoin) Créatinémie selon traitement antiviral et fonction rénale initiale	ARB du VHC sérique tous les 6 mois si fibrose sévère ou cirrhose Détermination du génotype viral (si rechute) Transaminases (ASAT, ALAT) tous les 6 mois si fibrose sévère ou cirrhose Taux Prothrombine (surveillance cirrhose) Sérologie VIH, VHB, anti-VHA (si patient vacciné) Créatininémie et Débit de Filtration Glomérulaire (pour surveiller le fonctionnement rénal)
ACTES	Elastographie Impulsionnelle Ultrasonore (Fibroscan®) permettant d'évaluer une hépatite C non traitée Echographie abdominale Fibroskopie Oeso-Gastro-Duodénale (si cirrhose) ECG (si plus de 40 ans) ou cardiopathie connue	Transplantation hépatique si cirrhose sévère (CHILD C) ou carcinome hépatocellulaire	Echographie abdominale (Surveillance cirrhose tous les 6 mois)
TRAITEMENTS		AAD (Prescription hospitalière en initiation et renouvellement); Ribavirine (renouvellement semestriel) Traitement contraceptifs; Interféron; Traitements d'aide au sevrage tabagique, alcoolique, de dépendance aux Opioides, méthadone, Buprénorphine, Naltrexone; Vaccinations: VHB, anti-VHA, anti-grippe Anti pneumococcique	
AUTRES TRAITEMENTS ACCOMPAGNENTS		Education thérapeutique	Accompagnement social a la sortie (ouverture des droits, mutuelle, hébergement)

Thème n°23

Animé par : BARBIER, Christine, Médecin-inspecteur de santé publique

PRISE EN CHARGE DU PATIENT INFECTÉ PAR LE VHC EN DÉTENTION : CONSTATS ET PERSPECTIVES

BOITIER Alexandre (D3S) – CARBALLIDO Loïc (DH) – COUDEL Laure (DH) –
KINGUE MANGA Judy (D3S) – LANGLOIS Franck (DS) – PERROT Jean (DS) –
ROGER Magali (AAH) – SOUFFLET Laura (D3S) – TAÏEB Paul (DH)

Résumé :

En France, la prévalence de l'infection par le VHC chez les personnes détenues est estimée à 4,8%, soit cinq fois plus que pour la population générale. La prise en charge et le traitement du VHC pour la population carcérale constitue donc un enjeu majeur de santé publique, d'autant que le milieu carcéral expose les patients à une plus grande vulnérabilité : comportements à risque, faible recours aux soins, manque d'hygiène et de salubrité lié au confinement des détenus, etc.

D'importantes avancées ont pu être réalisées dans la prise en charge du VHC. L'accès au traitement est désormais universel et prescrit par tout médecin. Le traitement lui-même a fait l'objet de nettes améliorations car il est plus efficace, sa durée est moins longue, et les effets secondaires ont disparu. Le dépistage a également progressé grâce au développement des TROD, même s'il doit toujours être encouragé car il n'est pas systématiquement effectué.

Cependant ces améliorations notables ne masquent pas les difficultés qui persistent encore dans la prise en charge du VHC chez les détenus. En effet, des risques de ruptures du parcours de soin sont toujours présents, en particulier lors de la sortie de prison. Ce moment est parfois difficile à anticiper pour les équipes pénitentiaires et sanitaires, ce qui complique la mise en œuvre de la démarche de soin à l'extérieur. Par ailleurs, la coordination avec les structures extérieures de relais (sanitaires, médico-sociales, hébergement...) est bien souvent insuffisante pour assurer la continuité de la prise en charge. En outre, les risques de recontamination, notamment en détention, n'ont pas complètement disparu et restent difficiles à prévenir en raison de l'abandon de certaines politiques de réduction des risques au niveau national.

Face à ce constat, nos enquêtes de terrain et les divers entretiens menés, suite à l'étude de la bibliographie fournie en amont du travail, nous ont permis de mettre en évidence certaines initiatives de CSAPA ou CAARUD qui représentent des perspectives d'évolution pertinentes pour améliorer la prise en charge du VHC des détenus. Ces structures développent en effet un accompagnement personnalisé des patients et encouragent la poursuite de la démarche de soin, via des médiateurs en santé ou via la coordination des différentes équipes médicales et médico-sociales prenant en charge le patient. Cette collaboration entre les différentes structures de prise en charge semble aujourd'hui indispensable pour éviter l'interruption de la démarche de soins des patients infectés.

D'autres expérimentations à l'étude, comme le Parcours VHC en Île-de-France ou les Quartiers de Préparation à la Sortie à la maison d'arrêt des Baumettes de Marseille, présentent des résultats encourageants et gagneraient également à être étendues à d'autres territoires

Mots clés : dépistage, TROD, Fibroscan®®, AAD, unités sanitaires, continuité des soins, recontamination, sortie de prison, accompagnement, SPIP, médiation en santé

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs