

Prisons

RAPPORT SUR LA PRÉVENTION, LE DÉPISTAGE ET LE TRAITEMENT DE L'HÉPATITE C CHEZ LES PERSONNES DÉTENUES



Conseil national du sida
et des hépatites virales
39-43 quai André Citroën
75902 Paris cedex 15
T. +33(0)1 40 56 68 50
cns.sante.fr

26/06/2020
RAPPORT
PRISE EN CHARGE
GLOBALE
FR

Le présent *Rapport*, établi par la commission « Prisons » du Conseil national du sida et des hépatites virales, accompagne l'*Avis suivi de recommandations sur la prévention, le dépistage et le traitement de l'hépatite C chez les personnes détenues*, adopté le 26 septembre 2019 par le CNS.

MEMBRES DE LA COMMISSION « PRISONS »

- Cécile GOUJARD, présidente
- Philippe ARTIÈRES
- Hugues FISCHER
- Alexandre LINDEN
- Sandrine MUSSO
- Marie PRÉAU
- Christine ROUZIOUX
- Christine SILVAIN
- Marie SUZAN-MONTI
- Liliane VANA
- Patrick YENI

RAPPORTEURS

- Michel CELSE
- Leïla AYACHI

Le Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS) est une commission consultative indépendante composée de 26 membres, qui émet des Avis et des recommandations sur les questions posées à la société par ces épidémies. Il est consulté sur les programmes et plans de santé établis par les pouvoirs publics.

Ses travaux sont adressés aux pouvoirs publics et à l'ensemble des acteurs concernés. Le Conseil participe à la réflexion sur les politiques publiques et œuvre au respect des principes éthiques fondamentaux et des droits des personnes.

Pour plus d'informations, rendez-vous sur cns.sante.fr

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS.....	5
I. OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE DE LA MISSION.....	6
1. PÉRIMETRE ET OBJECTIFS OPÉRATIONNELS DE LA MISSION.....	6
1.1. Population détenue et établissements pénitentiaires inclus dans la mission.....	6
1.2. Objectifs opérationnels de la mission.....	7
2. MÉTHODOLOGIE DE TRAVAIL.....	9
2.1. Au niveau national.....	9
2.2. Au niveau territorial.....	9
II. OBSERVATIONS SUR LE CONTEXTE GLOBAL DE LA MISSION.....	11
1. EN DÉPIT DE SA FORTE EXPOSITION AU VHC, LA POPULATION DES PERSONNES DÉTENUES EST PEU DOCUMENTÉE, TANT DU POINT DE VUE DE L'ÉPIDÉMIOLOGIE QUE DE LA PRISE EN CHARGE.....	11
1.1. Le parcours des personnes détenues est souvent marqué par de nombreux facteurs majorant leur exposition aux risques infectieux et notamment au VHC, mais les données disponibles sont excessivement anciennes.....	11
1.2. Les données épidémiologiques et de prise en charge du VHC chez les personnes détenues sont anciennes et lacunaires.....	12
2. LA CAPACITÉ DES SERVICES DE SANTÉ EN MILIEU PENITENTIAIRE À REMPLIR PLEINEMENT LEURS MISSIONS EST ENTRAVÉE PAR DES CONDITIONS D'EXERCICE DÉGRADÉES.....	16
2.1. Différentes catégories de personnels sanitaires et pénitentiaires sont en forte tension, dans un contexte de faible attractivité des fonctions.....	16
2.2. De nombreux facteurs influent sur la cohésion et le dynamisme des équipes, notamment les difficultés de communication et de coordination entre les services et les personnels sanitaires et pénitentiaires.....	18
2.3. Différents déficits de sensibilisation et de formation parmi les personnels tant pénitentiaires que sanitaires sont constatés mais sont rarement comblés.....	19
III. OBSERVATIONS SUR L'ORGANISATION ET LA MISE EN ŒUVRE DU PARCOURS VHC EN DÉTENTION.....	22
1. L'INSUFFISANCE DU DÉPISTAGE DU VHC EST LE PRINCIPAL OBSTACLE À L'ACCÈS AU TRAITEMENT PAR LES AAD ET À LA GUÉRISON.....	22
1.1. L'organisation du dépistage du VHC, du VIH, et du VHB en milieu pénitentiaire repose à la fois sur un cadre réglementaire ancien et un corpus de recommandations de bonnes pratiques davantage actualisé.....	22
1.2. Les taux de dépistage réalisés en détention, et notamment à l'entrée, demeurent insuffisants.....	23
1.3. Le dépistage est très généralement proposé à l'entrée en détention et relativement bien accepté, mais sa réalisation apparaît très inégale.....	28
1.4. Les opportunités de réitération du dépistage durant le séjour en détention et en prévision de la sortie demeurent faibles voire inexistantes.....	32
1.5. En dépit des avantages manifestes que pourraient apporter les TROD, les USMP dans leur grande majorité ne se sont pas emparées de cet outil.....	34
1.6. Certaines USMP s'appuient sur un partenariat avec un CeGIDD pour organiser le dépistage, or les observations de la commission interrogent fortement la pertinence et l'efficacité de ce modèle.....	35
1.7. L'offre de dépistage en détention est insuffisamment diversifiée, faute de s'appuyer davantage et de manière coordonnée sur l'ensemble des acteurs, internes comme extérieurs, susceptibles d'y contribuer.....	36

2. MALGRÉ DES DÉLAIS DE MISE AU TRAITEMENT INÉGALEMENT OPTIMISÉS, LA PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE DES DÉTENUS DIAGNOSTIQUÉS EST GLOBALEMENT SATISFAISANTE	38
2.1. Les conditions d'accès aux traitements par AAD se sont simplifiées et différents obstacles d'ordre règlementaire et financier ont été levés	39
2.2. Les USMP se sont inégalement emparées des opportunités de simplifier le parcours de soins et d'optimiser les délais aux différentes étapes, mais l'accès au traitement paraît globalement assuré	40
2.3. L'approche quantitative confirme un taux correct d'accès au traitement par AAD une fois que les personnes ont été dépistées	47
3. L'OFFRE DE PRÉVENTION ET DE RÉDUCTION DES RISQUES EN MILIEU CARCÉRAL DEMEURE INFÉRIEURE À L'OFFRE EN MILIEU OUVERT ET INSUFFISAMMENT ACCESSIBLE	50
3.1. L'information et la promotion de la santé concernant la prévention des risques infectieux est peu développée en milieu pénitentiaire	50
3.2. L'offre de RdRD en détention demeure incomplète, inégalement déployée et peu accessible	53
3.3. La commission opère des constats sévères concernant l'accès aux outils de RdRS, quand bien même l'enjeu est relativement marginal pour la prévention de la transmission du VHC	60
4. EN DÉPIT DE CERTAINES SIMPLIFICATIONS, LES MÉCANISMES D'ACCÈS AUX DROITS SOCIAUX DES PERSONNES DÉTENUES DEMEURENT COMPLEXES ET LES ACTEURS DE LEUR MISE EN PLACE SONT DIFFICILES À IDENTIFIER	62
4.1. En charge de coordonner l'action sociale en faveur des détenus, les SPIP sont en difficulté pour assurer cette part de leurs missions	63
4.2. L'accès à l'assurance maladie est correctement assuré au cours de la détention, mais le maintien des droits à la sortie demeure complexe dans certains cas	66
4.3. L'accès ou la continuité d'accès aux différents droits sociaux à la sortie sont compromis par des difficultés d'obtention ou de renouvellement des documents d'identité ou de séjour au cours de la détention	68
CONCLUSION	70
ANNEXES	71
ANNEXE 1 : INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES SUR L'APPROCHE QUANTITATIVE, SOURCES DES DONNÉES EXPLOITÉES, MÉTHODOLOGIE DE TRAITEMENT ET RÉSULTATS DÉTAILLÉS	71
1. Évaluation de la réalisation des dépistages du VIH, du VHB et du VHC au sein des USMP à partir de leurs données d'activité	71
2. Évaluation de l'accès aux traitements par AAD dans les établissements pénitentiaires des régions Grand Est, Sud et Île-de-France	75
ANNEXE 2 : INDEX DES SIGLES	78
ANNEXE 3 : REMERCIEMENTS – LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES	79
TABLE DES MATIÈRES	82

AVANT-PROPOS

En réponse à une saisine conjointe du Directeur de l'administration pénitentiaire, du Directeur général de la santé et de la Directrice générale de l'offre de soins, le Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS) a adopté, le 26 septembre 2019, un *Avis suivi de recommandations sur la prévention, le dépistage et le traitement de l'hépatite C chez les personnes détenues*.¹

Cet *Avis* et les *recommandations* qu'il préconise s'appuient sur les résultats d'une mission engagée par le Conseil pour réunir les éléments d'information et d'analyse nécessaires à sa réflexion. Le cadrage de cette mission puis sa réalisation ont été confiés à une commission de travail constituée *ad hoc*, formée de dix membres du Conseil appuyés par deux conseillers-experts placés auprès de l'instance. Le présent *Rapport*, établi par la commission, a vocation à rendre compte de manière détaillée de ses travaux.

La mission engagée par le CNS à la demande des pouvoirs publics s'inscrit dans un contexte de transformation profonde du paradigme de la lutte contre le VHC en conséquence de l'arrivée, à compter de 2014, des traitements antiviraux d'action directe (AAD). Cette nouvelle génération de traitements de l'infection chronique par le VHC, à la fois plus efficaces et mieux tolérés que les traitements antérieurs, permet d'obtenir la guérison dans la très grande majorité des cas, et ce au terme d'une durée totale de traitement de seulement huit ou douze semaines. Les AAD ont ouvert la perspective de stratégies de santé publique de dépistage précoce et de traitement immédiat de type « Test and treat », dont l'impact est double : sur le plan de la santé individuelle, un accès précoce au diagnostic et au traitement permet de guérir et de prévenir les complications de la maladie hépatique ; à l'échelle collective, cette stratégie permet de réduire les risques de transmission et donc l'incidence des infections par le VHC. Le plan « Priorité prévention » présenté par le Gouvernement le 26 mars 2018 a entériné cette approche nouvelle de la lutte contre le VHC, et fixé l'objectif de parvenir à l'élimination de l'épidémie en France à l'horizon 2025.

Une déclinaison efficace de cette stratégie en milieu pénitentiaire apparaît déterminante pour atteindre l'objectif affiché, dans la mesure où les personnes détenues représentent une population fortement exposée au risque d'acquisition du VHC et dont le rôle est majeur dans la dynamique de l'épidémie. Si les contraintes pesant sur la prise en charge de santé en prison peuvent complexifier l'accès au dépistage, au traitement et au suivi des personnes infectées, la brièveté et l'efficacité des traitements par les AAD devraient faire du passage en détention une opportunité de diagnostiquer, traiter et obtenir la guérison de ces personnes souvent éloignées du système de soins en milieu ouvert. En parallèle, les questions posées par les conditions de prévention et de réduction des risques infectieux en milieu pénitentiaire demeurent cruciales, au regard de l'enjeu d'éviter les nouvelles contaminations et les recontaminations.

Le présent *Rapport* retrace les investigations conduites par la commission. Il présente au préalable les objectifs opérationnels qu'elle s'est donnée et la méthodologie adoptée (Cf. [Partie I](#)), ainsi qu'un ensemble d'observations relatives au contexte sanitaire et pénitentiaire global dans lequel s'inscrivent ses constats plus spécifiques sur le parcours VHC en détention (Cf. [Partie II](#)). L'exposé des observations et analyses détaillées du parcours (Cf. [Partie III](#)) distingue les dimensions principales du dépistage, de la prise en soins, de la prévention, ainsi que les aspects de l'accompagnement social des personnes détenues susceptibles d'affecter la continuité de la prise en charge thérapeutique à la sortie de détention. Un bref chapitre conclusif synthétise les principales difficultés identifiées par la commission au terme de ses travaux, et auxquelles le CNS a jugé nécessaire, au travers de ses recommandations, de répondre en priorité.

¹ Conseil national du sida et des hépatites virales, *Avis suivi de recommandations sur la prévention, le dépistage et le traitement de l'hépatite C chez les personnes détenues*, adopté le 26 septembre 2019. <https://cns.sante.fr/rapports-et-avis/avis-prisons-2019>

I. OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE DE LA MISSION

La saisine adressée par les pouvoirs publics au CNS a fixé à la mission deux objectifs principaux, à savoir :

- (i) produire un état des lieux de la prise en charge par les antiviraux à action directe (AAD) des patients infectés par le VHC en milieu pénitentiaire au regard de leur parcours de santé ;
- (ii) proposer des pistes d'amélioration du dépistage (du VHC, mais aussi du VIH et du VHB) et du traitement de l'infection par le VHC, afin de contribuer à la stratégie d'élimination du VHC à l'horizon 2025, telle que définie par le Plan national de santé publique (PNSP).

La commission a veillé à ce que ses travaux demeurent centrés sur ces deux objectifs. En effet, les enjeux posés par la prévention, le dépistage et la prise en charge thérapeutique de l'infection par le VHC en détention s'inscrivent dans un ensemble de problématiques d'ordre politique, social et sanitaire posées par le système pénitentiaire qui à la fois forment un contexte à prendre considération, et dépassent largement l'objet spécifique de la mission. Dans l'élaboration de son programme et de ses méthodes de travail, la commission s'est donc efforcée de trouver un point d'équilibre entre l'écueil d'une approche trop étroite, aveugle aux problèmes globaux de la prison et aux conditions de l'action sanitaire dans ce contexte, et celui d'une approche qui diluerait les questions spécifiques de la mission dans des considérations sur les difficultés générales du système pénitentiaire, sans permettre de proposer des pistes d'action concrètes.

La commission a également tenu compte de considérations de faisabilité de la mission. Au terme d'une phase exploratoire, un document interne de cadrage, dont les principaux éléments sont présentés ici, a précisé le périmètre et les objectifs opérationnels des investigations à conduire (1.) et défini une méthodologie de travail, articulant un volet national et un volet territorial (2.).

1. PÉRIMÈTRE ET OBJECTIFS OPÉRATIONNELS DE LA MISSION

1.1. Population détenue et établissements pénitentiaires inclus dans la mission

Le champ d'investigation de la mission inclut l'ensemble des **personnes majeures incarcérées en France dans les différents types d'établissement pénitentiaires (EP)**. Cette population comprend d'une part les personnes prévenues placées en détention provisoire, d'autre part les personnes condamnées incarcérées au titre de l'exécution de leur peine.

Les établissements pénitentiaires pris en compte dans la mission sont par conséquent :

- Les **maisons d'arrêt (MA)**, où sont incarcérés à la fois des prévenus et les personnes condamnées à des peines inférieures à deux ans ;
- Les établissements pour peine, dont :
 - les **maisons centrales (MC)** où sont incarcérées des personnes condamnées à de longues peines ou considérées comme dangereuses ;
 - les **centres de détention (CD)** où sont incarcérées des personnes condamnées à des peines moyennes ou en fin de peine ;
- Les **centres pénitentiaires (CP)**, établissements mixtes comprenant des quartiers correspondant à au moins deux régimes de détention différents, pour lesquels ont été pris en considération les quartiers maison d'arrêt (**qMA**), quartiers centre de détention (**qCD**) et quartiers maison centrale (**qMC**).

La commission a en revanche écarté du champ de la mission, pour les raisons suivantes :

- *les personnes mineures incarcérées*, et par conséquent les établissements ou quartiers spécialisés les accueillant, compte tenu d'un ensemble de problématiques spécifiques dont le traitement excède largement l'objectif principal de la mission et mériterait d'être envisagé sous l'angle plus global de la prévention et de la prise en charge du VIH, des hépatites et des infections sexuellement transmissibles (IST) chez les mineurs placés sous main de justice. Quelques jalons ont au demeurant déjà été posés à ce sujet dans un précédent *Avis* du Conseil² ;
- *les personnes en aménagement de peine*, qu'elles soient en régime de semi-liberté ou en placement à l'extérieur, dans la mesure où celles-ci sont prises en charge dans le système de santé en milieu libre et relèvent du régime de droit commun. Leur parcours de soins s'effectue en dehors des structures

² CNS, *Avis suivi de recommandations sur la prévention et la prise en charge des IST chez les adolescents et les jeunes adultes*, février 2017.

I. Objectifs et méthodologie de la mission

pénitentiaires de santé et en particulier des unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP), ce qui justifie l'exclusion de cette population et des établissements ou quartiers la recevant du champ d'étude ;

- *les personnes étrangères retenues en centre de rétention administrative (CRA)*. Outre le fait que ces structures ne relèvent pas de la compétence de l'administration pénitentiaire, la commission a considéré que les problématiques d'accès aux droits et aux soins rencontrées par les personnes placées en CRA présentent un caractère trop spécifique pour être traitées dans le cadre de la mission. La question des personnes étrangères sortant de prison et susceptibles d'être placées en CRA est toutefois abordée.

Par ailleurs, les données concernant les départements et régions d'Outre-mer (DROM), quand elles étaient disponibles, ont été prises en compte dans les analyses nationales et régionales conduites par la commission. Toutefois, pour des raisons de faisabilité et de délais, la commission n'a pas été en mesure d'examiner spécifiquement la situation dans les établissements pénitentiaires de ces territoires, bien que certaines difficultés, notamment concernant la surpopulation carcérale et les tensions sur les ressources humaines, y soient notoirement majorées.

1.2. Objectifs opérationnels de la mission

Considérant que la prise en charge par les AAD s'inscrit dans un parcours de santé global de la personne détenue infectée par le VHC, la commission s'est fixée de structurer ses investigations en distinguant quatre dimensions du parcours indispensables à associer pour atteindre l'objectif de réduction de l'épidémie de VHC en prison :

- *le dépistage*, qui en est le préalable ;
- *la prise en soins*, qui inclut les phases de confirmation du diagnostic, d'évaluation de la fibrose hépatique, d'initiation du traitement par AAD, de suivi thérapeutique et post-thérapeutique ;
- *la prévention* des risques de transmission secondaire (pré-traitement) et de réinfection (post-traitement), qui représente un enjeu transversal au regard des pratiques à risque constatées en milieu pénitentiaire ;
- *l'accompagnement social* dans le cadre de la préparation à la sortie, compte tenu de la fréquence des problématiques d'accès aux droits rencontrées par les personnes détenues et des enjeux de continuité thérapeutique ou post-thérapeutique.

Le tableau figurant dans l'**Encadré 1** définit les objectifs opérationnels que la commission s'est fixée relativement à ces différents aspects.

I. Objectifs et méthodologie de la mission

Encadré 1

	OBJECTIFS OPÉRATIONNELS			
	A – Établir un état des lieux quantitatif et qualitatif	B – Établir des constats ciblés *	C – Analyser et évaluer l'action publique conduite aux différents niveaux	D – Explorer les pistes d'amélioration des stratégies de dépistage et de traitement du VHC
Dépistage du VHC (ainsi que du VHB et du VIH)	<p><i>Approche quantitative :</i> recherche et analyse à l'échelle nationale et, selon les possibilités, à des échelons plus fins (régions, types d'EP), des données disponibles permettant d'estimer le nombre et le taux de personnes détenues ayant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - bénéficié d'un dépistage - été dépistées VHC+ - reçu un diagnostic d'hépatite C active - bénéficié d'un traitement par AAD 			
Prise en soins des patients VHC+	<p><i>Approche qualitative :</i> documentation des conditions de proposition et de réalisation des dépistages, ainsi que d'accès et de réalisation des étapes de la prise en soins identifier les facteurs facilitants ou bloquants</p>		<p><i>Analyse, et évaluation appuyée sur les observations de terrain :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - de la complétude, l'actualisation, la pertinence et/ou de la cohérence des cadres de l'action publique et de sa programmation (textes légaux et réglementaires, documents stratégiques de programmation nationaux et régionaux, articulation entre programmation nationale et régionale) - des modalités et de l'efficacité du pilotage aux niveaux interministériel (Santé/Justice) et interdirectionnel (DGS/DGOS/DAP), ainsi qu'au niveau régional (Agence régionale de Santé (ARS), Direction interrégionale des Services pénitentiaires (DISP)) 	<p><i>Sur la base des observations de terrain, Identification et analyse :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - des exemples d'actions probantes et/ou innovantes permettant d'optimiser le parcours - des leviers d'amélioration de la programmation, du pilotage et de la mise en œuvre de l'action publique
Prévention		<p><i>Observations de terrain</i> concernant les conditions d'information, de mise à disposition d'outils et d'accompagnement en matière de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - réduction des risques et des dommages liés à l'usage de drogues (RdRD) - réduction des risques sexuels (RdRS) 		
Accompagnement social		<p><i>Observations de terrain</i> concernant, en vue de la sortie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la coordination de l'action sociale par les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) - l'accès à l'assurance maladie et le maintien de droits - les conditions d'obtention ou de renouvellement des documents d'identité ou de séjour 		

* Compte tenu de l'existence, dans les domaines abordés, d'un corpus conséquent de travaux d'investigation et/ou de recommandations émanant d'acteurs scientifiques, institutionnels et associatifs.

2. MÉTHODOLOGIE DE TRAVAIL

La commission a distingué pour l'organisation de ses travaux entre un volet dit national, visant au recueil d'informations à caractère général et/ou concernant l'ensemble du territoire, et un volet dit territorial, axé sur le recueil d'informations auprès des acteurs de terrain dans trois régions choisies.

2.1. Au niveau national

Pour ce premier volet, la commission a procédé à :

- (i) un examen de la littérature grise, recensant notamment :
 - les textes relatifs à la programmation de l'action publique, les programmes nationaux ainsi que les recommandations nationales concernant la prise en charge des personnes infectées par le VHC, d'une part, et des personnes placées sous main de justice (PPSMJ), d'autre part ;
 - les études et enquêtes portant sur la prévalence du VIH et du VHC chez les personnes détenues, sur la prévention des risques infectieux dans les prisons françaises ; les enquêtes nationale de pratiques vis-à-vis de l'hépatite C en milieu carcéral ;
 - les monographies issues de la littérature grise nationale relatives aux mêmes sujets.
- (ii) l'identification des sources de données disponibles, puis leur exploitation, susceptibles de contribuer à la quantification, à l'échelon national, régional et/ou des établissements:
 - de la réalisation des dépistages du VIH, du VHB et du VHC ;
 - des mises sous traitement par les AAD ;ainsi que, en cas d'absence de données disponibles, l'exploration des moyens éventuels pour la commission de collecter par elle-même les données manquantes.
- (iii) l'audition des principaux acteurs intervenant à l'échelon national, ainsi que personnalités choisies pour leur expertise personnelle, ou celle de leur organisation, dans différents domaines d'intérêt de la mission, soit notamment :
 - les acteurs de la programmation, du pilotage et de l'évaluation au niveau national : DGS, DGOS et DAP ;
 - les associations tête de réseau intervenant auprès des personnes détenues, et notamment celles ayant une convention de partenariat avec la DAP ;
 - les agences publiques, organismes de recherche ou chercheurs produisant des études relatives au milieu pénitentiaire et plus particulièrement à la santé des personnes détenues ainsi qu'à leur accès aux droits.

2.2. Au niveau territorial

Afin de structurer le recueil d'information auprès des acteurs de terrain, d'en assurer la cohérence et une certaine représentativité, la commission a retenu le principe de choisir trois régions métropolitaines pour y rencontrer et auditionner les acteurs concourant au pilotage régional et à la mise en œuvre de l'offre de santé en milieu pénitentiaire.

Le choix des trois régions a été effectué en s'assurant, d'une part, qu'elles représentent au total une part significative de la population pénitentiaire, d'autre part qu'elles permettent d'observer le paysage pénitentiaire dans sa diversité, en termes de types d'établissements, de taille, d'implantation géographique. Des critères de faisabilité ont été également pris en compte. Au terme de ce processus, les régions Grand Est, Sud et Île-de-France ont été retenues. L'**Encadré 2** présente les caractéristiques générales de ces régions, comptant au total 38 % de la population détenue en France.

Les déplacements en régions se sont déroulés de mars à juin 2019. Dans chacune des régions, une délégation de membres de la commission appuyée par un ou deux conseillers-experts ont eu pour tâche de :

- (i) rencontrer, au titre des pilotes régionaux, les services de l'ARS et la DISP ;
- (ii) rencontrer les principaux acteurs têtes de réseau à l'échelon régional (associations, Corevih...) concernés par le champ de la mission ;
- (iii) étudier, à l'échelon d'un nombre limité d'établissements pénitentiaires choisis, l'action et le contexte d'action des opérateurs impliqués dans la prévention, le dépistage et le traitement de l'infection par le VHC chez les personnes détenues de l'établissement considéré, et pour cela rencontrer :

I. Objectifs et méthodologie de la mission

- les différents personnels sanitaires (médecin coordonnateur, cadre de santé, personnels infirmiers de l'USMP) et pénitentiaires (directeur, cadre du SPIP, représentants élus des personnels surveillants) œuvrant au sein de l'établissement ;
- la direction et les services concernés de l'établissement hospitalier de rattachement (pharmacie hospitalière à usage interne ; service d'hépatogastro-entérologie ou de maladies infectieuses, Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD)) ;
- les opérateurs extérieurs intervenant dans l'établissement pénitentiaire (structures médico-sociales, associations) dans les domaines de la prévention et/ou du dépistage des risques infectieux ainsi que de la prise en charge des addictions.

Le choix des établissements pénitentiaires visités dans chaque région a été guidé par les mêmes critères qu'énoncés plus haut, visant à privilégier la diversité des contextes pénitentiaires observés. Au total, 10 établissements pénitentiaires ont été visités, soit 4 MA, 2 CD, 1 MC et 3 CP, ces derniers comprenant 2 qMA, 3 qCD et 1 qMC. Au total, 5 établissements comportaient un ou plusieurs quartiers Femmes (4 qMA, 2 qCD).

Une enquête en ligne a en outre été conduite dans les trois régions auprès de l'ensemble des pharmacies hospitalières de rattachement des USMP des établissements pénitentiaires non visités au cours de la mission, afin de collecter des données concernant, notamment, le nombre de traitements par AAD initiés en milieu pénitentiaire.

Encadré 2

CHIFFRES CLÉS DES RÉGIONS CHOISIES POUR L'APPROCHE TERRITORIALE

1. Démographie générale³

Région	Île-de-France	Grand Est	Sud
Nb d'habitants	12,2 millions	5,6 millions	5,1 millions
% de la population française	18 % - 1 ^{ère} région la plus peuplée	8,5 % - 6 ^e région la plus peuplée	7,6 % - 7 ^e région la plus peuplée

2. Démographie pénitentiaire et offre de soins dans les établissements⁴

Région	Île-de-France		Grand Est		Sud		France métro et OM
Inter région pénitentiaire	DISP de Paris = Île de France		DISP Strasbourg = Grand Est		DISP de Marseille = Sud + Corse**		
Nb de personnes écrouées détenues par type d'EP*	MA(5) + qMA (3)	11 711	MA (11) + qMA (2)	3 777	MA (5) + qMA (5)	5 240	48 536
	CD (1) + qCD (2)	958	CD (6) + qCD (1)	2 116	CD (2) + qCD (3)	1 681	18 381
	MC (1) + qMC (1)	223	MC (2)	253	MC (1)	135	1 676
	Total	12 892	Total	6 146	Total	7 056	Total : 68 593
% population carcérale France	18,8 %		9,0 %		10,3 %		100%
% de femmes détenues	4,5 %		2,8 %		3,0 %		3,6 %
USMP	11 USMP rattachées à 9 établissements hospitaliers différents		21 USMP rattachées à 15 établissements hospitaliers différents		12 USMP rattachées à 9 établissements hospitaliers**		178 USMP

* Population retenue dans le champ de la mission CNS (= hors mineurs, centres pour peine aménagée (CPA), centres de semi-liberté (CSL)).

** Données pour l'ensemble de la DISP de Marseille, incluant les trois EP de Corse. Dans le cadre de la mission, l'approche territoriale a été limitée, hormis la DISP, aux acteurs de la région Sud (ARS, visites d'EP, enquête pharmacies à usage intérieur (PUI)).

³ Insee, données estimées au 1^{er} janvier 2017.

⁴ Ministère de la justice, *Statistique mensuelle des personnes écrouées et détenues en France*, situation au 1^{er} décembre 2018.

II. OBSERVATIONS SUR LE CONTEXTE GLOBAL DE LA MISSION

La prise en charge des personnes détenues exposées au VHC s'inscrit dans un parcours sanitaire et pénal complexe, soumis à de nombreuses contraintes d'ordre organisationnel et politique. Si l'objet de la mission n'est ni de traiter de l'ensemble des problèmes posés par système pénitentiaire français, ni des problèmes de prise en charge de la santé des personnes détenues en général, ceux-ci forment un contexte à nécessairement prendre en compte s'agissant d'identifier et d'analyser les enjeux spécifiques du parcours VHC.

La commission a estimé nécessaire, avant d'aborder dans la partie suivante ses constats détaillés sur le parcours VHC, de présenter certaines observations de portée plus globale sur les conditions de prise en charge de la santé des personnes détenues. Un premier ensemble de considérations concerne le faible intérêt porté à la connaissance de l'état de santé des personnes détenues depuis une quinzaine d'années, se traduisant par l'absence de données épidémiologiques et de prise en charge actualisées, qui a pesé sur la réalisation des objectifs de la mission (1.). Un second ensemble porte sur les difficultés que les services de santé en milieu pénitentiaire éprouvent à remplir pleinement leurs missions, dans un contexte où les conditions d'exercice des personnels tant sanitaires que pénitentiaires apparaissent dégradées sur plusieurs plans, et où l'articulation entre leurs missions respectives demeure délicate (2.).

1. EN DÉPIT DE SA FORTE EXPOSITION AU VHC, LA POPULATION DES PERSONNES DÉTENUES EST PEU DOCUMENTÉE, TANT DU POINT DE VUE DE L'ÉPIDÉMIOLOGIE QUE DE LA PRISE EN CHARGE

1.1. Le parcours des personnes détenues est souvent marqué par de nombreux facteurs majorant leur exposition aux risques infectieux et notamment au VHC, mais les données disponibles sont excessivement anciennes

Les personnes détenues en France forment une population majoritairement d'hommes (96,4 %) ⁵, de nationalité française (77,7 %), jeune (âge médian de 31,9 ans, près d'un quart ont moins de 25 ans) ⁶ et défavorisée sur le plan économique et social. En 2011, près de la moitié des personnes détenues étaient sans diplôme et 12 % étaient en situation d'illettrisme. ⁷ A la même période, le taux d'activité des entrants en prison était inférieur à 50 %. ⁸

Au-delà de ces caractéristiques sociodémographiques générales, différentes données relatives à la situation familiale et relationnelle des personnes détenues, à leur état de santé global et plus particulièrement concernant la santé mentale et les addictions, mettent en évidence un ensemble de facteurs de vulnérabilité connus pour favoriser une exposition à des risques de santé préexistants à l'incarcération, ou déclenchés voire aggravés par celle-ci. L'état de santé des personnes entrant en détention est plus altéré que celui du reste de la population d'âge équivalent. ⁹

Ces données sont cependant issues d'études conduites pour l'essentiel dans la décennie 2000-2010 et qui n'ont pas été renouvelées depuis lors. Ainsi, la dernière enquête nationale sur l'état de santé des entrants en prison a été conduite en 2003 par la Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). ¹⁰ Concernant la santé mentale, l'étude de référence demeure l'enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral réalisée en 2003-2004 à la demande des ministères en charge de la santé et de la justice. ¹¹ Comme le soulignait déjà l'Inspection générale des Affaires sociales (IGAS) dans son rapport sur l'évaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice, les données dont on dispose permettant de documenter l'état de santé général de la population des personnes détenues sont « anormalement anciennes ». Quelques traits saillants peuvent être rappelés :

⁵ Ministère de la justice, *Statistique mensuelle des personnes écrouées et détenues en France*, situation au 1er décembre 2018.

⁶ Ministère de la justice, *Statistiques trimestrielles des personnes détenues*, mouvements au cours du 2e trimestre 2018, situation au 1er juillet 2018.

⁷ Inspection générale des affaires sociales (IGAS), Inspection générale des services judiciaires (IGSJ), *Évaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la santé des personnes placées sous main de justice*, novembre 2015.

⁸ Ministère de la justice, *Prévention de la récidive et individualisation des peines - Chiffres-clés*, juin 2014.

⁹ Chemlal K, Echard-Bezault P., Deutsch P., *Promotion de la santé en milieu pénitentiaire. Référentiel d'intervention*, INPES, coll. Santé en action, 2014.

¹⁰ Mouquet M.-C., *La santé des personnes entrées en prison en 2003*. DREES, Etudes et résultats, n° 386, mars 2005.

¹¹ Falissard B (dir.) et al. *Étude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues, Rapport final*, Étude pour le Ministère de la Santé (Direction Générale de la Santé) et le Ministère de la Justice (Direction de l'Administration Pénitentiaire), janvier 2006, Réf. : 2001-148. http://www.justice.gouv.fr/art_pix/rapport_detenus_MS_2004pdf.pdf. Voir aussi : Falissard B et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC psychiatry*. 6. 33. 10.1186/1471-244X-6-33. (2006)

II. Observations sur le contexte global de la mission

- Une part très conséquente des personnes détenues présente un parcours de vie marqué par de lourds antécédents personnels et familiaux : 42 % d'entre elles ont ainsi été séparées d'au moins un de leurs parents pendant plus de 6 mois durant l'enfance, 34 % ont vécu le décès d'un membre de leur famille proche, 28 % ont subi des maltraitements de nature physique, psychologique ou sexuelle. Enfin, dans 28 % des cas, au moins un membre de la famille proche a été condamné à une peine d'emprisonnement.¹²
- En ce qui concerne plus spécifiquement les risques infectieux, le milieu pénitentiaire concentre une population particulièrement concernée par l'usage de drogues par voie intraveineuse ou par inhalation, conséquence des politiques pénales conduites depuis près de cinquante ans en matière de répression de l'usage et du trafic de substances illicites^{13,14}. Ces pratiques sont associées à un fort risque de contamination par le VIH, le VHC et le VHB, principalement par voie sanguine, mais également par voie sexuelle. Ces risques sont majorés dans le contexte de la détention, en l'absence d'accès à du matériel d'injection ou d'inhalation stérile tout comme lors de relations sexuelles non protégées lors des parloirs ou entre personnes détenues. En 2003, un tiers des entrants en prison déclaraient une utilisation active et prolongée d'au moins une drogue illicite dans les 12 mois précédant leur incarcération et plus de 10 % étaient poly-consommateurs. Si, parmi les substances, l'usage de cannabis était le plus fréquent, la consommation d'héroïne, morphine ou opium concernait 6,5 % des entrants, celle de cocaïne ou de crack 7,7 %.¹⁵ Par ailleurs, l'enquête Coquelicot, conduite chez des usagers de drogues fréquentant des structures médico-sociales spécialisées dans la prise en charge des addictions (Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), Centres d'accueil et d'accompagnement à la Réduction de risques pour usagers de drogues (CAARUD)), montrait en 2004 que 61 % des usagers participants à l'étude avaient au moins un antécédent d'incarcération. Parmi eux, 12 % avaient eu recours à l'injection en détention, dont 30 % avaient partagé leur matériel d'injection dans ce contexte.¹⁶ Enfin, l'usage de traitement de substitution aux opiacés (TSO) est en constante évolution : 2,8 % des personnes détenues étaient sous TSO en 1998, elles étaient 7,9 % en 2010¹⁷.
- La prévalence des troubles psychiatriques est très élevée dans la population détenue. Selon l'enquête sur la santé mentale conduite en 2004¹⁸, plus du tiers des hommes détenus avaient déjà consulté et 16 % avaient été hospitalisés pour des motifs psychiatriques avant leur incarcération. En détention, 4 hommes sur 5 présentaient au moins un trouble psychique¹⁹ et parmi eux, plus de 70 % en cumulaient plusieurs. Plus d'un détenu sur cinq présentait des troubles psychotiques. Selon une échelle d'évaluation de la sévérité des troubles, 35 % des détenus étaient considérés comme manifestement malades, gravement malades ou parmi les patients les plus malades.²⁰ En cohérence avec le niveau observé dans l'enquête sur la santé des entrants en prison mentionnée *supra*, l'enquête de 2004 a mesuré une fréquence importante des addictions à l'alcool et aux substances psychoactives, qui concernaient respectivement 31 % et 38 % des détenus. Enfin, les risques suicidaires sont plus élevés en milieu carcéral. Sur ce point, une étude sur la mortalité par suicide montre un taux 7 fois plus élevé chez les hommes et 20 fois plus élevé chez les femmes en détention qu'au sein de la population générale entre 2000 et 2010.²¹

1.2. Les données épidémiologiques et de prise en charge du VHC chez les personnes détenues sont anciennes et lacunaires

La connaissance de l'épidémiologie du VHC en France présente globalement des fragilités en l'absence de dispositif national de surveillance. Elle s'avère particulièrement insuffisante s'agissant de la population détenue (1.2.1). Les données de prise en charge médicale aux différentes étapes du parcours de santé ne font pas non plus l'objet de remontées à l'échelon régional ou national et demeurent confinées dans les USMP (1.2.2). Certaines données d'activité des USMP sont quant à elles collectées, mais ne sont pas analysées (1.2.3). Ces

¹² *Ibid.*

¹³ Loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses.

¹⁴ En 2008, 14,3 % des peines prononcées concernaient un délit en lien avec l'usage ou le trafic de drogue, et parmi elles, 36 % étaient des peines de prison. Michel L, Jauffret-Roustide M, Blanche J, et al. Limited access to HIV prevention in French prisons (ANRS PRI2DE): implications for public health and drug policy. *BMC Public Health*. 2011;11:400. Published 2011 May 27. doi:10.1186/1471-2458-11-400

¹⁵ Mouquet M.-C., *La santé des personnes entrées en prison en 2003*. DREES, *op. cit.*

¹⁶ Jauffret-Roustide M et al. Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004, *in* : BEH, n°33, 5 septembre 2006.

¹⁷ Chemlal K, Echard-Bezault P., Deutsch P., *Promotion de la santé en milieu pénitentiaire. Référentiel d'intervention*, INPES, *Op.cit.*

¹⁸ Falissard B (dir.) et al. *Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral*, *op.cit.*

¹⁹ Au sens de l'enquête, le terme « trouble psychiatrique » désigne les troubles thymiques, anxieux, de dépendance aux substances ou à l'alcool ainsi que les troubles psychotiques.

²⁰ Echelle CGI (Clinical Global Impression)

²¹ Chan Chee C., Moutengou E., *Suicide et autres décès en milieu carcéral en France entre 2000 et 2010. Apport des certificats de décès dans la connaissance et le suivi de la mortalité*. Santé publique France, 2016.

II. Observations sur le contexte global de la mission

déficits, outre qu'ils ont posé des difficultés considérables à la commission pour établir l'état des lieux qui lui a été demandé, constituent un obstacle majeur à l'élaboration et au pilotage de l'action sanitaire en direction de la population clé que représentent les personnes détenues.

1.2.1. La situation épidémiologique actuelle de l'infection par le VHC dans la population détenue et son évolution sont mal connues

La commission a procédé à une revue des données épidémiologiques disponibles, issues de sources hétérogènes, concourant à estimer l'évolution de l'épidémie de VHC respectivement en population générale et au sein de la population spécifique des personnes détenues.

1.2.1.1. Le contexte épidémiologique en population générale

Le nombre annuel de nouvelles infections chroniques par le VHC dans la population française est aujourd'hui estimé à environ 5 500 cas, dont 80 % chez des usagers de drogues injecteurs.²² Ces estimations doivent cependant être considérées avec beaucoup de précaution en raison des limites méthodologiques importantes des modélisations qui permettent de les produire.

En ce qui concerne la prévalence de l'infection en population générale, une enquête épidémiologique nationale a permis de produire en 2004 des estimations robustes tant de séroprévalence du VHC (personnes ayant été infectées au cours de leur vie, séropositives au dépistage des anticorps anti-VHC) que de la prévalence des hépatites C chroniques (personnes ayant une infection active). Les actualisations de ces estimations produites depuis lors, en particulier en 2011 et 2016, résultent en revanche de modélisations, conduites selon des méthodes différentes, ce qui implique une grande prudence dans leur comparaison. Il est en outre possible que ces estimations de prévalence au niveau national tendent à être sous-estimées, en raison d'une probable sous-représentation de certaines populations les plus exposées. L'Encadré 3 présente ces différentes données.

En dépit de ces réserves, la prévalence des infections chroniques apparaît en diminution dans la population générale entre 2004 et 2016. Les raisons généralement avancées pour expliquer cette diminution sont la diminution du nombre de personnes infectées par transfusion avant 1992, l'impact des AAD disponibles depuis fin 2013, et une baisse de l'incidence du VHC.

Au-delà de l'estimation de la prévalence des infections chroniques par le VHC, l'estimation du nombre de personnes atteintes mais non encore diagnostiquées représente un enjeu essentiel pour la stratégie d'élimination de l'épidémie. Du point de vue de la santé publique, les personnes ayant une infection active représentent le réservoir de l'épidémie et constituent la cible à atteindre en termes de dépistage et d'accès aux traitements par les AAD. Les estimations de la taille de cette population sont actuellement vivement discutées car elles varient du simple au triple selon les études, soit un total d'environ 26 000²³ à 75 000 personnes²⁴ à diagnostiquer et traiter.

1.2.1.2. L'épidémie de VHC dans la population des personnes détenues

Les incertitudes sont encore beaucoup plus fortes en ce qui concerne la situation épidémiologique au sein de la population des personnes détenues. Les estimations nationales de prévalence ne distinguent en effet pas cette population et c'est par conséquent sur la base d'études spécifiques que la prévalence du VHC peut être approchée.

La seule estimation robuste de la séroprévalence et de la prévalence des infections actives en milieu pénitentiaire demeure celle produite dans le cadre de l'étude PREVACAR, portant sur l'année 2010. La séroprévalence du VHC était alors estimée à 4,8 % et la prévalence des infections actives à 2,5 % chez les personnes détenues, soit des valeurs de cinq à six fois plus élevées qu'en population générale à la même époque (Cf. Encadré 3).

Une enquête nationale de pratiques sur la prise en charge de l'hépatite C en milieu pénitentiaire, réalisée par questionnaire auprès des USMP une première fois en 2015 et réitérée en 2017, fournit également des estimations de la séroprévalence à ces deux dates. Ces estimations peuvent difficilement être comparées à celle produite par l'étude PREVACAR, au regard de questions d'exhaustivité et de représentativité des données, ainsi que de méthodologie de recueil et d'exploitation. Leur intérêt réside en revanche dans la comparaison entre les deux vagues d'enquête, qui montre une baisse très sensible de la séroprévalence, de 4,3 % en 2015 à 2,9 % en 2017.

²² Données de Santé publique France, juin 2019, non publiées, citées in : *Évaluation des stratégies de dépistage des personnes infectées par le VHC, Volet 1. Évaluer l'efficacité des stratégies de dépistage*, Haute Autorité de Santé, 2019.

²³ *Ibid.*

²⁴ Deuffic-Burban S et al. Assessing the cost-effectiveness of hepatitis C screening strategies in France. *Journal of Hepatology*, Volume 69, Issue 4, 785 - 792

II. Observations sur le contexte global de la mission

On ne dispose en revanche d'aucune estimation nationale de la prévalence des infections chroniques en milieu pénitentiaire depuis 2010. Néanmoins, une étude robuste, conduite au centre pénitentiaire de Fresnes en 2017, a montré une séropositivité au VHC chez 2,9 % des personnes détenues, cohérente avec l'estimation issue de l'enquête de pratiques, et une prévalence des infections actives par le VHC de 1,1 %. La proportion d'infections actives parmi les personnes séropositives s'établit ainsi à 38 %, sensiblement plus faible que celle observée en 2010 dans l'étude PREVACAR, où elle atteignait environ 50 %. Cette baisse est en cohérence avec celle observée en population générale dans la même période, et pourrait notamment refléter l'impact de l'arrivée des AAD. Ces résultats obtenus localement ne peuvent cependant être extrapolés sans la plus grande prudence, les différences de prévalence pouvant être importantes d'une région comme d'un établissement à l'autre.

Encadré 3

Tableau récapitulatif des principales estimations disponibles de la prévalence de l'infection par le VHC en France, en population générale et en population pénitentiaire

Année	Prévalence des sérologies VHC+ en % de la population		Prévalence de l'hépatite C chronique en % de la population	
	Générale	Pénitentiaire	Générale	Pénitentiaire
2004	0,84 ^[a]		0,53 ^[a]	
2010		4,8 ^[b]		2,5 ^[b]
2011	0,75 ^[c]		0,42 ^[c]	
2015		4,3 ^[d]	0,30 ^[e] ; 0,29 ^[f]	
2016			0,30 ^[g]	
2017		2,9 ^[h] ; 2,9 ^[i]		1,1 ^[i]

Remarques

Les estimations rassemblées dans le tableau reposent sur des sources de données diversement exhaustives et/ou représentatives ainsi que sur des méthodologies différentes (enquêtes, modélisations). Les populations de référence varient également au regard de l'inclusion ou non selon les études des populations d'Outremer. En conséquence, la comparaison de ces estimations requiert une grande prudence. En particulier, si ces estimations suggèrent une baisse de la prévalence depuis 2004, il convient de souligner que celle-ci n'est pas statistiquement significative au regard des intervalles de confiance (non reproduits dans le tableau pour des raisons de lisibilité).

Références

[a] Meffre C, Le Strat Y, Delarocque-Astagneau E, Dubois F, Antona D, Lemasson JM, et al. Prevalence of hepatitis B and hepatitis C virus infections in France in 2004: social factors are important predictors after adjusting for known risk factors. *J Med Virol*. 2010;82(4):546-55.

Meffre C, Le Strat Y, Delarocque-Astagneau E, Antona D, Desenclos JC. Prévalence des hépatites B et C en France en 2004. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2006.

[b] Chiron E, Jauffret-Roustide M, Le Strat Y, Chemlal K, Valantin MA, Serre P, et al ; et le groupe Prévacar. Prévalence de l'infection par le VIH et le virus de l'hépatite C chez les personnes détenues en France. Résultats de l'enquête Prévacar 2010. *Bull Epidemiol Hebd*. 2013;(35-36):445-50.

[c] Pioche C, Pelat C, Larsen C, Desenclos J, Jauffret Roustide M, Lot F, Pillonel J, Brouard C. Estimation de la prévalence de l'hépatite C en population générale, France métropolitaine, 2011. *Bull Epidemiol Hebd*. 2016-05-17;(13-14):224-9.

[d] Données complémentaires non publiées, transmises au CNS par les auteurs : Remy AJ, Canva V, Chaffraix F, Hadey C, Harcouet L, Terrail N, et al. L'hépatite C en milieu carcéral en France : enquête nationale de pratiques 2015. *Bull Epidemiol Hebd*. 2017;(14-15):277-84.

[e] Polaris Observatory HCV Collaborators. Global prevalence and genotype distribution of hepatitis C virus infection in 2015: A modelling study. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2017;2(3):161-76.

