

Prisons

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



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

26/09/2019
AVIS
PRISE EN CHARGE
GLOBALE
FR

Le présent *Avis* a été adopté par le Conseil national du sida et des hépatites virales, réuni en séance plénière le 26 septembre 2019, à l'unanimité des membres présents ou représentés.

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

LETTRE DE MISSION	4
PRÉAMBULE	6
CONSTATS	7
1. L'ARRIVÉE DES TRAITEMENTS ANTIVIRAUX D'ACTION DIRECTE A RADICALEMENT TRANSFORMÉ LE PARADIGME DE LA LUTTE CONTRE LE VHC	7
2. LA PRISE EN COMPTE DE LA POPULATION-CLÉ DES PERSONNES DETENUES DANS LA STRATÉGIE D'ÉLIMINATION DE L'ÉPIDÉMIE DE VHC À L'HORIZON 2025 EST UN ENJEU DÉTERMINANT POUR SON SUCCÈS	7
2.1. Les personnes détenues représentent une population particulièrement exposée au risque d'infection par le VHC.....	7
2.2. Le manque de données épidémiologiques concernant cette population constitue un frein majeur à l'élaboration d'une réponse sanitaire adaptée.....	7
2.3. Le passage en détention représente une opportunité d'accès au dépistage et au traitement pour des personnes souvent éloignées du soin en milieu ouvert.....	8
3. LE RENFORCEMENT DU DÉPISTAGE DU VHC, ET CONJOINTEMENT DU VHB ET DU VIH, À L'ENTRÉE ET AU COURS DE LA DÉTENTION, REPRÉSENTE LE PRINCIPAL DÉFI À RELEVER	9
3.1. L'insuffisance du dépistage est le maillon faible du parcours.....	9
3.2. Les USMP peuvent simplifier et accélérer leurs circuits de dépistage, notamment en intégrant les TROD.....	9
3.3. Le développement de partenariats avec d'autres acteurs concourant à l'activité de dépistage peut compléter l'offre des USMP et diversifier les modalités de son accès.....	9
4. LES DÉLAIS AUX DIFFÉRENTES ÉTAPES JUSQU'À L'INITIATION DU TRAITEMENT PEUVENT ÊTRE OPTIMISÉS	10
5. IL EST PAR AILLEURS INDISPENSABLE DE RENFORCER LA PRÉVENTION ET NOTAMMENT DE METTRE FIN À L'INCOHÉRENCE DES LIMITATIONS D'ACCÈS AUX OUTILS DE RÉDUCTION DES RISQUES EN MILIEU PÉNITENTIAIRE	10
5.1. L'offre de réduction des risques et des dommages liés à l'usage de drogues demeure incomplète et inégalement déployée.....	11
5.2. Le développement d'une véritable offre de RdRD implique de renforcer les partenariats avec des acteurs extérieurs compétents et de sensibiliser et former les personnels pénitentiaires et sanitaires à cette approche.....	11
5.3. L'accès à l'information et aux outils de réduction des risques sexuels, notamment aux préservatifs, est insuffisant.....	12
6. LA MISE EN PLACE D'UNE STRATÉGIE EFFICACE DE LUTTE CONTRE LE VHC EN MILIEU PÉNITENTIAIRE REQUIERT UN PILOTAGE MULTINIVEAUX RENFORCÉ ET UN EFFORT CONSÉQUENT DE COORDINATION ET D'ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS SUR LE TERRAIN	13
6.1. Au niveau national, le pilotage interministériel et ministériel demeure jusqu'ici faible pour des raisons politiques et structurelles.....	13
6.2. À l'échelon régional ou interrégional, la collaboration entre les DISP et les ARS est inégale, notamment du fait de l'intérêt faible ou inconstant de certaines ARS.....	14
RECOMMANDATIONS	16
INDEX DES SIGLES ET ACRONYMES	18



MINISTÈRE DE LA JUSTICE
MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Direction de l'administration pénitentiaire
Direction générale de la Santé
Direction générale de l'offre de soins

Paris, le 13 NOV. 2018

Pégase n° D-18-022566

Le directeur général de la santé
Le directeur de l'administration pénitentiaire
La directrice de l'offre de soins

à

Monsieur le Président du Conseil National du Sida
et des Hépatites Virales
39-43 quai André Citroën
75902 Paris cedex 15

Objet : Saisine relative aux modalités de prise en charge de l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) pour les personnes détenues

Les pratiques de dépistage et de soins de l'infection par le VHC en milieu pénitentiaire qui sont en œuvre depuis la mise à disposition des antiviraux à action directe (AAD) ne sont pas documentées. Or, il existe une forte prévalence de l'hépatite C en milieu carcéral que l'enquête Prévacar de 2010 estimait à 4,8% : cette prévalence justifie une approche spécifique à tous les stades du parcours de soins. Le parcours de prise en charge des patients détenus infectés par le VHC nécessite la mise en œuvre d'une stratégie efficace de santé publique en matière de dépistage, de prévention et de traitement au sein de chaque unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP), en lien avec les équipes de l'administration pénitentiaire et les partenaires extérieurs.

C'est dans cette perspective que nous vous demandons de réaliser une mission en milieu pénitentiaire afin de :

- réaliser un état des lieux de la prise en charge par AAD des patients infectés par le virus de l'hépatite C en milieu pénitentiaire au regard de leur parcours de santé (dépistage,

évaluation, suivi thérapeutique et post-thérapeutique, y compris dans le cadre de la continuité à la sortie de détention, prévention secondaire) ;

- 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 de l'épidémie VHC en 2025 inscrite dans les mesures phares du Plan national de santé publique (PNSP « priorité prévention »). Ces propositions devront être formulées au regard de l'existence de nouveaux traitements (AAD) et des procédures innovantes portant sur les technologies médicales et l'organisation des soins.

Vos conclusions définitives devront être remises avant la fin du premier trimestre 2019.

Le directeur général de la
santé,



Jérôme SALOMON

Le directeur de l'administration
pénitentiaire,



Stéphane BREDIN

La directrice générale de
l'offre de soins,



Cécile COURREGES

PRÉAMBULE

Par courrier du 13 novembre 2018, le directeur de l'administration pénitentiaire, le directeur général de la santé et la directrice générale de l'offre de soins ont conjointement chargé le Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS) de conduire une mission relative aux modalités de prise en charge de l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) chez les personnes détenues.

Dans le cadre cette saisine, il est demandé au Conseil de :

- réaliser un état des lieux de la prise en charge des personnes détenues infectées par le VHC, au regard en particulier du contexte thérapeutique profondément renouvelé par la mise à disposition des traitements antiviraux d'action directe (ADD) ;
- proposer des pistes d'amélioration du dépistage du VHC, ainsi que du VIH et du virus de l'hépatite B (VHB), et du traitement de l'infection par le VHC, afin de contribuer à la stratégie d'élimination de l'épidémie de VHC à l'horizon 2025, inscrite dans les mesures phares du Plan national de santé publique (PNSP) définies par le Gouvernement.

