

RESONANCE SANTE

Numéro 17 - Janvier 2011

Bulletin d'information de REVIH-STS
Réseau de Santé VIH - Hépatites - Toxicomanies en Savoie

Numéro spécial Santé en prison

Sommaire

Edito

UCSA

Problématiques de santé
en milieu carcéral

Zoom sur la Savoie

Éducation à la santé

Réduction des risques en
prison

Bloc-notes

Comité de rédaction

Dr Bruno de GOER

Dr Jean-Luc VIGNOULLE

Laetitia TORCHIO

EDITO

Comme tous les ans, décembre commence par la journée mondiale du Sida qui, cette année dans notre département, a bien pâti des conditions météorologiques notamment à Chambéry qui battait son record d'enneigement !

Le message principal de cette journée était l'invitation de la population française de 15 à 70 ans à se faire dépister. On estime en effet à 50.000 le nombre de personnes ignorant qu'elles sont contaminées par le VIH. Ce message est à diffuser largement autour de nous.

La proposition de dépistage est faite systématiquement depuis 10 à 15 ans aux personnes entrant en prison. Si la santé en milieu carcéral ne se limite pas aux pathologies VIH, hépatites et toxicomanies, celles-ci y sont très présentes. Ce numéro de Résonance est consacré au travail fait dans les prisons, avec un zoom en Savoie, pour mieux dépister, soigner et prévenir ces pathologies.

L'association REVIH-STS travaille son projet 2011 qui vous sera proposé lors d'une assemblée générale au printemps prochain. Au nom de ses administrateurs, je vous souhaite une année 2011 pleine d'énergie et de dynamisme.

Jean-Luc VIGNOULLE Président de REVIH-STS

QU'EST-CE QU'UNE UCSA ?

Les **Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires** ressemblent à de gros dispensaires permettant d'assurer des soins aux personnes détenues, essayant d'aller vers une qualité équivalente aux soins en ville. Il y a deux établissements pénitentiaires en Savoie, le centre pénitentiaire de Aiton et la maison d'arrêt de Chambéry, il y a donc deux **UCSA**.

Les équipes des UCSA

Ces équipes sont pluridisciplinaires, elles dépendent de deux centres hospitaliers, celui de Chambéry pour les prises en charge somatiques et celui de Bassens pour les prises en charge spécialisées en psychiatrie. Elles sont composées de médecins (généralistes, spécialistes, psychiatres), de cadres de santé et d'infirmiers, de dentistes et assistants dentaires, de personnel de pharmacie (pharmaciens, préparatrices), de radiologie (manipulateur radio), de secrétaires, kinésithérapeutes et autres intervenants ponctuels (opticien...).

Les équipes hospitalières travaillent en collaboration avec les équipes de l'administration pénitentiaire, en particulier, un surveillant est présent à l'UCSA, il assure les mouvements des détenus et la sécurité. Mais la confidentialité est bien assurée.

Les soins en prison

Ils sont très divers, tout d'abord les médecins avec l'aide des infirmiers voient tous les détenus entrant, détectent les problèmes de santé, font le point sur les pathologies chroniques et les traitements en cours.

Les soins courants sont la délivrance des traitements (dont la substitution), les soins de traumatologie, les pansements, les urgences, la prévention (vaccinations) et le dépistage (l'UCSA est une antenne CIDDIST : Centre d'Information de Dépistage et de Diagnostic des IST), les suivis radiologiques, les soins dentaires...

Les personnels spécialisés en psychiatrie assurent les consultations avec le psychiatre, des entretiens d'aide, le suivi des traitements retardés, de substitution, les suivis psychologiques, des groupes de parole.

Les équipes assurent aussi la coordination des soins extra-muros, avec les hôpitaux référents et autres, les unités d'hospitalisation en milieu carcéral (Unité Hospitalière de Soins Interrégionale = UHSI, Unité Hospitalière Spécialement Aménagée = UHSA).

L'éducation au patient, que ce soit individuelle ou en groupe, est une activité importante, ainsi que la préparation des prises en charge des soins à la sortie si nécessaire.

L'accessibilité aux soins et la dimension éthique sont deux priorités dans les soins aux détenus, la qualité de ces soins est sous la responsabilité des hôpitaux référents. L'UCSA étant un service hospitalier, il est possible de le joindre pour la continuité des soins, comme tout autre service.

