

En juillet dernier, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a publié son rapport d'évaluation du dernier plan d'actions stratégiques relatif à la politique de santé des personnes détenues en France. Il rend compte de la période 2010-2014, pointe les nombreuses lacunes et donne des informations précieuses, quoique partielles et anciennes, concernant le VIH et les hépatites virales. Voici les infos clefs. Par Jean-François Laforgerie.

VIH, hépatites et santé en prisons : on peut nettement mieux faire

Des besoins importants, mais mal documentés

Au 1er janvier 2015, 66 270 personnes étaient détenues en France dans 188 établissements pénitentiaires. Selon le rapport de l'IGAS (Inspection générales des affaires sociales) : six personnes entrantes sur dix déclaraient avoir eu recours au système de soins dans les douze derniers mois. C'est moins qu'en population générale. Les pathologies et troubles mentaux sont surreprésentés en milieu carcéral. Par exemple, plus d'une personne détenue sur trois est atteinte de syndrome dépressif, une sur dix est atteinte de "dépression mélancolique" à haut risque de suicide, une sur six a une phobie sociale, une sur trois une anxiété généralisée. Le taux de suicide des hommes majeurs détenus est sept fois supérieur à la moyenne nationale. Concernant les consommations de produits et drogues : 80 % de la population carcérale fume quotidiennement du tabac en cellule, 31 % des entrants déclarent une consommation excessive d'alcool et près de 10 % des personnes détenues reçoivent quotidiennement un traitement de substitution aux opiacés. Une personne détenue sur cent est séropositive au VIH et une sur vingt au VHC, soit environ quatre fois plus qu'en population générale en France.

Des données anormalement anciennes

Dans la synthèse du rapport, l'IGAS souligne que toutes ces données "sont anormalement anciennes". En effet, les "études générales datent de 2003 pour l'état de santé des entrants en détention, de 2004 pour la prévalence des troubles psychiatriques, de 2001 pour les handicaps et dépendances. Seule l'étude sur le VIH, le VHC et les traitements de substitution a été actualisée en 2010."

Dépistages du VIH et des hépatites virales

Depuis 1996, un dépistage du VIH est systématiquement proposé aux nouveaux entrants. Le dépistage des hépatites virales est, lui aussi, systématiquement proposé. Selon les données de l'Observatoire des structures de santé des personnes détenues (OSSD), environ la moitié des entrants a souhaité bénéficier d'un tel dépistage. En 2012, pour la première fois, le dépistage du VHB a été plus réalisé que ceux du VIH et du VHC chez les personnes qui entrent pour la première fois en détention. Les dépistages des autres IST ne sont pas forcément proposés dans tous les établissements. On sait juste que le dépistage de la syphilis a augmenté. Selon l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales, seules 70 % des unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) reconvoquaient les personnes détenues en cas de sérologie négative au VIH, 65 % pour une sérologie négative au VHC et 64 % pour une sérologie négative au VHB.

Accidents d'exposition et TPE mal encadrés

Le Plan 2010-2014 recommandait une meilleure connaissance des intervenants en prison sur l'accès aux traitements post-exposition. La conduite que l'équipe médicale doit tenir face à un accident d'exposition a fait l'objet d'une circulaire interministérielle en 2008. En cas de contact à risque évalué par un médecin, la personne concernée doit recevoir dans l'heure un TPE, indique le texte. "Manifestement, cette possibilité est peu connue : dans 47 % des établissements, les personnes détenues n'étaient pas informées de ce dispositif et dans 39 % seulement les personnels pénitentiaires étaient informés de la possibilité de recourir au TPE. Selon une enquête, en douze mois, trois prescriptions seulement de TPE ont été constatées auprès d'unités sanitaires, prenant pourtant en charge 74 % de



la population carcérale. Toutes étaient consécutives à une prise de risque sexuelle. Les inspecteurs de l'IGAS notent qu'aucune des USMP visitées dans le cadre du rapport n'a déclaré avoir prescrit de TPE à une personne détenue au cours des douze derniers mois.

