



ГЪ САНТЕ ПУБЛИКЕ  
ECOLE NATIONALE DE

**E N S P**

**RENNES**

---

**Médecin Inspecteur de santé publique  
Promotion 2005**

---

**Dépistage du sida et des hépatites :  
pertinence et efficacité des dispositifs  
actuels en maisons d'arrêt.**

---

**Christine ORTMANS**

---

# Remerciements

---

Je remercie chaleureusement les nombreuses personnes qui m'ont reçue, envoyé des documents pour leur accueil et leurs explications.

Et aussi, les personnes qui m'ont encadrée et guidée tout au long du mémoire, les relectrices, mon «maître de mémoire », mon «maître de stage » et mon « binôme » pour leurs commentaires avisés,

Mes amis et amies qui m'ont soutenue au cours de cette année,

Ceux qui m'ont ouvert les portes de la prison,

Mes enfants pour leur patience.

A toutes et à tous, je ne leur serai jamais assez reconnaissante de leur sollicitude, leur sympathie, leur attention et leur soutien.

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>1 ÉTAT DES LIEUX.....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 La santé des détenus.....</b>	<b>5</b>
1.1.1 Les détenus .....	5
1.1.2 Des personnes vulnérables.....	5
1.1.3 Le VIH et les hépatites .....	6
1.1.4 Données épidémiologiques .....	8
1.1.5 Données sur les infections à VIH et VHC en prison .....	9
1.1.6 Les prisons : un haut risque de pathologies infectieuses dans le monde.....	11
<b>1.2 Le système carcéral en France.....</b>	<b>13</b>
1.2.1 Les établissements pénitentiaires en France .....	13
1.2.2 L'organisation des soins en prison : la réforme de 1994 .....	14
1.2.3 L'organisation des consultations de dépistage anonyme.....	15
<b>2 ÉTUDE ET MÉTHODE .....</b>	<b>20</b>
<b>2.1 La question principale et les objectifs de l'étude.....</b>	<b>20</b>
<b>2.2 Le Cadre de l'étude .....</b>	<b>21</b>
<b>2.3 Méthodologie .....</b>	<b>21</b>
2.3.1 La recherche bibliographique .....	21
2.3.2 L'étude des documents administratifs et des données statistiques .....	22
2.3.3 Les entretiens auprès des professionnels .....	23
2.3.4 Les questionnaires auprès des détenus .....	23
2.3.5 Les visites en prison.....	24
<b>3 RÉSULTATS ET ANALYSE.....</b>	<b>25</b>
<b>3.1 L'offre.....</b>	<b>25</b>
3.1.1 Des organisations hétérogènes .....	25
3.1.2 Les lieux de dépistage.....	27
3.1.3 Le temps du dépistage .....	27
3.1.4 Un manque de personnel médical .....	28
3.1.5 Un financement inégal.....	29
3.1.6 Les bilans des dépistages dans les maisons d'arrêt d'Ile de France.....	29

3.1.7	Les autres prises en charge médicales .....	33
<b>3.2</b>	<b>L'accès</b> .....	<b>36</b>
3.2.1	Un accès difficile .....	36
3.2.2	Les limites de l'anonymat .....	37
3.2.3	Des informations incomplètes.....	38
<b>3.3</b>	<b>L'environnement</b> .....	<b>39</b>
3.3.1	Les conditions de détention .....	39
3.3.2	Risques et prévention en détention : .....	40
<b>4</b>	<b>DISCUSSION</b> .....	<b>42</b>
<b>4.1</b>	<b>Limites de l'étude</b> .....	<b>42</b>
<b>4.2</b>	<b>Éthique et prison</b> .....	<b>43</b>
4.2.1	Santé Publique et Prisons .....	43
4.2.2	Le principe de confidentialité .....	43
4.2.3	Le secret médical : un leurre en prison ? .....	44
<b>4.3</b>	<b>De la prévention à la prise en charge</b> .....	<b>45</b>
4.3.1	Pas de prévention sur les sujets tabous.....	45
4.3.2	Des logiques d'intervention professionnelles différentes .....	46
<b>4.4</b>	<b>Une réponse adaptée aux besoins des détenus ?</b> .....	<b>47</b>
4.4.1	Un dépistage mal ciblé.....	48
4.4.2	Anonymat ou confidentialité ? .....	48
<b>5</b>	<b>PROPOSITIONS</b> .....	<b>50</b>
	<b>CONCLUSION</b> .....	<b>55</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>57</b>
	<b>LISTE DES ANNEXES</b> .....	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

ARV	Traitement antirétroviral
CDAG	Consultation de Dépistage Anonyme et Gratuit
CISIH	Centre d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine
CMU	Couverture Médicale Universelle
CODES	Comité départemental d'Education pour la Santé
CPP	Code de Procédure Pénale
CSS	Code de la Sécurité Sociale
DAV	Dispensaire Antivénérien
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRASSIF	Direction Régional des Affaires Sanitaires et Sociales d'Ile de France
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DREES	Direction des Recherches, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
HCSP	Haut Comité de Santé Publique
IAF	Institut Alfred Fournier
IGAS	Inspection Générale des Affaires sanitaires
IGSJ	Inspection Générale des Services Judiciaires
InVS	Institut national de Veille Sanitaire
IST	Infection Sexuellement Transmissible
MA	Maison d'Arrêt
MAS	Maison d'Arrêt Paris la Santé
MAVO	Maison d'arrêt du Val d'Oise
MISP	Médecin Inspecteur de Santé Publique
UCSA	Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires
UDVI	Usagers de Drogues par Voie Intraveineuse
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VHB	Virus de l'Hépatite B
VHC	Virus de l'Hépatite C

## INTRODUCTION

La santé de la population carcérale est une véritable préoccupation de santé publique, et l'émergence de nouvelles pathologies, en particulier le sida mais aussi l'hépatite C, a obligé les autorités sanitaires à porter un nouveau regard sur son importance.

L'accès au dépistage du sida et des hépatites virales constitue un aspect essentiel de la prévention et une priorité en matière de lutte contre ces infections. Les maisons d'arrêt sont des lieux de passage d'une population en situation de vulnérabilité et d'exclusion.

En France, la politique d'accès au dépistage du virus d'immunodéficience humaine (VIH) est fondée sur le volontariat et le consentement éclairé des intéressés, ainsi que la confidentialité ou l'anonymat. Un dispositif de consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) a été mis en place dans chaque département dès 1988. Ce dispositif a pour objectif de favoriser l'adoption de comportements individuels de prévention pour réduire les risques de contamination du VIH et permettre aux personnes séropositives une prise en charge précoce<sup>1</sup>. Dix ans plus tard, les missions des CDAG ont été étendues au dépistage de l'hépatite B et C<sup>2</sup>.

En février 2004, l'Institut Alfred Fournier, qui a une antenne de la consultation de dépistage à la Maison d'arrêt de Paris la Santé, informe la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de Paris (DASS) de sa volonté de suspendre cette activité. Il invoque des difficultés de recrutement du personnel médical et des coûts élevés pour la structure. A cette date, l'Institut assure encore 3 vacations hebdomadaires (mardi, jeudi et vendredi) au lieu des cinq initialement prévues. L'institut prévoit d'ores et déjà une interruption de ses permanences durant tout le mois d'août.

Par ailleurs, le médecin chef à la maison d'arrêt la Santé m'alerte que les détenus n'ont plus accès au dépistage.

Au mois de mai 2004, un groupe de travail réunissant les différents partenaires, s'est prononcé en faveur du transfert de cette activité à la consultation de dépistage de l'hôpital COCHIN-TARNIER compte tenu des liens de la maison d'arrêt avec l'hôpital via le service médical. Un an plus tard, malgré plusieurs réunions et démarches auprès de tous les

---

<sup>1</sup> Circulaire n°9 du 9 janvier 1993

<sup>2</sup> Circulaire n°98-423 du 9 juillet 1998

partenaires institutionnels et médicaux, ce transfert n'a pas pu être effectué. L'institut Alfred Fournier a repris ses consultations à un rythme quotidien à la Maison d'arrêt.

Les difficultés rencontrées pour maintenir le dépistage en prison et trouver un nouveau prestataire médical m'ont interpellée sur l'importance de la continuité de l'offre de dépistage au sein des maisons d'arrêt. En effet, veiller à l'accès à la prévention et la qualité des soins en direction des personnes en situation de vulnérabilité, en particulier en prison, fait partie des missions du médecin inspecteur de santé publique. Face à la complexité de la situation, il m'a semblé intéressant de comprendre les conditions de fonctionnement des consultations de dépistage en prison face aux contraintes du monde carcéral.

Le dépistage se situe à l'interface entre la prévention et la prise en charge. C'est un moment privilégié pour la personne séronégative de prendre conscience des risques et adopter de nouveaux comportements et pour la personne séropositive d'adhérer à une prise en charge médicale. Il doit donc être appréhender dans son rôle le plus large : impulser la responsabilisation des individus et permettre l'adoption de mesures préventives. De plus, l'accès aux traitements et aux vaccins prend tout son intérêt dans des populations potentiellement exposées.

Le Médecin inspecteur de santé publique est chargé de plusieurs aspects concernant les maladies infectieuses et l'accès aux soins des détenus. Dans un contexte global d'évolution des missions il doit agir à plusieurs niveaux : l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes régionaux de santé publique et les schémas régionaux d'organisation des soins. Il doit veiller à la cohérence des programmes et leur évaluation. Il doit s'assurer de la mise en réseau des acteurs au niveau local Au niveau régional, la problématique de coordination est issue d'organisations et de pratiques différentes entre les établissements pénitentiaires.

La première partie abordera les problèmes de santé des détenus, la prévalence des infections aux infections à VIH, VHB et VHC dans les prisons de France et dans le monde, le système pénitentiaire et les spécificités des maisons d'arrêt et le cadre législatif qui pose les principes de l'organisation des soins et du dépistage anonyme en prison.

La deuxième partie sera consacrée à la description du cadre de l'étude, à la question principale, aux objectifs et aux hypothèses retenues. J'y décrirai également la méthodologie utilisée pour recueillir les informations restituées dans cet ouvrage.

La troisième partie présentera les résultats des recherches et des enquêtes menées au cours de cette année et analysera les données récoltées sur le sujet. Dans ce chapitre, je m'attacherai à décrire les modes de fonctionnement des consultations de dépistage, les conditions d'accès et les obstacles à la consultation anonyme et tenterai d'analyser les interactions entre le dépistage et l'environnement pénitentiaire.

Après une discussion sur les limites de l'étude et la fiabilité des résultats, je provoquerai au cours de la quatrième partie, un débat sur le respect de l'éthique médicale dans l'univers carcéral, l'articulation du dépistage avec la prévention et la prise en charge médicale et son impact sur la santé dans son sens le plus large : l'amélioration de l'état de bien être des individus, et en particulier les personnes en situation précaire.

Enfin, la dernière partie proposera des actions à mettre en œuvre pour améliorer le dépistage tel qu'il est prévu dans la loi : une démarche basée sur le volontariat permettant une évaluation des risques et l'adoption de comportements de prévention. Cet aspect implique une vision plus large du rôle médical en prison, face à la santé des personnes détenues et la prévention des risques en prison.



# 1 ÉTAT DES LIEUX

## 1.1 La santé des détenus

### 1.1.1 Les détenus

Un détenu est une personne faisant l'objet d'une mesure privative de liberté à l'intérieur d'un établissement pénitentiaire. La population carcérale est formée de prévenus (personnes détenues qui n'ont pas encore été jugées ou dont la condamnation n'est pas définitive) et de condamnés (personnes détenues en vertu d'une condamnation judiciaire définitive). Le Code de procédure pénale (CPP) précise que « *les personnes mises en examen, prévenus et accusés soumis à la détention provisoire la subissent en maison d'arrêt* »<sup>3</sup>

La grande majorité des personnes entrantes en prison sont des hommes âgés de 18 à 44 ans<sup>4</sup>. La tranche d'âge comprise entre 18 et 24 ans est six fois plus élevée en détention que dans la population générale (29% versus 4,9%)<sup>5</sup>. Une étude montre que les détenus sont en général peu diplômés (les trois quarts ont quitté l'école avant 18 ans), ayant eu des liens fragiles avec leurs parents (1 sur sept a quitté la maison familiale avant 15 ans et un sur deux avant 19 ans) [9, CASSAN].

### 1.1.2 Des personnes vulnérables

Depuis dix ans, date de la réforme des soins médicaux en prison, différentes enquêtes et rapports ministériels ou interministériels ont permis de mieux connaître l'état de santé des personnes détenues dans les prisons françaises. Certains travaux portent sur la santé des détenus, comme les enquêtes de la Direction des Recherches, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) effectuées en 1997 et en 2003, d'autres s'intéressent plus spécifiquement aux maladies virales en milieu carcéral.

La dernière enquête nationale du ministère de la Santé sur *la santé des personnes entrées en prison*, menée par la DREES en 2003 et publiée en mars 2005, indique que :

- A l'examen clinique, les médecins jugent 80% des entrants en bon état général et seulement 1,7% des entrants en mauvais état général. En revanche, l'état de santé

---

<sup>3</sup> (CPP Art.714)

<sup>4</sup> DREES : Etudes et résultats N°386 ■ mars 2005

<sup>5</sup> Source : Direction de l'Administration pénitentiaire. Insee

bucco-dentaire des entrants est moins souvent jugé satisfaisant (50%), ainsi que les maladies chroniques qui sont plus fréquentes. Les nouveaux détenus déclarant prendre des traitements anti-asthmatiques (4,4%), ou des médicaments contre l'hypertension ou des anticomitiaux<sup>6</sup> (0,9%) sont deux fois plus nombreux que dans la population générale, respectivement 1,7 et 0,9 % (enquête ESPS<sup>7</sup> en 2002) et aussi plus élevé qu'en 1997.

- Les détenus disent consommer beaucoup plus de substances psycho actives, licites ou illicites, que la population : 81% des entrants déclarent fumer quotidiennement du tabac, ce qui représente une consommation deux fois plus importante que les hommes métropolitains âgés de 18 à 54 ans (40%, selon enquête EPCV<sup>8</sup>). Parmi eux, les deux tiers fument plus de 6 cigarettes par jour. 30,9% des entrants déclarent une consommation excessive d'alcool (versus 19 % dans l'enquête ESPS) et 29,8% un usage prolongé et régulier de cannabis au cours des douze derniers mois alors que 7,5% de la population française a consommé au moins une fois du cannabis au cours des 12 derniers mois<sup>9</sup>. Par contre, seulement 6.5% des entrants déclarent avoir consommé un opiacé, ce qui est en nette diminution par rapport à l'enquête de 1997 (14,6%).

- Enfin, la consommation d'antidépresseurs et neuroleptiques est presque trois fois plus élevée parmi les nouveaux détenus que celle observée dans l'ensemble de la population : 9,6% en prison versus 3,6% parmi les hommes âgés de 25 à 54 ans (selon enquête ESPS, 2002). Parallèlement, le taux de déclaration de tentative de suicide au cours des 12 mois précédant l'incarcération est de 5,9% (1/17), soit un taux 22 fois plus élevé que celui des tentatives de suicides ayant nécessité une hospitalisation parmi les hommes âgés de 15 à 44 ans dans la population générale (1/375 hommes, ESPS 2002).

### **1.1.3 Le VIH et les hépatites**

Les virus du sida (VIH) et l'hépatite B (VHB) se transmettent par voie sexuelle, par le sang et par voie materno-fœtale. Le virus de l'hépatite C (VHC) est moins contagieux par voie sexuelle mais, plus résistant à la dessiccation que le VIH et il se transmet plus facilement que le VIH par voie parentérale, notamment à l'occasion de partage de seringues et d'aiguilles, ou même de cotons contaminés chez les usagers de drogues. De même, il peut y avoir transmission du VHC par contact avec des muqueuses d'un objet souillé : endoscope, brosse à dent, rasoir et tout objet utilisé pour la prise de drogue par voie

---

<sup>6</sup> Médicaments contre l'épilepsie

<sup>7</sup> Enquête de Santé et Protection Sociale (ESPS) réalisée par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES)

<sup>8</sup> Enquête permanente sur les conditions de vie (EPCV) réalisée par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE)

nasale.

Le pronostic du sida s'est amélioré avec l'apparition des traitements en 1996. Néanmoins, il reste une maladie chronique et incurable dont les enjeux actuels se situent autour d'une prise en charge précoce et d'un suivi régulier.

La majorité des personnes atteintes d'une hépatite B aiguë, maladie souvent asymptomatique ou bénigne guérissent spontanément (90 à 98% des cas). Les autres évoluent soit en porteurs « sains », soit vers une hépatite chronique.

L'hépatite C est une infection du foie chronique dans 80% des cas, suite à une réplication virale qui persiste tout au long de la maladie. C'est aussi une maladie silencieuse dans 80% des cas, excepté quelques symptômes généraux comme la fatigue.

La principale conséquence des maladies hépatiques chroniques est la fibrose, qui s'accroît progressivement jusqu'à encercler complètement les hépatocytes. C'est le stade de la cirrhose. Pour évaluer le stade de la fibrose, on pratique un examen anatomopathologique sur un fragment hépatique prélevé par ponction biopsie (PBH).

En raison de la capacité de ces virus à développer des résistances aux traitements, il est nécessaire d'utiliser des multi thérapies. Les quadrithérapies efficaces pour stabiliser l'infection à VIH existent mais, en raison de la lourdeur et des effets secondaires des traitements, l'observance est difficile. En France le traitement prophylactique peut être prescrit à toute personne ayant été exposée au virus du sida en vue d'enrayer l'infection. Depuis peu un traitement relativement efficace existe contre l'hépatite C. Il est constitué d'une bithérapie, INTERFERON PEGYLE® et RIBAVIRINE® sur une période d'une année.

Ces infections ont un autre point commun : le dépistage se fait par prélèvement sanguin. Les diagnostics sérologiques reposent sur la recherche des anticorps anti- VIH par la méthode ELISA et en cas de séropositivité, une confirmation par méthode WESTERN BLOT, et des anticorps anti-VHC pour l'hépatite C par un ELISA. Le diagnostic d'hépatite B active se fait à partir de la présence d'antigène HBs. La persistance dans le sang durant plus de six mois de l'antigène de surface (AgHBs) du VHB signe une infection chronique. La présence d'anticorps anti-HBc indique la guérison de l'hépatite B.

---

<sup>9</sup> Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, rapport France Drug situation 2002

#### 1.1.4 Données épidémiologiques

Loin de se stabiliser l'épidémie du sida progresse toujours plus dans le monde : fin 2003 près de 40 millions de personnes sont infectées (rapport ONUSIDA 2003). L'Afrique subsaharienne est la plus touchée avec 26,6 millions de personnes contaminées. De plus une nouvelle vague d'épidémies du VIH menace la Chine, l'Inde, l'Indonésie et la Russie, principalement liée à l'absence de traitements antirétroviraux (ARV), la consommation de drogues et aux rapports sexuels non protégés. Par contre, la mortalité diminue dans les pays riches : l'Amérique du Nord, l'Europe de l'Ouest et l'Australie.