À cette fin, le CNS a constitué une commission chargée de procéder à une analyse de la littérature, à l'exploitation des données nationales disponibles, à l'audition des principaux acteurs nationaux ainsi qu'à des auditions et des missions d'observation auprès des pilotes et des acteurs de terrain dans trois régions métropolitaines (Grand-Est, Sud, Île-de-France). Dans ce cadre, 11 établissements pénitentiaires ont été visités. A partir de ces travaux, la commission a établi un *Rapport*¹ détaillant ses constats et analyses.

Les éléments produits dans le présent *Avis* et les *recommandations* formulées en conséquence se rapportent au seul champ spécifique et restreint du dépistage, de la prise en charge et de la prévention en milieu pénitentiaire de l'infection par le VHC – ainsi que, par extension, du VIH et du VHB pour ce qui concerne les deux premiers aspects.

Ce faisant, le CNS est conscient que les questions dont il traite s'inscrivent dans un ensemble de problématiques d'ordre politique, social et sanitaire posées par le système pénitentiaire qui dépassent largement l'objet de la mission qui lui a été confiée, et qui contraignent les préconisations que le Conseil est en mesure de formuler.

Les recommandations émises ont pour ambition, non d'embrasser l'ensemble des problèmes identifiés, mais d'agir sur les leviers que le CNS estime susceptibles d'augmenter significativement, dans un délai raisonnable, l'accès des personnes détenues infectées par le VHC aux traitements qui pourront les guérir. L'amélioration du dépistage et du traitement des personnes infectées n'a cependant de sens qu'à la condition d'être articulée à une action résolue pour éviter tant les nouvelles contaminations que les recontaminations des personnes guéries. En conséquence, le CNS formule également, de manière indissociable, un certain nombre de recommandations visant à créer les conditions d'une prévention efficace des risques infectieux dans le contexte pénitentiaire.

L'inscription du présent *Avis* et de ses recommandations dans le cadre de l'action n°11 de la *feuille de route Santé des personnes placées sous main de justice 2019-2022*, publiée récemment par le gouvernement, représente un acte de programmation significatif.

Au regard des difficultés récurrentes constatées dans le dialogue entre le ministère en charge de la santé et le ministère de la justice, le CNS se doit cependant de souligner que la mise en œuvre de ses préconisations exige d'être portées par une volonté politique ferme.

Il s'agit en effet de sortir de l'immobilisme afin, à l'ère des traitements efficaces contre l'infection par le VHC, de parvenir à déployer en milieu pénitentiaire une stratégie cohérente et intégrée d'accès du plus grand nombre à la prévention, au dépistage et aux soins. Cela représente autant une exigence première sur le plan éthique qu'une condition nécessaire pour atteindre l'objectif d'élimination de l'épidémie à l'horizon 2025.

¹ *Rapport sur la prévention, le dépistage et le traitement de l'hépatite C chez les personnes détenues*, CNS, 2020 : <https://cns.sante.fr/rapports-et-avis/avis-prisons-2019>

CONSTATS

Le Conseil national du sida et des hépatites virales a constaté et pris en compte les éléments suivants

1. L'ARRIVÉE DES TRAITEMENTS ANTIVIRAUX D'ACTION DIRECTE A RADICALEMENT TRANSFORMÉ LE PARADIGME DE LA LUTTE CONTRE LE VHC

Une nouvelle génération d'agents antiviraux d'action directe (AAD) est mise à disposition depuis 2014 dans le traitement des infections à VHC. Ces traitements sont plus efficaces et mieux tolérés que les traitements de la génération précédente et ils permettent désormais l'éradication virale dans la très grande majorité des cas au terme d'un traitement de huit ou douze semaines, selon la spécialité employée, le sous-type viral et le degré d'atteinte hépatique. Leur mise en œuvre est indiquée chez tous les porteurs du virus, quelle que soit leur atteinte hépatique.

Ces innovations thérapeutiques transforment le paradigme de la lutte contre l'épidémie de VHC. Sur le plan de la santé individuelle, il est dorénavant possible de guérir les personnes infectées par le VHC au moyen de traitements courts et bien tolérés. Sur celui de la santé publique, il est désormais possible, à travers une stratégie de dépistage précoce et de traitement immédiat de type « Test and treat », de viser l'élimination de l'épidémie de VHC. Telle est l'ambition du Gouvernement, qui a fait de cet objectif une priorité de sa politique de santé, et s'est fixé de l'atteindre à l'horizon 2025.

Atteindre cet objectif exige de déployer une stratégie de santé publique offensive selon trois axes : dépister à large échelle les personnes qui ignorent leur infection ; traiter toutes les personnes porteuses d'une infection active pour les guérir et par là interrompre les chaînes de transmission ; en parallèle poursuivre et renforcer la prévention et la réduction des risques, pour éviter les nouvelles contaminations et les recontaminations.

2. LA PRISE EN COMPTE DE LA POPULATION-CLÉ DES PERSONNES DETENUES DANS LA STRATÉGIE D'ÉLIMINATION DE L'ÉPIDÉMIE DE VHC À L'HORIZON 2025 EST UN ENJEU DÉTERMINANT POUR SON SUCCÈS

→ *Recommandation n° 1*

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. Le déploiement auprès de cette population des trois axes stratégiques indiqués précédemment représente pour cette raison une priorité pour atteindre l'objectif d'élimination de l'épidémie de VHC.

2.1. Les personnes détenues représentent une population particulièrement exposée au risque d'infection par le VHC

Le milieu pénitentiaire concentre une population particulièrement concernée par l'usage de drogues par voie intraveineuse ou par inhalation, ainsi que par d'autres facteurs de vulnérabilité associés à un risque majoré d'acquisition du VHC, ainsi que du VIH et du VHB, tels qu'une forte précarité sociale et économique, l'isolement social, familial et/ou affectif, la fréquence de troubles psychiatriques peu ou pas pris en charge, et l'éloignement du système de soins en milieu ouvert. En outre, le milieu pénitentiaire est un environnement dans lequel les risques de transmission du VIH, du VHB et du VHC sont majorés, en particulier en cas de poursuite des pratiques d'injection au cours de la détention.

La prévalence du VHC parmi les personnes détenues est plus élevée qu'en population générale, conduisant à considérer, d'un point de vue épidémiologique, qu'elle constitue un « réservoir » pour cette infection. Cet aspect est renforcé par le fait que la population détenue est caractérisée par un renouvellement important, et qu'une part significative des personnes détenues, notamment parmi celles usagères de drogues, effectue des allers-retours fréquents entre le milieu fermé et le milieu ouvert.

2.2. Le manque de données épidémiologiques concernant cette population constitue un frein majeur à l'élaboration d'une réponse sanitaire adaptée

Paradoxalement, la population des personnes détenues demeure très insuffisamment étudiée, alors qu'une connaissance fine et actualisée de la situation de cette population clé vis-à-vis des risques infectieux serait nécessaire pour élaborer une réponse précisément ajustée aux besoins, tant en termes de prise en charge médicale que de prévention.

Le CNS s'est heurté, pour conduire la présente mission, à l'absence de données d'épidémiologie descriptive et analytique concernant le VHC dans la population détenue, ainsi qu'au caractère lacunaire et à l'absence d'exploitation des données issues des activités de prise en charge médicale des unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) lorsque celles-ci sont recueillies.