[f] European Union HCV Collaborators. Hepatitis C virus prevalence and level of intervention required to achieve the WHO targets for elimination in the European Union by 2030: A modelling study. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2017;2(5):325-36.

[g] Saboni L, Brouard C, Gautier A, Chevaliez S, Rahib D, Richard JB, et al. Prévalence des hépatites chroniques C et B, et antécédents de dépistage en population générale en 2016 : contribution à une nouvelle stratégie de dépistage, Baromètre de Santé publique France-BaroTest. *Bull Epidemiol Hebd*. 2019;(24-25):469-77.

[h] A paraître, données transmises au CNS par les auteurs : Remy AJ, Canva V, Chaffraix F, Hadey C, Harcouet L, Terrail N, et al. Amélioration de la prise en charge de l'hépatite C en milieu carcéral en France, état des lieux 2017 : moins de patients mais plus de traitements qu'en 2015.

[i] Izquierdo L, Mellon G, Buchaillet C, Fac C, Soutière M-P, Pallier C, et al. (2019) Prevalence of hepatitis E virus and reassessment of HIV and other hepatitis virus seroprevalences among French prison inmates. *PLoS ONE* 14(6): e0218482. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218482>. Remarque : cette étude porte sur uniquement sur un établissement pénitentiaire en région Île-de-France (centre pénitentiaire de Fresnes).

II. Observations sur le contexte global de la mission

La commission constate que cet ensemble disparate et lacunaire de données n'autorise que des conclusions de portée générale :

- une tendance à la baisse de la prévalence du VHC est observée aussi bien en population générale que dans la population détenue ;
- la prévalence du VHC demeure beaucoup plus élevée dans la population détenue qu'en population générale.

Pour l'action sanitaire, dans la perspective de mettre en œuvre une stratégie de type « *Test and Treat* » pour atteindre l'objectif d'élimination de l'hépatite C en 2025, ce déficit de données ne permet donc ni d'estimer la taille de la population à atteindre au sein des établissements pénitentiaires, ni de mesurer l'impact des actions actuelles et futures en faveur du dépistage et du traitement des personnes détenues porteuses d'une infection active.

1.2.2. Il n'existe pas de recueil organisé des données de prise en charge du VHC en milieu pénitentiaire

La littérature ne fournit que peu de données, sinon éparses, permettant d'apprécier l'accès effectif des personnes détenues au dépistage et, le cas échéant, à la prise en charge thérapeutique de l'infection active par le VHC. À cet effet, la commission aurait souhaité disposer des données nécessaires à établir une représentation « en cascade » de l'accès aux différentes étapes du parcours de soins, à savoir le nombre de personnes ayant, dans le cadre de leur détention :

- (i) effectué un test de dépistage du VHC (ainsi que, par ailleurs, du VHB et du VIH) ;
- (ii) été dépistées positives pour le VHC (ainsi que pour VHB et le VIH) ;
- (iii) reçu un diagnostic d'infection active par le VHC ;
- (iv) débuté un traitement par les AAD.

Ces données ne sont pas disponibles. En effet, aucun recueil d'informations de prise en charge médicale du VHC en milieu pénitentiaire n'est organisé ni prévu, que ce soit au niveau régional ou national. Les données restent ainsi confinées au sein des USMP dans les dossiers médicaux des patients et ne sont généralement pas colligées en routine par les équipes ou par les ARS.

Outre le fait que la production de telles données agrégées ne leur est pas demandée, la commission a pu constater, dans les établissements qu'elle a visités, les difficultés qu'une partie des USMP rencontrait à produire ces informations, par manque de temps et par déficit d'outils appropriés. De nombreuses USMP ne disposent en effet pas de dossiers patients informatisés, ou sont parfois équipées localement de logiciels non interopérables avec ceux utilisés par les autres services de l'établissement hospitalier de rattachement qui concourent à la prise en charge des patients.

À défaut de sources de données directes, la commission a tenté de quantifier certains éléments par des moyens indirects, quand cela était possible :

- En ce qui concerne l'accès au dépistage, la commission s'est appuyée sur des données que les USMP renseignent, dans le cadre de rapports d'activité annuels standardisés, sur la plateforme PIRAMIG (pilote des rapports d'activité des missions d'intérêt général). Cette plateforme assure le recueil et une remontée automatique des informations vers les ARS et la direction générale de l'offre de soins (DGOS). Il s'agit cependant d'un outil conçu dans une visée administrative de suivi de l'utilisation des crédits MIG (mission d'intérêt général), et non d'information médicale. PIRAMIG mesure ainsi l'activité de dépistage des USMP à travers le nombre total de sérologies réalisées respectivement pour le VIH, le VHB et le VHC, mais ne recueille aucune information sur les résultats, ni sur des actes médicaux consécutifs à un diagnostic pour ces pathologies. De surcroît, le recueil de données dans PIRAMIG s'avère médiocre en l'absence de dispositifs de contrôle-qualité efficaces (exhaustivité limitée, données incohérentes) de la part de l'administration, qui se borne à archiver les données brutes recueillies sans les analyser. L'exploitation réalisée dans le cadre de la mission à partir de ces données est présentée et discutée en [III.1.2](#).
- Concernant le nombre de personnes ayant accédé au traitement par les AAD dans le cadre pénitentiaire, dans la mesure où la prise en charge financière des AAD relève du régime dit de rétrocession²⁵, la commission a dans un premier temps sollicité les services de l'assurance maladie. L'obtention de cette information à partir des données de remboursements paraissait facilitée par la mise en place, depuis 2017, du Centre national de gestion de la protection sociale des personnes écrouées (CNPE), opéré par deux caisses primaires d'assurance maladie (CPAM du Lot et de l'Oise), en charge d'assurer l'affiliation et la gestion de l'ensemble des personnes détenues en France. Cette démarche s'est cependant avérée vaine,

²⁵ La rétrocession est une disposition dérogatoire qui concerne certains médicaments particulièrement coûteux et permet aux établissements hospitaliers qui les prescrivent et les délivrent, au lieu d'en supporter charge sur leur budget de soins, d'en obtenir le remboursement par l'Assurance maladie, au titre de la couverture maladie du patient.

II. Observations sur le contexte global de la mission

Les CPAM chargées du dispositif n'étant pas en mesure de distinguer dans leurs bases de données de remboursements entre ceux consentis aux assurés sociaux de leur département et ceux consentis au titre du CNPE aux assurés sociaux écroués. À défaut, la commission a procédé à une enquête par questionnaire auprès des PUI des établissements hospitaliers de rattachement de l'ensemble des USMP des trois régions visitées, afin de recueillir leurs données concernant la délivrance des AAD. Les principaux résultats de cette enquête sont présentés et discutés en III.3.2.

La commission a procédé à différentes exploitations de ces données établies de manière indirecte afin d'estimer, bien qu'imparfaitement, la proportion de personnes détenues effectivement dépistées pour le VIH, le VHB et le VHC, ainsi que la proportion de celles porteuses d'une infection active par le VHC ayant accédé au traitement par AAD au cours de leur détention. Une représentation partielle de la cascade de prise en charge du VHC en milieu pénitentiaire a ainsi pu être proposée, malgré les limites qui affectent l'exercice concernant la qualité des données utilisées et la robustesse de certaines hypothèses. Les informations détaillées sur les données et la méthodologie utilisées pour réaliser ces différentes exploitations sont regroupées au sein de l'Annexe 1.

2. LA CAPACITÉ DES SERVICES DE SANTÉ EN MILIEU PENITENTIAIRE À REMPLIR PLEINEMENT LEURS MISSIONS EST ENTRAVÉE PAR DES CONDITIONS D'EXERCICE DÉGRADÉES

La loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale a transféré l'organisation des soins aux personnes détenues de l'administration pénitentiaire au service public hospitalier. Outre permettre une amélioration très sensible des moyens en personnel médicaux et paramédicaux, en locaux et en équipements, et en conséquence de la qualité de l'offre de soins, cette réforme a consacré l'intégration de la personne détenue dans le système de santé de droit commun. Le principe éthique ainsi posé est d'assurer aux personnes détenues une qualité et une continuité des soins identiques à celles dont bénéficie l'ensemble de la population.²⁶ Cette réforme a également eu pour conséquence une stricte identification et séparation des rôles entre les personnels de santé, relevant de l'administration de l'établissement hospitalier auquel est rattachée l'USMP, et les personnels relevant de l'administration pénitentiaire.

Pour être des services hospitaliers, les USMP ne représentent pas moins pour les personnels de santé un cadre d'exercice très singulier, tant sur le plan humain qu'au regard des contraintes d'ordre matériel, sécuritaire et disciplinaire qui régissent l'environnement carcéral. Au-delà des conditions inhérentes à l'exercice en milieu pénitentiaire, les difficultés, notamment en termes de ressources humaines, que connaissent le système de santé en général, et *a fortiori* le système pénitentiaire, pèsent fortement sur l'organisation et le fonctionnement de l'activité de soins au sein des USMP (2.1). La nécessaire coopération entre les services et les personnels sanitaires et pénitentiaires apparaît par ailleurs entravée par des difficultés persistantes de communication et de coordination (2.2). Enfin, alors que la prévention des risques infectieux représente un enjeu majeur en milieu carcéral, les personnels tant sanitaires que pénitentiaires s'avèrent paradoxalement peu sensibilisés et insuffisamment formés (2.3).

2.1. Différentes catégories de personnels sanitaires et pénitentiaires sont en forte tension, dans un contexte de faible attractivité des fonctions

2.1.1. Les problèmes de démographie médicale apparaissent majorés en milieu pénitentiaire

La plupart des unités sanitaires travaillent dans des conditions de forts sous-effectifs médicaux par rapport aux besoins. Dans de nombreux EP visités, seule la moitié des équivalents temps plein (ETP) médicaux sont pourvus. Les difficultés liées aux sous-effectifs sont majorées par les enjeux de surpopulation carcérale que rencontrent certains établissements, notamment les maisons d'arrêt.²⁷ De plus, les effectifs des personnels soignants sont calculés en fonction de la « capacité opérationnelle » des établissements et non du taux d'occupation réel de ceux-ci²⁸ et s'avèrent largement insuffisants au regard des nombreux besoins sanitaires de la population carcérale.

²⁶ Ce principe a été conforté et précisé par la loi pénitentiaire n° 2009-1436 du 24 novembre 2009, qui dispose que « la qualité et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population » (Art. 46)

²⁷ *Les droits fondamentaux à l'épreuve de la surpopulation carcérale*, Le contrôleur général des lieux de privation de liberté, 2018, pp. 13-15

²⁸ *Ibid.*

II. Observations sur le contexte global de la mission

Outre le fait que les sous-effectifs médicaux reflètent la démographie médicale locale, les conditions d'exercice sont aggravées par le manque d'attractivité du secteur pénitentiaire et dans certains cas, par les difficultés financières des établissements hospitaliers de rattachement.²⁹

Les conditions de travail en milieu pénitentiaire, notamment la crainte des agressions, font de l'exercice dans ce milieu un secteur peu attractif pour les professionnels de santé. Toutefois, les problèmes de démographie médicale n'affectent pas également les différents corps de métiers. Selon le rapport 2018 du Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), les personnes détenues rencontreraient des difficultés principalement dans l'accès aux soins spécialisés (ophtalmologiques, kinésithérapeutes, dermatologiques, psychiatriques).

En revanche, les postes de personnels infirmiers apparaissent relativement préservés des enjeux de démographie médicale, ce qui ne signifie pas pour autant que les infirmiers exercent dans des conditions satisfaisantes. Véritables chevilles ouvrières des unités sanitaires, les infirmiers assistent les médecins dans de nombreuses tâches qui les conduisent à entretenir des contacts réguliers avec les patients mais aussi les personnels de surveillance. Malgré des effectifs confortables et le rôle transversal de ces acteurs, la délégation de tâches, notamment en ce qui concerne la réalisation du dépistage par TROD (Cf. III.1.5.), demeure beaucoup trop rarement envisagée.

En plus de conditions d'exercice difficiles, l'éloignement des nouveaux EP des centres urbains majore les difficultés de recrutement. Sur le terrain, la commission a pu constater que l'activité de certaines unités sanitaires d'EP situés en milieu rural reposait parfois sur un seul médecin. Les professionnels concernés, parfois proches de la retraite ou déjà retraités, font face à d'énormes difficultés de recrutement et déplorent l'absence de candidats appelés à assurer la relève. En ce sens, l'ensemble des personnels soignants auditionnés regrette le manque de valorisation concernant leur discipline en milieu pénitentiaire, au cours du cursus universitaire et au sein du corps médical. Les équipes peinent à faire connaître et reconnaître leur travail à l'extérieur et les internes sont peu nombreux à effectuer des stages en milieu carcéral, ces carrières n'étant que peu ou pas évoquées dans le cursus universitaire.

Plus fondamentalement, les personnels soignants exerçant en milieu pénitentiaire expriment largement se sentir abandonnés par les centres hospitaliers de rattachement. Sans que la commission ait les moyens de vérifier ces déclarations, un grand nombre de personnels sanitaires font état d'un manque de transparence de la part des directions des hôpitaux de rattachement concernant l'attribution des crédits à destination des USMP, lesquelles ne bénéficieraient pas toujours de l'ensemble des financements qui leurs sont alloués.

2.1.2. Les situations de sous-effectif en personnels surveillants ont également un impact important sur le fonctionnement des unités sanitaires

L'administration pénitentiaire a créé des postes supplémentaires de personnels de surveillance (+9 % d'effectif théorique entre 2012 et 2017) mais peine à recruter. Le taux de vacance de ces personnels ne cesse d'augmenter (7,2 % en 2018 contre 1,2 % en 2012). Cette relative pénurie d'agents est particulièrement marquée en Île-de-France³⁰. Face à la nécessité de favoriser le recrutement de surveillants, la durée de formation à l'École nationale d'administration pénitentiaire (ENAP) a été réduite de deux mois, mesure qui n'a pas encore fait ses preuves puisque le taux de présentation aux écrits ne cesse de baisser³¹ et que de nombreuses voix s'élèvent pour signaler une dégradation du niveau de recrutement des personnels de surveillance.

Selon certaines personnes auditionnées, les profils ainsi que les motivations des personnes à embrasser la profession de surveillant ont évolué. Alors que le métier de surveillant relevait bien souvent d'une tradition familiale³², la part des personnes s'étant tournées « par hasard » vers cette profession ne cesse de croître³³. Les nouvelles recrues sont davantage motivées par la perspective d'entrer dans la fonction publique et de jouir d'une relative sécurité économique et sociale, une vue qui contraste avec des conditions de travail souvent qualifiées d'éprouvantes.

²⁹ Le remplacement de postes vacants, bien que budgétisés, peut par exemple se trouver durablement bloqué par règles de gel des recrutements dans le cadre des plans d'action de retour à l'équilibre financier auxquels sont soumis les établissements en difficulté.

³⁰ Sénat – Avis n° 153 (2018-2019) de M. Alain Marc, présenté au nom de la commission des lois, sur le projet de loi de finances, adopté par l'Assemblée nationale, pour 2019, Tome VII : Administration pénitentiaire, pp. 30 sqq. <https://www.senat.fr/rap/a18-153-7/a18-153-75.html>

³¹ Thierry G., *L'administration pénitentiaire face au défi du recrutement*, Dalloz-actualité, 5 octobre 2018. https://www.dalloz-actualite.fr/flash/l-administration-penitentiaire-face-au-defi-du-recrutement#Xys_vDozbiW

³² Touraut C., *Surveillant pénitentiaire : un métier en tension*, in : Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques, n°45, Direction de l'administration pénitentiaire, septembre 2018.

http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Cahiers_etude_45_Surveillant_penitentiaire_un_metier_en_tension.pdf

II. Observations sur le contexte global de la mission

Tout comme les personnels sanitaires, les personnels de surveillance sont particulièrement exposés aux conséquences de la surpopulation carcérale qui leur impose de travailler dans un contexte en forte tension, en proie aux conflits et aux violences exacerbés. En dépit de la brutalité du milieu carcéral, la souffrance au travail des surveillants est insuffisamment prise en charge ; la commission a par ailleurs constaté que le poste de médecin en charge de la prévention est souvent vacant et qu'il est difficile d'avoir accès à un psychologue. Faute d'interlocuteurs, les personnels surveillants se tournent parfois vers l'unité sanitaire et ne sont pas toujours bien accueillis par les soignants, dont la tâche consiste « à soigner les détenus, non pas les personnels ».³⁴

Ces situations alimentent un sentiment de manque de reconnaissance, voire de frustration des personnels surveillants à l'égard du corps médical et de l'administration pénitentiaire. Le manque de communication et d'échanges d'informations entre les personnels médicaux et pénitentiaires est source d'incompréhensions mutuelles. La commission a constaté un manque d'informations du personnel pénitentiaire sur les risques infectieux et sur l'importance de la prise en charge précoce des trois infections, y compris lorsque les personnels pénitentiaires identifient des situations qu'ils jugent susceptibles de comporter un risque sanitaire (crachat, changement de literie, morsure...) et de mettre en jeu leur sécurité.

2.2. De nombreux facteurs influent sur la cohésion et le dynamisme des équipes, notamment les difficultés de communication et de coordination entre les services et les personnels sanitaires et pénitentiaires

2.2.1. La communication et la coordination entre les services de santé et les services pénitentiaires demeure un sujet sensible

Plusieurs instances formalisées permettent en principe une communication et une coordination structurées entre les services sanitaires et l'administration pénitentiaire, mais ces instances sont diversement appropriées par les parties prenantes. Au niveau local, les instances de coordination santé-justice sont incarnées, entre autres, par le conseil d'évaluation de l'établissement pénitentiaire, le comité de coordination, la commission santé³⁵ et la commission pluridisciplinaire unique (CPU).³⁶ Seules la commission santé et la commission pluridisciplinaire unique intègrent des représentants des personnels sanitaires et pénitentiaires, ce qui peut parfois donner l'impression à ces derniers d'une organisation trop pyramidale et descendante, ne prenant pas en compte les besoins et suggestions des personnels les moins haut placés dans la hiérarchie de l'administration pénitentiaire.

D'autre part, le caractère pluridisciplinaire de ces instances, censé favoriser le dialogue et la coordination entre les services et les personnels sanitaires et pénitentiaires, n'est pas toujours apprécié des personnels soignants, notamment dans le cadre des CPU. Dans l'un des établissements visités, les personnels de l'USMP refusent catégoriquement de participer aux CPU au motif que ce dispositif transgresse leur éthique professionnelle. Bien que cette situation ne reflète pas la tendance nationale³⁷, cet établissement ne semble pas être un cas isolé.

Au demeurant, il existe des nuances concernant les positionnements des médecins somaticiens et des psychiatres, ces derniers pouvant être amenés à exercer une vigilance particulière au regard des informations susceptibles d'être sollicitées par l'administration pénitentiaire concernant les patients présentant des troubles psychiatriques.

Les dispositions générales protégeant le secret professionnel des médecins s'appliquent et la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 précise que « L'administration pénitentiaire respecte le droit au secret médical des personnes détenues ainsi que le secret de la consultation ».³⁸ Une circulaire du ministère de la Justice du 18 juin 2012 relative aux modalités de fonctionnement de la CPU précise ainsi qu'« En aucun cas les propos échangés en CPU ne peuvent porter sur des informations couvertes par le secret médical ».³⁹

Dans le respect de ces dispositions, la législation prévoit néanmoins certaines procédures de signalement par les professionnels de santé de situations à risque pour les personnes au sein de l'établissement et la

³⁴ Audition CNS.

³⁵ À ne pas confondre avec la commission santé-justice par ailleurs instaurée à l'échelon régional ou interrégional.

³⁶ La CPU, instituée auprès de chaque établissement pénitentiaire, est une commission administrative à caractère consultatif présidée par le chef d'établissement, elle est obligatoire pour l'examen des parcours d'exécution de peine (PEP) des personnes condamnées.

³⁷ « L'équipe de soins participe de façon régulière à la CPU dans 123 des 176 établissements pénitentiaires (soit 70 %), y participe de façon non systématique dans 42 établissements (24 %) et n'y participent jamais dans 11 (soit 6 %) ». IGAS, IGJS, *Evaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la santé des personnes placées sous main de justice*, op.cit., p. 34.

³⁸ Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, art. 45.

³⁹ Ministère de la Justice. Circulaire du 18 juin 2012 relative aux modalités de fonctionnement de la commission pluridisciplinaire unique (NOR : JUSK1140048C). BOMJ n°2012-07 du 31 juillet 2012.

II. Observations sur le contexte global de la mission

transmission à l'administration pénitentiaire des « *informations utiles à la mise en œuvre de mesures de protection* ».⁴⁰ Une circulaire interministérielle du 21 juin 2012 précise le cadre et les limites dans lesquelles ce partage d'informations opérationnelles entre professionnels de santé et de l'administration pénitentiaire est nécessaire au bon exercice des missions des personnels pénitentiaires. Il s'agit notamment d'informations concernant « *les personnes détenues victimes de maltraitance* » ou encore « *le risque de dangerosité (au sens psychiatrique du terme) en vue de prévenir des agressions* ».⁴¹ La nature des informations soumises au partage par la circulaire du 21 juin 2012 continue de susciter, non sans raison, la méfiance des personnels de santé et notamment des psychiatres.

Les dispositions entourant les maladies transmissibles sont plus lisibles. En effet, les « maladies transmissibles non contagieuses », telles que le VIH et le VHC, ne nécessitent pas de « mesures d'isolement et/ou barrière » et ne sont pas soumises au partage d'information, le statut sérologique des patients n'a donc pas à être communiqué aux personnels pénitentiaires⁴².

Dans la majorité des cas, la commission a constaté que la notion de secret médical est dans son principe plutôt bien assimilée par les personnels de surveillance et leurs syndicats, mais des tensions apparaissent dans la pratique, où la frontière est ténue. Ces professionnels déclarent souvent « *ne pas souhaiter connaître le diagnostic* », mais déplorent en revanche que les personnels de santé se refusent, sous couvert du secret médical, à les informer suffisamment des conduites à tenir ou des précautions à prendre à l'égard de certaines personnes détenues ou dans certaines situations. Les personnels surveillants auditionnés mettent souvent en avant les risques et violences (contagion, agression, suicide) auxquels ils sont quotidiennement exposés et face auxquels ils se sentent souvent démunis, faute de formation, d'information, et parfois de considération de la part des personnels de santé.

En dehors des CPU, les professionnels peuvent avoir recours à d'autres modalités d'échange, plus informelles et respectueuses du secret professionnel. Ces échanges permettent une organisation adaptée aux contraintes locales et témoignent parfois d'une ambition commune⁴³ au bénéfice des patients. Au regard des auditions, il apparaît manifeste qu'une offre de formation adaptée permettrait de désamorcer en partie les tensions entourant le secret médical et de favoriser la coordination et la communication entre les personnels.

2.2.2. La communication et la coopération est parfois difficile également entre services de santé somatique et psychique

Des difficultés de communication et de coopération entre les services en charge des soins somatiques et ceux concourant à la prise en charge de la santé mentale ainsi que des addictions ont été fréquemment rapportées à la commission par les professionnels de santé de chacun de ces secteurs, par les ARS ainsi que par l'administration pénitentiaire aux différents échelons (directions d'établissement, DISP, administration centrale).

La commission n'a pas souhaité en analyser l'ensemble des causes, ce qui aurait dépassé le cadre de ses travaux, mais s'est attachée à en décrire certaines conséquences négatives essentiellement en matière d'organisation du dépistage (Cf. III.1.7.1.) et d'action de prévention et de réduction des risques liés à l'usage de drogues (Cf. III.3.2.5.4.). Il apparaît néanmoins, sur un plan général, que les tensions d'ordres théorique et disciplinaire qui traversent le champ de la santé mentale se traduisent par des différences parfois conflictuelles d'approche, de pratique clinique et de cultures professionnelles à la fois au sein même du secteur de la santé psychique et dans ses rapports avec le secteur de la prise en charge somatique.

Ces difficultés ne sont pas propres au milieu pénitentiaire. Elles tendent cependant à y prendre un relief particulier en raison, d'une part, de la prévalence élevée des troubles de santé mentale et des addictions dans la population détenue et, d'autre part, de l'enjeu majeur que représente leur prise en charge pour réguler les tensions inhérentes aux conditions de vie en détention et assurer la sécurité des personnes détenues et des personnels au sein des établissements.

2.3. Différents déficits de sensibilisation et de formation parmi les personnels tant pénitentiaires que sanitaires sont constatés mais sont rarement comblés

À l'occasion de ses déplacements sur le terrain, le CNS a pu constater des disparités considérables en matière de conception, de pratiques et d'organisation des soins en milieu pénitentiaire. Un certain nombre de médecins et d'équipes soignantes sont apparus peu sensibilisés aux enjeux de la réduction de l'épidémie de VHC en milieu pénitentiaire, impliquant la combinaison des trois éléments que sont le dépistage, le traitement permettant la guérison en quelques semaines, et les mesures de prévention. D'autres équipes font à l'inverse

⁴⁰ Code de la santé publique, art. L.6141-5.

⁴¹ Circulaire interministérielle DGS/MC1/DGOS/R4/DAP/DPJJ no 2012-94 du 21 juin 2012 relative aux recommandations nationales concernant la participation des professionnels de santé exerçant en milieu carcéral à la commission pluridisciplinaire unique (CPU)

⁴² *Ibid.*

⁴³ Des surveillants demandent parfois à être affectés dans les USMP par intérêt pour les questions de santé – audition CNS

II. Observations sur le contexte global de la mission

preuve d'une mobilisation et d'un volontarisme exemplaires, et obtiennent de bons résultats. Ces écarts liés à des cultures, des sensibilités, des formations différentes conduisent les uns et les autres à agir en fonction de leur éthique personnelle et à la mesure des moyens dont ils disposent. Les pratiques de certains professionnels sont parfois en décalage avec les besoins changeants de la population et les nouvelles orientations et priorités de santé publique. En témoigne, dans le domaine intéressant la mission, le manque de connaissances induisant l'absence ou un faible taux d'utilisation des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans les USMP (Cf. III.1.5.), ou encore celui concernant les méthodes de RdRD ou RdRS (Cf. III.3.2.5.4.).

Le fait d'exercer en établissement pénitentiaire résulte parfois d'un choix par défaut pour les uns (proximité, horaires moins contraignants qu'à l'hôpital), ou d'un intérêt sincère voire d'un engagement militant pour d'autres. Quoi qu'il en soit, ces personnels ne bénéficient pas de formation spécifique à cet exercice singulier. Or cet environnement particulier, marqué par des contraintes organisationnelles fortes et la surreprésentation de certaines pathologies par rapport à la population générale, appelle des connaissances spécifiques ainsi qu'une bonne coordination entre les acteurs internes et externes, institutionnels, médico-sociaux et associatifs qui concourent à la prévention et à la prise en charge. Ceci est particulièrement vrai concernant le champ de la RdRD, dont les soignants ne s'emparent que trop peu.

Loin de se limiter aux personnels soignants, les enjeux de formation concernent aussi les personnels pénitentiaires. Alors que la prévalence des maladies infectieuses est particulièrement élevée en prison et que la prise en charge des patients concernés appelle une coordination importante entre les personnels sanitaires et pénitentiaires, les témoignages des représentants des personnels pénitentiaires attestent d'une grande méconnaissance des modes de transmission du VIH, du VHB et du VHC et d'une préoccupation forte face aux divers risques infectieux, laquelle peut constituer une opportunité de sensibilisation et de formation aux enjeux et méthodes de RdR. La commission a constaté un manque patent de ces sujets lors des formations tant initiale que continue.

Les agents de l'administration pénitentiaire déclarent que les enseignements prévus dans leur formation initiale ne leur permettent pas d'appréhender ces enjeux. La formation de surveillant s'effectue sur dix-huit mois, elle comprend une période de formation initiale d'une durée de six mois en qualité d'élève surveillant et une période de douze mois en qualité de surveillant stagiaire. Le programme de formation ne contient pas de cours portant sur les questions de santé. Certaines peuvent tout au plus être abordées de manière connexe dans le cadres de trois modules d'une unité d'enseignement respectivement consacrés aux thèmes « identifier les caractéristiques de la personne détenue », « orienter vers les dispositifs d'insertion » et « les différents partenaires de l'administration pénitentiaire ».⁴⁴

La formation continue des personnels pénitentiaires et en particulier des personnels surveillants se heurte également à des difficultés certaines. L'offre de formation continue est désormais déployée à l'échelon régional (pôles régionaux de formation) pour en faciliter l'accès. Toutefois, le sous-effectif et le turn-over important des surveillants dans les zones les plus en tension (grands centres urbains) sont des freins à la mise en œuvre effective de la formation continue. Certains établissements pénitentiaires sont en difficulté ne serait-ce que pour assurer les modules de formation continue obligatoires concernant la sécurité. Il est par ailleurs relevé qu'une partie des personnels serait peu encline à participer à des actions de formation non obligatoire soit par manque d'intérêt, soit également parce que la participation à ces formations, pour des raisons liées à l'organisation du temps de travail, entraînerait pour eux une perte d'heures supplémentaires et par conséquent de revenu. Enfin, quand des formations ont pu être organisées dans certains établissements dans le cadre d'expériences innovantes ou d'un projet d'établissement volontariste, la forte mobilité des personnels pénitentiaires – tant au niveau des personnels surveillants que des personnels de direction – rend difficile la pérennisation des acquis de ces formations.

Au regard de ces difficultés, la commission relève cependant qu'un pilotage volontariste peut produire des effets. L'administration pénitentiaire et l'ENAP ont été des acteurs de premier plan dans l'amélioration de la prévention, du repérage et de la prise en charge du suicide, en en faisant un enjeu prioritaire dans la formation initiale et continue des personnels pénitentiaires. Les mesures mises en place pour donner suite au plan d'action « prévention du suicide des personnes détenues » confirment que les progrès en matière de prévention sont possibles et nécessitent une offre de formation multiniveaux associant l'ensemble des professionnels intervenant dans le parcours pénal et sanitaire de la personne détenue.

Une offre de formation initiale et continue visant l'acquisition par les personnels surveillant d'un socle de connaissances élémentaires sur les risques infectieux, la RdRS et la RdRD pourrait être envisagée sur le même modèle. Cette ambition apparaît d'autant plus justifiée qu'au regard de la population présentant un risque infectieux élevé pour le VIH, le VHC et le VHB, notamment les usagers de drogues injectables (UDI), les enjeux

⁴⁴ Les actions menées par Sidaction seraient évoquées dans le cadre des partenariats

II. Observations sur le contexte global de la mission

de prévention et de formation entourant les maladies infectieuses ne sont pas sans lien, comme le souligne le *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*, avec la prévention et la prise en charge du suicide.⁴⁵ Pour élaborer une telle offre de formation, la commission relève l'intérêt de s'appuyer sur certaines associations intervenant en détention qui font preuve d'un savoir-faire important en matière d'information, de prévention et de réduction des risques (RdR). Les intervenants associatifs, en particulier les opérateurs de CAARUD et les associations d'auto-support, présentent l'avantage de bien connaître les besoins de leur public cible et abordent de façon plus décomplexée certaines pratiques à risque, chose que ne se permettent pas toujours les professionnels de santé et pénitentiaires, qui ne se sentent pas toujours convaincus de leur légitimité pour évoquer ces questions.

L'amélioration de la formation respective des personnels sanitaires et pénitentiaires, et parfois au travers d'actions de formation partagées entre ces catégories de personnels, doit faciliter les échanges et la mise en commun d'une culture de la prévention, d'outils et de modes de communications adaptés à l'exercice de chacune des parties prenantes. Elle doit contribuer à clarifier et favoriser la compréhension mutuelle du rôle et des moyens des différents acteurs contribuant à la prévention et la RdR.

⁴⁵ « des raisons multiples peuvent expliquer des suicides en milieu carcéral, notamment : une population à risque : la prévalence des troubles psychiatriques, des troubles de la personnalité et des troubles addictifs en prison (à âges comparables) ». Ministère de la Justice, Ministère des Solidarités et de la Santé, *Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice : guide méthodologique*, édition 2019, p. 292.

III. OBSERVATIONS SUR L'ORGANISATION ET LA MISE EN ŒUVRE DU PARCOURS VHC EN DÉTENTION

La présente partie du *Rapport*, qui en est aussi la principale, rassemble les constats de la commission relatifs à l'organisation en détention des dépistages du VHC ainsi que du VIH et du VHB (1.), des étapes de la prise en soins des personnes détenues dépistées positives au VHC (2.), de l'offre de prévention et de réduction des risques infectieux (3.) et des dispositifs d'accès aux droits sociaux (4.).

1. L'INSUFFISANCE DU DÉPISTAGE DU VHC EST LE PRINCIPAL OBSTACLE À L'ACCÈS AU TRAITEMENT PAR LES AAD ET À LA GUÉRISON

Au regard du cadre d'action en vigueur concernant l'organisation de l'offre de dépistage du VHC, du VHB et du VIH en milieu pénitentiaire (1.1), la commission s'est attachée à produire un état des lieux de sa mise en œuvre au sein des établissements. Par une approche quantitative, la commission constate des taux de réalisation des dépistages au sein de la population détenue insuffisants (1.2). L'approche qualitative, fondée notamment sur les observations recueillies auprès des USMP visitées, conforte le premier constat et éclaire certains facteurs d'explication des performances médiocres du dispositif de dépistage en milieu pénitentiaire. La proposition initiale des dépistages dans le contexte de l'arrivée en détention est généralement faite, mais leur réalisation est compromise par différents freins (1.3). Les opportunités de réitération du dépistage durant le séjour en détention et en prévision de la sortie s'avèrent dans la pratique très limitées (1.4). Le très faible recours aux TROD apparaît paradoxal en regard des difficultés que les USMP éprouvent à mettre en œuvre le dépistage (1.5). Enfin, les partenariats avec des CeGIDD sur lesquels s'appuient certaines USMP pour assurer tout ou partie de leur activité courante de dépistage semblent souvent peu pertinents dans leurs modalités actuelles (1.6), quand par ailleurs les partenariats avec différents acteurs internes comme extérieurs susceptibles de contribuer au dépistage mériteraient d'être développés pour diversifier davantage l'offre (1.7.).

1.1. L'organisation du dépistage du VHC, du VIH, et du VHB en milieu pénitentiaire repose à la fois sur un cadre réglementaire ancien et un corpus de recommandations de bonnes pratiques davantage actualisé

L'organisation et la réalisation des dépistages incombent aux USMP, dans le cadre de leurs missions globales de diagnostic, de soins ainsi que de coordination des actions de prévention et d'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire, telles que définies par différentes dispositions du code de la santé publique (CSP) et du code de procédure pénale (CPP)⁴⁶.

À cet égard, les USMP, et plus particulièrement le dispositif de soins somatiques en leur sein, constituent le pivot de l'offre de dépistage en milieu pénitentiaire et doivent dans tous les cas proposer et assurer cette mission, quels que soient par ailleurs les éventuels partenariats avec d'autres structures réalisant des dépistages, dont notamment les CeGIDD.

Sur le plan réglementaire, des dispositions spécifiques ont été prises dans le contexte des années 1990 afin d'assurer ou faciliter l'accès au dépistage du VIH en milieu pénitentiaire. C'est notamment le cas de la circulaire du 5 décembre 1996⁴⁷, toujours en vigueur et qui demeure le principal texte de référence. L'absence de mise à jour de ce texte réglementaire depuis plus de vingt ans, comme d'autres textes à visée similaire,⁴⁸ peut légitimement surprendre. La portée de ces textes n'a notamment pas été étendue au dépistage des virus des hépatites B et C.

Cette lacune ne semble toutefois pas avoir d'impact significatif sur la pratique actuelle dans la mesure où le *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*⁴⁹, publié conjointement et périodiquement mis à jour par le ministère de la justice et le ministère en charge de la santé, préconise de proposer systématiquement un dépistage conjoint des trois virus.

Document de référence pour l'organisation de l'offre sanitaire en milieu pénitentiaire, le *Guide méthodologique* prévoit ainsi que les dépistages du VIH, du VHB et du VHC doivent être :

⁴⁶ En particulier : code de la santé publique, art. R. 6111-27 à R. 6111-40 ; code de procédure pénale, art. D. 368 et D. 379.

⁴⁷ Circulaire DGS/DH/DAP n° 739 du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le VIH en milieu pénitentiaire.

⁴⁸ Code de procédure pénale, art. R. 57-8-1

⁴⁹ Ministère de la justice, ministère des solidarités et de la santé, *Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice : guide méthodologique*, édition 2019, <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/personnes-detenu-es/article/prise-en-charge-sanitaire>. Remarque : dans la suite du présent rapport, il sera référé à ce document sous le titre abrégé *Guide méthodologique*.

III. Observations sur l'organisation et la mise en œuvre du parcours VHC en détention

- systématiquement proposés à l'entrée en détention ;
- proposés périodiquement au cours de l'incarcération ;
- systématiquement proposés en cas de refus à l'entrée, de prise de risque, dans le cas d'exposition connue et avérée ;
- renouvelés à la demande spontanée des personnes auprès des personnels de l'unité sanitaire ;
- proposés systématiquement lors de la consultation de sortie réglementaire pour les personnes condamnées.⁵⁰

La commission note cependant que le *Guide méthodologique*, en dépit de mises à jour récentes (2017, 2019), ne met aucunement en avant le changement de paradigme intervenu dans le traitement du VHC qui peut conduire à la guérison en quelques semaines et réduire les risques de transmission d'abord au sein de la population carcérale mais aussi par conséquent en population générale. De fait, les actions qu'il conviendrait d'en tirer en matière de renforcement du dépistage du VHC ne sont pas perçues comme prioritaires par le personnel sanitaire.

Outre les préconisations génériques du *Guide méthodologique*, les recommandations émises respectivement par le Groupe d'experts pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH et le Groupe d'experts pour la prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C constituent également un cadre de référence pour l'organisation du dépistage en milieu pénitentiaire. Ces recommandations convergent à préconiser un dépistage des trois virus à une fréquence annuelle pour certains groupes de population les plus exposés, dont les personnes séjournant ou ayant séjourné en milieu carcéral.⁵¹

La commission a tenté d'évaluer l'effectivité de l'offre de dépistage dans les différentes circonstances définies par le *Guide méthodologique*, ainsi qu'au regard de l'objectif fixé par les Groupes d'experts d'un dépistage des trois virus devant être réitéré annuellement.

1.2. Les taux de dépistage réalisés en détention, et notamment à l'entrée, demeurent insuffisants

1.2.1. L'efficacité globale du dispositif d'offre de dépistage du VIH, du VHB et du VHC en milieu pénitentiaire s'avère difficile à évaluer.

La commission n'a identifié que deux types d'études récentes, d'ampleur et de méthodologies différentes, proposant une estimation de la proportion des personnes détenues effectivement dépistées, notamment dans le contexte de l'entrée en détention, pour le VHC, le VHB et/ou le VIH.

Seule étude de portée nationale, une enquête de pratiques sur la prise en charge de l'hépatite C en milieu carcéral a été conduite par questionnaire auprès de l'ensemble des USMP une première fois en 2015,⁵² puis réitérée en 2017.⁵³ La proportion d'USMP ayant répondu à l'enquête était de 38 % en 2015 et de 43 % en 2017, couvrant respectivement 39 % et 46 % de la population détenue. Les USMP répondantes déclaraient proposer systématiquement un dépistage du VHC à l'entrée en détention pour 98 % d'entre elles en 2015 et 94 % en 2017. Elles estimaient le taux de réalisation effective du dépistage à respectivement 70 % et 72 %. Les différences observées entre les deux périodes d'enquête ne paraissent pas statistiquement significatives.

Le premier de ces résultats suggère une bonne mise en œuvre par les USMP des dispositions prévoyant une proposition systématique de dépistage aux personnes entrant en détention. Il est cohérent avec les données plus anciennes issues de l'enquête PREVACAR qui établissait en 2010 que 93 % des USMP proposaient systématiquement le dépistage des trois virus lors de l'entrée en détention. L'autre étude récente disponible (présentée *infra*) établit pour sa part qu'en Île-de-France, 99,5 % des entrants en détention ont bénéficié d'une proposition de dépistage. Les observations de terrain de la commission, d'ordre qualitatif au regard du nombre

⁵⁰ *Guide méthodologique*, pp. 245-246.

⁵¹ *Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH : Recommandations du groupe d'experts* (mise à jour avril 2018), sous la direction du Pr Philippe Morlat et sous l'égide du CNS et de l'ANRS, <https://cns.sante.fr/actualites/prise-en-charge-du-vih-recommandations-du-groupe-dexperts> ; *Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C : Rapport de recommandations 2014*, sous la direction du Pr Daniel Dhumeaux et sous l'égide de l'ANRS et de l'AFEF, Editions EDK/EDP Sciences, 2014, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Prise_en_charge_Hepatitis_2014.pdf ; *Prise en charge thérapeutique et suivi de l'ensemble des personnes infectées par le virus de l'hépatite C : Rapport de recommandations 2016*, sous la direction du Pr Daniel Dhumeaux, sous l'égide de l'ANRS et du CNS et avec le concours de l'AFEF, EDP Sciences, 2016, <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport.pdf>.

⁵² Remy AJ, Canva V, Chaffraix F, Hadey C, Harcouet L, Terrail N, *et al.* L'hépatite C en milieu carcéral en France : enquête nationale de pratiques 2015. *Bull. Epidémiol. Hebd.* 2017;(14-15):277-84.

⁵³ Remy AJ, Canva V, Chaffraix F, Hadey C, Harcouet L, Terrail N, *et al.* Amélioration de la prise en charge de l'hépatite C en milieu carcéral en France, état des lieux 2017 : moins de patients mais plus de traitements qu'en 2015. *A paraître, communication des auteurs au CNS.*

III. Observations sur l'organisation et la mise en œuvre du parcours VHC en détention

d'établissements visités trop limité pour permettre une quelconque quantification, convergent pour que l'on considère que la proposition de dépistage des trois virus est faite à l'entrée, au moins formellement.

La commission s'interroge en revanche sur les taux de réalisation effective des dépistages déclarés par les USMP, ou du moins sur l'interprétation qui peut en être donnée, ne sachant si celles-ci, en répondant à l'enquête, ont exprimé une proportion se rapportant à la file active annuelle totale de personnes détenues dans l'établissement, au nombre annuel d'entrants, ou encore au nombre d'entrants ayant accepté la proposition de dépistage. Il ne semble pouvoir être exclu que les réponses fournies par les USMP soient inhomogènes quant au dénominateur pris en compte. Du reste, les observations de terrain de la commission invitent à la prudence quant à la capacité d'une partie des USMP à disposer en routine de ces différentes données.

La seconde étude repérée par la commission est de portée régionale, à partir de données issues d'un échantillon aléatoire de 900 dossiers médicaux de personnes entrant en détention dans les MA ou qMA en 2016 en Île-de-France⁵⁴. Elle présente l'avantage de fournir une fréquence de réalisation des dépistages du VIH, du VHB et du VHC. L'étude inclut 9 des établissements de type MA ou comprenant des qMA sur les 10 que compte l'Île-de-France, couvrant 94 % de la population concernée. Elle permet en outre de distinguer les résultats par sexe. Les données produites permettent de construire une représentation « en cascade » du parcours de réalisation des dépistages (Cf. Encadré 4). Le taux de réalisation des dépistages, au sens ici de la proportion de personnes effectivement dépistées parmi l'ensemble des entrants vus en consultation obligatoire, s'établit ainsi à 56,5 %. Ce taux est plus élevé chez les femmes (67,6 %) que chez les hommes (56,1 %).

L'écart entre les estimations nationales issues des enquêtes de pratiques, mais dont la signification exacte et la robustesse peuvent être questionnées, et l'estimation produite pour l'Île-de-France, robuste mais susceptible de refléter une situation régionale particulière, rend toute conclusion difficile.

La commission a par conséquent tenté de développer une approche encore différente pour mesurer, au plan national et par régions, la proportion des personnes détenues ayant réalisées un dépistage du VHC, du VHB et du VIH à l'entrée et/ou au cours de la détention. Elle s'est fondée pour cela sur les données des rapports annuels d'activité des USMP, remontées à l'administration centrale de la santé, mais non exploitées.

⁵⁴ Audinet G. Acceptabilité et réalisation des dépistages sérologiques des maladies virales chroniques (VIH, VHB, VHC) et de la syphilis lors de la consultation « arrivant » au sein des Maisons d'Arrêt d'Île-de-France. Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine - DES de médecine générale, Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, soutenue le 11 janvier 2018.

