



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Médecin-Inspecteur de Santé Publique

Date du Jury : Avril 2001

LA PRISE EN CHARGE DE L'HEPATITE C EN MAISON D'ARRET

EXEMPLE DE L'HERAULT

NGUYEN Anh – Dao

**Mes remerciements à Christine QUÉLIER et à Philippe LECORPS,
pour avoir consacré de leur précieux temps à l'accompagnement de ce mémoire**

**Je tiens également à remercier toutes les personnes rencontrées au fil de ce
mémoire, pour leur accueil et leur disponibilité.**

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
PREMIÈRE PARTIE : OBJET ET CHAMP D'ÉTUDE	4
I. L'HÉPATITE C EN MILIEU CARCÉRAL.....	4
A. IMPORTANCE DU PROBLÈME	4
1. <i>Prévalence et incidence : des connaissances encore imparfaites</i>	<i>4</i>
2. <i>La toxicomanie intraveineuse comme facteur de risque prédominant.....</i>	<i>7</i>
3. <i>Le coût humain.....</i>	<i>9</i>
4. <i>Le coût économique</i>	<i>9</i>
B. LA PRISON : UN LIEU PARTICULIER DE PRATIQUES ET DE RISQUES	10
1. <i>Un lieu à haut risque de contamination.....</i>	<i>10</i>
2. <i>Un lieu de soins problématique</i>	<i>10</i>
II. LES PRISONS 13 000 ET LEUR FONCTION SANTÉ.....	12
A. LE PROGRAMME 13 000 ET LA DÉLÉGATION DE SERVICE PUBLIC.....	12
1. <i>Naissance des prisons 13 000 : rappel historique</i>	<i>12</i>
2. <i>Caractéristiques générales des contrats de délégation de service public pénitentiaire</i>	<i>13</i>
B. LES CARACTÉRISTIQUES DE LA FONCTION SANTÉ DES PRISONS 13 000	15
1. <i>Les caractéristiques contractuelles.....</i>	<i>15</i>
2. <i>L'inscription du programme 13 000 dans la réforme de l'offre des soins en milieu carcéral.....</i>	<i>16</i>
3. <i>Les limites d'application de la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 au programme 13 000.....</i>	<i>17</i>
C. L'ACTUALITÉ EN DEVENIR	18
III. LA PROBLÉMATIQUE LOCALE ET LA QUESTION PRINCIPALE	19
DEUXIÈME PARTIE : MÉTHODOLOGIE ET RÉSULTATS.....	24
I. MATÉRIEL ET MÉTHODES	24
A. LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE.....	24
B. L'ÉTUDE DES DOCUMENTS ADMINISTRATIFS	24
C. L'ANALYSE DES DONNÉES DE LABORATOIRE.....	25
D. L'ÉTUDE DES DOSSIERS MÉDICAUX DES DÉTENUS	25
E. L'OBSERVATION DES RÉUNIONS	26
F. LES ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS.....	27

II. ANALYSE DES RÉSULTATS.....	30
A. DES LACUNES DANS LA PRISE EN CHARGE ET LEURS ENJEUX ÉCONOMIQUES.....	30
1. <i>Présentation du service médical de la maison d'arrêt de VLM.....</i>	<i>30</i>
2. <i>Un dépistage insuffisant.....</i>	<i>32</i>
3. <i>Un bilan réduit de la maladie.....</i>	<i>41</i>
4. <i>Un traitement au compte-gouttes.....</i>	<i>46</i>
5. <i>Un manque de visibilité dans le rapport d'activités</i>	<i>46</i>
6. <i>Enjeux économiques et enjeux professionnels</i>	<i>47</i>
B. DES FACTEURS DE CONTRAINTE LIÉS AU MONDE CARCÉRAL.....	48
1. <i>Les transferts inopinés et des ruptures dans la prise en charge</i>	<i>48</i>
2. <i>Les extractions problématiques et la PBH.....</i>	<i>50</i>
3. <i>Une stratégie de réduction des risques mal définie</i>	<i>51</i>
4. <i>Un partenariat difficile</i>	<i>55</i>
5. <i>Une médecine de prévention du personnel oubliée.....</i>	<i>58</i>
 TROISIEME PARTIE : LIMITES ET PROPOSITIONS	60
I. LES LIMITES MÉTHODOLOGIQUES	60
A. LES LIMITES DU RECUEIL QUALITATIF	60
B. LES LIMITES DU RECUEIL QUANTITATIF	61
II. LES PROPOSITIONS D'ACTION.....	62
A. LES CONDITIONS D'UNE TRANSITION RÉUSSIE	62
1. <i>Une chefferie de service à assurer par un praticien hospitalier.....</i>	<i>62</i>
2. <i>Un véritable projet de service à élaborer</i>	<i>63</i>
3. <i>Des temps médicaux supplémentaires</i>	<i>64</i>
B. LES OBJECTIFS DE PRISE EN CHARGE DE L'HÉPATITE C EN MAISON D'ARRÊT	65
1. <i>Une harmonisation des pratiques</i>	<i>65</i>
1. <i>L'information sur le risque</i>	<i>66</i>
2. <i>La préparation à la sortie</i>	<i>66</i>
C. UNE STRATÉGIE DE RÉDUCTION DES RISQUES À ADAPTER.....	67
1. <i>Seringue et javel : des outils appropriés ?.....</i>	<i>67</i>
2. <i>La substitution à développer.....</i>	<i>68</i>
D. L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ : UN OUTIL DE MOBILISATION COLLECTIVE.....	69
1. <i>Un enjeu collectif.....</i>	<i>69</i>
2. <i>La formation action</i>	<i>69</i>
 CONCLUSION	72

BIBLIOGRAPHIE	73
ANNEXE 1	76
ANNEXE 2	77
ANNEXE 3	78
ANNEXE 4	79
ANNEXE 5	80
ANNEXE 6	81

INTRODUCTION

Enjeu majeur de santé publique en France, l'hépatite C aurait une prévalence nationale estimée à 1,1%, soit environ 650 000 personnes concernées dont 50% ne connaîtraient pas leur statut virologique¹. La prévalence en population générale a été estimée en 1994 par deux enquêtes distinctes : l'une auprès d'un échantillon aléatoire d'assurés sociaux volontaires à un examen de santé dans 4 régions², l'autre auprès d'un échantillon aléatoire de femmes en fin de grossesse dans 2 régions³. Deux autres enquêtes indiquent des résultats convergents, en sachant que ce taux de prévalence est probablement sous-estimé en raison d'une « sous – représentation de la population toxicomane très touchée par le VHC »¹.

La transmission du VHC se fait de façon quasi exclusive par voie sanguine. Elle concerne les personnes transfusées avant 1992, celles ayant subi un acte diagnostique et thérapeutique invasif avant 1998 et surtout les usagers de drogue par voie intra – veineuse ou transnasale . Des études montreraient aussi le rôle de certaines pratiques liées au tatouage⁴ et au piercing.

De traduction clinique longtemps silencieuse ou peu spécifique, l'hépatite C se caractérise par « un risque élevé de passage à la chronicité »⁵ avec persistance d'une multiplication virale tout au long de son histoire . Ainsi 80% des hépatites aiguës évoluent vers la chronicité et seulement 20% d'entre elles vers la guérison. Devenues chroniques, les hépatites se compliquent de cirrhose (20% des cas), de carcinome hépato - cellulaire (incidence annuelle de 3 à 5%), de manifestations extra – hépatiques et d'altération de la qualité de vie .

¹ DESENCLOS JC. Epidémiologie de l'hépatite C. Revue du Prat. 2000 ; 50 : 1066-1070.

² DUBOIS F et al. Séroprévalence de l'infection par le VHC dans un échantillon national d'assurés sociaux volontaires à un examen de santé de la Sécurité Sociale. BEH. 1996 ; 5 : 17-19 ;

³ COUTURIER E et al. Séroprévalence des anticorps anti-VHC dans un échantillon exhaustif de femmes ayant terminé une grossesse en régions Ile-de-France et PACA. BEH. 1996 ; 5 : 19-20.

⁴ ALBIGAARD N et al. Hepatitis C virus transmitted by tattooing needle. Lancet. 1991 ; 338 :460.

KO YC et al. Tattooing as a risk of hepatitis C virus infection. J of Med Virology. 1992 ; 38 : 288-291

⁵ Conférence de consensus. Hépatite C : dépistage et traitement. ANAES. 1997.

L'ampleur et la gravité potentielle du phénomène, qualifié par certains médias de « bombe à retardement »⁶, associées à l'apparition de nouvelles perspectives thérapeutiques intéressantes ont incité les pouvoirs publics à mettre en place en janvier 1999 un plan national de lutte contre l'hépatite C, intégrant prévention, dépistage, soins et recherche .

Doté de moyens spécifiques (16 millions de Francs), ce programme national invite les services déconcentrés à une déclinaison régionale de ses grands axes, qui s'appuient notamment sur la conférence de consensus de 1997. Celle-ci préconise, dans une stratégie de dépistage ciblé, justifiée par la connaissance des principaux modes de transmission de l'infection, « un effort tout particulier en direction de la population carcérale ». Cette recommandation est reprise par la circulaire ministérielle du 21 mai 1999 relative à l'organisation des soins pour les personnes atteintes d'hépatite C⁷.

En tenant compte des contraintes spécifiques du milieu carcéral, de l'absolue nécessité des soins identiques au milieu libre, du fait établi par plusieurs études européennes que « la détention constitue en elle-même un lieu et un moment à haut risque de transmission virale »⁸ la question est de savoir comment mettre en place, en détention, une programmation de l'hépatite C incluant prévention, dépistage, soins et relais de sortie. Comment assurer la prise en charge des détenus et limiter l'extension de cette infection transmissible dans un milieu fermé : là réside tout le sens de ce mémoire, dans une démarche de santé publique propre au champ d'action des médecins inspecteurs de santé publique. En effet, l'une des missions des médecins inspecteurs vise à garantir l'accès à la prévention et à des soins adaptés aux détenus des établissements pénitentiaires dont ils ont la charge du contrôle sanitaire.

Ce travail prend pour champ d'étude la maison d'arrêt de Villeneuve – les – Maguelone, située dans l'Hérault. Elle fait partie des établissements à gestion mixte, dits du « programme des 13 000 » places.

Dans une première partie, seront présentées d'une part, la spécificité de l'hépatite C en milieu carcéral et des établissements pénitentiaires du « programme 13 000 » avec leur fonction santé et d'autre part, les raisons du choix de la maison d'arrêt de Villeneuve – les – Maguelone ainsi que la problématique soulevée et les hypothèses de travail.

⁶ COHEN J. L'hépatite C, infection silencieuse et bombe à retardement. La Recherche. 1999 ; 325 : 68-74.

⁷ Circulaire DGS/VS 2/DH n° 99-299.

⁸ JEAN-PAUL J. Le risque de contamination en milieu carcéral. Pour une véritable politique de réduction des risques. Transcriptase. 1995 ; 34 : 2-4.

La deuxième partie sera consacrée à une description de la prise en charge de l'hépatite C par le service médical de cette maison d'arrêt, à partir des données recueillies par une revue documentaire, des entretiens et une étude des dossiers médicaux de patients séropositifs pour le VHC et présents un jour donné. Ces données seront analysées et discutées, pour tenter de répondre à la question et contribuer à la réflexion pour l'avenir.

Des propositions seront ensuite formulées dans une dernière partie en vue d'optimiser la prise en charge en intégrant les caractéristiques propres aux maisons d'arrêt et de promouvoir une démarche qualité dans le secteur sanitaire des établissements pénitentiaires.

PREMIERE PARTIE : OBJET ET CHAMP D'ETUDE

Cette première partie sera consacrée d'une part, à l'objet de l'étude, l'hépatite C en milieu carcéral et d'autre part, au champ de l'étude, à savoir une maison d'arrêt du programme dit « 13 000 » afin de poser la question principale et situer les objectifs du travail.

I. L'HEPATITE C EN MILIEU CARCERAL

A. IMPORTANCE DU PROBLEME

1. Prévalence et incidence : des connaissances encore imparfaites

⇒ Prévalence du VHC dans la population pénale à l'entrée

a) Les données nationales officielles

Elles proviennent de deux sources différentes :

① **Enquête réalisée par la DREES⁹** en 1997 sur la santé des entrants en prison, dans le cadre de la réforme de 1994, qui prévoit notamment, « un recueil de données épidémiologiques collectées lors de la visite médicale d'entrée, conformément à une fiche - type dont le modèle est fixé par un arrêté conjoint des ministres de la justice et de la santé ».

⇒ En 1997, le nombre d'entrants en prison était de 73 609 et cette population était caractérisée par les *données générales* suivantes :

- une prédominance masculine et un âge moyen de 30,4 ans avec un minimum à 13 ans et un maximum à 83 ans
- une situation sociale relativement difficile pour 15,4% de personnes qui déclaraient un domicile précaire ou une absence de domicile. 17,2% n'avaient aucune protection sociale et 5,3% bénéficiaient de l'aide médicale.
- un recours aux soins limité puisque 40% des entrants déclaraient n'avoir eu aucun contact avec le système de soins pendant les 12 mois précédant leur

⁹ La santé des entrants en prison en 1997. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques. 1999 ; 4.

incarcération et presque un quart d'entre eux avaient un état général jugé « moyen » à « mauvais » lors de la visite médicale d'entrée.

- la présence d'usagers de drogues, hors alcool associé, à hauteur d'un tiers de la population pénale et 12,2% étaient des usagers de drogue par voie intraveineuse (UDIV)

⇒ *Concernant l'hépatite C*, quelques données déclaratives ont pu être collectées :

- 20,3% des entrants déclaraient avoir eu un dépistage du VHC avant l'incarcération dont 22,4% de tests positifs.
- une séropositivité globale rapportée à l'ensemble des entrants de 4,5% pour le VHC (1,7% pour le VIH). Cette séropositivité déclarée passait à 20,7% pour le VHC (4,1% pour le VIH) dans le groupe des UDIV.

② Enquête « un jour donné » pour le VHC :

Depuis 1998, à l'initiative de la Direction des hôpitaux, a lieu chaque année, en juin, une enquête « un jour donné » concernant le VHC auprès de toutes les unités médicales installées en milieu pénitentiaire.

Seules sont disponibles les données de 1998¹⁰. Sur les 55 274 détenus présents le jour de l'enquête en juin 1998 :

- 151 étaient sous traitement pour le VHC (Interféron +/- Ribavirine)
- 383 ont bénéficié d'une ponction hépatique.

Ces résultats ont un intérêt limité dans la mesure où le nombre des détenus séropositifs pour le VHC n'est pas connu.

En février 2001, les données de 1999 ne sont pas encore disponibles.

b) Indigence des publications hospitalo-universitaires

En raison de l'isolement de la population pénale et de l'ouverture récente des prisons aux équipes hospitalo-universitaires, leurs publications concernant l'état sanitaire des détenus sont peu nombreuses en France.

L'hépatite C n'échappe pas à ce constat. En 1987, une première étude française¹¹ portant sur la prévalence du VHB et du VIH au sein d'un groupe de 113 détenus toxicomanes au centre pénitentiaire de Fresnes, avait déjà évoqué « le rôle possible d'autres virus, en

¹⁰ Données communiquées par la Direction des Hôpitaux et de l'Offre de Soins.

¹¹ ESPINOZA P et al. Forte prévalence de l'infection par le VHB et le VIH chez les toxicomanes français incarcérés. *Gastroenterol Clin Biol.* 1987 ; 11 : 288-292.

particulier non-A non-B » face à des anomalies hépatiques inexplicables (32% des cas). Il a fallu ensuite attendre 1998 pour que paraisse une étude prospective réalisée par l'équipe hospitalière de Lille auprès des entrants de la maison d'arrêt de Loos – Lez – Lille¹². Cette étude a permis d'observer les prévalences suivantes :

- 30,3% chez les 806 des 1 300 entrants consécutifs (244/806) pendant la période étudiée, de décembre 1995 à fin mai 1996
- 52,2% chez les toxicomanes (228/439), qui représentent 54,5% de la population concernée
- 80% chez les UDIV (193/241) contre 10,8% chez les autres toxicomanes.

Ces taux de prévalence sont comparables à ceux d'une étude australienne plus ancienne, menée par CROFTS et al, d'octobre 1991 à septembre 1992 auprès de 3 624 entrants consécutifs aux 2 prisons de Victoria¹³

- 38,5% chez tous les entrants(1365/3546)
- 65,3% chez les UDIV (997/1528)
- 16,3% chez les autres, y compris les autres toxicomanes (288/1765)

A la même période, des auteurs norvégiens signalaient des chiffres assez proches, observés chez 70 entrants à la prison nationale de Bergen¹⁴ : prévalence de 46% parmi les entrants et de 73% chez les toxicomanes intraveineux.

Ces taux de prévalence sont néanmoins à manier avec prudence dans la mesure où ils sont relativement anciens et ne permettent pas de donner la mesure des conséquences de la politique de réduction des risques, qui s'est fortement développée ces dernières années.

➤ ***Incidence du VHC dans les prisons***

L'incidence du VHC, ou le nombre de séroconversions, n'est pas suffisamment connue actuellement, autant pour la population générale que pour la population pénale.

En France, les seules données existantes résultent d'une estimation chez environ un tiers des donneurs de sang connus, pour lesquels les séroconversions sont découvertes lors d'un don faisant suite à un don précédent négatif. A titre indicatif, l'incidence estimée était de 2,0 pour 100 000 donneurs – année¹⁵. Ce résultat n'est pas extrapolable bien sûr à la population générale, en raison de la non représentativité du groupe étudié¹⁵.

¹² HEDOUIN V et al. Infection par le VHC en milieu carcéral. Gastroenterol Clin Biol. 1998 ; 22 : 55-58.

¹³ CROFTS N et al. Spread of bloodborne viruses among Australian prison entrants. BMJ. 1995 ; 310 : 285-288.

¹⁴ HOLSEN DS et al. Prevalence of antibodies to Hepatitis C virus and association with Intravenous Drug Abuse and Tattooing in a national prison in Norway. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 1993 ; 12, 9 : 673-676.

¹⁵ DESENCLOS JC et al. Epidémiologie de l'hépatite C et stratégies de surveillance. Méd Mal Infect. 1999 ; 29 : 325-331.

Deux anciennes études étrangères, l'une australienne¹⁶ et l'autre américaine¹⁷, ont fait état de valeurs variables d'incidence allant de 6,4 à 41 pour 100 personnes – année :

- 6,4 chez les toxicomanes suivis en milieu libre dans la série américaine : 6,4 étant la valeur calculée après un suivi de 8 ans.
- 41 chez les UDIV en milieu carcéral dans la série australienne. En tenant compte des durées d'exposition entre la sortie et la ré – entrée en prison des détenus qui ont séroconverti pendant cette période, les auteurs australiens ont conclu que le VHC se propage plus rapidement parmi les toxicomanes d'autant plus qu'il s'agit de sujets jeunes (< 30 ans) et ayant des antécédents d'emprisonnement.

Ces données gagnent cependant à être confrontées à des travaux plus récents. A noter que les auteurs américains n'ont pas trouvé, à l'époque, d'association entre le VHC et les antécédents d'incarcération dans les dix ans précédant l'inclusion dans la cohorte¹⁷.

2. La toxicomanie intraveineuse comme facteur de risque prédominant

Quel que soit le pays concerné, les différentes investigations en milieu carcéral ont mis en évidence le fort taux de toxicomanes en détention et ont observé des taux de prévalence les plus élevés parmi cette population, surtout si la toxicomanie est par voie intraveineuse.

a) Principales caractéristiques concernant la toxicomanie intraveineuse

⇒ Contamination précoce et massive

Peu après la découverte du VHC, des études menées au début des années 1990 auprès de la population toxicomane s'accordaient sur des taux élevés de séroprévalence du VHC. Ces taux étaient de 48% - 78% en Europe et Australie et de 57%-90% aux Etats-Unis¹⁸.

Cette contamination massive était également précoce, puisqu'elle concernait un tiers des toxicomanes 6 mois après le début de leur dépendance et plus des deux tiers de ceux qui consommaient de la drogue depuis moins de 2 ans¹⁹.

¹⁶ CROTS N et al. Hepatitis C virus among a cohort of Victorian injecting drug users. Med J of Australia. 1993 ; 159 : 237-241.

¹⁷ EMMANUELLI J. Incidence et facteurs de risque associés au VHC chez les usagers de drogue. Transcriptase. 1998 ; 68 : 27-31

¹⁸ BOLUMAR F et al. Prevalence of antibodies to hepatitis C in a population of intravenous drug users in Valencia, Spain, 1990-1992. Int J of Epidemiol. 1996 ; 25, 1 : 204-209.

¹⁹ LUCIDARME D et al. Prévalence des marqueurs des hépatites C, B et D et aspects histopathologiques dans un groupe de toxicomanes intraveineux. Gastroenterol Clin Biol. 1994 ; 18 : 964-968.

La précocité et le caractère massif de la contamination s'expliqueraient par les pratiques toxicomaniaques :

- la période d'entrée dans l'addiction est critique car il existe une dépendance vis-à-vis d'un tiers pour se shooter
- le partage de seringues et de matériel d'injection est fréquent
- l'utilisation de seringues personnelles n'est possible que lorsque le toxicomane débutant devient autonome dans son geste²⁰.

⇒ **Rôle du partage des seringues et du matériel d'injection**

Au début des années 1990, les échanges de seringues constituaient une pratique très courante chez les UDIV. Ces échanges intéressaient effectivement 48% à 75% des UDIV, selon les études.

Ces dernières années, avec le développement de la politique de réduction des risques, et alors que la prévalence du VIH semble décroître chez les toxicomanes, les études récentes de prévalence du VHC font défaut. Une seule donnée d'incidence a été fournie par une pré-enquête exploratoire lilloise en 1998, faisant état d'un taux de 19 pour 100 personnes - année²¹.

A partir de données éparses croisées sur le risque transfusionnel résiduel et le risque nosocomial, il est communément admis que la toxicomanie intraveineuse reste le principal mode de contamination. Ceci a conduit à s'intéresser aux autres mécanismes de transmission, en tenant compte de la plus grande résistance du VHC par rapport au VIH. Ainsi sont évoquées les possibilités de contamination par la cuillère, le filtre servant à la préparation de la drogue et par les manipulations entre « introducteurs » et « receveurs »²².

b) Les autres formes de toxicomanies

La séroprévalence observée dans le groupe de toxicomanes n'utilisant pas la voie intraveineuse est de l'ordre de 10% à 16% dans différentes études. Ce taux est supérieur à celui de la population générale et peut être rapporté aux risques potentiels de contamination dans le partage de la paille servant au « sniff », souillée par des lésions nasales préexistantes.