Ainsi, on ne dispose pas aujourd'hui d'une estimation robuste et actualisée de la prévalence du virus dans la population des personnes détenues, en particulier chez les personnes usagères de drogues. Il n'existe en effet aucun dispositif de surveillance épidémiologique permettant de recueillir en routine et d'exploiter les résultats des tests de dépistage réalisés en détention. En conséquence, ni le nombre de tests, ni la proportion de personnes détenues dépistées positives ne sont connus, non plus que le nombre ou la proportion de personnes chez lesquelles un diagnostic d'infection active a été confirmé.

Dans ce contexte, les seules estimations de la prévalence disponibles sont issues d'enquêtes, de méthodologie et d'ampleur variables. L'étude la plus robuste est ancienne et fournit une estimation de la séroprévalence du VHC au sein de la population détenue en 2010 de 4,8 %, soit un niveau six fois plus élevé qu'en population générale à la même époque. Des données plus récentes, issues d'études moins exhaustives ou conduites à l'échelle d'un établissement pénitentiaire, suggèrent cependant que la prévalence a baissé. Elle demeurerait toutefois, dans une proportion variable selon les sources, toujours très supérieure à celle observée en population générale.

Les données nécessaires à évaluer la prise en charge des personnes détenues aux différentes étapes du parcours de soins pour l'infection par le VHC sont également manquantes. On ne dispose pas d'estimations globales concernant le nombre et la proportion de personnes détenues effectivement dépistées en détention. Les seules données faisant l'objet d'un recueil standardisé et centralisées auprès des USMP se limitent au nombre de tests de dépistage du VHC – et par ailleurs du VHB et du VIH – effectués au cours de l'année. Ces données s'avèrent en outre inégalement renseignées et aucune exploitation n'en est produite par les services du ministère en charge de la santé. Il n'est pas davantage possible de connaître le nombre de personnes ayant bénéficié d'un traitement par les AAD dans le cadre pénitentiaire, ni le nombre de personnes guéries de leur infection au terme du traitement.

En l'absence des éléments nécessaires pour apprécier l'efficacité de la prise en charge du VHC au travers d'une représentation « en cascade » de l'accès aux différentes étapes du parcours, le CNS a été contraint de tenter, quand cela s'est avéré possible, d'estimer certains de ces paramètres par ses propres moyens. Un ordre de grandeur du nombre et de la proportion de personnes détenues dépistées a ainsi pu être produit, quoiqu'à l'aide d'indicateurs très imparfaits. Une enquête conduite dans les trois régions visitées a par ailleurs permis d'estimer le nombre de personnes détenues ayant bénéficié d'un traitement par les AAD, et d'approcher la prévalence des infections actives.

De telles lacunes ne sont pas compatibles avec les ambitions affichées par le gouvernement. Le CNS soutient à cet égard les objectifs de l'action n°2 de la feuille de route Santé des personnes sous main de justice 2019-2022, relative au déploiement des outils de suivi de l'état de santé global des personnes détenues. Les outils développés devront permettre de produire des données précises concernant le VHC, le VIH et le VHB. Il est pour cela nécessaire à la fois de consolider les systèmes de recueil existants, en s'assurant de l'exhaustivité et de la qualité des données remontées, de compléter ces systèmes en organisant le recueil des données manquantes, et d'assurer et coordonner l'analyse et le suivi de l'ensemble des données recueillies, afin de mesurer à terme l'impact des traitements sur l'évolution de l'épidémie.

2.3. Le passage en détention représente une opportunité d'accès au dépistage et au traitement pour des personnes souvent éloignées du soin en milieu ouvert

Les établissements pénitentiaires sont des lieux permettant l'accès aux soins. Pour des personnes en situation de très grande précarité et éloignées du système de soins en milieu ouvert, le passage en détention constitue une opportunité d'établir ou de rétablir un lien avec le système de soins, de bénéficier d'une évaluation de leur état de santé, incluant les dépistages des virus des hépatites virales et du VIH, et le cas échéant d'accéder à une prise en charge médicale adaptée.

Désormais, la brièveté et l'efficacité des traitements par les AAD permettent de traiter et d'obtenir la guérison des personnes détenues infectées par le VHC dans le temps de leur détention, pour une majorité d'entre elles. Cela suppose une organisation optimisée de l'ensemble du parcours de soins.

Les patients porteurs d'une infection par le VHC active relèvent en effet majoritairement d'un parcours dit « simplifié » qui peut être organisé, toutes les étapes comprises, de manière à aboutir à la guérison dans un délai de moins de quatre mois à compter de l'entrée en détention.

En cas de durée de détention inférieure, ou pour les cas complexes exigeant un parcours de soins rallongé de quelques semaines, le traitement peut et devrait avoir été initié au cours de la détention, et sa poursuite et son achèvement organisés en milieu ouvert si besoin.

3. LE RENFORCEMENT DU DÉPISTAGE DU VHC, ET CONJOINTEMENT DU VHB ET DU VIH, À L'ENTRÉE ET AU COURS DE LA DÉTENTION, REPRÉSENTE LE PRINCIPAL DÉFI À RELEVER

→ *Recommandations n° 2 à 5*

Actuellement, seulement une personne sur deux entrant en détention est effectivement dépistée pour le VHC, comme d'ailleurs pour le VIH et le VHB, toutes causes confondues de non-réalisation des dépistages, et avec de fortes disparités entre les établissements. En conséquence, une partie des personnes infectées par le VHC n'accède pas au traitement par les AAD.

3.1. L'insuffisance du dépistage est le maillon faible du parcours

Les faibles taux de réalisation des dépistages constatés sont doublement délétères : tout d'abord pour les personnes infectées elles-mêmes, en termes de pertes de chance thérapeutique, avec en l'absence de traitement, un risque de progression de l'hépatite C vers la chronicité et des complications multiples et sévères de la maladie hépatique ; en termes collectifs, ensuite, dans la mesure où les personnes infectées qui ignorent leur infection continuent de transmettre le VHC, entretenant la circulation du virus au sein des établissements pénitentiaires et à l'extérieur.

L'offre de dépistage en milieu pénitentiaire, organisée de manière disparate selon les établissements, apparaît peu efficace, et notamment dans le cadre de la visite médicale obligatoire à l'arrivée en détention, et à son décours dans les premières semaines d'incarcération.

La plupart des USMP fonctionnent en fort sous-effectif médical, notamment du fait de la faible attractivité des carrières et des conditions d'exercice difficiles en milieu pénitentiaire. La gestion à flux tendu du tout venant des demandes de soins et des urgences pèse sur la capacité des équipes à assurer en routine leurs missions de prévention et de dépistage.

Si la proposition de dépistage est généralement faite, au moins formellement, lors de la visite d'entrée, sa réalisation pratique est reportée à une convocation ultérieure de la personne détenue à l'unité sanitaire pour procéder au prélèvement – dans des délais qui, selon les établissements, peuvent aller de quelques jours à, généralement, plusieurs semaines et parfois même plusieurs mois. Dans ces conditions, différentes contingences font que de nombreux dépistages ne sont jamais réalisés. Se rajoute à cela l'absence quasi-généralisée de nouvelles propositions de dépistage au cours de la détention.