Dans les zones de forte endémie comme l'Afrique subsaharienne, l'Asie du sud est et le bassin amazonien) la prévalence de l'Ag HBs est estimée entre 8 et 20%<sup>10</sup>.

En France, depuis le début de l'épidémie jusqu'au 31 décembre 2003, 58 457 personnes ont déclaré un sida dont 26 254 dans la région Ile de France<sup>11</sup>, soit environ 45% des cas. Le taux d'incidence du sida (nombre de nouveaux cas rapportés à la population) s'élève à 2,5 cas pour 100 000 habitants et 5,4 pour la région Ile de France, qui est la région la plus touchée après les départements et territoires d'Outre-mer<sup>12</sup>.

La prévalence de l'infection par le VIH est estimée à 100 000 personnes à la fin 2003 (source ANRS AC23). La notification des cas de séropositivité n'a démarré qu'en 2003. Parmi ces nouveaux diagnostics d'infection à VIH, plus de la moitié (53%) concerne des personnes hétérosexuelles et 3% des usagers de drogues<sup>13</sup>.

En 2002, sur 251 857 tests de dépistage du VIH réalisés dans les 356 consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) hors prison, la proportion de tests positifs pour le VIH était de 5 pour mille<sup>14</sup>. Cette proportion est un peu plus élevée chez les hommes (5,7/1000) que chez les femmes (4,0/1000) mais les hommes sont diagnostiqués plus tard, entre 40 et 49 ans, que les femmes (pic classe d'âge 30 à 39 ans). Avec 9 tests VIH positifs pour 1000, l'Ile de France a des taux de séropositivité pour le VIH relativement stables depuis 2000, mais deux fois plus élevés que dans le reste du pays. Dans la population carcérale masculine, la proportion de diagnostics positifs était de 4,6/1000 sur l'ensemble du territoire (sur 14 004 tests).

---

<sup>10</sup> InVS : Aide mémoire hépatite B.

<sup>11</sup> InVS : Surveillance du Sida données au 31/12/2003

<sup>12</sup> Les taux ont été calculés par la DRASSIF en prenant compte la moyenne du nombre de nouveaux cas domiciliés en Ile de France diagnostiqués en 2001, 2002, 2003 Etat des lieux VIH-SIDA en Ile de France

<sup>13</sup> InVS : BEH n°24-25/2004 au 30 septembre 2004

Au niveau national, on estime à 600.000 le nombre de personnes infectées par le virus de l'hépatite C (VHC). Une enquête menée à partir d'un échantillon national d'assurés sociaux<sup>15</sup> a trouvé un taux de prévalence de 0,73% chez les hommes et de 0,99% chez les femmes, et une prévalence de 2,65% chez les bénéficiaires de la Couverture médicale universelle (CMU) et de 55,48% chez les usagers de drogues ayant injecté au moins une fois.

Dans la même enquête, l'antigénémie HBs, marqueur d'une hépatite B, est estimée à 1,19% chez les hommes et 0,16% chez les femmes. Comme pour le VHC, la prévalence de VHB augmente chez les bénéficiaires de la CMU (2,06%). D'après les données disponibles à l'Assurance maladie, 24 millions de personnes sont actuellement vaccinées contre l'hépatite B.

La séroprévalence de l'infection à VHC dans la population infectée par le VIH est de 24,3%<sup>16</sup>

Dans les dernières enquêtes menées auprès de la population homosexuelle masculine, Enquête Presse Gay (EPG) en 2000, et Baromètre Gay (BG) en 2002, les taux de personnes ayant fait au moins un test de dépistage du VIH sont de 87% (EPG) et 89% (BG). Par contre, ils ne sont plus que 39% à avoir fait un test de dépistage du VHC (Enquête Presse gay).

### **1.1.5 Données sur les infections à VIH et VHC en prison**

En prison, dans *l'enquête nationale* de la DREES, 40% des entrants déclarent avoir fait un test de dépistage du sida avant l'incarcération, 20% des détenus ont fait un test de dépistage de l'hépatite B et 30% un test de dépistage de l'hépatite C.

Entre 1997 et 2003, les enquêtes de la DREES font apparaître une baisse significative du taux de déclaration d'une séropositivité des nouveaux détenus de 1.6% en 1997 à 1.1 % en 2003 pour le VIH, de 2.3% à 0.8% pour le VHB et de 4.4% à 3.1% pour le VHC. Parmi ces derniers, très peu déclarent prendre un traitement (1.5%) en 2003.

La chute de l'infection par le VHB entre 97 et 2003 pourrait être expliquée par la diffusion du vaccin de l'hépatite B parmi la population jeune. En effet, 31,3% déclarent avoir eu une

---

<sup>14</sup> InVS : BEH n°17/2004 du 20 avril 2004.

<sup>15</sup> Estimation des taux de prévalence des anticorps anti-VHC et des marqueurs du virus de l'hépatite B chez les assurés sociaux du régime général de France métropolitaine, 2003-2004, InVS, Assurance Maladie, Cetaf, analyse descriptive janvier 2005

<sup>16</sup> InVS : BEH n° 23/2005 du 7 juin 2005

vaccination complète avant incarcération contre seulement 13,7%, en 1997.

Depuis 1988, tous les deux ans, *une enquête effectuée "un jour donné" sur les personnes atteintes par le VIH* permet de suivre l'évolution de la prise en charge de l'infection à VIH par les équipes médicales et de suivre quelques données épidémiologiques, en prison<sup>17</sup>.

En juin 2003, sur les 49.150 personnes détenues dans les 139 établissements ayant participé, 512 personnes, soit 1.04% de la population, étaient atteintes par le VIH et connues des services médicaux. Depuis 1990, la proportion de personnes détenues atteintes par le VIH a régulièrement diminué (de 5.8% en 1990 à 1.04% en 2003), même si cette baisse a fortement ralenti depuis 2000. Enfin, deux régions, l'Île de France et la région Provence Alpes Cote d'Azur, regroupent 49% des patients détenus séropositifs alors qu'elles n'accueillent que 30% de la population pénale nationale.

Parmi les détenus dont la sérologie positive est connue, 58,2% sont traitées par antirétroviraux (ARV)<sup>18</sup>, Parmi les personnes traitées, 95,7% (67/70) sont en stade symptomatique « non-sida » et 78,2% (43/55) en stade sida. Sur l'ensemble des traitements en cours cinq personnes seulement sont sous monothérapies, ce qui est, d'après le rapport, « *une prise en charge comparable à celle proposée en milieu ouvert* ».

Depuis 1998, cette étude a été élargie à l'hépatite C, en raison de l'importante prévalence de cette pathologie au sein de la population pénale. En 2003, les personnes atteintes d'hépatite C et connues des services médicaux représentent 4.2% (2076/49150) de l'ensemble de la population pénale des établissements ayant répondu à l'enquête. Une majorité (69%) sont en maison d'arrêt (1425/2076) 91 % sont en phase asymptomatique. La prise en charge reste faible : seulement 3% (43 personnes sur 1425) ont bénéficié d'une ponction biopsie hépatique et 4,7% (67 personnes) d'une bithérapie. Néanmoins, ce chiffre monte à 36,4 pour les biopsies et 14,5% de bithérapie en maison centrale où les séjours sont plus longs mais le nombre de patients séropositifs pour le VHC moins important (55 personnes).

Les personnes détenues et présentant une infection à VIH et/ou à VHC déclarées aux services médicaux représentent 5.3% de la population pénale. De plus, 33.6% des personnes infectées par le VIH ont également déclaré une co-infection au VHC.

---

<sup>17</sup> Enquête sur les personnes atteintes par le VIH en milieu pénitentiaire « un jour donné » 2003.

<sup>18</sup> Traitements contre les virus à RNA comme le VIH.

### 1.1.6 Les prisons : un haut risque de pathologies infectieuses dans le monde

Dans la littérature internationale, de nombreuses études évaluent les risques liés aux infections à VIH, VHB et VHC dans la population pénale. Certaines abordent plus particulièrement les risques de transmission de ces maladies au cours de la détention.

Qu'elles étudient la prévalence des infections à VIH, VHB ou VHC, et les facteurs de risques comme le partage de seringues, les détentions antérieures, les pratiques de tatouages, toutes les sources convergent pour montrer des taux d'infection plus élevés en détention.

Dans les pays industrialisés, où ont été menées la plupart des enquêtes sur les maladies infectieuses auprès des détenus, la prévalence de l'infection à VIH tend à diminuer : en Italie, elle passe de 9,7% à 2,6% entre 1990 et 2001 [3, BABUDIERY], elle est estimée à 2%, dans 9 prisons d'Irlande, résultats obtenus en 1998, à partir de prélèvements salivaires [1, ALLWRIGHT].

Par contre la prévalence du VIH reste très élevée dans les pays les plus pauvres. Ainsi à la conférence de Bangkok, en 2004, certains pays ont rapporté des taux très élevés de séroprévalence au VIH : jusqu'à 41% chez les détenus en Afrique du Sud et, en Europe de l'Est, 7% des détenus ukrainiens sont séropositifs et 15% en Lituanie [Conférence de Bangkok].

La prévalence du VHC en prison est haute partout, y compris dans les pays industrialisés : 47,9 % de taux de séropositivité pour l'hépatite C dans les prisons espagnoles [33], et 37% en Irlande [1, ALLWRIGHT].

La prévalence de l'hépatite B chronique dans les prisons de Georgie est estimée 2 à 6 fois supérieure à celle de la population générale [37CDD]. Elle est de 23,1% dans les prisons de Rhodes Island [26, MACALINO] et de 8,7% en Irlande [1, ALLWRIGHT]

Depuis longtemps les relations entre les infections à VIH, VHB et VHC, l'usage de drogues par voie intraveineuse et la détention ont pu être mises en évidence. Au Danemark, les prisonniers usagers de drogues présentent un risque de contamination des hépatites jusqu'à 100 fois plus élevé que dans la population [11, CHRISTENSEN]. En 1997, à Strasbourg, CLAUDON-CHARPENTIER [12] relève un taux d'hépatite C positif de 30% chez les usagers de drogues contre 6,4 % chez les non usagers. En Angleterre, [15, EDWARDS] conclut que l'injection parentérale est le facteur de risque le plus significatif par rapport à l'infection à VIH avec 20% d'usagers de drogues. Une étude irlandaise

montre que le risque d'injection de drogues augmente chez les récidivistes (40% versus 7% chez les « nouveaux » détenus) [25, LONG].

En 1992, à Marseille, une étude a confirmé les liens entre sida, multi partenariat et pratiques d'injection, en particulier le partage de seringues en mettant en évidence un taux de séropositivité de 40% parmi les usagers de drogues en prison (versus 10.9% pour l'ensemble de détenus) et de 19.9% parmi les récidivistes (versus 4,4%) [31, ROTILY].

Le risque lié au tatouage a été démontré dans une étude australienne [21, HELLARD], mais aussi que les usagers de drogues semblent plus pratiquer le tatouage que les autres (80% versus 51%) [25, LONG]

Dans plusieurs pays, comme la Grèce, l'Ecosse et le Danemark, sauf en France, les études ont mis en évidence l'existence de pratiques d'injection en prison, avec partage de seringues.

A la maison d'arrêt Paris la Santé, en 1998, a suivi des marqueurs VHC chez 900 détenus durant une année, n'a fait apparaître aucune séroconversion [2, ARRADA]. Aux Etats-Unis, le risque de séroconversion de l'hépatite C en prison est évalué à 1,1% par an [28, REINDOLLAR]. D'autres travaux ont relevé une proportion plus importante de détenus engagés dans des relations sexuelles à risques ou dans des pratiques d'injection durant leur séjour en prison. Au Danemark, 60% d'usagers de drogues ont des pratiques d'injection en prison [11, CHRISTENSEN], 58% en Angleterre [15, EDWARDS], et entre 37% [27, MALLIORI] et 60% en Grèce [23, KOULIERAKIS]. Ils sont 76% en Australie [21, HELLARD]. En Ecosse, 73 prisonniers parmi les 169 usagers de drogues par voie IV avaient injecté dans les 4 semaines précédant l'enquête soit 43% [6, BIRD]. A Bangkok, 53% des UDVI injectent en prison et 16% ont initié les injections durant leur séjour [33, THAISRI]. En Grande Bretagne, 30% des UDVI ont rapporté avoir injecté en prison dont les trois quarts partagent le matériel [35, WEILD].

Le risque de contracter une hépatite C pour les détenus s'injectant en prison est 9 fois plus élevé que pour les détenus non usagers de drogues, dans l'étude menée, en 2000 en Ecosse [10, CHAMPION]. Au Brésil, une étude a montré une relation entre risque de contracter le virus du sida et le temps passé en prison et injections parentérales [8, BURATTINI].

L'existence de risques sexuels en prison est documenté : en Hongrie, 9% des détenus – hommes et femmes - ont eu des relations sexuelles en prison [20, GYARMATHY].

En prison, l'usage de tests salivaires oraux favorise l'adhésion au dépistage [5, BAUSERMAN], mais en France ces tests ne sont validés par les autorités sanitaires.



Au sujet de la vaccination, dans l'étude irlandaise plus de la moitié des détenus avait reçu au moins une dose contre l'hépatite B, et 26,2 % 3 doses [1, ALLWRIGHT]. Une étude concernant 6 pays européens, dont la France, restitue un faible taux de vaccination : 16 % des détenus sont vaccinés contre l'hépatite B [32, ROTILY]. Aux Etats-Unis 93% des détenus accepteraient la vaccination contre l'hépatite B durant leur séjour [34, VALLABHANENI].

L'éducation pour la santé renforce l'estime de soi et les comportements de prévention auprès des détenus dans le Maryland [3, BAUSERMAN]. En 1999, une étude à Marseille, montre que le niveau de connaissances et de tolérance envers le sida est plus bas que dans la population générale [14, DELORME]. L'éducation par les pairs menée dans les programmes de santé communautaire donne des résultats intéressants aux Etats-Unis [16, EHRMANN]. La mise en place d'un programme basé sur la collaboration entre les services médicaux et sociaux permet une meilleure prise en charge médicale pour les sortants de prison [29, RICH].

## **1.2 Le système carcéral en France**

### **1.2.1 Les établissements pénitentiaires en France**

Au 1<sup>er</sup> juillet 2003, le nombre de détenus en France s'élevait à 60.963, répartis dans différents types d'établissements selon qu'ils soient prévenus ou condamnés mais aussi selon plusieurs autres critères, comme le sexe, l'âge, les antécédents et le régime dont ils relèvent en vue de leur réadaptation sociale.

L'administration pénitentiaire dispose de 48603 places<sup>19</sup> dans 188 établissements pénitentiaires dont 118 maisons d'arrêt (MA) qui reçoivent les prévenus et les condamnés dont le reliquat de peine est inférieur à 1 an et 57 établissements pour peine, dont 24 centres de détention pour les condamnés présentant des perspectives de réinsertion, 5 maisons centrales destinées aux condamnés plus difficiles dont le régime de détention est axé sur la sécurité et 28 qui sont des centres pénitentiaires (établissements mixtes comprenant au moins deux quartiers à régime de détention différents). Treize centres autonomes de semi-liberté accueillent les condamnés admis au régime de semi-liberté ou du placement extérieur sans surveillance.

Les maisons d'arrêt reçoivent les prévenus et les détenus condamnés à de courtes peines, mais aussi les prévenus qui doivent passer en jugement en provenance d'autres

---

<sup>19</sup> Chiffres de l'administration pénitentiaire, disponibles sur site Internet au 20/05/05

établissements. Le turn-over y est important. Une même personne peut se retrouver plusieurs fois en maison d'arrêt (MA) ou être transférée rapidement d'un établissement à l'autre. A la Maison d'arrêt de Paris la Santé (MAS), la moyenne des séjours a été de 189 jours en 2002 et 200 jours en 2003. La surpopulation pénale est importante et cela concerne particulièrement les maisons d'arrêt. Par exemple, à la MAS, en 2003, on comptait un nombre moyen de 1383 détenus pour 1180 places.

Il y a au moins une MA par département et dix en Ile de France.

### **1.2.2 L'organisation des soins en prison : la réforme de 1994**

Dès le début de l'épidémie, en 1985, l'administration pénitentiaire s'est trouvée confrontée à un nombre important de personnes infectées par le VIH. Or, la prise en charge sanitaire des détenus relevait de sa seule compétence : elle assurait un droit aux soins minimum avec du personnel médical et infirmier vacataire. Seuls quelques établissements, participant au « modèle des 1300 places<sup>20</sup> », avaient confié la santé à des groupements privés.

En 1992, face à la montée des besoins sanitaires en prison, en raison de l'augmentation du nombre de personnes infectées par le VIH et/ou toxicomanes, le ministre de la Santé et le garde des Sceaux demandent au Haut Comité de Santé Publique (HCSP) de faire des propositions sur un dispositif de prise en charge sanitaire pour les personnes détenues qui soit adapté aux particularités de cette population.

Dans son rapport, le Haut Comité en Santé Publique (HCSP)<sup>21</sup>, dénonce les conditions de soins en prison et préconise une réforme profonde qui comprend : le dépistage des infections fréquentes et graves chez les personnes détenues afin que les soins appropriés leur soient prodigués sans délai, et que les dispositifs d'éducation et de prévention pour la santé soient développés en prison ; une qualité des soins curatifs égale à celle des soins dispensés en milieu libre et la continuité de soins pour éviter les ruptures lors de la sortie. Le HCSP préconise le rattachement des établissements pénitentiaires avec un établissement public hospitalier et l'affiliation des personnes détenues et leurs ayants droit au régime général d'Assurance maladie. Il suggère également de renforcer le dépistage de maladies transmissibles comme la tuberculose, la syphilis et l'infection par le VIH, en confiant cette tâche aux centres habilités et de faire une proposition de dépistage de l'hépatite B en vue d'envisager la vaccination des sujets non immunisés.

