



**Compte-rendu  
Commission Prison du 3 juin 2022  
En visioconférence**

**Pilote :** Dr Jean-Luc Bousard

---

**ORDRE DU JOUR :**

- Point sur l'enquête épidémiologique des viroses chroniques en milieu carcéral en Île de France
- Approfondissement des pistes de réflexion pour les futurs travaux de la Commission
  - Réduction des risques
  - Continuité des soins aux sortants de prison
  - Constitution d'un groupe de travail santé sexuelle

**Annexe : Protocole DETENPREV**

---

- **Le point sur l'enquête épidémiologique des viroses chroniques en milieu carcéral en Ile de France**

A ce jour, pas de retour des questionnaires, après une première relance. Décision d'une deuxième relance.

Sont évoquées deux alternatives :

- Aller sur place, dans les USMP : ce qui nécessiterait un investissement en personnel important ; Hicham, qui a pris contact avec les USMP de Melun et Réaux, a reçu un refus formel d'accéder aux dossiers de la part du médecin coordinateur
- Exploiter les bases de données des laboratoires et pharmacies des hôpitaux de rattachement, la faisabilité de cette option n'est pas avérée.

Camille Teixeira, chargée de mission « santé des détenus » à l'ARS, propose un appui de l'ARS auprès des USMP.

- **Approfondissement des pistes de réflexion pour les futurs travaux de la Commission**
  - Réduction des risques

Préservatifs : une aide de l'ARS auprès de l'administration pénitentiaire a été demandée concernant l'insuffisante mise à disposition de préservatifs par l'Administration Pénitentiaire, en dehors des USMP et des seules unités de vie familiale, sans retour à ce jour.

Le Docteur Marie Ahountao Chapsoul, conseillère nationale pour la santé des PPSMJ au sein de la DAP nous informe d'un projet d'enquête auprès des 188 établissements sur un état des lieux des pratiques

et des connaissances et d'une journée d'information, sur la mise en place de 2 sites expérimentaux sur l'usage de la Nalaxone, et confirme l'existence de plusieurs programmes d'échanges de seringue en cours, malgré l'absence d'un consensus national et d'un décret d'application ad hoc.

L'association P.R.O.S.E.S (Prévention des Risques Orientations Sociales Echange de Seringues, Montreuil, Bagnolet, Romainville) créée en 1997 autour d'un programme mobile d'échange de seringues, présente un projet de médiation en milieu carcéral, à destination des personnes détenues et des personnes sortant de détention.

➤ Continuité des soins aux sortants de prison

**Faciliter l'accès à des consultations** : établir une liste des consultations hospitalières sans rendez-vous et des maisons de santé pluridisciplinaires.

**Transmission des données de santé des patients sortant de prison**, plusieurs pistes sont évoquées :

- Travailler sur une fiche de synthèse modèle (Pierre Leroy)
- Promouvoir (et choisir) un outil informatique ? Plusieurs pistes sont évoquées : coffre-fort numérique, Terr-eSanté, Mon Espace Santé. Une utilisation du DMP est mentionnée dans le guide méthodologique.

Sur ce deuxième point plusieurs questions sont soulevées :

- Question des interfaces avec les logiciels des établissements (Toutes les USMP ont-elles accès et utilisent-elles ces logiciels ?) ;
- Question de la confidentialité, les personnes sortant de prison pouvant souhaiter ne pas révéler leur statut d'ancien prisonnier – à priori ce sera la personne concernée qui aura accès à son dossier et pourra y donner ou non accès au soignant qu'il consulte ; Catherine Fac (USMP Fresnes) remarque que les prescriptions et compte rendus peuvent être rédigés au nom de l'hôpital de référence sans mention de l'USMP ; L'avis du CCNE pourrait être sollicité.

➤ Constitution d'un groupe de travail santé sexuelle

- M.A. Valentin propose des pistes de travail : enquêtes de prévalence (syphilis, chlamydioses, viroses), réduction des risques, PrEP
- Présentation du projet de Master 2 de Yoann Conan, « Santé sexuelle, prévention diversifiée du VIH et réduction des risques en prison, état des lieux et freins à leur mise en œuvre dans les établissements pénitentiaires de France et d'Outremer (DETENPREV) ». **Cf. Annexe**

**Date de la prochaine réunion de la Commission Prisons**  
**Vendredi 30 septembre 2022 de 14h30 à 16h30 (en visioconférence)**

## **ANNEXE : Protocole DETENPREV**

---

### **Intitulé :**

Santé sexuelle, prévention diversifiée du VIH et réduction des risques en prison, état des lieux et freins à leur mise en œuvre dans les établissements pénitentiaires de France et d'Outremer (DETENPREV).

### **Equipe projet :**

**Responsable de traitement :** Yoann CONAN, interne en Maladies Infectieuses et Tropicales et étudiant en Master 2 Santé Publique

**Directeur :** Dr Nicolas VIGNIER, MD, PhD, HDR, MCU-PH, infectiologue et médecin de santé publique

**Laboratoire d'accueil :** IAME, Inserm UMR 1137, Université Paris Cité, Université Sorbonne Paris Nord, équipe DeSCID, Hôpitaux Universitaire Paris Seine-Saint-Denis, AP-HP

### **Justification et intérêt public de l'étude :**

#### **Contexte :**

Au 1<sup>er</sup> octobre 2021, 235 000 personnes étaient placées sous main de justice en France, c'est-à-dire incarcérées ou faisant l'objet d'une peine alternative à l'incarcération. Au 31 décembre 2021, 68 345 personnes étaient emprisonnées (« écrouées et détenues ») dans les établissements pénitentiaires de France (métropole et DROM), dont 2 198 femmes soit 3,2 %. Parmi ces personnes, 18 486 étaient prévenues, c'est-à-dire détenues dans l'attente de leur jugement, et 49 859 étaient condamnées [1].