En outre, le rendu des résultats de dépistage négatifs n'est que rarement assuré, ce qui constitue une opportunité manquée de prévention.

Par ailleurs, afin de renforcer l'acceptation du dépistage par les personnes détenues, il est essentiel de les informer de l'intérêt du dépistage et de l'accès aux nouveaux traitements du VHC permettant la guérison.

3.2. Les USMP peuvent simplifier et accélérer leurs circuits de dépistage, notamment en intégrant les TROD

Cette situation et ces résultats très insatisfaisants, appelant une réorganisation des circuits de dépistage, ne suscitent sauf exception que très peu d'interrogations au sein des équipes soignantes – même si le passage de la mission du CNS a pu, dans certains établissements visités, favoriser l'amorçage d'une réflexion.

Le CNS est notamment frappé par l'absence quasi-généralisée de recours aux tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans les USMP, par la méconnaissance et par les réticences souvent avancées par les équipes à leur usage, alors que ces outils présenteraient de nombreux avantages : simplicité et rapidité de réalisation dès la proposition de dépistage ; rendu des résultats immédiats, y compris des résultats négatifs ; possibilité de déléguer entièrement la mise en œuvre à des personnels infirmiers. L'information et la formation à l'usage des TROD des professionnels de santé en milieu pénitentiaire est une condition prioritaire de leur déploiement.

3.3. Le développement de partenariats avec d'autres acteurs concourant à l'activité de dépistage peut compléter l'offre des USMP et diversifier les modalités de son accès

Si l'offre de dépistage au sein des établissements pénitentiaires doit être assurée principalement par les USMP, d'autres services ou structures partenaires peuvent y concourir. Ces partenariats présentent un intérêt certain s'ils contribuent à diversifier qualitativement l'offre en proposant un cadre de dépistage différent de celui de l'USMP, susceptible d'être plus attractif pour certaines personnes détenues, ou de renforcer les opportunités de réitération du dépistage en cours de détention.

Des partenariats existent notamment dans certains établissements avec des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD). Ces partenariats s'avèrent trop souvent un moyen pour les USMP de se décharger de tout ou partie de leurs missions de dépistage sur les CeGIDD, dont les capacités d'interventions au sein des établissements pénitentiaires sont pourtant très limitées. Le rôle des CeGIDD est alors réduit à une prestation technique de dépistage, quand la valeur ajoutée d'un partenariat serait, au regard des missions et des compétences des CeGIDD, de proposer du dépistage dans le cadre d'une offre globale de prévention et de santé sexuelle qui fait par ailleurs défaut en milieu pénitentiaire.

La prise en charge des addictions offre également des opportunités actuellement insuffisamment exploitées de proposer et réaliser des dépistages, notamment par TROD. La mobilisation des services et structures internes ou externes intervenant dans ce champ – personnels de soins psychiatriques au sein des USMP, services hospitaliers d'addictologie, services médico-psychiatriques régionaux (SMPR), centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD) – apparaît inégale et pourrait être renforcée.

L'intervention d'associations œuvrant plus largement dans les domaines de l'éducation pour la santé, la prévention, l'accompagnement des publics les plus vulnérables peut contribuer à améliorer l'information sur l'intérêt du dépistage, à renforcer son accès et, pour les structures habilitées à la réalisation de TROD, à proposer des dépistages dans un contexte démedicalisé.

4. LES DÉLAIS AUX DIFFÉRENTES ÉTAPES JUSQU'À L'INITIATION DU TRAITEMENT PEUVENT ÊTRE OPTIMISÉS

→ *Recommandations n° 6 et 7*

Pour les personnes détenues qui ont bénéficié d'un dépistage du VHC, quand celui-ci est positif, le CNS relève que la prise en charge est assurée dans des conditions globalement correctes. Il n'observe notamment pas d'obstacle majeur à l'accès aux traitements par les AAD, une fois le diagnostic d'infection active confirmé.

Néanmoins, les délais de réalisation des bilans de confirmation du diagnostic, d'exploration de la fibrose hépatique et d'instauration du traitement par les AAD pour les patients relevant d'un parcours dit simplifié, selon les critères définis par la Haute Autorité de santé (HAS), demeurent très variables et apparaissent insuffisamment optimisés dans de nombreux établissements. Dans des cas extrêmes, ces délais peuvent atteindre plus de quatre mois. De plus, le suivi biologique de l'efficacité des traitements et de la guérison n'est pas réalisé de façon constante dans l'ensemble des services. De fait, le nombre de patients traités efficacement n'est pas colligé de façon systématique. Enfin, un suivi biologique pour identifier une éventuelle recontamination est rarement proposé.

Certaines USMP ont néanmoins formalisé des circuits courts de réalisation des bilans et, pour les patients relevant du parcours simplifié, de prescription rapide du traitement par AAD. L'identification au sein de l'USMP d'un médecin référent pour le VHC et/ou les pathologies infectieuses assurant une fonction de correspondant direct avec le service spécialisé de l'établissement hospitalier de rattachement, semble notamment représenter un moyen simple et efficace d'accélérer les parcours. Ce mode d'organisation apparaît également bénéfique pour améliorer la prise en charge des cas complexes relevant d'un passage en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).

Dans le cadre d'un parcours simplifié, dont relève la majorité des patients détenus, le CNS estime que l'instauration du traitement dans un délai de deux semaines à compter de la découverte d'une sérologie VHC positive est un objectif atteignable.

La possibilité désormais ouverte à tous les médecins de prescrire les principaux traitements AAD pangénotypiques devrait constituer un levier supplémentaire pour y parvenir, à condition que les médecins des USMP s'emparent de cette option et puissent se former à la prescription de ces traitements et à leur suivi.

5. IL EST PAR AILLEURS INDISPENSABLE DE RENFORCER LA PRÉVENTION ET NOTAMMENT DE METTRE FIN À L'INCOHÉRENCE DES LIMITATIONS D'ACCÈS AUX OUTILS DE RÉDUCTION DES RISQUES EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

→ *Recommandations n° 8 à 12*

La faiblesse globale en milieu pénitentiaire des actions d'information et de prévention concernant les risques infectieux, et tout particulièrement l'absence d'accès à des outils essentiels de réduction des risques (RdR) de transmission par voie sanguine et/ou sexuelle du VIH et des virus des hépatites, fait obstacle aux stratégies de santé déployées contre ces épidémies.

Pour ce qui concerne spécifiquement l'objectif d'élimination de l'épidémie de VHC, il convient de rappeler que si le traitement par les AAD permet de guérir une personne infectée, il ne confère aucune protection contre le risque qu'à cette personne de se réinfecter en cas de nouvelle exposition au virus.

Il s'avère ainsi incohérent, quand s'engage un effort conséquent pour dépister, traiter et guérir le maximum de personnes infectées, de laisser perdurer des conditions favorisant de manière générale la poursuite des transmissions, et en particulier la réinfection de personnes précédemment traitées et guéries.