²⁰ Op.cit. LUCIDARME D et al. Prévalence des marqueurs des hépatites C, B et D et aspects histopathologiques dans un groupe de toxicomanes intraveineux. Gastroenterol Clin Biol. 1994 ; 18 : 964-968.

²¹ Op.cit. DESENCLOS JC et al. Epidémiologie de l'hépatite C et stratégies de surveillance. Méd Mal Infect. 1999 ; 29 : 325-331.

²² IMBERT E. L'épidémie de l'hépatite C se poursuit chez les toxicomanes : étude des mécanismes de transmission et nouvelles stratégies de prévention à mettre en œuvre. Méd Mal Infect. 1999 ; 29 : 348-349.

3. Le coût humain

Selon différentes publications, le pourcentage du passage à la chronicité de l'hépatite C chez les toxicomanes intraveineux varie de 60% à 72%²³. Ces taux sont proches de ceux de la population générale et il semble que l'atteinte histopathologique soit moins marquée en cas de contamination par toxicomanie intraveineuse que par transfusion, indépendamment de l'ancienneté de la dépendance.

Néanmoins, le pronostic à long terme de l'hépatite C acquise par la toxicomanie intraveineuse reste à déterminer, en raison de la possibilité des réinfections multiples, potentiellement par des souches virales différentes. Cette éventualité est à prendre en considération dans les stratégies thérapeutiques, du fait de la possible sélection de souches résistantes aux anti-viraux²⁴.

Par ailleurs, la mortalité et la morbidité liées à l'hépatite C sont difficiles à déterminer chez les toxicomanes car la conduite addictive, en elle-même, peut contribuer au cumul des risques, indépendants de cette infection.

4. Le coût économique

L'importance épidémiologique de l'hépatite C dans la population toxicomane, très concernée par les mesures de détention, risque de constituer, pour l'administration pénitentiaire, une véritable bombe économique à retardement.

En effet, même s'il est difficile de dater avec précision le début de l'épidémie – le VHC ayant été identifié en 1989, la durée moyenne de progression de la maladie vers ses complications patentes (15 à 20 ans) laisse présager que nous allons entrer, dans quelques années, dans une période où les besoins de soins liés à l'hépatite C vont exploser. Le traitement médical en soi a déjà un coût estimé à l'heure actuelle à 45 000 Francs les 6 mois de bithérapie²⁵.

²³ Op.cit LUCIDARME D et al. Prévalence des marqueurs des hépatites C, B et D et aspects histopathologiques dans un groupe de toxicomanes intraveineux. Gastroenterol Clin Biol. 1994 ; 18 : 964-968.

²⁴ PARIENTE EA et al. Epidémiologie de l'hépatite C en France : de la transfusion à la toxicomanie. Gastroenterol Clin Biol. 1994 ; 18 : 961-963.

²⁵ Données communiquées par un praticien du CHU de Montpellier.

B. LA PRISON : UN LIEU PARTICULIER DE PRATIQUES ET DE RISQUES

1. Un lieu à haut risque de contamination

Dans son analyse synthétique de la gestion de l'infection à VIH en 1995 dans les prisons de 10 pays (Angleterre, Allemagne, Australie, Inde, Danemark, Etats-Unis, France, Pays-Bas, Thaïlande et Israël), le *British Medical Journal* ²⁶a montré que « la part importante des usagers de drogue par voie intraveineuse expliquait les forts taux de séropositivité parmi la population pénale ».

Une étude berlinoise a ainsi révélé que, sur les 418 toxicomanes ayant connu l'incarcération, 202 (48%) avaient déclaré s'être injectés de la drogue en prison²⁷. Ces chiffres concordaient avec des données écossaises, selon lesquelles « 42% des toxicomanes reconnaissaient avoir consommé de la drogue par voie intraveineuse durant leur détention »²⁸.

Les auteurs australiens, pour leur part, faisaient remarquer que « les périodes les plus à risque de contamination étaient celle de la détention préventive, pendant laquelle les pratiques d'injections étaient les plus à risques, ainsi que celle suivant immédiatement la libération »²⁸. Aussi bien à leur entrée en prison qu'à leur sortie, les toxicomanes se retrouvaient brutalement dans une situation de rupture et de manque telle que le « shoot » apparaisse comme prioritaire, peu importaient alors les conditions propres ou sales de ce shoot. Cette observation s'accordait avec les résultats d'une étude anglaise, selon laquelle la prévalence du VIH était plus élevée chez les prisonniers de courte peine que ceux de longue peine, en raison du partage de seringues plus fréquent chez les premiers²⁹.

Ces résultats soulignaient l'existence de risques potentiels de transmission virale (VIH mais aussi VHB et VHC) en détention du fait de la persistance de la toxicomanie intraveineuse avec échanges de seringues et de matériel. Ainsi, la prison concentrait, dans un espace réduit, un groupe à risque dont les pratiques jugées illicites, loin de s'arrêter, se poursuivaient.

2. Un lieu de soins problématique

Dans une enquête intitulée « *Hépatite C – Prison 2000, une enquête nationale de pratiques* » et réalisée à sa propre initiative³⁰, le service d'hépatologie – gastro – entérologie du

²⁶ BMJ. 1995 ; 4 : 277-283.

²⁷ Op.cit. JEAN-PAUL J. Le risque de contamination en milieu carcéral. Pour une véritable politique de réduction des risques. *Transcriptase*. 1995 ; 34 : 2-4.

²⁸ ROTILY M. Le risque de transmission lié à l'usage de drogue par voie intraveineuse en prison. *Transcriptase*. 1995 ; 34 : 4-6.

²⁹ DYE S et al. Intravenous drug misuse among prison inmates : implications for spread of HIV. *BMJ*. 1991 ; 302 : 1506-1507.

³⁰ Données disponibles mais non publiées.

Centre hospitalier de Perpignan a pu révéler les limites actuelles de la prise en charge de l'hépatite C. A partir des réponses de 82 établissements pénitentiaires sur 172 sollicités, les résultats sont les suivants:

- ⇒ 71% des établissements ayant répondu à l'enquête proposent le dépistage à l'entrée
- ⇒ 66% d'entre eux ne disposent pas d'une consultation spécialisée avancée
- ⇒ 3,9% des détenus séropositifs connus sont traités et 44% des établissements ne traitent aucun malade. L'accès au traitement est conditionné par l'accès à une ponction – biopsie – hépatique (PBH), élément indispensable du bilan pré – thérapeutique. Or, la réalisation de la PBH nécessite l'extraction du détenu, pour laquelle il faut la conjonction, dans une unité de temps et de lieu, de plusieurs acteurs :

1. accord du détenu et sa présence effective dans l'établissement le jour du rendez-vous, ce qui soulève le problème des transferts inopinés
2. maintien du rendez-vous par le service hospitalier
3. disponibilité de l'escorte assurée par les surveillants
4. disponibilité d'une garde policière statique pour 24 heures. Or, les forces de police font souvent état d'un manque d'effectifs appelés à d'autres tâches imprévues le plus souvent.

Il suffit qu'un seul de ces acteurs soit défaillant le jour choisi pour que la PBH soit reportée. De façon plus générale, l'extraction des détenus constitue un problème récurrent au sein des établissements pénitentiaires.

Cette enquête, même si elle n'intéresse que les prisons où sont établies les équipes hospitalières et pas les établissements du programme 13 000, donne un aperçu global des écueils auxquels peuvent se heurter les équipes intervenant en milieu carcéral dans leur prise en charge de l'hépatite C.

Au total, on peut relever un certain nombre de caractéristiques de l'hépatite C en milieu carcéral :

- une prévalence élevée à l'entrée, de l'ordre de 30 à 46% dans les années 1990
- une incidence encore inconnue, en dehors d'une seule étude australienne faisant état d'une valeur de 18,3 pour 100 personnes – année¹³
- un facteur de risque prédominant représenté par la population toxicomane intraveineuse, qui compose au moins le tiers des effectifs à l'entrée (quel que soit le pays) et dont les pratiques d'injection se poursuivent en

détention pour la moitié d'entre eux, selon les résultats de certains travaux.

II. LES PRISONS 13 000 ET LEUR FONCTION SANTE

A. LE PROGRAMME 13 000 ET LA DELEGATION DE SERVICE PUBLIC³¹

1. Naissance des prisons 13 000 : rappel historique

De 25 000 détenus environ en 1972, la population carcérale est passée, en 1986, à plus de 48 000 pour 33 000 places théoriques. Face à ce constat, le Garde des Sceaux de l'époque, Albin CHALANDON, a alors promu le projet de création de 15 000 nouvelles places dans 29 établissements dont la construction et la gestion seraient entièrement confiées au secteur privé.

L'idée d'une gestion entièrement privée des établissements pénitentiaires constituait un concept doublement difficile en France, d'abord dans son acception culturelle – introduction dans le service public de la logique de profit propre au secteur privé, et ensuite dans son acception juridique. En effet, considérant que les fonctions de direction, de greffe et de surveillance étaient liées à l'exécution d'une décision juridique et relevaient par conséquent d'une mission régalienne, le Conseil d'État soulignait de fait leur caractère incessible.

Tenant compte de ce double aspect, culturel et juridique, la loi n° 87-432 du 22 juin 1987 relative au service public pénitentiaire, tout en prévoyant que « l'État peut confier à une personne de droit public ou privé une mission portant à la fois sur la conception, la construction et l'aménagement d'établissements pénitentiaires » dans le cadre d'une convention bipartite, précise que « les fonctions **autres** que celles de direction, du greffe et de surveillance peuvent être confiées à des personnes de droit public ou privé selon une habilitation définie par décret en Conseil d'État »³².

De l'idée d'une gestion entièrement privée, nous sommes passés à une gestion mixte ou « déléguée », la délégation de service public s'entend au sens du code des marchés publics. En effet, la ou les personnes de droit public ou privé « *sont désignées à l'issue d'un appel*

³¹ L'ensemble de ce chapitre s'est inspiré du travail réalisé par BONHOTAL JP et al. La gestion de nouveaux établissements pénitentiaires dans le contexte du programme pluriannuel pour la justice. Promotion René Char ; ENA. 1994 .

³² Décret n° 97-604 du 31 juillet 1987 relatif à l'habilitation des personnes auxquelles peuvent être confiées certaines fonctions dans les établissements pénitentiaires.

d'offres avec concours »³¹. Par ailleurs, il s'agit d'une délégation et non d'une concession de service public, puisqu'il n'y a pas de rémunération du gestionnaire par « l'utilisateur »³¹.

1988 fut l'année de l'alternance politique. La nouvelle majorité parlementaire, qui était en désaccord avec le concept de gestion privée des prisons, s'est retrouvée face à une situation où les marchés de construction des nouveaux établissements étaient déjà signés mais pas les marchés de fonctionnement. L'annulation des marchés publics en cours étant périlleuse pour les finances de l'État, il a été décidé de ne pas tout remettre en question et d'apporter quelques modifications au cadre des marchés de fonctionnement :

- ⇒ le programme est ramené de 15 000 à 13 000 places réparties dans 25 établissements dont 4 repris en gestion publique pour pouvoir comparer gestion directe et gestion privée

- ⇒ outre les fonctions relevant de l'administration – direction, greffe et surveillance, la mission de réinsertion, stricto sensu, est exclue des habilitations déléguées au secteur privé

Ce nouveau cadre des marchés de fonctionnement fut signé en septembre 1989.

Par ailleurs, pour ne pas alourdir davantage la facture, l'État a demandé aux communes ayant accepté l'implantation de ces établissements de leur céder gratuitement des terrains viabilisés. Cette option a conduit à situer les nouvelles prisons dans des endroits isolés, ce qui induit des problèmes d'accessibilité d'abord pour les familles des détenus lors des visites et ensuite pour les équipes hospitalières lorsqu'elles auront à y intervenir, comme nous allons le voir.

2. Caractéristiques générales des contrats de délégation de service public pénitentiaire

a) Des contrats décennaux

Les premiers établissements concernés ont commencé à fonctionner en mai 1990 et les derniers en 1992, sur la base d'une délégation de gestion de 10 ans.

b) Des contrats à multi - services

Répondant au code de marché public, ces contrats sont à services multiples répartis en trois volets : intendance, logistique et insertion.

- ⇒ le volet insertion comprend la santé, la formation professionnelle et le travail.

- ⇒ les volets intendance et logistique concernent la restauration, l'hygiène, la cantine (vente de certains produits autorisés aux détenus qui en ont les moyens), la maintenance, le nettoyage et le transport, avec gestion du parc automobile et des différents types de

transports des détenus : administratifs (d'un établissement à un autre) mais aussi médicaux (de l'établissement vers les hôpitaux), en sachant que l'escorte reste du ressort de l'administration pénitentiaire.

Ces différents services ont une identité propre et un fonctionnement autonome tout en entretenant des liens entre eux : par exemple, le contrôle de l'hygiène alimentaire est effectué par le service médical et dans le cadre de l'insertion, certains détenus travaillent dans les cuisines tandis que d'autres sont chargés du nettoyage des locaux, etc...

c) Les conditions financières

La rémunération d'exploitation se décompose en un forfait couvrant les charges fixes d'exploitation et de maintenance et d'une rémunération variable proportionnelle au nombre de journées de détention. Dans l'hypothèse d'un taux moyen d'occupation à 100%, l'ensemble reviendrait à une dotation globale fixe. Il est cependant susceptible de modifications en cas de surpopulation de plus de 120% de la capacité d'accueil prévue.

Ces conditions financières peuvent être révisées en cas de directive particulière ou de modification du cahier des charges par l'administration et d'affectation durable du prix de revient de certaines prestations fournies. Cette révision ne peut se faire que sur demande motivée des promoteurs et est soumise à approbation de l'administration pénitentiaire.

d) Une direction bicéphale

Les différentes fonctions déléguées peuvent être assurées par des entreprises différentes mais elles ont l'obligation de se grouper en une seule unité avec désignation, pour chaque établissement, d'un responsable d'unité privée qui est l'unique interlocuteur du directeur de l'établissement pénitentiaire en tant qu'autorité hiérarchique propre aux équipes privées.

Ce responsable ou chef de centre gère au quotidien tous les services délégués en liaison directe avec le directeur de l'établissement .

Bien que les missions des uns et des autres aient été préalablement définies, cette situation de direction bicéphale a suscité quelques états d'âme avec un sentiment de « perte de pouvoir »³³ chez certains directeurs pénitentiaires. A cela s'ajoutent des différences notables de salaires en faveur des responsables d'unité privée.

³³ Op.cit. BONHOTAL JP et al. La gestion de nouveaux établissements pénitentiaires dans le contexte du programme pluriannuel pour la justice. Promotion René Char ; ENA. 1994 .

e) Un statut identique aux autres

Les établissements faisant l'objet de ces contrats ne se distinguent pas statutairement des autres. Ils remplissent les mêmes missions.

B. LES CARACTERISTIQUES DE LA FONCTION SANTE DES PRISONS 13 000

1. Les caractéristiques contractuelles

La fonction santé est déclinée brièvement dans ses grandes lignes dans le chapitre 3 du Cahier des Clauses Administratives et Techniques Particulières (CCATP)³⁴ et reprise de façon plus détaillée dans le guide de mise en œuvre des marchés de fonctionnement³⁵.

Elle se caractérise avant tout par son aspect organisationnel et secondairement par les missions qui lui sont dévolues.

a) Obligations organisationnelles

Elles se traduisent par des engagements explicités en termes de moyens et de fonctionnement. Les moyens concernent :

⇒ les équipements dentaire et radiologique dont l'entretien et la maintenance sont à la charge du groupement privé

⇒ le personnel avec des normes explicitées :

- en temps de présence en fonction du nombre de détenus avec obligation de remplacement en cas de congés
- en terme de qualification : médecins généralistes, psychiatres, dentistes, pharmaciens, psychologues et infirmiers généraux et psychiatriques diplômés d'Etat. Ce personnel, recruté par le groupement privé, doit recevoir de l'administration pénitentiaire une habilitation pour une durée de cinq ans renouvelable. Cette habilitation peut être retirée par le directeur de l'établissement.

L'organisation et le fonctionnement du service médical sont placés sous la responsabilité du médecin généraliste qui adapte les plages de consultations aux contingences de chaque établissement et qui assure « la visite médicale d'admission, les visites de dépistage

³⁴ Cahier des clauses administratives et techniques particulières. Marché de fonctionnement des établissements pénitentiaires à gestion déléguée 1990-2001. Ministère de la justice. Direction de l'administration pénitentiaire.

³⁵ Programme 13 000. Guide de mise en œuvre des marchés de fonctionnement. Ministère de la justice. Direction de l'administration pénitentiaire. 26 septembre 1991.

obligatoires ou facultatives, les consultations demandées » ainsi que les modalités de réponse en cas d'urgence.

b) Missions dévolues

De façon lapidaire, les missions de prévention, de diagnostic et de soins sont rappelées dans le CCATP et doivent être conformes à « la réglementation en vigueur ». Elles sont placées « sous le contrôle de l'inspection générale des affaires sociales et des services extérieurs du Ministère chargé de la santé ».

De façon plus spécifique, les affections mentales, l'alcoolisme, la toxicomanie et l'infection par le VIH doivent faire l'objet d'un « suivi particulier ».

⇒ Ainsi, l'équipe psychiatrique, outre les consultations individuelles, « fournit des thérapies de groupe (ergothérapie, groupe de parole) » et doit travailler en liaison avec le Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) et le secteur associatif dans la prise en charge de l'alcoolisme et de la toxicomanie.

⇒ La lutte contre la toxicomanie dans les maisons d'arrêt est plus particulièrement dévolue à un travailleur social et à un psychologue, qui « mettent en œuvre des actions particulières en détention et préparent la sortie des détenus en liaison avec tous les partenaires extérieurs ».

⇒ Concernant la lutte contre le VIH, il a été recommandé « une incitation au test de dépistage anonyme sur une base de volontariat par un entretien préalable et un accompagnement à l'annonce du résultat (ainsi que la) mise en œuvre de la thérapeutique spécifique », à charge pour le groupement privé d'en assurer le financement.

2. L'inscription du programme 13 000 dans la réforme de l'offre des soins en milieu carcéral

L'avènement du programme 13 000 a été l'occasion pour l'administration pénitentiaire de marquer une avancée notable dans sa définition de la place des soins dans les prisons. Elle a été sans doute stimulée par le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) réalisé en mai 1984 sur l'état sanitaire des prisons. Ce rapport avait mis en lumière de mauvais indicateurs sanitaires (incidence élevée de la tuberculose, des maladies sexuellement transmissibles, des hépatites virales et des maladies mentales), les mauvaises conditions de détention et le faible accès aux soins. En effet, hormis les grands centres de détention tels que, par exemple Les Baumettes ou Fresnes, les services médicaux se résumaient à des offices d'infirmerie avec un temps médical rare et parcellaire et des surveillants faisant office d'infirmiers après une formation rudimentaire sur le tas.

Le contenu sanitaire du cahier des charges spécifique aux prisons 13 000, en édictant des normes en termes de moyens et de fonctionnement des services médicaux, a permis, selon le médecin inspecteur de santé publique rencontré au sein de la Direction de l'Administration Pénitentiaire (DAP), « *l'entrée dans les prisons de véritables professionnels de santé (infirmiers diplômés d'État en particulier) indépendants de l'administration* » et l'organisation d'une offre de soins aux détenus. Certes, reconnaît-elle, ce contenu souffre d'un déficit de vision en santé publique mais il a eu le mérite de professionnaliser les soins aux détenus. Il a permis également de garantir l'indépendance structurelle des professionnels de santé et, par conséquent, le respect du secret médical.

De fait, le programme 13 000, en faisant coexister personnel pénitentiaire et professionnels de santé autonomes venant de l'extérieur, a préparé, de l'avis du médecin inspecteur et d'un responsable de la DAP, la mise en place d'Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) et d'une certaine façon l'ouverture de l'administration pénitentiaire à sa modernisation. Il aurait ainsi contribué à « *accélérer l'élaboration et la mise en place de la loi du 18 janvier 1994* » relative à la santé publique et la protection sociale.

3. Les limites d'application de la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 au programme 13 000

Conçue dans une perspective de santé publique, cette loi³⁶ constitue une avancée fondamentale, en reconnaissant aux détenus le droit à des soins identiques au milieu libre. Corollaire à cette idée princeps, des objectifs spécifiques ont été énoncés³⁷

⇒ l'affirmation des mêmes droits que tout citoyen s'est manifestée par l'affiliation obligatoire des détenus aux assurances maladie et maternité du régime général à compter de la date de leur incarcération. Les cotisations sont financées par l'administration pénitentiaire.

⇒ l'accès à des soins identiques est garanti par la professionnalisation et l'autonomie de l'équipe soignante avec transfert de la prise en charge sanitaire au service public hospitalier dans le cadre d'une convention tripartite État – service public hospitalier – administration pénitentiaire. Sont alors créées les Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA), véritables postes avancés des hôpitaux de proximité dans les prisons à gestion directe

⇒ la déclinaison de la santé dans son acception globale s'est traduite en termes de soins mais aussi de prévention et d'éducation pour la santé.

³⁶ Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 ; Chapitre II : Soins en milieu pénitentiaire et protection sociale des détenus.

³⁷ Décret n° 94-929 du 27 octobre 1994 relatif aux soins dispensés par les établissements publics de santé assurant le service public hospitalier, à la protection sociale des détenus et à la situation des personnels infirmiers des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire.

Bien que les établissements 13 000 aient contribué à l'écriture de cette loi, ils échappent paradoxalement à son champ d'application et ce, jusqu'au terme de leur contrat de délégation³⁶ :

⇒ les soins ne sont pas assurés par le service public hospitalier mais par les services médicaux privés.

⇒ l'administration pénitentiaire ne finance qu'à hauteur de 50% les cotisations aux assurances maladie et maternité des détenus. Cette part couvre les soins en cas d'hospitalisation. Les soins courants restent à la charge des groupes privés.

C. L'ACTUALITE EN DEVENIR

Les textes législatifs (loi et décret de 1994) ont laissé porte ouverte au devenir des contrats de délégation de service public des établissements 13 000, qui doivent s'achever début mars 2001. Légalement, rien n'a été dit sur les deux alternatives possibles : intégration dans le giron de la gestion directe avec prise en charge sanitaire par le service public hospitalier ou reconduction de la délégation.

Au terme des contrats, la décision en faveur de l'une ou l'autre des deux solutions ne pouvait être prise, logiquement, que sur la base d'une aide éclairée et argumentée sur le rapport coût/efficacité de la gestion mixte, en sachant que les bénéfices peuvent être diversement appréciés par les acteurs.

En ce qui concerne l'aspect purement économique, faute « d'outils adéquats pour la comparaison des coûts, l'administration n'est pas en mesure d'évaluer la pertinence économique de la gestion déléguée »³⁸.