Une présentation synthétique de cette étude dans le cadre du colloque 'Prise en charge du VIH, des hépatites et des IST en prison : enjeux et réalités' organisé par le COREVIH Ile-de-France Est le 4 juin 2018 peut être téléchargée à l'adresse suivante : <http://www.corevihest.fr/vie-du-corevih/Inter-COREVIH-Prison>

Encadré 4

Proposition et réalisation des dépistages (VIH, VHB, VHC, syphilis)
chez les arrivants en détention dans les MA et qMA d'Île-de-France :
cascades de prise en charge chez les personnes détenues

Figure 1 : femmes et hommes cumulés

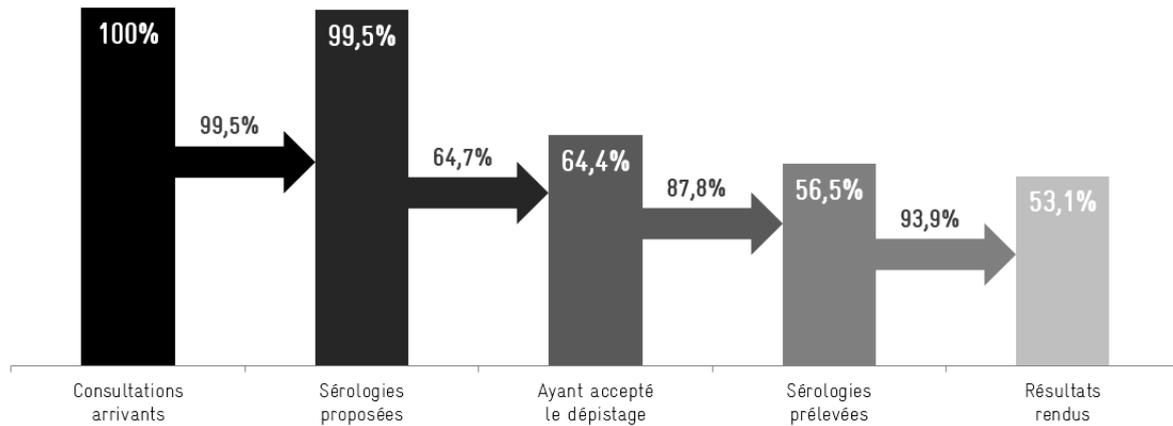


Figure 2 : femmes

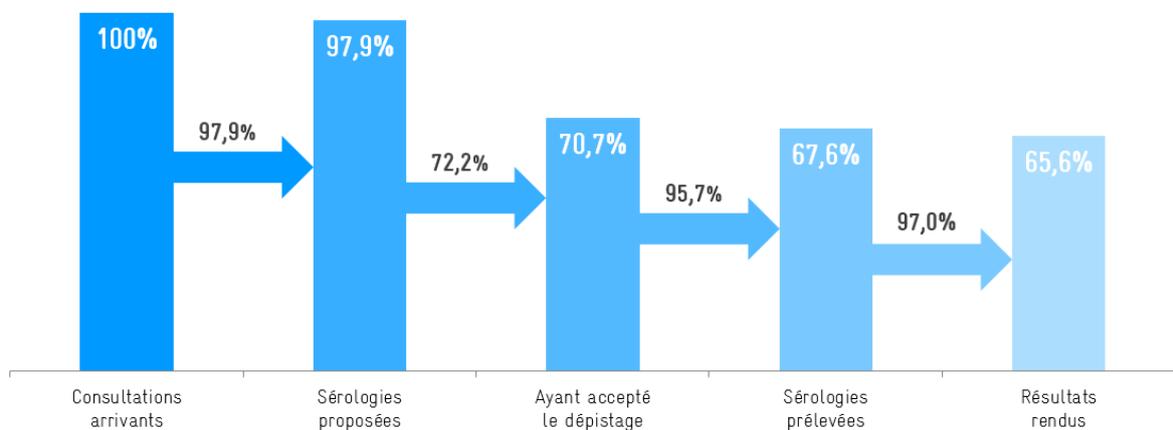
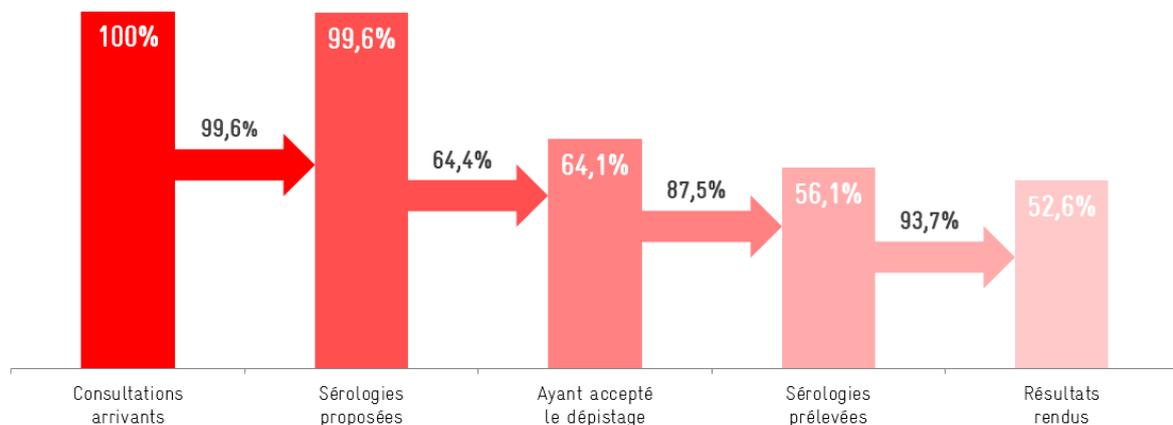


Figure 3 : hommes



Données : Audinet G. Acceptabilité et réalisation des dépistages sérologiques des maladies virales chroniques (VIH, VHB, VHC) et de la syphilis lors de la consultation « arrivant » au sein des maisons d'arrêt d'Île-de-France. *Op. cit.*

Représentation graphique en cascade : CNS.

Remarque : données rétrospectives collectées à partir des dossiers médicaux de personnes détenues libérées en 2016, correspondant à une arrivée en détention très majoritairement au cours des années 2016 (51,2 % des hommes, 62,3 % des femmes) et 2015 (40,5 % des hommes, 33,7 % des femmes).

III. Observations sur l'organisation et la mise en œuvre du parcours VHC en détention

1.2.2. La commission estime que les taux de dépistages en détention sont insuffisants et donc préoccupants

La commission a sollicité de la DGOS la communication d'un certain nombre de données issues des rapports d'activité renseignés annuellement par les USMP dans la plateforme OSSD pour les années 2012 à 2016 puis dans la plateforme PIRAMIG⁵⁵ pour l'année 2017. Une présentation détaillée des variables ainsi collectées et de leur traitement est proposée en [Annexe 1](#).

En dépit de plusieurs limites liées à la qualité insuffisante des données et au caractère sommaire de l'analyse qu'elles permettent, les résultats de leur exploitation permettent d'estimer, d'une part, le nombre de sérologies réalisées pour les trois virus, d'autre part de calculer, quoique de manière imparfaite, les taux de réalisation du dépistage du VHC au sein de la population détenue.

1.2.2.1. Le nombre de sérologies VIH, VHC et VHB réalisées est conséquent...

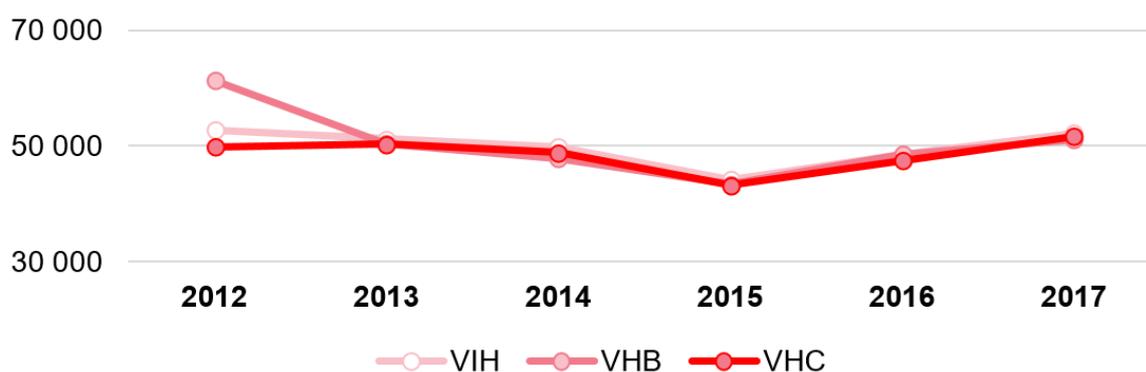
Les données disponibles montrent que le nombre de sérologies réalisées par les USMP est stable depuis 2013 autour de 50 000 par an aussi bien pour le VIH que pour le VHC et le VHB (Cf. [Encadré 5](#)).

Le nombre annuel de sérologies réalisées est quasi identique pour chacun des trois virus. Ainsi, en 2017, pour 100 sérologies VIH réalisées, on dénombre plus de 99 sérologies VHC et plus de 98 sérologies VHB. Cette observation portant sur les chiffres totaux est globalement bien corroborée à l'échelle des établissements, malgré des variations plus marquées dans environ 20 % d'entre eux.

Ce constat suggère que la préconisation de proposer les trois dépistages de manière systématiquement conjointe est correctement mise en œuvre par les personnels soignants. Elle suggère également que l'acceptation ou le refus du dépistage par les personnes détenues tend à porter sur l'ensemble des dépistages proposés et non sur telle sérologie plutôt que telle autre.

Encadré 5

Évolution du nombre de dépistages VIH, VHB et VHC réalisés par les USMP (2012-2017) (données corrigées de l'exhaustivité variable selon les années)



1.2.2.2. ... mais il demeure très insuffisant si on le rapporte à la population détenue

L'étude visant à estimer les taux de réalisation des dépistages au sein de la population détenue a été conduite uniquement sur les données de dépistage du VHC. Ces taux sont extrapolables aux dépistages du VIH et du VHB dans la mesure où, comme il a été souligné précédemment, le nombre de sérologies réalisées est sensiblement le même pour chacun des virus. L'étude a été réalisée pour l'année 2017.

⁵⁵ L'Observatoire des structures de santé des personnes détenues (OSSD) était un outil de recueil spécifiquement dédié au renseignement par les USMP de leur données d'activité. Cet outil a été abandonné au profit d'une intégration à compter de l'année 2017 dans la plateforme PIRAMIG (pilote des rapports d'activité des missions d'intérêt général), dispositif visant à standardiser et collecter dans une base de donnée unique les rapports d'activité de l'ensemble des structures sanitaires et médico-sociales assurant des missions financées notamment par des crédits missions d'intérêt général (MIG).

III. Observations sur l'organisation et la mise en œuvre du parcours VHC en détention

L'exploitation des données disponibles a permis pour chaque établissement de rapporter le nombre de de tests du VHC réalisés par l'USMP dans l'année d'une part à la file active totale, d'autre part au nombre de personnes détenues vues en consultation d'entrée en détention⁵⁶. Faute de données plus précises, ces deux ratios représentent respectivement des indicateurs approximatifs :

- i. du *taux global de dépistage* de l'ensemble des personnes séjournant ou ayant séjourné en détention au cours de l'année, toutes circonstances de dépistage confondues (à l'entrée ou en cours de détention). Il apparaît ainsi que, sur l'ensemble des personnes détenues tout ou partie de l'année 2017, seulement une sur quatre (24,8%) a effectivement eu un dépistage dans l'année.

Cet indicateur tend à montrer que la fréquence de dépistage des personnes détenues demeure très éloignée de l'objectif recommandé d'un dépistage annuel au sein de cette population.

- ii. du *taux de dépistage à l'entrée en détention*, sachant que l'estimation produite est par construction surestimée, puisque fondée sur le nombre total de sérologies réalisées dans l'établissement et non sur celui des seules sérologies réalisées à l'entrée⁵⁷. Malgré cela, le dépistage à l'entrée en détention n'apparaît réalisé au plan national que pour environ un détenu entrant sur deux (51,6 %).⁵⁸ L'**Encadré 6** présente les taux par interrégions pénitentiaires.

Des écarts sensibles de performances sont constatés entre les régions (taux variant de 36,5 % à 67,2 %), même s'il convient de considérer ces différences avec prudence compte tenu l'exhaustivité inégale des données selon les régions. Concernant les trois régions visitées par la commission, il apparaît que l'une se situe dans la moyenne nationale (Grand Est, 51,6 %) et que les deux autres comptent parmi celles qui dépistent davantage que la moyenne (Sud, 58,7 %⁵⁹ ; Île-de-France, 57,1 %). La commission note que cette estimation pour l'Île-de-France est tout à fait cohérente avec les résultats de l'étude de G. Audinet présentée *supra*, qui estimait à 56,5 % le taux de réalisation des dépistages à l'entrée en MA et qMA de cette région. (Cf. **Encadré 4**, **Figure 3**). Elle est également cohérente avec les résultats calculés par le Corevih Île-de-France selon la même méthodologie que le CNS pour la période 2012-2016, au cours de laquelle le taux de dépistage des entrants était passée de 53 % à 55 %.⁶⁰

À l'échelon des établissements, l'analyse détaillée montre de très fortes disparités dans les taux de réalisation des dépistages. Celles-ci ne s'expliquent pas par des différences en fonction du type d'établissement, dans la mesure où des écarts considérables sont observés aussi bien parmi les maisons d'arrêt que parmi les établissements pour peine.

Au regard de ces deux indicateurs, les taux de réalisation du dépistage du VHC (et parallèlement du VIH et du VHB) auprès de la population détenue apparaissent globalement faibles.

Ces constats questionnent fortement l'efficacité du dispositif de dépistage en milieu pénitentiaire, toutes causes potentielles de non-réalisation des dépistages confondues.

Les causes de non-réalisation des dépistages sont diverses, relevant de freins à l'acceptabilité du dépistage par les personnes détenues (facteurs de refus de la proposition de dépistage) et de freins liés aux conditions de l'offre (organisation de l'activité de dépistage insuffisamment optimisée, ressources humaines insuffisantes). Ces conditions peuvent en retour influencer sur l'acceptabilité (enjeux du dépistage peu perçus et/ou peu portés au sein des équipes soignantes et par celles-ci auprès des personnes détenues, modalités de réalisation des dépistages inadaptées à la temporalité de la vie carcérale).

Les sections suivantes exposent les observations de la commission concernant ces différents freins.

⁵⁶ Cette méthode a déjà été développée à l'échelon de l'Île-de-France dans le cadre d'une étude conduite par le Corevih Île-de-France-Est. Voir Barbier C., *État des lieux de la prise en charge sanitaire VIH, Hépatites et IST en milieu carcéral : activités et pratiques*, présentation dans le cadre du colloque 'Prise en charge du VIH, des hépatites et des IST en prison : enjeux et réalités' organisé par le COREVIH Ile-de-France Est le 4 juin 2018. <http://www.corevihest.fr/vie-du-corevih/Inter-COREVIH-Prison>

⁵⁷ Pour cette raison, le taux peut être supérieur à 100 % dans certains établissements, suggérant à la fois un taux élevé de réalisation des dépistages à l'entrée en détention et une activité significative de dépistage au cours de la détention.

⁵⁸ La mission note qu'une estimation de la proportion de dépistages réalisés par les USMP pour les personnes détenues entrantes avait été produite à partir des données de la base OSSD par l'IGAS et l'Inspection générale des services judiciaires (IGSJ) pour les années 2009 à 2012. Cette estimation s'établissait alors entre 40 et 45 %. En l'absence d'information sur la méthodologie utilisée à l'époque par l'IGAS et l'IGSJ, il n'est pas possible de savoir dans quelle mesure cette estimation peut être comparée avec celle produite par le CNS pour 2017. IGAS, IGSJ, *Évaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la santé des personnes placées sous main de justice*, *op.cit.*, p.59.

⁵⁹ Le taux indiqué ici correspond *stricto sensu* à l'interrégion pénitentiaire Sud-Est (DISP de Marseille), c'est-à-dire inclut, outre les établissements de la région Sud, les trois établissements situés en Corse.

⁶⁰ Barbier C., *État des lieux de la prise en charge sanitaire VIH, Hépatites et IST en milieu carcéral : activités et pratiques*, présentation dans le cadre du colloque 'Prise en charge du VIH, des hépatites et des IST en prison : enjeux et réalités' organisé par le COREVIH Ile-de-France Est le 4 juin 2018. <http://www.corevihest.fr/vie-du-corevih/Inter-COREVIH-Prison>

Encadré 6

Taux de dépistage du VHC à l'entrée en détention (2017)
(par interrégions pénitentiaires)

DISP	Région administrative	Taux de dépistage à l'entrée en détention
Bordeaux	Nouvelle Aquitaine	39,5 %
Dijon	Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val-de-Loire	44,3 %
Lille	Hauts-de-France	62,0 %
Lyon	Auvergne-Rhône-Alpes	36,5 %
Marseille	Sud, Corse	58,7 %
<i>Mission Outre-Mer</i>	DROM	67,2 %
Paris	Ile-de-France	57,1 %
Rennes	Bretagne, Normandie, Pays-de-la-Loire	53,4 %
Strasbourg	Grand Est	51,6 %
Toulouse	Occitanie	46,8 %
Ensemble		51,6 %

1.3. Le dépistage est très généralement proposé à l'entrée en détention et relativement bien accepté, mais sa réalisation apparaît très inégale

Le contexte de l'arrivée en détention représente la principale opportunité d'accès des personnes détenues aux dépistages du VIH, du VHB et du VHC dans la mesure où ces dépistages doivent leur être systématiquement proposés⁶¹ au cours de la visite médicale obligatoire pour toute personne venant de l'état de liberté⁶². Cet examen médical n'est en revanche pas obligatoire pour les personnes transférées d'un autre établissement pénitentiaire, ce qui est notamment le cas des arrivants dans les établissements pour peine. La plupart des USMP organisent cependant une consultation médicale aussi pour les arrivants en provenance d'un autre établissement, mais dans des délais plus variables.

Dans les maisons d'arrêt, le principal enjeu pour les USMP est d'assurer un volume et une cadence de réalisation des visites médicales d'entrée suffisants pour faire face à des flux d'arrivants importants et continus. Le contexte et les contraintes temporelles sont différents dans les établissements pour peine, où les flux sont moindres et les arrivées programmées, et où par ailleurs le séjour des personnes détenues dans l'établissement s'inscrit par définition dans une durée longue.

L'étape de l'examen médical obligatoire apparaît globalement réalisée pour la quasi-totalité des arrivants, mais selon des modalités qui peuvent varier d'un établissement à l'autre notamment en ce qui concerne l'articulation entre une pré-consultation infirmière et la consultation avec le médecin. Dans certaines maisons d'arrêt confrontées à un contexte de surpopulation et de flux entrants particulièrement importants, les USMP sont en difficulté. Si une consultation infirmière est assurée dans les 48h pour l'ensemble des arrivants, une partie d'entre eux (de l'ordre d'un tiers dans l'un des établissements visités par la commission) ne sont pas revus en consultation avec le médecin durant les 10 à 15 jours de leur passage en quartier arrivant.

Les principales causes d'échec de la réalisation des dépistages sont par conséquent à rechercher d'une part dans les refus opposés par les personnes détenues, et d'autre part dans les difficultés organisationnelles à réaliser le dépistage des personnes détenues qui ont donné leur accord.

⁶¹ Préconisation du *Guide méthodologique*, ainsi qu'obligation réglementaire en ce qui concerne le dépistage du VIH (Circulaire DGS/DH/DAP n° 739 du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le VIH en milieu pénitentiaire)

⁶² Code de procédure pénale, art. R. 57-8-1

III. Observations sur l'organisation et la mise en œuvre du parcours VHC en détention

1.3.1. L'acceptabilité du dépistage par les personnes détenues paraît assez bonne, mais dépend de facteurs multiples

La commission s'est efforcée, d'une part, de quantifier la part des refus de dépistage de la part des personnes détenues, et d'autre part d'identifier les motifs de refus ainsi que des éléments de contexte de l'offre susceptibles de favoriser ou freiner l'acceptation du dépistage.

1.3.1.1. Peu mesurés, les refus du dépistage dans le contexte d'entrée en détention concerneraient de l'ordre d'un tiers des personnes détenues

Il existe peu de données mesurant la proportion de personnes détenues qui acceptent ou refusent la proposition de dépistage.

L'étude de G. Audinet mesure un taux d'acceptation des dépistages dans les MA et qMA d'Île-de-France – région qui effectue les dépistages plutôt mieux que la moyenne nationale – de l'ordre des 2/3 (64,7 %), plus élevé chez les femmes (72,2 %) que chez les hommes (64,4 %). Outre le sexe, l'auteur montre par ailleurs que l'origine géographique est associée de manière indépendante (analyse multivariée) à une probabilité supérieure d'acceptation des dépistages (personnes détenues originaires d'Afrique subsaharienne), ou inversement à une probabilité supérieure de refus (personnes détenues originaires des départements et territoires d'Outre-mer, ainsi que d'Asie et d'Océanie). Une probabilité d'acceptation supérieure des dépistages était également retrouvée, mais uniquement dans l'analyse univariée, chez les personnes détenues âgées de plus de 30 ans au moment de l'incarcération ainsi que chez celles déclarant des facteurs de risque (antécédents d'IST, conduites à risques, consommation actuelle ou ancienne de produits psychoactifs). En revanche, aucune association significative n'a été constatée concernant le statut judiciaire (prévenu ou condamné), la récidive ou encore le statut marital.

Les professionnels de santé impliqués dans la proposition des dépistages rencontrés par la commission ne disposaient pas de données sur le taux d'acceptation au sein de leur USMP d'exercice, mais ont généralement fait part de leur estimation empirique de la proportion des refus. Si une proportion de l'ordre d'un tiers de refus était souvent évoquée, convergente avec les données d'Île-de-France, les appréciations divergentes n'étaient pas rares, certains professionnels estimant que les personnes détenues acceptent « presque tous » ou « à 99 % » le dépistage, quand d'autres jugeaient leur proportion à « environ 50 % » ou « moins d'une sur deux ». Ces appréciations contrastées, au-delà de leur caractère subjectif, peuvent correspondre à des réalités différentes selon les établissements.

1.3.1.2. Les motifs de refus sont de nature très hétérogène

Concernant les motifs de refus, les auditions de la commission et les rencontres avec les professionnels sur le terrain font émerger des facteurs hétérogènes, sans que leur poids respectif puisse être quantifié.

De façon assez surprenante, ou du moins à rebours des représentations associées à la culture viriliste du milieu pénitentiaire masculin, la crainte de la prise de sang (« peur des piqûres ») est fréquemment mentionnée par les professionnels de santé comme motif allégué par des personnes détenues pour refuser le dépistage.

Dans un registre moins anecdotique, il est observé que le refus des dépistages peut être motivé par la crainte du résultat, la crainte de ses conséquences sociales, et plus spécifiquement dans le contexte pénitentiaire par la crainte des ruptures de confidentialité et la stigmatisation qui pourrait en résulter de la part des codétenus et/ou des personnels surveillants. Selon certains professionnels, ce dernier aspect serait parfois un motif pour certaines personnes détenues connaissant leur infection avant leur incarcération de taire cette information et de refuser le dépistage, le cas échéant au prix d'une interruption des traitements initiés en milieu libre.

Il est cependant observé, même si c'est l'acceptabilité du dépistage conjoint des trois virus qui s'en trouve affectée, que ces craintes sont davantage attachées à l'infection par le VIH qu'à celle par le VHC ou le VHB. Par rapport au VIH, objet de représentations très négatives tant en termes de sévérité de la maladie que de répercussions sociales, le VHC apparaît intrinsèquement peu source de stigmatisation, et ce principalement en raison de représentations sociales très différentes de celles du VIH et de la méconnaissance de cette pathologie tant par les détenus que par les personnels surveillants. Il est néanmoins relevé que l'infection par le VHC, si elle vient à être connue, tend à cataloguer la personne détenue comme « toxico », statut particulièrement dévalorisé dans la hiérarchie carcérale.⁶³

⁶³ Pour une synthèse actualisée sur cet aspect, voir notamment Protais C, Jauffret-Roustide M, *Circulation et échanges de substances psychoactives en milieu carcéral : Résultats de l'enquête Circé sur la question du marché des drogues en prison. Rapport final à destination de la direction de l'administration pénitentiaire du ministère de la justice*. OFDT, Avril 2019, pp.47-48.

III. Observations sur l'organisation et la mise en œuvre du parcours VHC en détention

Parmi les caractéristiques du profil des personnes détenues susceptibles d'influer sur l'acceptabilité des dépistages, certains professionnels notent par ailleurs que les personnes faisant des allers/retours fréquents entre le milieu libre et la détention ont tendance à refuser les dépistages au bout de plusieurs incarcérations, et ce alors qu'il s'agit souvent de contextes en lien avec l'usage de drogues. La commission a du reste observé que certains professionnels pouvaient conforter cette attitude en considérant qu'il n'y avait pas lieu d'insister pour redépister des entrants dont la précédente incarcération datait de moins d'un à deux ans, sans considérer suffisamment que cette période de détention, tout comme le passage en milieu libre, pouvaient représenter des situations à fort risque d'exposition (par ex. maintien de pratiques d'injection sans accès à des seringues stériles durant la détention, ou inversement reprise de consommations à la sortie). Des professionnels relèvent cependant qu'une partie des personnes détenues usagères de drogues perçoivent à l'inverse les périodes d'incarcération comme une opportunité d'effectuer les dépistages et le cas échéant de bénéficier de soins.

1.3.1.3. La temporalité de l'offre de dépistage influe sur l'acceptabilité

Si l'offre systématique de dépistage à l'occasion de l'examen médical d'entrée présente l'avantage d'atteindre l'ensemble des arrivants, la commission a été frappée par l'observation exprimée par la quasi-unanimité des professionnels rencontrés, selon laquelle ce moment est peu opportun pour proposer les dépistages.

La consultation infirmière et/ou médicale d'entrée intervient dans les premières heures ou jours d'incarcération, à un moment où les personnes cumulent de nombreux facteurs de stress : fatigue et manque de sommeil à l'issue d'une garde à vue et du transfèrement dans l'établissement pénitentiaire, longues périodes d'attente dans des conditions difficiles, prédominance des préoccupations judiciaires, choc de la découverte de l'environnement carcéral pour les personnes primo-incarcérées, enchaînement des formalités d'entrée (enregistrement au greffe, dépôt des effets au vestiaire, entretiens avec les différents services pénitentiaires), gestion des premiers contacts avec des codétenus en cellule du quartier arrivant.

Dans ce contexte, l'attention à soi et à sa propre santé n'est généralement pas une préoccupation première et une partie des personnes détenues s'avère peu réceptive à la proposition de dépistage. Il est également relevé, concernant les personnes usagères actives de drogue ou sous traitement de substitution en milieu libre, que la préoccupation d'accéder dans les plus brefs délais à un traitement permettant de soulager le manque tend souvent à recouvrir tout autre enjeu lors du premier contact avec le personnel de soins.

La proposition de dépistage des trois virus n'est en outre qu'un item dans le déroulement d'une consultation qui en comprend de nombreux autres. Or le temps qui peut être consacré à la consultation infirmière et/ou médicale des arrivants apparaît fortement contraint, notamment dans les établissements confrontés à des flux très importants d'entrants, tant par les ressources en personnels infirmier et médical de l'USMP, souvent en tension, que par l'impératif envers l'administration pénitentiaire de ne pas freiner le cadencement des opérations d'entrées.

Ces conditions sont par conséquent peu favorables pour déployer les actions d'information et engager le dialogue nécessaire avec celles des personnes détenues qui n'acceptent pas spontanément la proposition des dépistages. Pour être efficace, le dispositif de proposition systématique à l'entrée ne doit pas se limiter à une proposition formelle uniquement lors du premier contact, mais prévoir des modalités de réitération de la proposition à brève échéance – en tout cas durant le séjour en quartier arrivant – mais dans un contexte moins contraint que ce celui des premières heures d'incarcération.

Peu d'USMP organisent une nouvelle proposition dans ces délais. Une partie a prévu des protocoles, inégalement formalisés, de traçage des refus de dépistage et de reconvoque de la personne détenue à l'USMP, mais en général à échéance de plusieurs semaines. Les personnes détenues ont alors quitté le quartier arrivant et sont réparties dans les quartiers de détention, ce qui rend le succès de la démarche de reconvoque beaucoup plus aléatoire. Certaines USMP, en difficulté, ne parviennent pas à assurer le protocole de reconvoque prévu, faute de temps ou d'une organisation suffisamment efficace, avec un impact fort sur la réalisation effective des dépistages, les délais et le rendu des résultats.

1.3.2. L'organisation des dépistages quasi exclusivement par sérologie entraîne une réalisation différée, qui s'avère souvent peu priorisée et aléatoire

La commission a été surprise de constater l'absence ou la faiblesse du recours aux TROD dans l'organisation des dépistages du VIH, du VHB et du VHC en milieu pénitentiaire. Ce déficit, compte tenu de l'enjeu majeur qu'il représente, fait l'objet d'une analyse spécifique en [III.1.5.](#)

L'organisation du dépistage des trois virus continue par conséquent de reposer dans la quasi-totalité des établissements sur la réalisation de sérologies classiques, dont les différentes étapes, à commencer par celle du prélèvement sanguin, sont sources d'une complexité organisationnelle et de délais que beaucoup d'USMP peinent à gérer de manière satisfaisante.

III. Observations sur l'organisation et la mise en œuvre du parcours VHC en détention

Aucun des établissements visités n'est actuellement en mesure de proposer aux personnes détenues qui acceptent les dépistages de réaliser immédiatement le prélèvement sanguin, soit que les équipes ne sont pas en capacité matérielle d'organiser ce prélèvement dans la continuité de la consultation infirmière ou médicale lors de laquelle les dépistages sont proposés, soit qu'elles n'ont pas jugé jusqu'ici nécessaire de mettre en place un tel circuit.

1.3.2.1. Les prélèvements sanguins sont réalisés selon des modalités et dans des délais très variables

La gestion des flux et le cadencement des consultations d'entrée représentent la principale contrainte mise en avant par les équipes des USMP des maisons d'arrêt pour justifier de l'impossibilité d'organiser des prélèvements dans ce cadre.

De nombreuses USMP font le choix de réserver l'activité de prélèvement à des créneaux réguliers, organisés à jour donné dans la semaine ou seulement certaines semaines. Dans les établissements de moindre taille et/ou éloignés de l'établissement hospitalier de rattachement, ce mode d'organisation peut également correspondre à des contraintes d'acheminement des prélèvements vers le laboratoire de biologie, non quotidien sauf urgences. Certaines USMP disposant de partenariats avec un CeGIDD et/ou avec une association effectuant du dépistage par TROD opèrent également une répartition d'une partie des personnes à dépister entre ces opérateurs, en fonction du calendrier de leurs interventions, au mieux hebdomadaire, souvent mensuel et parfois trimestriel. D'autres USMP opèrent davantage au fil de leur activité, selon les capacités à proposer des consultations non-urgentes à l'USMP, au risque de faire des prélèvements pour dépistage une variable d'ajustement.

Les délais entre l'acceptation des dépistages par la personne détenue et leur réalisation sont en conséquence extrêmement variables, parfois de quelques jours dans des USMP très organisées et mobilisées, généralement d'une à plusieurs semaines, et jusqu'à des situations où les délais deviennent totalement aléatoires et où une proportion importante des dépistages ne sont finalement jamais réalisés.

Dans les établissements pour peine, lorsque la personne détenue est vue pour la première fois en consultation infirmière et/ou médicale, la re proposition des dépistages n'est généralement pas systématique, mais guidée par les informations contenues dans le dossier médical transmis par l'établissement de provenance de la personne. La commission a cependant pu constater que la vérification de l'existence de sérologies antérieures et de leur ancienneté est diversement assurée, l'attention portée par les équipes à l'enjeu du dépistage s'avérant inégale. Les critères d'ancienneté de la dernière sérologie justifiant une re proposition sont en outre variables. Certaines USMP appliquent un délai d'une année, mais d'autres s'accommodent de résultats sensiblement plus anciens, voire simplement du fait que les sérologies ont été réalisées au moins une fois au cours de l'incarcération, sans égard à leur ancienneté qui peut parfois atteindre de nombreuses années pour des personnes condamnées à de très longues peines. Quand des dépistages sont proposés et acceptés, le caractère à la fois non urgent et non routinier de leur réalisation conduit là encore à des délais de réalisation des prélèvements très variables et parfois excessivement longs. Dans l'un des établissements pour peine visités, l'USMP se borne à orienter les personnes détenues qui acceptent la proposition de dépistage vers la permanence assurée par le CeGIDD partenaire. Celui-ci intervient dans l'établissement à la fréquence d'une demi-journée par trimestre, et il revient alors aux personnes détenues intéressées de s'inscrire quand l'intervention est annoncée par voie d'affichage dans l'établissement. Pour des raisons certainement multiples, cette organisation ne fonctionne pas : le nombre de personnes détenues se présentant effectivement lors de ces permanences trimestrielles est très faible, voire nul certains trimestres.

La commission retient de l'ensemble de ses observations que la fréquence et la régularité avec laquelle les USMP et le cas échéant des structures partenaires organisent les prélèvements sont des facteurs déterminants non seulement pour assurer des délais raisonnables entre l'acceptation des dépistages par la personne détenue et leur réalisation, mais également pour assurer une réalisation effective. Alors que la nécessité de reconvoquer les personnes pour le prélèvement est par elle-même une source d'aléas, il s'avère en effet que le risque que les personnes ne se représentent pas s'accroît d'autant plus que le délai entre l'acceptation des dépistages et la convocation pour le prélèvement s'allonge. Les raisons peuvent être liées à la personne détenue, qui a entretemps oublié le motif de la convocation ou perdu sa motivation, ou être d'ordre organisationnel, du fait des changements de quartier ou de bâtiment, ou d'une concurrence avec d'autres activités programmées, telles qu'un parloir, un temps de promenade ou d'accès au sport, des cours, une activité de travail.⁶⁴

⁶⁴ Il est à noter que si les personnes détenues peuvent oublier le motif de leur convocation à l'USMP, il est également impossible pour les surveillants de le leur rappeler au moment où ils viennent les chercher en cellule, car eux-mêmes n'en sont bien évidemment pas informés en raison du secret médical.

III. Observations sur l'organisation et la mise en œuvre du parcours VHC en détention

1.3.2.2. Les sérologies négatives font rarement l'objet d'un rendu systématique des résultats

Dans la grande majorité des cas, les USMP indiquent ne pas organiser de rendu systématique des résultats négatifs. La raison invoquée est essentiellement le manque de temps et de ressources humaines. Les résultats sont alors éventuellement rendus à l'occasion d'une consultation ultérieure de la personne détenue pour un autre motif. Une partie des résultats ne sont ainsi jamais rendus, notamment pour des personnes prévenues ou purgeant une courte peine, ou le sont de manière souvent très différée et décontextualisée par rapport à la proposition initiale.

Cette pratique ne pose pas seulement un problème de principe du point de vue de la déontologie. Elle délivre en effet un message contradictoire : on ne peut convaincre les personnes de l'importance de se dépister pour ensuite se désintéresser implicitement du résultat. Négliger de rendre les résultats négatifs, qui concernent la majorité des personnes qui acceptent le dépistage, revient à dévaloriser leur démarche, et à la vider de son sens.

Une partie des équipes déplorent cette situation. Néanmoins, au-delà des contraintes d'organisation, il est apparu que certaines équipes ou certains professionnels de santé ne perçoivent pas véritablement l'intérêt de rendre les résultats négatifs, témoignant d'une conception datée du dépistage. Réduit à sa dimension strictement technique d'outil diagnostique, le dépistage n'est alors pas compris comme un outil de prévention, ni la remise de résultats négatifs comme une opportunité d'engager le dialogue sur les risques et de conduire une action d'éducation aux moyens de se protéger.

1.3.3. Certaines unités sanitaires sont parvenues à mettre en place des circuits courts de dépistage

La commission a également rencontré, mais en minorité, des exemples d'USMP ayant engagé une réflexion pour réduire les délais de réalisation et de rendu des résultats. Certaines sont ainsi parvenues à mettre en place des circuits accélérés.

L'optimisation des circuits de dépistage met en œuvre différents leviers organisationnels, notamment :

- des efforts de formalisation des procédures de transmission et de partage de l'information relative à la réalisation des dépistages au sein de l'équipe et le cas échéant avec les structures partenaires ;
- la mise en place d'outils de traçage des refus ou des échecs de convocation des personnes détenues ;
- l'amélioration des outils de planification des convocations, y compris et notamment en renforçant la coordination avec l'administration pénitentiaire pour éviter les convocations concurrentes d'une autre activité programmée de la personne détenue.

Plus substantiellement, le développement de pratiques de large délégation des tâches de dépistage au personnel infirmier, formalisées ou non, représente une piste probante pour simplifier et fluidifier le circuit de dépistage. Dans un exemple relevé par la commission, le médecin coordonnateur de l'USMP, avec l'appui du chef du service auquel est rattachée l'unité au sein de l'établissement de rattachement, a confié à des personnels infirmiers la gestion de bout en bout du circuit de dépistage, notamment en les autorisant à réaliser les sérologies sans prescription médicale. Ces personnels assurent ainsi la proposition initiale ainsi que les éventuelles repropositions et peuvent organiser directement les prélèvements sans qu'un passage en consultation médicale ne soit préalablement requis. Ils assurent également le rendu des résultats négatifs. L'intervention du médecin n'est requise qu'en cas de sérologie positive.

Ce type d'organisation présente un avantage évident au regard à la fois du contexte de rareté de la ressource médicale et de souplesse d'organisation, *a fortiori* dans des établissements de petite ou moyenne taille où la présence médicale n'est pas quotidienne ou à horaires réduits. L'avantage peut être également qualitatif. Le fait que les personnels infirmiers soient couramment en contact avec les personnes détenues (distribution des médicaments en cellule, distribution quotidienne des TSO à l'USMP, accueil et dispensation des petits soins à l'USMP) est considéré par certains professionnels de santé comme un élément favorisant une gestion des dépistages davantage en proximité des personnes détenues et favorisant leur confiance.

1.4. Les opportunités de réitération du dépistage durant le séjour en détention et en prévision de la sortie demeurent faibles voire inexistantes

Au-delà du contexte de l'entrée en détention, la commission a constaté que les différentes modalités prévues par le *Guide méthodologique* visant à favoriser la réitération des dépistages demeurent très peu mobilisées.

1.4.1. Les dépistages à la demande de la personne détenue restent rares

La possibilité pour toute personne détenue qui en fait spontanément la demande auprès des personnels de l'USMP de réaliser un nouveau dépistage est bien évidemment assurée dans son principe, même si toutes les USMP ne sont pas toujours en mesure de répondre immédiatement à cette demande.

III. Observations sur l'organisation et la mise en œuvre du parcours VHC en détention

L'ensemble des professionnels de santé rencontrés s'accordent cependant à constater que cette démarche volontaire de la part des personnes détenues demeure rare. Les freins sont en effet considérables. Les personnes détenues sont majoritairement peu sensibilisées aux risques infectieux, et manquent souvent des connaissances qui leur permettraient d'identifier les situations qui les exposent à un risque. Surtout, même quand elles sont conscientes de s'exposer ou d'avoir été exposées à un risque, la plupart sont réticentes à en faire part à quiconque, y compris à des professionnels de santé, par crainte de révéler leur implication dans pratiques prohibées et/ou taboues (usage de drogues injectables, sexualité entre détenus, consentie ou non).

Il est toutefois relevé par certains professionnels de santé des USMP comme par les intervenants associatifs eux-mêmes, que l'existence d'une offre associative de TROD peut favoriser le dépistage à l'initiative des personnes détenues, celles-ci tendant à construire plus facilement une relation de confiance avec des intervenants extérieurs, perçus comme indépendants de l'institution, et/ou avec lesquels l'échange est plus facile qu'avec des professionnels de santé.

1.4.2. Les USMP n'organisent pas de reposition systématique des dépistages à intervalle régulier ni en vue de la sortie

La commission n'a pu que constater l'absence de dispositif véritablement organisé visant à assurer une réitération systématique de la proposition de dépistage, par exemple sur une base annuelle, auprès de chaque personne détenue.

Certains médecins et/ou cadres de santé indiquent toutefois être vigilants à vérifier l'ancienneté des dépistages dans le dossier médical des personnes qui consultent pour divers motifs au cours de leur détention, afin le cas échéant proposer de renouveler les dépistages. Cette pratique reste cependant largement empirique et d'initiative personnelle. Elle ne touche en outre que les personnes détenues qui ont un motif de consulter et non l'ensemble de la population incarcérée.

Dans les établissements où interviennent périodiquement un CeGIDD ou une association, une information annonçant la venue de ces structures et la possibilité de réaliser des dépistages auprès d'elles est généralement faite par voie d'affichage au sein de l'établissement ou parfois par le canal télévisé interne. Cette information s'accompagne dans certains cas de messages expliquant l'intérêt de la démarche, mais pas toujours. L'organisation matérielle de l'accès à cette offre implique généralement que les personnes intéressées s'inscrivent au préalable. En tout état de cause, même en cas de permanence régulière des structures, cette offre demeure une modalité de dépistage volontaire à l'initiative des personnes détenues et non un dispositif de reposition systématique des dépistages en cours de détention. Le nombre de personnes touchées par ces interventions est au demeurant anecdotique par rapport aux effectifs des établissements.

1.4.3. La pratique de reposition opportuniste des dépistages en cas de repérage d'une situation d'exposition aux risques apparaît inégale et généralement limitée

Les équipes soignantes apparaissent inégalement enclines, et globalement peu formées, à repérer les situations d'exposition au risque des personnes détenues et à exploiter ces opportunités pour proposer à nouveau les dépistages.

Pour des raisons symétriques à celles mentionnées concernant les réticences des personnes détenues à demander un dépistage, des professionnels de santé rencontrés rapportent leurs difficultés à aborder de leur chef le sujet face à des patients dont ils présument pourtant, ou même constatent objectivement qu'ils sont exposés à des risques. Beaucoup s'abstiennent par conséquent de prendre l'initiative, soit qu'ils jugent la démarche trop intrusive, et craignent le cas échéant la réaction de la personne détenue, soit qu'ils se sentent insuffisamment outillés pour engager le dialogue. Certains, enfin, se montrent peu sensibilisés ou indifférents à l'enjeu, considérant que ce n'est pas de leur rôle. L'attitude professionnelle dominante consiste donc à attendre que la personne détenue fasse le premier pas.

Des exceptions existent cependant et montrent que des pratiques plus proactives peuvent être mises en œuvre. Les dynamiques d'équipe jouent incontestablement un rôle important, selon que les enjeux de prévention et de dépistage sont activement portés dans le service ou non, souvent du fait de l'engagement d'un ou de quelques professionnels, ou encore, quand des partenariats existent, à la faveur d'échanges avec des intervenants extérieurs.

1.4.4. Les dépistages ne sont que rarement proposés et réalisés en fin de détention

La réitération de la proposition de dépistage à l'occasion de la visite règlementaire de sortie pour les personnes condamnées apparaît particulièrement peu mise en œuvre. Cette situation n'est pas détachable des difficultés globales qui affectent l'organisation de cette consultation.

Les dépistages ne sont ainsi que rarement proposés et réalisés dans ce cadre, soit que la visite de sortie n'est pas réalisée, notamment en cas de sortie « sèche », soit que les contraintes entourant sa réalisation la

III. Observations sur l'organisation et la mise en œuvre du parcours VHC en détention

rendent peu propice à proposer les dépistages, ou ne permettent pas de les réaliser. Cela est d'autant plus regrettable que certains professionnels de santé soulignent que le contexte de la sortie constitue un moment favorable pour faire le point avec la personne détenue sur sa santé et envisager comment se protéger et/ou continuer à se soigner en milieu libre.

1.5. En dépit des avantages manifestes que pourraient apporter les TROD, les USMP dans leur grande majorité ne se sont pas emparées de cet outil

Les USMP dans leur très grande majorité ne recourent pas aux TROD, ou n'y recourent éventuellement que de manière très marginale. Ce constat paraît particulièrement paradoxal au regard précisément des difficultés qu'elles rencontrent pour organiser les dépistages.

Des TROD sont en effet aujourd'hui disponibles à la fois pour le VIH et le VHC, éventuellement sous forme combinée, ainsi que pour le VHB. Leur mise en œuvre est techniquement très simple et l'ensemble de la procédure, du prélèvement d'une goutte de sang capillaire jusqu'à l'obtention des résultats, est de l'ordre de quelques minutes. Le dépistage par TROD peut ainsi être intégré à une consultation médicale ou infirmière sans en allonger significativement la durée.

Sans constituer une réponse à toutes les difficultés, ni avoir vocation à se substituer systématiquement aux sérologies classiques, les USMP gagneraient à envisager l'utilisation des TROD et à en définir la place dans leur activité de dépistage en fonction des différents avantages que cet outil peut présenter. Le recours aux TROD permet en particulier :

- de réduire les risques de déperdition d'une partie des personnes au fil des étapes du dépistage par sérologies traditionnelles, tout en favorisant une meilleure lisibilité de la démarche pour les personnes détenues. La personne qui accepte les dépistages exprime sa disposition et sa motivation à faire le point sur cet aspect de sa santé : la réalisation et le rendu immédiat des résultats, positifs ou négatifs, permettent de s'inscrire dans cette dynamique et de mener la démarche à son terme en une seule fois, dans un moment où la personne y est réceptive ;
- de simplifier l'activité de dépistage et d'alléger la charge de travail des USMP, en évitant l'organisation d'une convocation à l'USMP pour le prélèvement et, pour autant que celle-ci est effectivement organisée, d'une autre pour le rendu des résultats ;
- de raccourcir drastiquement la durée du parcours de dépistage et ainsi de permettre le cas échéant d'accélérer d'autant l'accès à la prise en soins. Ce gain de temps est précieux concernant les personnes prévenues ou condamnées à de courtes peines, tout particulièrement s'agissant d'instaurer et mener à son terme un traitement par les AAD de l'infection chronique par le VHC durant le séjour en détention ;
- de déléguer l'activité de dépistage aux personnels infirmiers et de réserver le temps médical à la confirmation diagnostique et la mise en place de la prise en charge médicale adaptée.

Les freins à la mise en place de dépistages par TROD dans les USMP sont apparus de nature plus culturelle que matérielle.

La commission relève que la réflexion, si toutefois elle est engagée au sein des équipes, se heurte à une méconnaissance de l'outil et à des réticences diverses, souvent peu fondées, de nombreux professionnels. Le manque d'information sur les TROD en général et de connaissances précises et actualisées sur les conditions pratiques de leur mise en œuvre nourrissent des représentations erronées quant à leur fiabilité ou au temps nécessaire à leur réalisation. Le caractère complémentaire de l'outil et sa pertinence dans certaines situations qui ne permettent pas ou difficilement la réalisation de sérologies traditionnelles sont insuffisamment perçus.

Une partie du corps médical craint que l'usage de TROD ait un impact négatif sur la pratique des personnels infirmiers. La commission a assez fréquemment entendu des médecins exprimer des réticences de principe à déléguer davantage de responsabilités à ces personnels, notamment en termes de gestion de l'annonce des résultats obtenus en direct. Certains estiment que cela excèderait leurs compétences et les mettrait en difficulté, d'autres présument de leur part une absence d'intérêt ou de motivation.

Ces positionnements semblent souvent relever du préjugé. Une majorité des personnels infirmiers avec lesquels la commission a pu ponctuellement échanger sur le sujet s'est montrée tout à fait ouverte à la réflexion et en demande d'information. La connaissance des TROD est souvent très faible, mais l'outil suscite un intérêt réel dès lors qu'un certain nombre de précisions sont apportées et que certaines idées fausses sont déconstruites.⁶⁵ Si la perspective de gérer l'annonce des résultats peut susciter des craintes chez certains

⁶⁵ En particulier concernant le temps de réaction des TROD, souvent estimé de l'ordre de 30 mn, et/ou diverses phases d'entretien de counseling obligatoire avant le prélèvement, pendant l'attente du résultat et après son rendu. Une représentation assez commune était ainsi que la réalisation de TROD impliquait un protocole de consultation d'une durée d'au moins 30 à 40 mn.

III. Observations sur l'organisation et la mise en œuvre du parcours VHC en détention

professionnels rencontrés, elle ne suscite pas de rejet de principe chez la plupart. Tous les professionnels potentiellement intéressés soulignent en revanche, et légitimement, la nécessité de bénéficier d'une formation. Ce dernier point ne constitue pas en soi un obstacle dans la mesure où il existe des formations à l'usage des TROD dans toutes les régions, sous le contrôle des ARS.

Concernant les aspects financiers, la commission souligne que le coût des TROD est inférieur à celui des sérologies classiques. En outre, certaines ARS ont débloqué, ou peuvent débloquer des financements exceptionnels en faveur du développement de l'offre de TROD en milieu pénitentiaire. Les USMP n'en sont toutefois généralement pas informées, et ces crédits semblent dans certains cas avoir été utilisés à d'autres fins au sein des établissements hospitaliers de rattachement.