5.1. L'offre de réduction des risques et des dommages liés à l'usage de drogues demeure incomplète et inégalement déployée

La disponibilité en milieu pénitentiaire de produits psychoactifs, en conséquence de trafics, et leur consommation, sont des phénomènes reconnus par l'ensemble des acteurs pénitentiaires et sanitaires. Ces pratiques prohibées sont mal documentées et leur ampleur difficilement mesurable.

Si l'accès aux traitements de substitution aux opiacés (TSO) apparaît globalement assuré dans les établissements pénitentiaires, malgré des modalités locales de prescription et de distribution parfois complexes, cet outil ne répond pas à l'ensemble des besoins.

Certaines personnes usagères de drogues maintiennent en effet des pratiques d'injection et/ou d'inhalation durant leur détention. Le risque de transmission du VHC, du VHB et du VIH occasionné par ces pratiques est particulièrement élevé en l'absence d'accès à du matériel d'injection stérile ou du matériel d'inhalation à moindre risque.

L'eau de Javel est actuellement le seul dispositif de réduction des risques liés à l'injection prévu en détention et sa mise à disposition, qui incombe à l'administration pénitentiaire, s'avère de surcroît peu effective dans les établissements. Cette situation est anachronique. Il est en effet démontré depuis plus de vingt ans que l'usage de l'eau de Javel à des fins de réduction des risques et des dommages (RdRD) est une méthode peu efficace par rapport la mise à disposition de matériel d'injection stérile usage unique, qui constitue l'intervention de référence recommandée par l'Organisation mondiale de la Santé depuis 2007. De nombreux pays comparables à la France ont depuis lors mis en place des programmes d'accès à des kits d'injection en milieu pénitentiaire qui ont amplement fait la preuve de leur faisabilité, de leur sécurité et de leur efficacité.

Concernant l'usage de drogues par inhalation, aucun dispositif n'est prévu. Dans de rares cas, l'intervention d'un CAARUD peut permettre la diffusion de dispositifs de type « Roule ta paille », plus rarement encore de kits de consommation de crack. Ces initiatives relèvent d'une tolérance locale et demeurent de ce fait très fragiles.

Alors que les dispositions de l'article 41 de la loi du 26 janvier 2016 ont conforté le cadre légal permettant un déploiement en milieu pénitentiaire d'une offre de RdRD équivalente à celle qui existe en milieu ouvert, le CNS ne peut que déplorer l'absence de textes d'application de ces nouvelles dispositions plus de trois ans après l'adoption de la loi, prolongeant un immobilisme qu'il dénonçait déjà dans un Avis émis en 2009, comme d'autres instances expertes à l'époque et depuis lors.

Sur ces enjeux, le CNS entend souligner qu'il souscrit pleinement à l'analyse et aux recommandations formulées par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) dans le rapport qu'elle a consacré en décembre 2017 à l'accès aux outils de réduction des risques et des dommages. Le CNS, qui a pu avoir accès à ce rapport dans le cadre de la présente mission, regrette de ne pouvoir faire état des conclusions et des préconisations de ce document en raison de son caractère confidentiel, et estime qu'il devrait être rendu public.

Le CNS déplore en outre que la feuille de route Santé des personnes sous main de justice 2019-2022 ne comporte aucune action concernant le déploiement d'une offre de RdRD en détention.

5.2. Le développement d'une véritable offre de RdRD implique de renforcer les partenariats avec des acteurs extérieurs compétents et de sensibiliser et former les personnels pénitentiaires et sanitaires à cette approche

Au-delà des questions d'accès aux outils, le déploiement de l'approche de RdRD implique à la fois de disposer de professionnels compétents pour la promouvoir et la mettre en œuvre, et de créer des conditions favorables à ce que la démarche soit comprise et acceptée par l'ensemble des acteurs du milieu pénitentiaire, dans le respect des missions et des métiers respectifs de chacun.

Les USMP sont actuellement faiblement mobilisées sur les enjeux de prévention en général et de RdRD en particulier, faute de temps et de moyens humains à y consacrer, mais également de personnels formés. Les CSAPA référents exercent des missions axées sur le soin. La plupart ne déploient pas, ou marginalement, des compétences d'accompagnement à la RdRD ; certaines structures défendent même une conception du soin qui exclut cette approche. Si des personnels soignants peuvent manifester un intérêt personnel à se former dans ce

domaine, la plupart n'ont pas de motivation particulière ou se montrent réticents à développer ce type de compétences.

Un renforcement du rôle des CAARUD, souvent opérés par des structures associatives, peut contribuer à pallier ces faiblesses. L'intervention de CAARUD directement en détention est aujourd'hui très rare, mais les exemples sont probants, tant en ce qui concerne la mise à disposition d'informations sous des formes adaptées aux publics concernés, et parfois coproduites avec eux, qu'en matière d'accompagnement individualisé. Généraliser davantage ces partenariats, voire instituer le principe de conventionner un CAARUD référent pour chaque établissement pénitentiaire, à l'instar du dispositif existant pour les CSAPA, contribuerait à assurer la présence au sein des établissements des compétences qui font aujourd'hui largement défaut. Il s'agirait, d'une part de déployer directement une offre d'accompagnement à la RdRD auprès des personnes détenues, et d'autre part, de développer le cas échéant une offre de formation en direction des professionnels de santé des USMP. Concernant ce dernier aspect, la désignation par l'Agence régionale de santé (ARS) d'un CAARUD comme pôle de référence au plan régional peut également constituer une piste.

Améliorer la coopération des personnels de l'administration pénitentiaire est par ailleurs indispensable. Or l'approche de RdRD demeure largement méconnue et souvent mal comprise de ces personnels, suscitant fréquemment un rejet de principe. Ces réactions spontanées résultent d'un profond déficit d'informations et de connaissances de bases tant sur les risques infectieux et les modes de transmission que sur les comportements addictifs et leur prise en charge. Concernant l'infection par le VHC, la possibilité de guérison n'est aujourd'hui pas connue de ces personnels.

Le défaut de formation initiale et continue des personnels pénitentiaires sur ces questions, et l'absence d'actions de sensibilisation au sein des établissements, laissent ainsi libre cours à des appréciations erronées des risques, à des croyances en des sécurités illusoire et à des préjugés stigmatisant les usagers de drogues. Cet ensemble de représentations inadéquates constituent un frein majeur à l'adoption de comportements professionnels adaptés tant à la bonne prise en charge des personnes détenues usagères de drogues qu'à la sécurité des personnels eux-mêmes.

5.3. L'accès à l'information et aux outils de réduction des risques sexuels, notamment aux préservatifs, est insuffisant

Les risques de transmission par voie sexuelle ne concernent que marginalement le VHC mais leur prévention demeure essentielle en ce qui concerne les risques de transmission du VIH et du VHB et s'inscrit ainsi dans une démarche globale de lutte contre ces trois pathologies.

Ni autorisée, ni interdite, la sexualité est à la fois une réalité reconnue de tous les acteurs en milieu pénitentiaire et cependant peu discutée, tant en ce qui concerne les pratiques sexuelles lors de parloirs que les pratiques entre personnes détenues, y compris les dimensions de contrainte et de violence que ces dernières peuvent dans certains cas revêtir. Les tabous entourant la sexualité sont exacerbés en détention, où les valeurs virilistes et les attitudes machistes et homophobes prévalent.