Maud GENOUX Cadre de santé UCSA

LA PROBLEMATIQUE DU VIH, DES HEPATITES ET DE LA TOXICOMANIE EN MILIEU CARCERAL

Ces trois thèmes sont fortement liés, les toxicomanes injecteurs ont été lourdement touchés par le SIDA durant les 15 premières années de l'épidémie : les politiques de réduction des risques, la mise sur le marché des traitements de substitution aux opiacés et l'arrivée des multithérapies antirétrovirales ont permis de réduire considérablement l'incidence du VIH dans cette population réputée difficile. Ils restent toujours fortement à risque de contamination pour le virus de l'hépatite C, et à moindre échelle pour le virus de l'hépatite B (grâce à la protection vaccinale, certes encore insuffisante).

D'ailleurs, l'épidémie de SIDA a été un des moteurs de la loi du 18 janvier 1994 qui a «réformé» la prise en charge sanitaire des détenus avec, entre autres, le rattachement des Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (= infirmerie des prisons) à un service public hospitalier et l'amélioration de la couverture sociale des détenus.

1/ Ces 3 pathologies virales sont surreprésentées en prison. Ainsi :

- la prévalence du VIH est évaluée à 1,1% (DREES 2003) (0,4% dans la population générale)

- la prévalence du VHC est évaluée entre 3,1 (DRESS 2003) et 4,98% (DHOS 2003).

Cette surreprésentation est liée au nombre important d'usagers de drogue incarcérés, mais également à la présence de migrants de zones d'endémie pour le VIH et le VHB.

Mais les chiffres tendent également à montrer que des contaminations ont lieu pendant le temps de la détention, via l'usage «officieux de drogues» par voie nasale ou injectable (mais également via la réalisation de tatouages ou piercings sauvages et par la voie sexuelle). Ainsi, dans certaines études, 12 % des anciens détenus toxicomanes disent avoir injecté en prison, 30 % avoir partagé du matériel. D'autres études en Asie ou dans certains états des USA ont montré une incidence d'environ 0,4% des nouveaux cas de VIH contaminés en prison.

2/ La prise en charge en milieu carcéral s'articule autour de 3 axes:

Le dépistage

Lors de la consultation entrant (consultation obligatoire), les pathologies connues sont ciblées, et les traitements en cours poursuivis.

L'interrogatoire doit permettre la mise en évidence des abus ou des dépendances de substances psychoactives.

Le dépistage des virus VIH, VHC, VHB (ainsi que d'autres IST) est proposé de manière anonyme ou non.

Des messages de prévention sont donnés.

La prise en charge

Elle tend à être la même ou la plus proche possible de celle en milieu libre : même si la réalisation en prison des bilans et des examens complémentaires est parfois plus lourde en terme d'organisation, le suivi est plus rapproché, et la période de détention peut permettre des prises en charge qui avaient jusque là été impossibles à l'extérieur.

- Les pathologies virales VIH et hépatites.

L'ensemble des traitements ayant une AMM sont disponibles en détention. Si les objectifs de guérison ou d'indéteçtabilité sont atteints, ils permettent aussi de limiter la transmission virale si les patients continuent à avoir des conduites à risque.

- Les toxicomanies.

La polydépendance est souvent de règle chez les patients toxicomanes actuels. Les usages à risque : injections ou consommation par voie nasale ne concernent pas seulement l'héroïne ou la cocaïne (qui peuvent circuler au cœur de la détention), mais également les traitements de substitution ou d'autres médicaments qui sont détournés dans leurs prises. On sait aussi que la dépendance au geste peut être majeure chez certaines personnes.

Les traitements de substitution aux opiacés sont disponibles en prison : Buprénorphine (SUBUTEX®) et sulfate de Méthadone (primo prescription possible en détention depuis 2002: circulaire DGS/DHOS n 2002/57 du 30 janvier 2002). Ces traitements peuvent donc être poursuivis ou initialisés en prison. Pour les autres produits, une prise en charge avec une aide au sevrage ou à la gestion des consommations peut être proposée au patient détenu.

La projection au moment de la sortie doit être toujours en tête du médecin et du patient, afin que les soins proposés puissent être continués en dehors des murs.

La prévention

La prévention de la transmission de ces virus chez le patient toxicomane reste un axe fort : pour le temps de la détention mais également pour la suite de son parcours lors du retour en liberté ou lors des permissions.