En ce qui concerne le volet sanitaire des prisons 13 000, le rapport PRADIER, établi en 1999 à la demande des Ministères de la Justice et de la Santé, a conclu à l'absence de différence qualitative entre les services médicaux privés et les UCSA. Les difficultés rencontrées par les services privés se retrouveraient également dans les UCSA.

Partant, entre autres considérations, de ce rapport, la décision, dans un premier temps, a été de reconduire les contrats de délégation avec redéfinition du cahier des charges, du moins en ce qui concerne le volet santé. En attendant, il a été envisagé de proroger, par arrêté, les contrats de délégation, jusqu'à la fin de 2001 pour tous les établissements afin de permettre la poursuite des pourparlers en cours.

³⁸ Op.cit. BONHOTAL JP et al. La gestion de nouveaux établissements pénitentiaires dans le contexte du programme pluriannuel pour la justice. Promotion René Char ; ENA. 1994 .

Un appel d'offres, sur cahiers des charges un peu plus étoffés que ceux en cours, a été lancé début 2000 pour le renouvellement des marchés de fonctionnement. Cet appel s'est révélé infructueux puisqu'il n'y a eu que quatre candidats, les quatre grands groupes déjà en place. Début novembre 2000, il était encore question de repenser l'appel d'offres avec des cahiers de charge plus élaborés³⁹.

Fin décembre 2000, il n'était plus question de confier les soins des détenus au secteur privé mais de le basculer au service public hospitalier et ce, dans un délai très court. En effet, les contrats de délégation se terminant début mars 2001, les groupes privés ont refusé leur prorogation pour quelques mois, le temps de permettre aux pouvoirs publics d'assurer la transition avec le service public hospitalier.

Pris de vitesse, les ministères de la santé et de la justice ont décidé, mi janvier 2001, de reconduire en l'état tout le personnel en place⁴⁰, afin de garantir la continuité des soins aux détenus. Le personnel para - médical sera intégré d'office dans la fonction publique hospitalière, sauf désir contraire de sa part. Le personnel médical sera d'abord reconduit en contractuel de la fonction publique hospitalière, dans l'attente d'une étude au cas par cas de leur dossier au niveau ministériel.

III. LA PROBLEMATIQUE LOCALE ET LA QUESTION PRINCIPALE

1. La problématique locale

L'Hérault compte deux maisons d'arrêt :

- ⇒ l'une, à gestion directe, située dans le centre ville de Béziers avec une capacité d'accueil de 80 places environ

- ⇒ l'autre, à gestion déléguée, située sur le territoire de la commune de Villeneuve – les –Maguelone (VLM), à distance du centre ville, entre Montpellier et Sète. Dotée de 700 places environ, elle fonctionne depuis 1990 et est gérée par la société GTM – Entrepose (société marseillaise de travaux publics), filiale du groupe Lyonnaise des Eaux – Suez⁴¹.

³⁹ Informations communiquées par la direction de l'administration pénitentiaire.

⁴⁰ Lettre DHOS du 17 janvier 2001 relative à la prise en charge sanitaire par le service public hospitalier des personnes détenues dans les établissements pénitentiaires du programme 13 000.

⁴¹ Op.cit. BONHOTAL JP et al. La gestion de nouveaux établissements pénitentiaires dans le contexte du programme pluriannuel pour la justice. Promotion René Char ; ENA. 1994 .

Placées sous le contrôle sanitaire des médecins inspecteurs de santé publique de la DDASS de l'Hérault, les deux maisons d'arrêt se distinguent également par le parcours de leur unité médicale:

⇒ à Béziers, l'UCSA dépendante du Centre hospitalier, a connu une implantation difficile, en raison de la résistance du personnel pénitentiaire à l'arrivée et à l'installation des hospitaliers dans les murs de la prison. Alors que la réforme de 1994 était à application immédiate, l'UCSA n'est arrivée à fonctionner pleinement que depuis quatre ans et continue à être suivie de près par le médecin inspecteur de santé publique en charge de cette maison d'arrêt. Fin 2000, sur sa proposition, il est envisagé d'inclure un représentant de l'UCSA dans la commission de surveillance de l'établissement.

⇒ à VLM, le service médical n'a eu aucun mal à asseoir sa place dans un établissement tout neuf. En 1993, il a fait l'objet d'une inspection sur la prise en charge du VIH, qui a décelé des écarts de pratiques par rapport aux recommandations du rapport DORMONT. Depuis, l'équipe médicale a été quelque peu remaniée et les deux inspections réglementaires suivantes n'ont pas révélé de difficultés majeures.

Juin 2000, le service médical est arrivé au terme de dix années de fonctionnement. Bien que la signature d'un nouveau contrat de dix ans fût encore envisagé à l'époque, les médecins inspecteurs souhaitaient néanmoins réaliser un bilan d'étape afin de pouvoir définir les orientations à venir.

Ce bilan est devenu d'autant plus souhaitable que le problème émergent de l'hépatite C, en raison de l'exposition particulière de la population carcérale à ce risque, soulève certaines questions de prise en charge, de prévention et d'éducation sanitaire.

2. La question principale

Comme tous les établissements à gestion déléguée, la maison d'arrêt de VLM était soumise aux contraintes du budget global tout en s'inscrivant dans une dynamique de rentabilité économique propre au secteur privé. Dans cette logique, comment le service médical assurait-il la prise en charge de l'hépatite C, qui engendrait un surcoût inévitable et contractuellement imprévu ?

Cette question de départ méritait d'autant plus d'éclaircissement que le service médical n'avait à aucun moment interpellé les autorités de tutelle pour faire part de ses éventuelles difficultés.

Une première lecture des bilans d'activités 1999 de la maison d'arrêt a fait apparaître 1 773 entrants pour l'année avec réalisation, selon le médecin chef, de 770 dépistages du VHC dont une soixantaine de tests seraient positifs. A l'évidence, un effort de dépistage était effectif mais tous les entrants n'en bénéficiaient pas. Concernant le traitement, sur 68 séropositifs, 3 détenus étaient en traitement, d'après les réponses fournies par le service médical à l'enquête nationale de prévalence « un jour donné » réalisée en juin 2000.

A priori, il existait une insuffisance de prise en charge de l'hépatite C par le service médical apparemment déjà sensibilisé au problème. Comment s'effectuait cette prise en charge et comment assurer sa qualité, en sachant que l'équipe en place sera maintenue dans la configuration à venir ?

3. Les objectifs

L'objectif principal de ce travail est de savoir comment améliorer la prise en charge de l'hépatite C à la maison d'arrêt de VLM, tout en se plaçant dans la dynamique des transformations à venir.

Les objectifs spécifiques sont de quatre ordres :

1. décrire la prise en charge actuelle de l'hépatite C par le service médical de la maison d'arrêt de VLM
2. identifier les difficultés rencontrées et les causes rapportées, en distinguant celles induites par la gestion privée de celles inhérentes au système carcéral
3. proposer des mesures de réajustement en fonction des priorités à hiérarchiser, compte tenu du délai moyen de séjour relativement court en maison d'arrêt
4. élaborer concrètement les modalités locales de transition du privé au public afin d'assurer la continuité des soins aux détenus

4. Les hypothèses

Trois hypothèses peuvent être ainsi formulées sur la prise en charge de l'hépatite C à la maison d'arrêt de VLM :

a) L'insuffisance de dépistage

Elle est probablement liée à un retard d'application des mesures préconisées et à un problème de coût. Un dépistage systématique coûte cher et risque de rompre l'équilibre

financier d'un système dominé par le souci de la rentabilité. Cette rentabilité est, somme toute, attendue de la part d'un groupe privé, dont la vocation première n'est pas de faire de la philanthropie. L'écueil aurait pu être surmonté, soit par l'entrée d'un Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) dont le savoir-faire en matière d'évaluation individuelle du risque peut s'avérer fort utile, soit par une révision adaptée des conditions de rémunération du gestionnaire privé.

b) L'insuffisance d'accès au traitement

Elle est consécutive d'une part, à l'absence d'une consultation spécialisée avancée et d'autre part, aux difficultés d'achever le bilan initial. L'accès au traitement est en effet conditionné par la réalisation de la PBH, qui nécessite une extraction du détenu. Cette extraction est le plus souvent problématique mais peut-être surmontable dans certains cas de figure, à condition que les acteurs en place cherchent à coordonner leurs actions.

L'équipe hospitalière de Perpignan propose, elle, une mise sous traitement **sans** PBH. Cette proposition soulève des interrogations d'ordre médical et éthique.

c) La prévention « oubliée »

Elle semble oubliée tant sur le plan de l'éducation pour la santé des détenus que sur celui de la médecine de prévention du personnel pénitentiaire. L'oubli peut être dû au manque de formation et de moyens mais surtout aux particularités carcérales.

En effet, la circulaire ministérielle du 21 mai 1999 relative à l'organisation des soins pour les personnes atteintes d'hépatite C rappelle pour la population carcérale, que « la prévention et la réduction des risques doivent être impérativement développées, tant par des conseils individuels que par des actions collectives d'éducation à la santé ainsi que par la mise à disposition d'outils appropriés ». Cette dernière notion est à éclaircir dans le contexte carcéral, surtout en direction des toxicomanes.

5. Les difficultés prévisibles

Deux types de difficultés étaient d'emblée prévisibles :

a) La sous-estimation du problème posé par la maladie

Dans le contexte carcéral, l'hépatite C, surtout à ses débuts lorsqu'elle est peu voire pas symptomatique, risque de ne pas être prise en compte :

⇒ par le détenu : sans doute assailli par des soucis liés avant tout à son problème judiciaire (attente de jugement) et/ou à la préparation de la sortie

(logement, travail, revenus), il peut être tout à fait amené à déconsidérer sa maladie face à ses préoccupations personnelles immédiates

⇒ par l'équipe soignante : face aux demandes multiples et au turn-over rapide des détenus, elle est appelée plutôt à travailler dans l'urgence de la réponse à donner et peut tout à fait placer ses priorités ailleurs .

⇒ par les autres intervenants : « *l'hépatite C peut attendre la sortie* » (un membre du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation).

b) La mise en application des mesures préconisées dans un délai très court

Fin 2000, le choix politique est allé finalement vers l'exclusion du volet sanitaire du cadre des marchés de fonctionnement des prisons 13 000. Ces établissements seront ainsi intégrés dans le champ de la réforme de 1994, confiant au service hospitalier le soin des détenus.

Sur le terrain, le délai d'entrée en vigueur de la nouvelle orientation pour début mars 2001 n'a été connu officiellement que fin décembre 2000. A charge pour le médecin inspecteur d'organiser, en collaboration avec l'ARH, le transfert des compétences sanitaires du privé au public, tout en composant avec plusieurs données :

⇒ la nécessité absolue de la continuité des soins

⇒ la nécessité de reprendre en l'état tout le personnel en place dans le service médical avec intégration du personnel non médical au sein de la fonction publique hospitalière. Le personnel médical sera reconduit sous contrat, dans l'attente d'une étude au cas par cas de leur dossier.

⇒ le choix du Centre hospitalier de proximité pour gérer l'UCSA peut ne pas être évident a priori, puisqu'il se joue entre le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Montpellier et le Centre hospitalier (CH) de Sète. Or, le CHU de Montpellier a été très vite désigné, sans doute en raison de l'existence au sein du CHU de « La Colombière », établissement public de santé mentale, ce qui fait défaut au CH de Sète. Cependant, l'éclatement sur plusieurs sites du CHU de Montpellier peut constituer un facteur de contrainte. Concernant l'hépatite C, le pôle de référence se situe sur le site de l'hôpital Saint - Eloi.

Dans ce contexte particulier généré par la transition du privé au public, la connaissance des pratiques et des attentes du service médical de la maison d'arrêt peut constituer un atout dans la gestion du changement à venir. Cette connaissance passe par une analyse du fonctionnement actuel du service et dont la méthodologie et les résultats sont exposés et discutés dans le chapitre qui suit.

DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE ET RESULTATS

I. MATERIEL ET METHODES

La méthodologie employée associe plusieurs types de recueil de données : recherche bibliographique, étude de documents administratifs, étude de dossiers médicaux et entretiens semi-directifs.

A. LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

La recherche bibliographique s'est orientée principalement vers les données épidémiologiques de l'hépatite C en milieu carcéral en France et à l'étranger, les différentes modalités de dépistage biologique, le contenu du bilan pré-thérapeutique requis avec la place et l'intérêt de la PCR et de la PBH, afin de pouvoir confronter ensuite les données de la littérature aux discours et pratiques des acteurs.

Concernant l'hépatite C en général, la littérature médicale française et étrangère est remarquable par son abondance. Concernant les données de l'infection chez les toxicomanes et en milieu carcéral, les publications françaises sont parcellaires et récentes, contrairement à ce qui se passe dans d'autres pays. Cette pénurie relative est sans doute due à l'entrée récente des équipes hospitalo-universitaires dans les prisons françaises.

Le recueil bibliographique s'est effectué à partir des banques de données de l'ENSP et de la Faculté de médecine de Rennes ainsi que par interrogation des sites internet de l'ANAES et de Medline et de diverses revues telles que « Transcriptase », « La Recherche ».

B. L'ETUDE DES DOCUMENTS ADMINISTRATIFS

Les documents écrits recueillis sont :

- les textes officiels sur la prise en charge sanitaire des détenus
- les données de l'enquête « un jour donné »
- le rapport de la DREES sur « la santé des entrants en prison en 1997 » publiée en mai 1999

- le cahier des charges destiné au programme 13 000
- le rapport d'activité de la maison d'arrêt de VLM
- les données du Conseil Général de l'Hérault concernant le dépistage obligatoire de la tuberculose et de la syphilis dans les maisons d'arrêt de Béziers et VLM

C. L'ANALYSE DES DONNEES DE LABORATOIRE

Le laboratoire d'analyses de biologie médicale de VLM reçoit tous les examens biologiques émanant du service médical de la maison d'arrêt. En accord avec le médecin inspecteur de santé publique, j'ai demandé au biologiste de rechercher tous les tests réalisés au titre de l'hépatite C en 1999 pour le compte de cette maison d'arrêt. Le logiciel du laboratoire étant conçu pour un dénombrement d'actes et non de résultats, le biologiste n'a pu fournir que le nombre et la liste des dossiers, sans les résultats. Il a fallu étudier ensuite chacun des 346 dossiers pour recenser tous les résultats, en vue des calculs de prévalence

D. L'ETUDE DES DOSSIERS MEDICAUX DES DETENUS

Les dossiers médicaux des détenus séropositifs pour le VHC et présents un jour donné à la maison d'arrêt de VLM ont été étudiés sur la base d'un questionnaire (annexe 6). Fondé sur les recommandations des conférences de consensus de 1997 et 1999, ce questionnaire vise à recueillir les informations suivantes :

1. L'état du malade à l'entrée

⇒ Si la sérologie est connue à l'entrée :

- quel était l'état de connaissance du bilan préalable ?
- le malade était-il ou non sous traitement à l'entrée ?
- si le traitement était en cours, est-il ensuite poursuivi en détention ? Si non, pourquoi ?

⇒ Si la sérologie est découverte suite à la visite médicale d'entrée :

- quels ont été les tests de dépistage utilisés ?
- quel a été leur délai de réalisation par rapport à la date de la visite médicale d'entrée ?

⇒ Les facteurs de risque étaient-ils connus ?

- le détenu était-il sous traitement de substitution à l'entrée ?
- a-t-il été décidé de poursuivre ou non le traitement en détention ? Si non, pourquoi ?

2. Les conditions de réalisation du bilan suite à la séropositivité

- Le dosage des transaminases et la périodicité
- La réalisation ou non de la PCR
- L'existence ou non d'un avis spécialisé
- La réalisation ou non de la PBH et les raisons en cas de non réalisation

3. Les conditions de mise en route du traitement en détention

- Les modalités thérapeutiques : Interféron seul ou bithérapie ?
- La périodicité de la surveillance
- La tolérance du traitement

Le service médical a été averti la veille de mon passage. 24 dossiers ont été disponibles le jour de la visite et ont été lus sur place, en suivant le canevas du questionnaire préétabli. Les données recueillies ont été ensuite exploitées grâce au logiciel Épi – Info, par une analyse de fréquences et de moyennes.

Il est à souligner que cette enquête ne portait que sur les détenus VHC positifs connus du service médical, que cette séropositivité soit découverte avant ou pendant l'incarcération. L'objectif de l'enquête a été d'appréhender la réalité des pratiques en matière de prise en charge de la séropositivité du VHC en détention. Les données ont été ensuite confrontées aux discours recueillis par entretiens.

La volonté réelle de mise en place du dépistage de l'infection a été approchée par le croisement des entretiens avec le listing du laboratoire d'analyses médicales concerné.

E. L'OBSERVATION DES REUNIONS

Afin de permettre une connaissance de la programmation de l'hépatite C à l'échelon national et une première identification des acteurs locaux ainsi que de leur degré d'implication dans la gestion des problèmes carcéraux et dans la politique de réduction des risques, j'ai participé à différentes rencontres et réunions :

- journée nationale sur la programmation de l'hépatite C à Paris mi-juin 2000
- réunion du Collectif du SIDA à Béziers mi-juin 2000 sur les méthodes de prévention du VIH et des virus des hépatites autour de la notion de prise de risque
- commission de surveillance de la maison d'arrêt de VLM fin juin 2000 où il a été remis et commenté le rapport d'activités global de l'établissement
- visite annuelle de l'UCSA de Béziers fin août 2000

F. LES ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS

Des entretiens semi-directifs ont été menés auprès de différents interlocuteurs, sur la base de guides d'entretien (voir annexes 1 à 4) adaptés à chaque catégorie.

1. Entretiens sur site à l'intérieur de la maison d'arrêt de VLM

Après envoi d'une lettre présentant la démarche d'une part par le Directeur des Affaires Sanitaires et Sociales au Directeur de la maison d'arrêt et d'autre part par le médecin inspecteur en charge du dossier au médecin chef du service médical, des contacts téléphoniques ont eu lieu pour la mise en place de la procédure.

a) Entretiens avec le personnel pénitentiaire

Volontiers disponible, le directeur adjoint de la maison d'arrêt s'est proposé d'organiser les rencontres avec :

① le personnel de surveillance en vue de la réalisation d'entretiens individuels, sur la base du volontariat. Trois entretiens se sont ainsi déroulés, fin août, dans le bureau de surveillance d'un des bâtiments de la maison d'arrêt, sans la présence de la direction. Ces entretiens, individuels, ont duré de 20 à 40 minutes environ et ont porté sur les représentations de la maladie de chaque surveillant et sur sa conduite personnelle en cas d'accident d'exposition au sang.

② le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP) en vue d'un entretien de groupe avec le Directeur départemental et certains membres de l'équipe intervenant à VLM. L'entretien, d'une durée d'une heure environ, s'est déroulé en septembre 2000 dans la salle de réunion du SPIP, située dans l'aile extérieure de la maison d'arrêt. Cet entretien avait pour but d'apprécier le niveau de coopération instaurée entre le SPIP et le service médical en vue d'une prise en charge globale des détenus, ainsi que les principales difficultés rencontrées. Les discours produits ont été ensuite croisés avec ceux recueillis auprès du service médical.

b) Entretiens avec le service médical

Les entretiens individuels se sont déroulés dans les locaux du service médical, auprès du médecin chef, de l'infirmière référente et de la psychologue. Une rencontre a eu lieu également avec la pharmacienne et le chef d'unité privée. Les entretiens visaient à connaître la stratégie de prise en charge de l'hépatite C, depuis le dépistage à l'entrée jusqu'à la préparation à la sortie ainsi que les moyens financiers déployés et les problèmes soulevés.

5 entretiens ont été ainsi réalisés de fin juillet à fin août 2000 au sein du service médical de la maison d'arrêt, d'une durée de 20 minutes à 1 heure.

Fin janvier 2001, un dernier entretien, décidé par le médecin inspecteur de santé publique, a eu lieu avec le médecin chef et l'infirmière référente. Cet entretien était motivé par le souci de répondre aux interrogations soulevées par l'étude.

Au total, 10 entretiens d'une durée variable de 20 minutes à 1 heure ont pu être effectués au sein de la maison d'arrêt.

2. Entretiens auprès d'acteurs extérieurs à la maison d'arrêt de VLM

a) avec les praticiens hospitaliers du pôle de référence pour le VHC

Trois praticiens hospitaliers, dont deux cliniciens et un virologue, du pôle régional de référence pour le VHC ont été rencontrés pour connaître la stratégie régionale de prise en charge et les modalités possibles de collaboration avec le service médical de la maison d'arrêt afin d'optimiser la prise en charge des détenus.

Trois entretiens d'une durée d'une demi-heure à une heure ont été réalisés, courant juillet et août 2000, au Centre Hospitalo – Universitaire (CHU) de Montpellier, dont deux dans le service d'hépatologie – gastro – entérologie sur le site de l'hôpital Saint – Eloi, qui fait partie du CHU.

b) avec un visiteur de prisons

Un visiteur de prisons d'une association a été rencontré afin de connaître une approche non institutionnelle de la qualité de la prise en charge sociale et sanitaire des détenus au sein des deux maisons d'arrêt de l'Hérault.

L'entretien a eu lieu mi-décembre à la DDASS, en présence du médecin inspecteur de santé publique en charge de la maison d'arrêt, du responsable de l'association, du visiteur de prisons et de moi-même. Il a duré plus d'une heure.

c) avec les magistrats

Après contact téléphonique présentant le sens de la recherche, un juge d'application des peines et un juge d'instruction ont accepté les entretiens individuels portant sur les transferts inopinés, les conditions d'aménagement des peines et la stratégie de réduction des risques en milieu captif.

Les entretiens, d'une durée de 45 minutes environ, se sont déroulés, en septembre, dans les locaux du Tribunal de Grande Instance de Montpellier.

d) avec les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM)

Les entretiens ont eu pour but de cerner les difficultés administratives de mise en place de la Couverture Maladie Universelle (CMU) à la sortie des détenus, en particulier du volet complémentaire.

Avec la CPAM de Béziers, qui gère l'affiliation des détenus de la maison d'arrêt de Béziers, l'entretien téléphonique a eu lieu en décembre 2000 avec l'un des responsables administratifs. La CPAM de Béziers a été contactée en raison de la politique volontariste connue localement de son Directeur en faveur du public démuné.

Avec la CPAM de Montpellier, qui gère l'affiliation des détenus de la maison d'arrêt de VLM, un entretien téléphonique a eu lieu mi-janvier 2001, avec le responsable du service d'immatriculation.

e) avec le Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG)

L'entretien téléphonique avec le médecin responsable du pôle santé du Conseil Général de l'Hérault a eu pour but d'explorer les conditions d'entrée du CDAG de l'Hérault dans les maisons d'arrêt et de financement des actions réglementaires relevant du Conseil Général, à savoir la prise en charge de la tuberculose et des maladies sexuellement transmissibles.