Dans ce contexte, où simplement se procurer des préservatifs n'est pas un geste anodin pour les personnes détenues, il est incontestablement complexe pour les professionnels de santé d'aborder les questions de sexualité et de prévention des risques sexuels, a fortiori sans avoir bénéficié d'une formation spécifique. La plupart des soignants s'abstiennent d'en prendre l'initiative, considérant que leur rôle se limite à répondre aux demandes exprimées le cas échéant par les personnes.

En dépit d'un contexte majorant les risques, la prévention des risques sexuels s'avère ainsi faiblement portée. Au-delà du préservatif, des outils aujourd'hui essentiels dans la stratégie de prévention diversifiée du VIH ne sont peu ou pas promus, comme l'information sur l'effet du traitement antirétroviral sur les transmissions secondaires, dit TasP (Treatment as Prevention), et/ou demeurent très difficilement accessibles en pratique, comme les prophylaxies pré-exposition (PrEP - Pre-exposure prophylaxis) ou post-exposition (TPE - traitement post-exposition).

Au niveau des USMP, la mise à disposition de supports d'information concernant la prévention des risques sexuels se révèle très inégale. Leur approvisionnement apparaît aléatoire et les supports d'information proposés sont souvent peu adaptés au public détenu, et parfois obsolètes.

Concernant les préservatifs, leur mise à disposition est organisée selon des modalités disparates selon les établissements et inégalement favorables en termes de discrétion de l'accès, notamment par rapport aux personnels surveillants ou aux autres personnes détenues. Il s'agit exclusivement, sauf très rare exception, de préservatifs masculins, et ceux-ci ne sont pas toujours accompagnés de gel lubrifiant. Certains établissements connaissent des ruptures durables d'approvisionnement. La fourniture des préservatifs incombe théoriquement à l'administration pénitentiaire, mais le CNS a pu constater dans de nombreux établissements une incapacité tant de l'administration pénitentiaire que des personnels soignants à identifier un circuit d'approvisionnement en

préservatifs organisé et pérenne. Ainsi la disponibilité des préservatifs repose souvent sur le bon vouloir et la capacité d'un ou de quelques personnels de santé à rechercher des solutions d'approvisionnement, parfois créatives, notamment auprès d'associations.

La mise à disposition de supports d'information comme celle des préservatifs, prévue par différents textes légaux et règlementaires, demeure en outre cantonnée aux USMP, ce qui en limite l'accès aux personnes détenues ayant un motif de consultation médicale. Cette absence d'accès dans d'autres lieux de détention est contraire aux recommandations en vigueur. Dans certains établissements, il est ainsi particulièrement choquant de constater l'absence de mise à disposition de préservatifs, masculins mais aussi féminins, dans les locaux dédiés aux parloirs familiaux ou dans les unités de vie familiale (UVF), que cette absence résulte d'une négligence ou, dans un certain nombre de cas, d'une décision assumée de la direction de l'établissement.

6. LA MISE EN PLACE D'UNE STRATÉGIE EFFICACE DE LUTTE CONTRE LE VHC EN MILIEU PÉNITENTIAIRE REQUIERT UN PILOTAGE MULTINIVEAUX RENFORCÉ ET UN EFFORT CONSÉQUENT DE COORDINATION ET D'ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS SUR LE TERRAIN

→ *Recommandations n° 13 et 14*

Reconnaissant la pertinence de certaines initiatives locales, le CNS estime cependant que l'objectif d'élimination de l'épidémie de VHC, l'urgence de reconsidérer la place du dépistage tout comme la nécessité de reconstruire le discours sur l'infection par le VHC autour de la guérison n'ont jusqu'ici pas suscité au sein de la plupart des établissements pénitentiaires une mobilisation à la hauteur des enjeux et des possibilités ouvertes par l'arrivée des AAD. Ainsi, la portée du changement de paradigme n'a pas été suffisamment perçue ni assimilée sur le terrain, ce qui suggère un défaut d'information, d'animation et de pilotage à différents niveaux.

6.1. Au niveau national, le pilotage interministériel et ministériel demeure jusqu'ici faible pour des raisons politiques et structurelles

L'objectif gouvernemental d'élimination de l'épidémie de VHC à l'horizon 2025 n'a pas fait l'objet jusqu'à une date très récente d'un portage particulier concernant sa déclinaison en milieu pénitentiaire, que ce soit au sein des instances de coordination Santé-Justice au niveau interministériel et interdirectionnel, ou de la part du ministère en charge de la santé en direction des ARS.

Le CNS se félicite par conséquent de l'inflexion que marque l'intégration de cet objectif dans la feuille de route Santé des personnes placées sous main de justice publiée en juillet 2019, à travers l'action n°11 qui y est consacrée. Les recommandations issues du présent Avis doivent contribuer à définir le contenu opérationnel de cette priorité d'action à conduire au cours de la période 2019-2022.

Dans cette perspective, toutefois, plusieurs difficultés ne peuvent être éludées sur le plan de la gouvernance et du pilotage ministériel et interministériel.

L'instance décisionnelle formée par le comité interministériel Santé-Justice se réunit à un rythme annuel. Au regard du cadre de référence constitué par la Stratégie santé des personnes placées sous main de justice, deux instances de suivi et de coordination de la mise en œuvre sont prévues. D'une part, un comité de suivi associant les directions concernées des deux ministères et des représentants des parties prenantes au plan national et régional se réunit deux fois par an, à des fins d'information et de concertation des parties. D'autre part, une équipe projet interministérielle, à compétence uniquement technique, est chargée d'élaborer la déclinaison opérationnelle de la stratégie. Cette équipe, coordonnée par un chef de projet positionné auprès de la DGS, réunit des représentants des différentes directions et services concernés des deux ministères.

Dans cette configuration très verticale qui implique des processus de décision politique particulièrement longs, le dialogue et l'action interministérielle Santé-Justice apparaissent peu fluides. Le défaut d'arbitrage de certaines questions conduit au gel de toute action dans les domaines concernés. Le dissensus concernant la mise en œuvre de la RdRD, après avoir constitué un point de blocage majeur, semble être devenu un sujet d'évitement. Le processus interministériel concernant l'élaboration du décret d'application de l'article 41 de la loi du 26 janvier 2016, bien engagé dans une première phase, s'est interrompu depuis plus de deux ans. L'avancée voulue par le législateur ne semble plus bénéficier depuis lors d'un portage ministériel conséquent, qu'il s'agisse pour la ministre en charge de la santé de faire prévaloir l'intérêt de la mesure pour la santé publique, ou pour la ministre en charge de la justice, d'assumer, dans le cadre du dialogue social avec les personnels de l'administration pénitentiaire, les dispositions nécessaires à la mise en œuvre de la loi. Le CNS déplore ainsi l'absence de clarification politique au plus haut niveau de ces enjeux qui engagent la cohérence stratégique de l'action publique en matière de lutte contre les risques infectieux et en particulier de lutte contre le VHC.

