



Compte-rendu de la réunion de la Commission inter-Corevih prison – 12 février 2015 – Salle du Corevih IDF Est

Présents (19)

- BARBIER Christine, Coordination santé des personnes détenues, DGS
- BOCQUENTIN Muriel, Pharmacien, US Fresnes
- BOUCHARD Isabelle, Médecin, US Fresnes
- BOUSSARD Jean-Luc, Médecin, Pilote de la commission, CH Melun
- CARTON Béatrice, Médecin, Maison d'arrêt Bois d'Arcy
- COQUELIN Vincent, Coordinateur d'action, AIDES
- COULOT Sébastien, Médecin, CH Meaux
- DESCHAUD Martine, TEC, CH Bichat/Pontoise
- DEVELAY, Médecin inspecteur de santé publique stagiaire, ARS IDF
- FAC Catherine, Médecin US Fresnes
- GOGLIDZE Tina, Coordinatrice Corevih IDF Ouest
- GOUTTE Béatrice, Médecin, US Maison d'arrêt Osny
- KRIBECHE Tarek, Chargé des actions milieu pénitentiaire, ASSAMEDE
- HAAS Aurélie, Déléguée de lieux de mobilisation, AIDES
- HARCOUET Laura, Pharmacien, CH Cochin
- NGUYEN Rose, Médecin, CH Sud Francilien
- NOUIOUAT Ridha, Responsable des programmes « milieu carcéral », Sidaction
- PARIENTE Jessica, Chargée de mission santé publique, Corevih IDF Est
- PELLISSIER Hélène, Déléguée régionale, Santé Info Solidarité – Animation

Lors des dernières réunions de la commission prison, il avait été décidé de privilégier plusieurs axes de travail et de réflexion :

- Hépatites : appui à la mise en place d'une consultation dédiée à la prise en charge des hépatites à l'EPSNF de Fresnes
- Continuité des soins à la sortie : élaboration d'un annuaire des ressources médicales en matière de VIH et d'hépatite à remettre aux sortants de prison, avec un « numéro vert » sur le modèle de SIS ou SOS hépatites
- Prévention et réduction des risques : avec en particulier la possibilité de participer à la mise en place de programme d'échange de seringues (PES)
- Aménagements et suspensions de peine pour raison médicale

Annoncés par les 2 Ministres de la Santé et de la Justice, lors d'une visite à Fresnes pour la Journée Mondiale Sida le 1^{er} décembre 2012, 2 groupes de travail « santé-justice », portant sur les aménagements suspensions de peine pour raison médicale d'une part et sur la prévention et réduction des risques (RDR) infectieux ont été installés par les 2 cabinets en février 2013.

Si la prise en charge des hépatites à l'EPSNF est désormais effective, avec la mise en place d'une consultation dédiée et la mise à disposition d'un Fibrosan, l'évolution thérapeutique a fait émerger de

nouvelles difficultés, avec la possibilité de traitements hautement efficaces et bien tolérés, mais pour un coût si élevé que l'accès à ces traitements est des plus problématiques, compte tenu du mode de financement des médicaments en unités sanitaires.

Cette réunion de la Commission a pour objet de faire le point sur l'avancée des travaux des groupes santé justice et sur la problématique du financement des traitements coûteux.

L'ordre du jour est le suivant :

- 1) Conclusions du groupe « santé-justice » de la DGS sur la réduction des risques
- 2) Point sur la réforme pénale sur les aménagements et suspensions de peine pour raison médicales
- 3) Clarification sur les régimes de rétrocession des médicaments

Réduction des risques infectieux: la politique de santé de l'Etat à l'égard des personnes détenues

Christine Barbier, Bureau santé des populations, DGS

Le ppt est disponible sur le site du Corevih :

http://www.corevihest.fr/commissions/comm_prison.asp

Rappel historique de la RDR :

A partir de 1995: mise en place progressive du dispositif expérimental de RDR: kits prévention, seringues stériles en pharmacie, lieux de contact « boutiques », programmes échanges de seringues, automates, réseaux MG, traitements de substitution aux opiacés (TSO).