L'entretien a duré une vingtaine de minutes environ fin décembre 2000.

f) avec la direction de l'administration pénitentiaire

Sur demande écrite motivée de ma part et formulée auprès du responsable du bureau « évaluation et contrôle de gestion » des établissements 13 000, un entretien a pu être obtenu, début novembre 2000, en présence du médecin inspecteur de santé publique en charge des « politiques sociales et d'insertion » au sein de la direction de l'administration pénitentiaire à Paris et du chef de projet de « renouvellement de la gestion déléguée ».

D'une durée de deux heures environ, l'entretien portait sur les conditions générales de fonctionnement des établissements 13 000 et de leur fonction santé ainsi que sur les particularités locales de l'Hérault.

Au total, 9 entretiens, dont 3 téléphoniques, de 20 minutes à 2 heures ont été réalisés auprès d'acteurs extérieurs à la maison d'arrêt de VLM.

3. Entretiens auprès de l'UCSA de la maison d'arrêt de Béziers

Afin de connaître le fonctionnement d'une UCSA, des contacts ont été entrepris auprès de l'équipe de l'UCSA de la maison d'arrêt de Béziers :

- d'abord lors de la visite annuelle de l'unité par le médecin inspecteur de santé publique de cette maison d'arrêt fin août 2000, qui a introduit l'objet du mémoire
- ensuite lors de rencontres individuelles avec l'infirmière référente et la psychologue de l'unité début septembre.

L'UCSA de Béziers est gérée par le Centre Hospitalier de Béziers. La responsabilité de l'unité est confiée à un médecin hospitalier.

Tous les entretiens ont été pris en note et transcrits de la manière la plus fidèle possible, en sachant que l'exhaustivité des notes est parfois irrégulière. Le contenu de ces entretiens a été ensuite analysé de façon thématique et croisé avec les différents documents écrits et les données issues de l'étude des dossiers médicaux.

II. ANALYSE DES RESULTATS

A. DES LACUNES DANS LA PRISE EN CHARGE ET LEURS ENJEUX ECONOMIQUES

1. Présentation du service médical de la maison d'arrêt de VLM

a) Sa composition

Elle est conforme au minimum imposé par le cahier des charges, qui prévoit pour les établissements de plus de 600 places⁴² :

- un équivalent temps – plein (ETP) de médecin généraliste. Cet ETP est partagé par 3 généralistes, dont le médecin chef qui assure 18 heures hebdomadaires, sans compter 2 heures destinées à la lecture des clichés thoraciques dans le cadre du dépistage de la tuberculose.
- 5,5 ETP d'infirmières
- un ETP de chirurgien dentiste assuré par deux praticiens
- un mi – temps de pharmacien

⁴² Programme 13 000. Marché de fonctionnement relatif à la zone Sud. Mémoire technique. Ministère de la justice.

- un ETP de préparateur en pharmacie
- un peu moins de 2 ETP de psychologue clinicien pour la prise en charge des addictions et des mineurs
- un ETP de secrétaire médicale

A cette équipe se sont greffés des intervenants extérieurs tels que :

- le consultant du Centre d'Informations et de Soins de l'Immunodéficience Humaine (CISIH) du CHU de Montpellier, dont la présence découlait de l'inspection de 1993, non rémunéré par le groupement privé
- des médecins spécialistes libéraux, ophtalmologues, oto-rhino-laryngologistes, cardiologues, qui interviennent à la demande des généralistes et qui sont rémunérés par le groupement privé

A noter l'absence de gastro-entérologue consultant dans cette maison d'arrêt : « *on a fait passer des annonces mais on n'a trouvé personne* », a déclaré le médecin chef.

b) Son fonctionnement

Le service médical est ouvert de 8h à 18h les jours de semaine, avec une interruption de 12h30 à 14h. La couverture infirmière supplée à l'absence de médecins le mercredi. En dehors de ces heures d'ouverture, les généralistes assurent les astreintes et peuvent intervenir en cas d'urgence à la demande de l'administration.

En dehors des visites médicales d'entrée, qui sont programmées, les demandes de consultation sont à déposer dans une boîte aux lettres prévue à cet effet et située dans le même bâtiment que le service médical. La boîte est accessible aux détenus lors de la promenade. Elle est relevée quotidiennement par les infirmières et les rendez-vous de consultations sont donnés dans les 48 heures au plus tard.

Sur le plan somatique, les consultations spécialisées ainsi que les examens d'imagerie médicale sont réalisés au CHU de Montpellier. Pour ces consultations hospitalières externes, l'extraction des détenus nécessite un accompagnement par des surveillants. A titre indicatif, en 1999, il a été réalisé 137 consultations externes. L'hospitalisation de jour nécessite, par contre, une présence policière statique (8 en 1999).

Sur le plan psychiatrique, l'hospitalisation d'office est gérée avec le SMPR de Perpignan.

Selon le chef de service, des réunions de service hebdomadaires auraient lieu tous les lundis matins.

2. Un dépistage insuffisant

a) Les modalités de la visite médicale d'entrée

⇒ **Les objectifs attendus**

Dès leur incarcération, tous les détenus doivent avoir droit théoriquement à une visite médicale d'entrée, qui devrait avoir pour but :

① d'établir un dialogue avec des professionnels de santé au travers d'un bilan général. En termes de besoins, les quelques données concernant cette maison d'arrêt indiquent :

- une moyenne d'âge de l'ordre de 33 ans ces trois dernières années (1997 à 1999)
- un nombre d'entrants situé entre 1 700 et 1 800 : 1 808 en 1997 et 1 773 en 1999 dont 1 126 provenant du milieu libre et 647 des transferts
- d'après le rapport de la DREES, plus de la moitié des entrants (53%) de la région en 1997 n'avaient eu aucun contact avec le système de soins dans les 12 mois précédant leur incarcération

② de dépister systématiquement la tuberculose et les maladies vénériennes

③ de proposer le dépistage du VIH et des hépatites.

⇒ **Le délai de réalisation**

Selon le service médical, la visite médicale d'entrée a lieu le jour même et au plus tard le lendemain de l'incarcération les jours de semaine. Les week-ends et les jours fériés, elle est reportée de 2 jours au plus, sauf si l'état du détenu nécessite une évaluation rapide afin de décider de la poursuite ou non du traitement en cours.

Sur les 24 dossiers étudiés, le délai moyen calculé est de 2 jours (1,8 plus précisément) avec un maximum de 5 jours. Les délais sont plus longs en juillet, sans doute liés aux congés annuels des médecins, dont le remplacement est contractuellement obligatoire.

⇒ **Le déroulement**

La visite médicale d'entrée débute par un entretien avec une infirmière, qui interroge le détenu sur ses antécédents, son état vaccinal et qui note les paramètres habituels (tension artérielle, pouls et poids).

Le médecin généraliste prend le relais, examine le détenu et décide de la conduite à tenir.

L'examen des 24 dossiers médicaux retrouve une tenue variable selon le praticien : laconique dans la description clinique chez l'un et détaillée chez l'autre. Ces annotations ne préjugent en rien de la qualité et de l'exhaustivité de l'examen physique. Les médecins ont souvent pour habitude de ne pas consigner par écrit toutes leurs observations cliniques.

A noter qu'en 1999, pour un équivalent temps – plein, 4 462 actes de consultation de médecine générale ont été réalisés, outre les 1 773 visites médicales d'entrée et les 700 visites effectuées dans les quartiers d'isolement et disciplinaire.

Si l'on exclut le temps moyen de déplacement de l'ordre de 10 minutes dans ces quartiers et le temps dévolu aux réunions hebdomadaires, la durée moyenne d'une consultation serait au plus de 15 minutes par détenu, à condition que le temps médical théorique de présence ait été effectif, avec remplacement des congés annuels et des autres absences.

Or, le temps effectif de présence des médecins est un sujet sensible, faisant l'objet d'échanges épistolaires incisifs entre l'un des praticiens et le chef d'unité privée. Le praticien a même proposé au chef d'unité privée la mise en place d'une pointeuse à l'entrée du service. Un membre de l'équipe n'a pas hésité à citer le cas d'un autre praticien, appelé tous les mercredis à 11h pour une urgence extérieure.

b) La stratégie de dépistage affichée

Concernant le dépistage de l'hépatite C, la conférence de consensus de 1997 préconise la réalisation d'un ELISA (Enzyme - Linked ImmunoSorbent Assay) de 3^e génération suivi, en cas de positivité, d'un deuxième ELISA de confirmation. Le principe de l'ELISA fait appel à la technique immuno - enzymatique, révélant la présence d'anticorps dirigés contre des antigènes structuraux et non structuraux spécifiques du VHC.

La stratégie annoncée par le médecin chef du service médical suit les orientations suivantes :

① dépistage systématiquement proposé à tous les entrants et dont l'acceptation serait excellente : *« il y a très peu de refus, je dirais, 95% d'entre eux l'ont accepté »*. Lors de leur entretien avec le détenu, les infirmiers, tout en s'enquérant de l'état vaccinal, proposent le dépistage des hépatites et du VIH. En cas d'accord du détenu, les prélèvements seraient aussitôt effectués.

② le dépistage concerne aussi bien le volet obligatoire avec la tuberculose et la syphilis que le volet volontaire avec le VIH, le VHB et le VHC. Le volet obligatoire relève des compétences du Conseil Général, qui en a délégué au service médical la gestion, par souci de globalité de la prise en charge par une seule équipe. Le Conseil Général reverse ensuite au groupement privé les frais occasionnés.

③ pas de rendu systématique des résultats du test. Le détenu, ayant accepté le test, est en même temps informé qu'il ne sera convoqué par le service médical qu'en cas de test positif ou douteux. Un deuxième prélèvement est alors effectué lors de cette convocation.

L'absence de convocation équivaudrait à un résultat négatif. Le détenu peut toujours demander un rendez-vous pour avoir confirmation du résultat. La consultation pour le test de confirmation a lieu uniquement avec le médecin chef, même si la visite médicale d'entrée s'est passée avec un autre médecin car c'est lui qui décide de la poursuite ou non des investigations.

④ le test de dépistage utilisé par le laboratoire, avec lequel le service médical travaille, est un ELISA de 3^e génération. En cas d'ELISA positif, le test de confirmation utilisé est un RIBA (Recombinant ImmunoBlot Assay) de 3^e génération, qui serait fait dès la connaissance du premier résultat selon le médecin chef, avec un délai de 2 mois selon l'un des membres de l'équipe. Le RIBA est un « test analytique, permettant une analyse détaillée de la réponse anticorps »

⑤ en cas de sérologies antérieures négatives de moins de 3 mois, il ne sera pas réalisé de nouveau dépistage sauf si le détenu a déclaré avoir eu un comportement à risque depuis ses derniers tests.

c) Les données du laboratoire d'analyses de biologie médicale

⇒ L'étude des 346 dossiers a montré les résultats suivants :

- 346 tests ELISA sur les 1126 entrants provenant du milieu libre, à l'exclusion des 647 personnes transférées qui sont supposées avoir été dépistées. Le **taux de dépistage global observé en 1999 serait donc de 30,7% chez les entrants venant de liberté.**
- sur ces 346 ELISA, il y a eu 65 positifs dont 35 seulement ont été suivis d'un RIBA de confirmation
- les 35 RIBA ont tous été positifs.

⇒ En considérant la séropositivité à partir d'un seul ELISA, on peut estimer la séroprévalence observée de la population des entrants à VLM à 18,8% (65/346), avec un intervalle de confiance de 14,7% à 22,9% ($p = 0,05$).

Si on veut tenir compte de la sensibilité et de la spécificité du test ELISA, respectivement de 99% et 90%⁴³, la séroprévalence calculée serait de l'ordre de 10%, en sachant que la valeur indiquée de la spécificité est probablement sous-estimée. En effet, ROTILY et al ont procédé

⁴³ LOUBIERE S, ROTILY M et al. Evaluation économique des stratégies de dépistage de l'hépatite chronique C. Méd Mal Infect. 1999 ; 29 : 337-344

à une revue de la littérature de 1994. Depuis, le seuil de détection de la PCR a évolué (100 copies/ml actuellement et non plus 1 000 copies/ml).

⇒ Le délai moyen de réalisation du RIBA après positivité de l'ELISA, calculé sur les données du laboratoire, est de l'ordre d'un mois (1,13 mois), avec un minimum de 15 jours et un maximum de 5 mois.

d) Les données des dossiers médicaux

Pour la bonne compréhension de ce qui suit, rappelons que chaque détenu a un dossier médical personnel, dont l'archivage est sous la responsabilité du service médical ou de l'UCSA. En cas de transfert du détenu, le dossier médical reste à la maison d'arrêt. La transmission des données médicales se fait sur demande du service receveur. Ainsi, il arrive parfois que des examens aient été répétés parce que les documents médicaux d'un détenu tardent à parvenir à la maison d'arrêt où il est transféré.

Concernant la maison d'arrêt de VLM, les dossiers médicaux sont rangés dans un meuble fermé, situé dans le secrétariat du service médical et ne sont accessibles qu'aux membres de l'équipe.

⇒ Analyse quantitative des 24 dossiers médicaux

Elle fait apparaître :

- un âge moyen de 30,8 ans avec une médiane à 29 ans, un minimum à 22 ans et un maximum à 52 ans.
- une durée moyenne de séjour constatée de 4,42 mois, à la date de l'enquête (8/8/2000)

- un total de 10 ELISA et de 8 RIBA réalisés dont le détail est résumé dans le tableau suivant :

	Séropositivités documentées à l'entrée		Sérologies positives déclarées à l'entrée	Séropositivité découverte pendant le séjour
	Transferts	Connus du SM de VLM		
Répartition (n = 24)	4	8	10	2
ELISA (n = 10)	2	3	3	2
RIBA (n = 8)	2	3	2	1

- un délai de réalisation moyen de 1,28 mois constaté entre l'ELISA et le RIBA sur les 8 couples ELISA/RIBA, qui ont été effectués . Concernant les 2 ELISA non suivis de tests de confirmation à la date de l'enquête, il s'est écoulé 1 et 3 mois entre l'ELISA et l'enquête

Les sérologies documentées à l'entrée ont été repérées par la présence de compte -rendus des résultats biologiques dans les dossiers. Pour les 4 détenus provenant des transferts, les résultats étaient transmis par les UCSA d'origine (2 de Lille, 1 de Perpignan et 1 de Nîmes) avec un délai plus ou moins long, d'où la répétition des tests pour 2 d'entre eux. Pour les détenus connus du service médical (SM) de VLM, les résultats antérieurs n'étaient pas immédiatement accessibles pour 3 d'entre eux, d'où la réitération des tests .

Les sérologies déclarées à l'entrée ne sont accompagnées d'aucun document écrit attestant de la séropositivité et il n'a pas été retrouvé non plus de date de découverte de la séropositivité mentionnée dans le dossier. Les tests sérologiques, à visée de confirmation, n'ont été effectués complètement que pour 2 d'entre eux (2/10 soit 20%).

⇒ **Analyse qualitative des dossiers médicaux**

Elle relève les éléments suivants :

- ① l'absence de renseignements écrits sur les autres facteurs de risque de l'hépatite C en dehors de la toxicomanie, à savoir les antécédents transfusionnels, d'actes invasifs, de

pratiques telles que le tatouage et le piercing. Ainsi, chez les 3 malades non toxicomanes, rien n'est indiqué sur leur éventuel mode de contamination.

② la toxicomanie n'est pas bien spécifiée : sur les 21 dossiers de malades déclarés toxicomanes, on ne sait pas s'il y a eu recours ou non à la voie intraveineuse ou s'il s'agit d'un simple abus de cannabis et l'ancienneté de la dépendance n'est pas non plus notée.

③ le défaut de renseignements sur la façon dont le malade a pris connaissance de sa sérologie, ses éventuelles questions et sur la nécessité ou non d'un accompagnement psychologique.

L'entretien avec la psychologue de VLM n'a pas mis en évidence de préoccupation particulière des détenus à ce sujet. En revanche, selon la psychologue de Béziers, à la connaissance de leur séropositivité, certains détenus lui ont fait part de leurs interrogations sur la maladie, telles que par exemple « *c'est où, le foie ? ... à quoi ça sert ?* »

e) Les interrogations soulevées

⇒ **Concernant la qualité de la prise en charge du dépistage à VLM**, les écarts entre les déclarations et les pratiques de dépistage, telles qu'elles apparaissent à travers les faits, sont particulièrement troublants :

① En 1999, 1 entrant sur 3 seulement a fait l'objet d'un dépistage partiel de l'hépatite C et seuls 3% des entrants ont bénéficié d'un test de confirmation. Ces taux particulièrement faibles sont en contradiction avec les notions affichées de proposition systématique de dépistage à l'entrée avec 95% de non refus. Le seul critère d'exclusion de la proposition systématique de dépistage est censé être la déclaration par le détenu d'une sérologie négative de moins de 3 mois avant son actuelle incarcération. Or, la proportion d'entrants répondant à ce critère n'est pas connue du service médical. Si l'on se réfère aux données de 1997 de la DREES, 28,4% des entrants du Languedoc – Roussillon, contre 20,3% à l'échelon national, déclaraient avoir eu un dépistage du VHC à l'entrée, sans que l'on puisse savoir s'il s'agissait de sérologies anciennes ou récentes. Néanmoins, dans l'hypothèse de ce taux régional, 42,2% des entrants venant de liberté à VLM échapperaient au dépistage de l'hépatite C.

La rencontre fin janvier 2001 avec le médecin chef n'a pas permis de comprendre cet écart.

② le délai de réalisation du test de confirmation se situe, en moyenne, à plus d'un mois du premier test, avec des écarts pouvant aller jusqu'à 5 mois. Ces écarts peuvent s'expliquer en cas de mouvements des détenus (transferts ou sorties puis retours ou réentrées). Mais dans le cas des 2 détenus dont le test de confirmation n'était pas toujours fait 1 à 3 mois après l'ELISA malgré leur présence continue à la maison d'arrêt, il n'a pas été retrouvé d'élément explicatif dans leur dossier.

Selon le médecin chef, ces écarts seraient dus à la non réponse des détenus aux convocations. Or, dans un des dossiers médicaux, il a été retrouvé une lettre du directeur du CHU de Montpellier, qui informait le détenu, sous couvert du directeur de la maison d'arrêt, de la nécessité de passer par le service médical, en réponse à sa demande directe de consultation au CHU. Par ailleurs, il est à noter que les plaintes formulées par les détenus de cette maison d'arrêt à l'encontre du service médical avaient souvent trait à des retards dans ses réponses à leurs demandes de soins.

③ l'absence de rendu systématique de résultat du test de dépistage aux détenus constitue en soi une attitude malaisée à saisir. Selon le visiteur de prison rencontré, cette pratique est particulièrement mal vécue par les détenus, qui lui ont fait part de leur anxiété, tenus dans l'ignorance de leurs résultats. Certes, une consultation pour un résultat négatif aurait pu être l'occasion de rassurer les détenus et de les sensibiliser aux messages de prévention. Mais cela nécessite une disponibilité suffisante de l'équipe. Par ailleurs, au sujet d'un des 4 détenus, dont la séropositivité a été découverte en détention, le praticien signalait comme motif de l'une des consultations : « *veut le résultat du test VHC* ». Ceci laisse quelques doutes quant à la réalité des consultations médicales systématiques pour restituer les résultats positifs.

④ l'évaluation individuelle du risque vis-à-vis du VHC n'est pas réalisée, ce qui ne permet pas un recueil des données épidémiologiques de cette population. Ce recueil aurait permis une adaptation des moyens aux besoins.

⑤ l'absence déclarée de besoins recensés d'un accompagnement psychologique en cas de découverte d'une séropositivité au VHC est étonnante. A Béziers où le nombre de détenus VHC positifs est relativement faible (6 sur 93 détenus), des besoins existent, parce que sans doute recherchés par un personnel sensibilisé, comme l'a confié la psychologue : « *ils nous posent beaucoup de questions sur la maladie, leur corps. Il y a des questions auxquelles je préfère leur demander d'en parler directement avec le médecin, parce que c'est de son ressort...* »

⇒ **Concernant l'aspect technique du choix des tests de dépistage**, il n'y a pas de réel consensus observé :

① l'ELISA de 3^e génération en première intention n'est pas contestée

② le débat porte sur le test de confirmation :

- Le médecin chef du service médical a opté, en accord avec le biologiste, pour un RIBA, en raison de la possibilité de faux positifs non détectables par le 2^e ELISA. Ce point de vue est défendable sur le gain théorique de spécificité apporté par le RIBA, comme l'explique un article paru dans la « Revue du Praticien » de mai 2000⁴⁴. Le biologiste reconnaît cependant ne pas observer de faux positifs détectés par le RIBA au sein de la population de la maison d'arrêt, contrairement à la population tout venant de ville. Une analyse coût -efficacité des différentes stratégies de dépistage, faite en 1999, a montré la supériorité du couple ELISA + ELISA par rapport aux autres stratégies dont ELISA + RIBA, qui est plus chère sans réel gain en efficacité. En outre, la conférence de consensus de 1997 a été catégorique : « la confirmation du test ELISA par un test sérologique analytique (type RIBA) est inutile ».
- Le virologue du pôle régional de référence, quant à lui, tout en soulignant « l'absence de consensus national parmi les biologistes sur les tests sérologiques de confirmation », exprime sa préférence pour la réalisation directe d'une PCR en cas de positivité de l'ELISA, ce qui permettrait, selon lui, un gain de temps dans la prise en charge des malades.
- Les cliniciens, pour leur part, s'en remettent entièrement aux biologistes quant à la détermination du meilleur choix en termes d'efficacité.

⇒ **Concernant le coût induit par le dépistage du VHC**, il est totalement à la charge du groupement privé, contrairement au dépistage des maladies vénériennes et de la tuberculose, pour lesquelles le Conseil Général lui reverse les frais engagés. Un dépistage, composé de l'ELISA et du RIBA, représente environ 330 Francs⁴⁴. Multiplié à plus de 1 100 bénéficiaires, le coût global du dépistage du VHC serait de l'ordre de 400 000 Francs.