1.6. Certaines USMP s'appuient sur un partenariat avec un CeGIDD pour organiser le dépistage, or les observations de la commission interrogent fortement la pertinence et l'efficacité de ce modèle

L'intervention en milieu pénitentiaire des structures de dépistage anonyme et gratuit prend sa source dans le contexte des années 1990 et relève notamment des dispositions de la circulaire du 5 décembre 1996⁶⁶, qui organisent la contribution des consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) à l'offre de dépistage du VIH dans les établissements pénitentiaires. Le *Guide méthodologique* précise les conditions d'intervention de ces structures, de manière réactualisée au regard des évolutions intervenues concernant leur transformation en CeGIDD et la gestion de l'anonymat. Ainsi, le CeGIDD assure une prise en charge anonyme ou non, selon le choix exprimé par l'usager au moment de son accueil. En cas de choix initial de l'anonymat, celui-ci peut être levé en cas de nécessité thérapeutique et dans l'intérêt du patient, et sous réserve du consentement exprès, libre et éclairé de celui-ci. S'il est souligné que l'intervention du CeGIDD doit se faire en coordination étroite avec l'USMP, notamment dans un souci de continuité des soins, il est également rappelé que les résultats d'un test de dépistage rendus par le médecin du CeGIDD ne peuvent être transmis au médecin de l'USMP qu'avec le consentement de l'intéressé.

Selon les données issues des rapports d'activités standardisés des USMP recueillies dans la base de données PIRAMIG, un peu plus de 40 % des USMP déclaraient en 2017 entretenir un partenariat avec un CeGIDD. Il n'existe cependant pas de données, ni sur la fréquence d'intervention de ces structures dans les établissements concernés, ni sur le volume des dépistages réalisés, ni sur les méthodes de dépistage déployées (sérologies classiques ou TROD), de sorte qu'il n'est pas possible d'estimer quantitativement ou qualitativement la contribution des CeGIDD à l'activité globale de dépistage en milieu pénitentiaire.

La commission ne peut par conséquent apprécier l'apport de ces partenariats que sur la base de ses observations dans les quelques établissements concernés parmi ceux visités, et auprès des CeGIDD partenaires :

- dans deux exemples d'établissements, les USMP tendent à se décharger sur le CeGIDD d'une grande partie voire de la totalité de leurs missions courantes de dépistage, notamment à l'entrée, en dépit du fait que les capacités d'intervention de ces structures sont très limitées en fréquence et en volume. Il en résulte dans ces établissements des délais d'accès absolument excessifs, de plusieurs semaines à plusieurs mois, avec pour conséquence la non-réalisation des dépistages pour une partie importante des personnes détenues concernées⁶⁷.
- dans un autre exemple, concernant un centre pénitentiaire de taille importante et au sein duquel l'USMP est fortement investie dans l'optimisation du circuit de dépistage, la répartition de l'activité entre l'USMP, un partenaire associatif qui assure d'importants volumes de dépistage par TROD et le CeGIDD est apparue beaucoup plus équilibrée. Or malgré ce fonctionnement relativement harmonieux, l'USMP comme le CeGIDD expriment des interrogations sur la pertinence et l'efficacité du partenariat. L'intervention du CeGIDD représente pour l'USMP une ressource d'appoint appréciable dans la mesure où elle permet, dans une situation structurellement tendue, un certain délestage de son activité. Pour autant, l'USMP relève que la sélection et l'orientation d'une partie des personnes à dépister vers un opérateur présent uniquement une

⁶⁶ Circulaire DGS/DH/DAP n° 739 du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le VIH en milieu pénitentiaire.

⁶⁷ L'exemple d'un centre de détention où le dépistage repose quasi exclusivement sur les interventions trimestrielles d'un CeGIDD a été présenté en III.1.3.2.1.). L'autre exemple concerne une maison d'arrêt confrontée à des flux d'entrée conséquents (de l'ordre de 5 à plus de 10 nouvelles incarcérations quotidiennes). L'USMP indique déléguer la réalisation d'environ 70 % des dépistages vers le CeGIDD partenaire, présent dans l'établissement à raison d'une vacation d'une demi-journée par semaine. Au moment de la visite de la mission, cette vacation n'était plus assurée depuis plusieurs semaines en raison d'un congé maternité du médecin du CeGIDD, sans perspective de compensation de la perte d'activité de dépistage ni par le CeGIDD, ni par l'USMP. Dans les deux exemples, la communication entre l'USMP et le CeGIDD est apparue réduite au strict minimum requis par la gestion matérielle des interventions. Pour le reste, les tensions entre les personnes et/ou les logiques propres à chacune des structures ne semblent permettre aucun échange ni réflexion partagée sur les objectifs du dépistage, ses modalités d'organisation et les moyens de la rendre plus efficace.

III. Observations sur l'organisation et la mise en œuvre du parcours VHC en détention

demi-journée toutes les deux semaines est une source de complexité supplémentaire dans l'organisation des dépistages, peu en phase avec les efforts de simplification et d'accélération du parcours. Elle admet ne pas parvenir jusqu'ici à définir des critères clairs et pertinents pour orienter spécifiquement certaines personnes détenues vers l'offre du CeGIDD. En miroir, le médecin du CeGIDD en charge des interventions dans l'établissement se plaint de ne pas comprendre sur quels critères lui sont adressées les personnes et note qu'environ une personne inscrite sur la liste de consultation sur deux ne se présente pas au rendez-vous. Le médecin relève que les personnes inscrites, apparemment mises d'office sur la liste de la consultation CeGIDD, ignorent dans environ deux tiers des cas la raison de leur venue à la consultation. Malgré cela, la plupart acceptent les dépistages. L'inscription à la consultation CeGIDD répond parfois à une demande de dépistage à l'initiative de la personne détenue, mais ces cas sont très minoritaires.

Au vu de ces exemples, la commission estime que la place des partenariats avec les CeGIDD doit être résolument repensée. L'inscription dans les missions de certains CeGIDD d'interventions en milieu pénitentiaire semble directement héritée des missions des CDAG préexistantes sans que les modalités de cette activité n'aient été réinterrogées, tant à la lumière des besoins induits par l'évolution des stratégies de dépistage depuis les années 1990, que des nouvelles missions confiées CeGIDD.

Les partenariats avec un CeGIDD ne sauraient ainsi exonérer les USMP d'assurer leurs missions propres en matière d'activité courante de dépistage, en particulier d'offre systématique à l'entrée en détention. Les objectifs actuels de dépistage exigent d'assurer une offre continue, ajustée aux flux et visant à réduire autant que possible les délais entre la proposition de dépistage et sa réalisation. Cette exigence n'est pas compatible avec l'externalisation de l'activité et les CeGIDD, eux-mêmes soumis à de fortes tensions, n'ont ni pour mission, ni les moyens d'être un prestataire technique auquel les USMP délèguent la réalisation des actes courants de dépistage. Il revient donc en particulier aux ARS, dans le cadre de leurs missions de pilotage de la politique de santé et de régulation de l'offre de soins en milieu pénitentiaire, de promouvoir et de d'assurer les moyens d'une internalisation de l'activité courante de dépistage au sein des USMP. Un tel choix a été opéré par l'ARS PACA lors de la mise en place des CeGIDD. Cette internalisation a permis une nette progression des dépistages par rapport à l'organisation antérieure dans les établissements où celle-ci reposait principalement sur l'intervention d'une CDAG.

La commission estime *a contrario* que les partenariats avec un CeGIDD peuvent avoir une valeur ajoutée à la condition qu'ils constituent une offre additionnelle, différente et complémentaire de celle de l'USMP. Il serait ainsi cohérent avec les missions et compétences aujourd'hui élargies des CeGIDD que leurs interventions aient pour objectif de déployer, au lieu d'une offre « sèche » de dépistage, une offre globale de prévention et de santé sexuelle, qui fait particulièrement défaut en milieu pénitentiaire (Cf. III.3.1. et III.3.3.). Dans un tel cadre, les dépistages du VIH, des virus des hépatites et des IST peuvent être opportunément proposés sans constituer ni une condition, ni le but premier ou unique de l'accès au dispositif. Celui-ci peut ainsi offrir à certaines personnes détenues, dont la préoccupation première n'est pas la prévention des risques infectieux, mais que motivent d'autres questions concernant leur vie sexuelle et affective, un point d'entrée différent à partir duquel l'engagement dans une démarche de dépistage ou de redépistage peut être favorisé et mieux accepté dans la mesure où il prend sens pour les personnes.

1.7. L'offre de dépistage en détention est insuffisamment diversifiée, faute de s'appuyer davantage et de manière coordonnée sur l'ensemble des acteurs, internes comme extérieurs, susceptibles d'y contribuer

Au-delà des CeGIDD, différents services et structures internes et/ou externes peuvent en partenariat avec les USMP utilement concourir à l'offre de dépistage. La multiplication des points d'entrée vers le dépistage grâce à la diversification des modalités d'accès, de la nature des opérateurs et des contextes de proposition et de réalisation des tests représente un levier pour répondre à certains des freins au dépistage constatés, notamment concernant différents enjeux d'acceptabilité pour les personnes détenues. Des exemples observés par la commission montrent que la contribution des partenaires est en général relativement marginale d'un point de vue quantitatif, mais que son intérêt est qualitatif, permettant d'atteindre ou de « rattraper » des personnes détenues que l'offre médicale standard de l'USMP n'a pas réussi à capter. Les partenariats internes comme externes apparaissent cependant insuffisamment développés.

1.7.1. La contribution au dépistage des services et structures assurant la prise en charge de la santé mentale et des addictions est inégale, souvent insuffisante et trop peu coordonnée avec les unités sanitaires

L'exposition aux risques infectieux et notamment au VHC parmi les personnes détenues concerne en particulier celles usagères actives ou anciennes usagères de drogues par injection ou inhalation. L'enjeu de repérer ce profil de personnes détenues et de favoriser leur dépistage est essentiel et devrait justifier que les différents acteurs concourant à la prise en charge médicale, médico-psychologique et médico-sociale des addictions en

III. Observations sur l'organisation et la mise en œuvre du parcours VHC en détention

milieu pénitentiaire participent pleinement à une stratégie globale et coordonnée à l'échelon des établissements en faveur du dépistage.

Les acteurs concourant à la prise en charge des addictions potentiellement mobilisables comprennent, selon les établissements, les personnels de soins psychiatriques au sein des USMP, les SMPR, les CSAPA internes ou les CSAPA référents externes. Ces acteurs peuvent avoir un rôle actif de repérage des personnes détenues particulièrement exposées au risque, de sensibilisation aux enjeux du dépistage, d'orientation et d'accompagnement à sa réalisation, voire de réalisation en propre, notamment par TROD.

Le principe d'une coopération étroite entre les acteurs de la prise en charge somatique et ceux de la prise en charge de la santé mentale et des addictions est posé par le *Guide méthodologique*, dans la mesure où l'action en matière de prévention et d'éducation pour la santé, incluant le dépistage, est définie comme une mission commune au dispositif de soins somatiques et au dispositif de soins psychiatriques. La mission de coordination de ces actions incombe au service de soins somatiques de l'USMP. Chaque établissement dispose d'un comité de pilotage relatif à la prévention et à l'éducation pour la santé qui rassemble l'ensemble des acteurs concourant aux soins somatiques et psychiatriques au sein de l'établissement, les différents services de l'administration pénitentiaire et les intervenants extérieurs⁶⁸. Ce comité, qui doit se réunir au moins une fois par an et a vocation à élaborer un programme annuel ou pluriannuel d'actions d'éducation pour la santé, constitue une instance devant permettre de structurer et coordonner l'action des différents acteurs, y compris en matière de dépistage.

A l'exception de quelques exemples de services ou structures remarquablement engagés et motivés, la commission a constaté que la mobilisation des acteurs de la prise en charge de la santé mentale et des addictions autour des enjeux du dépistage demeure globalement faible et insuffisamment structurée et coordonnée avec les USMP dans la plupart des établissements. Elle est totalement inexistante dans certains. L'investissement des différentes parties au sein des comités de pilotage des actions de prévention et de promotion de la santé apparaît inégal et le fonctionnement de ces instances souvent réduit à un exercice formel. Les enjeux de dépistage n'y semblent que rarement abordés, hormis éventuellement au travers de projets d'événements ponctuels tels que des animations de sensibilisation à la prévention du VIH à l'occasion de la journée mondiale du 1^{er} décembre ou du Sidaction.

Plusieurs facteurs contribuent à cette faible coopération. La commission relève notamment que :

- de nombreuses USMP elles-mêmes peu mobilisées sur les enjeux de dépistage sont d'autant moins enclines à jouer le rôle d'impulsion et de coordination nécessaire pour créer une dynamique d'établissement susceptible d'agréger les autres acteurs ;
- les personnels soignants et/ou services spécialisés dans la prise en charge de la santé mentale et des addictions apparaissent très inégalement sensibilisés et formés aux enjeux de la prévention et du dépistage des risques infectieux, reflétant en partie les mêmes divergences d'approche qui fracturent le milieu en matière d'accompagnement à la RdRD. Certains services de psychiatrie dont dépendent les personnels spécialisés en poste au sein des USMP et certains services médico-psychologiques régionaux (SMPR), défendant une conception étroitement disciplinaire de leur rôle, considèrent que la prise en compte des risques infectieux de leurs patients relève entièrement du dispositif de soins somatiques et s'exonèrent de toute action partagée ou coordonnée en matière de dépistage. Ces modes de fonctionnement en silo s'inscrivent par ailleurs plus globalement dans un contexte de difficultés fréquentes de coopération et de communication entre les professionnels des services somatiques et psychiatriques (Cf. II.2.2.2) ;
- des constats analogues peuvent être portés concernant les CSAPA, qu'ils soient parfois internes dans certains grands établissements, ou le plus souvent une structure externe référente. La conception que ces structures ont de leur rôle en matière de prévention des risques infectieux et de dépistage, leur niveau d'implication et leur degré de coordination avec les USMP s'avèrent extrêmement hétérogènes et parfois source de clivages.

1.7.2. Quand il en existe, les partenaires associatifs extérieurs concourant à la prévention et la promotion de la santé peuvent favoriser l'accès au dépistage, voire y contribuer directement quand ils sont habilités à réaliser des TROD

Des interventions contribuant au dépistage peuvent être conduites par des structures associatives dont l'action en milieu libre relève soit de manière générale du champ de la prévention et de l'éducation pour la santé, comme certains comités départementaux d'éducation pour la santé (CODES), soit d'entrées thématiques plus spécifiques, telles que la lutte contre le VIH, les hépatites virales et les IST, ou l'accompagnement à la RdRD.

⁶⁸ Guide méthodologique, pp. 392 ff. pour les missions, la composition et le fonctionnement du comité, et pp. 144, 289 et 390 concernant la place du dépistage dans le champ des actions de prévention et de promotion de la santé.

III. Observations sur l'organisation et la mise en œuvre du parcours VHC en détention

Ces associations interviennent alors le plus souvent dans le cadre de dispositifs de l'action publique dont elles sont opératrices, notamment d'une activité de CAARUD. Leur apport est particulièrement significatif quand il s'agit de structures habilitées à la réalisation de TROD et que les conditions leur permettant de déployer cette offre dans l'établissement sont réunies.

Compte tenu du fait que ces partenariats représentent des cadres d'intervention dont l'objet est plus largement la prévention et la réduction des risques infectieux, les principales observations et analyses de la commission les concernant sont consignées en III.3.

En tout état de cause, concernant aussi bien leur apport spécifique en matière de dépistage que leur apport global en matière de prévention, la commission est convaincue de l'intérêt de ces partenariats externes, dont elle a observé des exemples concluants. Elle constate cependant et déplore que ceux-ci demeurent rares dans le paysage pénitentiaire.

Plusieurs freins peuvent être succinctement évoqués. D'une part, les structures associatives mobilisables pour intervenir en milieu pénitentiaire sont rares, voire inexistantes dans de nombreux territoires, et ne bénéficient généralement pas d'un soutien suffisant pour ce type d'activité. D'autre part, la conclusion de partenariats, et concrètement les autorisations d'accès et les conditions d'intervention dans les établissements dépendent des chefs d'établissement, dont la politique en la matière s'avère très variable. Ainsi, certains s'y opposent ouvertement ou y font obstruction en pratique, d'autres s'en tiennent à un certain laisser-faire, d'autres encore, plus rarement, apportent un soutien actif à des projets innovants. Cette dépendance aux convictions et décisions personnelles des chefs d'établissement en poste, que ne compense pas le pilotage exercé par les DISP, dont l'action se limite à un pouvoir d'influence, constitue un élément de fragilité pour la pérennité des actions construites en partenariat. Enfin, l'existence et le bon fonctionnement de partenariats, tout particulièrement en ce qui concerne leur contribution au dépistage, dépend très fortement de l'intérêt et de l'implication des USMP, dont le niveau de mobilisation et les capacités de coordination sont très inégales, comme cela a déjà été amplement souligné.

2. MALGRÉ DES DÉLAIS DE MISE AU TRAITEMENT INÉGALEMENT OPTIMISÉS, LA PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE DES DÉTENUS DIAGNOSTIQUÉS EST GLOBALEMENT SATISFAISANTE

Le développement des AAD à partir de 2014 a représenté une avancée thérapeutique majeure qui a transformé les conditions de la prise en charge médicale des personnes infectées par le VHC. L'accès à ces traitements innovants, en raison de leur coût excessivement élevé, a cependant été soumis par les pouvoirs publics à des conditions réglementaires de prise en charge restrictives, en décalage pendant plusieurs années avec les recommandations thérapeutiques établies par les experts.

Ces dispositions, vivement critiquées par les associations de patients comme par différentes instances expertes, dont le CNS⁶⁹, ont limité *de facto* l'accès effectif aux AAD pour une partie des patients, contraints d'attendre l'aggravation de la pathologie hépatique avant de pouvoir en bénéficier. Au-delà des pertes de chance individuelles, elles ont également freiné au sein des USMP la réorganisation, justifiée par les nouvelles possibilités thérapeutiques, du parcours de prise en charge médicale des personnes infectées par le VHC. Ces restrictions initiales ont cependant été progressivement levées, selon une chronologie et des modalités d'accès en partie distinctes concernant les personnes détenues par rapport au milieu ouvert.

Au regard de ce cadre d'accès aux AAD évolutif, qui s'est cependant simplifié et apparaît globalement stabilisé depuis le courant de l'année 2017 (2.1.), la commission s'est attachée à évaluer dans quelle mesure les USMP sont parvenues à intégrer l'objectif désormais assumé de traiter sur le plan virologique l'ensemble des personnes porteuses d'une infection par le VHC active, et à mettre en place une organisation du parcours de soins permettant un accès effectif au traitement par AAD des personnes qui y sont éligibles.

Un ensemble d'observations qualitatives portant sur les modalités de d'organisation de chacune des étapes du parcours (2.2.) a ainsi montré que la prise en charge médicale et l'accès au traitement par AAD apparaissent assurés dans des conditions globalement correctes, bien que les efforts de simplification des parcours et d'optimisation des délais aux différentes étapes demeurent très inégaux selon les établissements.

Une approche quantitative, conduite à l'échelle des trois régions visitées par la commission, a par ailleurs permis d'établir le nombre et d'estimer la proportion des personnes détenues porteuses d'une infection par le VHC active qui accèdent effectivement au traitement par AAD dans le cadre de leur détention (2.3.).

⁶⁹ Conseil national du sida et des hépatites virales, communiqué de presse du 20 mai 2016. <https://cns.sante.fr/communiqués-de-presse/creer-conditions-dun-access-universel-aux-nouveaux-traitements-contre-virus-de-lhepatite-c/>

III. Observations sur l'organisation et la mise en œuvre du parcours VHC en détention

2.1. Les conditions d'accès aux traitements par AAD se sont simplifiées et différents obstacles d'ordre réglementaire et financier ont été levés

La réglementation par les pouvoirs publics des conditions de prescription, de délivrance et de prise en charge des AAD par l'assurance maladie a évolué à plusieurs reprises depuis 2014.

Ainsi, selon les dispositions prises initialement :

- la prescription d'AAD était exclusivement hospitalière et réservée aux médecins spécialistes en hépato-gastro-entérologie, médecine interne et infectiologie ;
- l'initiation d'un traitement par AAD relevait obligatoirement d'une décision prise dans le cadre des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP), mises en place d'abord dans les services experts de lutte contre les hépatites virales⁷⁰, puis également dans les services d'hépatologie qui en faisait la demande, après accord de l'ARS⁷¹ ;
- la prise en charge financière des AAD par l'assurance maladie dans le cadre du dispositif dit de rétrocession⁷² était limitée aux adultes porteurs d'une infection chronique par le VHC présentant un stade de fibrose hépatique F2 sévère, F3 ou F4. Elle était cependant possible quel que soit le stade de fibrose hépatique dans certains cas définis de complications de la maladie hépatique ou en présence de certaines comorbidités, dont la coinfection par le VIH.⁷³

L'accès aux AAD en milieu pénitentiaire a cependant échoué dans un premier temps sur une difficulté d'ordre financier. En effet, en raison de subtilités réglementaires, le dispositif de rétrocession permettant la prise en charge des dépenses d'AAD par l'assurance maladie n'était initialement pas applicable au cas d'une dispensation par les USMP à des personnes détenues. Les dépenses d'AAD devaient par conséquent être supportées par les USMP, dans le cadre de leur dotation budgétaire courante en crédits Missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC). Or, cette charge n'était pas soutenable compte tenu du coût disproportionné des AAD par rapport au niveau de ces dotations courantes – quelques traitements pouvant épuiser à eux seuls l'intégralité du budget annuel d'une USMP. Cet obstacle n'a été levé qu'en avril 2015, par voie de circulaire étendant aux USMP la possibilité de recourir au régime de prise en charge en rétrocession.⁷⁴

Les contraintes affectant les conditions de prescription et les critères limitant l'éligibilité des patients aux nouveaux traitements ont par la suite été levés en trois étapes principales :

- à compter de fin juillet 2016⁷⁵, le périmètre des autorisations de prise en charge est étendu à l'ensemble des personnes présentant une fibrose de stade F2. La prise en charge est également autorisée, quel que soit le stade de fibrose, dans un nombre élargi de cas de complications et/ou de comorbidité, ainsi que pour les personnes considérées à risque élevé de transmission, notamment les personnes usagères de drogues et les personnes détenues. L'initiation d'un traitement demeure à ce stade une décision obligatoirement prise en RCP ;
- de nouvelles dispositions prises en août 2017⁷⁶ ont posé le cadre de l'accès universel aux AAD en élargissant, d'une part, leur prise en charge à tous les stades de fibrose hépatique, et en limitant, d'autre part, la tenue d'une RCP pour les seuls patients présentant certaines situations médicales complexes, définies par une liste, dont notamment les patients en échec d'un premier traitement par AAD, ayant une cirrhose grave ou un carcinome hépatocellulaire, co-infectés par le VIH et/ou le VHB, etc.) ;

⁷⁰ DGS/DSS/DGOS. Lettre d'instruction du 28 décembre 2014 relative à l'organisation de la prise en charge de l'hépatite C par les nouveaux antiviraux d'action directe.

⁷¹ DGS/DSS/DGOS. Lettre d'instruction du 30 avril 2015 relative à l'organisation de la prise en charge de l'hépatite C par les NAAD.

⁷² Pour mémoire, la rétrocession est une disposition dérogatoire qui concerne certains médicaments particulièrement coûteux et permet aux établissements hospitaliers qui les prescrivent et les délivrent, au lieu d'en supporter la charge sur leur budget de soins, d'en obtenir le remboursement par l'assurance maladie, au titre de la couverture maladie du patient.

⁷³ DGS/DSS/DGOS. Lettre d'instruction du 28 décembre 2014, *op.cit.*

⁷⁴ Circulaire n° DGOS/R1/R4/DSS/1A/1C/2A/2015/148 du 29 avril 2015 relative à la facturation des AAD pour les patients pris en charge en ambulatoire dans des unités sanitaires en milieu pénitentiaire.

⁷⁵ Instruction n° DGOS/PF2/DGS/SP2/PP2/DSS/1C/2016/246 du 28 juillet 2016 relative à l'organisation de la prise en charge de l'hépatite C par les NAAD.

⁷⁶ Instruction n° DGOS/PF2/DGS/SP2/DSS/1C/2017/246 du 3 août 2017 relative à l'élargissement de la prise en charge par l'assurance maladie du traitement de l'hépatite C par les nouveaux agents antiviraux d'action directe (AAD) à tous les stades de fibrose hépatique pour les indications prévues par l'autorisation de mise sur le marché et à la limitation de la tenue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire pour les initiations de traitement à des situations particulières listées.

III. Observations sur l'organisation et la mise en œuvre du parcours VHC en détention

- deux spécialités d'AAD pangénotypiques ont été autorisées à compter du 20 mai 2019 à la prescription hors cadre hospitalier et par tout médecin, notamment généraliste, pour le traitement des patients relevant d'un parcours simplifié de prise en charge.⁷⁷

En milieu pénitentiaire, les conditions règlementaires permettant de prendre en charge et traiter par les AAD l'ensemble des personnes porteuses d'une infection par le VHC active ont, *stricto sensu*, été réunies dès l'été 2016, soit une année plus tôt qu'en milieu ouvert. Les dispositions adoptées en 2017 paraissent toutefois avoir été essentielles pour créer des conditions plus favorables à un accès effectif. D'une part, le fait d'acter la recommandation de traitement universel a considérablement clarifié et simplifié les objectifs de la prise en charge médicale et de l'indication de traitement, tant sur le plan du bénéficiaire en santé individuelle que du bénéficiaire en santé publique. D'autre part, la restriction de l'obligation de passage en RCP aux seules situations médicales complexes a ouvert la possibilité d'alléger l'organisation du parcours et de réduire les délais d'initiation du traitement pour la majorité des patients.

C'est au regard de ce cadre d'accès globalement stabilisé depuis le milieu de l'année 2017 que la commission a examiné, dans les établissements visités, les modalités d'organisation de la prise en soins des personnes détenues dépistées positives. La nouvelle étape de simplification du parcours potentiellement permise par l'ouverture des prescriptions de certains AAD aux médecins non spécialistes a en outre été évoquée avec les équipes rencontrées à titre de perspective, la mesure, bien qu'annoncée un an auparavant⁷⁸, n'étant intervenue qu'à la fin des déplacements de la commission dans les établissements.

2.2. Les USMP se sont inégalement emparées des opportunités de simplifier le parcours de soins et d'optimiser les délais aux différentes étapes, mais l'accès au traitement paraît globalement assuré

A partir du moment où une personne détenue est dépistée positive au VHC, les différentes étapes de la prise en charge sont correctement assurées mais selon des modalités d'organisation inégales selon les établissements, occasionnant souvent des délais inutilement longs. Les USMP ayant mis en place de véritables circuits courts pour les patients relevant du parcours de prise en charge simplifié demeurent l'exception. Le traitement par AAD, une fois prescrit, apparaît en revanche rapidement mis en place et ses modalités de délivrance ne posent pas de difficultés particulières. La continuité du suivi thérapeutique et post-thérapeutique peut être compromise en cas de libération avant le terme du traitement, ou du contrôle de la charge virale post-traitement qui permet de vérifier la guérison.

2.2.1. De la confirmation du diagnostic à la prescription du traitement, une organisation très variable des étapes selon les établissements

Les dispositions règlementaires prises en 2017 définissant les cas dans lesquels le recours aux RCP demeure requis ont jeté les bases d'une distinction entre un parcours simplifié de prise en charge et un parcours spécialisé, en fonction de critères d'évaluation de la situation médicale de la personne. Les modalités de ces deux parcours ont été précisées notamment par des recommandations d'experts publiées en mars 2018⁷⁹. Une *Fiche mémo* reprenant ces recommandations concernant le parcours de prise en charge simplifiée a en outre été publiée par la Haute Autorité de santé (HAS) en mai 2019.⁸⁰

L'*Encadré 7* schématise les étapes de la prise en charge à compter du moment où une personne est dépistée séropositive au VHC, et les critères d'orientation vers le parcours simplifié ou spécialisé.

La commission a observé des modes d'organisation de ces différentes étapes diversement efficaces en termes de délais selon les établissements. Si des gains de temps sont souvent possibles dans la réalisation du bilan initial, le principal enjeu demeure le maintien dans certains établissements d'une organisation obsolète et inutilement complexe du circuit de prescription entre l'USMP et le service ou le médecin spécialiste de l'établissement hospitalier de rattachement.

⁷⁷ Ministère des solidarités et de la santé, *Simplification de l'accès au traitement contre l'hépatite C chronique*, communiqué de presse du 20 mai 2019, <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/simplification-de-l-acces-au-traitement-contre-l-hepatite-c-chronique> ; Haute Autorité de santé, *Fiche mémo Hépatite C : prise en charge simplifiée chez l'adulte*, mars 2019 (mise à jour septembre 2019), https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-03/fiche_memo_hepatite_c.pdf.

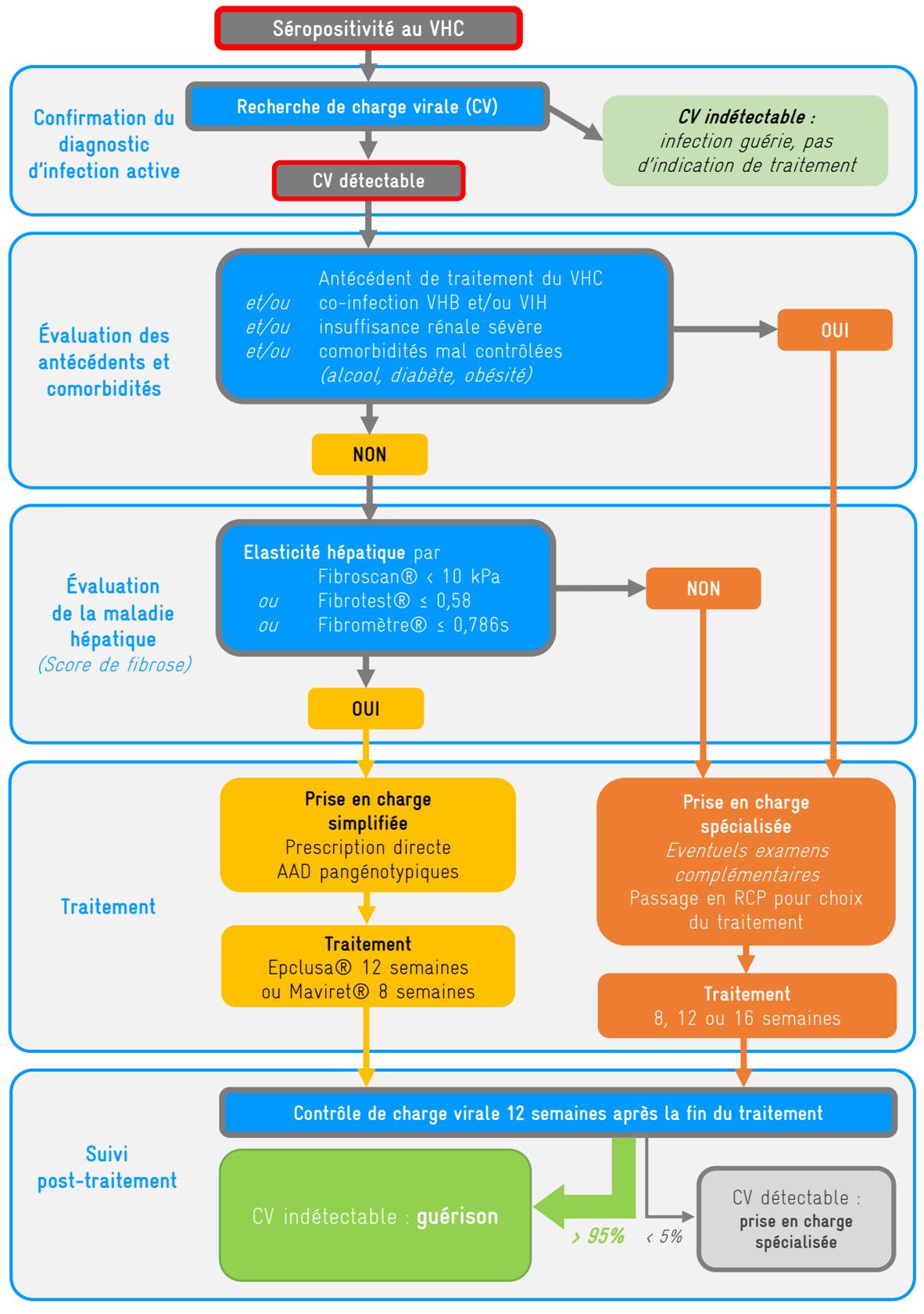
⁷⁸ Discours d'ouverture du Pr Jérôme Salomon, Directeur général de la santé, Journée nationale de lutte contre les hépatites virales, 15 mai 2018.

⁷⁹ Association française pour l'étude du foie, *Recommandations AFEF pour l'élimination de l'infection par le virus de l'hépatite C en France*, mars 2018. <https://afef.asso.fr/wp-content/uploads/2018/06/VF-INTERACTIF-RECO-VHC-AFEF-v2103.pdf>

⁸⁰ Haute Autorité de santé, *Fiche mémo Hépatite C : prise en charge simplifiée chez l'adulte*, mars 2019 (mise à jour septembre 2019), *op.cit.*

Encadré 7

Schéma de la prise en charge médicale des personnes dépistées séropositives au VHC : parcours simplifié et parcours spécialisé



III. Observations sur l'organisation et la mise en œuvre du parcours VHC en détention

2.2.1.1. L'organisation des phases du bilan initial pourrait être accélérée dans une partie des établissements

Les enjeux d'organisation du bilan initial concernent essentiellement la capacité des USMP à limiter le nombre de convocations de la personne à l'USMP pour des consultations médicales et/ou la réalisation de prélèvements ou d'examen.

En cas de dépistage des anticorps anti-VHC positif, il est nécessaire d'organiser une consultation de rendu du résultat. Dans la mesure où les dépistages en milieu pénitentiaire sont presque exclusivement réalisés par sérologie classique, il n'est pas rare que le laboratoire de biologie, en présence d'un résultat positif, effectue directement la recherche de charge virale VHC sur le même échantillon sanguin, et par conséquent que le résultat de confirmation du diagnostic d'infection active soit disponible en même temps que le résultat du dépistage des anticorps anti-VHC. Dans ce cas, la consultation médicale permet d'emblée d'annoncer le diagnostic. Sinon, soit que le dépistage a été réalisé par TROD, soit que la recherche de charge virale n'a pas été réalisée, il est nécessaire d'effectuer un nouveau prélèvement sanguin pour confirmer dans un second temps le caractère actif ou non de l'infection.

Le bilan initial proprement dit, au-delà de la confirmation du diagnostic, repose sur la réalisation d'un bilan sanguin et sur un recueil d'informations par entretien médical, concernant notamment les prises médicamenteuses habituelles et le type de TSO éventuellement mis en place, en raison des possibles interactions médicamenteuses avec les AAD. Selon l'équipement et/ou les choix des équipes médicales, l'évaluation de l'atteinte hépatique est soit intégrée au bilan sanguin, si elle est réalisée par Fibrotest® ou Fibromètre®, soit requiert l'organisation d'un examen spécifique par Fibroscan®.

L'organisation de ce parcours demeure très séquentielle dans certaines USMP, impliquant jusqu'à quatre passages à l'USMP, respectivement pour l'annonce du résultat de la sérologie, le prélèvement sanguin pour recherche de la charge virale, la consultation d'annonce du diagnostic et d'entretien médical, le prélèvement pour le bilan sanguin. Parfois s'ajoute une extraction vers le service spécialisé de l'établissement hospitalier de rattachement pour réalisation d'un Fibroscan®. Ainsi les délais entre le moment où le résultat du dépistage est disponible et celui où l'ensemble des éléments nécessaires à l'orientation thérapeutique sont réunis peut s'étendre d'une dizaine de jours à plusieurs semaines. Le découplage entre consultation médicale et réalisation des prélèvements sanguins peut résulter de contraintes organisationnelles, notamment dans des établissements de petite ou moyenne taille ou dans des centres de détention, quand les actes de biologie hors urgence sont organisés à jours ou demi-journées fixes dans la semaine et ne coïncident pas avec la présence du médecin, également discontinu. Néanmoins, l'absence d'efforts d'optimisation du parcours demeure avant tout le reflet d'une prise de conscience insuffisante par certains médecins et leurs équipes à la fois de l'intérêt et des possibilités actuelles de réduire fortement les délais de prise en charge de l'infection par le VHC.

À l'inverse, des USMP sont parvenues à fortement regrouper les étapes. Même si la confirmation du diagnostic n'est pas disponible, la consultation de rendu du résultat du dépistage permet d'informer la personne de l'éventualité d'engager le traitement par AAD si le diagnostic est confirmé et de recueillir par anticipation les informations requises dans le cadre du bilan initial pré-thérapeutique. Un seul prélèvement sanguin, organisé si possible dans la continuité de la consultation, permet à la fois de procéder à la recherche de charge virale et le cas échéant aux autres examens sanguins prévus dans le cadre du bilan initial.

En ce qui concerne les méthodes d'évaluation de la fibrose hépatique, leur choix semble essentiellement pragmatique en fonction des possibilités locales.

Le recours au Fibroscan® dépend en premier lieu de la disponibilité de cet équipement au sein des USMP et celle-ci est très inégale, en fonction notamment de la taille des établissements pénitentiaires et des régions d'implantation. Selon des données de 2017⁸¹, si au total 68 % des USMP disposaient d'un accès à un Fibroscan®, seulement 22 % étaient équipées sur site, posant donc dans une majorité de cas toutes les difficultés, notamment en termes de délais, liées à une extraction vers l'hôpital de rattachement pour réaliser l'examen. L'équipement par Fibroscan® portable opéré par une équipe mobile se déplaçant régulièrement dans les établissements représente une option intéressante, mais qui reste peu développée. En outre, la capacité à réaliser l'examen à bref délai dépend alors de la fréquence de la présence de ces équipes dans les établissements.

La commission a bien noté l'attachement fort de certaines équipes à l'outil Fibroscan®, en particulier dans les contextes locaux ou régionaux où une mobilisation historique des réseaux professionnels impliqués dans la prise en charge des hépatites a permis l'équipement en propre de certaines USMP ou la création d'équipes

⁸¹ Remy AJ, Canva V, Chaffraix F, Hadey C, Harcouet L, Terrail N, *et al.* Amélioration de la prise en charge de l'hépatite C en milieu carcéral en France, état des lieux 2017 : moins de patients mais plus de traitements qu'en 2015. *A paraître, communication des auteurs au CNS.*

III. Observations sur l'organisation et la mise en œuvre du parcours VHC en détention

mobiles. Par rapport aux techniques d'évaluation de la fibrose par tests sanguins, certains professionnels soulignent l'intérêt du recours au Fibroscan® pour sa valeur pédagogique auprès de personnes peu éduquées en santé, car ce type d'examen leur permet d'accéder à une représentation plus concrète du foie et de la maladie hépatique, qu'il s'agisse de prise en charge d'une infection par le VHC, mais aussi des autres pathologies hépatiques fortement prévalentes dans population détenue (infection par le VHB, consommation excessive d'alcool).

Les techniques d'évaluation par tests sanguins (Fibrotest® ou Fibromètre®) sont utilisées par la majorité des USMP. Elles représentent une alternative efficace et simple à mettre en œuvre du point de vue logistique, notamment dans les établissements de taille insuffisante pour justifier d'un équipement sur site par Fibroscan®. Ne nécessitant ni équipement spécifique, ni personnel formé, elles permettent de réaliser l'évaluation de la fibrose dans le cadre du bilan sanguin et d'éviter ainsi l'organisation d'un examen supplémentaire, ce qui présente un avantage évident pour raccourcir les délais, *a fortiori* dans les établissements où la réalisation d'un Fibroscan® implique une extraction.

Au regard des enjeux de maîtrise des délais, la commission considère par conséquent que le recours au Fibroscan® ne doit être privilégié qu'à la condition de ne pas entraîner d'allongement significatif du parcours, c'est-à-dire essentiellement dans les établissements disposant d'un équipement sur site. Il est à cet égard justifié que les établissements de taille importante en soient équipés, ce qui est loin d'être systématiquement le cas. Le pragmatisme doit cependant prévaloir. Les avantages du Fibroscan® concernent essentiellement le suivi des personnes présentant une pathologie hépatique complexe. Il n'apporte en revanche pas d'avantages significatifs par rapport aux techniques de tests sanguins s'agissant de l'évaluation initiale pour orienter le patient vers un schéma de prise en charge simplifiée ou spécialisée de l'infection par le VHC. La commission considère par conséquent que les équipes, quand elles ont le choix et en fonction des conditions locales, devraient privilégier dans le cadre du bilan initial la technique d'évaluation permettant le résultat le plus rapide.

2.2.1.2. Trop peu d'USMP ont mis en place un circuit court de décision thérapeutique et de prescription pour les patients relevant d'une prise en charge simplifiée

L'une des principales difficultés organisationnelles du parcours VHC concerne la liaison avec le service spécialisé de l'établissement hospitalier de rattachement pour l'initiation du traitement par AAD. Les modalités de prise en charge simplifiée, qui concernent la majorité des patients, permettent depuis l'été 2017 de limiter l'intervention du service spécialisé à l'établissement de la prescription. Or la commission a constaté que les USMP et les services spécialisés de rattachement se sont très inégalement saisis de cette opportunité de simplification du parcours de la plupart des patients, notamment en ce qui concerne le recours aux consultations spécialisées. Ces disparités d'attitude risquent de se creuser encore davantage dans le contexte de levée de l'obligation de prescription des AAD par un médecin spécialiste, intervenue en mai 2019, qui ouvre désormais aux USMP la possibilité d'assurer intégralement en interne la prise en charge simplifiée.

Certaines USMP, en lien étroit avec le service spécialisé de leur établissement hospitalier de rattachement, se sont résolument emparées des possibilités offertes par le parcours simplifié pour optimiser au maximum les délais, permettant de réduire celui-ci à moins de deux semaines. Outre l'organisation rationalisée du bilan initial pour réunir rapidement les éléments nécessaires à l'orientation vers la prise en charge spécialisée ou simplifiée, les efforts ont consisté à formaliser entre l'USMP et le service spécialisé un circuit d'échange d'informations et de prescription rapide sans consultation spécialisée, pour les patients relevant du parcours simplifié. La mise en place de ce type de circuit court peut notamment être favorisée par l'identification au sein de l'USMP d'un médecin référent pour le VHC et/ou les pathologies infectieuses qui assure une fonction de correspondant direct avec le service spécialisé, et si possible au sein de celui-ci avec un ou quelques médecins également identifiés pour répondre aux sollicitations de l'USMP. Cette structuration des relations entre l'USMP et le service spécialisé apparaît du reste également bénéfique pour améliorer et fluidifier la prise en charge des cas complexes qui continuent de relever d'un passage en RCP et nécessitent une prise en charge spécialisée.

La commission relève qu'un tel fonctionnement requiert de l'USMP et du service spécialisé, et notamment des médecins plus particulièrement en charge de part et d'autre, qu'ils coopèrent sur la base d'une confiance mutuelle et d'une vision partagée de l'organisation de la prise en charge et de leurs rôles respectifs. Il s'agit en effet d'un véritable changement de modèle : pour les patients relevant du parcours simplifié, l'USMP n'a plus pour mission d'adresser le patient au service spécialisé pour que celui le prenne en charge, et de n'agir qu'en relais du médecin spécialiste, mais bien d'assumer elle-même la prise en charge. Les équipes rencontrées dans le cadre de la mission étaient du reste en attente de la levée de l'obligation de prescription des AAD par un médecin spécialiste, entre temps intervenue, pour parachever cette internalisation au sein des USMP de la prise en charge simplifiée, et ainsi réduire encore les délais de mise au traitement. Au terme de cette évolution, le service spécialisé n'intervient plus du tout dans la prise en charge, ni dans le suivi des

III. Observations sur l'organisation et la mise en œuvre du parcours VHC en détention

patients orientés vers le parcours simplifié. Il conserve un rôle de référent expert dont l'appui peut être mobilisé au besoin par l'USMP, et demeure bien entendu compétent pour la prise en charge des patients relevant d'un parcours spécialisé.

Beaucoup d'USMP et de services spécialisés demeurent cependant très loin d'avoir accompli ces mutations et n'ont que très peu modifié leurs pratiques. La plupart continuent en effet de maintenir le principe d'adresser systématiquement en consultation spécialisée toutes les personnes détenues avec un diagnostic d'infection active par le VHC confirmé, parfois même toutes celles présentant un dépistage des anticorps anti-VHC positif, laissant alors au service spécialisé le soin de gérer la phase de confirmation du diagnostic. L'organisation d'une consultation spécialisée est pourtant généralement source d'importants délais dans la mesure où elle implique dans la majorité des cas une extraction vers l'établissement hospitalier de rattachement.⁸² Beaucoup plus rarement, et essentiellement dans des établissements de grande taille, des consultations spécialisées sont organisées à intervalles réguliers sur site au sein de l'USMP, ce qui permet d'éviter la lourdeur et les aléas des procédures d'extraction, mais ne résout pas entièrement la question des délais, dans la mesure où la fréquence de ces consultations n'est souvent que mensuelle, voire bi- ou trimestrielle.

Outre ces pratiques de maintien d'au moins une consultation spécialisée, la commission a constaté, dans des exemples certes isolés, la tendance de certaines USMP et services spécialisés à vouloir conserver pour tous les patients des modalités de prise en charge spécialisée, dans la continuité des protocoles antérieurs. Des examens complémentaires non requis, comme par exemple un examen échographique, continuent parfois d'être systématiquement réalisés. La commission a relevé le cas d'un établissement maintenant un passage en RCP pour les patients qui n'en relèvent plus.⁸³

Il résulte de ces circuits diversement complexes selon les situations locales des délais entre le résultat du dépistage et le démarrage effectif du traitement de l'ordre d'un mois dans le meilleur des cas, le plus souvent davantage et parfois plus de trois mois.

2.2.1.3. Les équipes des USMP doivent être davantage accompagnées dans la mise en place du parcours simplifié

La commission s'est interrogée sur les raisons pour lesquelles l'engagement dans une démarche de simplification des parcours demeure aussi timoré dans un grand nombre d'USMP, et en conséquence la mise en place de véritables circuits courts aussi rare. Celles-ci sont à rechercher tant à l'échelon des USMP qu'à celui des services spécialisés.

En ce qui concerne les USMP, plusieurs facteurs, tendant souvent à se cumuler, favorisent une certaine inertie, ou parfois des réticences au changement. D'une part, la commission relève que certaines équipes, au-delà d'une connaissance purement médicale des traitements par AAD aujourd'hui utilisés, sont peu sensibilisées aux enjeux et insuffisamment informées de l'intérêt et des opportunités de reconsidérer l'organisation des parcours de prise en charge. Il n'y a au demeurant rien de surprenant, si aucune action particulière d'information et de sensibilisation n'a été entreprise dans leur direction, à ce que toute les équipes ne soient pas à jour des innovations intervenant dans ce domaine spécifique, alors qu'elles ont à assurer au quotidien une offre de soins extrêmement polyvalente, exercent dans des conditions souvent très difficiles et font face à une certaine concurrence des priorités entre de nombreux sujets de santé.