---

<sup>20</sup> Face au doublement de la population carcérale dès 1986, 13000 nouvelles places ont été créées dans 25 établissements dont la construction et la gestion ont été confiées au secteur privé par la loi n° 87-432 du 22 juin 1987, relative au service public pénitentiaire. [NGUYEN] L'expérience a duré dix ans (1990-2002 selon la date de signature des contrats)

<sup>21</sup> Santé en milieu carcéral, janvier 93, Rapport HCSP

Ces propositions ont été reprises dans la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale dont le chapitre II prévoit le transfert de la prise en charge sanitaire des détenus aux établissements hospitaliers. La circulaire du 8 décembre 1994 décrit l'organisation et le fonctionnement du nouveau dispositif de soins et crée les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) qui sont chargées d'assurer la visite médicale d'entrée, les consultations de médecine générale, dentaires et spécialisées, la distribution de médicaments et la permanence des soins. Dans les établissements particulièrement confrontés à l'infection au VIH, la prise en charge des patients est assurée sur place, par les médecins relevant des centres d'information et de consultation d'immunodéficience humaine (CISIH)<sup>22</sup>. Dans les autres établissements, les patients sont adressés à des consultations spécialisées.

La création des UCSA a permis d'améliorer la prise en charge sanitaire des personnes détenues. Dans le même temps, le Code de la sécurité sociale a organisé l'affiliation des détenus en tant qu'assurés sociaux au régime général de la Sécurité sociale. Le détenu est désormais considéré comme un patient à part entière ayant les mêmes droits à la santé que la population libre.

La réforme a été mise en place entre 1995 et 1997 dans le parc pénitentiaire et en 2001 dans les établissements du programme 13000. Cette réforme a garanti des soins de qualité aux détenus malades en les intégrant dans un système de santé de droit commun.

### **1.2.3 L'organisation des consultations de dépistage anonyme**

Les services déconcentrés du ministère des affaires sanitaires et sociales (les DDASS et DRASS) ont la responsabilité de l'application de la réglementation. Le médecin inspecteur de santé publique a un rôle important, en particulier dans la surveillance, la prévention et la mise en œuvre de la politique de lutte contre le sida. Il est chargé d'évaluer l'activité des CDAG sur le département (visite de conformité, préparation des arrêtés), de contrôler que l'organisation et les procédures sont conformes aux textes réglementaires.

#### **A) Des textes**

En application du décret n°88-61 du 18 janvier 1988, des consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) ont été mises en place dans chaque département de France. Ces consultations sont destinées à effectuer de façon anonyme et gratuite, la prévention,

---

<sup>22</sup> Créés en 1988, les CISIH constituent les pôles de références pour l'ensemble des acteurs qui concourent à la prise en charge des patients infectés par le VIH. Ils ont une triple mission : de soins, de recherche et de d'information et de formation des acteurs de soins.

le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH ainsi que l'orientation vers des soins appropriés. Ce dispositif permet aux personnes de bénéficier d'un test sérologique et d'être accompagnées dans une démarche de prévention personnalisée. Dix ans plus tard, leurs compétences ont été étendues au dépistage du VHC (circ. DGS/DH/DSS n°98-423, 9 juillet 1998)

La circulaire DGS n°09 du 29 janvier 1993 confirme que la politique de dépistage du sida est basée sur le volontariat, le consentement éclairé de l'intéressé ainsi que l'anonymat ou la confidentialité. La responsabilisation des personnes, basée sur l'information et le conseil personnalisé, doit leur permettre de ne pas s'exposer à des contaminations ou ne pas exposer autrui. Cette consultation doit être un lieu de prévention et d'orientation afin de permettre l'accès précoce à un suivi médical. L'annexe fixe les modalités d'intervention, par voie de convention, d'une CDAG dans les établissements pénitentiaires et les modalités de prise en charge financière par l'Assurance maladie et l'Etat.

La loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale rattache les soins des détenus aux établissements hospitaliers et affine les détenus à l'Assurance maladie. La circulaire du 8 décembre 1994, relative à la prise en charge des détenus, prévoit les consultations de dépistage anonyme et les modalités particulières liées aux conditions de détention. Le guide méthodologique annexé à la circulaire précise que *« dans le contexte pénitentiaire les résultats ne peuvent être communiqués à l'intéressé qu'oralement. A l'issue de l'incarcération, les résultats sont remis à l'intéressé sous pli fermé. »*

La circulaire n°739 du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre le sida en milieu pénitentiaire rappelle la notion de volontariat et de consentement éclairé du détenu et souligne que les mêmes principes de dépistage sont appliqués en milieu pénitentiaire qu'en milieu libre. Cette circulaire précise le rôle de l'UCSA qui doit favoriser la prévention, le diagnostic précoce ainsi que l'intervention de la CDAG, dans un souci de continuité des soins. Elle préconise de renforcer les actions de prévention, y compris la mise à disposition de préservatifs et d'eau de javel.

Ce texte décrit le rôle central de l'UCSA dans l'accès à la prévention et au diagnostic précoce de l'infection au VIH et la coordination étroite à mettre en place avec la CDAG. Par ailleurs, la protection des personnes détenues est renforcée : *« Toutefois, les résultats d'un test de dépistage rendus par le médecin de la CDAG ne peuvent être transmis au médecin de l'UCSA qu'avec le consentement de l'intéressé »*. A noter que cette circulaire prévoit que *« les mesures relatives à l'évaluation des risques de contamination et à l'éventuelle prophylaxie antirétrovirale s'appliquent à tout intervenant*

*ainsi qu'aux détenus victimes d'un accident d'exposition au sang* », mais les modalités de cette prise en charge ne sont pas décrites en annexe.

En effet, c'est la circulaire du 9 avril 1998 qui étend l'indication du traitement prophylactique post exposition, jusque là réservé aux accidents professionnels d'exposition au sang, à tout type d'exposition – par voie sexuelle, par le partage de matériel. *«En prison, une concertation locale identifiera les procédures à mettre en œuvre pour que les personnes détenues y aient aussi accès ».*

L'accès à toute personne incarcérée à une information et un conseil personnalisé au cours d'une consultation médicale est inséré dans le CPP<sup>23</sup> par le décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998.

La nouvelle version du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues<sup>24</sup> rappelle l'obligation de proposer des tests de dépistage des hépatites B et C et, avec l'accord des personnes intéressées, d'entreprendre la vaccination ou un traitement le cas échéant. Le guide méthodologique spécifie que *« le responsable de l'UCSA, en lien avec la DDASS chargée de veiller à l'organisation du dispositif de consultation anonyme et gratuite, peut faire appel à une CDAG pour le dépistage anonyme et gratuit du VIH et des hépatites.. »*

Le financement des consultations de dépistage est assuré par l'Assurance maladie<sup>25</sup> ; Il est, soit inclus dans la dotation globale annuelle de financement versée aux établissements de santé dans le cadre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) pour les CDAG hospitalières, soit prévu par dotation forfaitaire annuelle déterminée par convention avec la Caisse Régionale Assurance Maladie (CRAM) pour les autres CDAG.

De plus, la loi du 13 août 2004, relative aux libertés et responsabilités locales prévoit dans son article 71 que *« la lutte contre le VIH et contre les IST relève de l'Etat »*. La circulaire du 6 mai 2005 relative à la mise en œuvre du transfert à l'Etat des compétences a pour objet de faciliter les échanges avec le département et d'apprécier les activités au regard du futur programme régional de santé publique.

---

<sup>23</sup> CPP Article D 384-3

<sup>24</sup> Annexe de la circulaire n° 27 du 10 janvier 2005, pp34-35

<sup>25</sup> Article L174-16 du code de la sécurité sociale.

## B) Aux difficultés de mise en place

Dès 1997, dans son rapport sur la prise en charge du VIH et de la toxicomanie en milieu pénitentiaire, en vue d'une meilleure application de la loi du 18 janvier 1994, le Pr. Marc GENTILINI recommande de proposer systématiquement un dépistage du VIH à tous les entrants « *en mettant l'accent sur le caractère confidentiel, volontaire et éclairé du détenu, en l'impliquant dans une réflexion sur les situations à risque et les comportements de prévention.* » L'auteur interpelle sur les obstacles à cette consultation : « *l'état de stress du à la période de garde à vue [...] ne constitue pas une période propice à une proposition de dépistage du VIH (et des hépatites)* »<sup>26</sup> et pose le problème du secret médical en milieu fermé car la CDAG « *loin de protéger l'anonymat, expose le demandeur* » puisqu'il doit être accompagné par un surveillant. De plus, il constate que la proposition de dépistage anonyme n'est pas systématique et n'est pas toujours réitérée lorsqu'elle n'a pas été faite ou a été rejetée lors de l'arrivée en détention.

Par ailleurs, l'auteur alerte sur le manque de communication entre les responsables de la CDAG et les responsables de l'UCSA -en particulier pour les résultats négatifs- et de disponibilité des médecins de la CDAG qui n'ont pas toujours le temps nécessaire pour établir un climat de confiance, avec les détenus.

Le Pr. GENTILINI s'interroge sur l'organisation à mettre en oeuvre pour le dépistage de ces maladies virales en prison et l'intérêt de maintenir une consultation anonyme par des intervenants extérieurs.

En décembre 2000, la mission santé-justice menée par S. STANKOFF et J. DHEROT sur *la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral* rend compte de prévalences du VIH et du VHC nettement plus élevées au sein des prisons françaises qu'en milieu extérieur et l'existence de facteurs de risques liés à la précarisation des conditions de vie des usagers et aux poly consommations - y compris de médicaments-. Les auteurs constatent la mauvaise information des détenus au sujet des risques liés aux différents virus et l'existence de pratiques dangereuses au sein des établissements pénitentiaires, tant lors d'usage de produits par voie intraveineuse et intra nasale « *...au détriment de conditions élémentaires d'hygiène. Des pratiques de partage du matériel existent. Les seringues sont également réutilisées* », que lors de relations sexuelles « *[..] Qu'elles soient contraintes, consenties ou prétendument consenties apparaissent nombreuses* ». Ils concluent que « *les risques de transmissions des maladies infectieuses sont réels et les contaminations probables* ».

La mission remarque également, le manque de formation des personnels de surveillance,

---

<sup>26</sup> GENTILINI M. Problème sanitaire dans les prisons 1997 Flammarion Médecines -Sciences pp35

l'insuffisance des dépistages, en particulier pour le VHC, et des vaccinations contre l'hépatite B. Enfin, elle confirme que *«le moment de l'accueil, période où se fait la majorité des dépistages, ne semble pas être le moment propice à la diffusion d'information ou à une sensibilisation sur les différents virus, compte tenu de la fragilité psychologique dans laquelle se trouvent les arrivants.»*

En 2001, dans son rapport sur *l'organisation des soins aux détenus*, la mission conjointe de l'inspection générale des services judiciaires (IGSJ) et l'inspection générale des affaires sanitaires (IGAS) considère la prise en charge du VIH comme satisfaisante, mais en revanche, la prise en charge de l'hépatite C paraît défailante : *«un dépistage trop restreint et un nombre de consultations d'hépatologie dans les UCSA trop faible...»*

En 2002, le Pr. DELFRAISSY alerte sur le taux de co-infection VIH-VHC et les difficultés liées à la prise en charge en prison : *« Chez les patients co-infectés, compte tenu de la rapidité d'évolution de l'hépatite C chronique, il est particulièrement important de sensibiliser et d'informer ces patients à la nécessité d'une surveillance et à une prise en charge thérapeutique [...] La prise en charge des co-infections VIH-VHC doit être améliorée. [...] Les modalités d'accès à la ponction biopsie hépatique PBH doivent être organisées et simplifiées »*. Il recommande de développer le dépistage des hépatites, les traitements prophylactiques post-exposition, l'information et la sensibilisation des patients, la vaccination contre l'hépatite B et la prise en charge de l'hépatite C.

Enfin, le document commun du ministère de l'emploi et de la solidarité et du ministère de la justice en 2002, *Améliorer la prévention et la prise en charge sanitaire des personnes détenues* analyse l'ensemble des mesures prises pour la santé des personnes détenues et remet en cause *«l'effectivité de mesures adoptées au fil des années et qui sont restées peu ou non appliquées»*.

## 2 ÉTUDE ET MÉTHODE

### 2.1 La question principale et les objectifs de l'étude

La question principale :

***L'accessibilité et l'organisation des dépistages en maison d'arrêt sont-elles optimales ?***

Les questions subsidiaires :

- *Les consultations de dépistage en maison d'arrêt sont elles accessibles et répondent elles aux besoins des détenus ?*
- *Les conditions de réalisation sont elles adéquates et respectueuses des principes de confidentialité ?*
- *L'articulation de ces dépistages avec les stratégies de prévention et de prise en charge est elle bien organisée et opérationnelle ?*

Les hypothèses :

Afin d'envisager les freins au dépistage dans un contexte global de prise en charge sanitaire et en faisant un parallèle avec la santé de la population générale, on peut émettre les hypothèses à trois niveaux : une offre de soins insuffisante ou inadaptée, un accès aux soins malaisé, un environnement défavorable.

#### ***Des difficultés dans l'organisation de la consultation de dépistage (offre de soins)***

L'offre de dépistage s'avère insuffisante soit que la consultation de dépistage anonyme ne fonctionne pas ou que les tests ne soient peu proposés aux détenus par l'UCSA, soit que cette consultation ne réponde pas à leurs attentes, en terme de temps et de lieu. J'évoquerai les différents problèmes liés à l'organisation et aux financements des consultations et des tests de dépistage en maisons d'arrêt et aussi les conditions d'accueil de ces consultations.

#### ***Des difficultés d'accès à la consultation de dépistage (accès aux soins)***

Sont envisagées les difficultés d'accès à la consultation de dépistage, que ces difficultés soient « réelles », liées aux contraintes sécuritaires du monde carcéral limitant l'accès aux services médicaux ou « existentielles » si la confidentialité n'est pas respectée. Seront évoquées les difficultés liées à la mise en œuvre de l'anonymat et de la confidentialité dans un univers clos et très surveillé. L'accès à l'information sur le dépistage, sur les risques mais aussi sur les possibilités de soins et les moyens de prévention prend ici



toute son importance.

***Des difficultés liées à l'environnement*** et son impact sur l'individu, sur sa position face au dépistage et à ses conséquences, mais aussi la possibilité qu'il a d'appliquer les principes élémentaires d'hygiène (sexuelle) et de prévention des maladies transmissibles en prison. Le cadre problématique de cette recherche repose sur l'analyse des interactions entre le milieu et les logiques institutionnelles avec leurs contraintes et leurs objectifs spécifiques.

## **2.2 Le Cadre de l'étude**

La région est la limite géographique de cette étude. En effet, la régionalisation des programmes de santé et la démarche d'évaluation préconisée par la loi de santé publique justifient un travail transversal. De plus, le niveau régional permet une étude comparative.

Sur les dix maisons d'arrêt d'Ile de France, trois établissements ont été choisis afin de mener les investigations (étude du dispositif, entretiens et questionnaires) en fonction de la diversité de l'organisation des consultations de dépistage et de l'existence ou non de liens avec un CISIH<sup>27</sup>, qu'il est intéressant de prendre en compte dans le cadre de la réforme des CISIH actuellement en cours.

-La consultation de dépistage de la MAS est une antenne de la CDAG de l'institut Alfred Fournier qui a un statut privé.

-A la MAVO, le dépistage est proposé par l'UCSA, mais sans liens avec un CISIH. Jusqu'à la fin 2001, cette consultation était assurée par le centre de dépistage du Conseil Général.

-A la MA de Fresnes, les dépistages sont effectués par l'UCSA et le suivi des infections à VIH se fait en lien avec le CISIH de l'hôpital du Kremlin Bicêtre.

## **2.3 Méthodologie**

La méthodologie employée associe plusieurs types de recueil de données : recherche bibliographique, études des documents administratifs, études des statistiques transmises par l'InVS ou les DDASS -les données de résultats sont étudiées sur 2001, 2002 et 2003- des entretiens semi directifs avec des professionnels et des questionnaires aux détenus.

### **2.3.1 La recherche bibliographique**

La recherche bibliographique s'est orientée vers les études menées sur le sida et les hépatites et les résultats des dépistages dans les établissements pénitentiaires en France

---

<sup>27</sup> La CDAG MA d'Osny est rattachée à un hôpital mais pas à un CISIH

et à l'étranger. De nombreuses enquêtes, dans les pays industrialisés, ont permis de mieux connaître les facteurs de risques de la population pénale. Concernant les risques et les niveaux d'exposition aux virus VIH, VHB et VHC lors de la détention, la littérature internationale est abondante, mais par contre, les publications françaises restent rares.

Le recueil bibliographique s'est effectué à partir de MEDLINE pour la littérature internationale et BDSP pour les articles et revues françaises (« Actualité et Dossier de Santé Publique » « Transcriptase », ...).

La recherche a été limitée aux dix dernières années (1995) et ont été systématiquement exclues les études portant sur des questions ethniques et raciales.

Les sites Internet de l'InVS, de la DREES et des ministères ont été très utiles.

Enfin des livres sur les conditions de vie et l'évolution de l'offre et l'accès aux soins en prison ont servi de toile de fond à la réflexion pour écrire ce mémoire.

### **2.3.2 L'étude des documents administratifs et des données statistiques**

Depuis la réforme de 1994, les documents sur la santé des détenus et sur les conditions de prise en charge des maladies virales sont abondants. Ont été utilisés, comme base documentaire :

- les textes officiels relatifs à la prise le dépistage du VIH et plus particulièrement dans les établissements pénitentiaires
- les rapports commandés par le ministère de la Santé et le ministère de la Justice,
- les études de la DREES sur «la santé des entrants en prison » menées en 1997 et surtout celle de 2003, publiée en mars 2005
- les données de l'enquête « un jour donné » sur les personnes atteintes par l'infection à VIH ou le VHC en milieu pénitentiaire menée par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS)

Concernant les résultats obtenus dans les consultations de dépistage en maison d'arrêt, plusieurs sources ont été recoupées :

- les données des CDAG transmises à l'InVS par l'intermédiaire des DDASS jusqu'en 2004.
- les données issues des rapports des Commissions de surveillance qui comprennent le rapport médical. Ces commissions ont lieu une fois par an sous la présidence du Préfet et ont pour objet de présenter le rapport de l'établissements à l'ensemble des partenaires impliqués : les représentants du ministère de la Santé et du ministère de la Justice, les

représentants des avocats et des associations de réinsertion et de défense des droits des prisonniers...

### **2.3.3 Les entretiens auprès des professionnels**

Une grande partie des informations a pu être obtenue auprès des différentes personnes impliquées de près ou de loin dans le déroulement des consultations de dépistage.

Les entretiens individuels ont été réalisés auprès de professionnels de la santé des UCSA ou des CDAG intervenant en maison d'arrêt - trois médecins chefs de l'UCSA, deux médecins de CDAG et quatre infirmières de CDAG et deux médecins inspecteurs de santé publique travaillant en DDASS. De plus, j'ai rencontré le directeur administratif d'un centre de dépistage et deux surveillants, dont un cadre, chargés d'organiser les déplacements des personnes se rendant à la consultation de dépistage.