En 1999, le budget du volet santé de cette maison d'arrêt était de l'ordre de 4,5 millions de Francs sur les crédits du ministère de la justice, destiné à couvrir les dépenses de soins pour les détenus et les traitements du personnel soignant. A ce budget s'ajoutaient les

⁴⁴ LOUBIERE et al. Evaluation économique des stratégies de dépistage de l'hépatite chronique C. Méd Mal Infect. 1999 ; 29 : 337-344.

remboursements perçus du Conseil Général pour les dépistages cités et la vaccination contre le tétanos et la poliomyélite (environ 80 000 Francs l'an) et les crédits ministériels destinés à la vaccination contre l'hépatite B et à l'éducation pour la santé. A titre indicatif, les hôpitaux perçoivent, pour les UCSA, un budget forfaitaire de 7 Francs par jour et par détenu, soit pour une maison d'arrêt de 700 places comme VLM, un montant global de 1,8 millions de Francs.

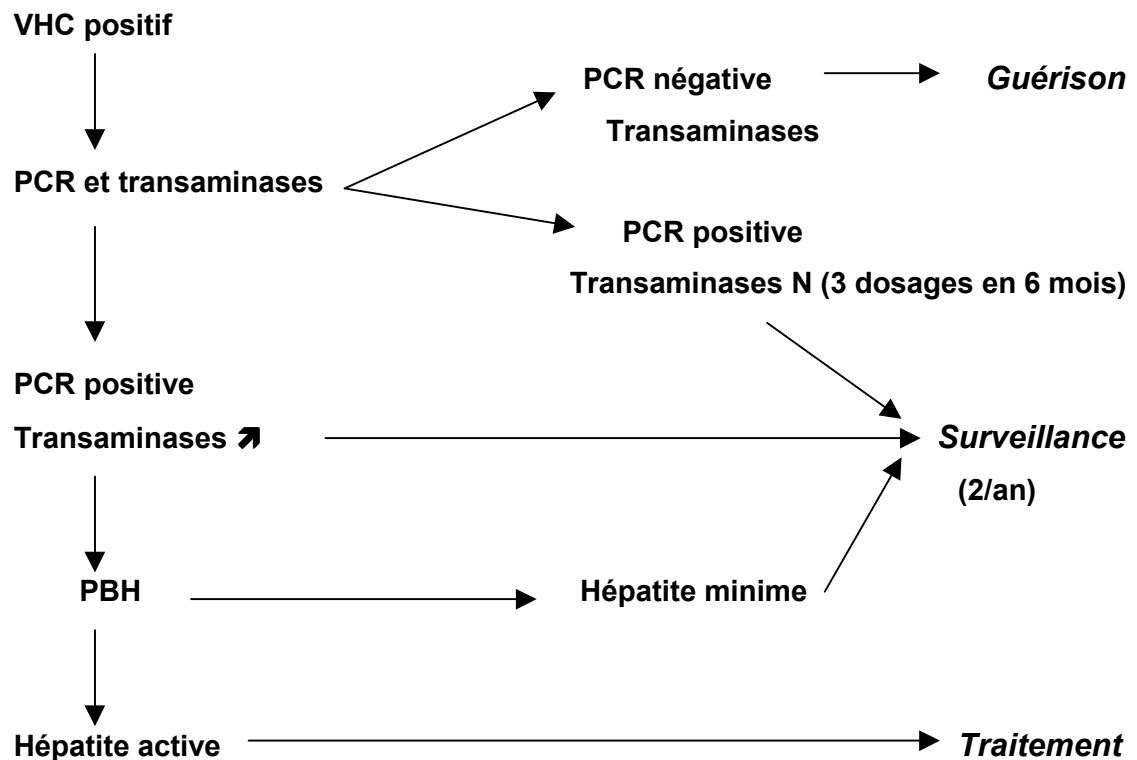
Interrogé sur la répartition budgétaire, le responsable de l'unité privée n'a pas rapporté de notion de déficit et a fait part d'une comptabilité analytique distinguant divers postes de dépenses (VIH, VHC, traitement de substitution). Ainsi, pour l'hépatite C, le budget pour 1999 a été de 450 000 Francs tout compris. Il n'y a pas eu de dépassement. Pour 2000, il est prévu une enveloppe de l'ordre de 890 000 Francs, soulignant l'effort apporté par le groupe privé, mais sans que l'on puisse savoir sur quels critères cette augmentation a été définie. En tout cas, parallèlement à cet effort financier, il a été observé entre les 8 premiers mois de 1999 et ceux de 2000 une augmentation significative du nombre de tests ELISA effectués (229 en 1999 et 306 en 2000).

Au sujet des examens biologiques, l'enquête de la DREES apporte un éclairage intéressant : parmi les entrants déclarant avoir eu un test de dépistage avant l'incarcération, la proportion de ceux pour lesquels un examen biologique (hors sérologie syphilitique) a été prescrit à l'entrée était de 43,7% dans les établissements publics et de 27,2% dans les établissements privés.

3. Un bilan réduit de la maladie

a) Le bilan selon les bonnes pratiques

L'algorithme décisionnel est ainsi préconisé⁴⁵:



Les tests sérologiques (ELISA ou RIBA) mettent en évidence la présence d'anticorps spécifiques produits par l'organisme, suite à la rencontre avec le VHC. Ils révèlent simplement un contact du patient avec le VHC, mais ne sont pas des marqueurs directs de l'infection, en ce sens qu'ils ne permettent pas de dire si l'infection est guérie ou évolutive.

Parmi les marqueurs directs de l'infection, seul le génôme du VHC est détectable par les techniques actuelles. Pour ce faire, on dispose de la PCR, ou Polymerase Chain Reaction, qui est une technique d'amplification génique par polymérisation en chaîne. Ce test a une excellente sensibilité (99,9%) et spécificité (99,3%)⁴⁴, avec un seuil de détection actuellement à 100 copies/ml. Une PCR positive témoigne d'une infection active.

⁴⁵ Données communiquées lors de la journée nationale de programmation de l'hépatite C. Paris. Juin 2000.

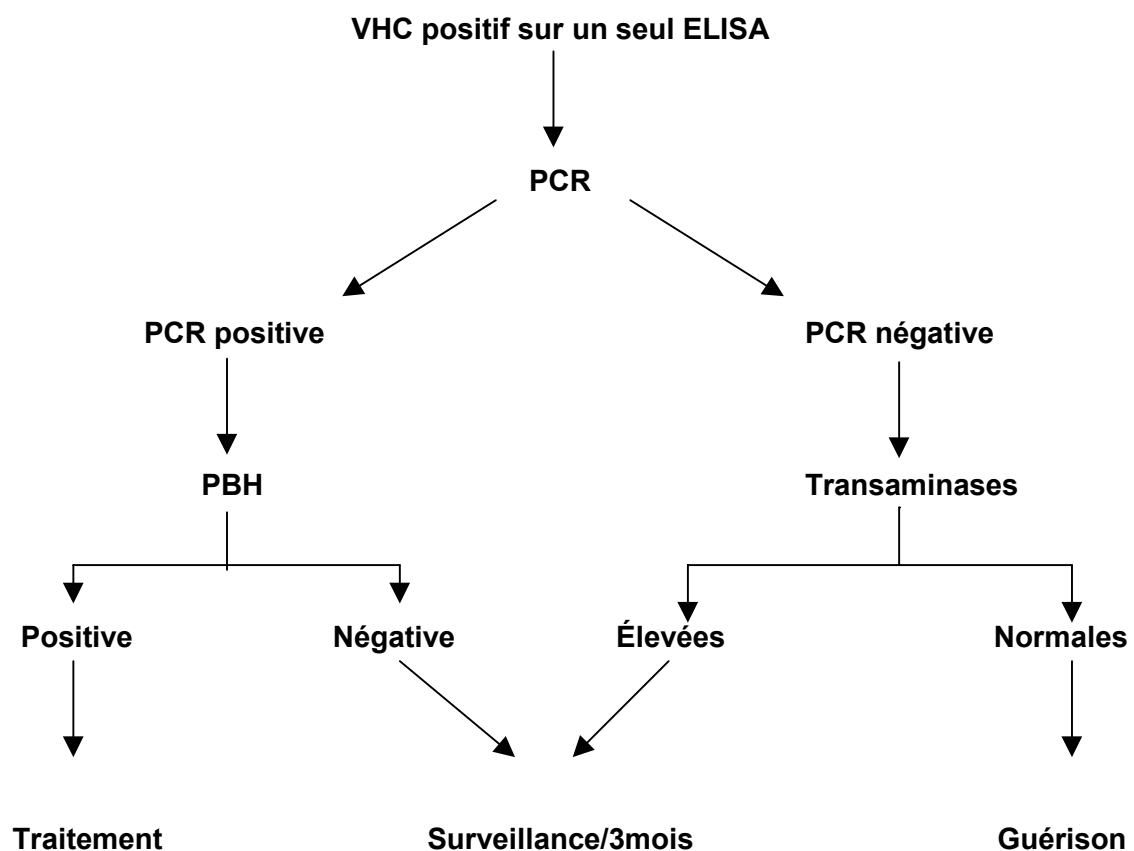
Les transaminases témoignent, elles, d'une cytolyse hépatique sans qu'il y ait corrélation entre leur taux et l'intensité de la destruction. Leur profil évolutif est fluctuant dans le temps. Elles font partie aussi bien du bilan initial que de la surveillance

La PBH permet une évaluation précise de l'atteinte histologique hépatique : inflammation, nécrose, fibrose. Son intérêt s'explique par les mauvaises corrélations entre la clinique, la biologie et l'histopathologie. C'est un outil d'aide à la décision thérapeutique.

b) Le schéma régional du pôle de référence

Par rapport à ce schéma officiel, le responsable du pôle régional de l'hépatite C prend quelque distance, en proposant d'emblée une PBH en cas de PCR positive et ce, quel que soit le taux des transaminases. Cette attitude est justifiée par le fait que 20% des personnes ayant une PCR positive avec transaminases normales ont déjà une hépatite active évolutive voire une cirrhose. « *C'est la PCR qui est l'élément discriminant, les transaminases seules ne suffisent pas* », affirmait-il.

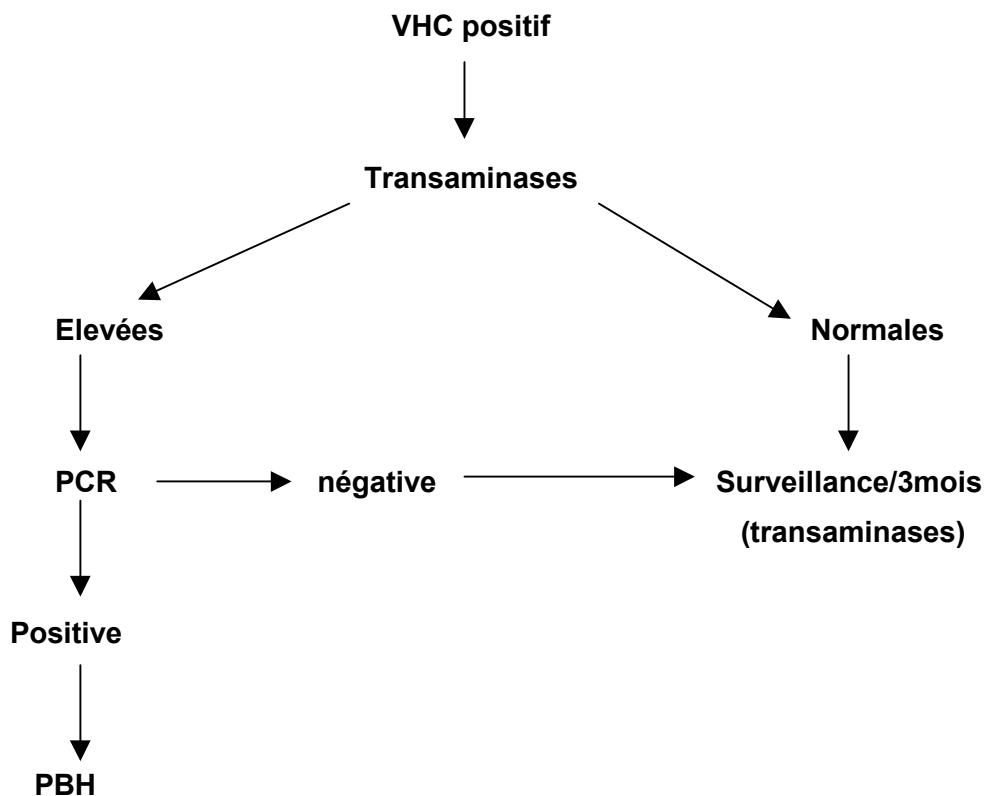
L'arbre décisionnel régional deviendrait alors le suivant :



La surveillance se fait par les transaminases. En cas d'élévation, la PCR sera répétée et la PBH indiquée si elle est positive.

c) Le protocole affiché du service médical de la maison d'arrêt de VLM

Tout en affirmant s'inscrire dans le réseau régional de l'hépatite C, le médecin chef du service médical a déclaré un protocole différent de prise en charge. En cas de tests sérologiques positifs, le bilan se poursuit par un dosage des transaminases sans réalisation d'emblée de la PCR. A titre indicatif, un dosage des transaminases coûte environ 34 Francs et une PCR 340 Francs, soit 10 fois plus. On peut supposer que ces paramètres financiers ont joué un rôle dans le protocole retenu :



L'élévation des transaminases est définie par une valeur supérieure à 2 fois la limite supérieure des valeurs normales.

La PBH sera réalisée sous trois conditions :

- accord préalable du malade
- résidence dans le département
- pas de sortie immédiate prévue.

Autant l'accord du malade est totalement indispensable, autant les deux autres conditions prêtent à discussion. L'accès aux soins est un droit fondamental, qui ne doit être soumis à aucune condition de résidence. Quant au délai de sortie, il est indépendant des prérogatives médicales et, de fait, ne devrait pas être considéré comme un critère d'accès à un examen. Même sortant, un détenu devrait toujours bénéficier d'un rendez-vous d'examen, qu'il effectuera ou non à sa sortie, comme l'a précisé un praticien hospitalier, qui avait travaillé dans cette maison d'arrêt.

Ce protocole aurait été validé par ce même praticien il y a quelques années, à l'époque où la sensibilité de la PCR était encore faible (seuil de détection à 1 000 copies/ml). Depuis, il n'a pas été réactualisé.

d) Les pratiques constatées

L'analyse des dossiers médicaux a conduit aux résultats suivants :

	Séropositivité documentée à l'entrée		Séropositivité déclarée à l'entrée	Séropositivité découverte lors du séjour
	Transferts	Connus du SM de VLM		
Répartition (n = 24)	4	8	10	2
Sérologies réalisées (n = 10)	2 (ELISA et RIBA +)	3 (ELISA et RIBA +)	3 ELISA (+) 2 RIBA (+)	2 ELISA (+) 1 RIBA (+)
Transaminases (n = 14)	3	5	5	1
Transa ↗ (n = 4)	1	2	1	0
PCR réalisée (n = 2)	0	1 (+)	1 (+)	0
PBH (n = 0)	0	0	0	0

Par rapport au protocole annoncé par le service médical, des discordances ont été constatées :

① seulement 58% (14/24) des détenus considérés comme VHC positifs par le service médical ont eu un dosage des transaminases

② la PCR n'a été réalisée que pour la moitié des détenus pour lesquels elle était indiquée (transaminases élevées).

③ aucun de ces 24 détenus n'a bénéficié d'un avis spécialisé malgré un tableau clinico-biologique préoccupant pour :

- les 4 détenus provenant des transferts, qui avaient tous une PCR positive connue à l'entrée et qui étaient présents à VLM depuis en moyenne plus de 5 mois. 2 d'entre eux avaient, en outre, des transaminases élevées, dont l'un avec un tableau clinique fortement évocateur d'une cryoglobulinémie en mai 2000. Il a été alors vu aux urgences du CHU de Montpellier. L'indication d'une PBH a été portée. En août, la PBH n'a toujours pas été réalisée, sans élément explicatif dans le dossier.
- un détenu, qui avait eu une bithérapie spécifique à l'entrée (Interféron et Ribavirine) et dont le traitement a été arrêté 2 semaines après, sur une PCR négative et des transaminases normales. Le détenu a signé une lettre de renoncement au traitement, sans qu'il y ait de précision notée sur d'éventuels effets secondaires supportés. La mise sous traitement est normalement initiée par un praticien hospitalier, son arrêt devrait également relever d'un avis spécialisé, ce d'autant plus que les circonstances de cet arrêt n'étaient pas claires. Selon le médecin chef, l'avis spécialisé aurait été pris par téléphone et le malade aurait refusé une PBH, sans trace écrite dans le dossier.
- 3 autres détenus bien connus du service médical de VLM et qui avaient des transaminases constamment élevées, sans PCR réalisée.

En l'absence de spécialiste consultant à la maison d'arrêt, le recours à une consultation externe hospitalière nécessite une extraction du détenu, sans garde policière puisqu'elle est de courte durée. Les coûts du déplacement et de la consultation sont à la charge du groupement privé.

④ aucune PBH n'a pu être réalisée. De l'avis du médecin chef, les facteurs limitatifs de la PBH seraient de trois ordres, outre le refus du patient :

- le turn-over important des détenus avec une durée moyenne de séjour de l'ordre de 2 à 3 mois

- les transferts inopinés
- les problèmes liés à l'extraction, en sachant qu'il ne peut y avoir que 2 extractions par jour et qu'un détenu insuffisant rénal mobilise déjà une extraction tous les 2 jours.

Néanmoins, pour les deux patients pour lesquels l'indication de la PBH paraissait pourtant claire, il n'y a pas eu ni de transfert inopiné ni de trace de refus ou de rendez-vous pris pour une consultation spécialisée.

4. Un traitement au compte-gouttes

Interrogé sur les modalités thérapeutiques, le médecin chef affirme avoir recours à la bithérapie préconisée, associant l'Interféron et la Ribavirine. « *Selon le résultat de la PBH, je propose le traitement. En même temps que je recherche des signes dépressifs ou des problèmes thyroïdiens* »

Le protocole thérapeutique est sans doute bien connu du praticien mais le service médical n'a fait une première commande des deux molécules citées que dans le courant de l'année 2000, avec une première et brève utilisation récemment, selon la pharmacienne rencontrée fin août 2000.

A la maison d'arrêt de VLM, l'accès au traitement représente l'étape ultime d'un parcours semé de difficultés, de la réalisation des tests sérologiques de dépistage à la PBH, en passant par la PCR et un avis spécialisé. Pour y arriver, le détenu aura franchi bien des obstacles et, une fois parvenu, il lui faudra affronter, malgré lui, l'incontournable problème du coût. En effet, à 45 000 Francs environ l'unité de traitement, le problème ne peut être éludé dans un système de gestion privée, comme l'a bien souligné le médecin chef au cours de l'entretien, « *qui va payer tout ça ?* ».

5. Un manque de visibilité dans le rapport d'activités

Le service médical de la maison d'arrêt de VLM n'adresse pas systématiquement au médecin inspecteur de la DDASS de véritable rapport d'activités. A ma requête, il m'a été remis un rapport succinct de l'activité médicale, dont la lecture a été déconcertante de prime abord, en raison de sa présentation sous forme de cumul d'actes. L'activité de dépistage en 1999 est ainsi présentée (extrait du rapport) :

	Janvier	Février	(etc...)	Cumul	Moy
Dépistages VIH	58	55		373	31
Nb bilan bio VIH	5	7		69	6
Dépistages Hépatites	143	115		771	64
Nb bilan bio HEP.C	9	8		208	17

Après une nécessaire explication de texte auprès des membres de l'équipe du service médical, il apparaît que toutes les sérologies servant au dépistage du VHB et VHC, quelles qu'elles soient, ont été colligées sans aucune distinction dans les relevés mensuels et le cumul annuel. Quant aux bilans biologiques de l'hépatite C, ont été comptabilisés exclusivement les dosages de transaminases, « *il n'y avait que ça de fait l'année dernière* »(infirmière).

L'ensemble du rapport d'activités se résume à un décompte d'actes effectués (consultations, analyses biologiques, clichés radiologiques) et de comprimés distribués, sans qu'on puisse savoir combien de sujets ont été pris en charge et si cette prise en charge a été satisfaisante. Le service médical se présente ainsi comme un producteur de services, dont la finalité reste entièrement à définir entre une banale vente de services ou une offre de soins adaptés. Ceci contraste curieusement avec le projet de service élaboré en 1998 par le médecin chef, qui évoquait à l'époque « le rôle d'observatoire épidémiologique (comme) une préoccupation de tous les jours ».

6. Enjeux économiques et enjeux professionnels

a) Enjeux économiques

Somme toute, l'ensemble de ces résultats est plus ou moins attendu dans une configuration de gestion comptable des dépenses, qu'elles soient de santé ou autre, avec pour toile de fond la question centrale des enjeux économiques. Certes, ces enjeux sont devenus cruciaux à toute entreprise, qu'elle soit publique ou privée. Cependant, la viabilité à long terme d'une entreprise ne se mesure pas seulement à sa rentabilité économique mais aussi à sa performance. Il est ainsi des entreprises privées, qui sont tout à fait capables de produire de la qualité tout en étant rentables. De même, des services publics de santé performants ont aussi des préoccupations financières, pour assurer leur viabilité.

Dans le cas présent du service médical de la maison d'arrêt de VLM, sept ans après les observations émises par les médecins inspecteurs sur l'insuffisance de la prise en charge du VIH, des carences similaires sur la prise en charge du VHC sont à nouveau observées. Il est fortement regrettable que l'entreprise n'ait pas su relever le défi de la qualité, peut-être parce

qu'elle se savait dans un secteur non concurrentiel. En effet, lors de l'appel d'offres lancé début 2000 par le ministère de la justice sur le renouvellement des marchés de fonctionnement des établissements 13 000, seuls ont répondu les quatre grands groupes déjà en présence. Par ailleurs, il est vrai aussi que l'état de santé des détenus n'est entré que depuis peu dans le champ de la conscience collective.

b) Enjeux des professionnels

Le plus étonnant dans ces résultats reste l'extraordinaire flexibilité des professionnels de santé de ce service médical. Un bon nombre d'entre eux y exercent depuis plusieurs années. Certes, ils assurent, à n'en pas douter, une tâche des plus difficiles, comme l'a témoigné cet ancien praticien du service : *« c'était dur, vous savez, très dur, les demandes de consultations pour tout et n'importe quoi . Ils ont du mérite, vous savez, ceux qui y travaillent. Ce qui était le plus difficile ? la violence, les mots, les gestes, surtout de la part des mineurs... »*. Néanmoins, pour certains, la marge de manœuvre devait être parfois bien confuse entre la compliance vis-à-vis d'un employeur soucieux avant tout de la rentabilité économique et les obligations déontologiques garantissant l'indépendance relative des praticiens et leur imposant de prodiguer à tout patient des soins conformes aux données actuelles de la science.