Les établissements pénitentiaires, au nombre de 187, sont organisés en différents types ou quartiers dans lesquels les personnes sont emprisonnées en fonction de leur catégorie pénale (accueil de prévenus et/ou de condamnés) et du régime de détention [2]. La densité carcérale correspond au taux de personnes emprisonnées par rapport à la capacité opérationnelle d'un établissement. Elle était évaluée au 1<sup>er</sup> décembre 2021 à 115,2 %, tous types d'établissements confondus [3]. En effet, seules 60 398 places sont opérationnelles à l'échelle globale. La surdensité carcérale, aussi appelée surpopulation, concerne quasi-exclusivement les maisons d'arrêts (MA) qui hébergent les personnes en détention provisoire et celles condamnées dont la peine définitive ou le reliquat de peine n'excède pas deux ans au moment de la condamnation. Leur capacité opérationnelle était évaluée au 1<sup>er</sup> décembre 2021 à 34 943 places pour 47 446 personnes emprisonnées, soit une densité carcérale de 135,8 % [3]. Les établissements pour peine, qui hébergent les personnes condamnées à une peine définitive d'au moins deux ans, présentent pour leur part des densités carcérales moyennes inférieures à 100 % [3]. Il s'agit principalement des centres de détention (CD) pour les personnes condamnées à une peine définitive supérieure à deux ans et dont les perspectives de réinsertion sont jugées favorables et des maisons centrales (MC) pour les personnes condamnées à une longue peine ou aux perspectives de réinsertion jugées défavorables.

La prise en charge sanitaire des personnes emprisonnées est la responsabilité du service public hospitalier, par l'intermédiaire d'unités fonctionnelles hospitalières appelées Unités sanitaires en milieu pénitentiaires (USMP). Leurs missions sont d'assurer les soins et examens diagnostiques de premier recours au sein de l'établissement pénitentiaire, d'organiser le recours hospitalier si nécessaire et d'élaborer et mettre en œuvre un programme de prévention et d'éducation pour la santé au sein de l'établissement. Un guide méthodologique, édité de manière conjointe par les ministères chargés de la santé et de la justice depuis 1994 et dernièrement actualisé en 2019, fournit aux USMP des recommandations relatives à l'ensemble de ces missions [4].

La population carcérale est une population peu étudiée. Elle présente pourtant des caractéristiques sociodémographiques, des facteurs de vulnérabilités sociales et sanitaires et des comportements différents de la population générale. Il s'agit d'une population essentiellement masculine et jeune, avec un âge médian de 32 ans [1]. Un quart (25,5 %) des personnes emprisonnées en France en décembre 2021 étaient de nationalité étrangère, cette proportion ayant tendance à augmenter depuis plusieurs années [3,5,6]. Il s'agit également d'une population précaire et cumulant des facteurs de vulnérabilité. Au 31 décembre 2021, seules 5 048 (7,4 %) personnes emprisonnées en France avaient un niveau d'études équivalent au baccalauréat et 3 454 (5,1 %) un niveau supérieur au baccalauréat [3]. D'après une étude de la DREES en 2003, 18,3 % des personnes emprisonnées déclaraient ne pas avoir de logement stable avant leur incarcération [7]. Concernant l'assurance maladie, 13,6 % rapportaient ne pas en avoir (0,5 % en population générale), 17,3 % étaient bénéficiaires de la CMU-C (2,5% en population générale au moment de l'étude) et 0,8 % de l'AME (0,25 % en population générale au moment de l'étude). Les femmes incarcérées semblent encore plus précaires que les hommes : une sur cinq vivait en logement précaire avant l'incarcération, une sur sept était sans abri et une sur trois déclarait ne pas bénéficier de couverture maladie [7]. Le taux de personnes sans activité professionnelle déclarée avant l'incarcération va de 50 à 67 % pour les hommes et jusqu'à 77 % pour les femmes [8–10].

Sur le plan de la santé, la population carcérale présente également des spécificités. La prévalence des maladies infectieuses y est importante, notamment concernant les infections virales chroniques qui ont fait l'objet de plusieurs travaux. En 2003, la DREES décrivait 1,1 % des personnes incarcérées vivant avec le VIH (PVVIH) (0,9 % des hommes et 3,8 % des femmes) dont 44 % prenaient à l'admission un traitement antirétroviral (ARV), 0,8 % de personnes présentant une infection chronique par le VHB (0,8 % des hommes et 2 % des femmes) et 3,1 % de personnes étaient séropositives pour le VHC [7]. En 2010, l'enquête PREVACAR rapportait 2,0 % de PVVIH (2,0 % des hommes et 2,6 % des femmes) soit trois à quatre fois plus qu'en population générale. Parmi elles, 75 % étaient sous ARV et le diagnostic avait été fait en prison pour 24 % d'entre eux. La prévalence de l'infection par le VIH s'élevait à 15,4 % parmi les personnes originaires d'Afrique subsaharienne. Le mode de contamination était majoritairement inconnu (66 %), suivi des rapports hétérosexuels [5]. Dans la même enquête, la prévalence de l'infection par le VHC était de 4,8 % (4,5 % chez les hommes et 11,8 % chez les femmes) soit cinq à six fois plus qu'en population générale. Près de la moitié présentait une infection chronique active soit 2,5 % de l'ensemble des personnes emprisonnées. Pour 21,6 %, le diagnostic avait été fait en prison et 44 % étaient traitées ou en cours de traitement. Le mode de contamination était principalement par usage de drogues par voie intraveineuse (IV) (70,2 %), les tatouages représentaient 8,2 % des modes de transmission suspectés. Le taux de co-infection VIH-VHC était de 0,08 % [5].

Il n'y a pas eu de nouvelle évaluation nationale depuis 2010 concernant la prévalence des infections virales chroniques en prison, ni de recueil systématisé organisé. En 2014, sur 3 centres pénitentiaires du Sud-Est de la France, Roux *et al.* rapportaient une séroprévalence du VHC de 5,2 %, principalement associée à la consommation de drogues IV et/ou par voie nasale [11].