Loi du 09 août 2004 et Décret du 14 avril 2005: référentiel national de la RDR : définition des actions et des modalités d'intervention ; renforcement de la qualité des pratiques ; protection des intervenants des incriminations (usage, détention, incitation)

Décret du 19 décembre 2005 : mise en place des CAARUD (centres d'accueil et d'accompagnement à la RDR pour usagers de drogue), dispositif médico-social, financement assurance maladie

Autres dispositifs et acteurs de la RDR: CSAPA, associations, professionnels de santé, pharmaciens

Le Conseil d'Etat le 09 octobre 2013, en s'opposant à l'ouverture de « salle de shoot » pointe un paradoxe juridique: la loi du 31 décembre 1970, qui pénalise l'usage et la détention de tout stupéfiant illicite, est en contradiction avec la politique de réduction des risques, qui a pourtant elle aussi un statut légal depuis son intégration dans la loi de santé publique en 2004. Le décret prévu par le gouvernement ne suffisant pas à sécuriser ce dispositif, le Conseil d'Etat a recommandé d'inscrire les salles de consommation (et toute la RDR ?) dans une future loi.

Dans le projet de loi de santé de 2015, la RDR est présente aux articles 7, 8 et 9.

Article 7. Conforter la pratique des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) par des personnels non médicaux des dispositifs médico-sociaux (CSAPA, CAARUD, ACT)

Article 8. Extension de la RDR au milieu carcéral ouvrant la voie à des programmes expérimentaux d'échanges de seringues (PES), aux motifs

- du bénéfice de la RDR sur l'état de santé des personnes usagères de drogues (VIH), du rôle persistant de l'injection dans la transmission du VIH et du VHC, particulièrement en milieu carcéral
- du besoin d'un nouvel élan et d'adaptation aux évolutions des publics, des produits et des modes de consommation

- du besoin d'un cadre législatif pour sécuriser juridiquement les actions, permettre les innovations tenant compte de la loi pénale et des contraintes spécifiques de la détention

Article 9. Expérimentation salles de consommation à moindre risque (SCMR)

Calendrier prévisionnel: 1^{ère} lecture en Commission des affaires sociales mars 2015, discussion parlementaire avril 2015. 2^{ème} lecture et vote. Pour article 8: décret d'application en Conseil d'Etat, 6 mois après parution de la loi

Au regard des recommandations internationales (OMS, 2007) : information, éducation, communication, dépistage, préservatifs, lubrifiants, traitements de substitution aux opiacés (TSO), eau de javel, vaccination VHB, traitement post exposition, protocole coiffure, **programme d'échanges de seringues.**

Le constat est celui d'un contexte épidémiologique inquiétant : prévalence du VIH (2 %) et du VHC (4,8 %) 6 fois plus élevée qu'en milieu libre (Prévacar Invs/DGS 2010), dépistage insuffisant, surreprésentation des personnes usagères de drogues (entrants DREES 2003, 8% sous TSO Prévacar), existence de pratiques à risque: remontées terrain, enquête Liancourt sur consommations de produits, Coquelicot, Prévacar, PRI2DE

de mesures de RDR incomplètement mises en œuvre en milieu carcéral, du besoin d'optimiser les mesures existantes et d'un élargissement de l'offre en vue d'une équivalence avec le milieu libre...

Groupes de travail santé/justice 2013 : Groupe paritaires santé/justice, professionnels, associations :

- **GT « prévention et RDR infectieux» (3 thèmes)**
- **GT « aménagements et suspension de peines pour raison médicale »**

GT prévention RDR infectieux : organisation du travail en 3 phases

- 1. Prévention/ RDR liés aux pratiques addictives (février-mai 2013)**
- 2. Prévention/ RDR liés aux pratiques sexuelles (mai - septembre 2013)**
- 3. Prévention/ RDR liés aux pratiques de tatouage/piercing**

Prévention/RDR pratiques addictives ; février-mai 2013

- **Mandat du groupe: élaborer un cahier des charges pour expérimenter PES**, en s'appuyant sur les recommandations nationales (INSERM, CNS, Mission parlementaire) et internationales et les expériences étrangères évaluées.