Au total, quatorze entretiens semi directifs d'une durée variant entre 30 et 60 minutes ont pu être effectués le plus souvent sur les lieux de travail des intervenants. Un des entretiens s'est effectué par téléphone.

Ces recueils ont permis de comprendre les différentes organisations dans les maisons d'arrêt, les difficultés rencontrées et les facteurs de contraintes liés au monde carcéral.

(Le guide d'entretien figure en annexe III)

L'analyse des questionnaires s'est faite en suivant les thèmes du plan :

- Description du dispositif (organisation, temps, bilan, soins)

- L'accès au dépistage (les contraintes, les informations, l'anonymat)

- L'environnement (les risques en détention, l'impact des conditions d'incarcération sur le dépistage et la prévention)

- L'éthique (confidentialité, secret médical)

- La pertinence et l'efficacité des dispositifs

### **2.3.4 Les questionnaires auprès des détenus**

Fin avril, 70 questionnaires ont été envoyés à l'UCSA de la Maison d'arrêt de Paris la Santé. Ils ont été proposés aux détenus patientant dans la salle d'attente de l'UCSA durant tout le mois de mai 2005.

Au préalable, ces questionnaires ont été testés auprès de personnes sortant de prison et rencontrées au Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) d'Ile de France le 27 avril 2005. Ce pré-test a permis d'améliorer le questionnaire en précisant certaines questions et surtout de le simplifier. Il était important que ce questionnaire soit court, facile à comprendre et tienne sur une feuille pour des raisons sécuritaires et enfin qu'il respecte totalement l'anonymat et la vie privée des personnes.

(Le questionnaire figure en annexe IV).

### **2.3.5 Les visites en prison**

La Maison d'arrêt de Paris la Santé et la Maison d'arrêt du Val d'Oise ont pu être visitées après obtention d'une autorisation du directeur de chaque établissement. Cette autorisation s'est avérée plus facile à obtenir à la MAVO, en raison d'une compétence territoriale de la DDASS du Val d'Oise. Le médecin inspecteur est amené à se rendre à la maison d'arrêt à des nombreuses reprises : lors de visites aux détenus pour plainte et du fait de la présence obligatoire d'un représentant du directeur de la DDASS à la Commission de surveillance ou pour tout autre évènement important en matière de soins en prison.

## **3 RÉSULTATS ET ANALYSE**

### **3.1 L'offre**

#### **3.1.1 Des organisations hétérogènes**

Le premier constat est la diversité des organisations du dépistage et des pratiques entre les établissements pénitentiaires.

Depuis 1998, la CDAG à la Maison d'arrêt de Paris (MAS) est assurée par une antenne de l'Institut Alfred Fournier (IAF). La CDAG est située dans une zone réservée aux entrants où des cellules transformées en bureau sont réservées aux entretiens d'entrée (entretien avec la direction, le médecin de l'UCSA, le travailleur social et passation d'une radio des poumons).

Une vacation quotidienne de trois heures, d'un médecin est prévue du lundi au vendredi, mais depuis 2003 seulement trois vacations hebdomadaires ont pu être assurées. Les prélèvements sont faits par un infirmier les mardi, jeudi et vendredi. Le rythme quotidien est justifié en raison d'une durée de 24h prévue dans la zone des entrants de la MAS, qui est une zone de transit à part avant affectation en cellule. Les entrants du week-end ont leur séjour prolongé jusqu'au lundi. Une fois affectés dans leur cellule, les détenus ne retournent jamais dans la zone d'entrants, excepté lors d'une convocation nominative à la CDAG. Pour cela, ils doivent être accompagnés d'un surveillant.

La liste des entrants est fournie au médecin par le greffe. Tout entrant est systématiquement inscrit à la consultation de dépistage par le surveillant qui lui indique qu'il s'agit d'une consultation de prévention, mais il n'y a pas de vérification que la consultation ait eu lieu. Le médecin peut aussi convoquer un détenu à sa demande, ou à la demande de l'UCSA. Chaque matin, le médecin de la CDAG établit une liste de détenus avec le numéro d'écrou, pour des tests ou pour la remise des résultats. Cette liste est transmise au secrétariat du greffe qui fait les convocations. Les résultats sont rendus dans un délai de 2 à 6 semaines. La consultation de dépistage assure aussi le dépistage des IST, dans le cadre des missions de dispensaire anti-vénérien.

S'il y a prélèvement sanguin, le médecin conduit le détenu au local infirmier. En cas d'absence de l'infirmier, le détenu sera convoqué ultérieurement et amené par un surveillant

Le dossier individuel du patient et les tubes de prélèvement sont emportés à l'IAF. Le dossier est ramené avec les résultats et conservé dans un tiroir fermé à clef à la MAS jusqu'à la remise des résultats ou la sortie du détenu. Il est ensuite archivé avec les autres dossiers de la CDAG de l'Institut.

Jusqu'en 2001, la CDAG la maison d'arrêt du Val d'Oise (MAVO) était dépendante du dispensaire antivénérien du Conseil Général :

La CDAG a été mise en place en 1992, à la demande des détenus. Auparavant cette consultation était assurée par le service médical de la Lyonnaise des eaux.

L'équipe médicale du Conseil Général assurait également le dépistage et le traitement des IST. Une infirmière venait un après midi par semaine pour réaliser les entretiens pré test et les prélèvements. Le médecin était présent une fois par semaine pour la remise des résultats. Ce dépistage était anonyme et seuls les résultats positifs étaient transmis à l'UCSA avec l'accord du détenu.

Aujourd'hui, les dépistages VIH, VHB et VHC et syphilis sont proposés aux entrants dans le cadre du bilan infirmier d'entrée. Les infirmières effectuent un entretien pré tests :

Infirmière UCSA : « Une première proposition est faite lors de l'entretien infirmier on propose le dépistage et on débroussaille la situation. Certains sont au clair sont au fait. La plupart ont pris des risques et ils tombent des nues quand on leur dit que c'est une maladie pernicieuse qui ne se voit pas. »

Si le détenu accepte, le médecin prescrit les tests. Les prélèvements ont lieu le lundi, mercredi et vendredi et ils sont envoyés à l'hôpital de Pontoise, hôpital de rattachement.

A la MA de Fresnes, la CDAG préexistante a été transférée, à son initiative, à l'hôpital Kremlin-Bicêtre, auquel est rattaché l'UCSA, et qui a accepté le transfert de charge. Les prélèvements sont envoyés au laboratoire de l'hôpital de Fresnes. Le DAV reste sous la responsabilité du Conseil Général.

Médecin : « À Fresnes le test est systématiquement proposé à l'entrée. Si l'individu ne l'accepte pas lors de l'entrée, il est reproposé lors d'une consultation ultérieure. »

Selon que la consultation est intégrée à l'UCSA ou confiée à un organisme extérieur, la logique d'intervention s'avère fort différente :

MISP : L'intervention d'une équipe de dépistage identifiée comme distincte de l'UCSA est utile pour séparer les rôles vis à vis du détenu.

### **3.1.2 Les lieux de dépistage**

Dans la zone « entrants » de la Maison d'arrêt de Paris la Santé, la CDAG occupe deux cellules, converties en bureau (une pour les consultations médicales et une pour les prélèvements), sans continuité entre les deux. Une affiche « médecin CDAG » est plaquée sur la porte du bureau médical. Les détenus attendent dans une cellule transformée en salle d'attente. Ils sont appelés un par un par le surveillant. Dans les cellules dévolues à la CDAG il n'y a ni point d'eau ni chauffage. Il est prévu de déplacer la zone des entrants dans un bloc récemment rénové. Sans procéder à une description minutieuse du bâtiment, construit en 1867, je dirais que les locaux sont exigus en regard de la surpopulation pénale et les murs assez délabrés. Les détenus occupent souvent à trois ou quatre une cellule prévue pour deux personnes. Les problèmes d'aération rendent les douches insalubres et l'accès y est fortement limité.

A la Maison d'Arrêt du Val d'Oise, la consultation de dépistage est effectuée lors de l'examen d'entrée par le personnel de l'UCSA et se déroule donc dans ses locaux. Les locaux sont exigus. Une cellule sert de salle d'attente. Les détenus y sont amassés en attendant d'être appelés aux visites médicales par le surveillant chargé du service. Le service médical ne comprend pas assez de locaux pour assurer l'ensemble de ses consultations. De construction plus récente, cette maison d'arrêt est en meilleur état et aussi plus moderne. Pour information, elle accueille les mineurs et a récemment aménagé un lieu de culte pluriconfessionnel.

La place est un élément déterminant dans le positionnement de cette consultation : installée dans un bâtiment séparé, elle permet aux personnes détenues de bien identifier les intervenants et d'assurer un certain anonymat au niveau des résultats, mais par contre cette disposition n'assure aucune confidentialité quant à l'objet de la consultation.

Infirmière CDAG : « quand on le [détenu] convoque à la CDAG tout le monde sait qu'il a fait un test. »

### **3.1.3 Le temps du dépistage**

De l'avis de tous il n'y a pas de demande spontanée à l'entrée :

Médecin UCSA: « L'entrée en prison n'est pas le bon moment pour proposer des tests : la plupart des détenus sont sous le choc de l'incarcération, ils sont perdus, largués, ils ont d'autres préoccupations et ne sont pas disponibles. »

Infirmière CDAG : « A l'entrée, le dépistage systématique ne permet pas une action de prévention : il n'y a pas de réflexion sur les comportements à risque [...], ce n'est pas même sur la base du volontariat puisque le test est proposé d'office. Il [le détenu] passe dans nos filets de manière trop systématique. »

Médecin CDAG : « [A l'entrée], ils ne comprennent pas trop ce qui leur arrive. »

Médecin UCSA : « Les tests ne sont pas obligatoires mais 9 personnes sur 10 les acceptent. Ces tests sont proposés dans des conditions difficiles pour les détenus : ils ne comprennent pas trop ce qu'il leur arrive »

### **3.1.4 Un manque de personnel médical**

Des difficultés de recrutement ont été rapportées tant par des responsables d'UCSA que de CDAG pour leur activité en prison.

DRH : « Je ne peux pas obliger un médecin à travailler en prison, il s'agit d'une modification de contrat et il peut invoquer un problème éthique ou des raisons personnelles pour refuser ».

Les médecins ne se rendent pas volontiers en prison :

Médecin CDAG (hors prison) : « Je refuse de travailler en prison car cela paraît trop dangereux et j'ai des jeunes enfants, alors mon mari m'a dit que je ne devais pas prendre de risques... »

Médecin CDAG : « Je ne me sens pas en sécurité. Je suis seule dans mon bureau, si jamais je me fais agresser je suis coincée. C'est très inconfortable, l'hiver il fait froid, c'est très sale. »

La gestion du temps est ardue :

Médecin CDAG : « Je peux passer deux heures à attendre »

Infirmière CDAG : « Ce qui était lourd à gérer c'était l'attente, ensuite il fallait « speeder », c'était du travail à la chaîne. »

Médecin UCSA : « S'ils le refusent [le test], je ne le propose plus. Avant on le proposait lors de la visite annuelle mais maintenant, on a plus le temps. »

Le temps consacré au travail administratif ainsi que les délais pour entrer dans l'établissement et pour rencontrer les personnes sont, selon les médecins interrogés, fait au détriment des personnes détenues.

Médecin CDAG : « Ce travail ne me passionne absolument pas, c'est inintéressant, je fais trop de papiers. »

Infirmière CDAG : « On faisait de l'abattage sans prendre le temps de faire de la prévention auprès des personnes reçues [..]. Il ne s'agit pas d'un véritable entretien comme ici [à la CDAG du Conseil Général]. »



### **3.1.5 Un financement inégal**

Le coût élevé des tests peut constituer un frein au dépistage

Médecin UCSA : « L'UCSA peut demander des sérologies. Néanmoins, cela pose un problème financier [...] il n'y a pas de budget pour cela à l'hôpital [...] et le directeur financier râle si j'en prescris trop. »

Directrice (DRH) : « Le coût est plus important à la Maison d'arrêt : 65 € contre 48 € à l'Institut »

Le cadre réglementaire de financement des CDAG varie selon que le promoteur est un établissement hospitalier ou un établissement privé (le plus souvent un DAV dépendant du Conseil général). Les CDAG hospitalières relèvent de l'enveloppe MIGAG, (mission d'intérêt général et aide à la contractualisation) et donc il n'y a pas de nouveaux moyens financiers dédiés à cette activité.

De plus, selon que le dépistage est fait nominativement, dans un DAV, ou anonymement, dans un CDAG, pour un majeur ou un mineur, les modalités de prise en charge financière varient entre L'État, l'Assurance maladie et les Conseils Généraux, les DAV étant jusqu'à cette année sous leur responsabilité.

Directrice: « La syphilis est un test nominatif en 2002 les tests étaient payés au niveau de la CDAG et financés par la ville de Paris mais en 2003 et 2004, il y a eu oubli de signer la convention entre le CG et la CRAMIF. La mairie a oublié de donner les fonds hors DAV ».

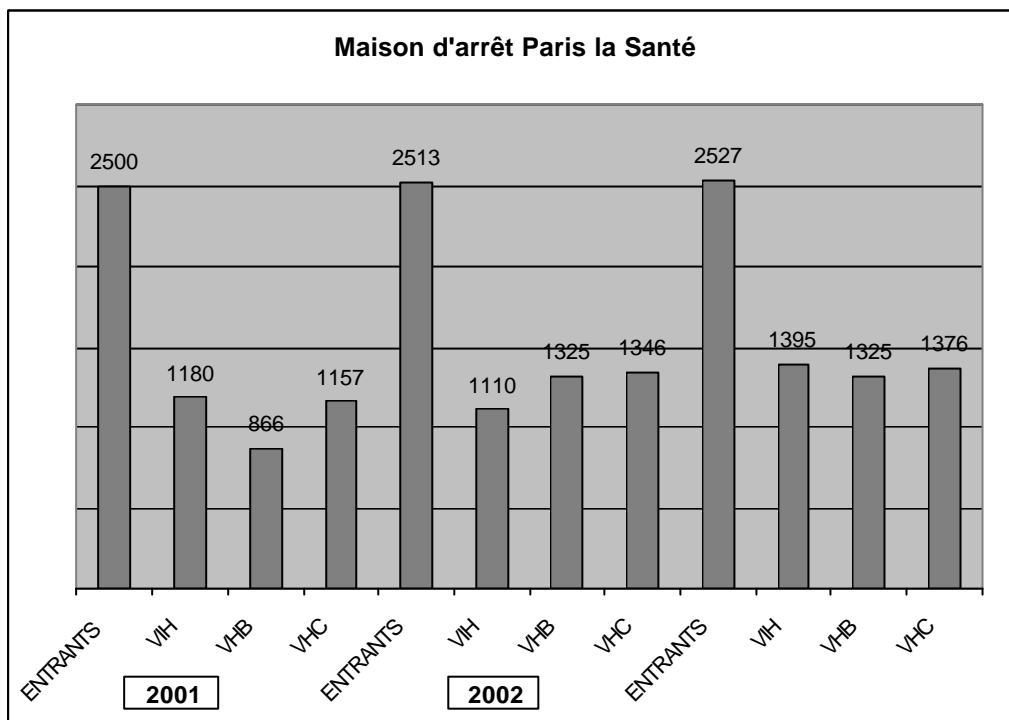
Cette complexité des financements n'incite pas les partenaires à se porter candidat pour assurer ces types de prestations.

### **3.1.6 Les bilans des dépistages dans les maisons d'arrêt d'Ile de France**

Les données statistiques sur les tests effectués dans les consultations de dépistage anonyme et gratuit en maisons d'arrêt, ainsi que les taux de séropositivité des tests ont été transmises par l'InVS. Les données concernant les tests effectués au sein des UCSA proviennent des rapports médicaux inclus des rapports des commissions de surveillances transmis aux DDASS.

A) Nombre de tests VIH, VHC et VHB par rapport aux entrants

**Graphe 1 : Les tests VIH, VHB et VHC pratiqués à la CDAG à la Maison d'arrêt Paris la Santé sur 3 ans (source InVS)**

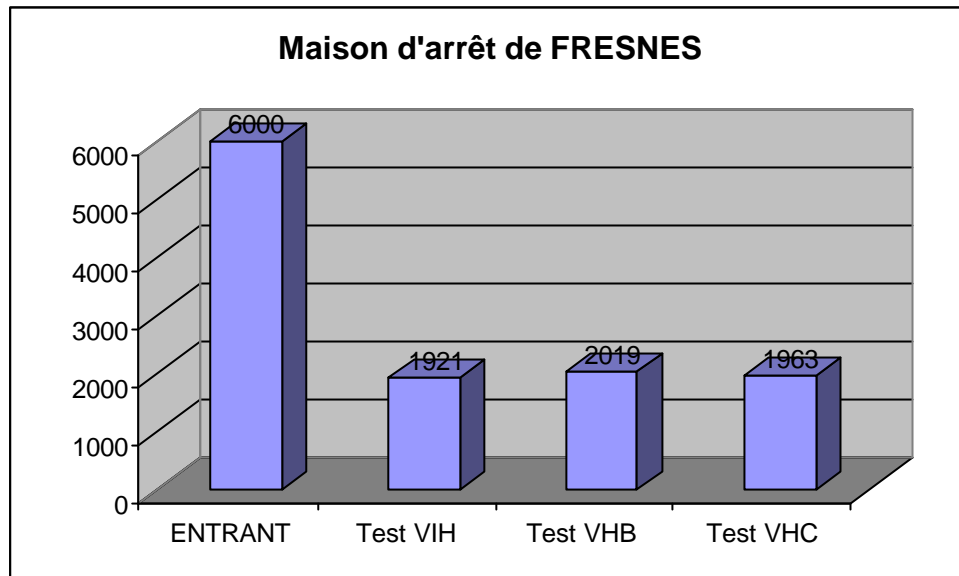


Sur ce graphe, ne sont pas comptabilisés les tests pratiqués par l'UCSA qui indique, par exemple dans son rapport d'activité 2001, avoir effectué 114 tests VIH, 116 tests VHC et 423 sérologies de VHB. Ces données n'apparaissent pas les autres années.

En 2003, plus de la moitié des personnes entrées à la MAS ont eu des tests. Ces données sont en concordance avec celles obtenues par les questionnaires remplis à la MAS : 52% (22 sur 42 répondants) des détenus ont répondu qu'ils avaient fait des tests lors de leur arrivée. 100% des ceux qui se souvenaient des tests faits ont déclaré avoir fait les trois.