En ce qui concerne le pilotage au sein du secteur santé, les leviers dont dispose l'administration centrale pour favoriser une déclinaison effective par les ARS des actions désormais inscrites dans la feuille de route sont structurellement limités par l'autonomie des agences. De surcroît, deux années ont été nécessaires au plan interministériel et interdirectionnel pour définir une déclinaison opérationnelle de la Stratégie nationale santé des personnes sous main de justice adoptée en avril 2017. La Feuille de route santé des personnes sous main de justice 2019-2022 intervient ainsi trop tardivement par rapport au cycle quinquennal de programmation des politiques régionales de santé, de sorte que les actions qu'elle priorise n'ont pu être prises en compte par les ARS dans le cadre des Projets régionaux de santé (PRS) 2018-2023.

L'administration centrale de la santé dispose néanmoins d'une capacité d'animation auprès des référents santé des personnes placées sous main de justice (PPSMJ) des ARS, qu'elle réunit annuellement. Elle dispose également d'une certaine capacité d'impulsion d'actions spécifiques via l'allocation de crédits exceptionnels, sans toutefois disposer des moyens de s'assurer de leur utilisation effective aux fins prévues. Ainsi, des crédits non pérennes ont été attribués par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) aux ARS en 2017 et 2018, pour un montant total de 8,2 M€, afin de renforcer les moyens d'action, humains et matériels, des USMP des maisons d'arrêt dans le domaine de la RdRD, incluant les aspects de prise en charge des addictions, d'information des personnes détenues sur les risques infectieux et la RdRD, de dépistage du VIH et des virus des hépatites, de coordination entre équipes somatique, psychiatrique et en addictologie, ou encore de formation des personnels à la RdRD.

Le pilotage en direction des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire relève en revanche d'un lien hiérarchique direct entre l'administration centrale et les directions interrégionales des services pénitentiaires (DISP).

L'organisation conjointement par la direction de l'Administration pénitentiaire (DAP) et les directions concernées de l'administration centrale de la santé de réunions annuelles communes des référents santé des DISP et des référents santé des PPSMJ des ARS constitue un cadre qui devrait être mis à profit pour mobiliser ces agents concernant l'action n°11 de la feuille de route et favoriser l'échange d'expériences entre pilotes régionaux.

6.2. À l'échelon régional ou interrégional, la collaboration entre les DISP et les ARS est inégale, notamment du fait de l'intérêt faible ou inconstant de certaines ARS

Les commissions régionales santé-justice ont été instaurées dans l'objectif de doter l'échelon des régions ou interrégions pénitentiaires d'une instance de gouvernance chargée de la déclinaison régionale des politiques de santé en direction des personnes sous main de justice et d'assurer la coordination de l'ensemble des acteurs qui y concourent. Cette ambition peine toutefois à se concrétiser. Dans un nombre conséquent de régions, la commission n'est jamais réunie, ou l'est à une fréquence irrégulière et inférieure à celle prévue d'au moins une réunion par an. Dans des régions où une commission fonctionne, son rôle est jugé par certains participants comme essentiellement formel et dénué de portée opérationnelle.

Les échanges et les efforts de coordination du pilotage à l'échelon régional et interrégional entre les administrations pénitentiaire et de la santé apparaissent plus effectifs au travers des contacts réguliers, et parfois intenses, qui existent entre les référents santé des DISP et les référents santé des PPSMJ des ARS. Les dynamiques d'action régionale apparaissent fortement dépendantes de l'investissement personnel de ces agents et la qualité des relations interpersonnelles, ce qui constitue un facteur de fragilité évident. Surtout, les référents santé des DISP exercent généralement cette fonction à temps plein tandis que les ARS n'allouent souvent qu'une fraction d'équivalent temps plein, parfois extrêmement faible, à la fonction de référents santé des PPSMJ. Ces référents expriment parfois le sentiment d'exercer leur fonction non pas avec le soutien de leur direction, mais malgré elle. Ces écarts peuvent parfois déséquilibrer le dialogue entre les référents et être source d'incompréhensions entre les deux administrations. Certaines DISP ont pu être confrontées à l'absence de tout interlocuteur au sein de l'ARS, la direction de celle-ci assumant de ne pas pourvoir de poste de référent santé des PPSMJ pendant des périodes pouvant atteindre parfois plusieurs années. Tout est alors à reconstruire.

Cette faiblesse des moyens accordés par la plupart des ARS au pilotage de la santé en milieu pénitentiaire reflète plus globalement la place marginale que de nombreuses agences accordent à cet enjeu dans le cadre de leur politique régionale de santé. Les PRS, ou dans ce cadre les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS), ne définissent que rarement des objectifs ambitieux et une programmation structurée et lisible concernant la santé des PPSMJ. Le suivi des actions programmées est également défaillant en raison de la capacité limitée, voire inexistante des ARS à s'assurer que les établissements hospitaliers de rattachement des USMP ou des SMPR utilisent aux fins prévues les crédits alloués.

Ce portage inégal, souvent insuffisant et parfois défaillant des questions de santé en milieu pénitentiaire au sein des ARS produit des effets délétères sur la mobilisation comme sur la coordination des acteurs du champ sanitaire et médico-sanitaire concourant à l'offre de santé en milieu pénitentiaire, et en premier lieu les USMP. De nombreux professionnels de ces structures s'estiment insuffisamment écoutés et soutenus par les agences, y

compris pour faire valoir leurs besoins auprès de leurs directions hospitalières, et expriment fréquemment un sentiment d'isolement voire d'abandon.

Dans ce contexte, la mise en œuvre de l'action n°11 de la feuille de route exige des ARS un renforcement et une meilleure structuration de leurs actions tant sur le plan de la programmation que du pilotage et du suivi, incluant un soutien accru aux professionnels impliqués. Ce soutien comprend notamment le développement d'une offre de formation et d'accompagnement au changement des pratiques professionnelles ainsi que de l'organisation du parcours de soins que requièrent l'amélioration du dépistage et l'optimisation des délais de prise en charge des personnes détenues infectées par le VHC. Les ARS pourraient utilement s'appuyer sur les centres experts hépatites et/ou sur les COREVIH pour réaliser un diagnostic territorial des besoins et coordonner les acteurs à mobiliser.

RECOMMANDATIONS

En conséquence, le conseil national du sida et des hépatites virales adresse les recommandations suivantes

Afin de connaître et suivre la santé des personnes détenues infectées par le VHC :

1. à la ministre en charge de la santé, à la directrice générale de l'offre de soins, à la directrice générale de Santé publique France et au directeur général de la CNAMTS

Organiser le recueil, la mise à disposition, l'analyse et le suivi de données d'épidémiologie descriptive et thérapeutique de l'infection par le VHC, le VHB et le VIH au sein de la population pénitentiaire.

Afin de renforcer le dépistage du VHC, et conjointement ceux du VIH et du VHB :

2. à l'ensemble des personnels soignants intervenant en milieu pénitentiaire

Identifier systématiquement à l'entrée et au cours de la détention les opportunités d'informer les personnes détenues de l'intérêt du dépistage et du traitement du VHC, et notamment du fait que les nouveaux traitements antiviraux sont bien tolérés et permettent une guérison en 8 à 12 semaines.