Il faut rappeler les pratiques à risques et redonner des messages de réduction des risques chez les usagers qui pourraient ne pas modifier rapidement leurs pratiques: ne pas partager son matériel, ou consommer dans les meilleures conditions d'hygiène.

Si ces messages peuvent être facilement délivrés, ils sont difficiles à mettre en place pour les injecteurs « intra muros ».

Ainsi, dans certains pays, des programmes d'échanges de seringues encadrés ont été mis en place en prison (les pionniers ont été les suisses en 1992). En France, cela n'est pas encore à l'ordre du jour, de nombreuses résistances tant au niveau médical que pénitentiaire sont présentes.

Il faut également signaler que des préservatifs sont disponibles en détention, mais ils sont parfois difficile d'accès, et que la réalisation de piercings et de tatouages sauvages avec échanges de matériel sont également réalisés, et ce malgré les risques pris.

De nombreuses choses restent à faire pour réduire les risques de transmission virale chez les patients usagers de drogues aux conduites à risque.

Si les soins proposés sont les mêmes qu'à l'extérieur dans la plupart des établissements, l'après-prison reste un moment clé également de la prise en charge qu'il faut préparer afin que les traitements puissent être poursuivis, et que les comportements à risque puissent être minorés (par exemple, risque d'overdose important lors de la sortie de prison) et pris en charge, sous réserve de l'adhésion du patient.

Le travail dans le cadre de réseaux de soins a ici sa place afin de pouvoir orienter le patient vers des professionnels, des associations qui pourront assurer la suite des soins vers une guérison, une indéteçtabilité virale et un soutien dans le long parcours de la dépendance.

Dr Catherine PENAS
Médecin hospitalier UCSA

ET EN SAVOIE ?

En Savoie, il existe deux établissements pénitentiaires : une maison d'arrêt, située à Chambéry, ancienne, avec un quartier hommes et un quartier mineurs (le quartier femmes ayant récemment été fermé).

Un centre pénitentiaire, situé à Aiton, uniquement des hommes majeurs, comprenant une maison d'arrêt et un centre de détention (430 places, environ 500 détenus). Il s'agit d'une prison dite à gestion mixte, du programme 13000, ouverte en 1992.

Sur les deux établissements, il a un quartier de semi-liberté : les détenus ont alors accès aux soins de droit commun.

Les soins aux détenus (hors semi-liberté) sont sous la responsabilité de l'unité de médecine interne et maladies infectieuses du centre hospitalier de Chambéry. C'est une particularité de la Savoie. Ainsi, la prise en charge des pathologies type VIH ou hépatites est effectuée directement dans les UCSA. Pour les autres spécialités, ou pour des examens complémentaires comme des scanners ou échographies par exemple, ils nécessitent que le détenu soit sorti de la prison, menotté et sous escorte, pour pouvoir les réaliser. De plus, l'accès à des soins complémentaires type diététique, éducation thérapeutique pour une pathologie chronique (asthme, diabète... ou hépatites) auprès d'une infirmière n'est pas mis en place ou très difficilement. Néanmoins, à Aiton, pour les hépatites, une infirmière a été spécifiquement formée. Toujours à Aiton, pour pallier aux difficultés liées à l'éloignement géographique, rendant les extractions de détenus encore plus complexes, ce qui entraîne de nombreux annulations d'exams complémentaires, l'UCSA, avec le soutien de l'administration pénitentiaire, développe des outils de télémédecine : numérisation de la radiologie (permettant l'envoi des clichés en direct aux spécialistes), rétinographie, ou téléconsultations par exemple. Cette caractéristique a été reconnue au niveau national, le centre hospitalier de Chambéry ayant été lauréat aux victoires de la modernisation de l'Etat cet été. En ce qui nous concerne ici, nous pouvons potentiellement développer l'accès à la diététique et à l'éducation thérapeutique, voire à des entretiens avec une psychologue, pour des personnes atteintes d'hépatites virales chroniques ou du VIH.

Docteur Bruno DE GOER Médecin hospitalier UCSA

ACTION EDUCATION A LA SANTE EN DETENTION

Les actions d'éducation à la santé sont inscrites dans le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et font parties des missions de l'Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires. Les actions d'éducation à la santé en détention diffèrent de celles menées habituellement. Le public concerné possède des particularités qui modifient la relation avec la prévention.