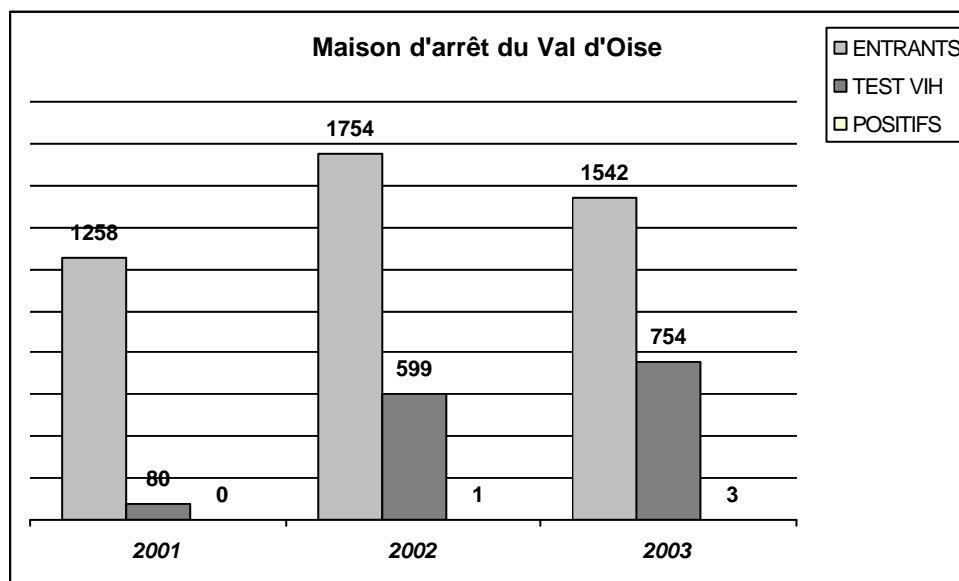
## Graphe 2 : Tests VIH, VHB et VHC chez les détenus de la prison de Fresnes en 2004

(source : rapport de la Commission de surveillance.)



On voit sur cet histogramme qu'environ un tiers de entrants a bénéficié des tests à la CDAG, ce qui, compte tenu des transferts, et d'une éventuelle surévaluation du nombre d'entrants, ces résultats sont comparables à ceux des autres maisons d'arrêt.

## Graphe 3 : les tests VIH et taux de séropositivité à la MA du VAL d'OISE (source : rapport Commission de surveillance)



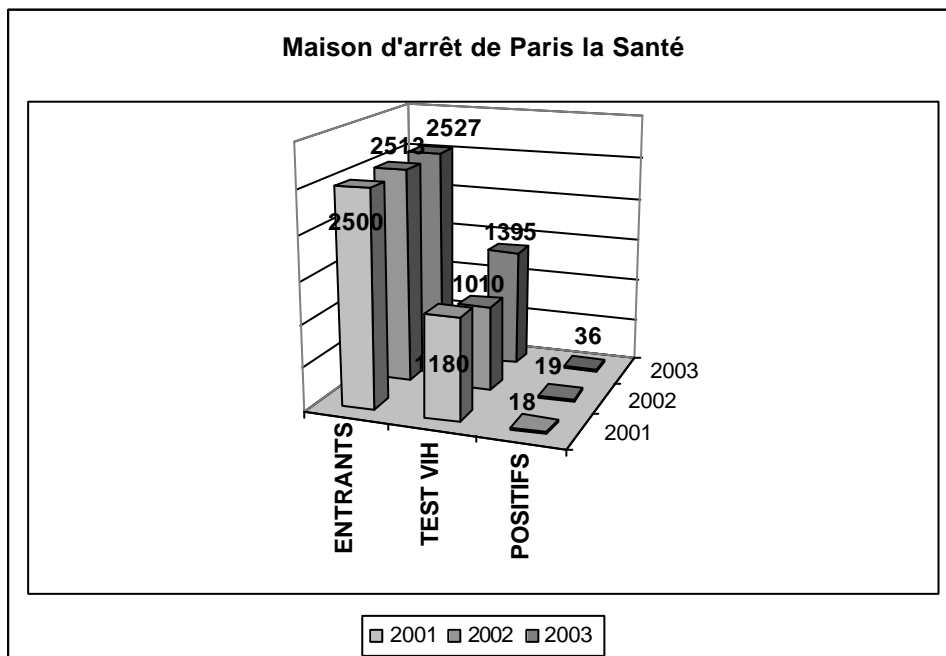
Le nombre de tests VIH (données transmises par l'InVS) effectués dans les trois maisons d'arrêt varie entre 32 à 55% du nombre d'entrants selon les années et les maisons d'arrêt. Il est plus faible pour les tests VHB et VHC de 24 à 38%, bien que en nette progression en 2003 (52 pour le VHB et 54% pour le VHC). Il est à remarquer qu'aucune étude internationale ne présente un taux de couverture de dépistage plus élevé parmi les prisonniers. Et si on considère le nombre important de transfert entre les maisons d'arrêt, on peut penser certains ont déjà eu des tests dans un autre établissement. En effet, notre enquête le confirme puisque sur les 42 personnes interrogées, 15 ont déclaré avoir fait des tests auparavant.

Dans le Val d'Oise, la proportion de tests effectués à la Maison d'arrêt est relativement importante par rapport au nombre de tests effectués sur le département : 17% en 2001, 18% en 2002 et 23% en 2003. (Voir tableau 5 en ANNEXE II)

B) Les résultats des tests

**Graphe 3 : les résultats tests VIH à la MAVO (p31)**

**Graphe 4 : les tests VIH et taux de séropositivité du VIH à la MAS sur 3 ans**



Les taux de séropositivité pour le VIH découverts à la Maison d'arrêt de Paris sont de 1,73% en 2001, 1,4% en 2002 et 2,58% en 2003. Par comparaison, les taux de séropositivité dans l'ensemble des CDAG de Paris étaient respectivement de 1,12% en 2001, 1% en 2002 et 1,07% en 2003.

Si on compare les taux de séropositivité au VHC trouvés dans la population incarcérée à la MAS à celui trouvé dans les CDAG parisiennes, toutes populations confondues, on observe trois fois plus d'hépatites C en prison : 9,25% versus 2,4% en 2001, 6,4%/ versus 1,8% en 2002 et 7,4% versus 1,7% en 2003.

En annexe II, le tableau transmis par la DASS de Paris, permet de comparer le taux de séropositivité parmi les hommes ayant consulté dans les CDAG de Paris avec celui trouvé parmi les hommes détenus à la MAS, en 2003. On y trouve des taux 1,5 fois plus élevés pour le VHB, 2 fois pour le VIH et plus de 3 fois pour l'hépatite C que dans la population masculine francilienne.

En conclusion, les prévalences des infections aux VIH, VHB et VHC restent nettement plus élevées en MA que dans la population générale. La prévalence de l'infection au VIH est dix fois plus élevée à la MAS que dans la population libre en Ile de France (9/1000). Le taux de séropositivité est également deux fois plus important dans les prisons franciliennes que dans l'ensemble du pays.

A la MAVO par contre, le taux de séropositivité rapporté par l'UCSA reste très faible.

Ces forte prévalence s'expliquent par plusieurs facteurs : la précarité sociale, l'usage de drogues dans la population entrant en détention, mais elle reflète peut être aussi la situation de l'endémie en Ile de France.

### **3.1.7 Les autres prises en charge médicales**

#### **A) Les traitements post exposition**

La prise en charge des accidents d'exposition au sang du personnel médical et des surveillants est assurée par les urgences de l'hôpital. La prophylaxie du VIH pour les détenus, est prescrite par l'UCSA.

Les données concernant les traitements post exposition n'apparaissent pas dans les rapports, ni dans les statistiques de l'InVS. Les informations ont été obtenues au cours des entretiens.

Très peu de traitements prophylactiques post exposition sont distribués. A la MAS, trois surveillants ont bénéficié d'un protocole d'accident d'exposition au sang suite à une morsure de détenus séropositifs et deux détenus ont reçu une prophylaxie l'un sur demande l'autre en raison de signes évidents de viol. A la MAVO, aucun traitement n'aurait été distribué au cours de ces deux dernières années.

La clandestinité des pratiques liées à l'usage de drogue et le déni de l'existence de pratiques sexuelles, parfois violentes, souvent connues tardivement, rendent cette démarche très difficile.

MISP : « Les rapports homosexuels sont un sujet tabou. »

Malgré les risques probables en détention, les demandes de traitement post exposition restent extrêmement rares.

#### B) Les vaccinations contre l'hépatite B

Dans l'enquête menée auprès des détenus, un cinquième (8/39) rapportent avoir été vaccinés mais 61% (24/39) ne savent pas.

L'observation des résultats des vaccinations publiés dans les rapports des Commissions de surveillance fait apparaître que le nombre de vaccinations complètes est relativement faible au regard de la population entrant dans les maisons d'arrêt. Ainsi le tableau 4 qui figure à l'annexe I indique seulement 25 vaccinations complètes en 2001 et 8 en 2003. A la MAVO, il y a eu 75 vaccinations complètes en 2001, 71 en 2002, et 108 en 2003. Les détenus semblent manifester une certaine défiance vis-à-vis du vaccin :

« Bien que largement diffusée, la vaccination anti hépatite B est peu prisée des détenus, comme de la population générale, en raison de la médiatisation autour d'une éventuelle relation avec la sclérose en plaque » Extrait du rapport de la commission de surveillance 2003 de la MAS. »

En comparaison, la vaccination contre la grippe remporte un réel succès. A la MAS, en 2003, 144 personnes en ont bénéficié avec un taux d'acceptation de 100% parmi la population ciblée, tandis que seules 8 personnes ont été vaccinées contre l'hépatite B, au cours de la même année<sup>28</sup>.

Le nombre de vaccinations incomplètes (plus de 40%), peut être expliquée par le fait que le temps d'une vaccination complète (3 injections à un mois d'intervalle) n'est pas compatible avec la durée moyenne de détention en maison d'arrêt (3mois).

#### C) La prise en charge du sida et des hépatites

Données sur les traitements

---

<sup>28</sup> extrait des rapports de la Commission de surveillance.

Le tableau 5, en annexe I, indique le nombre de traitements effectués comparé au nombre de sérologies positives découvertes pour chacune des maladies à la MAS entre 2001 et 2003.

En 2003, l'UCSA rapporte que 69 patients ont présenté une sérologie positive au VIH alors que les données transmises par l'InVS indiquent que 36 sérologies ont été découvertes par la CDAG de l'IAF.

Si le nombre de patients sous traitement antirétroviral est nettement supérieur au nombre de séropositivités découvertes à la CDAG, en revanche les personnes atteintes d'une hépatite sont plus rarement prises en charge. Moins de 0,5% des hépatites B dépistées sont traitées et entre 10 et 15% des hépatites C.

Il n'y a pas de concordance entre les séropositivités et la mise sous traitement des hépatites, en partie du fait des délais nécessaires pour obtenir les examens médicaux à l'hôpital et qui nécessitent une extraction et l'instauration d'un traitement lourd.

Médecin UCSA « Je fais peu de traitements de l'hépatite C car cela n'est pas satisfaisant. Le bilan prend du temps. Ici on est moins interventionniste, le plus important c'est l'éducation. Si la personne le demande elle aura un traitement mais sinon on ne la traite pas. »

Médecin UCSA : « Les extractions restent néanmoins difficiles pour les PBH. »

Parmi les effets secondaires, les risques de dépression liés au traitement de l'hépatite C retiennent certains médecins de démarrer les thérapies en prison.

Médecin UCSA : « Le faible taux de traitements a plusieurs raisons : un délai important, de 6 à 8 semaines pour obtenir une ponction biopsie hépatique (PBH), et la frilosité de certains médecins CISIH qui repoussent les traitements sans avis psychiatrique. Or les psychiatres du service médico- psychologique refusent de donner un avis favorable car, si le patient se suicide, ils sont tenus pour responsables. »

Il peut aussi y avoir un refus de soins, du fait des conditions de détention<sup>29</sup> mais la relativement faible quantité de traitements pour les hépatites (qui concerne principalement les usagers de drogues) n'est pas due uniquement aux malades mais aussi aux représentations des professionnels et aux accompagnements proposés.

Médecin UCSA : « Je ne pense pas que cela soit un bon endroit pour apprendre sa séropositivité ni pour commencer les traitements. En tous cas, pour ceux qui pourraient

---

<sup>29</sup> voir Environnement.

bénéficier d'un traitement à l'extérieur. On ne commence le traitement que pour ceux qui ne sont pas correctement insérés. Ils commencent le traitement en prison et puis ils arrêtent. A [...], ils commencent les traitements systématiquement à l'arrivée et du coup ils ont plein de résistances. »

Du fait de son rôle dans l'élaboration et l'organisation des soins, le MISP doit veiller à articuler l'organisation des soins (sous la tutelle de l'Agence Régionale d'Hospitalisation) avec les politiques de santé publique. Les médecins des services de l'Etat sont actuellement mobilisés par la réorganisation des CISIH. La santé des détenus doit être spécifiquement intégrée dans les missions des futurs comités régionaux de coordination de la lutte contre l'infection due au VIH (COREVIH). Le COREVIH, acteur majeur des pratiques professionnelles et de leur harmonisation, pourra contribuer à évaluer la prise en charge des patients infectés par le VIH.

## **3.2 L'accès**

### **3.2.1 Un accès difficile**

Tous les soignants rencontrés témoignent des contraintes liées à l'environnement carcéral qui limitent l'accès au dépistage, et en particulier pour le rendu des résultats :

Médecin CDAG : « [...] Même si je dois les convoquer dix fois je recommence et recommence. »

Médecin CDAG : « Il est fréquent de convoquer cinq, six fois, voire plus, la même personne pour arriver à lui donner ses résultats. Ce qui est surprenant c'est que le jour où nous la voyons, la réponse est qu'elle n'a pas été prévenue. Il est étonnant de voir que tous les détenus d'un même bloc refusent de descendre. Donc, en attendant, nous recommençons inlassablement les mêmes listes de convocation »

UCSA : « Le problème est que les patients n'arrivent pas toujours lorsqu'on les convoque »

Et finalement, les résultats ne sont pas toujours remis comme le confirment 50% (11 personnes sur 22) ayant répondu au questionnaire ainsi que les médecins :

Médecin UCSA : « Il est fréquent que les détenus sortent sans avoir reçu leurs résultats »

Pour avoir un rendez vous, les détenus doivent faire une demande par écrit qui transite par les surveillants. L'expression écrite n'étant pas accessible à l'ensemble de la population pénale, ce mode de prise de rendez vous est discriminant. L'intervention d'un grand nombre d'intermédiaires pour amener le détenu à la consultation rend le système peu performant. Outre les difficultés de transmission d'information, il peut arriver qu'on se heurte à la mauvaise volonté d'un surveillant, ce qui constitue un frein supplémentaire.

Surveillant : « Pour faire descendre les détenus, un surveillant tape les listes par bloc C'est pas toujours répercuté ou le surveillant oublie ou n'est pas au courant. Ils ne sont pas



formés, notamment les secrétaires des blocs<sup>30</sup> ».

Le partenariat avec l'administration pénitentiaire s'avère très compliqué. L'accès aux consultations proposées par les intervenants extérieurs est fonction de la disponibilité des surveillants :

Médecin CDAG : « On a beaucoup d'obstacles de la part des surveillants [...] De temps en temps, ils [les surveillants] refusent de venir, ils disent qu'ils ne sont pas assez nombreux et surtout ils ne préviennent pas. »

Médecin CDAG : « La santé n'est pas leur priorité [aux surveillants], alors il faut aller voir les uns et les autres pour leur demander de nous amener les détenus. La prison est un milieu particulier avec ses règles de fonctionnement interne. Il y a plusieurs niveaux : la direction qui sont des administratifs énarques, les matons qui sont très bien syndiqués – on touche à l'un d'entre eux et ils sont tous en grève- et les cadres surveillants qui sont de la police<sup>31</sup>. Il y a un problème de hiérarchie et d'autorité : qui commande ici ? ... »

### **3.2.2 Les limites de l'anonymat**

Seule une CDAG menée par des intervenants extérieurs peut proposer des tests anonymes. A la MAS, un numéro d'anonymat est remis au consultant correspondant à celui de son dossier individuel. Ce numéro est reporté sur un registre avec le nom et le numéro d'écrou de la personne, son âge et les tests pratiqués. Ce registre mentionne également la date de clôture du dossier, la date de remise des résultats et l'accord du détenu pour la transmission des résultats à l'UCSA. La partie du registre avec le nom et le numéro d'écrou est détruite tous les trois mois environ. Le médecin garde toujours ce registre auprès de lui. Les dossiers destinés à la MAS ont un code spécifique.

A la MAVO, l'équipe de la CDAG avait mis en place un système de double cahier afin de garantir un certain anonymat. Les détenus pouvaient également venir chercher leurs résultats à la sortie avec le carton portant leur numéro d'anonymat.

Infirmière CDAG : « Si on n'inscrivait rien c'était négatif et on avait un code pour les résultats positifs. »

En détention, les déplacements sont surveillés, tous les détenus portent un badge avec leur nom et numéro d'écrou. Aucun déplacement n'est effectué au sein de la prison sans convocation nominative

Infirmière : « Comment peut on les convoquer si on n'a pas leur nom ? »

---

<sup>30</sup> Les secrétaires de bloc sont aussi des surveillants.

<sup>31</sup> Après vérification, les cadres surveillants sont des agents du ministère de la Justice

## Les tests sont anonymes mais pas la consultation

Médecin UCSA : « Cette consultation étant située dans le quartier des entrants elle est particulièrement repérable. Un bon nombre de détenus ne demandent même pas les résultats. »

Médecin CDAG : « Il n'y a pas de confidentialité de lieux mais une fois dans mon bureau personne ne sait pourquoi il est là... »

Infirmière CDAG : « Il n'y avait pas d'anonymat : le gardien et les autres détenus dans la salle d'attente savaient tout de suite ce que vous faisiez. »

Aussi, même dans le cadre d'une consultation anonyme, on est loin d'un véritable anonymat :

Médecin UCSA : « L'anonymat est quasi impossible en prison. Quand le résultat était positif l'entretien durait 30 minutes, le détenu sortait décomposé, bref le surveillant était au courant »

Et dans l'univers clos, cela prend une autre importance :

Surveillant : « C'est un leurre [l'anonymat] quand quelqu'un demandait d'aller à la CDAG même nous, on portait un regard différent sur lui. »

### **3.2.3 Des informations incomplètes**

Pour profiter de l'opportunité d'un dépistage qu'il soit anonyme ou non, il faut d'abord avoir des informations sur le dispositif mais aussi sur l'intérêt d'y accéder. Le détenu doit comprendre les finalités du dépistage, des risques encourus et les bénéfices de la consultation, condition indispensable pour que le dépistage présente un intérêt.

Dans le questionnaire, sur les 22 personnes qui avaient fait des tests à l'entrée seulement 14 savaient quelle était la nature des tests effectués.