Concernant les autres maladies infectieuses et les maladies non transmissibles, leur prévalence est moins étudiée. A notre connaissance, peu d'études françaises existent concernant l'épidémiologie des autres infections sexuellement transmissibles (IST). La littérature internationale tend à mettre en évidence une prévalence plus importante de ces maladies en milieu carcéral.

La tuberculose, quant à elle, aurait une incidence de 76 pour 100 000 personnes emprisonnées, soit dix fois supérieure à celle de la population générale [12].

La question des infections virales doit être abordée en lien avec une autre problématique de santé fortement prévalente en prisons : les addictions, et notamment l'utilisation de drogues par voie intraveineuse ou sniffée. Là encore, il existe peu de données dans la littérature en France et elles sont très variables. Une première étude datant de 1995 rapportait que 20 % des personnes emprisonnées

(17 % des hommes et 25 % des femmes) se déclaraient utilisatrices de drogues par voie IV (UDI) à la prison des Baumettes à Marseille. La moitié d'entre elles déclaraient partager leur matériel d'injection [13].

Dans une étude Européenne réalisée dans 6 pays dont la France dans les années 2000, 27 % des personnes emprisonnées rapportaient avoir déjà utilisé de la drogue par voie intraveineuse, dont la moitié lorsqu'elles étaient en prison. De plus, 42 % des personnes qui avaient déjà utilisé de la drogue par voie IV avant leur incarcération poursuivaient cet usage lors de leur emprisonnement [14].

En 2003, l'étude de la DREES rapportait que, au moment de l'admission, 6,5 % de personnes incarcérées avaient déjà consommé des drogues par voie IV, dont 2,6 % dans les 12 derniers mois [7]. Dans l'enquête ANRS-Coquelicot réalisée entre 2011 et 2013, 14 % des personnes déclarant des pratiques d'injection et ayant été emprisonnées rapportaient avoir utilisé des drogues par voie IV en prison. Parmi elles, 40,5 % déclaraient avoir partagé du matériel d'injection et 2,7 % avoir commencé l'utilisation de drogues par voie IV en prison [15].

Ces constats amènent à réfléchir sur les stratégies de prévention et de réduction des risques (RDR) infectieux en prison. L'admission en prison représente une opportunité pour rendre accessibles des interventions de promotion de la santé et de réduction des risques auprès d'une population habituellement éloignée des soins. Ces stratégies font notamment l'objet de recommandations nationales, précisées dans le guide méthodologique des ministères chargé de la santé et de la justice, dont la dernière actualisation concernant la prévention et la RDR date de 2012 [4]. D'un point de vue international, l'organisation mondiale de la santé (OMS), l'office des nations unies contre les drogues et le crime (ONUDC) et le programme commun des nations unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) ont publié en 2007 une revue de littérature internationale sur l'efficacité des interventions en prison [16] et émis des recommandations sur un ensemble d'interventions clés à mettre en œuvre dans une approche globale de RDR en prison [17]. Plus récemment, la stratégie nationale de santé sexuelle française 2017-2030 préconise de rendre plus accessibles les outils de prévention et de RDR en prison [18]. Certaines actions ont été déclinées dans sa feuille de route 2021-2024. On peut notamment relever l'action prévue de formation initiale et continue des encadrants et directeurs d'établissements pénitentiaires et des services pénitentiaires d'insertion et probation et de formation et sensibilisation des professionnels des USMP à l'accès au traitement post exposition (TPE) du VIH. En effet, selon l'instruction interministérielle du 25 février 2019 : « Les Unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) des établissements pénitentiaires et les Unités médicales des centres de rétention administrative (UMCRA), doivent garantir l'accès au traitement post exposition conformément aux recommandations du groupe d'experts dans le cadre de l'organisation de la permanence des soins, en se référant, pour les USMP, au protocole cadre entre établissement pénitentiaire et établissement de santé » [19]. On soulignera l'absence d'autres actions centrées sur les axes santé sexuelle, dépistage, prophylaxie préexposition du VIH, réduction des risques liés à l'usage de drogues et programme d'échange de seringue.

Le programme ANRS-PRI2DE [20] avait évalué en 2009 l'adhérence des établissements français aux recommandations françaises et internationales. Il concluait à un décalage important entre ces recommandations et la réalité des interventions en établissements pénitentiaires. L'accessibilité et la disponibilité très faibles des outils de RDR en prison étaient alors principalement associées à la surpopulation carcérale. D'autres freins ont cependant été identifiés, comme la réticence et le manque de formation des professionnels de santé et pénitentiaires vis-à-vis de ces thématiques ou le manque de volonté politique [21]. Les difficultés à conduire des recherches en prison (complexités administratives et éthiques, manque d'effectifs et de moyens, réticence de l'administration) sont également présentées comme un obstacle au développement des mesures de RDR [21].

Ce constat est appuyé plus récemment par un rapport de 2020 du Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS) présentant l'offre de RDR comme incomplète et peu accessible, malgré des

avancées législatives en 2016 sensées faciliter la mise en œuvre de programmes de RDR en milieu carcéral mais pour lesquelles les décrets d'application n'ont pas été publiés [8].

Depuis l'enquête ANRS-PRI2DE, aucune enquête n'est venue réévaluer les pratiques des établissements français concernant la prévention des maladies infectieuses et la RDR. Les recommandations françaises n'ont par ailleurs pas fait l'objet d'actualisation.