La mise en place de parcours simplifiés suscite chez certaines équipes des réticences ouvertement exprimées face à ce qu'elles perçoivent comme un alourdissement de leur charge et de leur responsabilité. Certains médecins d'USMP ne s'estiment pas compétents, ou du moins insuffisamment formés, pour assumer ces prises en charges et préfèrent pouvoir continuer de s'adosser à l'avis d'un spécialiste pour toute décision thérapeutique. La question de la formation se retrouve dans les positionnements exprimés face à la perspective d'ouverture des prescriptions d'AAD à tous les médecins – celle-ci n'étant pas encore effective au moment de la mission. Certains ont fait ainsi part de leur intérêt, mais sous réserve d'être formés, d'autres ont indiqué

⁸² Outre les difficultés récurrentes de l'organisation des extractions sur le plan de la logistique pénitentiaire, la mission a également relevé des difficultés de la part de certains services hospitaliers de rattachement à répondre aux demandes de consultations spécialisées formulées par les USMP. Ces difficultés sont de divers ordres, mais apparaissent particulièrement marquées pour des établissements pénitentiaires situés en zone rurale, rattachés à des centres hospitaliers qui réduisent très fortement l'activité de certains services spécialisés voire les ferment, pour des raisons d'ordre financier, de réorganisation régionale de l'offre de soins et de difficultés à recruter des médecins spécialistes. La défaillance du service spécialisé auquel est rattachée l'USMP est ainsi une source considérable d'allongement des délais de prise en charge dans certains établissements.

⁸³ Dans cet exemple, le parcours simplifié était implicitement perçu par les professionnels comme un standard de prise en charge dégradée, le maintien du passage en RCP et des modalités de prise en charge spécialisée pour les patients relevant du parcours simplifié étant à l'inverse considéré comme un effort pour assurer une meilleure qualité de soins, garantissant une prise en charge globale de l'infection, de la maladie hépatique et des éventuelles comorbidités. Il était également souligné que le parcours spécialisé favorisait l'instauration, au-delà de l'incarcération, d'un suivi régulier en milieu ouvert par le service d'hépatologie. Le problème aux yeux de la mission demeure cependant que les délais d'instauration du traitement dans la maison d'arrêt concernée étaient de l'ordre de trois à quatre mois à compter du résultat du dépistage, par ailleurs déficient.

III. Observations sur l'organisation et la mise en œuvre du parcours VHC en détention

qu'ils n'utiliseraient pas leur possibilité de prescription parce qu'ils n'envisagent pas de s'investir dans une formation qu'ils jugent également indispensable.

Le rôle des services spécialisés est également essentiel, or il est inégal. Certains services spécialisés – ou certains médecins en leur sein – peuvent se montrer peu enclins à favoriser une évolution dont ils considèrent parfois qu'elle les dessaisit d'une partie de leurs patients, banalise leurs compétences ou pourraient à leur sens dégrader la qualité de la prise en charge. D'autres, par désintérêt ou parce que la gestion de leurs difficultés propres ne leur en donne pas les moyens, sont avant tout peu investis dans le domaine périphérique que représente la prise en charge des personnes détenues et leur mission d'appui au service distant, voire marginalisé au sein de l'organisation hospitalière, qu'est l'USMP.

Au regard des besoins d'information et de sensibilisation, de formation et d'accompagnement au changement constatés à des degrés divers dans de nombreuses USMP, la commission estime que les services spécialisés ont une responsabilité importante s'agissant d'impulser une dynamique autour de l'objectif d'élimination de l'épidémie de VHC et des enjeux d'organisation du dépistage et de la prise en charge des personnes détenues. Ils doivent pour cela jouer un rôle actif d'animation, de transmission de connaissance et d'appui aux professionnels des USMP.

2.2.2. Une fois prescrits, les traitements sont délivrés rapidement et sans difficultés particulières aux personnes détenues

La chaîne d'approvisionnement des USMP en médicament relève des pharmacies à usage interne (PUI) des établissements hospitaliers de rattachement. Certains établissements pénitentiaires de très grande taille possèdent leur propre service de PUI, mais cette configuration reste exceptionnelle. Les modalités de distribution des AAD aux personnes détenues relèvent quant à elles des choix des équipes au sein des USMP. Selon les observations de la commission, la mise en place d'un traitement par AAD une fois qu'il a été prescrit ne pose aujourd'hui plus de difficultés particulières et est effective dans des délais ne dépassant généralement pas quelques jours.

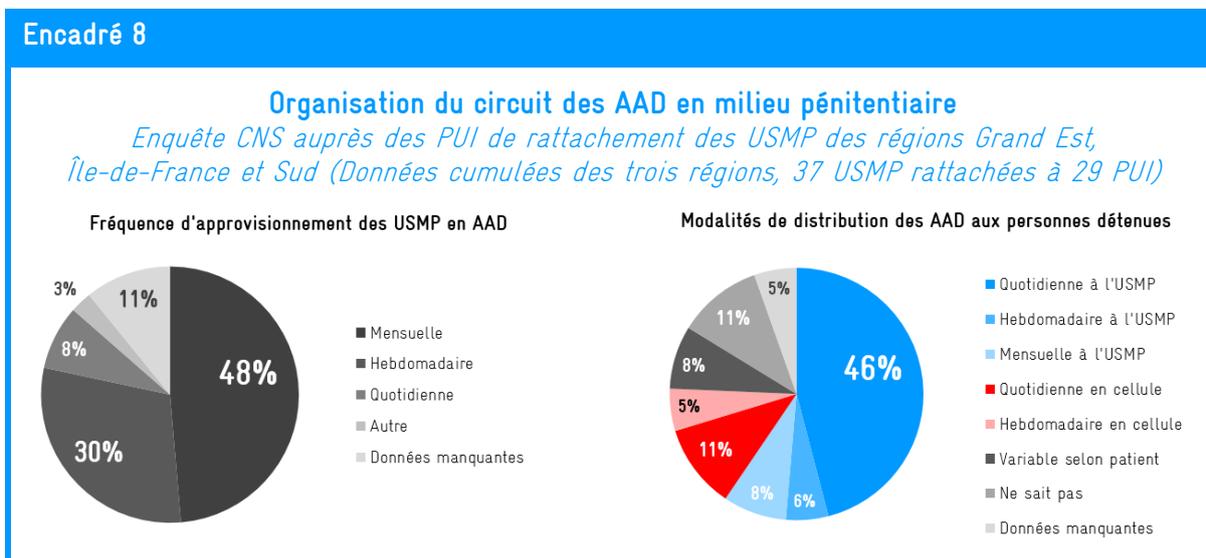
Les PUI rencontrées par la commission ne font état d'aucun obstacle d'ordre financier ou budgétaire depuis que les AAD dispensés aux personnes détenues sont directement facturés à l'assurance maladie dans le cadre du régime de rétrocession (Cf. III.2.1.). La mise en œuvre de ce mécanisme est fluide à la condition que les droits à l'assurance maladie de la personne détenue soient effectivement ouverts. Grâce à la réforme du dispositif de traitement des demandes d'affiliation des personnes détenues à l'assurance maladie intervenue en 2018, les problèmes récurrents de délais d'ouverture de droits qui pouvaient précédemment retarder la mise à disposition effective des traitements par les PUI apparaissent désormais surmontés (Cf. III.4.2.1.). Les PUI ne signalent ainsi que très exceptionnellement des difficultés d'ordre administratif à donner suite aux prescriptions.

Le régime de rétrocession implique par ailleurs certaines spécificités de gestion. Les PUI ne disposent pas de stocks d'AAD et ne déclenchent une procédure de commande auprès du fournisseur qu'à partir du moment où une prescription est émise par le médecin, et pour la quantité correspondant à un mois de traitement, renouvelée ensuite une ou deux fois selon la durée du traitement prescrit (8 ou 12 semaines). Chaque boîte de médicaments commandée et délivrée par la PUI est ainsi nominativement attachée à la personne détenue à laquelle elle est destinée. Ces modalités d'approvisionnement à flux tendu ne génèrent cependant pas de difficultés particulières en termes de délais, dans la mesure où les systèmes de gestion des prescriptions, quoiqu'inégalement dématérialisés selon les établissements, fonctionnent dans l'ensemble correctement, tout comme les circuits d'approvisionnement des PUI auprès des fournisseurs.

Les moyens dédiés au sein des PUI à la gestion des médicaments destinés aux USMP sont variables, notamment en fonction de la taille respective des établissements pénitentiaires et des établissements hospitaliers de rattachement. La commission s'est entretenue avec des pharmaciens des PUI alimentant neuf des établissements pénitentiaires visités. Les ressources humaines et les moyens logistiques alloués à la gestion des médicaments pour les USMP sont jugés globalement satisfaisants, à l'exception du cas d'une PUI qui déplore l'absence en son sein de moyens dédiés suffisants, entraînant d'importantes tensions dans l'activité. L'enquête réalisée par la commission auprès de l'ensemble des PUI des trois régions visitées (Cf. Annexe 1) montre que la plupart (86 %) disposent en leur sein d'un pharmacien référent pour coordonner l'approvisionnement en médicaments de l'USMP, ou parfois des différentes USMP, qui lui sont rattachées. En outre, un peu plus du tiers des USMP, correspondant à des établissements de taille importante, bénéficient de la présence sur site d'un pharmacien de la PUI, quoique qu'à temps partiel dans la majorité des cas.

Les AAD commandés par les PUI sont délivrés aux USMP le plus souvent sur une base mensuelle ou hebdomadaire, mais d'autres modalités sont également observées (Cf. Encadré 8), en fonction des choix et des contraintes logistiques propres aux différentes PUI, ainsi qu'aux capacités de gestion et de stockage sur site des USMP.

Encadré 8



Les modalités de distribution des AAD aux personnes détenues sont également variables (Cf. Encadré 8). Près de la moitié des établissements privilégient la distribution quotidienne à l'USMP. Le choix de ce mode de dispensation très encadré, souvent accompagné d'une supervision de la prise par le personnel infirmier, répondait initialement, compte tenu du coût et de la rareté des traitements, à un objectif à la fois de garantir l'observance et de prévenir le risque de trafic. Ce second motif apparaît entretemps sans objet. La distribution quotidienne à l'USMP, analogue à celle des TSO, et d'ailleurs couplée à celle-ci pour les patients concernés, est parfois critiquée pour les risques de stigmatisation qu'elle fait peser sur les personnes détenues qui doivent se rendre chaque jour à l'USMP. D'autres USMP délivrent les AAD sur une base également quotidienne, mais par le canal banalisé des tournées infirmières de distribution des médicaments en pochettes individuelles à la porte des cellules. D'autres encore, optent pour une distribution hebdomadaire ou mensuelle⁸⁴, comme pour divers autres traitements au long cours. La personne détenue conserve alors elle-même dans sa cellule la plaque ou la boîte de traitement, et gère ses prises de manière autonome. Ces schémas sont plus faciles à mettre en œuvre dans les établissements pour peine, où l'encellulement individuel est de règle. Certaines équipes, enfin, indiquent utiliser un régime mixte, la fréquence de distribution, et son éventuelle évolution, étant déterminées pour chaque patient en fonction de ses capacités d'observance.

2.2.3. Le suivi thérapeutique et post-thérapeutique est correctement assuré en détention, mais plus aléatoire s'il doit être poursuivi en milieu ouvert

Le suivi des patients relevant du parcours simplifié ne prévoit aujourd'hui aucun examen particulier ni consultation médicale pendant la période d'administration du traitement, sauf nécessité en cas, par exemple, de problèmes d'observance, de survenue d'une pathologie intercurrente ou, rarement, d'effets indésirables. Il se limite ensuite à vérifier la guérison, définie par la réponse virologique soutenue, en réalisant une mesure de la charge virale VHC douze semaines après la fin du traitement, ce qui n'implique qu'un prélèvement sanguin et une consultation de rendu du résultat. Cette consultation de rendu permet de reparler avec la personne détenue du risque de réinfection virale en cas de conduite à risque et de préciser également que la sérologie VHC restera toujours positive alors que le VHC n'est plus présent. C'est uniquement en cas d'échec thérapeutique que le patient doit être adressé pour une consultation et qu'une prise en charge future dans la filière spécialisée doit être organisée.

Dans le cadre du parcours spécialisé, le schéma de suivi est identique en ce qui concerne le traitement par AAD, avec également un contrôle virologique à douze semaines de la fin du traitement. En revanche, le suivi peut être plus complexe et plus rapproché du fait de la maladie hépatique et/ou des comorbidités, et nécessiter l'organisation d'examens ou de consultations spécialisées pendant la phase de traitement par AAD comme après la guérison de la pathologie infectieuse. Le suivi soulève alors les difficultés d'organisation communes à toutes les prises en charge exigeant le recours à un service spécialisé, notamment si des extractions sont

⁸⁴ Les enquêtes de pratiques conduites en 2015 puis 2017 montrent une progression de la délivrance à la semaine, qui passe de 17 % à 27 % des USMP entre les deux dates, pendant que la délivrance mensuelle demeure stable à 4 %. [Remy AJ, Canva V, Chaffraix F, Hadey C, Harcouet L, Terrail N, *et al.* Amélioration de la prise en charge de l'hépatite C en milieu carcéral en France, état des lieux 2017 : moins de patients mais plus de traitements qu'en 2015. *À paraître, communication des auteurs au CNS*]. Les proportions observées dans l'enquête du CNS en 2019 sont sensiblement différentes, avec une part moindre de la délivrance hebdomadaire (11 %), mais plus importante (8 %) concernant la délivrance mensuelle, suggérant que celle-ci a pu se développer par rapport à 2017. Les deux enquêtes demeurent cependant difficilement comparables en raison de la différence de nature des sources (USMP vs PUI) et de la taille de l'échantillon (national vs trois régions).

III. Observations sur l'organisation et la mise en œuvre du parcours VHC en détention

nécessaires. La qualité de la communication et l'existence de canaux d'échange et de coordination bien structurés entre l'USMP et le service spécialisé, comme il a été décrit plus haut, sont des facteurs essentiels pour assurer un suivi qui sera d'autant plus fluide et efficace qu'il est partagé entre les deux entités.

Le suivi du traitement par ADD proprement dit ne pose pas aux USMP de problème d'organisation majeur tant que les personnes détenues demeurent dans l'établissement. Dans la phase post-traitement, la commission relève néanmoins que le contrôle de la guérison à douze semaines est inégalement réalisé, faute de temps ou de moyens humains.

La continuité thérapeutique peut en revanche être compromise en cas de libération de la personne ou de transfert dans un autre établissement avant la fin du traitement, de même que le contrôle post-thérapeutique si le mouvement intervient moins de douze semaines après la fin du traitement.

La commission n'a pas observé de difficultés notables s'agissant des cas de transfert vers un autre établissement pénitentiaire. Si des problèmes de délai de transmission du dossier médical entre établissements sont parfois signalés, la boîte de médicaments en cours est généralement remise à la personne détenue ou à l'escorte, évitant ainsi les ruptures de prise. Certaines USMP ont en outre pour pratique d'informer l'USMP de l'établissement de destination en amont du transfert.

Les cas de personnes détenues libérées en cours de traitement semblent assez peu fréquents, au regard des informations recueillies auprès des USMP rencontrées et de l'enquête conduite auprès des PUI. Les délais dans lesquels les USMP sont prévenues de la libération prochaine d'une personne détenue sont déterminants pour leur capacité à assurer correctement la continuité thérapeutique. Les équipes déplorent être souvent informées trop tardivement. Ces situations peuvent résulter de déficiences dans l'organisation de la communication au sein de l'établissement entre l'administration pénitentiaire, plus particulièrement le greffe, et l'USMP. Mais les principales causes sont externes, liées au mode de fonctionnement de l'institution judiciaire concernant certaines décisions (libération de prévenus, gestion du système de calcul de remise de peine). Les sorties insuffisamment ou non préparées posent au demeurant un ensemble de difficultés qui vont au-delà de la seule question de la continuité du traitement par AAD. Ces enjeux sont abordés de manière globale en III.4.

De manière générale, les USMP et/ou les PUI sont organisées de manière à pouvoir remettre la boîte de traitement mensuel en cours à la personne sortante, ainsi qu'une ordonnance de renouvellement si la durée du traitement restante le nécessite. Lorsque le délai est insuffisant pour permettre l'établissement de cette ordonnance, les USMP s'efforcent d'organiser sa transmission à la personne en milieu ouvert, soit à son domicile, soit à son médecin traitant, soit à une structure d'accompagnement qui la suit. Si ces possibilités font défaut, ce qui peut être le cas pour des personnes sans domicile ni contacts préalables avec des structures sanitaires ou médico-sociales, les USMP fournissent généralement les coordonnées d'un service spécialisé et incitent la personne à prendre contact une fois en milieu ouvert pour consulter.

Si dans la majorité des cas les traitements par AAD, du fait de leur brièveté, sont conduits à leur terme au cours de la détention, il est en revanche assez fréquent que des personnes soient libérées au cours de la période de douze semaines séparant la fin du traitement du contrôle de la charge virale. Les USMP s'efforcent de munir les personnes sortantes d'une ordonnance pour réaliser le contrôle en milieu libre, mais ne disposent d'aucune information sur la réalisation du contrôle, ni sur son résultat.

Au-delà des enjeux de poursuite, de bon achèvement et contrôle du succès du traitement par AAD, l'organisation du suivi est plus complexe pour les personnes dont la maladie hépatique nécessite un suivi spécialisé régulier et une éducation à la santé. Quand la sortie est connue de manière suffisamment anticipée, le lien avec un service spécialisé à proximité du lieu de résidence la personne peut être établi et parfois une consultation programmée. À défaut, l'USMP se limite là aussi à fournir à la personne les coordonnées d'un service spécialisé auquel s'adresser.

La problématique de la continuité du suivi est analogue concernant la prise en charge des addictions et la prévention des conduites à risques, que les USMP ont encore moins la capacité d'organiser, alors que la poursuite ou la reprise de comportements à risque en milieu ouvert expose au risque de réinfection.⁸⁵

2.3. L'approche quantitative confirme un taux correct d'accès au traitement par AAD une fois que les personnes ont été dépistées

À défaut de disposer de données nationales permettant de connaître le nombre de traitements par les AAD initiés en milieu pénitentiaire et d'en apprécier évolution, la commission s'est efforcée de recueillir cette

⁸⁵ « Comme l'indiquait déjà le collège de la HAS en juin 2014, l'élargissement des indications des AAD et l'utilisation de ces traitements comme outil de prévention ne peuvent être la seule stratégie à considérer pour réduire la prévalence de l'hépatite C en France » - Prise en charge de l'hépatite C par les médicaments antiviraux d'action directe (AAD) - Élargissement du périmètre de remboursement, Haute Autorité de santé, décembre 2016

III. Observations sur l'organisation et la mise en œuvre du parcours VHC en détention

information par ses propres moyens à l'échelon des trois régions qu'elle a visitées, qui comptent au total 38 % de la population détenue en France. En combinant les données ainsi collectées et celles précédemment obtenues en matière de dépistage, une représentation en cascade de l'accès des personnes détenues infectées par le VHC au traitement par AAD dans ces trois régions a pu être proposée.

2.3.1. Un nombre de traitements par AAD initiés globalement en hausse mais des tendances très différentes dans les trois régions visitées

La commission a identifié que les PUI, notamment du fait de la prise en charge des AAD en rétrocession, disposent des données nécessaires pour tracer et décompter chaque traitement initié, et distinguer ceux qui ont été dispensés par l'intermédiaire de l'USMP. L'enquête conduite auprès des PUI a ainsi permis d'établir le nombre de traitements délivrés, pour chacune des années 2016 à 2018, dans 37 des 43 établissements que comptent au total les trois régions.

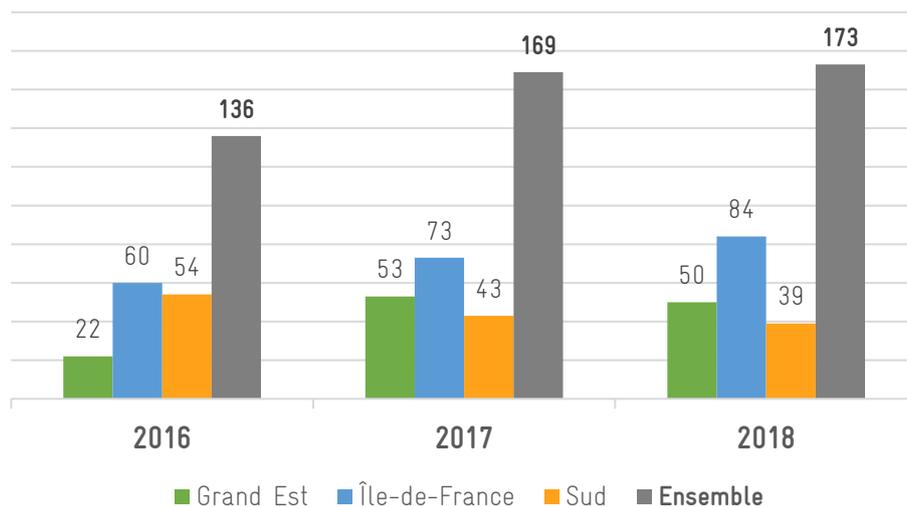
Le graphique présenté dans l'**Encadré 9** montre que le nombre total de traitements initiés dans les trois régions a augmenté, essentiellement entre 2016 et 2017. Toutefois, les profils d'évolution sont très différents d'une région à l'autre : un faible nombre de traitements en région Grand Est en 2016, mais plus que doublé en 2017 et qui ne progresse plus en 2018, à l'inverse de la région Sud où le nombre de traitement est comparativement élevé en 2016, mais décroît les deux années suivantes. L'Île-de-France présente quant à elle une montée en charge régulière sur les trois années.

Il apparaît difficile, sans recul supplémentaire, d'interpréter ces évolutions et les différences de tendance entre les régions. Il peut s'agir de décalages dans le temps, suggérant une dynamique de déploiement de la prise en charge par les traitements par AAD en milieu pénitentiaire plus précoce en région Sud que dans les deux autres, mais cela demeure hypothétique.

Encadré 9

Nombre de traitements par AAD dispensés dans les établissements pénitentiaires des régions Grand Est, Île-de-France et Sud (2016-2018)

(Enquête CNS auprès des PUI, données pour 37 USMP rattachées à 29 PUI, traitements rapportés à l'année de leur initiation)



Concernant la baisse du nombre de traitements en région Sud après 2016, ou sa stagnation en 2018 en région Grand Est, la commission relève que plusieurs équipes disent avoir constaté un certain « épuisement du vivier » de personnes à traiter au sein de leur file active, lié au fait qu'une partie des personnes détenues les plus à risque vis-à-vis du VHC, généralement usagères de drogues et bien identifiées comme telles, forment un groupe relativement stable de personnes périodiquement réincarcérées, pour des peines généralement courtes. Cela suggère qu'une majorité de ces personnes ont eu l'occasion, sur une période de temps relativement courte, d'être prises en charge, traitées et guéries, et qu'elles sont peu nombreuses à se réinfecter ensuite. Les traitements auraient ainsi d'ores et déjà permis d'obtenir une baisse de la prévalence et de l'incidence du VHC dans ce groupe de population.

III. Observations sur l'organisation et la mise en œuvre du parcours VHC en détention

Sans être au demeurant contradictoire avec cette interprétation favorable, la commission considère cependant que la faiblesse des taux de dépistage constatée par ailleurs invite à s'interroger sur la capacité des USMP à détecter les personnes infectées au-delà de ce profil de personnes bien identifié.

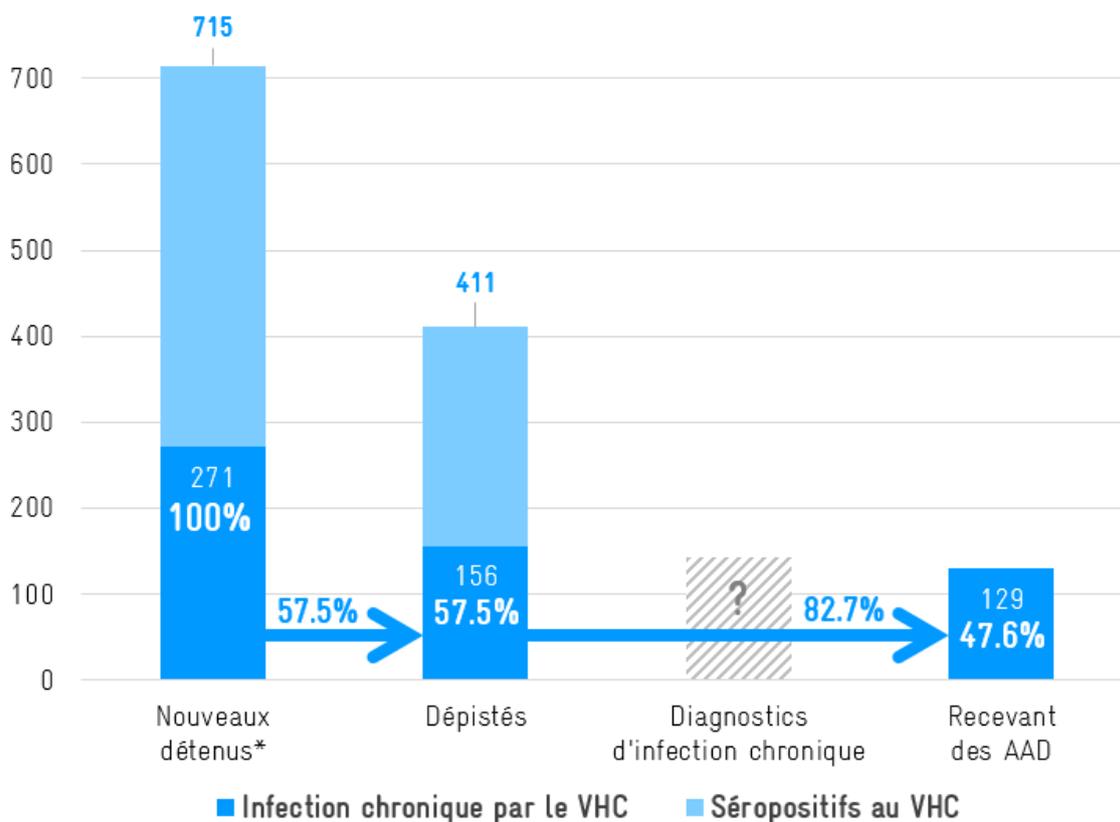
2.3.2. Une fois dépistées, plus de huit personnes détenues éligibles au traitement sur dix y accèdent effectivement au cours de leur détention

La commission a tenté d'estimer, au travers d'une représentation en cascade (Cf. Encadré 10), dans quelle proportion les personnes estimées porteuses d'une infection active par le VHC lors de leur entrée en prison accèdent effectivement à un traitement par AAD au cours de leur détention.

La cascade a été élaborée à partir des données cumulées correspondant à 30 des 43 établissements pénitentiaires des trois régions visitées, pour l'année 2017. Les estimations de séroprévalence et de prévalence des infections actives utilisées sont issues de la littérature.⁸⁶ La méthodologie employée est décrite en détail dans l'Annexe 1.

Encadré 10

Cascade de l'accès aux traitements par AAD des personnes entrées en détention en 2017 dans les EP des régions Grand Est, Île-de-France et Sud
(données pour 30 USMP rattachées à 23 PUI)



* Séroprévalence du VHC et prévalence de l'infection chronique au VHC parmi les personnes détenues, estimées en 2017 à 2,9% et 1,1%, respectivement.

⁸⁶ Remy AJ, Canva V, Chaffraix F, Hadey C, Harcouet L, Terrail N, *et al.* Amélioration de la prise en charge de l'hépatite C en milieu carcéral en France, état des lieux 2017 : moins de patients mais plus de traitements qu'en 2015. *A paraître, communication des auteurs au CNS* ; Izquierdo L, Mellon G, Buchaillet C, Fac C, Soutière M-P, Pallier C, *et al.* (2019) Prevalence of hepatitis E virus and reassessment of HIV and other hepatitis virus seroprevalences among French prison inmates. *PLoS ONE* 14(6): e0218482. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218482>

III. Observations sur l'organisation et la mise en œuvre du parcours VHC en détention

La cascade montre que parmi les personnes dont on estime qu'elles sont porteuses d'une infection par le VHC active lors de leur entrée en détention, moins d'une sur deux (47,6 %) débute un traitement par AAD durant son incarcération. L'insuffisance du dépistage constitue de loin le principal obstacle. Une fois dépistées, en revanche, plus de huit personnes détenues éligibles au traitement par AAD sur dix (82,7 %) y accèdent.

La commission insiste sur le fait que ces résultats, établis à partir de données très imparfaites et dans seulement trois régions, ne valent pas tant pour les valeurs précises qu'ils indiquent, que pour les ordres de grandeur et la structure de la cascade qu'ils mettent en évidence, à savoir l'impact absolument majeur du déficit de dépistage.

Deux observations supplémentaires confortent ce constat. D'une part, l'estimation du taux de dépistage à l'entrée en détention utilisée dans le calcul est, en raison de limites méthodologiques exposées plus haut (Cf. III.1.2.2.2. et Encadré 6), très probablement surestimée. D'autre part, le taux de dépistage dans les trois régions prises en compte dans l'étude (57,5 %) s'avère sensiblement plus élevé qu'au plan national (52 %). Il est par conséquent probable que le taux d'accès au traitement par AAD soit encore moins favorable au plan national que dans l'étude sur trois régions.

Les données disponibles ne permettent pas d'établir une cascade complète, dans la mesure où l'étape de la confirmation du diagnostic d'infection active ne peut être distinguée. Néanmoins, la proportion de plus de 80 % de personnes qui accèdent au traitement dans la mesure où elles ont été dépistées conforte les observations de la commission selon lesquelles, en cas de dépistage positif au VHC, les étapes de la prise en charge sont assurées dans la grande majorité des cas.

Pour autant, la proportion de 15 à 20 % de personnes dépistées et éligibles au traitement qui n'y accèdent pas n'est pas négligeable et d'autant moins satisfaisante que, selon toute vraisemblance, elle correspond pour l'essentiel à des libérations intervenues soit avant la confirmation du diagnostic, soit avant que le traitement n'ait été mis en place. Ce résultat objective ainsi l'importance de réduire au maximum les délais à toutes les étapes du parcours.

3. L'OFFRE DE PRÉVENTION ET DE RÉDUCTION DES RISQUES EN MILIEU CARCÉRAL DEMEURE INFÉRIEURE À L'OFFRE EN MILIEU OUVERT ET INSUFFISAMMENT ACCESSIBLE

Bien que l'on dispose de peu de données concernant les cas de réinfection par le VHC, il convient de rappeler que si les AAD permettent de guérir la maladie, ils n'offrent aucune protection contre la réinfection en cas de nouvelle exposition au VHC. En ce sens, les actions de prévention, d'éducation à la santé (3.1.) et surtout de RdRD (3.2.) ou RdRS (3.3.), constituent un enjeu majeur pour l'élimination de l'épidémie. En la matière, l'offre en milieu pénitentiaire demeure très inférieure à celle disponible en milieu libre.

3.1. L'information et la promotion de la santé concernant la prévention des risques infectieux est peu développée en milieu pénitentiaire

En vertu de l'article R.6111-33 du code de la santé publique, la coordination des actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans les établissements pénitentiaires incombe à l'USMP. Le même article précise qu'un programme doit être élaboré en accord avec l'établissement pénitentiaire, les préfets de région et de département et le président du conseil départemental pour les actions et services, dont sont respectivement responsables l'État et le département. Les organismes d'assurance-maladie ainsi que les autres collectivités et associations concernées sont associés au programme. Il fait également l'objet d'un avis du directeur général de l'ARS.

Si l'unité sanitaire a pour mission de coordonner les actions de prévention et d'éducation pour la santé, celles-ci ont vocation à être conçues et réalisées de façon partenariale. Le *Guide méthodologique* rappelle en ce sens que les mesures de prévention et de promotion de la santé agissent sur plusieurs niveaux de déterminants de la santé et sont basées « sur une approche pluridisciplinaire et intersectorielle et ne se limitant pas à l'intervention des seuls professionnels de la santé »⁸⁷. Prévention et promotion de la santé doivent être partie intégrante du projet de l'établissement pénitentiaire, lequel « a par ailleurs toute latitude pour engager ou impulser des actions complémentaires et/ou novatrices, en collaboration avec les partenaires de son choix et l'administration pénitentiaire ».⁸⁸

La commission n'a pu que constater un écart considérable entre ce que prévoit ou encourage ce cadre d'action à la fois ambitieux et ouvert, et les réalités observées dans la plupart des établissements.

⁸⁷ *Guide méthodologique*, p. 388.

⁸⁸ *Ibid.*, p. 393.

III. Observations sur l'organisation et la mise en œuvre du parcours VHC en détention

3.1.1. Les supports d'information en prévention sont souvent peu adaptés au public pénitentiaire et inégalement mis à disposition

Dans les établissements pénitentiaires visités, des documents d'information sur les risques infectieux, les modes de transmission et leur prévention sont généralement mis à disposition dans les USMP, soit sur un présentoir dans le couloir, soit dans les bureaux ou salles de consultation. Néanmoins, cette documentation s'avère souvent hétéroclite, incomplète, parfois obsolète, et réassortie de façon aléatoire. Sans être représentatif, l'exemple d'un établissement dans lequel la commission a constaté que l'unique support d'information sur l'infection par le VIH était une brochure intitulée « Le sida et nous », éditée vers 1997 par le Comité français d'éducation pour la santé (CFES), n'en est pas moins significatif de l'absence ou de la perte de mobilisation observée dans certaines unités sanitaires autour de ces enjeux de prévention.

Plus fondamentalement, les documents d'information disponibles apparaissent peu accessibles et peu adaptés aux personnes détenues en situation d'illettrisme, ou éprouvant des difficultés de langue et plus largement de littératie. Certaines équipes soignantes en sont conscientes et font part de leur difficulté à trouver des supports adaptés, sans pour autant envisager de produire de tels supports en collaboration avec des partenaires intervenant dans l'établissement.

Certains projets innovants, notamment conduits en partenariat avec des associations et/ou certains Corevih, ont pourtant permis localement de produire des supports adaptés, conçus par et pour des personnes détenues. A titre d'exemple, la plaquette d'information « VIH/sida - hépatites - réduisons les risques » figurant dans l'[Encadré 11](#) a été produite dans le cadre d'un projet global de promotion de la RdRD ainsi que de RdRS conduit à compter de 2012 au centre de détention d'Oermingen par le Corevih Alsace⁸⁹, en lien avec l'USMP, le personnel pénitentiaire, les personnes détenues, ainsi que d'autres partenaires extérieurs (association AIDES, graphiste...). Dans cet exemple, le portage par le Corevih a permis d'assurer une diffusion de cette plaquette à l'échelon régional (désormais étendu à l'ensemble la nouvelle région Grand Est), au sens où le Corevih en finance l'édition et la propose à l'ensemble des établissements pénitentiaires. Les établissements restent toutefois libres de les diffuser ou non, et de fixer les modalités de distribution (en libre-service à l'unité sanitaire, dans les kits arrivant, via l'intervention de partenaires).⁹⁰ La commission n'a ainsi pas constaté la présence de ces plaquettes, du moins en évidence, dans plusieurs des établissements visités dans la région. Il convient également de souligner que l'expérience conduite au centre de détention d'Oermingen reste exceptionnelle dans le paysage pénitentiaire. Si d'autres productions de supports d'information co-construits avec les personnes détenues ont pu être ponctuellement réalisées ailleurs dans le cadre d'actions notamment associatives, celles-ci n'ont généralement pas bénéficié d'un soutien ampleur. Les supports produits demeurent ainsi peu diffusés à une échelle régionale et encore moins nationale, faute de canaux organisés de promotion et de mutualisation.

Enfin, dans la mesure où les documents d'information et de prévention ne sont en règle générale proposés qu'à l'USMP, seules les personnes se rendant à l'USMP au motif d'une consultation médicale peuvent y accéder. Les personnes détenues se considérant « en bonne santé » ne se rendent que peu ou pas à l'USMP et n'ont donc aucun moyen d'accéder à des supports d'information et de prévention quels qu'ils soient. Cette situation ne semble guère soulever d'interrogations ni de la part des équipes soignantes, ni de l'administration pénitentiaire. Les interventions associatives sont les seuls exemples rencontrés de diffusion de documents d'information hors de l'espace de l'USMP, mais celles-ci sont ponctuelles et n'existent que dans une minorité d'établissements. Dans ce domaine également, la commission n'a pu que constater le manque de pérennisation et de mutualisation d'expériences positives.

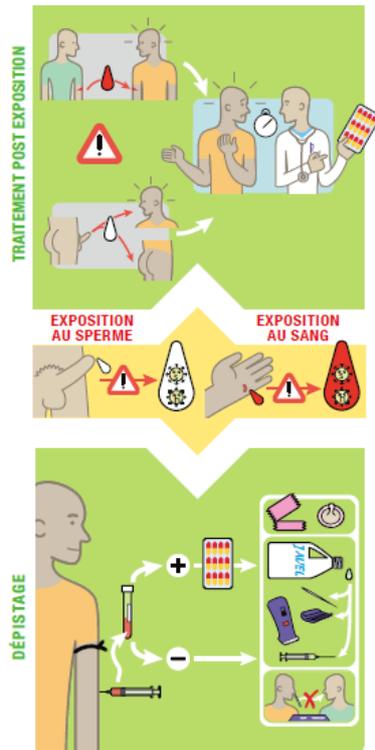
⁸⁹ Sur les conditions de mise en place de ce projet, voir également la note figurant en [III.3.2.5.5](#).

⁹⁰ Le Corevih Grand Est indique également utiliser et distribuer ce support d'information en direction des personnels pénitentiaires qui participent à des journées de formation à la RdRD qu'il organise.

Encadré 11

Exemple de plaquette d'information sur la RdRD et la RdRS
élaborée dans le cadre d'ateliers avec des personnes détenues

(Projet conduit par le Corevih Alsace avec le centre de détention d'Oermingen, 2012-2015)



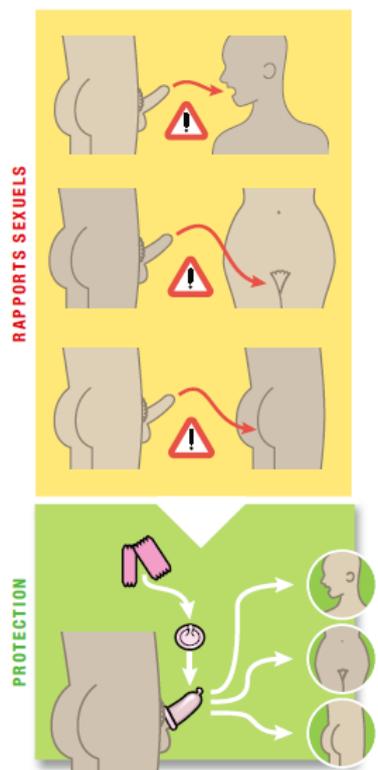
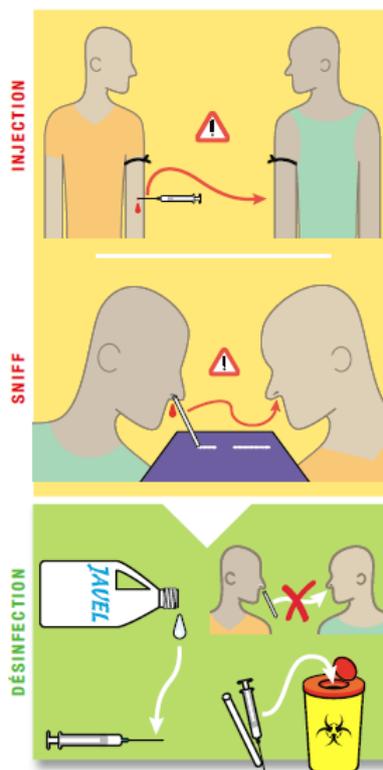
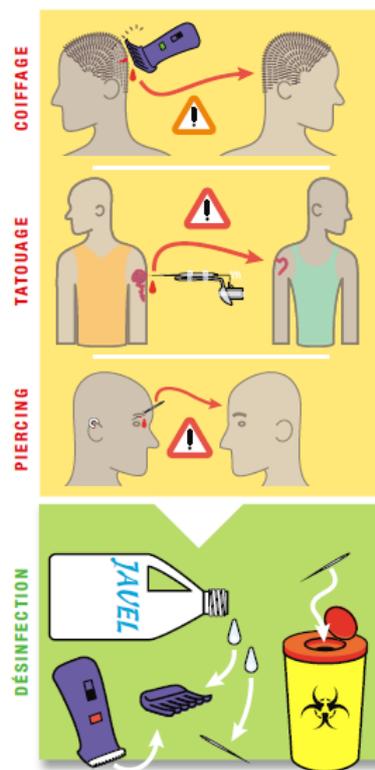
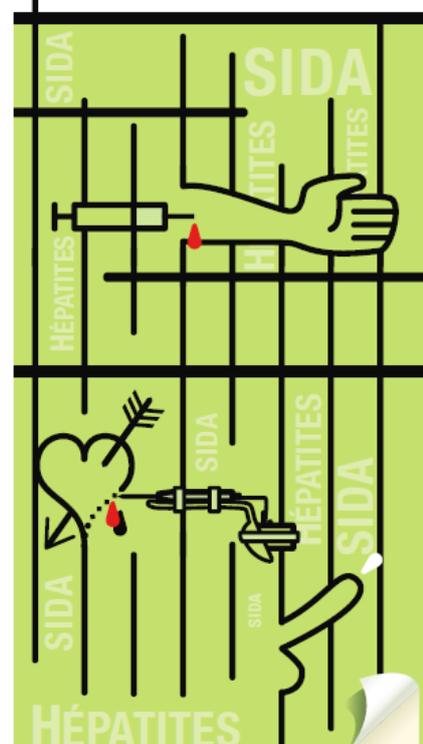
L'équipe de l'unité sanitaire
(médecins, psychiatre,
infirmières, psychologues)
est à votre disposition
pour en parler
en toute confidentialité.

Plaquette élaborée par le COREVIH
Avec la participation des détenus et de l'unité sanitaire
du Centre de détention d'OERMINGEN
Illustrations : Didier EBERLE



www.corevih-alsace.fr

VIH - SIDA / HÉPATITES
Réduisons les risques



III. Observations sur l'organisation et la mise en œuvre du parcours VHC en détention

3.1.2. Les actions d'éducation pour la santé et de prévention des risques infectieux en milieu pénitentiaire sont réduites à la portion congrue

L'éducation à la santé a pour objectif de former le patient afin qu'il acquière des compétences et des moyens de promouvoir sa santé et celle de son entourage.

L'arrivée des AAD a transformé la prise en charge des personnes infectées par le VHC en permettant une guérison rapide. Ce changement de paradigme demeure peu connu du public des personnes détenues, dont le niveau de connaissances sur l'infection par le VHC est souvent très faible, et dont la perception de la maladie reste empreinte des représentations très négatives attachées aux traitements antiviraux d'ancienne génération. Des actions visant à favoriser l'appropriation par les personnes détenues d'une information actualisée sur l'infection par le VHC sont donc indispensables. Outre renforcer la connaissance des modes de transmission du VHC et les moyens de prévention et de réduction des risques, l'enjeu de ces actions est d'informer sur les risques de la maladie hépatique et ses complications quand l'infection n'est pas traitée, et de faire comprendre l'intérêt du dépistage et des nouveaux traitements.

Cette nécessité de renouveler l'approche de la prévention du VHC et de consentir un effort particulier de promotion de la santé sur ce thème n'a jusqu'ici pas été véritablement perçue dans la plupart des unités sanitaires, dans un contexte où les actions d'éducation à la santé et la prévention représentent une part très marginale dans l'activité des personnels soignants, essentiellement faute de temps, mais également d'information ou de formation. La commission a pu en outre constater que les actions concernant les risques infectieux sont peu priorisées en regard d'autres enjeux de prévention. Une partie des personnels soignants exprime parfois des réticences en ce qu'elles impliquent d'aborder la sexualité ou les consommations de substances prohibées, laissant l'approche de ces questions à l'initiative des personnes détenues.

Le recours à des intervenants extérieurs spécialisés, notamment associatifs, représente un apport pertinent, cependant fortement limité par différents facteurs. Des associations interviennent parfois en quartier arrivant et distribuent des documents d'information, mais leurs interventions ne touchent qu'une très faible proportion de personnes détenues et demeurent largement dépendantes du bon vouloir des directions d'établissement. Les autres acteurs susceptibles de contribuer à l'éducation à la santé et à la prévention, qu'il s'agisse d'acteurs du champ pénitentiaire, social ou médico-social, ne sont pas ou peu investis, faute de sensibilisation, de formation et de moyens.

3.2. L'offre de RdRD en détention demeure incomplète, inégalement déployée et peu accessible

L'usage de drogues injectables demeure le principal mode de transmission du VHC. Les pratiques d'inhalation (« sniff ») sont également porteuses d'un risque. Selon des données de 2017, 64 % de la population d'injecteurs de drogues est séropositive au VHC.⁹¹ Quoique difficiles à mesurer, les pratiques d'injections et/ou d'inhalation sont une réalité en milieu pénitentiaire. La RdRD demeure le pivot de la prévention du risque d'infection comme du risque de réinfection. Dans ce contexte, l'absence d'accès effectif à certains outils essentiels de RdRD apparaît incohérente avec une politique de santé publique, et notamment avec l'objectif d'élimination de l'épidémie de VHC.

3.2.1. L'usage de drogues en détention est une réalité reconnue par tous les acteurs mais les pratiques de consommation et la population concernée sont mal documentées

La circulation de drogues en prison est constatée par l'ensemble des personnels soignants et pénitentiaires, et fait l'objet d'appréciations non dénuées d'ambivalence de la part de l'administration pénitentiaire. La lutte contre les consommations prohibées et les trafics qu'elles génèrent demeure très fermement affirmée, et se traduit par des sanctions disciplinaires systématiques en cas d'infraction constatée. En même temps, un certain pragmatisme prévaut s'agissant de réduire les tensions de la vie carcérale, conduisant à une forme tacite de tolérance qui peut se résumer par une formule entendue d'un directeur d'établissement : « *pas vu, pas pris, tout le monde connaît la règle* ». Une enquête qualitative récemment conduite sous l'égide de l'OFDT sur le marché des substances psychoactives en milieu carcéral et les mécanismes d'échanges et de circulation de ces substances au sein des établissements apporte un éclairage précis et actualisé sur la réalité de ces phénomènes et la réponse de l'institution.⁹²

⁹¹ OFDT – « Les infections à VHC restent actuellement à des niveaux de prévalence particulièrement élevés, atteignant les deux tiers des usagers de drogues ayant déjà eu recours à l'injection en 2011. Il faut néanmoins souligner que la prévalence biologique du VHC apparaît en baisse par rapport à 2004 chez les UDVI (64 % vs 74 %) ». <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/evolution-de-la-prevalence-de-linfection-par-le-virus-de-lhepatite-c-chez-les-usagers-de-drogues-par-voie-injectable>

⁹² Protais C, Jauffret-Roustide M, *Circulation et échanges de substances psychoactives en milieu carcéral : Résultats de l'enquête Circé sur la question du marché des drogues en prison. Rapport final à destination de la direction de l'administration pénitentiaire du ministère de la justice*. OFDT, avril 2019.