L'association Migrations santé mène une action d'information et de prévention sur le thème du sida, une fois par semaine à la MAS. A la MAVO, une association d'Education pour la santé, le CODES mène une action d'information sur l'hépatite C. Le rapport d'activité ne permet pas d'en évaluer l'impact. A la MA de Fresnes, l'association AIDES a un programme « Prévention auprès des détenus ».

Sur les 34 détenus ayant répondu à la question concernant l'information en détention, deux personnes ont répondu positivement et aucune ne se souvient d'intervention sur l'hépatite C.

Au-delà de l'information, se pose la barrière de langue :

MISP : « Pour les détenus non francophones, la capacité de communication en diverses langues de l'équipe de dépistage est indispensable, car le recours à des tiers est soit incompatible avec le besoin de confidentialité (co-détenus interprètes) soit impraticable (interprètes extérieurs) face à un flux d'entrants imprévisible. »

Médecin CDAG : « Il y a des problèmes de communication liés à langue »

Les systèmes de communication entre professionnels de soins sont peu performants:

Infirmière CDAG : « Les relations auraient certainement pu être meilleures. Il n'y avait pas d'échange entre nous et le corps médical ou alors dans le conflit : chacun protégeant son territoire. »

Médecin CDAG : « Je vais lui [au médecin chef de l'UCSA] donner [les résultats séropositifs] mais c'est tellement long une demi-heure. Les autres médecins, je les croise mais je ne leur parle pas. Pourtant, ils ont souvent plus d'informations que moi sur les détenus, ils ont souvent un dossier médical »

### 3.3 L'environnement

#### 3.3.1 Les conditions de détention

Le partage à trois ou quatre d'une cellule ne permet aucune intimité. Cela peut même avoir des effets dommageables pour l'intégrité des individus.

Comme l'analysent Claude VEIL et Dominique LHUILIER, dans « La prison en changement » : « *La vulnérabilité est associée au sentiment d'être toujours exposé : le regard d'autrui omniprésent, la perte de tout espace personnel, la mise à nu de l'intimité attaquent les différentes enveloppes construites pour se protéger, [...] Les douches collectives, les toilettes sans séparation avec le reste de la cellule, sont autant d'atteintes à l'intimité (perte d'identité, crainte pour l'intégrité), les autres sont perçus comme menaçants.* » Ils concluent qu'« il y a un *risque de dépersonnalisation qui se caractérise par un désinvestissement du monde extérieur et de son propre corps.* »

Dans ces conditions l'accès aux soins ne représente même plus une opportunité à saisir.

Les résistances à la prise en charge apparaissent. Les intervenants témoignent du refus des tests exprimés par certains détenus inquiets de découvrir une séropositivité en détention.

Médecin UCSA : « Gérer une nouvelle comme ça dans une cellule de neuf mètres sur neuf, ce n'est pas simple quand on est seul. Je ne pense pas que ce soit le bon endroit pour apprendre sa séropositivité, ni pour commencer un traitement. »

Infirmière : « [...] Certains hésitent car ils n'ont pas envie d'apprendre un résultat positif en prison. »

Pourtant dans l'enquête montre 66% des détenus (26 sur 39) pensent que le traitement du sida est possible en prison et 46% (16/37) répondent positivement pour le traitement de l'hépatite C. Une personne répond négativement concernant le traitement du VIH, les autres ne savent pas. Concernant le traitement du VHC, six personnes ne l'envisagent pas en prison. Concernant les soins de l'hépatite B, les détenus sont plus indécis : 13% (5 sur 39) sont favorables, 25% (10/39) sont défavorables et vingt deux (56%) ne savent pas. Ces résultats semblent plutôt refléter un manque de connaissances sur la maladie. De plus plusieurs biais peuvent avoir faussé ces informations.

### **3.3.2 Risques et prévention en détention :**

Les relations sexuelles existent en détention. Les conditions dans lesquelles elles ont lieu et la forte prévalence des infections virales génèrent un risque élevé de contamination que ces relations soient consenties si elles sont non protégées (au parloir, entre détenus) ou forcées.

Médecin CDAG : « [Des demandes de tests après un risque] moi, cela ne m'est jamais arrivé. Quant à l'homosexualité, je n'en ai pas trouvé. Il n'y a pas un seul homosexuel en prison »

Infirmière : « C'est très tabou car il s'agit de relations homosexuelles et les homos sont très mal perçus et exposés à des brimades. Au parloir il y a des relations sexuelles sauvages ».

Infirmière CDAG : « Oui, ils prenaient des risques sexuels même à l'intérieur. »

Les récits de viols se trouvent dans les livres d'anciens détenus ou de médecin mais aussi au cours des entretiens

Médecin UCSA : « J'en ai donné pour viol (traitement prophylactique). Le gars a été trouvé dans les toilettes tabassé et amoché. Il n'a rien demandé, n'a pas porté plainte. »

Pourtant les préservatifs ne sont disponibles nulle part ailleurs que dans le service médical et encore :

Inf. UCSA : « Les préservatifs sont dans les toilettes ce qui n'est pas très accessible car elle sont fermées à clefs par le surveillant »

D'autres pratiques en détention mériteraient d'être explorées :

MISP : « Le point noir est la consultation chez le coiffeur qui tond les détenus à sec, avec des risques de coupures. Le sabot est nettoyé en fin de journée. Autres risques à prendre en considération sont les piercing et tatouages sauvages [...] »

Les risques sexuels ne sont pas pris en compte et la prévention de ces risques inexistante.

La privation d'intimité, la déresponsabilisation de l'individu et la dépendance qu'elle génère, les violences envers les plus faibles que favorise la promiscuité vont à l'encontre des objectifs de prévention et de réinsertion et ont des effets néfastes sur la santé physique et mentale.

## 4 DISCUSSION

### 4.1 Limites de l'étude

La première limite est le recueil de données dans les maisons d'arrêt. Si certaines informations concernant les activités médicales en prison existent, elles sont incomplètes, partielles parfois contradictoires et leur accès est toujours confidentiel. Les rapports des Commissions de surveillance ne sont disponibles que dans les DDASS et il est utile de connaître le MISP chargé du dossier. Certaines données présentées dans les tableaux sont manquantes. De plus, les difficultés à obtenir des autorisations de visiter les prisons ont ralenti les démarches. Aussi, l'étude de terrain a porté principalement sur deux maisons d'arrêt. Néanmoins à la MA de Fresnes, deux entretiens et quelques documents transmis par la DRASSIF ont enrichis le travail.

Il aurait été intéressant de comparer d'autres maisons d'arrêt de la région qui présentent chacune leurs particularités et des expériences originales. Par exemple, à la Maison d'arrêt de Nanterre, un médecin détaché de l'hôpital assure une consultation anonyme dans le cadre de l'UCSA, et à la Maison d'arrêt de Fleury- Merogis, un comité de pilotage où sont représentés le service médical, le service psychiatrique, les services sociaux et la DDASS programment et évaluent les actions de prévention.

Une autre limite concerne le rendu des questionnaires. Ceux-ci n'ayant pas rencontré de succès auprès des personnes détenues, le médecin a décidé de les remplir en présence des patients et avec leur accord. Ce mode de recueil a entraîné un certain nombre de biais :

- Un biais de sélection puisque les patients allant au service médical et acceptant de répondre au questionnaire avec le médecin ne sont pas représentatifs de la population carcérale.
- Un biais de recueil d'information, puisque l'information recueillie par le médecin n'est ni anonyme, ni spontanée.

De plus, le faible nombre de questionnaires reçus (42) ne permet pas une analyse statistique représentative par rapport à la population carcérale.

Aussi, les données obtenues ont été intégrées sous leur aspect plus qualitatif que quantitatif.

Le dernier type de limite est plus en lien avec le sujet lui-même qui m'a semblé à un moment donné trop restrictif. Le dépistage n'est qu'une étape dans la prise en charge des personnes entre la prévention primaire et l'accès au traitement. L'évaluation des actions de prévention et l'étude des freins aux traitements font intégralement partie de la lutte

contre le sida et les hépatites. De même, une recherche sur les comportements (notamment la consommation de drogues) en prison à partir d'un questionnaire et d'entretiens plus orientés sur cette question aurait apporté beaucoup d'éléments dans la discussion mais aussi un sujet difficile à traiter en raison de son illégalité.

Autre thème qui aurait pu être approfondi est la prise en compte des infections sexuellement transmissibles (IST). La recentralisation actuellement en cours de la lutte contre les IST a pour objectif d'assurer une cohérence entre la politique de lutte contre les IST et la politique de lutte contre le VIH et de remédier aux inégalités de prévention de dépistage et de prise en charge sur le territoire. Les orientations en matière de lutte contre les IST seront intégrées dans un programme unique VIH/SIDA et IST pour la période 2005 – 2008. Les objectifs du programme en matière de dépistage sont par exemple : mettre en place un dispositif de dépistage du VIH et des IST anonyme et gratuit sur l'ensemble du territoire, ou intégrer des modules sur la consultation de dépistage du VIH et des IST dans la formation permanente professionnelle.

## **4.2 Éthique et prison**

- *Les conditions de réalisation sont elles adéquates et respectueuses des principes de confidentialité ?*

### **4.2.1 Santé Publique et Prisons**

Les principes éthiques des soins et de la prise en charge des pathologies graves en prison ont été élaborés dès 1993 par le HCSP qui a posé comme préalable : le dépistage des maladies graves, la prévention, un droit à des soins de qualité égale en prison et en milieu libre et la continuité des soins lors du retour en milieu libre. Cette double approche individuelle et collective est caractéristique de la démarche de santé publique.

Certains auteurs, se demandent cependant si la prise en compte de la santé des détenus ne trouverait pas sa justification que « *dans la menace que font peser leurs pathologies sur la population générale* » [6, BLANC].

Dans une perspective de santé publique ces deux impératifs également légitimes – satisfaction des besoins des personnes détenues et préservation de la santé de la population générale - n'apparaissent pas antagonistes mais complémentaires [24, LHUILIER].

### **4.2.2 Le principe de confidentialité**

Les principes d'égalité des personnes et de confidentialité médicale en prison, sont rappelés dans un rapport portant sur les aspects méthodologiques de la médecine en

milieu pénitentiaire issu d'une concertation entre le Conseil national de l'Ordre des Médecins exerçant en prison : « *Les détenus sont des personnes comme les autres : ils ne doivent faire l'objet d'aucune discrimination, ni en raison de leur détention ou ses causes, ni en en raison de leur marginalité. Au contraire, en tant qu'individus privés de liberté, ils doivent faire l'objet d'une attention spéciale. [..] Il est indispensable que le médecin exerçant dans l'établissement pénitentiaire puisse assurer des consultations en préservant leur confidentialité grâce à des dispositions adaptées* » [HOERNI].

#### **4.2.3 Le secret médical : un leurre en prison ?**

« *Le secret médical d'intérêt public et privé n'a aucune raison d'être moins respecté en milieu pénitentiaire, au contraire [..]* » [HOERNI]

En réalité, du fait de l'organisation des soins en milieu carcéral, la préservation du secret médical se révèle dans bien des cas difficile.

Cadre surveillant : « Quand le surveillant appelle un détenu en disant « CDAG », beaucoup ne veulent pas venir »

Une enquête menée sur la confidentialité dans les prisons de Caroline du Nord (USA) indique que 93% des surveillants et 94% du staff médical reconnaissent que si un détenu prend un traitement les autres codétenus en sont informés [30, ROSEN].

Au cours des entretiens, il est apparu que la notion de secret est «relative » dans le milieu pénitentiaire. Les jours de consultation et le nom du médecin qui assure la consultation spécialisée, la distribution et la prise de médicaments en présence des codétenus, sont quelques-uns des éléments qui concourent à la rupture de confidentialité :

Médecin UCSA : « Le secret médical n'est opposable qu'au médecin. La distribution de médicaments ne fait pas partie du secret médical. Le médecin doit l'organiser de façon à ce que la confidentialité soit respectée mais cela ne fait pas partie du secret médical »

Tout détenu se rendant à l'unité de soins est connu du personnel de surveillance, ainsi que des codétenus :

Médecin UCSA : « Il n'y a pas de confidentialité dans la cellule. Les codétenus et les surveillants peuvent être informés sans que l'UCSA le soit. »

Aucun espace secret n'est toléré :

Médecin CDAG : « En principe les surveillants ne sont pas au courant [des traitements] mais si il y a une fouille ou si une personne reçoit de l'Interféron tous les jours, ils peuvent savoir sur Internet – ils ne sont pas idiots »



Du fait de la non confidentialité dans la promiscuité existante (proximité des co-détenus, fouilles des cellules...) certains préfèrent ne pas demander de tests.

### **4.3 De la prévention à la prise en charge**

*- L'articulation de ces dépistages avec les stratégies de prévention et de prise en charge est elle bien organisée et opérationnelle ?*

Les conditions offertes en détention soient identiques à celles dont tout individu peut bénéficier en milieu extérieur *Les détenus - malades plus particulièrement, mais aussi ceux qui n'ont pas d'atteinte pathologique grave - doivent pouvoir être suivis ou médicalement pris en charge aussi bien que d'autres personnes et bénéficier de mesure de prévention ou d'hygiène générale.* » [HOERNI].

#### **4.3.1 Pas de prévention sur les sujets tabous**

« *La prison a le devoir d'organiser les conditions normales d'une sexualité* » [DELFRAISSY, 2002] On a vu que les relations sexuelles existent en prison. Cependant, le déni subsistant empêche toute action sur ce sujet :

MISP (concernant l'accès au préservatifs) : « J'ai essayé de proposer plusieurs choses dans la cantine, à l'entrée, mais on m'a reproché de faire de l'incitation sexuelle. »

Les préservatifs ne se trouvent que dans les services de santé. L'adoption de comportements sexuels adaptés s'avère difficiles et la responsabilisation des individus illusoire

La discussion autour de la prise de drogues en prison s'avère plus compliquée.

Des rapports et enquêtes ont confirmé la présence de drogues en prison et les pratiques d'injections dans des conditions d'hygiène et de sécurité sanitaire inadéquates. Or, en milieu libre la libéralisation des seringues en mai 1987 a largement contribué aux changements de pratique des consommateurs, ainsi qu'à la diminution du nombre de personnes atteintes par le VIH. Le matériel stérile d'injection n'étant pas disponible en prison, il semble que les détenus utilisant la voie injectable partagent leur seringue ou tout autre matériel d'injection fabriqué (stylo...).

Médecin CDAG : « A la MA [...] l'eau de javel est disponible et les messages sur les risques de prévention sont bien passés bien que les seringues ne soient pas distribuées en prison. Les détenus en fabriquent à partir de stylo bic. »

Sur les addictions en prison, les avis divergent :

Médecin UCSA : « Je ne pense pas qu'il y ait des risques car il y a peu d'abcès liés aux injections de SUBUTEX® et peu de seringues sont trouvées en maison d'arrêt. Quant aux

tatouages je pense qu'ils font attention, - avec des aiguilles propres - me disent-ils. »  
« A [...], il n'y a pas d'injection, c'est une prison très répressive et le contrôle y est très important. »

Si les saisies d'héroïne semblent peu fréquentes, le trafic de SUBUTEX® est connu :

Cadre surveillant : « Il y a du trafic notamment de SUBUTEX, certains détenus le disent.  
On a trouvé des seringues mais pas beaucoup »

De plus, bien que peu documentées, les prises de drogues par voie nasale sont probablement fréquentes parmi des personnes détenues.

Malgré cela, la mission santé-justice a estimé que le contexte n'était pas favorable pour introduire les programmes d'échange de seringues en détention. Cependant, au vu de la réalité des risques et de leur efficacité, la mise à disposition « d'outils de prévention » serait à prendre en considération.

#### **4.3.2 Des logiques d'intervention professionnelles différentes**

Des difficultés plus ou moins latentes avec le personnel pénitentiaire dont le détenu est l'enjeu peuvent entraver l'accès aux soins. Ainsi, Geneviève CRESSON [13] explique que « *Dans la plupart des établissements pénitentiaires, l'arrivée de nouveaux professionnels hospitaliers a été vécue comme une intrusion par le personnel de surveillance. [...] Tout d'abord les surveillants, placés du côté de la sécurité peinent à défendre leur dignité professionnelle et à faire valoir, dans les conflits avec les infirmières la part d'humanité de leur travail. L'amélioration des conditions d'existence des détenus est largement déléguée à des intervenants extérieurs, qui se chargent d'informer les prisonniers de leurs droits, de les soigner, de les écouter et de les occuper. La présence de ces intervenants dont les missions s'ajoutent sans coordination avec celles des surveillants, augmente mécaniquement les contrôles et limite les agents pénitentiaires à leur rôle sécuritaire, au moment même où ils sont incités à s'investir dans la réinsertion et sont confrontés à une population pénale dont les comportements les désarment.* » Ces conflits, généralement pacifiés aujourd'hui, peuvent ressurgir en raison de logiques professionnelles différentes dans un univers clos. Ainsi lors du colloque « Santé en prison » un représentant des services pénitentiaires d'insertion dénonçait le manque de coordination et de communication entre le service social (SPIP) et le service médical de la prison.

Chacun justifie son rôle :

Infirmière UCSA : « L'anonymat n'existe pas mais on précise que nous sommes indépendants de la pénitentiaire. Nous indiquons qui a accès au dossier et que les dossiers sont assujettis au secret médical »

Parfois les missions se superposent :

Infirmière : « Les relations avec l'UCSA sont difficiles. Le médecin ne comprenait pas pourquoi on ne lui remettait pas les résultats des tests. Il était obligé de les refaire. On s'est souvent disputés »

Médecin UCSA : « Le secret médical est très théorique en prison. Si le secret revient à ce que les médecins ne connaissent pas les résultats [des tests], alors quel est l'intérêt ? »

Ces relations interprofessionnelles ne sont pas sans conséquence sur les prises en charge médicales, en particulier les extractions pour certains examens médicaux comme par exemple la PBH<sup>32</sup>.

Outre ces difficultés, les médecins se plaignent de relations de plus en plus tendues avec certains détenus.

Médecin UCSA : « Je reçois de nombreuses lettres d'insultes de la part des patients et de leur avocat. Il faut sans cesse se justifier. J'ai même eu une enquête du Conseil de l'Ordre » *Sourire*.

La prévention des maladies sexuellement transmissibles, mise à disposition de préservatifs, n'est pas mise en œuvre et les tensions existantes entre les professionnels ne favorisent pas non plus la prise en charge sanitaire.

#### **4.4 Une réponse adaptée aux besoins des détenus ?**

*- Les consultations de dépistage en Maison d'arrêt sont elles accessibles et répondent elles aux besoins des détenus ?*

Pour entamer la réponse, je m'appuierai sur quelques données issues de l'enquête.