Pourtant, certaines mesures n'apparaissant pas dans les recommandations françaises alors que recommandées au niveau international, comme les programmes d'échange de seringue (PES) ou de mise à disposition de matériel d'injection stérile, font aujourd'hui l'objet de plus de recul quant à leur efficacité et à leur sécurité, en milieu libre comme en milieu carcéral. Ces programmes font l'objet de nombreux freins à leur mise en œuvre. Ces freins proviendraient principalement des professionnels, pénitentiaires mais aussi de santé, qui mettent en avant des questions de sécurité (risques potentiels de violences), d'augmentation des consommations de drogues et d'accidents d'exposition virale [22]. Les freins pourraient également être exprimés par des détenus, notamment par craintes de rupture de confidentialité pouvant les exposer à des sanctions [22]. Alors que plusieurs études viennent confirmer leur faisabilité, efficacité et sécurité en conditions d'emprisonnement dans des pays comparables à la France, notamment en Europe [8,16,22,23], cette mesure de RDR reste absente des stratégies récentes concernant les personnes emprisonnées [19]. L'ONU a publié plusieurs manuels ou note technique de mise en place des programmes échanges seringue et de réduction des risques en milieu pénitentiaire<sup>12</sup>.

Il en est de même du déploiement de programmes de réduction des risques sexuel plus ambitieux dont l'accès universel au préservatif, à la PrEP et au TPE. La PrEP au VIH a connu un essor important ces dernières années, prouvant son efficacité dans la lutte contre l'infection par le VIH. Inexistante à l'époque de l'enquête ANRS-PRI2DE, elle ne fait à notre connaissance l'objet d'aucune évaluation en milieu pénitentiaire en France, tant sur sa faisabilité, son déploiement, que sur son efficacité en conditions d'emprisonnement. Alors que les situations d'exposition au VIH sont plus fréquentes parmi les personnes emprisonnées qu'en milieu libre, l'utilisation de la PrEP en prison ne semble pas s'être fortement développée. Comme d'autres mesures de RDR en prison, la PrEP fait l'objet de freins à sa mise en œuvre. Quelques études non françaises s'intéressent à ces freins : la possibilité d'augmenter voire d'encourager les pratiques à risque d'exposition virale par compensation de risque, le manque de connaissance ou le défaut d'observance (la prise de PrEP pouvant être exigeante en conditions d'emprisonnement, notamment au regard du respect de la confidentialité) [23]. Spécifiquement en France, d'autres freins à l'utilisation de la PrEP peuvent être supposés. En effet, avant le 1<sup>er</sup> juin 2020, la PrEP ne pouvait être initiée que par un médecin dit « expérimenté dans la prise en charge de l'infection par le VIH » exerçant à l'hôpital ou en CeGIDD, ce qui en limitait potentiellement le recours. L'ouverture de la prescription de PrEP aux médecins de toutes spécialités et le développement récent de nouvelles molécules injectables à longue durée d'action pourraient apporter des solutions aux problèmes d'observance représentent des opportunités pour questionner et lever les freins opérationnels à sa mise en place en prison. Au-delà des PES, du TPE et de la PrEP, c'est l'ensemble de la santé sexuelle et des risques associés à la sexualité qui méritent d'être questionnés et abordés dans une approche de santé globale et de réduction des risques. On peut notamment citer l'accès à une information claire et intelligible, la promotion de la santé et de l'adoption de comportements à moindre risque, l'accès aux préservatifs internes et externes, aux digues dentaires, le dépistage et le traitement des personnes vivant avec le VIH notamment dans une finalité de prévention (TasP), la

---

<sup>1</sup> [https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Prisons\\_and\\_other\\_closed\\_settings/ADV\\_COPY\\_NSP\\_PRISON\\_AUG\\_2014.pdf](https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Prisons_and_other_closed_settings/ADV_COPY_NSP_PRISON_AUG_2014.pdf)

<sup>2</sup> [https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Prisons\\_and\\_other\\_closed\\_settings/20-06330\\_HIV\\_update\\_eBook.pdf](https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Prisons_and_other_closed_settings/20-06330_HIV_update_eBook.pdf)

prévention, le repérage et l'accompagnement des violences sexuelles, le développement d'approches centrées sur des populations clés (UDI, femmes, populations LGBTQI+, etc.).

Dans ce contexte, nous souhaitons réaliser une nouvelle évaluation des pratiques de prévention et de réduction des risques en prison et identifier les freins au développement de ces pratiques ainsi que de potentiels leviers d'action pour lever ces freins.

**Objectif principal :** Mettre en évidence les freins à la mise en place de programmes de promotion de la santé sexuelle et de déploiement des outils de la prévention diversifiée de l'infection par le VIH et des ISTs et de réduction des risques en milieu carcéral en France et en Outre-mer.

**Objectifs secondaires :**

- Faire l'état des lieux des pratiques de prévention et de réduction des risques infectieux déployées en prison en France ;
- Identifier des leviers d'actions pour la levée des freins au développement de moyens diversifiés de prévention et de réduction des risques en situation carcérale ;
- Estimer la prévalence du VIH, des hépatites et des ISTs en milieu carcéral sur la base des données d'activité de dépistage des USMP

**Méthodologie :**

**Type d'enquête**

- Enquête nationale des pratiques professionnelles par méthodes mixtes qualitative et quantitative

**Recueil et sources des données :**

Méthodologie mixte associant :

- Une étude qualitative reposant sur l'analyse d'entretiens individuels semi-directifs (présentiels ou en visio-conférence), auprès de :
  - 1) médecins intervenant en USMP ;
  - 2) membres d'associations intervenant en milieu carcéral ;
  - 3) personnels pénitentiaires (gardiens et administration pénitentiaire) ;
  - 4) personnes expertes en santé publique et santé en zones de privation de liberté ;visant à l'identification des freins ressentis à la mise en œuvre des outils de réduction des risques infectieux en prison, en particulier au regard de la PrEP et des programmes d'échange de seringues.

Un guide d'entretien sera élaboré et servira de support à la conduite des entretiens.

Les entretiens dureront entre trente minutes et une heure. Le recueil des données sera effectué par enregistrement audio. Des notes seront prises au cours des entretiens à l'aide d'un cahier de terrain dans l'objectif d'y inscrire les données non verbales et y noter les perceptions, réflexions et pistes d'analyse. Des informations complémentaires seront notées manuellement telles que le genre de la personne interrogée, le métier, la structure d'exercice, l'année de début d'activité, le département d'exercice, le statut professionnel, et le type de structure. L'ensemble de ces données seront agrégées et anonymisées.