Au total, il apparaît que la prise en charge des détenus atteints d'hépatite C n'est pas actuellement satisfaisante à la maison d'arrêt de VLM, en raison des enjeux économiques d'une gestion dominée par le souci de rentabilité. Elle s'est effectuée de façon à ne pas déséquilibrer les comptes tout en affichant un certain degré de soins.

B. DES FACTEURS DE CONTRAINTE LIES AU MONDE CARCERAL

1. Les transferts inopinés et des ruptures dans la prise en charge

Les transferts inopinés des détenus constituent l'une des principales contraintes rapportées par les praticiens dans l'exercice de leurs fonctions en milieu carcéral, que ce soit à la maison d'arrêt de Béziers ou de VLM.

Ces transferts, d'après un des magistrats rencontrés, peuvent être distingués en deux grandes catégories :

① **les transferts sur décision judiciaire** : qui constituent, à son point de vue, « des cas marginaux ». Ils concernent les prévenus et non les condamnés et sont donc du ressort des juges d'instruction. Ils peuvent être demandés :

- soit par le juge d'instruction en charge de l'affaire : « *il m'est arrivé de demander le transfert d'un détenu... Si cela coïncide avec une hospitalisation décidée depuis longtemps, et si cela ne dépend que de moi, oui, je peux tout à fait surseoir au transfert si le service médical m'en fait la demande* » Jusqu'à présent, il n'a jamais été contacté par les médecins à ce sujet.
- soit par un procureur pour citation devant une audience pour d'autres délits commis en d'autres lieux. Explications : « *prenons par exemple quelqu'un qui est incarcéré ici pour un délit quelconque commis à Montpellier. Cette même personne est recherchée à Rouen, par exemple, pour d'autres délits commis là-bas. Après des recherches, mon collègue de Rouen découvre, un jour, sa présence ici à VLM. Vous savez, c'est très difficile de pister quelqu'un surtout s'il est en prison. C'est un paradoxe, qui vous fait rire, mais ce n'est pas rare que ce genre de situation survienne... Le parquet de Rouen peut alors requérir sa comparution immédiate à l'audience* ». Dans ce cas de figure, il est impossible de surseoir au transfert car une date d'audience ne peut être reportée. La maison d'arrêt est néanmoins avisée de la date de comparution une dizaine de jours avant. Ce délai laisse malgré tout une marge théorique de manœuvre pour les équipes soignantes en place.

② **les transferts sur décision de l'administration pénitentiaire** : ils concernent la majorité des transferts inopinés et uniquement les condamnés. « *C'est une décision propre à l'administration pénitentiaire, dans le cadre de sa gestion des effectifs des détenus* », ont expliqué les magistrats. Les magistrats, y compris les juges d'application des peines, n'interviennent pas dans cette gestion. D'après le responsable départemental du SPIP, la maison d'arrêt de VLM constitue, à ce titre, « *une soupape de sécurité pour les autres maisons d'arrêt de la région et d'ailleurs, qui y transfèrent leurs détenus en cas de trop plein. C'est une plaque tournante pour une bonne part des détenus* ». Ces propos concordent avec le contenu du rapport d'activités de l'année 1999 de la maison d'arrêt :

- plus du tiers des entrants (647/1773) provenaient des transferts
- 44% des détenus étaient originaires d'autres départements que l'Hérault
- la durée moyenne de séjour y était de 3,5 mois environ (104 jours).

En situation de transit, un bon tiers des détenus de VLM, selon le responsable du SPIP, ne penserait qu'à « *une chose : retourner chez eux, à Toulouse ou Perpignan, ou même*

Béziers ». Cette situation serait préjudiciable à toute forme de prise en charge des détenus, qui ne verraient pas d'intérêt à s'investir dans cette démarche.

Sous cet éclairage, l'examen des dossiers médicaux des 4 détenus provenant des transferts révèle que, pour 2 d'entre eux, le transfert a eu lieu peu de temps avant la date de rendez-vous pour la PBH. Du coup, le bilan a été reporté sine die et la suite du retard est ensuite due, nous l'avons vu, au service médical de VLM. Les praticiens de VLM, à leur tour, ont préféré attendre le retour de l'un des détenus dans sa région d'origine plutôt que d'engager un nouveau rendez-vous. Les transferts successifs ne seraient pas rares.

A ce propos, il n'y a pas de communication réellement établie entre le greffe et le service médical ou l'UCSA, qui n'est averti des mouvements des détenus souvent que le jour même, parfois la veille.

2. Les extractions problématiques et la PBH

Lors de la commission de surveillance de la maison d'arrêt de VLM, le représentant de la police a souligné l'insuffisance actuelle de ses effectifs pour assurer toutes les extractions demandées par l'établissement. Face à la montée en charge de ces extractions, il a demandé qu'une solution soit trouvée, étant entendu que les services de police ne peuvent aller au-delà de ce qui a été fait jusqu'à présent.

En raison du risque de complication hémorragique et des conditions de détention, la PBH nécessite une hospitalisation de 24 heures et donc la présence d'une garde policière. Avec l'implantation du service public hospitalier, il est fortement probable que les indications de la PBH croissent et du coup augmentent les recours aux forces de police.

Pour résoudre ce problème, rencontré ailleurs, un praticien du Centre hospitalier de Perpignan a suggéré une réflexion sur la mise sous traitement sans PBH, uniquement à partir des données clinico-biologiques pour les détenus.

Cette suggestion n'est pas soutenue par les praticiens du pôle de référence, pour deux raisons :

① La bithérapie n'est pas dénuée d'effets secondaires, dont certains peuvent être particulièrement graves en détention tels que les dépressions avec risque de passage à l'acte. Une inclusion large des détenus dans le protocole thérapeutique ne leur serait pas nécessairement bénéfique.

② En maison d'arrêt où la durée de séjour est relativement courte, la priorité n'est pas le traitement mais va au dépistage et à l'information des patients. En effet, la lenteur d'évolution de la maladie fait que l'urgence, dans ce contexte de détention, n'est pas de traiter à n'importe quel prix mais de dépister la maladie et d'en faire un premier bilan.

3. Une stratégie de réduction des risques mal définie

« *La réduction des risques, vous me dites...* », s'interrogeait un des magistrats, *non, je ne vois pas comment l'envisager en prison*»

a) Un traitement de substitution controversé

⇒ **La proportion des détenus sous substitution**

A Béziers, aucun détenu n'est sous traitement de substitution.

A VLM, en moyenne, 15 à 20 détenus seraient sous substitution par la Buprénorphine (Subutex*) chaque jour. Le jour de l'enquête, 10 noms étaient inscrits sur la liste de l'office servant de pharmacie soit 1,4% des détenus présents ce jour là. Ce taux était proche de celui trouvé (1,7%) lors d'une enquête « un jour donné » menée en mars 1998 par la direction des hôpitaux sur les traitements de substitution auprès de 168 unités médicales pénitentiaires (UCSA et services médicaux 13 000).

⇒ **Le principe de substitution**

A la maison d'arrêt de Béziers, un praticien de l'UCSA a manifesté son opposition à la prescription de tout traitement de substitution en détention, préférant la mise en place d'un sevrage pour les détenus toxicomanes.

A la maison d'arrêt de VLM, le traitement de substitution a été introduit sous les demandes pressantes de certains magistrats, confrontés aux délits itératifs liés à la consommation de drogues. Le juge d'application des peines actuel y est particulièrement favorable car, d'après son expérience, les chances de réinsertion des récidivistes toxicomanes lui paraissent meilleures chez les bénéficiaires de traitement de substitution.

Sans exprimer d'hostilité franche au principe de substitution, le médecin chef du service médical de VLM en a néanmoins limité l'accès :

① Seule la poursuite d'une substitution déjà initiée en milieu libre sera envisagée en détention, à condition qu'il y ait eu un suivi régulier de la dépendance par un même médecin traitant depuis plus de 6 mois avant l'incarcération. La décision de poursuivre ou non le traitement, après contact avec le médecin traitant habituel, est sous la gestion directe du médecin chef. En cas de refus de substitution, il sera institué un sevrage accompagné par les psychiatres et les psychologues. La posologie d'entrée sera réduite progressivement, avec pour objectif son arrêt au bout de 6 mois.

Les médicaments sont à prendre par les détenus en présence des infirmiers, pour réduire les risques de trafic entre détenus. Néanmoins, certains détenus « *arrivent malgré*

tout à les sortir » tandis que d'autres renonceraient à leur traitement pour « *éviter certaines pressions* »

La substitution, prescrite par un généraliste, est assortie d'un suivi par l'équipe psychiatrique.

② Aucune substitution n'est initiée en détention. Les raisons exposées tiennent à l'existence d'un « deal » de comprimés et autres entre les détenus, phénomène « *dont tout le monde est au courant, plus ou moins toléré jusqu'à un certain seuil* » (médecin) et qui risque d'être amplifié par une prescription large du traitement de substitution. Ces raisons étaient également celles évoquées par le médecin de l'UCSA de Béziers, qui refuse tout autant l'initiation que la poursuite du traitement de substitution.

Des enquêtes menées en 1998 par l'UCSA de Montauban auprès des UCSA des 12 maisons d'arrêt de Midi-Pyrénées ont montré un ressenti commun et des pratiques concordantes⁴⁶ :

- le scepticisme du personnel infirmier vis-à-vis de la valeur ajoutée de la substitution
- la réalité des pratiques de trafic et de détournement des prescriptions : 70% des détenus interrogés ont déclaré inhaler le produit et 10% se l'injecter
- la poursuite de la substitution après contact avec les prescripteurs antérieurs
- la nécessité de prise des médicaments à l'UCSA devant l'infirmière.

⇒ **Le sevrage imposé**

Au-delà de la question des enjeux économiques d'un Subutex* plus cher que des psychotropes utilisés dans le sevrage, une certaine résistance idéologique à la substitution reste perceptible et partagée aussi bien à VLM qu'à Béziers. Le temps passé en captivité est considéré par certains soignants comme un moment propice à une tentative de sevrage, ce d'autant plus que « *le sevrage, c'est une occasion de vivre son corps un temps sans drogue. Ça peut être une expérience marquante dans un parcours chaotique* » (psychologue).

Il s'agit pourtant d'un sevrage imposé, contraire aux droits des patients et dont l'efficacité reste à démontrer.

⁴⁶ Journée sur l'accès aux traitements de substitution en milieu carcéral. 11 mai 1999. Résumés des interventions. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

b) Un programme d'échanges de seringues contesté en détention

« Les seringues ? oui, comme la drogue, ça doit circuler, comme le reste » (juge). « Les seringues, on en trouve régulièrement dans la cour, c'est devenu comme une habitude. Il n'a pas si longtemps de ça, il y a même eu un décès par overdose » (médecin)

Au fil des entretiens, le thème de la seringue en prison s'est ainsi profilé comme un sujet relativement aisé à aborder. Sa présence dans l'enceinte même de la prison n'est nullement niée par l'un des magistrats : *« c'est une réalité qu'il ne faut pas masquer, à mon avis »*. Comment est-elle arrivée à franchir les murs de la prison ? *« Ils sont extrêmement ingénieux, vous ne savez peut-être pas, et tout dispositif, même le plus récent, comme ces portillons dans les aéroports, n'en viendra pas à bout »*, expliquait-il.

Tant qu'elle reste dans le domaine de l'illicite, elle semble être plus ou moins tolérée, du moins jusqu'à *« un certain seuil, sinon ça pète »* (médecin). Mais dès qu'il s'agit de la faire surgir dans le champ du licite, au travers d'un programme d'échanges dans une optique de réduction des risques, des oppositions se sont aussitôt levées.

Du côté des magistrats : *« L'usage de la drogue, même si on admet qu'elle circule en prison, est illicite. D'un côté, je sanctionne les délits induits par la drogue et d'un autre côté les médecins distribuent des seringues pour la consommation de la drogue. Avouez qu'on aboutirait à un non sens total ! »*. Opposition diversement exprimée : *« à l'extérieur, parler du shoot propre me met déjà mal à l'aise. C'est comme si on dit à ces jeunes : allez-y, continuez à vous défoncer, on vous assiste... »*.

Des ouvertures restent néanmoins possibles selon les magistrats. En effet, pour des délits le plus souvent liés à leur toxicomanie, les toxicomanes peuvent être mis soit en détention soit sous contrôle judiciaire avec obligation de soins pendant l'instruction. La décision pour l'une ou l'autre option dépend de la nature et de la gravité des délits, gravité au sens de la culpabilité et non des conséquences de l'acte commis. L'obligation de soins, ou l'injonction thérapeutique, est gérée médicalement par deux praticiens dans les locaux de la DDASS tous les mardis matins. Après instruction, la peine prononcée peut être un sursis avec mise à l'épreuve ou aménagée et c'est là qu'intervient le juge d'application des peines, qui peut prolonger ou prononcer l'obligation de soins. Pour quels résultats ? *« Dans l'ensemble, pas fameux mais quelques - uns s'en sont sortis »*, a confié l'un des juges.

c) Une mise à disposition de javel par défaut

A défaut de seringues, la javel est normalement cantinable à la maison d'arrêt de VLM, sous forme d'uni - doses. La quantité vendue n'est pas connue du service médical. Elle est toutefois présentée comme peu souvent disponible, comme le témoigne ce surveillant : *« la javel ? Oui, je la distribue quand il y en a. Et il y en a pas beaucoup, c'est moi qui vous le*

dis ». Elle est également mal comprise des surveillants : *« la javel, vous n'y pensez pas. Et s'ils nous la balancent au visage, dans les yeux ?... »* et utilisée parfois à d'autres fins : *« je me lave les mains avec ; regardez, on n'a même pas de savon pour se laver les mains »* (surveillant).

Tout comme le programme d'échanges de seringues, la mise à disposition de la javel fait partie d'une stratégie de réduction des risques en cours dans le milieu libre et qui a du mal à franchir les murs de la prison. Les acteurs en place éprouvent quelque mal à se situer entre la répression explicite de délits induits par l'usage de la drogue et l'assistance implicite à ce même usage, au travers de la réduction des risques. Deux logiques s'opposent dans un débat et un non - choix de société, qui dépasse largement le huis - clos carcéral. Il paraît alors difficile de demander aux différents partenaires d'ajuster leurs pratiques dans cet univers schizophrénique. Les médecins, même s'ils sont tentés par la prééminence du biomédical- réduire l'exposition au risque infectieux coûte que coûte - œuvrent dans un champ à multiples intervenants dont les priorités sont sans doute aussi légitimes que les leurs.

d) La prise de parole autour du risque : une initiative à favoriser ?

Le collectif SIDA de Béziers est composé de membres de diverses associations (SIDA-Info-Services, AIDES, ...) et de diverses institutions (service communal d'hygiène de Béziers, santé scolaire, UCSA de la maison d'arrêt de Béziers...). Ce collectif se réunit régulièrement et travaille sur des thèmes de prévention autour du SIDA mais aussi de la notion de risque, en direction d'un public jeune, socialisé ou désinséré.

En 1999, pour la journée du 1^{er} décembre, l'équipe a développé le thème de sa communication autour de la conduite à tenir en cas de prise de risque, s'attachant à répondre à la question : que dois-je faire maintenant que je pense avoir pris un risque ?

Pour 2000, l'idée retenue a été de communiquer plus en amont, sur le sens que pouvait revêtir une prise de risque : qu'est-ce que c'est que prendre un risque ? pourquoi l'avoir pris ? Il a été alors envisagé de proposer aux détenus de la maison d'arrêt de Béziers de s'exprimer autour de ces questions au travers d'un court métrage, destiné à être diffusé lors de la journée du 1^{er} décembre.

Cette initiative n'a pas pu se concrétiser, faute d'adhésion de toute l'équipe de l'UCSA. Pour certains, à Béziers comme à VLM, les groupes de parole présentent peu d'intérêt : *« les intérêts des détenus, c'est pas leur santé. C'est quand je vais sortir, comment je vais retourner chez moi, qu'est-ce que je vais trouver chez moi... »* (membre du SPIP) Ce point de vue n'est pas partagé par d'autres : *« ils posent beaucoup de questions sur leur corps, on a l'impression qu'ils se recentrent sur ça »* (psychologue).

Tous sont d'accord, par contre, sur les difficultés de réalisation des groupes de parole en raison des contraintes de la détention. La première contrainte est une contrainte de temps « *c'est long à mettre en place* » (infirmière) : après avoir proposé le thème, il faut attendre les réponses des détenus puis communiquer à l'administration les listes des participants. La deuxième contrainte se profile alors autour de la constitution des groupes. Certains détenus n'ont pas le droit de se rencontrer, par exemple pendant la période d'instruction de leurs dossiers.

A VLM, des détenus ont pu participer à quelques ateliers de prévention centrés sur l'hygiène, sous forme de cours dispensés où la parole a été plutôt directive. Le résultat en a été mitigé, selon l'équipe soignante. En revanche, la journée du 1^{er} décembre 2000, organisée par le milieu associatif autour d'un spectacle avec stand de rencontre, aurait remporté un relatif succès avec participation d'environ 70 détenus. Les questions à propos du risque auraient été nombreuses.

4. Un partenariat difficile

a) Une médecine pénitentiaire en quête de reconnaissance

A Béziers, où l'UCSA est rattachée au centre hospitalier, certains membres de l'équipe ont exprimé un sentiment d'isolement, sans réel projet d'équipe et sans connexion réellement fonctionnelle avec les services hospitaliers. La situation de cette UCSA est particulière, en ce sens qu'il existe un médecin généraliste libéral jouant le rôle de référent et une chefferie tournante assurée soit par le praticien de médecine interne soit par celui des urgences. L'absence de repère hospitalier fixe pour les intervenants à la maison d'arrêt ne favorise pas l'éclosion d'échanges interprofessionnels ni de véritable reconnaissance de l'unité en tant que telle. « *On a l'impression de faire partie de l'hôpital sans vraiment en faire partie* » (psychologue).

A VLM, où le service médical est tenu par des praticiens libéraux avec une chefferie de service bien identifiée, l'équipe fonctionne néanmoins en autarcie, sans échange avec d'autres unités médicales carcérales, ce d'autant plus que le groupement privé du Sud, en charge de 5 établissements pénitentiaires, dont cette maison d'arrêt, a tardé à nommer un référent médical chargé de la coordination entre les services. Le service médical fonctionne au jour le jour, sans véritable réflexion d'équipe autour d'un projet commun.

L'isolement de ces unités médicales tient en partie à la non reconnaissance d'une spécificité propre à la médecine pénitentiaire, qui se cherche encore et qui est perçue comme une entité dépendante, dont le rattachement demeure mouvant : médecine interne pour certains hôpitaux, urgences pour les autres, médecine légale pour d'autres encore.

b) Des secrets malmenés

Dans l'univers clos de la prison, le secret médical est vécu difficilement par les différentes catégories de personnel en place, qui souhaitent un partage au profit d'un secret professionnel commun. Les praticiens se montrent particulièrement vigilants et opposent une fin de non recevoir à cette revendication, d'où des tensions diversement exprimées :

① par les surveillants, qui déclarent se sentir obligés d'être constamment sur le qui-vive vis-à-vis des détenus, considérés comme des « *sidaïques* ». Selon eux, leur perception des détenus serait autre « *si les médecins nous informaient des détenus « chargés » au lieu de se réfugier derrière le secret médical. Les surveillants sont eux aussi astreints au secret professionnel* ». Le sentiment général s'est précisé au travers du vécu personnel : « *la dernière fois qu'il y avait un détenu tuberculeux, on l'a su que quinze jours après et de façon informelle. Personne ne nous dit rien. On a une famille à qui on peut ramener ça !* ».

② par les professionnels du SPIP : « *Les médecins nous opposent souvent le secret médical mais nous, on ne demande pas le nom de la maladie. Et nous aussi, on est astreint au secret professionnel* ».

Au-delà de ces considérations personnelles, la présence dans certains dossiers médicaux d'une notice individuelle relative à chaque détenu soulève des interrogations. Sur cette notice, expliquait l'un des juges, dont « *le modèle a été décidé par la Chancellerie* », figurent deux parties distinctes :

① une première partie dévolue aux renseignements judiciaires : « *première ou nième condamnation, personne à isoler ou non, susceptible de poser ou non des problèmes de sécurité* »

② une deuxième partie contenant des renseignements médicaux confidentiels, qui ont été portés à la connaissance du juge et qui ne sont à communiquer théoriquement qu'au service médical. De l'avis d'un des magistrats rencontrés, le remplissage de cette partie l'a souvent « *mis mal à l'aise, en raison du problème du secret médical vis-à-vis du greffe, des surveillants* ».

En effet, cette notice accompagne le prévenu et est remise au greffe à son entrée dans la maison d'arrêt. A contrario, la présence du volet judiciaire dans le dossier médical peut paraître également malencontreuse, dans la mesure où « *le service médical n'a pas à connaître les informations judiciaires sur la personne, en dehors du délinquant sexuel* ». Les médecins sont-ils « *capables de dépasser cet aspect judiciaire dans leur fonction de soignants* » (juge) ?

c) Des logiques de fonctionnement cloisonnées

⇒ Partenariat SPIP et CPAM

Mis en place par le décret du 13 avril 1999, le SPIP est chargé de l'accueil et du suivi des détenus, en collaboration avec tous les services, tout en préparant leur insertion à la sortie. Il a pour charge, en particulier, de s'assurer de la protection sociale des détenus.

Les relations du SPIP avec les CPAM sont différentes selon qu'il s'agisse de VLM ou de Béziers.

① A VLM, le SPIP transmet régulièrement les listings des entrants à la CPAM de Montpellier. Les détenus se voient ensuite attribuer un numéro d'immatriculation, le plus souvent provisoire, pendant leur détention. La caisse n'attribue pas de numéro définitif, tant qu'elle n'est pas en possession de pièces d'identité jugées « *valables* ». Or, dans la procédure arrêtée par la circulaire ministérielle relative à la protection sociale des détenus⁴⁷, il est stipulé que l'administration pénitentiaire ne fournit à la CPAM qu'une fiche de renseignements établie à partir d'éléments de l'état -civil de la fiche pénale et non des copies des pièces d'identité. Il existe là un hiatus entre les obligations réglementaires imposées au SPIP et les exigences de la CPAM.

A leur sortie, munis de leurs pièces d'identité, les détenus devront démarcher auprès de la caisse la plus proche de leur domicile pour obtenir une affiliation définitive et l'ouverture éventuelle de leurs droits à la Couverture Médicale Universelle (CMU) complémentaire.

② La CPAM de Béziers, elle, fait de la couverture sociale des détenus, considérés comme un public précaire, un de ses dossiers prioritaires. A la maison d'arrêt de Béziers, un personnel de la CPAM assure une permanence régulière et se charge d'effectuer, pour les sortants n'habitant pas Béziers, le relais avec les caisses dont ils vont dépendre.