Sur 42 répondants :

- Vingt deux personnes ont bénéficié des tests de dépistage à l'entrée (52%)
- Onze personnes sur les 22 se souviennent d'avoir reçu les résultats (50%).
- Trois personnes ont motivé leur refus des tests par « pas de confiance en la confidentialité des tests en prison ». Par contre, seulement six personnes (14%) accepteraient d'en refaire un
- Huit personnes disaient être vaccinées contre l'hépatite B

Nous l'avons vu, si l'offre de dépistage est faite à l'entrée, elle est rarement renouvelée

---

<sup>32</sup> Cf. 3. 1. 7

par la suite. Or, l'arrivée en détention et plus encore la période de garde à vue qui la précède, peuvent être traumatisantes et déclencher des réactions de révoltes ou de frustrations peu favorables à la réception de messages de prévention. Cette action de dépistage gagnerait à être effectuée à distance mais cela n'est pas fait pour des raisons de temps<sup>33</sup>.

Le taux important de résultats non remis (50%) à la MAS, ainsi que la parole des intervenants illustrent le malaise de tous face aux difficultés d'accès et la non confidentialité de la consultation. Cet aspect plus qualitatif de la consultation de dépistage est rarement renseigné dans les rapports d'activité.

#### **4.4.1 Un dépistage mal ciblé**

Les taux de couverture sont suffisants mais les dispositifs ne permettent peut être pas de cibler ceux qui en ont besoin ou qui ont pris des risques.

Les conditions de « conseil »<sup>34</sup> ne sont pas toujours remplies :

MISP : « Le détenu doit comprendre les finalités du dépistage, jusqu'aux conséquences de la découverte d'une séropositivité. Sinon, le dépistage n'a aucun bénéfice. »

Les interviewés mentionnent le fait que ce sont les personnes ayant pris le plus de risques et non encore dépistées qui auraient tendance à refuser les tests.

Infirmière : « Ceux qui sont séropositifs refusent les tests »

Dans d'autres situations, il s'avère inutile :

Médecin UCSA : « Tous les patients sous antirétroviraux refont systématiquement une sérologie VIH sans parler de leur traitement. Ce sont des obsessionnels de la sérologie. »

Cette situation est préjudiciable notamment pour les tests de dépistage des hépatites qui pourraient certainement être mieux acceptés. D'autant que le pronostic des co-infections VIH-VHC s'avère particulièrement grave.

#### **4.4.2 Anonymat ou confidentialité ?**

L'anonymat n'existant pas, il est peut être illusoire de maintenir des consultations anonymes en prison si elles se font au détriment du minimum de confidentialité.

Un surveillant : « C'est honteux d'aller à la CDAG, la structure n'aide pas, ils rechignent. »

MISP : « Une CDAG telle qu'elle est à l'extérieur est une utopie en prison. »

---

<sup>33</sup> Voir 3.1.3

Pour autant, les conditions de dépistage effectué au sein de l'UCSA n'offrent pas non plus un espace de liberté de parole, en particulier sur d'éventuels risques pris en prison comme l'indique le faible nombre de traitements post exposition prescrits dans les maisons d'arrêt visitées.

L'approche des consultants extérieurs offre certains avantages, comme celui d'instaurer un lien avec l'extérieur, premier pas pour préparer la sortie :

Infirmière CDAG «On faisait du lien avec l'extérieur, ils pouvaient venir chercher leur résultats et on donnait des informations supplémentaires »

Infirmière UCSA : « Je n'ai pas l'impression que l'absence d'anonymat soit un blocage, par contre avec l'anonymat les détenus peuvent aller chercher leurs résultats à la sortie ».

Au delà du choix entre anonymat ou pas toute disposition qui protégera la confidentialité de la demande et l'intimité de individus doit impérativement être privilégiée.

En conclusion les tests de dépistage sont réalisés mais l'impact sur la prévention est inexistant, l'accès très restreint, et probablement que les personnes les plus précarisées (et exposées) préfèrent « y échapper » pour des raisons liées à la « non confidentialité ». La proposition conjointe des trois tests a aussi l'inconvénient de passer à coté des hépatites qui pourraient être plus facilement diagnostiquées au sein des UCSA.

Enfin, seul le respect du secret médical et de l'intimité des détenus pourra permettre un retour aux soins des plus exclus.

---

<sup>34</sup> Technique d'écoute qui permet à l'individu d'appréhender ses risques et de se responsabiliser.

## 5 PROPOSITIONS

La plupart des recommandations ont été écrites au siècle passé et se retrouvent dans les rapports de santé publique, dans les circulaires et les guides méthodologiques. Aussi, suivant les propositions officielles « *Réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral* », comme celles que l'on peut trouver sur le site de la Direction Générale de la Santé, je me contenterai de présenter quelques pistes d'actions à mettre en œuvre sur la région.

### OFFRE – ORGANISATION

#### Garantir une permanence de l'offre

**L'accueil.** La consultation de dépistage anonyme ou pas doit avant tout se trouver au sein de l'UCSA afin d'assurer le minimum de confidentialité. Ce n'est peut être pas réalisable, de par les contraintes spatiales et architecturales des prisons, mais il faut veiller à intégrer le dépistage dans le parcours de santé, banaliser ce parcours et permettre une unité de lieu pour l'ensemble des activités de soins

#### **Multiplier l'offre de dépistage.**

« *Il n'y a aucune urgence à proposer un test le jour de l'incarcération* »<sup>35</sup>. Intégrer la proposition de test lors de l'examen d'entrée est, certes utile, mais insuffisant. L'information sur les tests de dépistage des hépatites, la vaccination doit être systématique. Il faut veiller à ne pas en faire un test de « routine ». Renouveler l'offre de dépistage à certaines périodes instaurer une visite médicale de sortie peuvent s'avérer des stratégies efficaces.

#### Augmenter le nombre d'actes médicaux en favorisant des protocoles plus souples :

**Vacciner plus rapidement contre l'hépatite B** La vaccination doit être poursuivie et renforcée. Pour prendre en compte la durée d'une vaccination complète par rapport au temps de détention, on peut favoriser des protocoles accélérés de vaccination (0, 7 et 21

---

<sup>35</sup> DORMONT J. Prise en charge des personnes atteintes par le VIH, rapport 1996. Paris, Ministère de Travail et des Affaires sociales- Flammarion Médecines -Sciences, 1996,323 pages

jours) [19, GUERIN]

**Instaurer des diagnostics moins invasifs.** Il existe aujourd'hui des examens diagnostics non invasifs pour évaluer la fibrose hépatique comme le Fibrotests [22, IMBERT], par prise de sang, ou le Fibroscan appareil à ultrasons qui mesure l'élasticité (élastométrie) du foie.

**Faciliter l'accès aux traitements post exposition au VIH en détention** En raison de la forte prévalence du VIH et des virus des hépatites en prison, tout accident d'exposition au sang doit être considéré comme potentiellement à risque. Il s'agirait déjà d'afficher ouvertement cette offre de soins et d'en évaluer les effets.

**Simplifier les procédures** en vue de promouvoir le dépistage, on pourrait envisager un mode de financement unique des opérations de dépistage, remboursement de l'Assurance maladie par exemple.

## L'ACCES

Avec les inspecteurs des affaires sanitaires et sociales (IASS), les MISP sont chargés de l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes régionaux de santé publique. A ce titre, ils peuvent faire des propositions visant à améliorer la santé des populations en difficulté. L'accès aux soins est un des objectifs majeurs des programmes régionaux de santé

### Améliorer le niveau de connaissances des individus

#### **Mettre en place des actions de prévention et d'information spécifiques**

Développer des actions d'information et d'éducation pour la santé en direction des personnes détenues mais aussi des personnels et cadre surveillants. L'information sur la pathologie et ses modes de transmission, vise à aider chacun à adopter des mesures de prévention individuelles et à lutter contre la discrimination.

La démarche d'éducation pour la santé ne doit pas se limiter à la diffusion d'informations et de recommandations. Elle implique une participation active du détenu, un échange avec l'équipe médicale fondé sur l'écoute et le dialogue. Parallèlement, la mise en place d'actions de santé communautaire permet la transmission des informations par les détenus, au moyen de visuels, dessins, théâtre ou autre action originale.

MISP : « En Seine et Marne ils ont fait venir un tatoueur pour expliquer les principes

élémentaires d'hygiène. »

Un mode de communication plus « scientifique » autour des traitements post exposition, des modes de prévention, de l'accessibilité aux préservatifs, aux vaccins et de l'utilisation de l'eau de javel à des fins de décontamination de tout matériel ayant été en contact avec du sang (injection, tatouage et piercing) doit être rapidement envisagé.

Infirmière : « L'eau de javel est distribuée tous les 15 jours mais j'ai trouvé des flacons périmés ».

***Instaurer le dialogue.*** La barrière linguistique est, en prison comme à l'extérieur, un obstacle à ne pas négliger. Se contenter d'un échange bref revient à se priver de toute la dimension d'aide à l'adoption de comportements préventifs recommandée par les experts et indiquée dans les textes. A cet effet, il existe des services téléphoniques d'interprétariat, comme Inter service Migrants, spécialisés sur les questions autour du dépistage ou de la prise en charge VIH ou hépatites. Des conventions peuvent être signées entre ses services et les établissements.

#### Augmenter la solidarité

Le manque d'information sur les modes de transmission du VIH peut entraîner la mise à l'écart et des brimades sur les détenus.

#### ***Former et sensibiliser l'ensemble des professionnels.***

Les connaissances existent mais des zones d' « ombre » subsistent qui méritent d'être éclaircies.

Les formations ont aussi pour objectifs d'améliorer le soutien, la tolérance et la solidarité envers les personnes atteintes par le VIH, de favoriser la prise en charge globale de personnes malades, de sensibiliser l'ensemble des personnels pénitentiaires à leur rôle dans ce domaine, et de promouvoir les politiques d'information, de prévention, de conseil personnalisé et de dépistage volontaire.

Afin de préparer la sortie du détenu dans la continuité des soins, il importe également d'effectuer un travail en réseau, de créer des relais extérieurs offrant une réelle continuité de la prise en charge des anciens détenus.

Le médecin inspecteur régional peut mobiliser et impliquer aussi la Direction Régionale de l'Administration Pénitentiaire sur ce sujet. Les DDASS et les DRASS peuvent initier des journées de sensibilisation des différents relais.



**Restaurer l'image positive des intervenants.** Tant des personnels que des soignants qui ont du mal à s'accorder face à de logiques contradictoires. Soutenir des formations professionnelles pour les soutenir dans les stratégies de santé publique.

En prison, le MISP a un rôle d'interface entre les médecins chargés des politiques de santé publique et les instances administratives. Il est légitime pour faire le lien entre les différents intervenants en milieu pénitentiaire.

## ENVIRONNEMENT

Cet aspect ne pourra probablement évoluer que sur le long terme.

### Améliorer l'accès aux préservatifs et autres outils de prévention

**Humaniser la prison.** Plus largement restaurer la dignité humaine en matière d'hygiène individuelle et collective, y compris en matière de sexualité en améliorant l'accès aux préservatifs avec lubrifiant – implanter des distributeurs automatiques en divers lieux, en faire un produit cantinable – et clarifier la situation sur la sexualité en prison. La mise en place, à titre expérimental « *d'unités de vie familiale où les détenus pourraient recevoir leur famille* » [DELFRASSY] apparaît également une évolution à favoriser pour aborder et améliorer la question de la sexualité en prison.

L'introduction des traitements de substitution en détention a permis la prise en charge médicale des addictions. Cependant d'autres mesures sont nécessaires si on veut diminuer la transmission de l'hépatite C chez les UDIV.

- La distribution plus large d'eau de javel accompagnée de son mode d'emploi à des fins de décontamination doit être élargie.

- service médical La mise à disposition de matériel d'injection stérile en prison pourrait être envisagée dans les lieux de soins. Le Pr. DELFRASSY préconise « *une politique de réduction des risques pleinement appliquée [...] avec l'appui de l'administration pénitentiaire, dans une approche de santé plus globale* » comprenant l'accès aux traitements de substitution, à l'eau de javel et aux seringues. Il rapporte plusieurs expériences d'échanges de matériel stériles d'injection en Allemagne, en Suisse et en Espagne au cours desquelles une amélioration de l'état physique et psychique des détenus a pu être observée.

Prendre en considération les besoins réels des détenus permettra aussi, comme l'a recommandé le Pr. GENTILINI dans son rapport, de construire pour chaque détenu et avec celui-ci, un projet de santé de sortie.

***Mener des enquêtes sur les risques en détention.*** Malgré les nombreux rapports actuellement disponibles sur l'état de santé des entrants et l'organisation des soins en prison, il n'existe aucune enquête épidémiologique nationale sur l'état de santé de la population incarcérée, ni a fortiori des personnes qui sortent de détention.

Des recherches sur les risques réellement encourus par les personnes incarcérées en France mériteraient d'être menées.

## CONCLUSION

La population carcérale est jeune, peu diplômée, mal informée sur les maladies transmissibles. Sa précarité rend sa mobilisation sur ces sujets d'autant plus malaisée.

La prise de conscience par les autorités sanitaires et les professionnels de santé des enjeux existant autour de l'infection au VIH, a néanmoins permis d'obtenir des résultats positifs en termes de dépistage et de prise en charge du sida en prison. Cependant, le dépistage et le traitement des hépatites, rarement soignées avant l'incarcération, restent insuffisants. De plus, la progression des co-infections VIH-VHC qui aggravent le pronostic de ces maladies doit inciter les responsables institutionnels et médicaux à la plus grande vigilance.

Si la prévalence de l'infection à VIH a diminué, les taux des hépatites B et C restent élevés et les détenus sont particulièrement exposés en détention. Les facteurs de risques sont multiples, notamment lors de relations sexuelles non protégées ou de pratiques d'addiction mais aussi en raison de la précarité de la population. Les risques de transmission de ces virus n'étant pas reconnus, les mesures préventives et prophylactiques sont insuffisamment mises en oeuvre.

Toute personne intervenant dans l'univers carcéral doit prendre en compte les contraintes et contradictions qui le conditionnent : contraintes liées à la surpopulation pénale, contraintes sécuritaires liées à la mission de sécurité publique face aux objectifs de réinsertion et de prise en compte de la santé des individus comme en milieu libre. L'activité de dépistage et de soins en prison s'avère être une suite de négociations entre les différents acteurs aux intérêts divergents qui élaborent pourtant des compromis et des arrangements.

La prison est un lieu où tout se sait et dans lequel le secret médical est difficile à préserver. Les conditions actuelles de vie et d'hygiène, la promiscuité, l'absence de confidentialité et d'intimité constituent autant d'obstacles au dépistage.

Il semble que si le système est performant en terme de nombre de tests effectués en maison d'arrêt, il a par contre atteint ses limites face aux missions de prévention, d'orientation et de prise en charge précoce des personnes les plus vulnérables. On constate qu'un dépistage systématiquement proposé aux entrants ne remplit pas ses objectifs de responsabilisation des personnes et de développement d'une réflexion sur les situations à risques et les comportements de prévention.

Il ne faudrait pas que l'incitation au dépistage soumis à la contrainte carcérale ne devienne un dépistage alibi. Cela suppose de favoriser une demande volontaire et éclairée des détenus et de restaurer la confiance afin de prévoir avec eux, dès la consultation initiale, les finalités d'un dépistage, un éventuel recours aux soins ainsi que le suivi après la sortie.

Ces optimisations ont pour conditions une évolution des représentations sociales de la prison et une approche plus pragmatique de la sexualité des détenus. Une meilleure prévention des détenus, y compris après leur sortie, passe également par une plus grande considération de leur humanité.

*« La prison c'est la privation de la liberté, rien d'autres »*

Président Giscard d'Estaing, 1974, après la révolte dans les prisons.

---

# Bibliographie

---

## Textes législatifs et réglementaires

Loi n°87-432 du 22 juin 1987, relative au service public pénitentiaire

Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, titre 1<sup>er</sup> chapitre II : soins en milieu pénitentiaire et protection sociale des détenus

Loi du 13 août 2004, relative aux libertés et responsabilités locales prévoit dans son article 71.

Décret n°88-61 du 18 janvier 1988 portant application des art. L162-8 et L162-9 du code de la santé publique relatif aux établissements publics d'hospitalisation tenus de pratiquer des interruptions volontaires de grossesse.

Décret n°98-1099 du 8 décembre 1998 modifiant le code de procédure pénale et relatif à l'organisation et au fonctionnement des établissements pénitentiaires. Chapitre VII ART. 2 : dispositions relatives à l'hygiène et l'organisation sanitaire (JO du 9 décembre 1998)

Décret n°99-1177 du 30 décembre 1999 relatif à la prise en charge par l'assurance maladie des dépenses de consultations de dépistage anonymes et gratuit et modifiant le code de la sécurité sociale. (Article L174-16)

Décret n°99-1177 du 30 décembre 1999, relatif à la prise en charge par l'Assurance maladie des dépenses de consultations de dépistage anonyme et gratuit. (JO du 31 décembre 1999)

Arrêté du 3 octobre 2000 relatif aux consultations de dépistage anonyme et gratuit (JO du 20 octobre 2000)

Circulaire DH/DGS/DSS/DAP n°45 du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge des détenus et à leur protection sociale et comportant un guide méthodologique.

Circulaire DGS (division sida) n°9 du 29 janvier 1993 relative au dispositif de dépistage

anonyme et gratuit ou de dépistage gratuit du virus de l'immunodéficience humaine.

Circulaire n°739 DGS/DH/DAP du 5 décembre 1996, relative à la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en milieu pénitentiaire : prévention, dépistage, prise en charge sanitaire, préparation à la sortie et formation des personnels.

Circulaire DGS/DH/DRT/DSS n°98/228 du 9 avril 1998 relative aux recommandations de mise en œuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH.

Circulaire DGS/DH/DSS n°98-423 du 9 juillet 1998, relative aux missions et aux objectifs des consultations de dépistage anonyme et gratuit ou de dépistage gratuit du virus de l'immunodéficience humaine.

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

### **Ouvrages collectifs**

HAUT COMITE DE SANTE PUBLIQUE *Santé en milieu carcéral*, janvier 93.

MINISTERE DE TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES, *Prise en charge des personnes atteintes par le VIH*, rapport du Professeur DORMONT - Flammarion Médecines Sciences, 1996.

GENTILINI *Problème sanitaire dans les prisons*. Flammarion Médecines Sciences pp35. 1997

DIRECTION DE L'ADMINISTRATION PENITENTIAIRE, DIRECTION GENERALE DE LA SANTE, STANKOFF S., DHEROT J. *Sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites en milieu carcéral*. Rapport de la mission santé-justice. Décembre 2000.