Le traitement du VHC en prison

Le traitement est désormais disponible, mais doit être rendu opérationnel, note le rapport de l'IGAS. On sait que 4,2 % de la population carcérale est touchée par le VHC. L'accès aux AVD constitue "un enjeu fort de santé publique", note le rapport. "Compte tenu de l'efficacité supérieure, mais aussi du prix conséquent de ces nouveaux traitements (...), des tensions similaires à celles générées par la mise à disposition des premiers traitement antirétroviraux contre le VIH en 1996 sont apparues (...) et ont mené à la publication de la circulaire du 29 avril 2015, permettant, selon les mêmes conditions d'éligibilité, le même remboursement qu'en milieu extérieur dès l'instant où les personnes détenues sont couvertes par l'Assurance maladie", note l'IGAS. L'accès à ce traitement est d'ailleurs conditionné à un bilan médical qui nécessite la plupart du temps une extraction médicale, ce qui n'est jamais simple (voir plus bas). Enfin, des efforts ont été faits concernant la vaccination contre le VHB, notamment par la mise en place d'un schéma de vaccination accéléré, mais des améliorations sont encore possibles. On a vu dans la partie consacrée aux dépistages (données ANRS de 2009) que 36 % des USMP ne reconvoquaient pas les personnes détenues avec une sérologie de dépistage négative pour le VHB, alors qu'une proposition de vaccin pourrait leur être très utile.

Une offre de soins très disparate et encore insuffisante

Depuis la loi du 18 janvier 1994, les personnes détenues doivent bénéficier d'une prise en charge sanitaire identique à celle proposée à l'ensemble de la population. Un effort important de renforcement des moyens humains dans les unités sanitaires a été réalisé entre 1997 et 2013 puisqu'il y a eu un doublement des effectifs de personnel de santé : de 1345 postes à temps plein en 1997 à plus de 2600 en 2013. Reste que parallèlement, la population carcérale augmentait de 25 %. Conséquence ? D'importantes disparités et insuffisances dans l'offre de soins sont constatées. Elles sont d'ailleurs liées à des difficultés de recrutement fortes pour plusieurs catégories de professionnels de santé. Par exemple, 22 % des postes de médecins spécialistes budgétés ne sont pas pourvus ; 15,5 % des postes de médecins

psychiatres budgétés ne sont pas pourvus. Pénurie aussi de kinésithérapeutes, de dentistes, etc. A cela, s'ajoutent des problèmes de moyens matériels. Les locaux sont sous-dotés, particulièrement en maisons d'arrêt et centres pénitentiaires. Très souvent, les locaux sont trop petits par rapport aux recommandations officielles... La télémédecine pourrait pallier un peu le problème, mais elle reste très minoritaire. Dans les 173 unités sanitaires en maisons pénitentiaires (USMP), 29 seulement effectuent des consultations médicales à distance. L'IGAS a également constaté d'importants problèmes de distribution des médicaments, a fortiori lorsqu'ils doivent être pris quotidiennement. Les week-ends et jours fériés, la distribution de médicaments n'est assurée que dans 16 UMSP sur 173 !

Extractions et aménagements de peine

L'IGAS avance que l'amélioration de l'accès aux soins hors détention doit s'appuyer sur une meilleure organisation des extractions et sur le développement des aménagements de peine pour raisons médicales. "Les extractions médicales sont essentielles pour garantir l'accès à des soins qui ne peuvent être dispensés en établissements pénitentiaires et leur non réalisation peut entraîner une perte de chance pour la personne détenue. Sur les 50 000 extractions annuelles demandées en moyenne par le corps médical, l'administration pénitentiaire (...) n'en réalise qu'environ 80 %." Lors des extractions, l'usage de moyens de contrainte est très largement généralisé et pas toujours conforme au respect de la dignité des personnes et du secret médical. Les personnes non menottées sont, le plus souvent, celles âgées de plus de 65 ans ou à mobilité réduite. Comme les extractions coûtent cher en personnel, moyens de transport... un certain nombre ne sont pas réalisées. L'IGAS préconise une "utilisation plus large des permissions de sortie pour raison médicale d'une journée". Autre piste avancée : les aménagements de peine classiques qui peuvent être octroyés pour raison médicale lors que le "profil pénal de la personne détenue le permet". Elles sont aujourd'hui très peu utilisées.

Le rapport de l'IGAS (la version complète fait pas loin de 200 pages) est consultable sur www.igas.gouv.fr, puis rubrique Rapports récents.