Les entretiens seront ensuite retranscrits de manière anonyme à partir des enregistrements et notes du cahier de terrain.

Les entretiens seront, si possibles et sous réserve d'autorisation et de moyens, complétés par des visites sur site sur un échantillon de centres pénitentiaires représentatifs de la diversité des structures.

- Une étude épidémiologique quantitative transversale reposant sur un questionnaire hétéroadministré de pratiques (version préliminaire disponible en annexe) diffusé à l'ensemble des USMP et rempli (1 questionnaire par USMP) au cours d'un entretien (présentiel ou en visio-conférence) avec l'enquêteur, portant sur les 8 thèmes suivants :
  - 1) Information et éducation pour la santé
  - 2) Dépistage
  - 3) Accès aux traitements
  - 4) Vaccinations
  - 5) Substances psychoactives et dépendance
  - 6) Préservatifs
  - 7) Pratiques de transformation corporelles
  - 8) Hygiène

### **Population :**

#### Pour l'enquête qualitative :

- Critères d'inclusion par population :
  - 1) Médecins de toutes spécialités, exerçant ou ayant exercé au cours des 5 dernières années à temps plein ou partiel en USMP pendant au moins 12 mois.
  - 2) Membres bénévoles ou salariés d'associations intervenant en milieu carcéral sur les thématiques de santé sexuelle, d'usage de substances psychoactives et/ou de prévention, promotion de la santé et réduction des risques.
  - 3) Membres du personnel pénitentiaire, y travaillant depuis au moins 12 mois.
- Nombre d'entretiens prévus par population :
  - 1) Dix médecins
  - 2) Dix membres d'association
  - 3) Dix personnels pénitentiaires
  - 4) Cinq experts en santé publique et santé en zones de privation de liberté

Le nombre d'entretiens est donné à titre indicatif. Il pourra varier et le nombre d'entretiens sera déterminé selon le principe de la saturation des données. Le choix des professionnels permettra de représenter la diversité des structures d'exercice et des territoires.

#### Pour l'enquête quantitative :

Un ou plusieurs professionnels enquêtés pour compléter un questionnaire pour chaque USMP (effectif maximum de questionnaires N = 187).

### **Analyse des données :**

#### Pour l'enquête qualitative :

Après retranscription, les entretiens feront l'objet d'une analyse thématique et textuelle phénoménologique. Les transcriptions des verbatims seront codées en idées, mots, phrases ou concepts permettant de dégager les grands thèmes et de catégoriser les codes selon ces thèmes. Chaque catégorie fera l'objet d'une synthèse descriptive. Ces catégories seront ensuite regroupées en thèmes généraux et sous-catégories plus détaillées qui représentent les résultats du travail.

Les verbatims seront analysés par trois niveaux de codages successifs :

- Le codage descriptif ou ouvert permettant de résumer et de rassembler. Chaque entretien sera décomposé au maximum en citations pour faire ressortir toutes les idées du discours et les faire correspondre à un code.

- Le codage thématique ou axial permettant d'identifier et de classer les codages ouverts en catégories. Les grands thèmes récurrents relevés en émergeront.
- Le codage matriciel ou sélectif permettant la modélisation d'un schéma explicatif, mettant en lien les grands thèmes émergents du codage axial et explorant un sens commun.

Une triangulation des données sera réalisée par le chargé de traitement et le directeur de Master 2. Pour réaliser ce travail, un logiciel de traitement de données qualitatives sera utilisé : MAXQDA 2020® ou NVIVO®. Ce logiciel informatique permet d'avoir une meilleure lisibilité des différents codes, afin de collecter et d'analyser le contenu des verbatim tout en gardant une vision globale et ordonnée des codes ainsi obtenus.

#### Pour l'enquête quantitative :

L'analyse sera réalisée avec le logiciel Stata 15.1. Les données du questionnaire seront décrites en nombre et pourcentage d'établissements mettant en œuvre les mesures de prévention et de réduction des risques interrogées dans le questionnaire. Un score global d'adhérence sera calculé concernant l'application des mesures faisant l'objet de recommandations, d'une part nationales (mentionnées dans le guide méthodologique des ministères chargés de la santé et de la justice) et d'autre part internationales (recommandations conjointes OMS/ONU/DC/ONUSIDA). Ces indicateurs seront croisés avec les caractéristiques des structures et des profils des personnes incarcérées. Pour étudier le lien entre ces variables et les variables descriptives, des tests du Chi 2 ou de Fisher seront utilisés pour les variables qualitatives, et des tests de Student ou de Mann Whitney, ou de comparaison des médianes pour les variables quantitatives. Une différence significative sera retenue pour  $p < 0,05$ . Une analyse multivariée par régression de Poisson à variance robuste sera envisagée si l'effectif est suffisant.

#### Protection des données, sécurité :

**Information des participants :** information individuelle des participants par la remise d'une note d'information sur l'étude. Recueil de leur non-opposition après lecture de celle-ci.

#### **Hébergement des données :**

- Les données des entretiens semi-directifs seront recueillies par enregistrement audio et conservées à l'Université Sorbonne Paris Nord. Des notes seront prises au cours des entretiens à l'aide d'un cahier de terrain dans l'objectif d'y inscrire les données non verbales et y noter les perceptions, réflexions et pistes d'analyse. Les entretiens seront ensuite retranscrits de manière anonyme dans un fichier word sécurisé par un mot de passe connu du seul responsable de la mise en œuvre de l'étude, à partir des enregistrements et notes du cahier de terrain. Les enregistrements et les notes seront détruites après retranscription.
- Les données recueillies à partir du questionnaire seront recueillies sur un fichier Excel sécurisé par mot de passe connu du seul responsable de la mise en œuvre de l'étude. Ce fichier sera stocké sur un serveur sécurisé au sein du laboratoire d'accueil. Les centres inclus se verront attribuer un numéro d'inclusion unique, seul reporté sur le fichier excel qui contiendra les données de l'étude. La correspondance entre le numéro d'inclusion unique et les données identifiantes des personnes incluses sera conservée dans une table de correspondance distincte, stockée à part sur le serveur sécurisé dédié de l'Université Sorbonne Paris Nord.