MINISTERE DE LA JUSTICE, MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE *L'organisation des soins aux détenus*. Rapport d'évaluation par l'Inspection Générale des Affaires sociales et Inspection Générale des Services Judiciaires. Juin 2001

ORDRE NATIONAL DES MEDECINS. Professeur HOERNI. *Aspects déontologiques de la médecine en milieu pénitentiaire*. Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins. juillet 2001. 9P.

DELFRASSY *Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH*. Recommandations d'un groupe d'experts, 2002.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, MINISTERE DELEGUES A LA SANTE (DGS,DHOS), MINISTERE DE LA JUSTICE (DAP) *Améliorer la prévention et la prise en charge des personnes détenues*. Emis en avril 2002.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE *Enquête DHOS/02/YF sur les personnes atteintes par le VIH ou le VHC en milieu pénitentiaire un jour donné de juin 2003*. Février 2004.

DIRECTION DES RECHERCHES, DES ETUDES DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES (DRESS) *La santé des personnes entrées en prison en 2003*;: Etudes et résultats N°386 ¶ mars 2005 ;

### **Articles de périodiques**

1. ALLWRIGHT S, BRADLEY F, LONG J, BARRY J, THORNTON L, Parry JV. Prevalence of antibodies to hepatitis B, hepatitis C, and HIV and risk factors in Irish prisoners: results of a national cross sectional survey. *Bmj* 2000;321(7253):78-82.
2. ARRADA A, ZAK DIT ZBAR O, VASSEUR V. [Prevalence of HBV and HCV infections and incidence of HCV infection after 3, 6 and 12 months detention in La Sante prison, Paris]. *Ann Med Interne (Paris)* 2001;152 Suppl 7:6-8.
3. BABUDIERI S, STARNINI G, BRUNETTI B, CARBONARA S, D'OFFIZI GP, MONARCA R, et al. [HIV and related infections in Italian penal institutions: epidemiological and health organization note]. *Ann Ist Super Sanita* 2003;39(2):251-7.
4. BAUSERMAN RL, RICHARDSON D, WARD M, SHEA M, BOWLIN C, TOMOYASU N, et al. HIV prevention with jail and prison inmates: Maryland's Prevention Case Management program. *AIDS Educ Prev* 2003;15(5):465-80.
5. BAUSERMAN RL, WARD MA, ELDRED L, SWETZ A. Increasing voluntary HIV testing by offering oral tests in incarcerated populations. *Am J Public Health* 2001;91(8):1226-9.

6. BIRD AG, GORE SM, HUTCHINSON SJ, LEWIS SC, CAMERON S, BURNS S. Harm reduction measures and injecting inside prison versus mandatory drugs testing: results of a cross sectional anonymous questionnaire survey. The European Commission Network on HIV Infection and Hepatitis in Prison. *Bmj* 1997;315(7099):21-4.
7. BLANC A., *Actualité et Dossier de Santé Publique* 44 septembre 2003, ADSP 44 septembre 2003
8. BURATTINI M, MASSAD E, ROZMAN M, AZEVEDO R, CARVALHO H. Correlation between HIV and HCV in Brazilian prisoners: evidence for parenteral transmission inside prison. *Rev Saude Publica* 2000;34(5):431-6.
9. CASSAN F., TOULEMON L., KENSEY A., « L'histoire familiale des détenus » *Insee Première* ; 706 ; avril 2000 ; 4p
10. CHAMPION JK, TAYLOR A, HUTCHINSON S, CAMERON S, MCMENAMIN J, MITCHELL A, et al. Incidence of hepatitis C virus infection and associated risk factors among Scottish prison inmates: a cohort study. *Am J Epidemiol* 2004;159(5):514-9.
11. CHRISTENSEN PB, KRARUP HB, NIESTERS HG, NORDER H, GEORGENSEN J. Prevalence and incidence of bloodborne viral infections among Danish prisoners. *Eur J Epidemiol* 2000;16(11):1043-9.
12. CLAUDON-CHARPENTIER A, HOIBIAN M, GLASSER P, LALANNE H, PASQUALI JL. [Drug-addicted prisoners: seroprevalence of human immunodeficiency virus and hepatitis B and C virus soon after the marketing of buprenorphine]. *Rev Med Interne* 2000;21(6):505-9.
13. CRESSON G., DRULHE M., SCWEYER F-X., dans *santé social* (REF ??) «Coopérations, conflits et concurrence dans le système de santé Cresson
14. DELORME C, ROTILY M, ESCAFFRE N, GALINIER-PUJOL A, LOUNDOU A, MOATTI JP. [Knowledge, beliefs and attitudes of inmates towards AIDS and HIV infection: a survey in a Marseille penitentiary center]. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1999;47(3):229-38.
15. EDWARDS A, CURTIS S, SHERRARD J. Survey of risk behaviour and HIV prevalence in an English prison. *Int J STD AIDS* 1999;10(7):464-6.
16. EHRMANN T. Community-based organizations and HIV prevention for incarcerated populations: three HIV prevention program models. *AIDS Educ Prev* 2002;14(5 Suppl B):75-84.
17. EMMANUELLI J Réduction des risques en milieu carcéral *Transcriptase N°98* (2002)
18. GUERIN G. La santé en prison. Le dispositif de prise en charge. *Actualité et Dossier de Santé Publique* 44 septembre 2003
19. GUERIN G. La santé en prison. La prise en charge sanitaire. *Actualité et dossier de santé publique* 44 septembre 2003



20. GYARMATHY VA, NEAIGUS A, SZAMADO S. HIV risk behavior history of prison inmates in Hungary. *AIDS Educ Prev* 2003;15(6):561-9.
21. HELLARD ME, HOCKING JS, CROFTS N. The prevalence and the risk behaviours associated with the transmission of hepatitis C virus in Australian correctional facilities. *Epidemiol Infect* 2004;132(3):409-15.
22. IMBERT-BISMUT F., RATZIU V., PIERONI L., CHARLOTTE F., BENHAMOU Y., POYNARD T., *The Lancet*, 2001, 357, 1069-1075
23. KOULIERAKIS G, GNARDELLIS C, AGRAFIOTIS D, POWER KG. HIV risk behaviour correlates among injecting drug users in Greek prisons. *Addiction* 2000;95(8):1207-16.
24. LHUILIER D. « la santé des détenus et l'enfermement » in *Espace éthique La lettre* ; 12-13-14 ; 2000 ; 34-38
25. LONG J, ALLWRIGHT S, BARRY J, REYNOLDS SR, THORNTON L, BRADLEY F, et al. Prevalence of antibodies to hepatitis B, hepatitis C, and HIV and risk factors in entrants to Irish prisons: a national cross sectional survey. *Bmj* 2001;323(7323):1209-13.
26. MACALINO GE, VLAHOV D, SANFORD-COLBY S, PATEL S, SABIN K, SALAS C, et al. Prevalence and incidence of HIV, hepatitis B virus, and hepatitis C virus infections among males in Rhode Island prisons. *Am J Public Health* 2004;94(7):1218-23.
27. MALLIORI M, SYPSA V, PSICHOGIOU M, TOULOUMI G, SKOUTELIS A, TASSOPOULOS N, et al. A survey of bloodborne viruses and associated risk behaviours in Greek prisons. *Addiction* 1998;93(2):243-51.
28. REINDOLLAR RW. Hepatitis C and the correctional population. *Am J Med* 1999;107(6B):100S-103S.
29. RICH JD, HOLMES L, SALAS C, MACALINO G, DAVIS D, RYCZEK J, et al. Successful linkage of medical care and community services for HIV-positive offenders being released from prison. *J Urban Health* 2001;78(2):279-89.
30. ROSEN DL, GOLIN CE, SCHOENBACH VJ, STEPHENSON BL, WOHL DA, GURKIN B, et al. Availability of and access to medical services among HIV-infected inmates incarcerated in North Carolina county jails. *J Health Care Poor Underserved* 2004;15(3):413-25.
31. ROTILY M, GALINIER-PUJOL A, OBADIA Y, MOATTI JP, TOUBIANA P, VERNAY-VAISSE C, et al. HIV testing, HIV infection and associated risk factors among inmates in south-eastern French prisons. *Aids* 1994;8(9):1341-4.
32. ROTILY M, WEILANDT C, BIRD SM, KALL K, VAN HAASTRECHT HJ, IANDOLO E, et al. Surveillance of HIV infection and related risk behaviour in European prisons. A multicentre pilot study. *Eur J Public Health* 2001;11(3):243-50.

33. THAISRI H, LERWITWORAPONG J, VONGSHEREE S, SAWANPANYALERT P, CHADBANCHACHAI C, ROJANAWIWAT A, et al. HIV infection and risk factors among Bangkok prisoners, Thailand: a prospective cohort study. *BMC Infect Dis* 2003;3(1):25.
34. VALLABHANENI S, MACALINO GE, REINERT SE, SCHWARTZAPFEL B, WOLF FA, RICH JD. Prisoners' attitudes toward Hepatitis B vaccination. *Prev Med* 2004;38(6):828-33.
35. WEILD AR, GILL ON, BENNETT D, LIVINGSTONE SJ, PARRY JV, Curran L. Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C antibodies in prisoners in England and Wales: a national survey. *Commun Dis Public Health* 2000;3(2):121-6.
36. [Seroprevalence of hepatitis C virus infection at the time of entry to prison in the prison population in the north-east of Spain]. *Rev Esp Salud Publica* 1998;72(1):43-51.
37. Transmission of hepatitis B virus in correctional facilities--Georgia, January 1999-June 2002. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2004;53(30):678-81.

## **Mémoire et Livres**

NGUYEN A: la prise en charge de l'hépatite C en maison d'arrêt. Exemple de l'Hérault  
Ecole nationale de santé publique (ENSP) Rennes (2001)

VEIL C, LHUILIER D. La prison en changement Ed.ERES p.211

## **Colloques**

« *Santé en prison* Dix ans après la loi : quelle évolution dans la prise en charge des personnes détenues ? Ministère de la santé, ministère de la Justice, INPES le 7 décembre 2004.

## **Adresses électroniques**

[Invs@sante.fr](mailto:Invs@sante.fr)

Legifrance

[www.sidaction.org](http://www.sidaction.org)

[www.AIDS2004.org](http://www.AIDS2004.org)

---

## Liste des annexes

---

ANNEXE I : Tableaux sur les données d'activités médicales dans les maisons d'arrêt

ANNEXE II : Tableaux comparant les résultats des MA avec les données issues des CDAG mises à la disposition de la population générale

ANNEXE III : Grille d'entretien auprès des professionnels de santé et autres intervenants en maison d'arrêt.

ANNEXE IV : Questionnaires diffusés auprès des personnes détenues à la maison d'arrêt de Paris la Santé

ANNEXE I

**Tableau 1 : L'accès à la consultation anonyme de dépistage à la MAS**

Année	Entrants*	Accueil cdag	% flux
2001	2500	1663	66%
2002	2513	1636	65%
2003	2527	2112	83%

\*sourceMAS

**Tableau 2 : résultats des tests à la CDAG de la MA PARIS LA SANTE :**

*Tests VIH*

Année	Entrants	Tests	% test/entr	Séro +	%séro+/test	%+cdag75
2001	2500	1180	47%	18	1,53%	1,12%
2002	2513	1010	40%	19	1,40%	1,00%
2003	2527	1395	55%	36	2,58%	1,07%

*Tests VHB*

Année	Entrants	Tests	% test/entr	Séropositif	% tests +	%+cdag75
2001	2500	866	34%	58	6,69%	3,31%
2002	2513	1323	52%	62	4,68%	2,63%
2003	2527	1325	52%	47	3,54%	2,48%

*Tests VHC*

Année	Entrants	Tests	% test/entr	Séropositif	% tests +	%+cdag75
2001	2500	1157	46%	107	9,25%	2,40%
2002	2513	1346	53%	86	6,39%	1,79%
2003	2527	1376	54%	102	7,41%	1,68%

**Tableau 3 : les tests VIH, VHB, et VHC à la MA du VAL d'OISE** (source : rapport Commission de surveillance)

Année	Entrant	Test VIH	VIH +	Test Vhb	AgHBs+	Test VhC	VHC +
2001	1258	590	0				
2002	1754	599	1		16	215	38
2003	1542	754	3	690	13	364	25

antigène

**Tableau 5 : Données sur les vaccinations à la MA Paris la Santé et la MA du Val d'Oise** (source : rapports des commissions de surveillance)

année	Entrants MAS	Vaccins MAS	Vacc cpt* MAS	Entrants MAVO	vaccin MAVO	Vacc cpt MAVO*
2001	2500	120	25			
2002	2513		Nontransmis		325	75
2003	2527	25	8		307	71
2004					561	108
			*Cpt=3 inj			

**Tableau 6 : Données d'activité médicale à la MA Paris la Santé** (source : rapports des commissions de surveillance)

Année	Sérologie+	antirétrovir	Sérologie+	ttr VHB	Sérologie+	Ttr VHC
2001	18	46	58	3	107	14
2002	19	50	62	2	86	8
2003	69	48	47	2	102	17

ANNEXE II : Comparaison données en milieu carcéral et en milieu libre

**Tableau 5 : comparaison tests dépistage CDAG de la MAS par rapport CDAG de Paris** (source : DASS de Paris)

Les séropositivités en CDAG à Paris (hommes, 2003)

Site	% VIH +	% VHC +	% VHB +
MAS	2.58 %	7.41 %	3.55 %
IAF	0.66 %	0.72 %	1.94 %
Ensemble 11 CDAG	1.20 %	2.14 %	2.89 %

Service santé publique et population – DASS

**Tableau 4 : Tests de dépistage du VIH effectués à la MAVO et dans le département du Val d'Oise** (source : DDASS du Val d'Oise)

	2001	2002	2003
CH Argenteuil	521	443	467
CG Cergy	1802	1459	1642
CH Gonesse	1088	1350	1211
MAVO	590	599	764

## ANNEXE III

### GRILLE D'ENTRETIEN en MAISON d'ARRET

*Salutations et remerciements*

*Présentation personnelle*

*Présentation du cadre du mémoire et de l'Ecole Nationale de Santé Publique*

*Présentation du sujet de l'étude et de ses objectifs*

*Anonymisation des entretiens*

- Pouvez vous me décrire le dispositif de la CDAG dans la Maison d'arrêt et son fonctionnement ?

Historique ?

Hôpital de rattachement ?

- Quel est votre rôle dans ce dispositif ?

Comment ressentez vous ce rôle ?

- Quels tests proposez-vous la CDAG ?

- Faites vous également des prélèvements au sein de l'UCSA ?

A quel moment ?

En cas de refus de faire les tests proposez vous de le refaire ?

- Quels sont vos liens avec l'UCSA/la CDAG ,

Réunions ?

Transmission des résultats ?

- Comment organisez vous l'anonymat ? Que pensez vous de l'anonymat en prison ?

Pensez vous que l'annonce d'un résultat positif puisse passer inaperçue ?

- Quelles sont d'après vous les différences avec l'ancien système ?

Les aspects positifs

Les aspects négatifs

- Que pensez vous de la fréquentation de la consultation par les détenus ? Pouvez vous m'en parler ?

D'après vous quels sont les freins au dépistage chez les détenus ?

Y aurait il des moyens pour lever ces freins ?

Que pensez vous du temps et du lieu proposés par la CDAG

- Que pensez vous du respect du secret médical en prison ? Cela constitue t-il, d'après vous un refus de dépistage et de soins de la part des détenus ?

Par rapport aux hépatites ?

- Comment se passent les relations avec le personnel pénitentiaire ?

- Pensez vous qu'il y a des risques de contamination en détention ?

Avez-vous prescrit des traitements prophylactique post exposition ?

- D'après vous quels moyens pourrait on mettre en œuvre pour améliorer l'accès au dépistage en prison ?



**QUESTIONNAIRE ANONYME DESTINE AUX PERSONNES DETENUES**

**Sur**

**LE DEPISTAGE EN MAISON D'ARRÊT**

Monsieur,

Médecin de santé publique, je fais une étude sur le dépistage des maladies transmissibles en milieu pénitentiaire. Cela concerne le dépistage de l'infection à VIH (sida), de l'hépatite B et de l'hépatite C.

**Votre avis m'intéresse.** Remplir ce questionnaire ne vous prendra que quelques minutes. Pour répondre, il vous suffit de cocher la ou les réponses qui correspondent le mieux à votre situation ou à votre opinion.

Ce questionnaire est **strictement anonyme**. Une fois rempli, vous pouvez le déposer directement dans la boîte « retour des questionnaires » située à l'entrée, dans la salle d'attente de l'UCSA, jusqu'au 15 juin 2005.

Dr Christine ORTMANS

**1) Lors de votre arrivée à la maison d'arrêt, avez vous été reçu à la consultation de dépistage anonyme pour une prise de sang ?**

Oui

Non  Si *non* allez directement à la question 4

Je ne me souviens plus

**2) Si oui, lors de cette consultation de dépistage, on vous a proposé les tests suivants : (plusieurs réponses possibles) :**

Un test de dépistage du VIH (SIDA)

Un test de dépistage de l'hépatite B

Un test de dépistage de l'hépatite C

Je ne sais pas quels tests ont été faits

Je ne me souviens plus

**3) Les résultats des tests vous ont-ils été communiqués ?**

Oui  Non  Je ne me souviens plus

Si *non* pourquoi .....

**4) Si vous n'êtes pas allé à la consultation de dépistage, c'est parce que :**

- Cette consultation ne vous a pas été proposée
- Vous aviez déjà fait des tests précédemment
- Vous n'aviez pas envie de faire de test le jour de votre arrivée
- Vous n'aviez pas confiance en la confidentialité des tests en prison
- Vous ne vous souvenez plus
- Autres (*merci de préciser*)
- .....

**5) Aujourd'hui, accepteriez-vous une prise de sang pour un dépistage ?**

- A la consultation anonyme      oui     non     NSP
- A la consultation médicale (UCSA)    oui     non     NSP

**6) Avez-vous participé à une réunion d'information en prison sur ?**

- Le sida                      oui     non     NSP
- L'hépatite B                oui     non     je ne sais pas
- L'hépatite C                oui     non     je ne sais pas

**7) Selon vous, est-il possible de soigner, en prison, les maladies suivantes ?**

- Le sida                      oui     non     NSP
- L'hépatite B                oui     non     je ne sais pas
- L'hépatite C                oui     non     je ne sais pas

*Si NON pourquoi ?*

.....

**8) Etes vous vacciné contre l'hépatite B ?**

- Oui                       Non                       Je ne sais pas

*Si NON, parce que :*    ce vaccin ne vous a jamais été proposé

   ce vaccin a une mauvaise réputation

   Autre raison, (*merci de préciser*)

**9) Avez-vous des remarques ou des suggestions à faire sur le dépistage en prison ?**

***Votre participation sera très utile, je vous en remercie.***