- **Production du groupe:**

Note de synthèse et cahier des charges validé, adressé aux 2 cabinets en mai 2013

A revoir après le vote de la loi (article 8 cf. supra)

Mesures existantes à optimiser : rappel des autres actions DGS dans le cadre du plan PMJ 2010/2014 ; guide des TSO en milieu carcéral. Diffusion accompagnée. Réflexion à poursuivre ; eau de Javel: Circulaire DGS/DH n° 6/239 du 3 avril 1996. Fourniture par la DAP (nouveau marché, collerette information). Notes d'utilisation DAP et DGS de 1997. Sujet à revoir ; prise en charge en addictologie: instruction du 17/11/2010 ; parcours de la personne: repérage à l'entrée, projet de soins, continuité à la sortie ; coordination des acteurs, protocole ; CSAPA référent ; évaluation en cours par enquête flash auprès des US ; **rôle des CAARUD**

Le guide méthodologique 2012 sur la prise en charge sanitaire des personnes sous main de justice est en cours de réactualisation : Christine Barbier propose à la relecture de quelques personnes du groupe certaines fiches de ce guide : « prévention, dépistage et prise en charge des maladies transmissibles », « réduction des risques infectieux ». Par ailleurs, la DGS souhaite élaborer quelques recommandations en matière d'éducation thérapeutique du patient, s'inspirant des 3 projets

en milieu carcéral retenus dans un appel à projet 2011 (faisabilité et transférabilité de l'ETP en contexte spécifique).

Question soulevée de la continuité des soins à la sortie : dans le cadre du plan santé des personnes sous main de justice 2010-2014, 68 places d'ACT dédiées en France aux personnes sortant de prison ont été financées + 20 supplémentaires en 2014.

Questions débattues :

- **Demande de précisions sur le contenu du cahier des charges :** modalités de distribution du matériel, inspirée de l'expérience suisse de Champ Dollon : distribution en cellule (pour ne pas stigmatiser), en emballage banalisé, avec les autres produits de santé.

- **Quel rôle pour les Corevih ?**

- **Une fois la loi de santé votée et le décret d'application, la DGS devrait publier un appel à candidatures pour recenser des sites candidats aux programmes d'échanges de seringues, que les Corevih pourront relayer auprès des acteurs de leurs territoires.**
- **Une demande de formation va émerger : TROD aux personnels des structures médico-sociales ; intervenants dans les cadre des PES en milieu carcéral (place des CAARUD).**

- Difficulté pour la continuité des soins : couverture sociale non effective, problématique des personnes en situation irrégulière, sans couverture à la sortie, refusées dans les dispositifs d'hébergement

- A noter qu'un travail est en cours à l'ANRS, piloté par Laurent Michel, sur la question des séroconversions en prison.

Liens

Guide méthodologique

<http://www.sante.gouv.fr/prise-en-charge-sanitaire-des-personnes-placees-sous-main-de-justice-un-guide-de-referance-pour-les-professionnels-de-terrain.html>

Plan d'actions stratégiques 2010-2014 « politique de santé pour les personnes sous main de justice »

<http://www.sante.gouv.fr/plan-d-actions-strategiques-relatif-a-la-politique-de-sante-des-personnes-placees-sous-main-de-justice.html>

Etat des lieux INPES éducation pour la santé en milieu carcéral et recommandations. Référentiel promotion de la santé

<http://www.inpes.sante.fr/30000/pdf/sante-penitentiaire.pdf>

Prévacar volet "offre de soins "

[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Enquete_PREVACAR - Volet offre de soins - VIH hépatites et traitements de substitution en milieu carcéral octobre 2011.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Enquete_PREVACAR_-_Volet_offre_de_soins_-_VIH_hepatites_et_traitements_de_substitution_en_milieu_carceral_octobre_2011.pdf)

Aménagement et suspension de peine pour raison médicale

Christine Barbier, Bureau santé des populations, DGS

Le ppt est disponible sur le site du Corevih :

http://www.corevihest.fr/commissions/comm_prison.asp

Le groupe de travail santé justice a formulé des recommandations prises en compte en partie dans la loi du 15/08/2014. Celle-ci permet d'octroyer une mise en liberté des personnes en détention provisoire sur les mêmes critères que la suspension de peine pour raison médicale (SPRM) et d'assouplir les conditions d'octroi d'une SPRM.