Les détenus sont une population défavorisée à plusieurs niveaux :

- le niveau d'instruction est assez faible, l'illettrisme très présent et la barrière de la langue pour les étrangers, toutes ces raisons gênent les échanges.
- l'incarcération change les priorités : le détenu privilégie ce qui pourrait aller dans le sens d'une libération plus précoce.
- La suppression de la liberté est vécue comme une frustration ; toutes les actions peuvent être ressenties, soit comme des dérivatifs pour donner bonne conscience aux intervenants, soit comme la possibilité d'exprimer oralement l'animosité vis à vis du système judiciaire et de toute manière sans impact notoire sur leur vie carcérale.

Ainsi il est possible de classer les actions en trois types :

- les actions ayant un impact positif sur le physique : le sport principalement, avec la valorisation du paraître.
- les actions qui peuvent apporter une diminution de la durée de la peine : le brevet de secourisme par exemple, car considéré par la justice comme volonté de réinsertion.
- les actions de santé, surpoids, addictions, infections, stress, qui n'entrent pas dans les priorités du détenu, car sans bénéfices potentiels immédiats.

Cette présentation un peu trop schématique ne reflète pas la véracité de la situation de tous les détenus, mais elle permet de mieux comprendre l'état d'esprit général : la détention est un lieu collectif où l'individualisme demeure la règle, la survie en détention procède d'un équilibre entre craindre et être craint, ce qui passe par des alliances et des services de circonstance. Participer à des actions peut être considéré comme un état de faiblesse ou un aveu indirect d'une pathologie avec les conséquences qui peuvent en découler (Action MST = séro+ = tricard).

En conclusion, l'impact de l'éducation à la santé est peu ou pas quantifiable vis à vis d'une population qui n'a pas été éduquée dans l'échange d'idées

Mais il faut néanmoins continuer toutes ces actions car même si l'impact sur le groupe paraît peu important, le questionnement existe et s'exprime lors des consultations ou des rencontres de couloirs.

L'éducation se fait aussi d'une manière non institutionnelle au décours de soins et dans une relation individuelle.

Dr Claude BADIN Médecin coordinateur de l'éducation thérapeutique à AITON

Et REVIH-STS dans tout ça?

L'équipe du pôle hépatites de REVIH-STS a débuté un travail avec des professionnels des UCSA. Le projet se décline en 2 axes :

- Dans le champ du soin, une collaboration IDE du pôle hépatites/ IDE des UCSA a permis de tester un dossier d'éducation thérapeutique lors de consultations avec des détenus. Cet outil permet de formaliser la prise en charge et d'affiner les entretiens. Une soirée d'information a aussi été organisée "Hépatites virales et milieu carcéral : prévention et accompagnement des traitements" à laquelle étaient présents une vingtaine de professionnels (Varcès, Bourg-en-Bresse, Chambéry et Aiton). En 2011, il est prévu de développer une approche par visioconférence afin que l'ensemble de l'équipe puisse assurer des consultations.
- Dans le champ de la prévention, un travail a été amorcé avec des détenus volontaires afin de créer des outils adaptés.

Sylvie BOUTONNET Infirmière du PÔLE HEPATITES

Politique de réduction des risques en prison

La prévalence du VIH/SIDA et des hépatites B et C est beaucoup plus élevée en prison qu'à l'extérieur (de 10 à 30 fois supérieur que dans la population générale) et notamment chez les usagers de drogues qui sont surreprésentés parmi les prisonniers. Selon les études, entre 20 et 43% des Usagers de Drogues par Voie Intraveineuse (UDVI) interrogés déclarent s'être injecté un ou des produits au cours de leur vie alors qu'ils étaient incarcérés. Ils partagent presque inévitablement le matériel d'injection (entre 65 % et 75 % des cas, voire plus). Les injections sont souvent réalisées au détriment des conditions élémentaires d'hygiène et favorisent la transmission des infections.

Les recommandations internationales de réduction des risques (notamment la Commission des droits de l'homme des Nations Unies, 1996) adaptées en milieu carcéral sont claires. Les gouvernements ont la responsabilité morale et juridique de prévenir la propagation du VIH parmi les détenus et le personnel carcéral et de prendre soin de ceux qui sont infectés. Protéger les détenus, c'est aussi protéger la population toute entière. Il faut inciter davantage aux dépistages des différents virus et à la vaccination contre le VHB ; faciliter l'accès aux traitements prophylactiques en détention ; renforcer l'efficacité de la mise en œuvre de la mesure eau de javel, améliorer l'accessibilité au préservatif avec du lubrifiant; développer les traitements de substitution et les actions d'éducation pour la santé.