3. aux directeurs généraux des ARS, aux directeurs des établissements hospitaliers de rattachement des USMP, aux médecins coordonnateurs et cadres de santé des USMP

Déployer les TROD comme outil prioritaire des dépistages du VHC, du VHB et du VIH en milieu pénitentiaire afin d'assurer une réalisation immédiate dès que la proposition de dépistage est acceptée, et à cette fin :

- assurer l'information et la formation des professionnels de santé concernant les TROD ;
- déléguer la réalisation du dépistage par TROD aux personnels infirmiers.

4. aux médecins coordonnateurs et cadres de santé des USMP et des services de prise en charge des addictions

Assurer la proposition et la réalisation effective des dépistages combinés du VHC, du VHB et du VIH ainsi que le rendu des résultats pendant le séjour de la personne détenue en quartier arrivant y compris les résultats négatifs.

5. aux directeurs généraux des ARS, aux directeurs interrégionaux des services pénitentiaires, aux chefs d'établissement pénitentiaire, aux médecins coordonnateurs et cadres de santé des USMP et des SMPR, aux opérateurs externes concernés

Organiser le renouvellement de la proposition de dépistage au cours de la détention, et notamment diversifier les modalités d'offre en renforçant le rôle des partenaires internes et externes (CSAPA, CAARUD, CeGIDD, associations) dans le cadre d'interventions plus larges (éducation à la santé, prévention, RdR) :

- soutenir le développement d'interventions en milieu pénitentiaire par les partenaires externes ;
- assurer la coordination et la complémentarité des interventions entre l'unité sanitaire et les partenaires.

Afin de réduire les délais d'instauration du traitement par AAD :

6. aux médecins coordonnateurs des USMP, avec le concours des centres experts hépatites

Formaliser dans chaque établissement, en partenariat avec un référent VHC :

- un circuit court visant à obtenir le bilan et, pour les patients relevant d'un parcours simplifié, l'instauration du traitement dans les deux semaines suivant la découverte d'une sérologie positive ;
- un circuit optimisé pour les cas complexes relevant d'un avis de RCP.

7. aux directeurs des établissements hospitaliers de rattachement des USMP, aux médecins coordonnateurs des USMP, avec le concours des centres experts hépatites

Favoriser la formation des médecins des USMP :

- à la mise en œuvre du parcours adapté à la situation du patient, tel que défini par la HAS ;
- à la prescription du traitement et son suivi dans le cadre du parcours simplifié.

Afin de mettre en cohérence et porter à hauteur des besoins l'offre de prévention et de réduction des risques infectieux :

8. au Premier Ministre, à la ministre de la justice et la ministre en charge de la santé, avec l'appui technique de la DAP, de la DGOS et de la DGS

Permettre l'application des dispositions de la loi du 26 janvier 2016, et en conséquence :

- prendre le décret d'application prescrit par l'article L. 3411-10 du code de la santé publique ;
- développer auprès des personnels soignants et pénitentiaires l'information sur la démarche et les outils de RdRD ;
- mettre à disposition les outils reconnus de RdRD en milieu pénitentiaire (kits d'injection, d'inhalation, pipes à crack...), le cas échéant par étapes ;
- développer l'intervention des CAARUD en détention afin de consolider l'offre de RdRD.

9. aux directeurs généraux des ARS, aux directeurs interrégionaux des services pénitentiaires, aux chefs d'établissement pénitentiaire, aux médecins coordonnateurs et cadres de santé des USMP

Assurer une mise à disposition effective des préservatifs dans le kit arrivant, dans les USMP ainsi que dans les autres locaux de détention (unité de vie familiale, lieux de circulation et/ou d'activités...).

10. aux chefs d'établissement pénitentiaire, aux médecins coordonnateurs et cadres de santé des USMP, avec l'appui des DISP et des ARS

Organiser la diffusion auprès des personnes détenues et de leurs proches de supports d'information adaptés sur la prévention des risques infectieux dans les champs des addictions et de la santé sexuelle et sur l'intérêt du dépistage du VHC au regard des bénéfices apportés par les nouveaux traitements.

11. à la directrice générale de Santé publique France, au directeur général de l'administration pénitentiaire, aux directeurs généraux des ARS, aux directeurs interrégionaux des services pénitentiaires, aux chefs d'établissement pénitentiaire, aux médecins coordonnateurs et cadres de santé des USMP

Concevoir et organiser la diffusion de supports d'information adaptés sur la prévention des risques infectieux dans le champ des addictions et de la santé sexuelle :

- pour le personnel pénitentiaire ;
- pour le personnel sanitaire.

12. à la DAP et la DGS, aux directeurs généraux des ARS, aux directeurs interrégionaux des services pénitentiaires, aux chefs d'établissement pénitentiaire, médecins coordonnateurs et cadres de santé des USMP

Dans le cadre de la formation initiale et continue des personnels sanitaires et pénitentiaires, organiser des sessions d'information et de sensibilisation sur les risques infectieux ainsi que sur les stratégies et outils de réduction des risques et des dommages liés à l'usage de drogues et de réduction des risques sexuels.

Afin d'améliorer la gouvernance et le pilotage régionaux :

13. aux directeurs généraux des ARS

Mettre en place les moyens internes, financiers et humains, nécessaires à un pilotage régional soutenu et pérenne de la santé des personnes détenues.

14. aux directeurs interrégionaux des services pénitentiaires et aux directeurs généraux des ARS, à travers les référents santé des DISP et les référents santé des PPSMJ des ARS

Animer et coordonner des espaces d'échange avec les structures intervenant en milieu pénitentiaire dans les domaines de l'éducation à la santé, de la prévention et du dépistage.

INDEX DES SIGLES ET ACRONYMES

ADD : antiviraux d'action directe

ARS : Agence régionale de santé

CAARUD : centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues

CeGIDD : centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic

CNAMTS : caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

CNS : Conseil national du sida et des hépatites virales

COREVIH : coordination régionale de lutte contre le VIH

CSAPA : centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

DAP : direction de l'Administration pénitentiaire

DGOS : direction générale de l'Offre de soins

DGS : direction générale de la Santé

DISP : direction interrégionale des services pénitentiaires

HAS : Haute Autorité de santé

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

PNSP : plan national de santé publique

PPSMJ : personne placée sous main de justice

PRAPS : programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies

PrEP : prophylaxie pré-exposition

PRS : projet régional de santé

RCP : réunion de concertation pluridisciplinaire

RdR : réduction des risques

RdRD : réduction des risques et des dommages

SMPR : service médico-psychiatrique régional

TasP : Treatment as Prevention

TPE : traitement post-exposition

TROD : test rapide d'orientation diagnostique

TSO : traitement de substitution aux opiacés

USMP : unités sanitaires 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

CONTACT

Julien BRESSY - Chargé de communication
T. +33(0)1 40 56 68 52 | M. +33(0)6 35 26 85 71
julien.bressy@sante.gouv.fr

Le Conseil national du sida et des hépatites virales remercie vivement les personnes entendues lors de ses auditions et travaux, dont la liste est consultable dans le *Rapport*² qui accompagne la publication du présent *Avis*.

² *Rapport sur la prévention, le dépistage et le traitement de l'hépatite C chez les personnes détenues*, CNS, 2020 : <https://cns.sante.fr/rapports-et-avis/avis-prisons-2019>