⇒ Partenariat SPIP et service médical de VLM

Censés œuvrer en partenariat, le SPIP et le service médical de VLM fonctionnent en fait parallèlement, sans parvenir à se rencontrer. Une première rencontre a eu lieu entre le SPIP et le service médical en avril 2000, afin d'instaurer des réunions mensuelles de suivi commun de certains détenus pour pouvoir préparer leur sortie. Aucune réunion n'a eu lieu depuis, en raison semble-t-il du désaccord entre médecins sur l'utilité de la rencontre. Ce désaccord reposerait sur la réticence de certains praticiens, soucieux de préserver un secret médical pas toujours justifié selon les membres du SPIP.

⁴⁷ Circulaire relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale et guide méthodologique.

Ainsi, les difficultés rencontrées par le SPIP dans l'affiliation à la sécurité sociale des détenus ne sont pas connues du service médical. Les sorties se faisant le plus souvent un vendredi, il n'est pas rare qu'un détenu, alors sous traitement, sorte sans médicament d'avance et avec une démarche supplémentaire à effectuer pour la CMU complémentaire.

⇒ **Partenariat service médical et magistrats**

Il n'existe pas de partenariat ni de tentative de dialogue entre les médecins et les juges. Cette situation est due au fait que les médecins, soucieux du secret médical à l'égard des patients, ne souhaitent pas interférer dans des décisions judiciaires, qui ne les regardent pas. Pourtant, des interférences existent, au travers des témoignages des uns et des autres. *« Il y a des détenus qui arrivent et qui me disent : le juge m'a dit que vous alliez me donner du Subutex*. Je leur réponds : c'est moi qui décide »* (médecin). *« Les médecins ne sont pas très partisans de la substitution. Pourquoi, je ne sais pas. Ils sont libres de faire comme bon leur semble. Je ne peux rien leur imposer...Non, on n'a pas eu l'occasion d'en discuter. Je ne les vois pas, vous savez »* (magistrat).

Ne serait-ce qu'au travers du thème de la substitution, qui intéresse autant les détenus, les magistrats que les médecins, il n'y a pas eu de concertation entre médecins et magistrats en vue d'une décision éclairée et cohérente au profit des détenus.

⇒ **Partenariat service médical et administration pénitentiaire**

Au sein de la maison d'arrêt de VLM, le service médical constitue une unité fonctionnelle à part. Les relations avec l'administration pénitentiaire se font le plus souvent au coup par coup, sans rencontre ni plan de communication programmé sur, par exemple, les mouvements de sortie ou de transferts des détenus. Le service médical subit le turn-over des détenus, ce qui peut contribuer à altérer la gestion sanitaire des détenus.

Le médecin chef ne participe pas non plus à la commission de surveillance de l'établissement, où les faits marquants de l'année, tels que les tentatives de suicide ou suicides des détenus ou les problèmes d'extraction pour des raisons médicales sont pourtant évoqués.

5. Une médecine de prévention du personnel oubliée

Interrogés sur leur conduite personnelle lors de leur dernier cas d'exposition au sang, les surveillants ont déploré un défaut d'information et l'insuffisance de moyens individuels de protection mis à leur disposition.

Le défaut d'information concerne les maladies jugées transmissibles, comme les hépatites, la tuberculose mais aussi des dermatoses, quelle qu'en soit l'étiologie. « *Le SIDA, depuis le temps, on est bien informé. L'hépatite, je connais un peu mais alors la tuberculose, pas du tout. On nous dit que c'est la maladie du siècle passé mais j'y crois pas, y en a plein en ce moment* » (surveillant). Un autre surveillant témoigne également : « *Avant, là où j'étais, quand la personne avait de gros problèmes de peau, on désinfectait la cellule et on la condamnait pour plusieurs jours. Ici, jamais on a fait ça. Des infos sur l'hygiène, il en faudrait ici* ».

Concernant les mesures individuelles de protection, les surveillants ont mis en avant l'absence de gants rapidement disponibles. Les gants sont « *sous clé chez le gradé. Quand vous êtes appelé pour une urgence, un détenu qui se coupe, vous n'avez pas le temps d'aller chercher le gradé pour les gants* ». Du coup, ils déclarent faire l'hémostase avec ce qu'ils avaient sous la main, « *un drap, une serviette, n'importe quoi* ». Les locaux souillés seraient ensuite nettoyés par « *l'auxi* » (le détenu en charge de l'entretien), « *avec ce qu'il a* ». Les lavabos, où les surveillants peuvent ensuite se laver les mains, sont dépourvus de distributeur de savon et d'essuie - mains jetables.

Leur principale revendication dans ce domaine, même s'ils répètent que « *la santé, c'est pas ça qui nous donne de la reconnaissance* », concerne la présence régulière d'un médecin du travail, pour les « *écouter et donner des conseils* », dans un bureau extérieur à l'administration, afin de préserver la confidentialité de leur démarche. A ce sujet, le sentiment de concurrence avec les détenus s'est exprimé fortement : « *oui, ce serait bien d'avoir un médecin pour nous ici* » ; « *nous, on a aucun droit. Eux, ils ont tous les droits et ils le savent et n'hésitent pas à vous insulter tous les quatre matins* ».

Au fil des résultats obtenus et de leur analyse, il apparaît que la prise en charge de l'hépatite C par le service médical de la maison d'arrêt de VLM est perfectible à la fois sur le plan des pratiques strictement médicales, du dépistage au suivi et sur le plan de la prévention d'une maladie transmissible dans un milieu fermé.

Des propositions d'action sont exposées dans le chapitre suivant, en vue d'apporter une amélioration à la gestion actuelle de cette maladie.

TROISIEME PARTIE : LIMITES ET PROPOSITIONS

Après une discussion sur les limites de la démarche utilisée, nous entamerons des propositions d'action visant à améliorer les conditions de prise en charge de l'hépatite C en particulier et des maladies transmissibles en général en maison d'arrêt.

I. LES LIMITES METHODOLOGIQUES

A. LES LIMITES DU RECUEIL QUALITATIF

1. L'impact de la décision ministérielle

Bien que la majorité des entretiens nous aient apporté une grande richesse d'informations, on peut toutefois en pointer quelques limites.

En juin 2000, au moment où le sujet du mémoire a été proposé, il était toujours question de reconduire la gestion déléguée des établissements 13 000. Cette situation a duré jusqu'à fin décembre 2000, où la décision de confier le volet santé de ces établissements au service public hospitalier a été connue officiellement.

Le changement intervenu a entraîné une certaine déstabilisation dans le cours du mémoire. En effet, tous les entretiens réalisés avant fin décembre 2000 n'ont pas abordé les problèmes posés par la transition du privé au public, puisqu'elle n'avait pas lieu d'être.

En janvier 2001, lors de la rencontre avec le service médical de la maison d'arrêt de VLM, le personnel a surtout manifesté le souci bien légitime de son avenir professionnel immédiat. Même si l'assurance de sa reconduction en l'état a été renouvelée, des interrogations et doutes subsistaient. Ainsi, sur certaines questions de prise en charge des détenus, le médecin chef s'est montré particulièrement prudent dans ses réponses, ce qui a rendu l'entretien peu fructueux et ne nous a pas permis d'avancer davantage.

2. L'absence de rencontre directe avec les détenus

En réponse aux objectifs de l'étude, la méthodologie employée a permis de poser un diagnostic sur la gestion de l'hépatite C par le service médical de la maison d'arrêt de VLM. Ce diagnostic a mis en lumière des lacunes et a soulevé des interrogations sur la qualité de cette gestion. Ces questions mériteraient une rencontre directe avec les détenus, afin de

recueillir leurs perceptions des services rendus par le service médical et de les confronter ensuite aux résultats de l'étude.

Pour être exhaustif, une vingtaine d'entretiens seraient nécessaires, en recrutant aussi bien parmi les détenus ayant refusé les tests (circonstances du refus) que ceux l'ayant accepté (raisons de l'acceptation). Parmi ceux ayant accepté le dépistage, les sujets séronégatifs (information sur le risque reçue ou non) et séropositifs (vécu de la maladie) pourraient être également rencontrés.

Or, compte -tenu de l'ampleur des recherches réalisées tant quantitatives (les 346 dossiers de laboratoire) que qualitatives (20 entretiens), il nous a paru difficile de mener une telle enquête dans le cadre imparti au mémoire.

B. LES LIMITES DU RECUEIL QUANTITATIF

Le caractère rétrospectif de l'étude constitue une première limite dans le recueil des données. En effet, les taux de dépistage et de prévalence observés en 1999 ne sont valables que pour 1999. En 2000, avec une enveloppe financière prévisionnelle déclarée presque doublée (450 000 en 1999 et 890 000 en 2000), le nombre de tests réalisés a augmenté, certes dans un moindre rapport (229 pour les 8 premiers mois de 1999 versus 306 pour la même durée en 2000, soit une augmentation de 33,6%), sans que l'on puisse encore connaître le nombre d'entrants et de transferts. En outre, le taux de prévalence observé n'a qu'une valeur indicative puisqu'il n'est basé que sur un seul ELISA, en l'absence de test de confirmation pour près de la moitié des résultats.

Une deuxième limite peut provenir du décalage dans le temps entre les données de laboratoire (année 1999) et celles des dossiers médicaux des détenus VHC positifs et présents un jour donné (année 2000). Ce décalage n'est toutefois pas préjudiciable à l'analyse car les données du laboratoire ont surtout servi aux calculs des taux de dépistage et de prévalence observés. Les données des dossiers médicaux, elles, ont servi à la connaissance des pratiques dans le suivi d'une séropositivité.

Une troisième limite peut résulter du biais de représentativité induit par l'étude « un jour donné » des dossiers médicaux des détenus VHC positifs, comme dans toute enquête transversale de ce type.

Les limites ainsi pointées de l'étude seront prises en compte dans les propositions d'action qui vont suivre.

II. LES PROPOSITIONS D'ACTION

A. LES CONDITIONS D'UNE TRANSITION REUSSIE

L'inscription dans le service public hospitalier représente pour le service médical de la maison d'arrêt de VLM une belle opportunité de changement. Certes, le service public ne signifie pas pour autant le meilleur des mondes : il est également soumis à des pressions financières, moins fortes néanmoins que dans le secteur privé, tout en assurant une qualité tout autant perfectible. Cependant, la conjoncture est particulièrement favorable à la réalisation de cette transition, à la fois sur le plan national et sur le plan local.

Au plan national, la consigne de largesse est de règle vis-à-vis non seulement du personnel des services médicaux 13 000 mais aussi du budget nécessaire à la poursuite et au renforcement de leurs missions.

Au plan local, le CHU de Montpellier se retrouve en position de force pour négocier son budget, suite à la reconnaissance par l'IGAS de sa sous-dotation, bien que l'analyse des données du PMSI (Programme Médicalisé du Système d'Information) par la DRASS ait indiqué une tendance contraire.

Dans ce contexte, le CHU, tout comme la DDASS en charge de ce dossier sous le contrôle de l'ARH, ont tout intérêt à ajuster les demandes de moyens aux besoins des détenus. Dans un premier temps, les priorités concernent la désignation d'un chef de service, l'élaboration d'un projet de service et la mise en place de temps médicaux supplémentaires.

1. Une chefferie de service à assurer par un praticien hospitalier

L'intégration à venir au CHU de Montpellier devrait permettre au service médical de sortir de son isolement médical, à condition qu'elle soit pleinement effective. A ce titre, l'expérience de l'UCSA de Béziers est particulièrement riche d'enseignements sur ce qu'il faudrait éviter, à savoir l'existence d'un référent libéral doublée d'une chefferie hospitalière symbolique, ce qui n'a pas permis à cette unité de participer réellement à la vie hospitalière.

Or, dans la précipitation induite par le délai très court pour la mise en place de la transition, le CHU de Montpellier n'a pas eu le temps de mener un véritable débat sur le choix d'un chef de service. La commission médicale d'établissement a dû, en effet, prendre rapidement une décision fin janvier 2001. Elle a désigné deux praticiens responsables de l'unité médicale de la maison d'arrêt : un praticien de médecine légale pour l'aspect somatique et un psychiatre pour l'aspect mental de la prise en charge des détenus, tout en conférant au médecin chef actuel ses prérogatives en cours.

Sur le plan du fonctionnement, rappelons:

- que le CHU a déjà pour principale caractéristique son éclatement en multi -sites
- que la maison d'arrêt va être désormais marquée par une triple gestion : fonctions de direction, de greffe et de surveillance par l'administration pénitentiaire, fonctions d'intendance et de logistique par le groupement privé et fonction santé par le service public hospitalier
- que le service médical, quant à lui, sera géré par le médecin chef actuel, chapeauté par deux praticiens hospitaliers, dont un médecin légiste et un psychiatre travaillant sur des sites différents.

Cette configuration à venir manque d'unité. Dans ces conditions, arriver à une gestion cohérente va constituer un véritable challenge pour les différents acteurs, qui vont devoir faire preuve d'une souplesse et d'une ingéniosité hors du commun, pour arriver à coordonner les logiques de chacun.

Pour le médecin inspecteur de santé publique, assurer la qualité de la gestion sanitaire des détenus nécessite d'engager, auprès des partenaires, une véritable réflexion sur l'unité du service. A l'évidence, le service médical de VLM n'a besoin que d'un seul pilote. La multiplicité des praticiens et de leurs responsabilités ne paraît pas opportune dans une optique de prise en charge globale et non morcelée des détenus. La question statutaire fait que le pilote en question ne peut être qu'un praticien hospitalier. Il doit être suffisamment disponible et motivé, avec pour mission, à moyen terme, d'intégrer pleinement le service médical dans le fonctionnement du CHU, au travers d'un projet de service.

2. Un véritable projet de service à élaborer

En l'état actuel, le service médical de VLM ne dispose pas de réel projet de service. Pourtant, le médecin chef actuel a bien tenté d'en esquisser un en 1998. Ce « projet » est resté symbolique, car plus de trois ans après, il n'y a eu que très peu de réalisations, en dehors de la fiche de poste de l'infirmière référente (arrivée mi - 1999) et d'un dossier médical classique, divisé en rubriques à remplir (antécédents médicaux et chirurgicaux, examen clinique par appareil). Le remplissage en a été, nous l'avons vu, assez aléatoire. De même, les rapports d'activité ne permettent pas d'avoir une vision globale de la santé des entrants de cette maison d'arrêt, ni une approche des problèmes rencontrés.

Pour insuffler un dynamisme à cette équipe, qui recèle sans nul doute des compétences mais qui a pris l'habitude de fonctionner repliée sur elle-même, un nouveau projet de service paraît opportun autour de quelques axes.

a) En direction du personnel

① une évaluation des pratiques et connaissances des soignants en matière d'hygiène et de stérilisation par un cadre hospitalier spécialisé en hygiène hospitalière s'impose, ce d'autant plus que le service médical dispose d'un cabinet dentaire au turn-over important. Cette évaluation servira à la mise en place d'une éventuelle formation adaptée.

② un plan de formation des soignants est souhaitable, à la fois à l'évaluation individuelle du risque par le CDAG et à l'animation d'ateliers d'éducation à la santé par le Comité Départemental d'Éducation à la Santé (CODES).

b) En direction des détenus

① Pour permettre une connaissance de leurs besoins :

- mise en place d'une étude prospective auprès de tous les entrants consécutifs sur une période de 6 mois, ciblant en priorité les maladies transmissibles (prévalence du VIH, VHB et VHC)
- soutien au médecin du CISIH, en collaboration avec une association, pour la mise en place d'une enquête auprès des entrants sur leurs représentations des hépatites

② Les avis des détenus seront à recueillir au travers d'une enquête de satisfaction des services rendus auprès des sortants. Cette enquête servira à l'évaluation qualitative du service médical.

En tenant compte du passé de ce service médical, la validité du projet de service passe par une implication régulière du médecin inspecteur de santé publique, qui pourrait participer à son élaboration et à son suivi. Sans regard extérieur, le dynamisme insufflé peut vite s'épuiser, au détriment de la qualité des soins.

3. Des temps médicaux supplémentaires

Le service médical ne dispose que d'un temps plein de médecin généraliste, à peine suffisant pour les actes courants de consultation, avec quelques consultations spécialisées à la demande des généralistes et sans temps de radiologue pour la lecture des clichés radiologiques. C'est le généraliste, faisant fonction de médecin chef, qui assure cette lecture spécialisée, avec tous les aléas que cela peut comporter.

Pour un meilleur accès aux soins et une meilleure qualité des soins, des temps médicaux supplémentaires sont indispensables :

- en médecine générale : réduction des délais de consultations et temps à consacrer aux réunions et à la coordination
- en médecine spécialisée : radiologue, ophtalmologue, hépatologue, ...

B. LES OBJECTIFS DE PRISE EN CHARGE DE L'HEPATITE C EN MAISON D'ARRET

Compte - tenu du turn-over rapide des détenus en maison d'arrêt, les priorités dans la prise en charge de l'hépatite C vont vers :

- une proposition systématique de dépistage à tous les entrants avec évaluation individuelle du risque
- un rendu systématique des résultats à tous avec information sur le risque de transmission
- un bilan initial et de suivi, conforme aux bonnes pratiques en cas de résultat positif
- une préparation à la sortie avec prise de rendez-vous avec les correspondants extérieurs.

Le dépistage et le bilan requièrent une harmonisation des pratiques au sein de ce service médical. L'information sur le risque passe par une réflexion sur les moyens appropriés. Quant à la préparation à la sortie, le travail en partenariat est à construire.

1. Une harmonisation des pratiques

a) Le dépistage

L'intégration au CHU de Montpellier doit être l'occasion pour les praticiens du service médical de se conformer aux bonnes pratiques en matière de dépistage et de bilan de l'hépatite C. Pour le dépistage, le recours à 2 tests ELISA semble suffisant selon les données actuelles. Il faut noter que le laboratoire de virologie du CHU préconise, lui, la réalisation d'un ELISA suivi d'une PCR. Même s'il paraît brûler les étapes aux yeux de certains biologistes et au vu des recommandations officielles, ce schéma semble présenter un avantage en termes de gain de temps. Le bénéfice escompté est néanmoins à mieux évaluer, d'abord au travers d'une discussion avec les virologues. En attendant, les 2 ELISA sont à réaliser sur deux prélèvements différents, dans un délai le plus court possible.

b) Le bilan

En ce qui concerne le bilan, la PCR constitue un élément incontournable. Lors de l'entrevue de fin janvier 2001, le médecin chef du service médical de VLM semblait l'avoir accepté et nous a assuré l'incorporer dorénavant dans les bilans.

Quant à l'accès à la PBH, en dehors de l'accord du patient, aucune condition de résidence ni de délai de séjour n'est à requérir.

Pour affiner le suivi des patients, la mise en place d'une consultation avancée d'un hépatologue est à favoriser.

1. L'information sur le risque

a) L'information individualisée

Pour les détenus séronégatifs, le rendu des résultats doit être l'occasion de les informer sur la maladie et ses risques de transmission. L'information individualisée a pour avantage de personnaliser le discours de prévention, mais il a également pour inconvénient d'induire une certaine lassitude chez les soignants, comme l'a confié un praticien : « *répéter à longueur de journée la même chose, cela devient lassant* ».

Une participation active des infirmières, associée à une augmentation du temps médical, ce d'autant plus que le temps médical actuel est insuffisant pour assurer les consultations de rendu des résultats, permettront peut-être de contourner l'écueil de la lassitude évoquée.

b) L'information collective

Au-delà de l'information individualisée, il y a la possibilité d'une information collective, par le biais de groupes de parole autour de la notion du risque. L'initiative, lancée par le collectif SIDA de Béziers, mérite un développement à VLM, après une formation adéquate du personnel.

2. La préparation à la sortie

a) Un protocole à mettre en place

Actuellement, le service médical fonctionne en électron libre au sein de la maison d'arrêt de VLM. Il n'a pratiquement pas de relation avec la direction de l'établissement, ni avec le greffe, ni avec le SPIP.

Pour permettre la préparation à la sortie des détenus dans des conditions optimales, un travail en partenariat avec le greffe et le SPIP s'avère nécessaire. En raison des difficultés

rapportées par le SPIP, le médecin inspecteur de santé publique peut tout à fait impulser la mise en place des premières rencontres, ce d'autant plus que le SPIP s'y est déclaré favorable. Un protocole de suivi commun des détenus en situation médico-sociale difficile est à élaborer par les partenaires en place, pour favoriser au mieux leur réinsertion. Un détenu sous traitement et sortant doit disposer de médicaments d'avance, d'une ordonnance, d'adresses de correspondants extérieurs et d'une couverture sociale opérationnelle immédiate.

Une association se propose d'ailleurs d'éditer un dépliant avec un plan de la ville et des adresses des principaux lieux d'accueil. Ce dépliant serait remis par le greffe à tous les entrants.

b) Un accès plus facile à l'assurance maladie

Concernant les difficultés rencontrées par le SPIP pour l'affiliation des détenus à la CPAM de Montpellier, une rencontre entre le médecin inspecteur de santé publique et le directeur de la CPAM est vivement souhaitée par le SPIP, afin d'aboutir à une solution satisfaisante pour certains détenus. En effet, la CPAM de Montpellier impose à tous les détenus sortants, qui n'ont pas de numéro définitif d'immatriculation, de se présenter à la caisse dont dépend leur domicile pour obtenir leur affiliation. Cette démarche supplémentaire n'est pas toujours aisée pour des personnes déjà en situation sociale précaire.

La solution passerait par

- la mise en place au sein de la maison d'arrêt de VLM d'une permanence de la CPAM, comme à Béziers
- l'intégration des détenus comme un public prioritaire parmi les bénéficiaires de l'assurance maladie.

C. UNE STRATEGIE DE REDUCTION DES RISQUES A ADAPTER

La prise en charge de l'hépatite C en particulier et des maladies transmissibles en général serait incomplète sans une réflexion sur les moyens de réduction des risques de transmission. Cette réflexion est d'autant plus salutaire que les intervenants en milieu carcéral éprouvent quelques difficultés à se positionner.

1. Seringue et javel : des outils appropriés ?

Aucun des interlocuteurs rencontrés, des magistrats aux soignants et surveillants, n'a nié la présence de la drogue en prison. Avec elle circulent les seringues, avec risque d'échanges et donc de transmission des infections. Bien que la circulaire du ministère de la santé relative à l'organisation des soins pour les personnes atteintes d'hépatite C⁷ soit particulièrement

ambivalente (« la prévention et la réduction des risques doivent être impérativement développés en milieu pénitentiaire, (...) par la mise à disposition d'outils appropriés »), le code pénal est, lui, sans ambiguïté, d'après les magistrats interviewés (« *l'usage de la drogue est illicite* »).