III. Observations sur l'organisation et la mise en œuvre du parcours VHC en détention

Pendant que l'usage de cannabis sous ses différentes formes apparaît très répandu, voire banalisé, un consensus existe entre personnels de l'administration pénitentiaire et personnels soignants pour estimer que les pratiques d'injection ne concernent qu'une faible minorité de personnes détenues. Cependant tous les aspects du contexte carcéral concourent à rendre les pratiques de consommation, et tout particulièrement par injection ou inhalation, des actes soigneusement dissimulés, ce qui rend particulièrement difficile d'en prendre la mesure réelle.

Les personnels de l'administration pénitentiaire indiquent majoritairement que les saisies de seringues, artisanales ou non, sont rares. La plupart des personnels soignants considèrent pour leur part que les personnes détenues poursuivant des pratiques d'injection durant leur détention s'abstiennent autant que possible de leur en parler, et reconnaissent qu'eux-mêmes évitent généralement de poser des questions, y compris face à des signes cliniques évocateurs, estimant le sujet tabou. Or même rares, les pratiques d'injection n'en représentent pas moins un enjeu majeur pour la prévention des risques infectieux en détention, et notamment de la transmission du VHC. Les mêmes constats valent pour les pratiques d'inhalation, tout aussi invisibles, et qui semblent faire l'objet d'une attention encore moindre.

Peu de données sont disponibles concernant l'usage de drogue injectable en milieu pénitentiaire et celles-ci sont anciennes⁹³. Selon des données déjà mentionnées plus haut, une enquête nationale conduite en 2004 chez des usagers de drogues fréquentant des structures médico-sociales spécialisées de prise en charge des addictions montrait que parmi ceux qui avaient connu une expérience d'incarcération, 12 % indiquaient avoir eu recours à l'injection en détention, et pour 30 % d'entre eux avoir partagé leur matériel d'injection dans ce contexte.⁹⁴ Une autre étude indique qu'en 2010, 18 % des équipes des unités sanitaires déclaraient avoir eu connaissance de découvertes de seringues usagées dans leur établissement⁹⁵. Parmi les personnes détenues infectées par le VHC, il était estimé à la même époque que dans 70 % des cas la transmission du virus résultait de l'usage de drogue⁹⁶. Le taux de personnes bénéficiant d'un traitement de substitution aux opiacés était alors estimé à 9 % de la population carcérale.⁹⁷

Faute d'enquêtes spécifiques récentes, il est donc impossible de disposer d'une connaissance fine et actualisée des pratiques de consommation et de l'exposition aux risques infectieux de la population clé que représentent les personnes détenues injectrices de drogues.

3.2.2. La commission s'est également interrogée sur l'émergence de pratiques d'injection de produits anabolisants en lien avec la pratique intensive du sport, sans toutefois pouvoir conclure

Différents interlocuteurs de la commission ont attiré son attention sur le fait que le développement dans le milieu pénitentiaire masculin de pratiques sportives extrêmement intensives de musculation pouvait s'accompagner de consommations de produits anabolisants, possiblement sous des formes injectables. La commission n'est cependant pas parvenue à objectiver cette alerte concernant un potentiel risque émergent. Les personnels sanitaires et pénitentiaires rencontrés, y compris quelques moniteurs sportifs, confirment observer des personnes détenues dont la prise de masse musculaire rapide évoque l'usage d'anabolisants. Toutefois, aucun de ces professionnels n'était en mesure de rapporter une observation ou un témoignage direct attestant de pratiques d'injection de ces produits, la question n'étant jamais abordée avec les personnes concernées.

La commission n'en conclut pas que ces pratiques n'existent pas et estime qu'une grande vigilance est nécessaire. En effet, si elles existent, celles-ci sont certainement extrêmement discrètes et concernent une population *a priori* « en bonne santé » ou qui s'estime telle. Elle est par conséquent peu demandeuse de soins et a peu de chances d'être repérée comme à risque par les professionnels de santé, au regard de son profil très différent de celui des usagers de drogues injecteurs. C'est, pour les mêmes raisons, une population qui échappe très largement aux actions d'information et de prévention dispensées par l'USMP ou les partenaires associatifs, ne se reconnaissant sans doute pas comme des personnes à risques d'infection par le VHC ou le VIH.

⁹³ Pour une synthèse des données d'études antérieures à 2010, voir Michel, L., Carrieri, M. & Wodak, A. Harm reduction and equity of access to care for French prisoners: a review. *Harm Reduct J* 5, 17 (2008). <https://doi.org/10.1186/1477-7517-5-17>

⁹⁴ Jauffret-Roustide M et al. *Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot*, 2004, *op.cit.*

⁹⁵ Direction générale de la santé, Enquête PREVACAR – Volet offre de soins VIH, hépatites et traitements de substitution en milieu carcéral : Rapport, p.35. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Enquete_PREVACAR_-_Volet_offre_de_soins_-_VIH_hepatites_et_traitements_de_substitution_en_milieu_carceral_octobre_2011.pdf

⁹⁶ Chiron E, Jauffret-Roustide M, Le Strat Y, Chemlal K, Valantin MA, Serre P, *et al* ; et le groupe Prévacar. Prévalence de l'infection par le VIH et le virus de l'hépatite C chez les personnes détenues en France. Résultats de l'enquête Prévacar 2010. *Bull. Epidémiol Hebd.* 2013;(35-36):445-50

⁹⁷ Michel L, Jauffret-Roustide M, Blanche J, et al. Limited access to HIV prevention in French prisons (ANRS PRI2DE): implications for public health and drug policy. *Op.it.*

III. Observations sur l'organisation et la mise en œuvre du parcours VHC en détention

3.2.3. La prise en charge des addictions en milieu pénitentiaire repose sur des schémas d'organisation très variables selon les établissements

La prise en charge des personnes détenues présentant une addiction relève, outre de l'unité sanitaire, de plusieurs acteurs spécialisés, principalement des services hospitaliers d'addictologie et/ou le CSAPA⁹⁸ référent pour l'établissement pénitentiaire, plus rarement un CAARUD⁹⁹ partenaire.

L'intervention de ces différents acteurs doit être envisagée et coordonnée en fonction des besoins du patient, mais aussi, principalement, des ressources localement disponibles en milieu ouvert. Or celles-ci sont très inégales sur le territoire, induisant des modes d'organisation et des conditions de prise en charge différentes selon les établissements. L'unité sanitaire, qui réalise la visite médicale d'entrée, est généralement en première ligne pour repérer et orienter les arrivants vers une prise en charge spécialisée en addictologie, et pour assurer la coordination du parcours global de santé au cours de la détention.

La collaboration entre les unités sanitaires et les autres services et professionnels de santé susceptibles de concourir à la prise en charge des addictions s'avère parfois complexe, pour des raisons à la fois institutionnelles – notamment quand les services concernés dépendent d'établissements de rattachement différents –, de différences culturelles et professionnelles en matière de prise en charge des addictions, ou encore de difficultés de communication liées aussi bien à des conditions d'exercice souvent dégradées qu'à des facteurs interpersonnels.

Les CSAPA représentent un partenaire clé pour la prise en charge spécialisée notamment au regard du relais en milieu ouvert qu'ils constituent à l'issue de la détention. Chaque établissement dispose d'un CSAPA référent, mais les capacités d'intervention de ces structures au sein de l'établissement sont très différentes. Seize établissements de grande taille, couvrant un quart de la population pénitentiaire, sont dotés d'un CSAPA en propre, intégré à un SMPR. Les autres établissements s'appuient sur un partenariat avec un CSAPA externe de proximité, soit que l'hôpital de rattachement de l'unité sanitaire dispose d'une telle structure, soit qu'il s'agisse d'un opérateur associatif. La fréquence de la présence de professionnels du CSAPA dans l'établissement pénitentiaire apparaît ainsi très variable en fonction de la taille de l'établissement comme de celle de la structure, ainsi que de l'éventuel éloignement géographique, pour ce qui est des établissements situés en zone rurale ou très peu denses.

L'intervention d'un CAARUD au sein des établissements pénitentiaires reste rare alors que l'intérêt de tels partenariats, dans les quelques exemples observés par la commission, lui est apparu particulièrement probants (Cf. III.3.2.5.4.). Cette situation résulte à la fois d'un manque d'opérateurs en capacité d'assumer une activité en milieu pénitentiaire, mais surtout d'une absence de volonté de favoriser le développement ce type de partenariat à différents niveaux. Aucune politique n'est définie en ce sens à l'échelon national. À l'échelon régional, les ARS et les DISP accompagnent favorablement les quelques partenariats existants, sans pour autant conduire d'action particulière pour soutenir la création de nouveaux dans les établissements qui n'en disposent pas. Au niveau des établissements, la plupart des unités sanitaires n'envisagent aucune initiative en la matière, tandis que les directions d'établissement se montrent parfois réservées ou défavorables, mais le plus souvent indifférentes et attentistes. Des exceptions existent, mais résultent de la conviction et de l'engagement individuels de quelques professionnels de santé comme de l'administration pénitentiaire. Ces expériences ne sont pas pérennisées au-delà de l'initiative de leurs instigateurs et l'absence de mutualisation ne permet pas leur développement.

3.2.4. L'accès aux traitements de substitution aux opiacés est globalement assuré

Le cadre légal et réglementaire issu de la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale permet d'initier et de renouveler en détention les TSO de la même façon qu'en milieu ouvert. Une circulaire datant de 2010¹⁰⁰ actualise et précise les modalités de coordination et d'organisation des acteurs de la prise en charge des addictions en détention, et souligne l'importance du repérage

⁹⁸ Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie. Les CSAPA sont des structures médico-sociales ayant pour mission l'accueil et l'information, l'évaluation et la prise en charge médicale, psychologique et sociale des personnes en situation d'addiction. Les CSAPA sont compétents pour la prise en charge de toutes les addictions, y compris au tabac, à l'alcool ou aux jeux. Il s'agit de structures médicalisées dont l'activité principale est le soin. Ils peuvent également développer une activité d'accompagnement à la RdRD et distribuer du matériel stérile, mais cette activité est marginale et une partie des structures défendent une conception du soin qui exclut cette approche.

⁹⁹ Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues. Les CAARUD sont des structures médico-sociales d'accueil de bas-seuil des usagers de produits psychoactifs. Les CAARUD sont peu ou pas médicalisés. Leur mission principale est l'éducation aux pratiques de RdRD, la distribution de matériel stérile, le travail social, l'orientation et l'accompagnement vers les dispositifs spécialisés de prise en charge des addictions (CSAPA, services d'addictologie) pour les usagers qui le souhaitent. Certaines structures opèrent conjointement un CSAPA et un CAARUD.

¹⁰⁰ Instruction N°DGS/MC2/DGOS/R4/2010/390 du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention

III. Observations sur l'organisation et la mise en œuvre du parcours VHC en détention

systématique de toute personne entrant en détention et présentant une addiction. Ce dernier aspect a été consolidé en 2016 par une inscription dans la loi.¹⁰¹ Le *guide méthodologique* consacre une fiche aux traitements de substitution aux opiacés, dont le contenu demeure succinct et renvoie le lecteur vers les recommandations du *Guide des traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral*, réactualisé et publié en 2012 dans le cadre du plan d'actions stratégiques 2010-2014 « Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice ».

Dans les établissements qu'elle a visités, la commission a pu observer un accès globalement satisfaisant aux TSO. Selon l'organisation propre de chaque établissement, l'instauration à l'entrée en détention d'un TSO, ou sa poursuite pour les personnes détenues déjà sous traitement en milieu ouvert ou en provenance d'un autre établissement pénitentiaire, est généralement assurée dans des délais corrects par un médecin soit de l'USMP, soit du SMPR ou du CSAPA.

Les difficultés évoquées plus haut de coordination entre services ou structures parties prenantes à la prise en charge des addictions se répercutent cependant sur la prise en charge par TSO dans certains établissements, au détriment de la cohérence et de la qualité de la prise en charge des patients.¹⁰²

3.2.5. En dépit des avancées législatives récentes, l'accès aux outils de réduction des risques et des dommages liés aux pratiques d'injection et d'inhalation n'est toujours pas assuré en milieu pénitentiaire

En termes de prévention des risques infectieux, la prise en charge par les TSO ne répond pas aux besoins des personnes détenues qui maintiennent – ou le cas échéant débutent ou reprennent – des pratiques d'injection et/ou d'inhalation durant leur incarcération. L'accès à du matériel d'injection stérile et usage unique au sein des EP demeure pourtant bloqué en France depuis de nombreuses années, où seule la mise à disposition d'eau de Javel est prévue. Le cadre légal a cependant évolué favorablement en 2016, mais la mise en œuvre de nouvelles dispositions n'est toujours pas effective. Des freins importants à la démarche de RdRD existent également parmi les professionnels de santé.

3.2.5.1. L'eau de Javel est actuellement le seul dispositif de réduction des risques liés à l'injection proposé en détention en France, or sa mise à disposition est peu effective

Les données de la littérature ont montré que la mise à disposition d'eau de Javel à des fins de décontamination du matériel d'injection constitue une mesure de réduction des risques infectieux dont l'efficacité est faible pour le VIH¹⁰³, et très faible en ce qui concerne le VHC¹⁰⁴. Elle demeure cependant préférable à l'absence de toute mesure, et n'est par conséquent recommandée par l'OMS que dans les contextes où l'accès à du matériel stérile n'est pas assuré.

En dépit de ces réserves majeures, la mise à disposition d'eau de Javel est l'unique outil de réduction des risques liés à l'injection disponible dans les établissements pénitentiaires français. Le *guide méthodologique* prévoit que de l'eau de Javel à 12° de chlore doit être distribuée tous les 15 jours par l'administration pénitentiaire auprès des détenus, ainsi que figurer à la liste des produits cantinables.¹⁰⁵ La commission a pu constater que dans la plupart des établissements pénitentiaires visités, les dispositions prévues par le *Guide méthodologique* entourant la mise à disposition d'eau de Javel ne sont pas mises en œuvre.

Ainsi, l'eau de Javel distribuée dans le kit arrivant présente un dosage généralement à 3° ou 4° de chlore, insuffisant pour permettre la désinfection d'objets ayant été en contact avec du sang potentiellement contaminé. Interrogée sur ce point, la direction de l'administration pénitentiaire indique que l'eau de Javel à 12° n'est plus disponible sur le marché et qu'à défaut un marché est en cours de passation pour la fourniture d'eau de Javel à 9°. Le *Guide méthodologique* devrait être prochainement révisé en ce sens. Outre la question du dosage,

¹⁰¹ Loi du 26 janvier 2016, art. 44.

¹⁰² Dans un établissement, la mission a pu constater un mode d'organisation, inscrit dans une convention entre les deux établissements hospitaliers de rattachement des services concernés, qui prévoit que la mise en place d'un traitement par Buprénorphine HD relève des médecins l'unité de soins somatiques, tandis que celui d'un traitement par méthadone revient à ceux du service en charge des soins psychiatriques, également CSAPA. Les deux services sont en situation de conflit larvé et ne communiquent qu'*a minima*. Leurs locaux se situent dans des bâtiments distincts, sans possibilité de circulation directe ni pour les détenus, ni pour les soignants. Les détails du circuit de prise en charge des détenus dans l'un et/ou l'autre des services, en outre variable en fonction de leurs horaires d'ouverture, ont échappé à la mission, d'autant plus que les deux services entretiennent chacun une vision divergente de la répartition des responsabilités de prise en charge et des tâches de soins leur incombant respectivement.

¹⁰³ *Interventions to address HIV in prisons : Needle and syringe programmes and decontamination strategies*, World Health Organization, UNODC, UNAIDS, Geneva, 2007

¹⁰⁴ Hagan H. *et al.*, *Does bleach disinfection of syringes help prevent hepatitis C virus transmission?*, *Epidemiology*, n° 14, 2003, pp. 628-629

¹⁰⁵ Circulaire DGS/DH/DAP n° 739 du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le VIH en milieu pénitentiaire.

III. Observations sur l'organisation et la mise en œuvre du parcours VHC en détention

se pose également le problème du renouvellement fréquent et régulier de l'eau de Javel au cours de la détention, produit par nature instable dont l'efficacité diminue au cours du temps.

D'autre part, alors que l'enquête PRI2DE avait estimé en 2010 que l'information entourant l'usage de l'eau de Javel en RdRD n'était pas disponible ou intelligible dans 78 % des établissements¹⁰⁶, ce constat semble perdurer. Dans les établissements visités par la commission, le conditionnement de l'eau de Javel ne comportait pas le message prévu indiquant son possible usage en RdRD.¹⁰⁷ Les unités sanitaires ne disposaient pas de supports d'information présentant le mode d'emploi à observer dans cet usage, et aucun des personnels rencontrés n'avait souvenir d'avoir délivré d'informations aux personnes détenues à ce propos. Le personnel pénitentiaire ne semble pour sa part que rarement associer l'eau de Javel aux dispositifs de réduction des risques, n'y voyant qu'un produit d'hygiène distribué aux détenus pour permettre le nettoyage des cellules¹⁰⁸.

La mise à disposition d'eau de Javel en tant que dispositif de RdRD n'apparaît ainsi portée par personne au sein des établissements. Les unités sanitaires ne se préoccupent pas d'un dispositif dont la gestion, de la fourniture à la distribution, relève entièrement de l'administration pénitentiaire. Celle-ci n'y voit pour sa part qu'une question mineure de logistique parmi d'autres, en méconnaît la dimension d'outil de RdRD et ne s'estime pas en charge de cet aspect.

3.2.5.2. L'absence des outils efficaces de RdRD dans les établissements pénitentiaires français est incohérente et anachronique

La mise en place de dispositifs ou programmes d'accès à du matériel d'injection stérile et à usage unique (kits de type Stéribox®, incluant deux seringues et le petit matériel nécessaire à l'injection) dans les établissements pénitentiaires constitue l'intervention de référence recommandée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) depuis 2007¹⁰⁹. Un corpus scientifique considérable accumulé depuis plusieurs décennies en a démontré l'efficacité, la sécurité et la faisabilité, à l'instar de plusieurs programmes dont la mise en œuvre dans différents pays comparables à la France s'est avérée probante.¹¹⁰ Entre autres exemples, le Canada est ainsi parvenu, par un ensemble cohérent d'actions de RdRD, à réduire la prévalence du VHC dans les établissements pénitentiaires de 18 % en 2014 à 7,7 % en 2016.¹¹¹

En France, pourtant, ces dispositifs font toujours défaut. En dépit du principe général d'équivalence de l'offre de santé et de prévention entre milieu fermé et milieu ouvert, inscrit dans la loi depuis 1994¹¹² et réaffirmé notamment par la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009¹¹³, une succession de blocages d'ordre politique ont conduit depuis plus de deux décennies à exclure du champ de l'action sanitaire et médico-sociale en milieu pénitentiaire, à la seule exception des TSO, les outils fondamentaux d'intervention en RdRD, alors que ceux-ci étaient dans le même temps autorisés et promus en milieu ouvert. Ainsi, les possibilités d'accès à du matériel d'injection stérile existent en milieu ouvert depuis 1987 pour ce qui est de la vente libre des seringues en pharmacie, et 1989 pour les programmes d'échange de seringues (PES). Les politiques de RdR sont inscrites dans le droit français en particulier depuis 2004¹¹⁴ et différents dispositifs de droit commun visant à leur mise œuvre ont été créés et/ou confortés à diverses reprises depuis lors, même si différentes limites à ces politiques, du fait notamment de contradictions non résolues entre l'approche sanitaire et le maintien de politiques à visée essentiellement répressive et sécuritaire, ont été régulièrement soulignées.¹¹⁵

¹⁰⁶ Michel L, Jauffret-Roustide M, Blanche J, et al. Limited access to HIV prevention in French prisons (ANRS PRI2DE): implications for public health and drug policy. *Op.it*.

¹⁰⁷ Le *guide méthodologique* prévoit que le message de prévention suivant soit accolé sur le flacon d'eau de Javel : « *Ce produit peut être utilisé pour désinfecter tout objet ayant pu être en contact avec du sang (ciseaux, rasoirs, aiguilles). Pour que la désinfection soit efficace contre les risques de transmission des virus du sida et des hépatites, renseignez-vous auprès des services médicaux sur le mode d'emploi à respecter.* », p. 263.

¹⁰⁸ Audition du CNS.

¹⁰⁹ Organisation mondiale de la Santé, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, *Interventions to Address HIV in Prisons: Needle and Syringe Programmes and Decontamination Strategies*, Evidence for Action Technical Papers, OMS, Genève, 2007.

¹¹⁰ Pour une synthèse des expériences étrangères, voir notamment : Obradovic I, *Note n°2012-04, à l'attention de la MILDT (Mission interministérielle lutte contre la drogue et la toxicomanie)*, Observatoire français des drogues et toxicomanies, 05 octobre 2012, <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxiot1.pdf>

¹¹¹ Jonathan Smith, Correctional Services Canada. *Canada Opportunities for access to services in prison and beyond*. AIDS 2018, Amsterdam, 23 July 2018, Session MOSA14, Presentation MOSA1407. <http://programme.aids2018.org/Programme/Session/1444>.

¹¹² Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.

¹¹³ L'article 46 de la loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire dispose notamment que « *La qualité et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population* ».

¹¹⁴ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

¹¹⁵ Voir entre autres : CNS, *Note valant avis sur l'impact des politiques relatives aux drogues illicites sur la réduction des risques infectieux*, 20 janvier 2011, <https://cns.sante.fr/rapports-et-avis/note-valant-avis-sur-l'impact-des-politiques-relatives-aux-drogues-illicites-sur-la-reduction-des-risques-infectieux>

III. Observations sur l'organisation et la mise en œuvre du parcours VHC en détention

Le CNS, comme d'autres instances expertes et de nombreuses organisations de la société civile avant et après lui, déplorait déjà ces blocages et les incohérences qui en découlent en matière de politique de santé dans une *Note valant avis sur l'expérimentation des programmes d'échange de seringues dans les établissements pénitentiaires* adoptée le 10 septembre 2009.¹¹⁶

La mise à disposition de matériel d'inhalation à moindre risque, sans être explicitement prohibée, n'est pas non plus autorisée. Elle est de fait très largement absente du paysage pénitentiaire, en dehors de quelques initiatives associatives qui permettent dans certains établissements la diffusion de dispositifs de « sniff » de type « Roule ta paille ». La grande majorité des personnels rencontrés ignorent même l'existence de cet outil de RdRD.

3.2.5.3. Après des années d'immobilisme, le cadre légal concernant l'accès aux dispositifs de RdRD a évolué favorablement en 2016, mais n'est toujours pas mis en œuvre

Sans répondre à l'ensemble des difficultés, la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a apporté des avancées incontestables en termes de consolidation sur le plan légal de différents aspects de la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogues, désormais désignée par le terme *réduction des risques et des dommages (RdRD)*. En conséquence de l'article 41 de la loi, l'article 3411-8 du code de la santé publique définit les objectifs de la politique de RdRD et précise le champ des actions à mettre en œuvre (Cf. Encadré 12). Il dispose en outre, dans son dernier alinéa, que la politique de RdRD « s'applique également aux personnes détenues, selon des modalités adaptées au milieu carcéral ». La définition des modalités d'application de ces différentes dispositions est renvoyée à la prise de décrets.¹¹⁷

Encadré 12

Code de la santé publique – Art. L.3411-8

(Créé par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 – art. 41)

- I. La politique de réduction des risques et des dommages en direction des usagers de drogue vise à prévenir les dommages sanitaires, psychologiques et sociaux, la transmission des infections et la mortalité par surdose liés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants.
- II. Sa mise en œuvre comprend et permet les actions visant à :
 - 1° Délivrer des informations sur les risques et les dommages associés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants ;
 - 2° Orienter les usagers de drogue vers les services sociaux et les services de soins généraux ou de soins spécialisés, afin de mettre en œuvre un parcours de santé adapté à leur situation spécifique et d'améliorer leur état de santé physique et psychique et leur insertion sociale ;
 - 3° Promouvoir et distribuer des matériels et produits de santé destinés à la réduction des risques ;
 - 4° Promouvoir et superviser les comportements, les gestes et les procédures de prévention des risques. La supervision consiste à mettre en garde les usagers contre les pratiques à risques, à les accompagner et à leur prodiguer des conseils relatifs aux modalités de consommation des substances mentionnées au I afin de prévenir ou de réduire les risques de transmission des infections et les autres complications sanitaires. Elle ne comporte aucune participation active aux gestes de consommation ;
 - 5° Participer à l'analyse, à la veille et à l'information, à destination des pouvoirs publics et des usagers, sur la composition, sur les usages en matière de transformation et de consommation et sur la dangerosité des substances consommées.
- III. L'intervenant agissant conformément à sa mission de réduction des risques et des dommages bénéficie, à ce titre, de la protection mentionnée à l'article 122-4 du code pénal.

La politique de réduction des risques et des dommages s'applique également aux personnes détenues, selon des modalités adaptées au milieu carcéral.

Quatre années après l'adoption de la loi, les dispositions concernant la mise en œuvre des actions de RdRD en milieu pénitentiaire ne sont cependant toujours pas appliquées en l'absence de parution des décrets prévus. Ce blocage perpétue une situation doublement inacceptable, d'une part en maintenant une inégalité flagrante

¹¹⁶ CNS, *Note valant avis sur l'expérimentation des programmes d'échange de seringues dans les établissements pénitentiaires*, 10 septembre 2009, <https://cns.sante.fr/rapports-et-avis/prevention/note-valant-avis-l-expérimentation-programmes-dechange-de-seringues-etablissements-penitentiaires>

¹¹⁷ Code de la santé publique, art. 3411-10.

III. Observations sur l'organisation et la mise en œuvre du parcours VHC en détention

d'accès des personnes détenues à des dispositifs de santé de droit commun, en contradiction avec l'esprit comme avec la lettre de la loi, et d'autre part du point de vue de la cohérence de l'action publique en santé.

Au regard de l'objectif de dépister, traiter et guérir le maximum de personnes infectées par le VHC, il apparaît en effet inconséquent, tout particulièrement en direction d'une population clé pour cette épidémie, de maintenir au sein des établissements pénitentiaires des conditions favorisant de manière générale la poursuite des transmissions, mais aussi la réinfection de personnes précédemment traitées et guéries.

Dans ce contexte à nouveau verrouillé, la commission constate sans surprise, et déplore, que la *feuille de route santé des personnes placées sous main de justice 2019-2022* ne prévoit aucune programmation en faveur du déploiement d'une offre de RdRD dans les établissements pénitentiaires.

Au regard du défaut d'application de la loi du 26 janvier 2016 et plus largement du retard plus que décennal accumulé en matière de RdRD en milieu pénitentiaire, la commission tient en outre à souligner qu'elle souscrit pleinement à l'analyse et aux recommandations formulées par l'IGAS dans le cadre d'un rapport qu'elle a consacré en décembre 2017 à l'accès aux outils de RdRD¹¹⁸. La commission, qui a eu accès à ce rapport dans le cadre de ses travaux, déplore de ne pouvoir faire état de son contenu en raison du caractère confidentiel de ce document, et émet le vœu qu'il soit rendu public.

3.2.5.4. La RdRD continue par ailleurs de susciter un intérêt inégal et parfois des clivages parmi les personnels sanitaires

En ce qui concerne les professionnels de santé intervenant en milieu pénitentiaire (composantes somatique et psychiatrique des USMP, SMPR, services spécialisés associés à la prise en charge des addictions, CSAPA référents), la commission a été frappée par l'hétérogénéité des connaissances, des attitudes et des pratiques professionnelles relatives à l'approche de RdRD, entre équipes de différents établissements, ou au sein d'une même équipe. Il en résulte, y compris dans le cadre limité actuel, des conditions de prise en charge et d'accompagnement des usagers maintenant des consommations pendant leur détention inégales selon les établissements.

Le constat global de la commission est celui d'une mobilisation globalement faible des professionnels autour des enjeux de la RdRD. Si l'absence d'un cadre légal et réglementaire consolidé pour mettre en œuvre des actions de RdRD constitue jusqu'à présent un frein structurel évident, force est par ailleurs de constater que la plupart des USMP et/ou leurs services partenaires, y compris de nombreux CSAPA, n'expriment pas particulièrement le souhait de s'engager dans ce champ d'activité, voire peuvent dans certains cas s'y montrer hostiles.

Le manque de temps et de moyens humains à y consacrer est un facteur important, mais également la méconnaissance de la démarche de RdRD par de nombreux professionnels de santé. De nombreux services ne comptent aucun professionnel sensibilisé et formé en leur sein ni ne disposent de partenariat avec une structure externe compétente en matière de RdRD, susceptible de constituer une ressource, de susciter l'intérêt de l'équipe et de porter une dynamique de développement d'une culture partagée de la RdRD. La démarche de RdRD demeure en outre un sujet de clivage au sein de la communauté soignante, en milieu pénitentiaire comme à l'extérieur, de sorte que certaines équipes se montrent parfois divisées entre un ou des professionnels de santé engagés et promoteurs de la démarche, et d'autres qui considèrent que la fourniture de matériel ou de conseil pour un usage de drogue à moindre risque constitue une pratique antinomique avec leur éthique et leur conception du soin.¹¹⁹

Certaines équipes ou certains professionnels se démarquent cependant fortement de ce constat d'ensemble. Ainsi, la commission a constaté dans quelques USMP la mise à disposition, sur le présentoir de brochures d'information diverses sur la santé et la prévention, de carnets de feuilles « Roule ta paille », dispositif de « sniff » à moindre risque fournis par un partenaire associatif opérateur de CAARUD. Le caractère en soi anodin du dispositif, parfois connu de la direction de l'établissement, parfois non, favorise sa diffusion discrète. Sur la base de ses propres observations et/ou d'expériences qui lui ont été rapportées concernant d'autres régions que celles qu'elle a visitées, la commission relève, de façon plus exceptionnelle, des exemples d'établissements où une coopération étroite et volontariste entre l'USMP et un CAARUD, bénéficiant d'un soutien de la direction de l'établissement, a permis de mettre en place des interventions du CAARUD dans les bâtiments de détention et de développer dans ce cadre des actions d'éducation à l'injection de type Accompagnement et éducation aux risques liés à l'injection (AERLI)¹²⁰ et de distribuer, dans certains cas, une partie des outils de consommation à moindre risque, à l'exception toutefois de seringues : filtres stériles à usage unique

¹¹⁸ Inspection générale des affaires sociales, *L'accès aux outils de réduction des risques et des dommages pour les usagers de drogues*, Rapport n°2017-029R, décembre 2017. [Document non public].

¹¹⁹ Audition du CNS.

¹²⁰ Les modalités des actions d'AERLI sont issues d'une recherche interventionnelle conduite en 2012 et 2013 sous l'égide de l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS).

III. Observations sur l'organisation et la mise en œuvre du parcours VHC en détention

(Stérifilt®), kits pour fumer ou inhaler à moindre risque la cocaïne, le crack ou l'héroïne. Ces initiatives, aux limites du cadre légal et réglementaire actuel, dépendent très fortement des personnes qui en sont promotrices et relèvent d'une tolérance locale toujours révoquable. Elles demeurent de ce fait très fragiles.

Enfin, également au travers de ses rencontres comme de témoignages rapportés en provenance d'autres régions ou établissements que ceux visités, la commission observe que certains médecins exerçant en milieu pénitentiaire prennent la responsabilité, en dépit du cadre légal et réglementaire actuel, de distribuer des seringues à des patients injecteurs au regard des risques majeurs que ceux-ci prennent en utilisant et/ou partageant des seringues de fabrication artisanale. Ces pratiques restent généralement confidentielles et relèvent de l'initiative individuelle des praticiens, même si dans quelques cas elles peuvent être connues des directions d'établissement, soit que celles-ci s'y opposent, soit qu'elles y consentent tacitement.

3.2.5.5. Les personnels pénitentiaires sont trop peu informés et parfois désinformés concernant la démarche de RdRD, favorisant des attitudes de rejet

La démarche de RdRD suscite des réactions d'incompréhension et de rejet de la part d'une majorité des personnels surveillants. L'administration pénitentiaire s'en prévaut d'ailleurs fréquemment pour justifier son opposition aux évolutions dans ce domaine.

La commission constate que ces réactions négatives s'articulent essentiellement autour, d'une part, de la perception par ces personnels d'un conflit de normes – la RdRD consisterait à aider, voire inciter les personnes détenues à faire quelque chose de prohibé – et d'autre part d'une crainte pour leur sécurité.

Elle relève que ces réactions se nourrissent largement du fait que les personnels surveillants apparaissent globalement très peu et très mal informés sur la démarche de RdRD. Faute d'information et de sensibilisation dans le cadre de la formation initiale ou continue, ils n'en connaissent souvent ni les objectifs, ni les méthodes, et n'en ont ainsi qu'une image caricaturale, favorisée notamment par la focalisation des débats sur les enjeux sécuritaires autour des seringues, et les instrumentalisation politiques ou syndicales auxquels ils donnent lieu.

Les représentants des personnels rencontrés apparaissent d'ailleurs pour une partie d'entre eux, au-delà de réactions premières très négatives, avant tout en demande d'information. Dès lors qu'on la leur fournit, certains se montrent beaucoup plus ouverts à la discussion que leurs réactions initiales, ou également le discours que le syndicat qu'il représente porte au niveau national, ne l'auraient laissé supposer. L'opposition des personnels surveillants à la RdRD doit ainsi être considérée avec nuance. Elle n'est certainement pas une donnée intangible de la culture professionnelle de ces personnels qui justifierait l'immobilisme, mais au contraire un argument pour développer dans leur direction des actions d'information et de sensibilisation, et notamment favoriser les échanges au plus près du terrain avec les acteurs de la RdRD. Des projet expérimentaux, trop rares, ont d'ailleurs fait la preuve de l'intérêt d'une telle démarche, si elle activement soutenue par la direction de l'établissement pénitentiaire.¹²¹

3.3. La commission opère des constats sévères concernant l'accès aux outils de RdRS, quand bien même l'enjeu est relativement marginal pour la prévention de la transmission du VHC

Les risques de transmission sexuelle sont marginaux en ce qui concerne spécifiquement l'infection par le VHC, mais élevés en ce qui concerne la transmission du VIH et du VHB. Ainsi, la RdRS participe d'une démarche globale de lutte contre ces trois pathologies et justifie que la commission s'y intéresse, d'autant que les contextes d'exposition sexuelle à risque sont importants dans les conditions de la détention.

3.3.1. Ni autorisée, ni interdite, la sexualité en détention demeure un sujet tabou

La sexualité existe entre les personnes détenues, consentie ou non. Elle est éminemment taboue dans un contexte où les valeurs viriles et les attitudes machistes et homophobes dominent. Elle peut prendre différentes formes et dans certains cas s'accompagner de violences. L'acte sexuel constitue parfois une monnaie d'échange, ce qui accroît la vulnérabilité des personnes, notamment usagères de drogues. Les situations de sexualité contrainte sont très difficilement dicibles et les personnes détenues qui les subissent sont rarement

¹²¹ A l'instar du projet de promotion de la RdRD conduit par le Corevih Alsace entre 2012 et 2015 avec le soutien de l'ARS et de la DISP au centre de détention d'Oermingen, qui s'inscrivait dans une véritable démarche d'amélioration de la santé en milieu pénitentiaire, fortement portée par le chef d'établissement et formalisée par la mise en place d'un projet d'établissement intitulé « Mieux Vivre Sa Détention ». Les nombreuses actions expérimentées dans ce cadre, dont l'élaboration de la plaquette d'information reproduite dans l'Encadré 11, ont associé l'USMP, le personnel pénitentiaire, les personnes détenues, ainsi que d'autres partenaires extérieurs. L'organisation de journées de sensibilisation à la RdRD à destination du personnel pénitentiaire en amont et pendant le déroulement du projet a constitué un élément essentiel pour créer les conditions de sa bonne réalisation.

III. Observations sur l'organisation et la mise en œuvre du parcours VHC en détention

en position de dénoncer les comportements dont elles sont victimes, ni par conséquent d'obtenir la protection nécessaire pour s'y soustraire, non plus qu'une prise en charge médicale et psychologique.

Dans ce contexte, où simplement se procurer un préservatif n'est pas un geste anodin, l'abord des questions de sexualité et de prévention des risques sexuels par les professionnels de santé est incontestablement complexe, *a fortiori* sans avoir bénéficié d'une formation spécifique. La plupart des professionnels rencontrés indiquent qu'ils ne prennent pas l'initiative d'aborder ces questions, soit qu'ils ne s'estiment pas en capacité de le faire, soit qu'ils ne s'estiment pas légitimes à le faire, et considèrent que leur rôle se limite à répondre aux demandes exprimées le cas échéant par la personne détenue.

La sexualité est également un enjeu dans le cadre des différentes formes de parloirs. Le maintien des liens familiaux est une condition essentielle de la réinsertion des personnes détenues, à ce titre « Les personnes détenues, quelle que soit leur catégorie pénale, peuvent recevoir des visites de la part des membres de leur famille ou d'autres personnes »¹²². Ces visites peuvent avoir lieu dans des parloirs, des parloirs familiaux (PF) ou des unités de vie familiale (UVF) pour les établissements en disposant¹²³.

Les PF et UVF sont des dispositifs permettant aux personnes détenues de recevoir des visites plus longues et sans surveillance continue et directe de l'administration pénitentiaire. Les PF sont des salons fermés voués à recevoir les visiteurs en journée pour une durée de 6 heures. Les UVF permettent « aux personnes détenues d'établir ou de rétablir une relation affective, dans des conditions d'intimité plus favorables » et pour une durée comprise entre 6 et 72 heures, « Un nécessaire de linge de maison (draps, serviettes, torchon...), de produits d'entretien et des préservatifs sont mis à la disposition de la personne détenue et de ses visiteurs au sein de l'UVF. »¹²⁴

Les PF et UVF n'existant pas dans tous les établissements pénitentiaires³³, des relations intimes peuvent avoir lieu à l'occasion des parloirs simples, bien qu'ils ne soient pas censés être le lieu de contacts sexuels et n'offrent pas d'intimité. Certains agents pénitentiaires font parfois preuve de discrétion à l'égard des personnes détenues et de leurs proches, quand d'autres vont jusqu'à sanctionner les personnes mises en cause pour offense à la pudeur¹²⁵.

3.3.2. L'accès aux outils de réduction des risques sexuels et notamment aux préservatifs est restreint

La démarche de réduction des risques sexuels apparaît faiblement portée en milieu pénitentiaire et l'offre demeure incomplète. Au-delà du préservatif, des outils aujourd'hui essentiels dans la stratégie de prévention diversifiée du VIH sont peu promus, ou pas du tout, comme l'information sur l'effet du traitement antirétroviral sur les transmissions secondaires, dit TasP¹²⁶, et pour certains demeurent très difficilement accessibles en détention, comme les prophylaxies pré-exposition (PrEP) ou post-exposition (TPE).

La prévention des risques sexuels en milieu pénitentiaire demeure ainsi limitée presque exclusivement au préservatif masculin (ou externe), or l'accès à cet outil apparaît peu effectif. Le *Guide méthodologique* prévoit que les préservatifs soient mis à disposition dans des endroits « diversifiés, de manière à garantir une confidentialité maximale (unités sanitaires, locaux associatifs, parloirs familiaux, unités de vie familiale, etc.) », mais ces modalités ne sont que très partiellement respectées.

En ce qui concerne la mise à disposition dans les USMP, celle-ci est organisée de manière disparate selon les établissements et dans des conditions inégalement favorables en termes de discrétion de l'accès, notamment par rapport aux personnels surveillants ou aux autres personnes détenues. La question d'un accès facile et anonyme aux préservatifs ne semble pas être une préoccupation. Sauf rare exception, il s'agit uniquement de préservatifs masculins, et ceux-ci ne sont pas toujours accompagnés de gel lubrifiant. Certains

¹²² Circulaire du 20 février 2012 relative au maintien des liens extérieurs des personnes détenues par les visites et l'envoi ou la réception d'objets

¹²³ Au 23 juillet 2019, 170 UVF sont en fonctionnement dans 52 établissements pénitentiaires et 124 PF dans 33 établissements pénitentiaires (dont 27 également dotés d'UVF). <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/la-vie-en-detention-10039/le-maintien-des-liens-familiaux-12006.html>.

¹²⁴ Note du 4 décembre 2014 relative aux modalités d'accès et de fonctionnement des unités de vie familiale et des parloirs familiaux, NOR : JUSK1440060N, BOMJ n°2014-12 du 31 décembre 2014. http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/JUSK1440060N.pdf

¹²⁵ « Les visites se déroulent dans un parloir qui ne doit comporter aucun dispositif de séparation. Sous réserve de ne pas imposer à la vue d'autrui des actes obscènes ou susceptibles d'offenser la pudeur (faute disciplinaire en application de l'article R. 57-7-2 du CPP), les personnes visitées doivent pouvoir, par exemple, étreindre leurs visiteurs ». Circulaire du 20 février 2012 relative au maintien des liens extérieurs des personnes détenues par les visites et l'envoi ou la réception d'objets, NOR : JUSK1140029C, BOMJL n°2012-02 du 29 février 2012. http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/02/cir_34725.pdf

¹²⁶ De l'anglais *Treatment as Prevention*. Une personne vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral efficace ne risque pas de transmettre le virus.

III. Observations sur l'organisation et la mise en œuvre du parcours VHC en détention

établissements connaissent de longues périodes de rupture de stock, sans que cela n'émeuve personne, d'autres ignorent même comment s'en procurer.

Sur ce dernier point, et alors que la fourniture de préservatifs incombe en principe à l'administration pénitentiaire, la commission a été surprise de constater dans de nombreux établissements que ni les personnels de l'administration pénitentiaire, ni les personnels sanitaires n'étaient en mesure d'identifier un circuit d'approvisionnement organisé et pérenne. La disponibilité des préservatifs dépend ainsi souvent de la mobilisation et de la capacité d'un ou de quelques professionnels de santé au sein de l'USMP à trouver au coup par coup des solutions pour se réapprovisionner. Certaines USMP sollicitent des dotations par des associations. D'autres passent des commandes à la PUI de leur établissement hospitalier de rattachement, ce qui représente un circuit d'approvisionnement stable, mais qui ne permet pas toujours de disposer de préservatifs dit « duo », associant au préservatif une dose de gel lubrifiant. Selon l'enquête réalisée par le CNS auprès des PUI des régions Grand Est, Sud et Île-de-France, ce mode d'approvisionnement concerne 16 % des USMP.

Tout comme pour les supports d'information et de prévention, la commission a d'autre part constaté que la mise à disposition de préservatifs au sein des établissements pénitentiaires demeure presque exclusivement cantonnée aux USMP, voire au bureau du médecin, ce qui en limite l'accès aux personnes qui ont un motif de consultation. Or si toute personne détenue peut demander une consultation à l'USMP, cela réclame une procédure de demande écrite et les délais pour obtenir une consultation non urgente peuvent être longs, en particulier en maison d'arrêt en raison de la surpopulation carcérale.

Pour autant, les USMP ne se sentent généralement pas concernées par l'enjeu d'une mise à disposition dans les autres lieux de détention, celle-ci dépendant de l'administration pénitentiaire.

Sur ce plan, la commission a été choquée de constater l'absence dans certains établissements de mise à disposition de préservatifs dans les locaux dédiés aux PF ou dans les UVF, que cette absence résulte d'une négligence, ou comme cela a été relevé, d'une décision assumée de la direction de l'établissement.

Pour ce qui est des locaux des parloirs simples, tout comme plus généralement les lieux de vie couramment accessibles en détention (bâtiments de détention, locaux d'activité, équipements sportifs...), les personnels surveillants et les directions d'établissement se montrent très majoritairement défavorables à une mise à disposition des préservatifs. Si l'existence de relations sexuelles lors des parloirs ainsi qu'entre personnes détenues est une réalité bien connue de l'administration pénitentiaire et d'ailleurs jugée banale, les enjeux de prévention sont inégalement perçus par les personnels, et quand ils le sont, il est souvent considéré qu'il revient aux personnes détenues d'assurer leur protection en se procurant des préservatifs à l'USMP ou en les cantinant. À l'inverse, une variété d'arguments sont invoqués pour refuser une mise à disposition plus large.

Ainsi, de nombreux agents réprouvent par principe l'idée en considérant que la présence de préservatifs constituerait une « incitation » aux relations sexuelles qu'il n'est pas du rôle de l'administration pénitentiaire d'encourager. À l'inverse, la mesure peut être jugée trop intrusive, à l'image de tel directeur d'établissement qui met en avant le strict respect de la vie privée des personnes détenues pour estimer que l'administration ne doit aucunement s'immiscer dans leurs pratiques sexuelles. D'autres agents, plus sensibles à l'enjeu de prévention, reconnaissent l'intérêt d'une telle offre dans son principe mais objectent qu'elle serait mal comprise par les personnes détenues et perçue comme une provocation ou une insulte, pouvant entraîner des réactions violentes. Certains admettent toutefois qu'une présence véritablement banalisée des préservatifs en détention lèverait cet obstacle. Un argument sécuritaire est par ailleurs fréquemment invoqué, concernant la crainte de favoriser un usage détourné des préservatifs à des fins de dissimulation d'objets lors des fouilles (pratique dite de « coffrage »).

Les seuls exemples relevés par la commission de mise à disposition de préservatifs directement dans les bâtiments de détention s'inscrivaient dans le cadre d'interventions associatives, mais celles-ci n'existent que dans un nombre limité d'établissements, ont un caractère ponctuel et ne touchent qu'un faible effectif de personnes détenues.

4. EN DÉPIT DE CERTAINES SIMPLIFICATIONS, LES MÉCANISMES D'ACCÈS AUX DROITS SOCIAUX DES PERSONNES DÉTENUES DEMEURENT COMPLEXES ET LES ACTEURS DE LEUR MISE EN PLACE SONT DIFFICILES À IDENTIFIER

Les personnes détenues les plus exposées aux risques infectieux, et notamment au VHC, sont pour la plupart confrontées à des difficultés sociales et économiques majeures en milieu ouvert. Elles représentent des publics à très fort besoin d'accompagnement social et/ou médico-social, qu'il s'agisse de répondre à des problématiques, souvent cumulées, d'accès administratif à différents droits, d'accès à des dispositifs de logement, d'hébergement ou d'insertion, ou encore de continuité d'accès à des dispositifs de prise en charge en matière de santé mentale ou d'addiction.

III. Observations sur l'organisation et la mise en œuvre du parcours VHC en détention

La capacité du service public pénitentiaire à répondre à ces besoins d'accompagnement et de prise en charge globale des personnes au cours de la détention et à la sortie, nécessairement en partenariat avec l'ensemble acteurs concernés en milieu ouvert, représente toutefois une question d'ordre général qui dépasse le cadre spécifique imparti à la mission. Au demeurant, diverses productions académiques et rapports institutionnels traitent régulièrement ces enjeux. Ces travaux dressent des constats généralement sévères depuis de nombreuses années¹²⁷, mais restent sans conséquences effectives sur la prise en charge des personnes détenues.

Au regard de ses objectifs, la commission a cependant jugé utile de signaler ceux des enjeux de l'accompagnement social des personnes détenues qui lui paraissent peser de façon déterminante sur l'organisation du parcours de santé des personnes détenues infectées par le VHC et sur l'efficacité de la réponse à l'épidémie. Ses observations portent sur l'action des SPIP (4.1.), sur les conditions d'accès et de maintien des droits à une couverture maladie (4.2.) et sur les difficultés constatées concernant les démarches d'obtention de documents d'identité ou de séjour (4.3.).