**Durée de conservation :** Les données utilisées lors de la recherche (en dehors des enregistrements qui seront détruits après retranscription) seront conservées jusqu'à deux ans après la dernière publication des résultats de la recherche.

#### Éthique et réglementaire

Organisme responsable de traitement	Laboratoire IAME, Inserm UMR 1137, Université Paris Cité, Université Sorbonne Paris Nord, équipe DeSCID, Hôpitaux Universitaires Paris Seine-Saint-Denis, AP-HP
Responsable de traitement	Nom, Prénom : Yoann CONAN
	Fonction : interne DES MIT et stagiaire M2 Santé Publique
	E-mail : conan.yoann@gmail.com
Organisme responsable de mise en œuvre	Laboratoire IAME, Inserm UMR 1137, Université Paris Cité, Université Sorbonne Paris Nord, équipe DeSCID, Hôpitaux Universitaires Paris Seine-Saint-Denis, AP-HP
Responsable de la mise en œuvre/scientifique	Nom, Prénom : Nicolas VIGNIER
	Fonction : MCU-PH, HDR
	E-mail : dr.vignier@gmail.com
Type d'étude	Enquête nationale des pratiques professionnelles par méthodes mixtes
MR utilisée	<input checked="" type="checkbox"/> MR-004 <input type="checkbox"/> MR-005 <input type="checkbox"/> MR-006 <input type="checkbox"/> Inscription au registre interne <input type="checkbox"/> Soumission au CEREES et à la CNIL
Sources de données utilisées (choix multiples)	<input type="checkbox"/> Dossiers médicaux <input type="checkbox"/> Enquête / Cohorte / Registre incluant des données du SNDS <input checked="" type="checkbox"/> Enquête / Cohorte / Registre n'incluant pas des données du SNDS <input type="checkbox"/> PMSI national : <input type="checkbox"/> MCO <input type="checkbox"/> SSR <input type="checkbox"/> HAD <input type="checkbox"/> Psy <input type="checkbox"/> RSA <input type="checkbox"/> Fichier ANO <input type="checkbox"/> FichComp <input type="checkbox"/> MED <input type="checkbox"/> Autres données
Population concernée	Professionnels de santé et pénitentiaire travaillant auprès personnes détenues. Membres bénévoles ou salariés d'associations intervenant en milieu carcéral.
Données utilisées	Données d'évaluation des pratiques recueillies anonymement auprès des professionnels.
Accord de participation et anonymat	Recueil de la non-opposition des participants et anonymisation des données et verbatims
Calendrier de l'étude et planning prévisionnel de communication des résultats	Recueil des données : <i>janvier 2022- juin 2022</i> Fin de rédaction de l'article : <i>décembre 2022</i> Soit une durée de la recherche sur l'objectif principal de : 12 mois. Analyses secondaires prévues sur 24 mois.

### Valorisation :

Les résultats feront l'objet d'un mémoire de master 2 et d'une ou plusieurs publication(s) scientifique(s).

### Partenaires pressentis :

Sidaction

InterCorevih Ile-de-France et sa commission prison

Hôpitaux Universitaires Paris Seine-Saint-Denis, AP-HP

Groupe hospitalier Sud Ile-de-France

Société Française de Lutte contre le Sida (SFLS)

Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF) et sa commission Migrants et population vulnérable

Association La Plage

Association Sankana

### Budget prévisionnel :

#### **Minimal :**

Indemnité de stage de Master 2 pendant 6 mois : 3300 euros

#### **Souhaitable :**

Poste de faisant fonction d'interne à plein temps pendant 1 an : 16895 euros brut + charges = 24 135 euros

Ordinateur portable 800 euros

Licence Stata 17® : 120 euros

Licence Maxqda® étudiant : 85,68 euros

Frais de missions auprès des centres pénitentiaires pendant 1 an : 300 euros x 10 = 3000 euros

Téléphone avec forfait téléphonique 1 an : 200 euros + 240 euros

Total : 28 581 euros

## Bibliographie :

1. Statistiques trimestrielles de milieu fermé - Dernier trimestre 2021. Available at: <http://www.justice.gouv.fr/statistiques-10054/statistiques-trimestrielles-de-milieu-ferme-34262.html>. Accessed 17 April 2022.
2. Justice / Portail / Les chiffres clefs. Available at: <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-chiffres-clefs-10041/>. Accessed 17 April 2022.
3. Statistique\_etablisements\_personnes\_ecrouees\_France\_01122021.pdf. Available at: [http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/Statistique\\_etablisements\\_personnes\\_ecrouees\\_France\\_01122021.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Statistique_etablisements_personnes_ecrouees_France_01122021.pdf). Accessed 17 April 2022.
4. Guide méthodologique : prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice - 2019. Available at: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide\\_methodo\\_2019\\_ppsmj.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methodo_2019_ppsmj.pdf). Accessed 4 January 2021.
5. Semaille C, Strat YL, Chiron E, et al. Prevalence of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus among French prison inmates in 2010: a challenge for public health policy. *Eurosurveillance* **2013**; 18:20524.
6. Statistique trimestrielle des personnes écrouées en France - Situation au 1er janvier 2021. Available at: [http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/Trim\\_2101b.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Trim_2101b.pdf). Accessed 12 April 2021.
7. Mouquet M-C. La santé des personnes entrées en prison en 2003 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. **2003**; :12.
8. Celse M. Conseil National du Sida – Rapport sur la prévention, le dépistage et le traitement de l'hépatite C. :85.
9. Messiah A, Escaffre N, Sannino N, Rotily M, Galinier-Pujol A. La sexualité aux temps du sida en population vulnérable: éléments d'une enquête auprès de détenus. *Popul Fr Ed* **2001**; 56:1011–1041.
10. Lukasiewicz M, Falissard B, Michel L, Neveu X, Reynaud M, Gasquet I. Prevalence and factors associated with alcohol and drug-related disorders in prison: a French national study. *Subst Abuse Treat Prev Policy* **2007**; 2:1.
11. Roux P, Sagaon-Teyssier L, Lions C, Fugon L, Verger P, Carrieri MP. HCV seropositivity in inmates and in the general population: an averaging approach to establish priority prevention interventions. *BMJ Open* **2014**; 4. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4202016/>. Accessed 10 February 2021.
12. Guthmann J-P. Tuberculosis in France in 2018: Low national incidence, high incidence in certain geographical areas and population groups. Available at: [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/10-11/2020\\_10-11\\_1.html](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/10-11/2020_10-11_1.html). Accessed 17 April 2022.
13. Rotily M, Galinier-Pujol A, Vernay-Vaisse C. Risk behaviours of inmates in south-eastern France. *AIDS Care* **1995**; 7:89–94.