- Prise en compte plus large de l'état de santé « physique et mental » (sauf si la personne est hospitalisée sans consentement au moment de la demande)
- Une seule expertise
- Possibilité de représentation de la personne par son avocat

Un guide méthodologique est à élaborer par les 2 ministères, la DGS élabore notamment un document sur les dispositifs d'aval et sur une convention-type entre SPIP¹, unité sanitaire et structure d'accueil de la personne sortant de prison.

Questions débattues :

Le CRIAVS² travaille à une fiche de préparation à la sortie qui circulerait entre le SPIP, les magistrats et l'unité sanitaire et aurait pour items principaux : état civil, parcours pénal, situation familiale, personnes ressources. Cette initiative reflète le besoin pour les acteurs d'avoir un support de ce type centralisé et accessible à tous.

Il est souligné le besoin d'une communication rapide entre médecins en unités sanitaires et magistrats, particulièrement sur les suspensions de peine quand la personne détenue est en fin de vie. La rapidité de la procédure accélérée existante dépend fortement du juge d'application des peines.

Liens

<http://www.sante.gouv.fr/remise-du-rapport-sur-les-amenagements-et-la-suspension-de-peine-pour-raison-medicale.html>

<http://www.justice.gouv.fr/publications-10047/rapports-thematiques-10049/amenagements-et-suspensions-de-peine-pour-raison-medicale-27210.html>

Point sur la prise en charge financière des traitements de l'hépatite C en milieu carcéral

Laura Harcouët, PH, Service de pharmacie clinique, Hôpital Cochin

Le ppt est disponible sur le site du Corevih :

http://www.corevihest.fr/commissions/comm_prison.asp

¹ Service pénitentiaire insertion et probation

² Centre ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles

Ce point est à l'ordre du jour en raison des pratiques variables suivant les CH qui, pour certains, freinent la mise sous traitement par AAD dans l'incertitude des modalités de financement de ces médicaments en prison.

Dans le milieu libre, pour les patients en ambulatoire, la pharmacie à usage intérieur de l'hôpital (PUI) rétrocède les médicaments achetés par l'établissement de santé. Pour les patients hospitalisés, les médicaments en ATU ou post-ATU sont facturés sur une enveloppe spécifique, *en sus* du GHS.

En milieu carcéral, une enveloppe MIG est dévolue à chaque unité sanitaire, après avoir ôté le montant du ticket modérateur payé par l'administration pénitentiaire (AP). S'agissant des soins réalisés par les établissements de santé au bénéfice des personnes détenues, une circulaire du 31 juillet 2013³ dispose que la facturation d'éventuels tickets modérateurs à l'AP dépend du statut du médicament : ainsi, pour les médicaments en ATU ou remboursés à 100% par la Sécurité sociale, le ticket modérateur n'est pas facturé à l'AP.

- **Pour l'établissement de santé de rattachement, les patients détenus ne sont pas hospitalisés (pas de « séjour » hospitalier) ; Ils ne peuvent ainsi pas demander le remboursement *en sus* du GHS pour les AAD. Les patients détenus ne peuvent pas non plus bénéficier du régime de rétrocession applicable aux patients non hospitalisés comme dans le milieu libre ambulatoire. Selon la législation actuelle, les AAD sont intégrés dans l'enveloppe MIG qui n'a pas été redimensionnée pour tenir compte du coût de ces médicaments et on observe des réticences à traiter les patients car les GH ne savent pas comment ils seront remboursés.**
- On est dans une situation de rupture du principe d'égalité des soins entre le milieu libre et le milieu carcéral.