4.1. En charge de coordonner l'action sociale en faveur des détenus, les SPIP sont en difficulté pour assurer cette part de leurs missions

La coordination de l'action sociale au bénéfice des personnes détenues relève des SPIP. Services déconcentrés de l'administration pénitentiaire à compétence départementale, les SPIP, à la suite de plusieurs évolutions engagées à compter de 2008, ont pour mission principale la prévention de la récidive. Ils interviennent en milieu fermé, où ils disposent d'antennes au sein des établissements pénitentiaires, et en milieu ouvert. Ils peuvent assurer un suivi de la personne détenue jusqu'à six mois après sa libération.¹²⁸ Dirigés par un directeur pénitentiaire d'insertion et de probation (DPIP), les SPIP se composent de conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation (CPIP), de psychologues, d'assistants de service social (ASS), de personnels de surveillance et de personnels administratifs.

Leur action consiste à assurer un accompagnement personnalisé des personnes condamnées tout au long du parcours d'exécution de la peine. Elle s'articule autour de trois volets : l'évaluation, le suivi et le contrôle des personnes placées sous main de justice, incluant le contrôle du respect des obligations imposées ; l'aide à la décision judiciaire concernant l'individualisation et l'aménagement du déroulement des peines ; l'insertion sociale et professionnelle des personnes, en assurant notamment la préparation de la sortie.¹²⁹

Concernant ce dernier volet, l'article D 573 du code procédure pénale dispose que « *le service pénitentiaire d'insertion et de probation, avec la participation, le cas échéant, des autres services de l'Etat, des collectivités territoriales et de tous organismes publics ou privés, favorise l'accès aux droits et aux dispositifs d'insertion de droit commun des détenus et personnes qui lui sont confiées par les autorités judiciaires* ».

Afin de répondre à la diversité et l'hétérogénéité des problématiques rencontrées par les personnes détenues, et au regard de la multiplicité des acteurs et des dispositifs à mobiliser, les SPIP assurent essentiellement une fonction d'orientation du détenu vers d'autres acteurs et de coordination des démarches à entreprendre. Cette action implique que le SPIP développe et anime un réseau de partenaires institutionnels comme associatifs conséquent.

Les capacités des SPIP à exercer pleinement ces missions, tant qualitativement qu'au bénéfice de toutes les personnes détenues apparaissent cependant limitées par des difficultés de plusieurs ordres.

4.1.1. Une partie importante des personnes détenues ne bénéficie pas d'une préparation à la sortie, ce qui accentue le risque de rupture des droits et d'éloignement des soins

Par manque de moyens et sous l'effet de l'ampleur des flux de personnes détenues sous un statut de prévenues et de personnes condamnées à de courtes ou très courtes peines¹³⁰, les SPIP ne sont pas en capacité d'assurer leur mission de préparation à la sortie pour une proportion importante de personnes détenues dont la durée d'incarcération s'avère trop brève. Les délais que nécessitent certaines démarches d'accès à des droits ou des

¹²⁷ Voir notamment : Cour des comptes, *Rapport public annuel 2014*, février 2014, pp. 251 sqq. ; IGAS, IGSJ, *Evaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la santé des personnes placées sous main de justice*, op.cit. ; ainsi que les *rapports annuels d'activité* du Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

¹²⁸ « *Pendant les 6 mois suivant sa date de libération, toute personne peut bénéficier, à sa demande, de l'aide du service pénitentiaire d'insertion et de probation du lieu de sa résidence. Cette aide s'exerce en liaison et avec la participation, le cas échéant, des autres services de l'Etat, des collectivités territoriales et des tous les organismes publics ou privés* », code de procédure pénale, art. D.544.

¹²⁹ Code de procédure pénale, art. D.573 à D.575.

¹³⁰ Au 1^{er} juillet 2018, sur 70 710 personnes détenues, 30 % étaient prévenues, et 16,6 % purgeaient une peine inférieure à un an. Ministère de la Justice, *Statistique trimestrielle des personnes détenues en France*, situation au 1^{er} juillet 2018.

III. Observations sur l'organisation et la mise en œuvre du parcours VHC en détention

dispositifs sociaux constituent également une limite aux actions qui peuvent être entreprises dans le cadre de peines courtes.

Divers rapports et études ont établi ce constat qui, par définition, concerne presque exclusivement les maisons d'arrêt, lesquelles regroupent 68 % de la population détenue¹³¹. Sa mesure demeure complexe car la situation varie selon les établissements. La commission a observé que dans la majorité des établissements visités, aucune préparation à la sortie n'est réalisée pour les personnes dont la durée de détention est inférieure à six mois, dans un contexte où plus de la moitié des peines de prison ferme prononcées en matière délictuelle sont d'une durée inférieure à six mois.¹³² La non-prévisibilité de la date de sortie, en raison à la fois d'un fonctionnement archaïque du système des réductions de peine et du manque de communication entre les services de la justice, les SPIP et les USMP, est également un obstacle important à une organisation de la sortie dans des conditions correctes de continuité et de coordination des prises en charge.

Cet état de fait est particulièrement préoccupant en ce qui concerne les personnes détenues les plus exposées au risque de l'infection par le VHC, fréquemment condamnées à de courtes peines, et souvent à de multiples reprises. Pour ce profil de personnes généralement en grande précarité et confrontées à d'importantes problématiques d'addiction, les allers-retours entre détention de courte durée et milieu libre ne permettent pas de mettre en place les conditions d'une prise en charge à la fois sanitaire, sociale et médico-sociale favorable à leur stabilisation. La sortie de prison non ou incomplètement préparée majore fortement le risque de rupture de soins, le retour à une exposition forte au risque de réinfection par le VHC, et par ailleurs le risque de récidive pour divers délits. C'est le cas par exemple quand les relais de prise en charge médicale et médico-sociale ont été organisés par l'USMP, mais que parallèlement la personne ne dispose pas de carte d'identité, que ses droits à la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) n'ont pas été ouverts ou qu'elle ne dispose d'aucune solution d'hébergement.

Il est toutefois observé que dans certains cas, les personnes en situation d'addiction peuvent bénéficier dans ce cadre d'un accompagnement social à la sortie quand existent dans le territoire considéré des programmes spécifiques bien structurés. L'accès à de tels programmes demeure toutefois très inégal selon les territoires, les capacités des acteurs du milieu ouvert qui les portent, et les capacités ou la motivation des USMP à structurer un partenariat efficace avec eux.

4.1.2. Les missions des services pénitentiaires d'insertion et de probation ont évolué au détriment du travail social

Il a été très fréquemment fait état auprès de la commission de l'affaiblissement, voire la marginalisation, de l'activité de travail social des SPIP en conséquence de la réorientation de leurs missions vers le champ pénal et criminologique. Ce constat, posé entre autres de manière très explicite par la Cour des comptes en 2014¹³³, est rapporté avec insistance tant par une partie des personnels des SPIP ou plus généralement de l'administration pénitentiaire, à différents niveaux de responsabilité, que par les partenaires des SPIP, à commencer par des professionnels de santé des USMP, et différents acteurs du milieu ouvert, institutionnels ou associatifs. Certains interlocuteurs de la commission, tout en souscrivant au constat global d'un délaissement du travail social, nuancent néanmoins leur propos en rappelant que l'accès aux droits et aux dispositifs sociaux n'étaient pas nécessairement mieux assurés antérieurement à la réforme des missions des SPIP.

Sur le plan du suivi individuel des personnes détenues, différents acteurs et notamment certains CPIP relèvent qu'en limitant le rôle des SPIP à une activité d'orientation de la personne détenue vers le droit commun et de coordination de son parcours, ceux-ci ne sont pas en mesure de répondre aux autres besoins concrets d'aide aux personnes dans la réalisation et le suivi de leurs démarches. Or ces besoins sont considérables au regard à la fois de la complexité administrative de nombreuses démarches, du fait que la situation de détention est en soi un obstacle à l'accomplissement de certaines, et des difficultés qu'une partie importante de personnes détenues peut éprouver à les conduire, pour des raisons diverses telles que les problèmes de langue, d'illettrisme ou de faible littératie, de l'absence de maîtrise des logiques administratives ou encore des répercussions d'un état de santé psychique dégradé. Le défaut d'un accompagnement effectif, suivi et constant des personnes détenues les plus en difficulté dans l'information sur leurs droits, la constitution de leurs dossiers de demande, le suivi des réponses et les éventuelles relances ou demandes de recours, est

¹³¹ *Ibid.*

¹³² En 2012, la durée moyenne de l'emprisonnement ferme prononcée en matière de délits était de 7,7 mois, 78 % des peines étant d'une durée inférieure à 1 an et 56 % inférieure à 6 mois. Ministère de la Justice, *Prévention de la récidive et individualisation des peines - Chiffres-clés*, juin 2014.

¹³³ « Le recentrage depuis 2008 de [l'action des SPIP] sur l'exécution de la peine, l'approche criminologique et la prévention de la récidive s'est, en effet, effectué au détriment de leur mission d'accompagnement social, sans qu'ils parviennent, par ailleurs, à mobiliser des partenaires extérieurs pour compenser cette évolution » Cour des comptes, *Rapport public annuel 2014*, p. 268

III. Observations sur l'organisation et la mise en œuvre du parcours VHC en détention

communément constaté par la plupart des acteurs rencontrés, et par ailleurs documenté par divers travaux et rapports.¹³⁴ Certains personnels, comme certains auteurs de travaux sur les métiers de la filière d'insertion et de probation¹³⁵, parlent en ce sens d'une véritable « crise du travail social » dans le système pénitentiaire.

L'intégration dans les SPIP de postes d'ASS à compter de 2011, qui s'inscrit dans le prolongement de la réforme des SPIP initiée en 2008¹³⁶, ne semble pas jusqu'ici avoir significativement comblé cette lacune. Les missions de ces assistants de service social sont en effet essentiellement de coordination des partenariats du SPIP avec les services et acteurs du droit commun, ainsi que d'appui technique aux CPIP. Les ASS effectuent peu de suivi individualisé des personnes détenues, sauf sur demande spécifique du CPIP et sous son contrôle. Des travaux conduits sur l'intégration de ces nouveaux personnels dans les services font par ailleurs état de leurs difficultés à y trouver leur place.¹³⁷ L'administration pénitentiaire reconnaît par ailleurs que les postes d'ASS sont en nombre insuffisant en regard des besoins, et qu'il demeure difficile de les pourvoir ainsi que de stabiliser les personnels en raison de conditions peu attractives. La commission n'a pour sa part pas eu l'opportunité de rencontrer d'ASS au sein des antennes de SPIP visitées dans les établissements pénitentiaires. Elle note que leur rôle n'a été que très rarement évoqué par les personnels rencontrés.

Sur le plan de la capacité des SPIP à entretenir un réseau efficace de partenariats avec les acteurs sociaux du milieu ouvert, les difficultés évoquées par les agents de ces services concernent, en interne, le manque de moyens en temps et en ressources humaines mobilisables pour cette activité. En externe, certains agents déplorent une reconnaissance insuffisante par les acteurs du milieu ouvert du rôle de coordination des parcours assuré par les SPIP.

Le principal frein évoqué par les agents des SPIP à leur action est cependant le faible investissement, parfois le désinvestissement, voire l'obstruction assumée, de certaines administrations et services à assurer l'accès des personnes détenues ou sortant de détention aux droits ou aux prestations. Sont notamment pointés les réticences ou les refus de certaines communes à faire droit aux demandes de domiciliation des sortants de prison, les administrations préfectorales (*Cf. III.4.3*), ainsi que divers organismes sociaux dont les procédures (dématérialisation, exigence de présence physique du demandeur lors d'un dépôt de dossier) interdisent *de facto* l'engagement de démarches en amont de la sortie. Ces difficultés observées par la commission rejoignent donc celles documentées par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, notamment dans le cadre de ses *rapports d'activité* annuels.

4.1.3. Dans ce contexte, la commission observe que l'attention portée à l'accompagnement social est très inégale et reflète des conceptions de l'exercice professionnel et des degrés d'implication très divergents selon les services et les agents

La dualité des missions des SPIP entre leurs fonctions d'accompagnement social et d'évaluation pénale et les transformations profondes du métier de CPIP qui en découlent apparaissent très diversement appropriées par les personnels¹³⁸, avec un fort retentissement, pour ce qui concerne l'accompagnement social, sur la qualité du service proposé.

La commission a été particulièrement frappée d'observer des climats de service très différents d'un établissement à l'autre, et des attitudes et des pratiques professionnelles contrastées selon les agents rencontrés. Les clivages correspondent tendanciellement, sans toutefois s'y réduire, à une partition générationnelle. Des agents plus anciens dans le métier, souvent issus du secteur social et éducatif, conservent ainsi souvent une motivation importante, voire prépondérante pour cet aspect du métier. Les entrants plus récents, aux profils davantage juridiques, s'avèrent pour certains très peu formés aux questions sociales, et parfois peu intéressés. Il en résulte des disparités saisissantes d'investissement dans l'accompagnement social des détenus.

La commission a ainsi rencontré des professionnels extrêmement impliqués, parfois aux frontières de leurs missions et sans toujours le soutien de leur hiérarchie, dans l'aide des personnes détenues pour accéder à leurs droits, et ce par exemple jusqu'à des démarches de saisine du Défenseur des droits. À l'extrême inverse, la commission a été très surprise, dans un établissement, de constater la profonde méconnaissance par la personne responsable de l'antenne du SPIP des procédures concernant les demandes de droit au séjour pour

¹³⁴ Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, *Rapport d'activité 2011*.

¹³⁵ Bouagga Y., *Le métier de conseiller d'insertion et de probation : dans les coulisses de l'État pénal ?*, Sociologie du travail, Vol. 54 - n° 3, Juillet-Septembre 2012, <http://journals.openedition.org/sdt/6083>

¹³⁶ L'année 2011 marque une réforme statutaire portant création du corps des CPIP, jusque-là dénommés Conseiller d'insertion et de probation (CIP). La création de ce nouveau corps sanctionne le renforcement des missions de ces personnels dans le champ pénal opéré en 2008.

¹³⁷ Doumeng V. *Les nouvelles assistantes sociales des services pénitentiaires de probation et d'insertion : une place à créer*. Mémoire de recherche et d'application professionnelle, filière Directeurs pénitentiaires d'insertion et de probation, Ecole nationale d'administration pénitentiaire, 2015.

¹³⁸ Bouagga Y., *Le métier de conseiller d'insertion et de probation : dans les coulisses de l'État pénal ?*, *op. cit.*

III. Observations sur l'organisation et la mise en œuvre du parcours VHC en détention

soins des étrangers, et de s'entendre déclarer que son service « ne prépare pas les étrangers à la sortie puisque de toute façon ils seront expulsés à leur libération ». S'il s'agit sans doute d'un cas isolé, mais non sans conséquences pour certaines personnes détenues dans l'établissement concerné, les écarts constatés au sein des SPIP en matière de conception des missions, de pratiques et d'éthique professionnelle, entraînent pour les personnes détenues des chances d'accès à leurs droits profondément inégales selon les établissements.

4.1.4. La collaboration entre les SPIP et les USMP est inégale et la plupart du temps insuffisante

En ce qui concerne plus spécifiquement les besoins d'accompagnement social des personnes détenues prises en charge pour l'infection par le VHC, la commission a constaté que l'intensité et la qualité des échanges et de la coordination entre les professionnels de santé et les personnels des SPIP étaient inégales selon les établissements, et globalement insuffisantes, se traduisant par des difficultés à mettre en place les relais nécessaires notamment pour assurer à la sortie les prises en charge médico-sociales nécessaires.

Il n'est ainsi pas rare de constater une divergence d'appréciation entre les personnels des USMP et SPIP quant à leurs responsabilités respectives en la matière, les premiers estimant que la mise en œuvre de telle démarche d'orientation vers un dispositif relève du SPIP, pendant que les seconds considèrent qu'elle relève de l'USMP. Cet état de fait, outre la marque d'un manque de communication et d'un fonctionnement en silo entre l'administration pénitentiaire et les services sanitaires dans de nombreux établissements, renvoie surtout à l'absence de moyens pour effectuer ce travail social aussi bien au sein des SPIP que des USMP.

La commission a pu constater *a contrario* tout le bénéfice que représentait la présence d'un ASS au sein de l'unité sanitaire, dans les rares cas observés. Dans l'exemple d'un des établissements pénitentiaires visités, l'ASS permet, d'une part, de favoriser l'intervention de personnel associatif en coordination avec l'équipe sanitaire, et d'autre part, d'assurer une meilleure circulation d'informations entre les SPIP et les USMP, ceci concourant à améliorer la prise en charge médico-sociale de personnes détenues particulièrement vulnérables. Cette configuration demeure cependant l'exception. Malgré le potentiel que présentent ces acteurs pour assurer efficacement une continuité des prises en charges à la sortie, la grande majorité des USMP visitées ne disposent pas de personnel social dédié, sans que les SPIP soient en mesure d'assumer cette fonction.

4.2. L'accès à l'assurance maladie est correctement assuré au cours de la détention, mais le maintien des droits à la sortie demeure complexe dans certains cas

L'accès aux traitements par les AAD nécessite que la personne détenue bénéficie de droits à l'assurance maladie ouverts. Il est également essentiel que la couverture maladie se poursuive à la sortie en particulier pour assurer la continuité du traitement jusqu'à la guérison si celui-ci n'a pu être mené à son terme durant la détention, et plus généralement pour permettre une continuité du suivi médical.

La loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale a prévu que toutes les personnes écrouées sont affiliées à la sécurité sociale, y compris les personnes de nationalité étrangère, qu'elles soient en situation régulière ou non.¹³⁹ L'effectivité de ce droit a en outre été renforcée par d'autres dispositions légales et réglementaires intervenues ultérieurement, en particulier dans le cadre de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, qui a levé d'importants obstacles à l'affiliation des personnes détenues les plus précaires en permettant leur domiciliation dans l'établissement pénitentiaire durant la détention.¹⁴⁰

Ce principe d'accès inconditionnel des personnes détenues à l'assurance maladie de droit commun fait de la période d'incarcération, pour des personnes souvent éloignées du système de soins et sans droits ouverts, une véritable opportunité de bénéficier d'une prise en charge médicale adaptée à leur état de santé. Ces dispositions simplifient en particulier l'accès aux soins des détenus étrangers en situation irrégulière, dont la prise en charge ne dépend plus durant le temps de leur détention de l'obtention d'une AME ou du dispositif dit des « soins urgents ».

4.2.1. Les délais d'affiliation sont désormais satisfaisants

L'organisation de la procédure d'affiliation des personnes détenues à l'assurance maladie, longtemps source de difficultés administratives et de délais excessifs entravant leur accès aux soins,¹⁴¹ a été récemment réformée. L'arrêté du 10 août 2017¹⁴² a créé un CNPE. Ce service est opéré par deux CPAM : celle du Lot, compétente pour les inter-régions pénitentiaires de Bordeaux, Dijon, Lyon, Marseille, Rennes, Toulouse et pour

¹³⁹ Code de la sécurité sociale, art. L.381-30

¹⁴⁰ Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, art. 30.

¹⁴¹ Cour des comptes, *Rapport public annuel 2014*, février 2014, pp. 265 sqq. ; IGAS, IGSJ, *Evaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la santé des personnes placées sous main de justice, op.cit.*, pp. 76 sqq.

¹⁴² Arrêté du 10 août 2017 modifiant l'arrêté du 6 mars 1995 fixant la liste des assurés sociaux qui doivent être affiliés à une caisse d'assurance maladie autre que la caisse du lieu de résidence

III. Observations sur l'organisation et la mise en œuvre du parcours VHC en détention

les établissements pénitentiaires ultra-marins, et la CPAM de l'Oise pour les inter-régions de Paris, Lille et Strasbourg.

Dès la mise sous écrou, le greffe de l'établissement pénitentiaire transmet la liste des arrivants au CNPE, afin de permettre leur affiliation. Selon les informations obtenues par la commission auprès du CNPE, l'affiliation intervient dans un délai de 3 à 5 jours suivant l'incarcération pour environ 90 % des personnes détenues. Les délais plus longs survenant dans une minorité de cas résultent de situations particulières, telles que des difficultés concernant l'identité de la personne détenue, ou encore en raison de retard de traitement par la CPAM d'origine de la situation des ayants droit de la personne détenue. Les observations de la commission dans l'ensemble des établissements visités ont confirmé ces délais satisfaisants. Les personnels pénitentiaires et soignants concernés s'accordent à juger que la mise en place de l'arrêté du 10 août 2017 a contribué à simplifier et fluidifier les procédures d'affiliation, et ainsi diminuer sensiblement les délais d'accès à l'assurance maladie pour les personnes détenues. Aucun cas de renoncement ou de retard significatif d'initiation d'un traitement par AAD en raison de difficultés d'affiliation n'a été rapporté à la commission.

Une fois l'affiliation réalisée, les dépenses de santé des personnes détenues sont prises en charge par l'assurance maladie dans les conditions prévues par le régime de base, assorti d'une dispense de l'avance de frais. La part complémentaire (ticket modérateur et forfait journalier d'hospitalisation) est prise en charge par l'administration pénitentiaire. La personne détenue peut également demander à bénéficier de la CMU-C ou de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) selon les mêmes critères de ressources qu'en milieu ouvert. Les demandes sont gérées par le SPIP, en coordination avec le greffe qui assure la transmission du dossier au CNPE. Ces deux dispositifs ne sont toutefois pas accessibles aux personnes détenues étrangères en situation irrégulière au regard du séjour.

4.2.2. Des risques de reculs ou perte des droits existent en revanche à la sortie

Si l'accès à la couverture maladie apparaît assuré dans de bonnes conditions durant la détention, son maintien à la sortie s'avère plus complexe. Plusieurs situations entraînent des risques de recul, voire de perte des droits si certaines démarches en amont et en aval de la libération ne sont pas engagées.

A la levée d'écrou, les détenus de nationalité française ainsi que les détenus étrangers en situation régulière de séjour conservent leur affiliation au régime de base de la sécurité sociale *via* le CNPE pour une durée d'un an, mais doivent engager des démarches pour informer la CPAM de leur département de résidence de leur changement de situation, et pour assurer la continuité de leur droits au-delà d'une année, notamment en sollicitant leur admission au dispositif de la Protection universelle maladie (PUMa) s'ils ne peuvent être affiliés au titre d'une activité salariée. Ces dispositions ne sont pas toujours portées à la connaissance des personnes au cours de leur détention ou au moment de leur sortie.¹⁴³

Un risque plus immédiat de recul des droits dès la sortie concerne la prise en charge par l'administration pénitentiaire du ticket modérateur et du forfait journalier d'hospitalisation, qui cesse au jour de la levée d'écrou. Les personnes qui n'ont pas sollicité et obtenu en amont de leur sortie le bénéfice des dispositifs d'assurance complémentaire de droit commun (CMU-C, ACS) peuvent alors être confrontées à des restes à charge qui représentent souvent un obstacle financier insurmontable pour les plus démunis, et entraînent fréquemment, comme il a été rapporté à la commission, des ruptures de soins. Le taux de non-recours à la CMU-C demeure élevé malgré la simplification des démarches. Ainsi, selon des données de la CPAM du Lot, seulement 16 % des personnes détenues sont couvertes par la CMU-C, alors que 80 % d'entre elles y sont éligibles.¹⁴⁴

En ce qui concerne les personnes détenues étrangères qui ne disposent pas ou plus d'un titre de séjour à leur sortie, le bénéfice de la couverture maladie acquis en détention s'interrompt au jour de leur libération. Elles peuvent cependant bénéficier de l'aide médicale de l'État (AME), si elles satisfont aux conditions de durée minimale de présence sur le territoire national et de plafond de ressources du dispositif.

Même si l'AME ne débutera qu'à compter de la libération, les demandes d'AME peuvent être déposées en amont auprès du CNPE, ce qui est évidemment préférable pour éviter les ruptures de prise en charge. Un défaut d'accompagnement par le SPIP, comme cela est fréquemment le cas pour les personnes condamnées à de courtes peines, peut cependant entraîner la méconnaissance de ce dispositif par la personne, ou un engagement trop tardif de la démarche. Dans ce cas, la personne doit effectuer la demande auprès de la CPAM de son nouveau lieu de résidence une fois libérée. Les délais de traitement des demandes peuvent atteindre plusieurs mois dans certaines CPAM et entraîner ainsi des difficultés majeures d'accès aux soins. Il existe cependant une procédure d'instruction prioritaire de demandes dès lors que le dossier contient un

¹⁴³ Auditions du CNS.

¹⁴⁴ Morel A, Bouazza A, Guesdon N, Lombard L, Martin E, Monnier M. *L'accès des personnes détenues aux assurances maladie et retraite : les marges de progrès pour une meilleur réinsertion à la sortie de prison*, Ecole nationale supérieure de sécurité sociale, 2018. <https://en3s.fr/articles-regards/reac/2019/PRISON.pdf>

III. Observations sur l'organisation et la mise en œuvre du parcours VHC en détention

certificat médical établi par le médecin de l'unité de soins attestant la nécessité d'une prise en charge rapide en raison de l'état de santé de la personne.

4.3. L'accès ou la continuité d'accès aux différents droits sociaux à la sortie sont compromis par des difficultés d'obtention ou de renouvellement des documents d'identité ou de séjour au cours de la détention

La production d'une carte nationale d'identité (CNI), pour les ressortissants nationaux, ou d'un titre de séjour en cours de validité, pour les ressortissants étrangers, est indispensable dans la quasi-totalité des démarches administratives d'accès aux dispositifs sociaux de droit commun et constitue ainsi un élément essentiel à leur réinsertion, au maintien de leurs droits, ainsi qu'à la continuité des soins initiés pendant l'incarcération. Ces démarches sont bien souvent contraintes par la courte durée de la détention, notamment en maison d'arrêt, mais aussi par des facteurs externes tenant aux procédures techniques mises en place par les préfectures, et leur fréquent manque de coopération avec l'administration pénitentiaire.

4.3.1. Suite à la dématérialisation des démarches permettant d'obtenir une carte nationale d'identité, de nombreuses préfectures n'assurent plus l'instruction des dossiers des personnes détenues

Depuis la mise en place du plan « préfecture nouvelle génération » en 2017, les procédures pour obtenir ou renouveler un permis de conduire ou une carte d'identité nationale ont été entièrement dématérialisées. Ces mesures sensées simplifier les démarches des utilisateurs et veiller à l'égalité d'accès aux services publics ont cependant nécessité la mise en place par les préfectures d'un recueil mobile de données pour les publics dits « empêchés », parmi lesquels les personnes détenues.

Or des difficultés sont fréquemment rapportées par les agents des SPIP rencontrés par la commission, et confirmées par la hiérarchie de l'administration pénitentiaire à différents niveaux. Outre des difficultés d'ordre technique (fonctionnement des dispositifs de recueil mobile d'empreintes), sont évoqués les cas de certaines préfectures qui refusent de dépêcher des agents dans les établissements pénitentiaires, ou qui n'y consentent qu'à une fréquence insuffisante pour assurer un traitement de l'ensemble des demandes. Des solutions ont pu être recherchées par les SPIP en collaboration avec les juges d'application des peines afin d'accorder, pour les personnes détenues dont le statut pénal l'autorise, des permissions de sortie leur permettant d'effectuer les démarches directement en préfecture. Outre le fait que seule une faible proportion de personnes détenues est éligible à ce régime de permission, certaines préfectures ont opposé aux permissionnaires qui se présentaient à leurs guichets des refus d'enregistrer leurs demandes.

Ces dysfonctionnements de plusieurs ordres ont fait l'objet d'investigations et d'une décision du Défenseur des droits en date du 19 juin 2019. Celui-ci recommande au ministre de l'Intérieur diverses mesures visant à rétablir les conditions d'un égal accès des personnes détenues à leur droits, et notamment d'assurer la mise en place « *d'un dispositif homogène sur l'ensemble du territoire permettant le recueil des pièces nécessaires à l'établissement des cartes nationales d'identité des personnes détenues, en particulier pour le recueil de leurs empreintes digitales et la réalisation des photographies certifiées et garantissant un traitement effectif, dans un délai raisonnable, des demandes de délivrance ou de renouvellement des cartes nationales d'identité des personnes détenues* ». ¹⁴⁵

La commission note qu'un arbitrage interministériel est récemment intervenu et qu'une note conjointe du garde des sceaux et du ministre de l'intérieur en date du 28 juillet 2019 a précisé aux préfectures l'obligation de dépêcher des agents dans les établissements pénitentiaires afin d'y procéder au recueil des pièces nécessaires à l'établissement des CNI. Ces dispositions devraient, sous réserve de leur bonne application à venir, contribuer à résoudre les difficultés constatées.

4.3.2. La plupart des préfectures s'opposent à la délivrance ou au renouvellement des titres de séjour des personnes détenues de nationalité étrangère

Plus d'une personne détenue sur cinq est de nationalité étrangère.¹⁴⁶ Durant leur incarcération, les personnes étrangères bénéficient en droit, sous certaines conditions, de la possibilité de solliciter la première délivrance d'un titre de séjour ou le renouvellement d'un titre de séjour en cours de validité au moment de leur incarcération.

¹⁴⁵ Décision du Défenseur des droits n° 2019-147 en date du 19 juin 2019

¹⁴⁶ La proportion de personnes détenues de nationalité étrangère s'élevait à 22,3 % au 01/07/2018. Ministère de la Justice, *Statistique trimestrielle des personnes détenues*, situation au 1^{er} juillet 2018.

III. Observations sur l'organisation et la mise en œuvre du parcours VHC en détention

La circulaire du 25 mars 2013 relative aux procédures de première délivrance et de renouvellement de titres de séjour aux personnes de nationalité étrangère privées de liberté¹⁴⁷ a eu pour ambition de formuler une procédure nationale d'accès au titre de séjour pour les personnes privées de liberté et de nationalité étrangère. Elle a notamment permis que le dépôt de la demande de délivrance ou de renouvellement du titre de séjour puisse être effectué par voie postale afin d'éviter que la personne détenue n'ait à se rendre dans la préfecture compétente pour déposer sa demande. Toutefois, en cas de suite favorable donnée à la demande, la mise en place d'un système d'enrôlement biométrique pour la fabrication du titre de séjour implique un déplacement en préfecture, pour lequel une permission de sortie pourra être accordée par le juge d'application des peines. La circulaire prévoit qu'un « *correspondant privilégié pourra être désigné* » au sein de la préfecture afin de faciliter les démarches.

La mise en œuvre de cette procédure reste cependant dépendante de l'établissement d'un protocole entre les acteurs concernés (la préfecture, le SPIP, l'établissement pénitentiaire et le point d'accès aux droits). L'organisation de la délivrance des titres de séjour repose donc en réalité sur la potentielle coopération entre les parties concernées au niveau local, ce qui n'est pas en faveur d'un traitement uniforme des demandes sur l'ensemble du territoire.

Des observations et des recommandations récurrentes du CGLPL depuis 2014¹⁴⁸ indiquent que les dispositions de la circulaire du 25 mars 2013 demeurent inégalement et faiblement mises en œuvre par les préfectures, dont un nombre conséquent n'a toujours pas signé de protocole.

Outre ces disparités, différentes sources tant au sein de l'administration pénitentiaire que du monde associatif convergent à constater que les préfectures opposent très majoritairement des refus aux demandes tant de primo-délivrance que de renouvellement de titres de séjour, invoquant le motif de menace à l'ordre public. Le CGLPL effectue le même constat et déplore sur ce point la tendance des préfectures à donner une interprétation extensive à la définition de cette notion pour justifier ces refus.

Les observations faites par la commission dans les établissements qu'elle a visités corroborent ces constats. Les SPIP ont en effet indiqué que la quasi-totalité des préfectures concernées (préfectures du lieu d'incarcération ou du lieu de domicile habituel de la personne détenue) refusaient de délivrer un titre de séjour à une personne détenue étrangère, et ce indifféremment selon que la personne était en situation régulière ou irrégulière antérieurement à l'entrée en détention.

Des personnes détenues étrangères se retrouvent ainsi du seul fait de leur détention en situation irrégulière au jour de leur sortie, entraînant une rupture d'accès à un ensemble de droits et dispositifs pourtant essentiels à la continuité de leur prise en charge de santé, à commencer par la perte de leur couverture par l'assurance maladie.

Les risques de rupture de la prise en charge médicale sont d'autant plus importants que la police de l'air et des frontières collecte en routine auprès des greffes les informations sur la date de libération des personnes détenues en situation irrégulière, afin de procéder à leur interpellation à la porte de l'établissement et les placer en centre de rétention.

¹⁴⁷ http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/03/cir_36707.pdf. Ne sont pas concernées par la circulaire « *les personnes étrangères en détention provisoire ou accomplissant une peine de courte durée, dont le quantum prononcé par la juridiction de condamnation est égal ou inférieur à trois mois* » et « *les personnes étrangères faisant l'objet d'une mesure d'éloignement exécutoire (interdiction du territoire, arrêté d'expulsion, obligation de quitter le territoire français ou arrêté préfectoral de reconduite à la frontière)* ».

¹⁴⁸ Le contrôleur général des lieux de privation de liberté, *rapports d'activité annuels* 2014, 2015, 2016 et 2017.

CONCLUSION

Au regard de l'objectif gouvernemental de parvenir à éliminer l'épidémie de VHC en France à l'horizon 2025, la commission estime au terme de ses investigations que la réponse sanitaire et préventive actuellement déployée en milieu pénitentiaire présente d'importantes faiblesses.

Tout d'abord, alors que les personnes détenues représentent une population particulièrement exposée VHC, la commission constate que celle-ci demeure, paradoxalement, insuffisamment étudiée. **Le manque de données épidémiologiques et de prise en charge actualisées concernant la population détenue constitue en soi un obstacle à l'élaboration d'une réponse sanitaire adaptée aux besoins**, et induit un pilotage à l'aveugle de l'action publique.

La commission est néanmoins parvenue à surmonter en partie cette difficulté en développant des moyens indirects d'apprécier quantitativement l'accès effectif aux traitements par les AAD en milieu pénitentiaire. Ces travaux montrent que, parmi les personnes estimées porteuses d'une infection active par le VHC à leur entrée en détention, actuellement moins d'une sur deux initie un traitement par AAD au cours de son incarcération, et ce essentiellement en conséquence d'un défaut de dépistage.

Ainsi, **l'insuffisance du dépistage apparaît constituer le principal obstacle à l'accès au traitement par les AAD en détention**. Les observations de terrain ont permis d'en préciser certains facteurs. Bien que les dépistages conjoints du VIH, du VHB et du VHC apparaissent généralement proposés lors de l'entrée en détention, et relativement bien acceptés par les personnes détenues, leur réalisation s'avère trop souvent aléatoire, pour des raisons essentiellement organisationnelles. Les opportunités de réitération des dépistages au cours de la détention sont faibles voire inexistantes. Le fait que la majorité des USMP n'utilisent pas les TROD apparaît paradoxale au regard des avantages que cet outil pourrait apporter en termes de simplification et d'accélération du circuit de dépistage. Les partenariats avec d'autres acteurs, susceptibles de concourir à l'activité de dépistage, notamment associatifs, sont insuffisamment développés. Le rôle des partenaires ne doit cependant pas consister à permettre aux USMP de se décharger d'une partie de leur activité de dépistage, mais contribuer à enrichir et diversifier les modalités d'offre de dépistage en détention.

L'accès à la prise en soins, pour celles des personnes détenues qui ont bénéficié d'un dépistage, apparaît en revanche globalement assuré en cas de découverte de séropositivité au VHC. Selon les estimations produites par la commission, parmi les personnes estimées porteuses d'une infection active par le VHC à leur entrée en détention, environ huit sur dix accèdent à un traitement par AAD au cours de leur détention dès lors qu'elles ont été dépistées. **L'organisation du circuit de prise en soins, de la confirmation du diagnostic d'infection active à la prescription du traitement, s'avère toutefois inégalement optimisée selon les établissements**, entraînant encore trop souvent des délais inutilement longs, qui peuvent compromettre l'initiation du traitement pour des personnes condamnées à des peines courtes. Alors qu'une majorité de patients relèvent d'un parcours de prise en charge dit « simplifié », trop peu d'USMP ont mis en place des circuits courts de décision thérapeutique et de prescription qui permettent d'instaurer le traitement par AAD en moins de deux semaines à compter de la découverte de séropositivité au VHC. La commission constate en revanche avec satisfaction qu'une fois prescrits, les traitements apparaissent délivrés rapidement et sans difficultés particulières aux personnes détenues.

Enfin, au-delà des enjeux d'accès aux traitements par les AAD, **la mise en œuvre d'une stratégie efficace de lutte contre l'épidémie de VHC en milieu pénitentiaire se heurte à la faiblesse de l'offre de prévention et à l'incohérence majeure que représentent les limitations d'accès aux outils efficaces de réduction des risques**.

L'*Avis suivi de recommandations sur la prévention, le dépistage et le traitement de l'hépatite C chez les personnes détenues* adopté par le CNS le 26 septembre 2019 procède de ces principaux constats. Il formule à l'adresse des pouvoirs publics un ensemble de quatorze préconisations d'actions visant à répondre de manière globale et cohérente aux difficultés identifiées.

ANNEXE 1 : INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES SUR L'APPROCHE QUANTITATIVE, SOURCES DES DONNÉES EXPLOITÉES, MÉTHODOLOGIE DE TRAITEMENT ET RÉSULTATS DÉTAILLÉS

Au regard du manque de données épidémiologiques descriptives et de prise en charge de l'infection par le VHC, le VHB et le VIH au sein de la population pénitentiaire, la commission s'est efforcée de développer des méthodes indirectes pour évaluer, d'une part, la réalisation des dépistages de ces trois pathologies, et d'autre part l'accès aux traitements par AAD de l'infection chronique par le VHC. Cette seconde évaluation a été conduite à l'échelon des trois régions visitées dans le cadre de la mission.

1. Évaluation de la réalisation des dépistages du VIH, du VHB et du VHC au sein des USMP à partir de leurs données d'activité

La commission a identifié la possibilité d'exploiter des données à caractère administratif, issues des rapports d'activité standardisés que les USMP doivent renseigner annuellement, pour mesurer la réalisation de ces dépistages en leur sein, et apprécier son évolution dans le temps.

L'extraction et la communication des données nécessaires ont été sollicitées auprès de la DGOS, en charge du recueil au plan national des rapports d'activité des USMP.

Deux bases de données distinctes ont été utilisées selon la période considérée. En effet, le renseignement par les USMP de leur données d'activité s'est effectué jusqu'en 2016 au travers d'un outil de recueil dédié, la plateforme en ligne OSSD (observatoire des structures de santé des personnes détenues). Cet outil a été abandonné au profit d'une intégration à compter de l'année 2017 dans la plateforme PIRAMIG (pilote des rapports d'activité des missions d'intérêt général), dispositif visant à standardiser et collecter dans une base de donnée unique les rapports d'activité de l'ensemble des structures sanitaires et médico-sociales assurant des missions répondant à un objectif d'intérêt général et financées à ce titre par différents types de crédits (missions d'intérêt général (MIG), dotations annuelles de financement (DAF), fonds d'intervention régional (FIR), etc.).

L'interrogation par les services de la DGOS des bases OSSD et PIRAMIG a permis à la commission de disposer de données brutes concernant les variables suivantes :

	Libellé des variables collectées	
	Base OSSD années 2012 à 2016	Base PIRAMIG année 2017
Identification des USMP	[Nom de l'Unité sanitaire] :	[Nom de la structure] : <i>US -Type et nom de l'établissement pénitentiaire</i>
	[Établissement pénitentiaire de rattachement de l'Unité Sanitaire]	[Ville]
		[Nom de l'établissement] : <i>établissement hospitalier de rattachement</i>
File active	[Nb de patients vus au moins une fois par un ou plusieurs membres de l'équipe soignante (patients présents au 1er janvier + nouveaux arrivants sur l'année de référence)]	[Nb total de patients différents vus par le centre au cours de l'année]
Activité de consultation		[Nb de consultations médicales]
	[Nb de consultations d'entrée]	[Dont nb de consultations d'entrée]
Activité de dépistage	[Nb de tests de dépistages VIH réalisés sur l'année]	[Nb de tests de dépistages VIH réalisés dans l'année]
	[Nb de tests de dépistages VHB réalisés sur l'année]	[Nb de tests de dépistages VHB réalisés dans l'année]
	[Nb de tests de dépistages VHC réalisés sur l'année]	[Nb de tests de dépistages VHC réalisés dans l'année]

La liste des USMP recensées dans la base OSSD puis dans la base PIRAMIG varie légèrement selon les années, s'expliquant notamment par des évolutions du parc pénitentiaire (fermetures, transformations et/ou ouvertures d'établissements pénitentiaires). Leur nombre oscille ainsi entre 170 et 175.

L'exhaustivité et la qualité des données renseignées annuellement par les USMP est inégale. Selon les années, certaines USMP, en proportion variable :

- n'ont renseigné aucune des variables intéressant la mission, impliquant de les exclure des exploitations ;
- n'ont renseigné qu'une partie des variables, impliquant de les exclure de certaines exploitations, mais permettant néanmoins de les inclure dans d'autres ;
- ont visiblement commis des erreurs matérielles en renseignant certaines variables (ordre de grandeur d'une ou plusieurs valeurs manifestement aberrant, contradictions entre certaines valeurs), ou fournis des valeurs relevant à l'évidence d'un ordre de grandeur estimé et non d'un décompte (ensemble des données exprimées en chiffres arrondis à la centaine ou au millier). Les USMP dont l'ensemble de données présentait ainsi des anomalies ont été écartées des exploitations.

L'exhaustivité des données prises en compte est précisée dans la présentation ci-après de chacune des trois exploitations réalisées. Selon les cas, elle est exprimée sous forme de proportion des USMP incluses dans l'exploitation considérée et/ou de proportion de la population pénitentiaire couverte par les établissements ainsi inclus. Concernant le calcul de cette dernière proportion, les données d'effectifs de personnes détenues sont issues des statistiques publiées par l'administration pénitentiaire.

En outre, les données manquantes ou défectueuses n'émanent pas, à quelques exceptions près, des mêmes USMP selon les années. Il n'a pas été repéré non plus de caractéristiques particulières concernant les USMP irrégulièrement déclarantes, ni quant au type d'établissement pénitentiaire (maisons d'arrêt ou établissements pour peines), sa taille ou son implantation géographique (zone urbaine, péri-urbaine ou rurale) – à la seule exception de certains des établissements des départements ou régions d'Outremer, pour lesquels les données peuvent être systématiquement manquantes. Il a donc été considéré que les données manquantes résultent globalement d'aléas de déclaration et n'induisent par conséquent pas de biais particulier dans les résultats.

A. Estimation du nombre annuel de sérologies du VIH, du VHC et du VHB réalisées par les USMP entre 2012 et 2017

Dans le cadre de cette exploitation, seules les USMP présentant des données complètes pour les trois dépistages ont été incluses dans le calcul, conduisant à une exhaustivité des données comprise entre 79 % et 86 % des établissements selon les années.

Compte tenu de ces taux d'exhaustivité assez élevés et des remarques précédentes suggérant l'absence de biais particuliers concernant les établissements pour lesquels les données sont manquantes ou défectueuses, il a été admis que l'on pouvait estimer le nombre total de tests réalisées chaque année par simple projection à partir du taux d'exhaustivité correspondant.

Le tableau suivant récapitule l'ensemble de ces éléments et résultats. Une représentation graphique est proposée dans l'Encadré 5, en partie III.1.2.2. du *Rapport*, où les résultats sont également discutés.

		2012*	2013*	2014*	2015*	2016*	2017**
Nb total d'USMP		174	175	175	171	170	172
Nb d'USMP incluses		150	146	138	146	134	147
Exhaustivité		86,2 %	83,4 %	78,9 %	85,4 %	78,8 %	85,5 %
Nb total de tests déclarés	VIH	45 481	42 787	39 286	37 640	38 217	44 610
	VHC	42 990	41 969	38 599	36 869	37 415	44 189
	VHB	52 805	41 991	37 710	37 043	38 243	43 680
Nb total d'USMP		174	175	175	171	170	172
Nb total de tests estimés	VIH	52 758	51 286	49 819	44 085	48 484	52 197
	VHC	49 868	50 305	48 948	43 182	47 467	51 704
	VHB	61 254	50 332	47 821	43 386	48 517	51 109

* Données base OSSD

** Données base PIRAMIG

Le nombre total de tests réalisés pour chacune des pathologies est très proche, avec 99 tests VHC et 98 tests VHB réalisés pour 100 tests VIH, ce qui suggère que les trois tests sont généralement proposés et réalisés conjointement.

Afin de vérifier cette hypothèse, les écarts ont été vérifiés à l'échelon de chaque USMP. Les variations entre le nombre de tests VIH et VHC sont inférieures à ±5 % dans 81 % des établissements, et dans 71 % des établissements pour ce qui est de la comparaison entre les tests VIH et VHB.

B. Estimation des taux de dépistage du VHC en détention en 2017

Le nombre de dépistages étant quasiment identique pour les trois infections, les estimations de taux de dépistages n'ont été réalisées que pour le VHC.

A partir des variables renseignées dans PIRAMIG, deux types de taux ont été produits :

- a) le **taux global de dépistage**, soit la proportion, au sein de l'ensemble la population détenue en 2017¹⁴⁹, des personnes ayant bénéficié d'un dépistage au cours de l'année, toutes circonstances de dépistage confondues (à ce taux l'entrée ou en cours de détention).

Ce taux a été approximé par le ratio :

$$TxG = \frac{[Nb \text{ de tests de dépistages VHC réalisés dans l'année}]}{[Nb \text{ total de patients différents vus par le centre au cours de l'année}]}$$

Après éviction des USMP présentant des données manquantes ou manifestement erronées, les données de 63 % des établissements ont été incluses dans le calcul. Ces établissements ont réalisé au total 34 651 tests de dépistage VHC.

Résultats

Le taux global de dépistage au plan national était de 24,8 %.

A l'échelon des établissements, on constatait :

- un taux médian de 30,5 %
- des taux inférieurs à 10 % dans 11 établissements (minimum : 2,3 %)
- des taux supérieurs à 50 % dans 19 établissements (maximum : 91,4 %)

Limites méthodologiques

La variable [Nb total de patients différents vus par le centre au cours de l'année], autrement dit la file active annuelle de l'USMP, correspond à la somme de l'ensemble des patients connus de l'USMP présents au 1^{er} janvier 2017 et de l'ensemble des nouveaux arrivants vu au moins une fois en consultation à l'USMP au cours de l'année. Il a été admis pour le calcul de taux global de dépistage que cette variable reflète correctement l'effectif total des personnes détenues dans l'établissement tout ou partie de l'année. Cette hypothèse présente cependant des limites.