14. Rotily M, Weilandt C, Bird SM, et al. Surveillance of HIV infection and related risk behaviour in European prisons. A multicentre pilot study. *Eur J Public Health* **2001**; 11:243–250.
15. Michel L, Trouiller P, Chollet A, et al. Self-reported injection practices among people who use drugs in French prisons: Public health implications (ANRS-Coquelicot survey 2011-2013). *Drug Alcohol Rev* **2018**; 37 Suppl 1:S268–S276.
16. WHO | Effectiveness of interventions to address HIV in prisons. World Health Organization, Available at: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43806/9789241596190\\_eng.pdf;jsessionid=E40CAD4FE547020896DBC5B101048043?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43806/9789241596190_eng.pdf;jsessionid=E40CAD4FE547020896DBC5B101048043?sequence=1). Accessed 24 February 2021.
17. HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions. *HIV Prev* :12.
18. Stratégie Nationale de Santé Sexuelle. Available at: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie\\_nationale\\_sante\\_sexuelle.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf). Accessed 28 May 2022.
19. Feuille de route : Santé des personnes placées sous main de justice - 2019-2022. Available at: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fdr\\_sante\\_\\_ppsmj\\_19\\_22.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fdr_sante__ppsmj_19_22.pdf). Accessed 28 May 2022.
20. Michel L, Jauffret-Roustide M, Blanche J, et al. Limited access to HIV prevention in French prisons (ANRS PRI2DE): implications for public health and drug policy. *BMC Public Health* **2011**; 11:400.
21. Michel L, Michel L. Drug use in prisons: strategies for harm reduction (ANRS-PRIDE Program). *Ciênc Amp Saúde Coletiva* **2016**; 21:2081–2088.
22. Sander G, Scandurra A, Kamenska A, et al. Overview of harm reduction in prisons in seven European countries. *Harm Reduct J* **2016**; 13:28.
23. Parsons J, Cox C. PrEP in Prisons: HIV prevention in incarcerated populations. *Int J Prison Health* **2019**; 16:199–206.

## Annexe 1 : Questionnaire (version de travail susceptible d'être modifiée)

### 1) Promotion de la santé sexuelle / Information, conseil et éducation pour la santé

- Existe-t-il des supports d'information sur le VIH ?  Oui /  Non / NSP
- Existe-t-il des supports d'information sur les hépatites ?  Oui /  Non / NSP
- Existe-t-il des supports d'information sur les IST bactériennes ?  Oui /  Non / NSP
- Les supports d'information sont-ils disponibles en Français ?  Oui /  Non / NSP
- Les supports d'information sont-ils disponibles en d'autres langues ?  Oui /  Non / NSP / Lesquelles
- Existe-t-il des supports adaptés aux situations d'illettrisme ?  Oui /  Non / NSP Existe-t-il des supports sonores ou vidéo ?  Oui /  Non / NSP
- Les supports d'informations sont-ils disponibles à l'USMP ?  Oui /  Non / NSP
- Les supports d'informations sont-ils disponibles dans d'autres lieux de la prison ?  Oui /  Non / NSP / Où ?
- Une information sur le dépistage du VIH est-elle fait de manière systématique lors de la visite initiale obligatoire ?  Oui /  Non / NSP
- Une information sur le dépistage des hépatites est-elle fait de manière systématique lors de la visite initiale obligatoire ?  Oui /  Non / NSP
- Une information sur le dépistage des autres IST est-elle fait de manière systématique lors de la visite initiale obligatoire ?  Oui /  Non / NSP
- Une information sur la santé sexuelle est-elle fait de manière systématique lors de la visite initiale obligatoire ?  Oui /  Non / NSP
- Une information sur les outils de prévention diversifiée est-elle fait de manière systématique lors de la visite initiale obligatoire ?  Oui /  Non / NSP
- Existe-t-il des interventions en santé sexuelle, prévention ou réduction des risques infectieux animées par des professionnels de santé ?  Oui /  Non / NSP
- Existe-t-il des interventions en santé sexuelle, prévention ou réduction des risques infectieux animées par des associations ?  Oui /  Non / NSP / Sous quelle forme ?
- Existe-t-il des interventions en santé sexuelle, prévention ou réduction des risques infectieux animées par des pairs prisonniers (ou anciens) ?  Oui /  Non / NSP