Dans ce contexte et dans l'état actuel des paroles exprimées, le programme d'échanges de seringues paraît actuellement inapproprié dans cette maison d'arrêt. Le futur verra peut-être un changement et le discours biomédical de la réduction des risques infectieux avant toute chose sera peut-être entendu.

Corollaire à l'échange de seringues, la mise à disposition de la javel est escamotée dans cette maison d'arrêt, sans doute parce qu'elle est tout autant contestée. Le médecin inspecteur de santé publique peut bien sûr entamer des discussions sur ce thème auprès du personnel soignant et du personnel pénitentiaire. Mais derrière la réticence non exprimée franchement, les barrages continueront. Ces barrages peuvent se situer à des niveaux différents : la distribution mais aussi l'intendance, l'organisation. Au médecin inspecteur de convaincre tout le personnel impliqué de l'utilité de la mesure.

Dans ces circonstances, que reste-t-il encore comme outils appropriés de réduction des risques ? Le traitement de substitution.

2. La substitution à développer

Le traitement de substitution apparaît comme un outil incontournable dans la stratégie de réduction des risques en détention. Les opposants au principe de substitution avancent comme argument le fait qu'il favoriserait le trafic du Subutex* entre les détenus. Ils lui préfèrent le sevrage.

Cet argument trouve vite ses limites dans le fait que les benzodiazépines prescrites dans le sevrage font, elles aussi, l'objet d'un trafic et qu'un sevrage n'a de sens que s'il est voulu par le patient et non imposé. De même, une substitution n'a de sens que si elle fait partie intégrante d'une prise en charge globale avec accompagnement psychologique et social adéquat. C'est aussi l'occasion de restaurer un début de dialogue avec les plus marginalisés.

Le temps de l'incarcération pourrait ainsi représenter un temps fort dans le parcours sanitaire des toxicomanes, si les équipes soignantes en place leur proposent et non imposent une modalité commune de gestion de leur dépendance. Là encore, l'intervention du médecin inspecteur de santé publique est primordiale pour rappeler aux soignants leur mission ainsi que les droits des détenus.

D. L'EDUCATION POUR LA SANTE : UN OUTIL DE MOBILISATION COLLECTIVE

1. Un enjeu collectif

L'une des grandes caractéristiques révélées par l'étude est la déficience de communication entre le personnel pénitentiaire et le personnel médical, au bout de 10 ans de vie commune. Cette déficience tient au fait que les praticiens, soucieux de préserver une relation de confiance avec les détenus, ne semblent pas souhaiter s'investir dans un partenariat qui risquerait de la compromettre. De leur côté, surveillants et membres du SPIP revendiquent un secret professionnel commun, refusant d'accepter le principe d'un secret médical non partageable. Or, le partage du secret médical ne peut se concevoir qu'entre praticiens dans le cadre d'un exercice collectif de la médecine, ce qui n'est pas du tout le cas ici. Ce conflit latent entre professionnels sanitaires et pénitentiaires mérite une clarification sur ce qui est utile et partageable sans porter atteinte au secret médical, en vue d'une action commune de promotion de la santé.

En outre, les surveillants vivent une situation de concurrence avec les détenus. Ils se sentent lésés par l'absence d'un médecin de prévention à leur disposition dans l'enceinte de l'établissement, alors que les détenus bénéficient d'un service médical bien identifié. La présence dans la maison d'arrêt d'un médecin de prévention dédié aux surveillants permettrait d'atténuer ce sentiment de concurrence et de mettre en place des actions concertées d'éducation pour la santé.

Parce qu'elle les concerne tous, au travers notamment des thèmes de l'hygiène collective, de la prévention des maladies transmissibles et des conduites à risque, l'éducation pour la santé représente bel et bien un champ où les intérêts des uns et des autres peuvent se rencontrer sans s'affronter. Et parmi l'une des méthodes qui semblent être les plus appropriées en détention, on peut citer la formation - action.

2. La formation action⁴⁸

a) Ses objectifs

Parmi les missions confiées aux UCSA par la loi du 18 janvier 1994 figurait une mission d'éducation pour la santé en faveur des détenus. Or, l'éducation pour la santé constituait une

⁴⁸ Ce chapitre est inspiré du travail réalisé par C. QUÉLIER. Rapport d'évaluation de la formation action en éducation pour la santé en milieu pénitentiaire sur 10 sites pilotes. Août 2000.

nouveauté pour les équipes hospitalières, traditionnellement tournées vers les soins et non vers les actions de promotion de la santé.

En 1998, suite aux expériences menées par trois comités d'éducation pour la santé et à la diffusion d'un guide méthodologique « Promotion de la santé et milieu pénitentiaire », une formation action en éducation pour la santé a été proposée à tous les établissements pénitentiaires. Cette formation action avait pour objectifs :

- de faire découvrir aux professionnels pénitentiaires et sanitaires les concepts et les méthodes d'éducation pour la santé
- de faciliter leur travail en partenariat dans le cadre de cette mission
- de leur apporter une aide à l'élaboration et la mise en œuvre de leurs projets d'éducation pour la santé.

La formation action s'adressait à tous les professionnels désireux de s'engager dans cette démarche. Initialement, 10 sites pilotes ont été retenus. Les maisons d'arrêt de Béziers et de VLM n'ont pas été concernées mais on peut s'inspirer de cette expérience pour impulser des projets à venir.

b) Ses modalités

Comme son nom l'indique, la formation action a été organisée en deux temps :

- un temps de formation des équipes aux concepts de promotion de la santé et à la réflexion sur leur projet
- un temps d'action destiné à les aider dans la mise en place et le suivi de leur projet.

Début 2001, un appel à projets émanant de l'administration pénitentiaire et concernant la maison d'arrêt de VLM est bien parvenu à la DDASS de l'Hérault. Dans le contexte actuel de la transition, l'éducation pour la santé des détenus risque fort de passer au second plan. Une réflexion sera toutefois à mener par le médecin inspecteur de santé publique auprès de tous les intervenants en place pour élaborer les bases d'un projet commun en vue du prochain appel d'offres. En effet, comme l'a montré l'expérience dans un des sites pilotes, le médecin inspecteur de santé publique peut vraiment impulser la réponse à l'appel d'offre et aider à la construction du projet, du fait de sa formation en méthodologie en santé publique.

c) Ses points forts

Initialement limitée à 10 sites pilotes dans un cadre expérimental, la formation action a fait l'objet d'une évaluation externe portant sur l'ensemble de son processus et sur ses résultats. Cette évaluation a montré, entre autres, que la formation action :

- a permis le travail partenarial entre professionnels pénitentiaires et sanitaires, tout en invitant à une réflexion préalable sur les motifs de tension entre les surveillants et l'équipe soignante (clarification de la notion du secret médical, sentiment exprimé par les surveillants de ne pas bénéficier d'actions en leur faveur)
- a contribué, sur certains sites, à une amélioration des conditions de détention.

Par ses enjeux, la formation action mérite un développement progressif dans tous les établissements pénitentiaires, parce qu'elle présente comme atout majeur de faire rencontrer deux univers réputés inadaptés à l'éducation pour la santé :

- l'univers hospitalier formé au soin et qui va être amené à réfléchir sur ce qu'est la notion de santé, qui ne se résume pas à une absence de maladie
- l'univers pénitentiaire qui va devoir mener une réflexion sur les conditions de détention. En effet, l'institution pénitentiaire ne peut raisonnablement demander aux détenus des comportements de santé si en même temps elle ne s'engage pas à leur offrir des possibilités pour y parvenir. Comment va-t-elle intégrer les besoins de santé des détenus dont elle a la charge ?

Cette rencontre ne peut qu'améliorer les conditions d'exercice des professionnels sanitaires et pénitentiaires, en rompant leur isolement. Elle contribuera également à éveiller la conscience des détenus sur leur rôle propre en tant qu'acteurs à part entière de leur santé.

CONCLUSION

Choisie initialement comme un thème d'actualité, l'hépatite C s'est révélée progressivement, au fil de l'étude, comme un thème transversal de connaissance des pratiques sanitaires au sein d'une maison d'arrêt du programme 13 000.

En effet, l'étude, à la fois qualitative et quantitative sur les modalités de sa prise en charge par le service médical, a mis en lumière des lacunes liées à différents facteurs de contrainte. Il y a d'abord la contrainte du budget global dans un contexte de gestion privée, préoccupée avant tout de l'équilibre financier voire de la rentabilité économique. Cet aspect a induit des écarts de prise en charge par rapport aux recommandations de bonnes pratiques. Viennent ensuite les contraintes du système carcéral, imposant des modes de fonctionnement spécifiques aux acteurs en place.

Ces facteurs de contrainte illustrent les difficultés d'application de la loi du 18 janvier 1994, reconnaissant aux détenus les mêmes soins qu'en milieu libre. La contrainte financière peut être libérée par le passage au service public hospitalier, à condition d'une implication active du médecin inspecteur de santé publique dans le processus de changement. Les contraintes carcérales, elles, vont demander une grande souplesse d'adaptation de certaines mesures préconisées en milieu libre, en particulier dans le domaine de la réduction des risques. Elles nécessiteront également la reconnaissance d'une spécificité à la médecine pénitentiaire, pour pouvoir impulser son développement.

Au-delà des considérations sanitaires dans la gestion d'une maladie transmissible en milieu captif, il serait peut-être opportun d'engager une réflexion sur les bénéfices escomptés de l'incarcération des toxicomanes pour des délits mineurs, dans les conditions actuelles de détention. En effet, la population toxicomane est importante en maison d'arrêt et les comportements à risque, loin de s'y arrêter, s'y poursuivent. Quelle pourrait être la valeur ajoutée de la peine pour cette population, dont les délits sont induits par une dépendance aux origines multifactorielles ? Notre société est-elle arrivée à un degré suffisant de maturité pour se remettre en question et réfléchir sur sa gestion des usagers de drogue, qui ont enfreint les règles édictées ?

BIBLIOGRAPHIE

Hépatite C en population générale

1. ABILGAARD N et al. Hepatitis C virus transmitted by tattooing needle. Lancet. 1991 ; 338 : 460.
2. COHEN J. L'hépatite C, infection silencieuse et bombe à retardement. La Recherche. 1999 ; 325 : 68-74.
3. COUTURIER E, BROSSARD Y et al. Séroprévalence des anticorps anti-VHC dans un échantillon exhaustif de femmes ayant terminé une grossesse en régions Ile-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur. BEH. 1996 ; 5 : 19-20.
4. DESENCLOS JC. Epidémiologie de l'hépatite C. Revue du Prat. 2000 ; 50 : 1066-1070.
5. DESENCLOS JC, PILLONEL J et al. Epidémiologie de l'hépatite C et stratégies de surveillance. Méd Mal Infect. 1999 ; 29 : 325-331.
6. DUBOIS F, DESENCLOS JC, MARIOTTE N et al. Séroprévalence de l'infection par le VHC dans un échantillon d'assurés sociaux volontaires à un examen de santé de la Sécurité Sociale. BEH. 1996 ; 5 : 17-19.
7. KO YC, HO MS, CHANG SJ et al. Tattooing as a Risk of Hepatitis C Virus Infection. Journal of Medical Virology. 1992 ; 38 : 288-291.
8. LOUBIERE S, ROTILY M et al. Evaluation économique des stratégies de dépistage de l'hépatite chronique C. Méd Mal Infect. 1999 ; 29 : 337-344.
9. ROUDOT-THORAVALL F et al. Epidémiologie et morbidité du VHC en France. Etude de 6 664 patients atteints d'hépatite chronique C. B.E.H. 1996 ; 5 : 20-21.

Hépatites, VIH et prison

10. CROFTS N, STEWART T et al. Spread of bloodborne viruses among Australian prison entrants. British Medical Journal. 1995 ; 310 : 285-288.
11. DYE S, ISAACS C. Intravenous drug misuse among prison inmates : implications for spread of HIV. British Medical Journal. 1991 ; 302 : 1506.
12. EMMANUELLI J. Contamination par le VHB en prison. Transcriptase. 1999 ; 73 :
13. ESPINOZA P, BOUCHARD I et al. Forte prévalence de l'infection par le VHB et le VIH chez les toxicomanes français incarcérés. Gastroenterol Clin Biol. 1987 ; 11 : 288-292.

14. HEDOUIN V, GOSSET D. Infection par le VHC en milieu carcéral. Gastroenterol Clin Biol. 1998 ; 22 : 55-58.
15. HOLSEN DS, HARTHUG S, MYRMEL H. Prevalence of Antibodies to Hepatitis C Virus and Association with Intravenous Drug Abuse and Tattooing in a National Prison in Norway. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 1993 ; 12, 9 : 673-676.
16. JEAN-PAUL J. Le risque de contamination en milieu carcéral. Pour une véritable politique de réduction des risques. Transcriptase. 1995 ; 34 : 2-4.
17. ROTILY M. Le risque de transmission lié à l'usage de drogue par voie intraveineuse en prison. Transcriptase. 1995 ; 34 : 4-6.

Hépatite C et toxicomanie

18. BOLUMAR F, HERNANDEZ-AGUADO I et al. Prevalence of Antibodies to Hepatitis C in a Population of Intravenous Drug Users in Valencia, Spain, 1990-1992. Int J of Epidemiol. 1996 ; 25 , 1 : 204-209
19. CROFTS N, HOPPER JL et al. Hepatitis C virus infection among a cohort of Victorian injecting drug users. Med J of Australia. 1993 ; 159 : 237-241.
20. EMMANUELLI J. Incidence et facteurs de risque associés au VHC chez les usagers de drogues. Transcriptase. 1998 ; 68 : 27-31.
21. IMBERT E. L'épidémie de l'hépatite C se poursuit chez les toxicomanes : étude des mécanismes de transmission et nouvelles stratégies de prévention à mettre en œuvre. Méd Mal Infect. 1999 ; 29 : 348-349.
22. LUCIDARME D, FOUTREIN Ph et al. Prévalence des marqueurs des hépatites C, B et D et aspects histopathologiques dans un groupe de toxicomanes intraveineux. Gastroenterol Clin Biol. 1994 ; 18 : 964-968.
23. PARIENTE EA, DELVERT D et al. Epidémiologie de l'hépatite C en France : de la transfusion à la toxicomanie. Gastroenterol Clin Biol. 1994 ; 18 : 961-963.

Textes administratifs et réglementaires

24. Circulaire DGS/VS 2/DH n° 99-299 du 21 mai 1999 relative à l'organisation des soins pour les personnes atteintes d'hépatite C.
25. Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994. Chapitre II : Soins en milieu pénitentiaire et protection sociale des détenus.
26. Décret n° 94-929 du 27 octobre 1994 relatif aux soins dispensés par les établissements de santé assurant le service public hospitalier, à la protection sociale des détenus et à la

situation des personnels infirmiers des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire.

27. Circulaire relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale et guide méthodologique.
28. Loi n° 87-432 du 22 juin 1987 relative au service public pénitentiaire.
29. Décret n° 87-604 du 31 juillet 1987 relatif à l'habilitation des personnes auxquelles peuvent être confiées certaines fonctions dans les établissements pénitentiaires.
30. Programme 13 000. Guide de mise en œuvre des marchés de fonctionnement. Ministère de la Justice. Direction de l'administration pénitentiaire. 26 septembre 1991.
31. Cahier des clauses administratives et techniques particulières. Marché de fonctionnement des établissements pénitentiaires à gestion déléguée 1990-2001. Ministère de la Justice. Direction de l'administration pénitentiaire.
32. Programme 13 000. Marché de fonctionnement relatif à la zone Sud. Mémoire technique. Ministère de la Justice.
33. Lettre DHOS du 17 janvier 2001 relative à la prise en charge sanitaire par le service public hospitalier des personnes détenues dans les établissements pénitentiaires du programme 13 000.

Documents divers

34. BONHOTAL JP et al. La gestion de nouveaux établissements pénitentiaires dans le contexte du programme pluriannuel pour la justice. Groupe 8. Promotion René Char. Décembre 1994. École nationale d'Administration. Direction des Études.
35. QUÉLIER C. Rapport d'évaluation de la formation action en éducation pour la santé en milieu pénitentiaire sur 10 sites pilotes. Août 2000.
36. La santé des entrants en prison en 1997. Fiche santé entrant de l'état de liberté mai, juin, juillet 1997. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). N° 4 mai 1999.
37. Journée sur l'accès aux traitements de substitution en milieu carcéral. 11 mai 1999. Résumés des interventions. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

ANNEXE 1

Guide d'entretien pour le personnel des unités médicales des maisons d'arrêt

Objectifs de l'entretien :

1°) Savoir ce qui est fait, en matière d'hépatite C, pour assurer :

- le dépistage
- la prise en charge médicale et psychologique
- la prévention.

2°) Connaître les opinions des professionnels sur la qualité des prestations servies

Les thèmes explorés :

- Procédures mises en place de dépistage (proposition systématique), de remise des résultats, de suivi d'une sérologie positive et de relais à la sortie
- Participation effective au réseau de prise en charge de l'hépatite C
- Qualité de la circulation d'informations entre différents professionnels de santé (généraliste et spécialiste, service médical et médecin traitant) et confidentialité du dossier médical
- Actions individuelles de prévention : recherche de conduites à risque, information sur les risques liés au partage de matériel , sur le javel , mise à disposition de préservatifs
- Procédures transversales : articulation avec le juge d'application des peines, avec l'Administration pénitentiaire (service social en particulier)

Questions principales

- Quelle est votre stratégie de prise en charge de l'hépatite C ?
- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez ?
- Quelles solutions proposeriez-vous ?

ANNEXE 2

Guide d'entretien pour les surveillants de la maison d'arrêt de VLM

Objectifs de l'entretien

1. Connaître le niveau des connaissances acquises à propos des virus des hépatites et du VIH
2. Connaître les opinions des surveillants à propos de la prévention des risques sanitaires en milieu fermé

L'entretien est anonyme et basé sur le volontariat, après accord de la direction de l'établissement.

Les thèmes explorés

1. La conduite personnellement adoptée en cas d'accident d'exposition au sang
2. Les thèmes souhaités d'information sanitaire

Questions principales

- La dernière fois que vous avez été en contact avec un détenu blessé, pouvez-vous me raconter ce que vous avez fait ?
- Pourquoi avez-vous fait cela dans ce cas là ?
- Vous sentez-vous suffisamment informé sur les maladies telles que les hépatites et le SIDA ?

ANNEXE 3

Guide d'entretien pour les praticiens du CHU de Montpellier

Objectifs de l'entretien

1. Connaître la stratégie régionale de prise en charge de l'hépatite C
2. Connaître les procédures spécifiques pour les détenus de la maison d'arrêt de VLM.

Les thèmes explorés

- Existence d'un consensus régional sur l'algorithme décisionnel en cas de découverte d'une sérologie VHC positive
- Existence d'un consensus sur les tests biologiques de dépistage et de suivi
- Difficultés rencontrées dans la prise en charge des détenus de la maison d'arrêt de VLM

Consigne de départ

Quelle est la stratégie régionale de prise en charge de l'hépatite ?

ANNEXE 4

Guide d'entretien pour les magistrats

Objectifs de l'entretien

- Connaître les relations avec les médecins du service médical
- Explorer les modalités possibles pour une stratégie de réduction des risques

Les thèmes abordés

- Les conditions de transfert des détenus et d'aménagement de leur peine
- La réduction des risques en milieu captif
- Le secret médical et l'articulation entre magistrats et médecins.

Questions principales

- Pourriez-vous m'expliquer en quoi consiste votre travail au sein de la maison d'arrêt de VLM ? (juge d'application des peines)
- Comment sont décidés et gérés les transferts des détenus ?
- A votre avis, comment peut-on envisager une stratégie de réduction des risques en prison ?

ANNEXE 5

Tableau des personnes interviewées

Maison d'arrêt de VLM	• personnel du service médical • membres du SPIP • surveillants
Maison d'arrêt de Béziers	personnel de l'UCSA
Tribunal de Grande Instance de Montpellier	• juge d'instruction • juge d'application des peines
CHU de Montpellier	• praticien responsable du pôle régional de référence du VHC • praticien hospitalier du service d'hépatogastroentérologie • virologue responsable de l'unité de virologie
CPAM	• directeur adjoint de la CPAM de Béziers • responsable du service d'immatriculation de la CPAM de Montpellier
CDAG	Médecin responsable des Actions de Santé du Conseil Général de l'Hérault
Association	• directeur • visiteur de prison
Direction de l'Administration Pénitentiaire	• médecin inspecteur de santé publique responsable en charge des « politiques sociales et d'insertion » • chef de projet de « renouvellement de la gestion déléguée »

ANNEXE 6

Questionnaire d'étude des dossiers médicaux des détenus VHC positifs

I/. Description du prévenu

Age :

Date d'entrée à VLM

Date de découverte de la sérologie positive

Mode de contamination probable : 1=Tox 2 = Transfusion 3 = Nosocomial 4 = Inconnu

1. Le prévenu est-il sous traitement anti-VHC à l'entrée ? : oui/non

Interféron seul : oui/non

Interféron + Ribavirine : oui/non

2. Le prévenu est-il sous traitement de substitution à l'entrée? : oui/non

Méthadone : oui/non

Subutex : oui/non

3. Recherche d'ATCD :

Toxicomanie : oui/non

Alcoolisme : oui/non

Transfusion avant 1992 : oui/non

Examens médicaux invasifs avant 1998 : oui/non

4. Co-infections connues : oui/non

VIH : oui/non

Si oui, traitement en cours : oui/non

VHB : oui/non

Si non, vaccination réalisée ou en cours : oui/non

II/. Visite médicale d'entrée

Date :

1. Proposition de dépistage

VIH : oui/non

VHC : oui/non

VHB : oui/non

Syphilis : oui/non

Si non, motif du refus explicité dans le dossier : oui/non

Autres :

2. Conclusions de ce bilan d'entrée :

Avis psy : oui/non

avis hépato : oui/non

Poursuite vaccination hépatite B : oui/non

Poursuite traitement anti-viral : oui/non

Poursuite traitement de substitution : oui/non

Initiation traitement de substitution : oui/non

III/. Consultation de remise des résultats : oui/non

Poursuite investigation : oui/non

Transaminases : oui/non

PCR : oui/non

Avis hépato : oui/non

VI Le suivi :

1. Surveillance simple : oui/non

Transaminases tous les 3 mois : oui/non

2. PBH réalisée : oui/non

Refus du malade : oui/non

Problème d'extraction : oui/non

Transfert inopiné : oui/non

Sortie inopinée : oui/non

Autres :

3. Traitement institué : oui/non

Si oui, interféron seul : oui/non

Interféron + Ribavirine : oui/non

Si non, motif explicité : oui/non

Contre-indications au traitement : oui/non

Refus du malade : oui/non

Autre