Elle suppose en effet que l'ensemble des personnes détenues dans l'établissement sont identifiées par l'USMP comme patients. Le fait que les consultations médicales obligatoire lors de l'entrée en détention sont quasi systématiquement réalisées (> 99 %, Cf. Rapport, Encadré 4) tend à conforter cette hypothèse, au moins en ce qui concerne l'effectif de nouveaux arrivants au cours de l'année. La validité de l'hypothèse pour la partie de l'effectif correspondant aux patients présents au 1^{er} janvier est plus incertaine. Il se peut en effet que des détenus jamais revus en consultation après leur visite d'entrée, qui peut remonter à plusieurs années, ne soient pas ou plus comptabilisés dans la file active.¹⁵⁰ L'utilisation des données de file active annuelle des USMP peut ainsi conduire à sous-estimer l'effectif total des personnes détenues tout ou partie de l'année, et par conséquent à surestimer le taux global de dépistage.

¹⁴⁹ L'ensemble des personnes détenues au cours de l'année 2017 désigne l'effectif cumulé des personnes ayant séjourné tout ou partie de l'année en détention : personnes déjà détenues au 1^{er} janvier 2017 et ensemble des personnes entrées en détention au cours de l'année.

¹⁵⁰ Il est notable que la variable de file active apparaît particulièrement mal renseignée dans PIRAMIG, témoignant des difficultés de nombreuses USMP à produire cette donnée (données manquantes, données manifestement erronées).

Les résultats montrent une grande disparité entre les établissements. Les valeurs extrêmes (Tx min / Tx max) observées doivent être considérées avec prudence, des anomalies notamment concernant les données déclarées de file active ne pouvant être exclues à l'échelon des établissements singuliers

- b) le **taux de dépistage à l'entrée en détention**, soit la proportion, parmi les personnes entrées en détention en 2017, ayant bénéficié d'un test de dépistage dans ce contexte.

Ce taux a été approximé par le ratio :

$$Tx_E = \frac{[Nb \text{ de tests de dépistages VHC réalisés dans l'année}]}{[Nb \text{ de consultations d'entrée réalisées dans l'année}]}$$

Après éviction des USMP présentant des données manquantes ou manifestement erronées, les données de 83 % des établissements ont été incluses dans le calcul. Le tableau suivant indique l'exhaustivité des données en termes de proportion de la population pénitentiaire incluse, au plan national et par interrégions pénitentiaires :

Interrégions pénitentiaires	Effectifs pénitentiaires éligibles (au 01/01/2018)	Effectifs pénitentiaires inclus	
		Nb	%
Ensemble	66 461	57 044	86 %
Centre-Est (Lyon)	6 206	5 858	94 %
Grand-Centre (Dijon)	4 298	4 298	100 %
Grand-Est (Strasbourg)	5 936	4 665	79 %
Grand-Nord (Lille)	6 815	5 543	81 %
Grand-Ouest (Rennes)	8 126	7 263	89 %
Île-de-France (Paris)	13 112	10 098	77 %
Outre-mer	3 868	3 378	87 %
Sud-Est (Marseille)	7 499	7 370	98 %
Sud-Ouest (Bordeaux)	4 868	3 647	75 %
Sud (Toulouse)	5 733	4 924	86 %

Résultats

Le tableau suivant présente les taux de dépistage à l'entrée au plan national, par interrégions pénitentiaires ainsi que, à ces deux échelons géographiques, le taux médian et les taux minimum et maximum constatés dans les établissements :

Interrégions pénitentiaires	Taux de dépistage à l'entrée	Établissements		
		Tx médian	Tx min	Tx max
Ensemble	51,6 %	51,9 %	5,0 %	210 %
Centre-Est (Lyon)	36,5 %	46,0 %	12,8 %	98,9 %
Grand-Centre (Dijon)	44,3 %	51,1 %	12,8 %	100 %
Grand-Est (Strasbourg)	51,6 %	56,9 %	5 %	165,6 %
Grand-Nord (Lille)	62 %	62,6 %	7,4 %	118,3 %
Grand-Ouest (Rennes)	53,4 %	45,1 %	5,8 %	94,9 %
Île-de-France (Paris)	57,1 %	70,9 %	30 %	127,0 %
Outre-mer	67,2 %	58,5 %	17,9 %	99,3 %
Sud-Est (Marseille)	58,7 %	60,2 %	14,7 %	123,9 %
Sud-Ouest (Bordeaux)	39,5 %	48,6 %	6,9 %	90,7 %
Sud (Toulouse)	46,8 %	51,2 %	9,6 %	210 %

Limites méthodologiques

Le nombre de consultations d'entrée est une variable globalement bien renseignée dans PIRAMIG et dont on peut considérer qu'elle reflète très correctement le nombre de personnes entrant en détention au cours de l'année (cf. remarques supra concernant la réalisation de la visite médicale obligatoire d'entrée). En revanche, le nombre annuel de tests de dépistage renseigné dans PIRAMIG ne permet pas de distinguer entre les dépistages réalisés dans le contexte de l'entrée en détention de ceux réalisés au cours de la détention ou éventuellement en prévision de la sortie.

L'estimation du taux de dépistage ainsi produite est donc par construction surestimée, puisque le nombre de dépistages pris en compte dans le calcul inclut les dépistages réalisés en cours de détention. Ce point explique d'ailleurs qu'il n'est pas incohérent de trouver parfois pour certains établissements des taux supérieurs à 100 %. On peut cependant estimer que la proportion des dépistages réalisés au cours de la détention est faible, dans la mesure où toutes les observations de terrain montrent que les opportunités de répétition de dépistages pendant l'incarcération sont rares (Cf. Rapport, partie III.1.4.).

L'exhaustivité des données est globalement élevée, mais néanmoins variable selon les régions, ce qui invite à considérer avec prudence les différences entre les taux régionaux.

A l'échelon des établissements, les disparités entre les taux apparaissent très fortes. Même si les taux très faibles sont plus souvent observés dans des établissements pour peines qu'en maison d'arrêt, les disparités de taux constatées ne s'expliquent pas par des différences en fonction du type d'établissement. Des écarts considérables – dans les deux sens – sont en effet observés aussi bien parmi les maisons d'arrêt que parmi les établissements pour peine. Les taux les plus élevés, et notamment ceux supérieurs à 100 % (dans 10 établissements) suggèrent que les établissements concernés conduisent une politique de dépistage particulièrement active, avec à la fois un taux élevé de réalisation des dépistages à l'entrée et une activité significative de dépistage au cours de la détention. En tout état de cause, les valeurs extrêmes (Tx min / Tx max) observées doivent être considérées avec la plus grande prudence, des anomalies dans les données déclarées à l'échelon des établissements singuliers ne pouvant être exclues.

2. Évaluation de l'accès aux traitements par AAD dans les établissements pénitentiaires des régions Grand Est, Sud et Île-de-France

A. Enquête auprès des pharmacies hospitalières à usage interne (PUI) de rattachement des USMP

En complément des données recueillies directement auprès des PUI de rattachement des USMP qu'elle a visitées, la commission a conduit auprès des PUI de rattachement de l'ensemble des autres USMP des régions Grand Est, Sud et Île-de-France une enquête par questionnaire en ligne visant à recueillir les informations suivantes :

- Présence au sein de la PUI d'un.e pharmacien.ne référent.e pour l'établissement pénitentiaire rattaché
- Présence d'un.e pharmacien.ne dans l'établissement pénitentiaire rattaché la PUI (et le cas échéant, quantité d'équivalents temps plein allouée à cette fonction)
- Modalités et fréquence de l'approvisionnement (en AAD) de l'USMP par la PUI
- Modalité et fréquence de la distribution des AAD aux personnes détenues au sein de l'établissement pénitentiaire
- Pratiques pour assurer la continuité thérapeutique en cas de mouvement (transfert, sortie) d'un détenu en cours de traitement par AAD
- Nombre de détenus ayant bénéficié d'un traitement AAD dans l'établissement pénitentiaire rattaché à la PUI, respectivement en 2016, 2017 et 2018 (comptabilisation unique à l'année d'initiation en cas de période de traitement se poursuivant au-delà de la fin de l'année)
- Approvisionnement de l'USMP en préservatifs

Les trois régions d'enquête comptent au total 43 USMP rattachées à 32 établissements hospitaliers différents (plusieurs établissements pénitentiaires étant parfois rattachés à un même établissement hospitalier). Au total, par la collecte directe et l'enquête en ligne, des données ont été recueillies pour 37 USMP correspondant à 29 PUI.

Les résultats de cette enquête sont présentés et discutés dans le *Rapport* comme suit :

- Organisation et modalités de l'approvisionnement des USMP et de la distribution des AAD aux personnes détenues : [partie III.2.2.2.](#) et [Encadré 8.](#)
- Nombre de traitements par AAD initiés en détention et évolution entre 2016 et 2018 : [partie III.2.3.1.](#) et [Encadré 9.](#)

B. Estimation de la cascade de l'accès aux traitements par AAD des personnes entrées en détention en 2017

La représentation graphique « en cascade » des principales étapes de l'accès aux traitements par AAD des personnes détenues a pour objectif d'établir, en 2017 :

- (i) le nombre de personnes estimées séropositives au VHC, et parmi elles le nombre de celles présentant une infection chronique, lors de leur entrée en prison au cours de l'année (*barre 1*)
- (ii) parmi ces personnes séropositives au VHC / infectées chroniques, le nombre et la proportion de celles qui ont été dépistées (*barre 2*)
- (iii) parmi ces personnes dépistées, le nombre et la proportion de celles dont le diagnostic d'infection chronique a été confirmé (*barre 3*)
- (iv) parmi ces personnes diagnostiquées, le nombre et la proportion de celles qui ont reçu un traitement par AAD (*barre 4*)

Sur les 43 établissements pénitentiaires que comptent au total les régions Grand Est, Sud et Île-de-France, 30 ont été inclus, pour lesquels l'ensemble des données nécessaires aux calculs étaient disponibles, à savoir :

- données PIRAMIG, pour 2017 : [*Nb de consultations d'entrée réalisées dans l'année*], [*Nb de tests de dépistages VHC réalisés dans l'année*]
- données de l'enquête PUI : [*Nb de traitements AAD initiés en 2017*]

Chacun des éléments (barres) de la cascade a été calculé comme suit :

Barre 1

Le nombre de personnes entrant en détention au cours de l'année 2017 est documenté par la variable [*Nb de consultations d'entrée réalisées dans l'année*].

Le nombre d'entrants séropositifs au VHC (N_{VHC+}) et le nombre de ceux parmi eux présentant une infection chronique (N_{VHC_chro}) sont calculés en utilisant des estimations de prévalence en milieu pénitentiaire issues de la littérature (*Cf. Rapport, Encadré 3*), à savoir :

- séroprévalence du VHC (P_{VHC+}): 2,9 %¹⁵¹
- prévalence de l'infection chronique par le VHC (P_{VHC_chro}): 1,9 %¹⁵²

Barre 2

Le nombre d'entrants séropositifs au VHC / présentant une infection chronique dépistés ($N_{VHC+_Testés} / N_{VHC_chro_Testés}$) est calculé en utilisant le taux de dépistage à l'entrée en détention, estimé à partir des variables [*Nb de tests de dépistages VIH réalisés dans l'année*] et [*Nb de consultations d'entrée réalisées dans l'année*] comme décrit plus haut dans cette annexe.

Barre 3

Les données disponibles ne permettent pas d'estimer parmi les entrants dépistés positifs le nombre de ceux dont le diagnostic d'infection chronique a été confirmé ($N_{VHC_chro_Diagn}$), cette barre intermédiaire est donc manquante dans la cascade.

Barre 4

Le nombre de personnes détenues ayant reçu un traitement par AAD au cours de l'année ($N_{VHC_chro_Traités}$) est directement renseigné par la variable [*Nb de traitements AAD initiés en 2017*].

¹⁵¹ Remy AJ, Canva V, Chaffraix F, Hadey C, Harcouet L, Terrail N, et al. Amélioration de la prise en charge de l'hépatite C en milieu carcéral en France, état des lieux 2017 : moins de patients mais plus de traitements qu'en 2015 [A paraître, données communiquées au CNS par les auteurs] ; Izquierdo L, Mellon G, Buchaillet C, Fac C, Soutière M-P, Pallier C, et al. (2019) Prevalence of hepatitis E virus and reassessment of HIV and other hepatitis virus seroprevalences among French prison inmates. PLoS ONE 14(6): e0218482.

¹⁵² Izquierdo L, Mellon G, Buchaillet C, Fac C, Soutière M-P, Pallier C, et al. (2019) Prevalence of hepatitis E virus and reassessment of HIV and other hepatitis virus seroprevalences among French prison inmates. *Op. Cit.*

La représentation graphique de la cascade figure dans l'[Encadré 10](#) du *Rapport*.

Le tableau suivant récapitule l'ensemble des données utilisées et calculs réalisés :

Données	[Nb de consultations d'entrée réalisées dans l'année]	24 638
	[Nb de tests de dépistages VHC réalisés dans l'année]	14 163
	[Nb de traitements AAD initiés en 2017]	129
	P_{VHC+}	0,029
	P_{VHC_chro}	0,011
Barre 1	$N_{VHC+} = [Nb\ de\ consultations\ d'entrée\ réalisées\ dans\ l'année] \times P_{VHC+}$	715
	$N_{VHC_chro} = [Nb\ de\ consultations\ d'entrée\ réalisées\ dans\ l'année] \times P_{VHC_chro}$	271 100 %
Barre 2	$N_{VHC+_Testés} = N_{VHC+} \times \frac{[Nb\ de\ tests\ de\ dépistages\ VHC\ réalisés\ dans\ l'année]}{[Nb\ de\ consultations\ d'entrée\ réalisées\ dans\ l'année]}$	255
	$N_{VHC_chro_Testés} = N_{VHC_chro} \times \frac{[Nb\ de\ tests\ de\ dépistages\ VHC\ réalisés\ dans\ l'année]}{[Nb\ de\ consultations\ d'entrée\ réalisées\ dans\ l'année]}$	156 57,5 %
Barre 3	<i>pas de données, mais $N_{VHC_chro_Testés} \leq N_{VHC_chro_Diagn} \leq N_{VHC_chro_Traités}$</i>	≥ 156 ≤ 129
Barre 4	$N_{VHC_chro_Traités} = [Nb\ de\ traitements\ AAD\ initiés\ en\ 2017]$	129 47,6 %

Discussion

Les résultats de la cascade sont présentés et discutés dans le *Rapport* en [partie III.2.3.2](#). A titre complémentaire, les observations suivantes peuvent être apportées, concernant certaines limites méthodologiques :

- L'estimation de la cascade a été construite par des moyens indirects, faute en particulier de données sur les résultats des dépistages pratiqués en détention et/ou sur les diagnostics d'infection chronique confirmés. Les effectifs des barres 1 et 2 de la cascade ont été établis à partir d'estimations issues de la littérature de séroprévalence du VHC et de prévalence de l'infection chronique en milieu pénitentiaire en 2017. Ces estimations présentent des fragilités, qui ont été soulignées précédemment (*Cf. Rapport, partie II.1.2.1.2*). Les limites du ratio utilisé pour approximer le taux de dépistage des personnes détenues à l'entrée en détention ont également été exposées plus haut dans cette annexe. La barre 3 de la cascade n'a pu être estimée.
- Toutefois, l'intérêt de cette cascade réside moins dans les valeurs produites, que dans son profil global et les ordres de grandeur qu'elle met en évidence, à savoir l'impact prépondérant de l'insuffisance du dépistage sur la proportion de personnes détenues porteuses d'une infection chronique qui accèdent effectivement au traitement par AAD à l'occasion de leur passage en détention.
- La même remarque vaut concernant la représentativité au plan national des résultats obtenus à partir des données de seulement trois régions. (*Cf. Rapport, partie III.2.3.2*).

ANNEXE 2 : INDEX DES SIGLES

AAD : Antiviraux d'action directe	DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
ACS : Aide au paiement d'une complémentaire santé	DROM : Départements et régions d'outre-mer
AERLI : Accompagnement et éducation aux risques liés à l'injection	ENAP : Ecole nationale d'administration pénitentiaire
AME : Aide médicale de l'État	EP : Etablissement pénitentiaire
ANRS : Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales	ETP : Equivalent temps plein
ARS : Agence régionale de santé	HAS : Haute Autorité de santé
ASS : Assistant de service social	IGAS : Inspection générale des affaires sociales
CAARUD : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues	IGSJ : Inspection générale des services judiciaires
CD : Centre de détention	IST : Infection sexuellement transmissible
CDAG : Consultation de dépistage anonyme et gratuit	MA : Maison d'arrêt
CeGIDD : Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic	MC : Maison centrale
CFES : Comité français d'éducation pour la santé	MIG : Missions d'intérêt général
CGLPL : Contrôleur général des lieux de privation de liberté	MIGAC : Missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation
CMU-C : Couverture maladie universelle complémentaire	OMS : Organisation mondiale de la santé
CNI : Carte nationale d'identité	OSSD : Observatoire des structures de santé des personnes détenues
CNPE : Centre national de gestion de la protection sociale des personnes écrouées	PES : Programme d'échange de seringues
CNS : Conseil national du sida et des hépatites virales	PF : Parloir familial
CODES : Comité départemental d'éducation pour la santé	PIRAMIG : Pilotage des rapports d'activité des missions d'intérêt général
Corevih : Comité de coordination régionale de lutte contre le VIH	PNSP : Plan national de santé publique
CP : Centre pénitentiaire	PPSMJ : Personne placée sous main de justice
CPA : Centre pour peine aménagée	PrEP : Prophylaxie pré-exposition
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie	PUI : Pharmacie à usage intérieur
CPIP : Conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation	PUMa : Protection universelle maladie
CPP : Code de procédure pénale	qCD : Quartier centre de détention
CPU : Commission pluridisciplinaire unique	qMA : Quartier maison d'arrêt
CRA : Centre de rétention administrative	qMC : Quartier maison centrale
CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie	RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire
CSL : Centre de semi-liberté	RdR : Réduction des risques
CSP : Code de la santé publique	RdRD : Réduction des risques et des dommages liés à l'usage de drogues
CV : Charge virale	RdRS : Réduction des risques sexuels
DAP : Direction de l'administration pénitentiaire	SMPR : Service médico-psychologique régional
DGOS : Direction générale de l'offre de soins	SPIP : Service pénitentiaire d'insertion et de probation
DGS : Direction générale de la santé	TasP : Effets du traitement en prévention
DISP : Direction interrégionale des services pénitentiaires	TPE : Prophylaxie post-exposition
DPIP : Directeur pénitentiaire d'insertion et de probation	TROD : Test rapide d'orientation diagnostique
	TSO : Traitement de substitution aux opiacés
	UDI : Usager de drogues injectables
	USMP : Unité sanitaire en milieu pénitentiaire
	UVF : Unité de vie familiale
	VHB : Virus de l'hépatite B
	VHC : Virus de l'hépatite C
	VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

ANNEXE 3 : REMERCIEMENTS – LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

La commission « Prisons » du Conseil national du sida et des hépatites virales souhaite remercier les personnes qu'elle a rencontrées,

dans le cadre de ses auditions nationales :

- *au titre de leurs travaux de recherche, de leur expérience professionnelle, de leur expertise personnelle et/ou de l'expertise de leur organisation, dans les différents champs intéressant la mission :*
 - 27/09/2018 : **Meoin HAGEGE**, Sociologue, CHU Henri Mondor, Service de santé publique / CEpiA (Clinical Epidemiology and Ageing)
 - 27/09/2018 et 09/11/2018 : **Christine BARBIER**, Médecin de santé publique, Commission « prison » du COREVIH Île-de-France Est
 - 27/09/2018 : **Catherine FAC**, Médecin coordonnateur, USMP du CP de Fresnes
 - 18/10/2018 : **François BES**, Coordinateur du pôle enquête, Observatoire international des prisons
 - 19/10/2018 : **Ridha NOUIOUAT**, Responsable des Programmes « Prévention et soutien en milieu pénitentiaire », association Sidaction, Paris
 - 19/10/2018 : **Anne MISBACH**, Coordinatrice, COREVIH Grand-Est
 - 19/10/2018 : **Julien MOREL D'ARLEUX**, Directeur des services pénitentiaires (intervention à titre personnel)
 - 09/11/2018 : **Philippe MALFRAIT**, Responsable régional, association AIDES Grand-Est
 - 09/11/2018 : **Nathalie VALLET**, Travailleur social, association CASP-Arapej
 - 16/11/2018 : **Emmanuel LUNEAU**, Médecin responsable, Unité Fonctionnelle « Prévention, Education, Santé » du CHRU de Lille
 - 16/11/2018 : **André JEAN-REMY**, Médecin coordonnateur, USMP du CP de Perpignan

- *au titre de leurs fonctions dans les administrations centrales ou organismes concernés :*
 - 29/11/2018, DGS, Sous-direction santé des populations et prévention des maladies chroniques, Paris : **Christophe MICHON**, Coordinateur Santé des personnes sous main de justice et **Jean-Michel TASSIE**, Adjoint au chef de bureau prévention des addictions (SP3), précédemment Chargé de mission hépatites au sein du bureau VIH, IST, hépatites et tuberculose (SP2)
 - 20/12/2018, DGOS, Sous-direction de la régulation de l'offre de soins, Bureau prise en charge post aiguës, pathologies chroniques et santé mentale (R4), Paris : **Virginie BONFILS** et **Caroline FRIZON**, Chargées de mission sur l'organisation des soins aux personnes détenues, **Gérald ASTIER**, Chargé de mission VIH-Hépatites, auteurs de violences sexuelles, prestataire de services et distributeurs de matériel
 - 05/02/2019 *par audioconférence*, CNPE (Centre National des Personnes Ecrouées), CPAM du Lot : **Laura ZANIN**, Directrice Adjointe
 - 05/09/2019, Paris, DAP : **Stephane BREDIN**, Directeur de l'administration pénitentiaire, **Audrey FARRUGIA**, Sous-directrice de l'insertion et de la probation, **Amin MBARKI**, Chef de département des politiques sociales et des partenariats, **Lucie CHARBONNEAU**, Cheffe du pôle santé, Département des politiques sociales et des partenariats

dans le cadre de ses auditions et visites d'établissements pénitentiaires en région Grand-Est :

- 19/03/2019, Centre hospitalier de Verdun-Saint-Mihiel, PUI : Hélène **VIGOUROUX**, Pharmacienne
- 20/03/2019 *par audioconférence*, Centre de détention de Montmédy, USMP : **Jean-Luc WAGLER**, Médecin
- 20/03/2019, Centre de détention de Saint-Mihiel : **Roxane RADENNE**, Cadre de Santé (USMP), **Gaelle COLLIN**, Directrice des personnels d'insertion et de probation, **Patrick COLLIGNON**, Directeur d'établissement
- 20/03/2019, Centre hospitalier de Verdun-Saint-Mihiel : **Christophe CREUSAT**, Médecin responsable et **Marie-Line PICARD**, Infirmière (CeGIDD) - **Dominique GUIRLET**, Médecin responsable et **Pierre WERNERT**, Infirmier (CSAPA)
- 08/04/2019, CHRU de Nancy : **Francis BRUNEAU**, Directeur général adjoint - **Michaël BIRSCH**, Médecin coordonnateur, Psychiatre Addictologue (CSAPA - Maison des addictions) - **Béatrice DEMORE**, Pharmacien Chef de pôle et **Agnès MULOT**, Pharmacien (PUI) - **Bruno HOEN**, Médecin, Chef de service maladies infectieuses, Président du COREVIH Grand-Est et **Marie ANDRE**, Médecin (CeGIDD)
- 09/04/2019, Centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville : **Patrick PETON**, Médecin coordonnateur et **Denis TITAH**, Cadre de santé (USMP) - **Hugues STAHL**, Directeur d'établissement, **Sophie DEBRIL**, Directeur adjoint et **Fadila DOUKHI**, représentante du personnel surveillant
- 09/04/2019, ARS Grand Est, Nancy : **Frédéric CHARLES**, directeur adjoint des soins de proximité, **Virginie ARNOULD**, Référente Soins aux Détenus (Département appui aux coordinations territoriales,

aux coopérations et à la prise en charge des soins non programmés), **Thomas MERCIER**, Conseiller médical, Co-pilote PRS soins aux détenus (Département politique régionale de santé) et **Nathalie SIMONIN**, Responsable du Département promotion de la santé, prévention et vulnérabilité

- **10/04/2019**, DISP Grand-Est, Strasbourg : **Mélanie HERRMANN**, Responsable de l'action sanitaire - Unité des politiques Publiques d'Insertion (Département des Politiques d'Insertion de Probation et de Prévention de la Récidive) et **Nordine GHERAISSA**, Responsable Hygiène Santé Sécurité au Travail et Correspondant Handicap (Département des ressources humaines et des relations sociales)
- **10/04/2019**, USMP de la Maison d'arrêt de Strasbourg : **Elise GAUGLER**, Médecin coordinatrice, **Anne KENNEL**, Cadre de Santé et **Kilifa MEGHIT**, Médecin
- **10/04/2019**, Strasbourg, SOS Hépatites Alsace : **Frédéric CHAFFRAIX**, Président et **Carmen HADEY**, Vice-Présidente
- **11/04/2019**, SMPR de la Maison d'arrêt de Strasbourg : **Thierry ROYER**, Médecin responsable CSAPA, **Ingrid ULLMAN**, Cadre de santé, **Marie-Aurélia KIEFFER**, secrétaire, **Julien BILAC**, psychologue SMPR/CSAPA et **Laëtitia WOLF**, neuropsychologue SMPR/CSAPA
- **11/04/2019**, PUI des Hôpitaux universitaires de Strasbourg : **Raphaël PASSEMARD**, Pharmacien et **Bénédicte GOURIEUX**, Pharmacien chef de service
- **12/04/2019**, Ensisheim, Maison centrale de Ensisheim : **Jacques COGITORE**, Médecin responsable (USMP), **Guillaume GOUJOT**, Directeur d'établissement, **Véronique TABARLY**, conseillère pénitentiaire d'insertion et probation, **Loanza AVILON**, Représentante du personnel surveillant, **Stéphanie GIRARD**, Assistante de prévention et **Linda ZIMMERMANN**, Responsable formation du personnel
- **13/05/2019** *par audioconférence*, AIDES Grand-Est : **Christian VERGER**, Président
- **14/05/2019** *par audioconférence*, Hôpitaux universitaires de Strasbourg : **Michèle MERTZ**, Direction des Projets et **Mathilde ROUSSEAU**, Directrice déléguée de pôle
- **14/05/2019** *par audioconférence*, SPIP de Meurthe-et-Moselle : **Cyrille PERROT**, Adjoint au directeur
- **15/05/2019** *par audioconférence*, USMP du Centre de détention de Saint-Mihiel : **Philippe MARTIN**, Médecin responsable
- **12/06/2019** *par audioconférence*, CeGIDD des Hôpitaux universitaires de Strasbourg : **David REY**, Responsable médical

dans le cadre de ses auditions et visites d'établissements pénitentiaires en région Sud :

- **01/04/2019**, ARS PACA, Marseille : **Evelyne FALIP**, Référente Psychiatrie et soins en détention et **Caroline VAN DE VONDELE**, Chargée de mission soins en détention (Direction de l'organisation des soins) - **Pascale LICARI**, Conseillère médicale, responsable Sport Santé, DO cancer, obésité, référente transversale hépatite C et **Christophe BARRIERES**, Référent VIH, responsable de l'ETP (Département prévention et promotion de la santé)
- **02/04/2019**, AIDES PACA, Marseille : **Hervé RICHAUD**, Directeur
- **02/04/2019**, COREVIH PACA Ouest-Corse, Marseille : **Patricia ENEL**, Présidente, **Jean-Marc POLESEL**, Coordinateur
- **03/04/2019**, Maison d'Arrêt de Marseille : **Christophe BARTOLI**, Médecin chef de service USMP somatique, **Catherine PAULET**, Psychiatre, Cheffe de Pôle, Cheffe de service SMPR, **Jean-Marie RUIZ**, Médecin Infectiologue et **Frédéric JOUVE**, Médecin (USMP) - **Olivier BAGNIS**, Psychiatre (CSAPA) - **Valérie COMBRALIER**, Pharmacienne (PUI) - **Nina MIEL**, Directrice SPIP et **Emmanuel ROSSINI**, CPIP référent transversal santé - **Yves FEUILLERAT**, Directeur d'établissement, **Sabine MOUTOT**, Directrice adjointe et **Michel BARRASTE**, Attaché responsable du greffe - **Christophe BUONO**, **Catherine FORZI** et **Karine PRETERIENS**, Représentants du personnel surveillant
- **04/04/2019**, USMP du Centre pénitentiaire d'Aix-Luyens : **Sophie LANIS**, Médecin Cheffe de service USMP, **Hervé ROBERT**, Faisant fonction de cadre de santé
- **04/04/2019**, CH Intercommunal Aix-Pertuis : **Hervé DANY**, Directeur adjoint - **Marie-Madeleine CHAUDOREILLE**, Pharmacienne Cheffe de service et **Audrey GASCON**, Pharmacienne (PUI)
- **04/04/2019**, Association Nouvelle Aube, Marseille : **Joachim LEVY**, Directeur
- **05/04/2019**, Centre Pénitentiaire de Toulon-La Farlède : **Géraldine DESCAMPS**, Infirmière, Référente hépatites et VIH, **Muriel MISSEREY**, Cadre de santé et **Laurence PERNICE**, Médecin coordonnateur (USMP) - **Sophie BONDIL**, Directeur d'établissement - **Joseph NJAMA**, directeur d'antenne du SPIP de Toulon - **Eric BRECCQUEVILLE** et **Antoine CID**, représentants du personnel surveillant
- **05/04/2019**, CODES 83, Toulon : **Mélanie PORTE**, Adjointe de direction
- **05/04/2019**, Association AIDES Var, Toulon : **Claire DUGUEUX** et **Francis DURAND**
- **05/04/2019**, PUI du Centre hospitalier intercommunal Toulon-La Seyne-sur-Mer : **Céline BRESSIN** et **Odile LE MOUËL**, Pharmaciennes
- **09/05/2019** *par audioconférence*, DISP Sud-Est, Marseille : **Carole CHEVALIER**, Cheffe du département des politiques d'insertion de probation et de prévention de la récidive et **Laure MORETTI**, Adjointe de la cheffe du DPIPPR, Référente santé/prévention du suicide/mineurs

dans le cadre de ses auditions et visites d'établissements pénitentiaires en région Île-de-France :

- 22/05/2019, ARS Île-de-France, Paris, Direction de la Promotion de la santé et de la réduction des inégalités : **Denis LEONE**, Responsable des affaires transverses, **Florence PUECH**, Référente Santé/Détenus, **Frédéric GOYET**, Référent médical VIH-IST-hépatites
- 24/05/2019 *par audioconférence*, CAARUD Interlud'77 : **Mathieu CHERON**, Educateur spécialisé, Référent des actions en Milieu Carcéral
- 28/05/2019, DISP Ile-de-France, Paris : **Sandrine ROSSI**, Cheffe du département, **Viviane MARTIAL**, Adjointe à la Cheffe du département
- 04/06/2019, Centre pénitentiaire du Sud Francilien - Réau, Melun : **Emmanuel PROTAIS**, Médecin et **Elisabeth GEOFFRION**, Cadre de santé (USMP) - **Cécile DURAND**, Directrice adjointe SPIP 77 et **Maude BELLEMARRE**, Directrice stagiaire - **Arnaud SOLERANSKI**, Directeur d'établissement - **Loïc DELBROC**, **Cyril FREY** et **Vanessa MAXIMIN**, Représentants du personnel surveillant - **Kevin CHANNAT**, **Romain FOUCAULT**, **Mickaël BIMANE**, **Will-James NARCISSE**, Moniteurs de sport
- 05/06/2019, Maison d'Arrêt de Fleury-Mérogis : **Valérie KANOUI**, Médecin Cheffe de service de l'USMP, **Marc-Antoine VALANTIN**, Médecin infectiologue, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, **Violaine LE BOUAR LACROUX**, Pharmacienne, Isabelle BOUYER, Pharmacienne (PUI) - **Rose NGUYEN TAN LUNG**, Gynécologue (USMP / Maison d'Arrêt des femmes) - **Pascal FORISSIER**, Psychiatre Chef de Service SMPR, **Harold GONTARD**, Médecin addictologue, Référent du CSAPA et **Claire CUGIER**, Psychiatre (SMPR/CSAPA) - **Vinciane HUBERT**, Directrice pénitentiaire d'insertion et de probation - **Laure HACCOUN**, Directrice de la sécurité, **Rémy PECH**, Directeur des services de l'Infrastructure et du Bâtiment C, **Mario GUZZO**, Commandant Pénitentiaire, Responsable des services de l'Infrastructure et du Bâtiment C

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE.....	3
AVANT-PROPOS.....	5
I. OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE DE LA MISSION.....	6
1. PÉRIMETRE ET OBJECTIFS OPÉRATIONNELS DE LA MISSION.....	6
1.1. Population détenue et établissements pénitentiaires inclus dans la mission.....	6
1.2. Objectifs opérationnels de la mission.....	7
2. MÉTHODOLOGIE DE TRAVAIL.....	9
2.1. Au niveau national.....	9
2.2. Au niveau territorial.....	9
II. OBSERVATIONS SUR LE CONTEXTE GLOBAL DE LA MISSION.....	11
1. EN DÉPIT DE SA FORTE EXPOSITION AU VHC, LA POPULATION DES PERSONNES DÉTENUES EST PEU DOCUMENTÉE, TANT DU POINT DE VUE DE L'ÉPIDÉMIOLOGIE QUE DE LA PRISE EN CHARGE.....	11
1.1. Le parcours des personnes détenues est souvent marqué par de nombreux facteurs majorant leur exposition aux risques infectieux et notamment au VHC, mais les données disponibles sont excessivement anciennes.....	11
1.2. Les données épidémiologiques et de prise en charge du VHC chez les personnes détenues sont anciennes et lacunaires.....	12
1.2.1. La situation épidémiologique actuelle de l'infection par le VHC dans la population détenue et son évolution sont mal connues.....	13
1.2.1.1. Le contexte épidémiologique en population générale.....	13
1.2.1.2. L'épidémie de VHC dans la population des personnes détenues.....	13
1.2.2. Il n'existe pas de recueil organisé des données de prise en charge du VHC en milieu pénitentiaire.....	15
2. LA CAPACITÉ DES SERVICES DE SANTÉ EN MILIEU PENITENTIAIRE À REMPLIR PLEINEMENT LEURS MISSIONS EST ENTRAVÉE PAR DES CONDITIONS D'EXERCICE DÉGRADÉES.....	16
2.1. Différentes catégories de personnels sanitaires et pénitentiaires sont en forte tension, dans un contexte de faible attractivité des fonctions.....	16
2.1.1. Les problèmes de démographie médicale apparaissent majorés en milieu pénitentiaire.....	16
2.1.2. Les situations de sous-effectif en personnels surveillants ont également un impact important sur le fonctionnement des unités sanitaires.....	17
2.2. De nombreux facteurs influent sur la cohésion et le dynamisme des équipes, notamment les difficultés de communication et de coordination entre les services et les personnels sanitaires et pénitentiaires.....	18
2.2.1. La communication et la coordination entre les services de santé et les services pénitentiaires demeure un sujet sensible.....	18
2.2.2. La communication et la coopération est parfois difficile également entre services de santé somatique et psychique.....	19
2.3. Différents déficits de sensibilisation et de formation parmi les personnels tant pénitentiaires que sanitaires sont constatés mais sont rarement comblés.....	19

III. OBSERVATIONS SUR L'ORGANISATION ET LA MISE EN ŒUVRE DU PARCOURS VHC EN DÉTENTION.....	22
1. L'INSUFFISANCE DU DÉPISTAGE DU VHC EST LE PRINCIPAL OBSTACLE À L'ACCÈS AU TRAITEMENT PAR LES AAD ET À LA GUÉRISON	22
1.1. L'organisation du dépistage du VHC, du VIH, et du VHB en milieu pénitentiaire repose à la fois sur un cadre règlementaire ancien et un corpus de recommandations de bonnes pratiques davantage actualisé.....	22
1.2. Les taux de dépistage réalisés en détention, et notamment à l'entrée, demeurent insuffisants.....	23
1.2.1. L'efficacité globale du dispositif d'offre de dépistage du VIH, du VHB et du VHC en milieu pénitentiaire s'avère difficile à évaluer.....	23
1.2.2. La commission estime que les taux de dépistages en détention sont insuffisants et donc préoccupants.....	26
1.2.2.1. <i>Le nombre de sérologies VIH, VHC et VHB réalisées est conséquent.....</i>	<i>26</i>
1.2.2.2. <i>... mais il demeure très insuffisant si on le rapporte à la population détenue.....</i>	<i>26</i>
1.3. Le dépistage est très généralement proposé à l'entrée en détention et relativement bien accepté, mais sa réalisation apparaît très inégale.....	28
1.3.1. L'acceptabilité du dépistage par les personnes détenues paraît assez bonne, mais dépend de facteurs multiples.....	29
1.3.1.1. <i>Peu mesurés, les refus du dépistage dans le contexte d'entrée en détention concerneraient de l'ordre d'un tiers des personnes détenues.....</i>	<i>29</i>
1.3.1.2. <i>Les motifs de refus sont de nature très hétérogène.....</i>	<i>29</i>
1.3.1.3. <i>La temporalité de l'offre de dépistage influe sur l'acceptabilité.....</i>	<i>30</i>
1.3.2. L'organisation des dépistages quasi exclusivement par sérologie entraîne une réalisation différée, qui s'avère souvent peu priorisée et aléatoire.....	30
1.3.2.1. <i>Les prélèvements sanguins sont réalisés selon des modalités et dans des délais très variables.....</i>	<i>31</i>
1.3.2.2. <i>Les sérologies négatives font rarement l'objet d'un rendu systématique des résultats.....</i>	<i>32</i>
1.3.3. Certaines unités sanitaires sont parvenues à mettre en place des circuits courts de dépistage.....	32
1.4. Les opportunités de réitération du dépistage durant le séjour en détention et en prévision de la sortie demeurent faibles voire inexistantes.....	32
1.4.1. Les dépistages à la demande de la personne détenue restent rares.....	32
1.4.2. Les USMP n'organisent pas de reposition systématique des dépistages à intervalle régulier ni en vue de la sortie.....	33
1.4.3. La pratique de reposition opportuniste des dépistages en cas de repérage d'une situation d'exposition aux risques apparaît inégale et généralement limitée.....	33
1.4.4. Les dépistages ne sont que rarement proposés et réalisés en fin de détention.....	33
1.5. En dépit des avantages manifestes que pourraient apporter les TROD, les USMP dans leur grande majorité ne se sont pas emparées de cet outil.....	34
1.6. Certaines USMP s'appuient sur un partenariat avec un CeGIDD pour organiser le dépistage, or les observations de la commission interrogent fortement la pertinence et l'efficacité de ce modèle.....	35
1.7. L'offre de dépistage en détention est insuffisamment diversifiée, faute de s'appuyer davantage et de manière coordonnée sur l'ensemble des acteurs, internes comme extérieurs, susceptibles d'y contribuer.....	36
1.7.1. La contribution au dépistage des services et structures assurant la prise en charge de la santé mentale et des addictions est inégale, souvent insuffisante et trop peu coordonnée avec les unités sanitaires.....	36
1.7.2. Quand il en existe, les partenaires associatifs extérieurs concourant à la prévention et la promotion de la santé peuvent favoriser l'accès au dépistage, voire y contribuer directement quand ils sont habilités à réaliser des TROD.....	37

2. MALGRÉ DES DÉLAIS DE MISE AU TRAITEMENT INÉGALEMENT OPTIMISÉS, LA PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE DES DÉTENUS DIAGNOSTIQUÉS EST GLOBALEMENT SATISFAISANTE	38
2.1. Les conditions d'accès aux traitements par AAD se sont simplifiées et différents obstacles d'ordre règlementaire et financier ont été levés.....	39
2.2. Les USMP se sont inégalement emparées des opportunités de simplifier le parcours de soins et d'optimiser les délais aux différentes étapes, mais l'accès au traitement paraît globalement assuré.....	40
2.2.1. De la confirmation du diagnostic à la prescription du traitement, une organisation très variable des étapes selon les établissements.....	40
2.2.1.1. L'organisation des phases du bilan initial pourrait être accélérée dans une partie des établissements.....	42
2.2.1.2. Trop peu d'USMP ont mis en place un circuit court de décision thérapeutique et de prescription pour les patients relevant d'une prise en charge simplifiée.....	43
2.2.1.3. Les équipes des USMP doivent être davantage accompagnées dans la mise en place du parcours simplifié.....	44
2.2.2. Une fois prescrits, les traitements sont délivrés rapidement et sans difficultés particulières aux personnes détenues.....	45
2.2.3. Le suivi thérapeutique et post-thérapeutique est correctement assuré en détention, mais plus aléatoire s'il doit être poursuivi en milieu ouvert.....	46
2.3. L'approche quantitative confirme un taux correct d'accès au traitement par AAD une fois que les personnes ont été dépistées.....	47
2.3.1. Un nombre de traitements par AAD initiés globalement en hausse mais des tendances très différentes dans les trois régions visitées.....	48
2.3.2. Une fois dépistées, plus de huit personnes détenues éligibles au traitement sur dix y accèdent effectivement au cours de leur détention.....	49
3. L'OFFRE DE PRÉVENTION ET DE RÉDUCTION DES RISQUES EN MILIEU CARCÉRAL DEMEURE INFÉRIEURE À L'OFFRE EN MILIEU OUVERT ET INSUFFISAMMENT ACCESSIBLE	50
3.1. L'information et la promotion de la santé concernant la prévention des risques infectieux est peu développée en milieu pénitentiaire.....	50
3.1.1. Les supports d'information en prévention sont souvent peu adaptés au public pénitentiaire et inégalement mis à disposition.....	51
3.1.2. Les actions d'éducation pour la santé et de prévention des risques infectieux en milieu pénitentiaire sont réduites à la portion congrue.....	53
3.2. L'offre de RdRD en détention demeure incomplète, inégalement déployée et peu accessible.....	53
3.2.1. L'usage de drogues en détention est une réalité reconnue par tous les acteurs mais les pratiques de consommation et la population concernée sont mal documentées.....	53
3.2.2. La commission s'est également interrogée sur l'émergence de pratiques d'injection de produits anabolisants en lien avec la pratique intensive du sport, sans toutefois pouvoir conclure.....	54
3.2.3. La prise en charge des addictions en milieu pénitentiaire repose sur des schémas d'organisation très variables selon les établissements.....	55
3.2.4. L'accès aux traitements de substitution aux opiacés est globalement assuré.....	55
3.2.5. En dépit des avancées législatives récentes, l'accès aux outils de réduction des risques et des dommages liés aux pratiques d'injection et d'inhalation n'est toujours pas assuré en milieu pénitentiaire.....	56
3.2.5.1. L'eau de Javel est actuellement le seul dispositif de réduction des risques liés à l'injection proposé en détention en France, or sa mise à disposition est peu effective.....	56
3.2.5.2. L'absence des outils efficaces de RdRD dans les établissements pénitentiaires français est incohérente et anachronique.....	57
3.2.5.3. Après des années d'immobilisme, le cadre légal concernant l'accès aux dispositifs de RdRD a évolué favorablement en 2016, mais n'est toujours pas mis en œuvre.....	58
3.2.5.4. La RdRD continue par ailleurs de susciter un intérêt inégal et parfois des clivages parmi les personnels sanitaires.....	59
3.2.5.5. Les personnels pénitentiaires sont trop peu informés et parfois désinformés concernant la démarche de RdRD, favorisant des attitudes de rejet.....	60

3.3. La commission opère des constats sévères concernant l'accès aux outils de RdRS, quand bien même l'enjeu est relativement marginal pour la prévention de la transmission du VHC.....	60
3.3.1. Ni autorisée, ni interdite, la sexualité en détention demeure un sujet tabou.....	60
3.3.2. L'accès aux outils de réduction des risques sexuels et notamment aux préservatifs est restreint.....	61
4. EN DÉPIT DE CERTAINES SIMPLIFICATIONS, LES MÉCANISMES D'ACCÈS AUX DROITS SOCIAUX DES PERSONNES DÉTENUES DEMEURENT COMPLEXES ET LES ACTEURS DE LEUR MISE EN PLACE SONT DIFFICILES À IDENTIFIER.....	62
4.1. En charge de coordonner l'action sociale en faveur des détenus, les SPIP sont en difficulté pour assurer cette part de leurs missions.....	63
4.1.1. Une partie importante des personnes détenues ne bénéficie pas d'une préparation à la sortie, ce qui accentue le risque de rupture des droits et d'éloignement des soins.....	63
4.1.2. Les missions des services pénitentiaires d'insertion et de probation ont évolué au détriment du travail social.....	64
4.1.3. Dans ce contexte, la commission observe que l'attention portée à l'accompagnement social est très inégale et reflète des conceptions de l'exercice professionnel et des degrés d'implication très divergents selon les services et les agents.....	65
4.1.4. La collaboration entre les SPIP et les USMP est inégale et la plupart du temps insuffisante.....	66
4.2. L'accès à l'assurance maladie est correctement assuré au cours de la détention, mais le maintien des droits à la sortie demeure complexe dans certains cas.....	66
4.2.1. Les délais d'affiliation sont désormais satisfaisants.....	66
4.2.2. Des risques de reculs ou perte des droits existent en revanche à la sortie.....	67
4.3. L'accès ou la continuité d'accès aux différents droits sociaux à la sortie sont compromis par des difficultés d'obtention ou de renouvellement des documents d'identité ou de séjour au cours de la détention.....	68
4.3.1. Suite à la dématérialisation des démarches permettant d'obtenir une carte nationale d'identité, de nombreuses préfectures n'assurent plus l'instruction des dossiers des personnes détenues.....	68
4.3.2. La plupart des préfectures s'opposent à la délivrance ou au renouvellement des titres de séjour des personnes détenues de nationalité étrangère.....	68
CONCLUSION.....	70
ANNEXES.....	71
ANNEXE 1 : INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES SUR L'APPROCHE QUANTITATIVE, SOURCES DES DONNÉES EXPLOITÉES, MÉTHODOLOGIE DE TRAITEMENT ET RÉSULTATS DÉTAILLÉS.....	71
1. Évaluation de la réalisation des dépistages du VIH, du VHB et du VHC au sein des USMP à partir de leurs données d'activité.....	71
A. Estimation du nombre annuel de sérologies du VIH, du VHC et du VHB réalisées par les USMP entre 2012 et 2017.....	72
B. Estimation des taux de dépistage du VHC en détention en 2017.....	73
2. Évaluation de l'accès aux traitements par AAD dans les établissements pénitentiaires des régions Grand Est, Sud et Île-de-France.....	75
A. Enquête auprès des pharmacies hospitalières à usage interne (PUI) de rattachement des USMP.....	75
B. Estimation de la cascade de l'accès aux traitements par AAD des personnes entrées en détention en 2017.....	76
ANNEXE 2 : INDEX DES SIGLES.....	78
ANNEXE 3 : REMERCIEMENTS – LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES.....	79
TABLE DES MATIÈRES.....	82