Même si la loi condamne l'usage de produits stupéfiants en milieu libre (Loi n°70-1320 du 31 Décembre 1970) et la réglementation interdit les produits stupéfiants au sein des établissements pénitentiaires (Article D249-1 du Code de procédure pénal), la distribution de matériel de prévention n'est pas interdite et la réglementation garantit la mise en œuvre la plus complète en réduction des risques. Selon l'article 20 de la loi pénitentiaire du 6 Mars 2009, l'administration pénitentiaire favorise même la coordination des différents intervenants agissant pour la prévention et l'éducation sanitaires.

L'Etat français néglige les recommandations qui préconisent avec force l'accès à des aiguilles et des seringues stériles en prison. Les autorités judiciaires ne sont pas prêtes à accepter un programme d'échange pour les détenus. La désinfection à l'eau de javel est la seule possibilité actuelle pour les UDVI en prison. Celle-ci comporte de nombreuses limites : seul un petit nombre de prisonniers suivent les recommandations de désinfection à la javel qui n'est pas toujours faite, ou faite trop rapidement. Vis à vis des recommandations et de la législation, la désinfection devrait être considérée comme une seconde stratégie de Réduction des Risques après l'échange de seringues.

Le plan d'actions stratégiques 2010-2014 « Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice » suivant les recommandations de l'INSERM dans son expertise collective « Réduction des risques chez les usagers de drogue » du 2 juillet 2010 vise à la mise en place de mesures de Réduction Des Risques (RDR) adaptées et applicables en détention pour pallier ces carences constatées en France : distribution d'eau de javel avec guide d'utilisation, accès aux préservatifs, prise en compte des risques infectieux liés à certains comportements (sniff, tatouage, injections...), accès aux matériels stériles de RDR liés à la toxicomanie.

La santé en prison est de la santé publique. Les mesures préventives en vigueur actuellement ne suffisent pas : le Conseil national du SIDA recommande la mise en œuvre de Programmes d'Echange de Seringues (PES) en milieu carcéral. Les PES instaurés en prison à l'étranger ont démontré leur pertinence en matière de santé publique. Une évaluation scientifique menée dans 11 prisons avec un PES (Stöver/Nelles 2003: Int J of Drug Policy) n'a montré aucune augmentation de l'usage de drogues ou des pratiques d'injection. Le non usage des seringues en tant qu'arme et le recyclage sans danger des seringues usagées a été démontré. Le partage de seringues a presque complètement disparu. L'étude n'a pas relevé de nouveaux cas de VIH ou de VHC. Ces programmes ont ainsi contribué à la réduction significative des risques de transmission du VIH et de l'hépatite C. Le succès des programmes est garanti par la facilité et l'anonymat. Il convient alors de trouver la version du PES la plus adaptée à la réalité carcérale française (modalités de mise en place pour la confidentialité: staff médical, associations extérieures, détenus...).

Marie SAUVION, chargée de mission à REVIH-STS

Le plan d'actions stratégiques 2010-2014 co-signé par les ministères de la santé et de la justice en octobre 2010 va dans le sens de l'amélioration des soins (comme faciliter l'accès au Fibroscan en prison par exemple), l'amélioration de la prévention (notamment l'intervention de tatoueurs professionnels en milieu carcéral ou la réflexion sur la réduction des risques) et du dépistage (impulsion des dépistages en cours d'incarcération...).

BLOC NOTES	Date	Lieu
1. Co-formation « Précarité et Santé » : une nouvelle formation croisée	20, 21 janvier 2011 31 mars 2011	Formation continue Centre Hospitalier de Chambéry
2. Formation à destination des Aides à Domicile sur le SIDA et les hépatites	4, 11, 18 et 25 mars 2011 (Après-midi)	Locaux de REVIH-STS Chambéry
3. Formation à destination des Tatoueurs et Perceurs	11, 12 et 13 Avril 2011	Locaux de REVIH-STS Chambéry

Tous les «Résonance Santé» sont sur le site : <http://www.revih-sts.fr> rubrique publications

Centre Hospitalier - Pavillon Ste Hélène - BP 1125 - 73011 CHAMBERY cedex

REVIH-STS

☎ 04 79 96 58 25

☎ 04 79 96 58 27

mail : revih-sts@orange.fr

Santé Précarité

☎ 04 79 96 51 06

☎ 04 79 96 51 71

site internet : www.revih-sts.fr