Un projet de circulaire est en préparation entre la Direction générale de l'organisation des soins (DGOS) et la Direction de la sécurité sociale (DSS). En attendant, **Jean Debeaupuis, Directeur général de l'organisation des soins, a adressé fin décembre 2014 un courrier notamment aux ARS et aux unités sanitaires, pour inviter ces dernières à prescrire les traitements.**

Si les nouveaux traitements anti-VHC ne sont pas rétrocédés, comment l'AP va-t-elle pouvoir supporter le coût du ticket modérateur (la différence entre le coût du médicament et un taux de remboursement de la SS à 65%) ?

S'il est mis en place, ce qui est le plus probable, une facturation des AAD directement à l'Assurance maladie selon des modalités du type rétrocession, cela pose plusieurs questions :

- Lourdeurs de gestion : faut-il des ordonnances papier spécifiques sur lesquelles seront notées les dispensations au fur et à mesure (les dispensations en prison sont le plus souvent journalières, bi hebdomadaires ou hebdomadaires) ?
- Est-ce que cela inclura aussi les autres médicaments rétrocédables, comme les ARV ?
- La rétrocession nécessite une immatriculation effective des patients détenus à la Sécurité sociale. Or, de nombreux établissements connaissent des retards d'immatriculation.
 - Résoudre les problèmes liés à la sortie des patients en situation irrégulière, qui risquent une rupture de traitement à la sortie car leur affiliation n'est pas reconduite (le dossier AME n'est réputé complet qu'avec le bulletin de sortie).

³ Disponible sur http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/07/cir_37330.pdf

- Il faut donc s'attacher à immatriculer les patients, de sorte qu'une fois la circulaire parue, l'AP pourra engager les remboursements.
- Puisque chaque mise sous anti-VHC doit faire l'objet d'une discussion en RCP, il existe un risque de sélection, de tri des patients où le statut de patients détenus pourrait ne pas leur être favorable.

Dans ce contexte, l'article 46 de la LFSS 2015 vise à **unifier les circuits de financement** pour l'ensemble de la dépense de soins aux personnes détenues.

- Exposé des motifs de cette disposition dans le PLFSS (art. 32) : *« Les circuits de financement des soins aux personnes détenues demeurent aujourd'hui complexes. Une partie des frais de soins est remboursée aux établissements de santé par les caisses d'assurance maladie auprès desquelles sont affiliées les personnes détenues, tandis que le ticket modérateur et le forfait journalier hospitalier sont acquittés par les établissements pénitentiaires. Pour les soins dispensés en ville, la loi prévoit le paiement de l'intégralité des frais de soins aux professionnels par la caisse d'assurance maladie à laquelle est affilié le détenu et le remboursement par l'État à cette dernière du ticket modérateur ; or ces modalités de remboursement au niveau local, conjuguées à l'existence de circuits financiers différents entre ces soins et les soins hospitaliers, ont rendu très difficile la mise en œuvre du tiers payant en ville. Cette complexité a été soulignée par la Cour des comptes dans son dernier rapport public.*

*Afin de permettre la mise en œuvre du tiers payant et de faciliter pour l'administration pénitentiaire le contrôle des sommes dues, la présente mesure vise à unifier les circuits de financement pour l'ensemble de la dépense de soins aux personnes détenues. **Les caisses d'assurance maladie avanceront l'intégralité des sommes dues tant aux établissements de santé qu'aux professionnels pour les soins en ville avant que l'administration pénitentiaire rembourse la caisse nationale d'assurance maladie des sommes ainsi engagées via l'émission d'une facture centralisée au niveau national** ».*

La DGS a évalué à 1500 le nombre de patients incarcérés qui nécessiteraient en priorité un traitement anti-VHC (sur critères de gravité), pour un coût global de 78 millions d'euros.

Prochaines réunions de la commission prison

Plusieurs pistes :

- les traitements de substitution aux opiacés (TSO) : la programmation par internet de cette réunion a suscité un débat sur l'utilisation de la Buprénorphine versus Suboxone...
- le dépistage en milieu carcéral.

Les prochaines dates des commissions prison pour 2015 seront décidées par sondage doodle.