### 2) Dépistage

- Quels moyens de dépistage sont systématiquement réalisés ?  Sérologie VIH / VHB / VHC / Syphilis ;  PCR Chlamydia / Gonocoque / Mycoplasma genitalium ;  TROD VIH / TROD VIH-syphilis /  TROD VHC / TROD Antigène HBs ;  Autotest VIH
- Quels moyens de dépistage sont réalisées au cas par cas ?  Sérologie VIH / VHB / VHC / Syphilis ;  PCR Chlamydia / Gonocoque / Mycoplasma genitalium ;  TROD VIH / TROD VIH-syphilis /  TROD VHC / TROD Antigène HBs ;  Autotest VIH
- Les autotests VIH sont-ils disponibles à l'USMP ?  Oui /  Non
- Les autotests VIH sont-ils disponibles dans d'autres lieux de la prison ?  Oui /  Non / Lesquels
- Un CeGIDD intervient-il dans l'établissement ?  Oui /  Non / Comment ? Quelles missions ? Quelle fréquence ?
- Un service des maladies infectieuses intervient-il dans l'établissement ?  Oui /  Non / Comment ? Quelles missions ? Quelle fréquence ?
- Le dépistage VIH est-il proposé systématiquement à l'entrée ?  Oui /  Non
- Le dépistage VHB est-il proposé systématiquement à l'entrée ?  Oui /  Non
- Si oui, la vaccination est-t-elle proposée systématiquement aux personnes non immunisées ?
- Le dépistage VHC est-il proposé systématiquement à l'entrée ?  Oui /  Non
- Le dépistage VIH est-il systématiquement renouvelé au cours de l'incarcération si longues peines ?  Oui /  Non / A quelle fréquence ?

- Le dépistage VIH est-il proposé systématiquement avant la sortie ?  Oui /  Non
- Le dépistage VHB est-il systématiquement renouvelé avant la sortie si la personne n'est pas immunisée ?  Oui /  Non
- Le dépistage VHC est-il systématiquement renouvelé avant la sortie ?  Oui /  Non
- Les différents dépistages sont-ils accessibles à tout moment au cours de la peine ?  Oui /  Non
- Les résultats négatifs sont-ils systématiquement communiqués aux détenus ?  Oui /  Non

### 3) Accès aux traitements

#### a. Traitements post-exposition

- Une information spécifique sur les traitements post-exposition est-elle réalisée ?  Oui /  Non
  - o Pour le VIH ?  Oui /  Non
  - o Pour le VHB ?  Oui /  Non
  - o Pour les situations d'exposition sexuelle ?  Oui /  Non
  - o Pour les situations d'exposition par du matériel d'injection intraveineuse, de consommation par voie nasale, de tatouage, piercing ou autres pratiques avec effraction cutanée non stérile ?  Oui /  Non
- Un traitement post-exposition a-t-il été prescrit à au moins une personne emprisonnée dans les 12 derniers mois ?  Oui /  Non / Combien ?
- Un traitement post-exposition a-t-il été prescrit à au moins un membre du personnel (USMP ou pénitentiaire) dans les 12 derniers mois ?  Oui /  Non / Combien ?

#### b. PrEP

- Une information spécifique sur la PrEP est-elle réalisée ?  Oui /  Non / Comment ? / A quelle fréquence ?
- La PrEP a-t-elle été prescrite à au moins une personne emprisonnée dans les 12 derniers mois ?  Oui /  Non / Combien ?
  - o Sur proposition du médecin ?  Oui /  Non
  - o A la demande de la personne emprisonnée ?  Oui /  Non
- Difficultés rencontrées ?

### 4) Vaccinations

- La vaccination anti-VHB est-elle proposée systématiquement aux personnes emprisonnées non immunisées ?  Oui /  Non
- Le rappel de vaccination anti-dTP±ca est-il proposé systématiquement aux personnes emprisonnées lorsqu'elles atteignent les âges prévus de rappel ?  Oui /  Non
- La vaccination anti-VHA est-elle proposée aux HSH ?  Oui /  Non
- La vaccination anti-HPV est-elle proposée aux HSH de 26 ans ou moins ?  Oui /  Non
- Estimation du nombre de doses administrées pour chaque vaccin ?

### 5) Substances psychoactives

#### a. Traitement de la dépendance

- Des consultations d'addictologie sont-elles disponibles ?  Oui /  Non
- Un accompagnement psychologique est-il disponible ?  Oui /  Non
- Un accompagnement associatif est-il disponible ?  Oui /  Non
- Un CAARUD et/ou un CSAPA interviennent-ils dans l'établissement ?  Oui /  Non

- Les traitements de substitution aux opiacés sont-ils systématiquement proposés aux personnes dépendantes (dans les mêmes indications que celles prévues en milieu libre) ?  Oui /  Non
- Les traitements de substitution aux opiacés initiés avant l'emprisonnement sont-ils systématiquement poursuivis ?  Oui /  Non
  - o Sans baisse des posologies ?  Oui /  Non
- Quelle proportion de personnes emprisonnées sous traitement substitutif aux opiacés ?
- D'autres mesures sont-elles mises en place pour la prise en charge de la dépendance (environnement drug-free, ...) ?  Oui /  Non, précisez..

#### b. Matériel stérile

- Du matériel d'injection stérile est-il mis à disposition ?  Oui /  Non / Comment ?
- Du matériel de sniff stérile est-il mis à disposition ?  Oui /  Non / Comment ?

#### 6) Préservatifs

- Une information spécifique sur les préservatifs est-elle réalisée ?  Oui /  Non
- Des préservatifs externes sont-ils mis à disposition gratuitement ?  Oui /  Non
- Des préservatifs internes sont-ils mis à disposition gratuitement ?  Oui /  Non
- Des préservatifs oraux (dignes dentaires) sont-ils mis à disposition gratuitement ?  Oui /  Non
- Des lubrifiants à base d'eau sont-ils mis à disposition gratuitement ?  Oui /  Non
- Ces outils sont-ils mis à disposition dans l'USMP ?  Oui /  Non
- Ces outils sont-ils mis à disposition dans d'autres lieux de la prison ?  Oui /  Non / Où ?
- Ces outils sont-ils mis à disposition par un tiers ?  Oui /  Non
- Ces outils sont-ils mis à disposition en libre-service ?  Oui /  Non

#### 7) Pratiques de transformation corporelles

- Une information spécifique est-elle réalisée concernant les risques de transmission virale en lien avec les pratiques de transformation corporelle (tatouage, piercing, implant) ?  Oui /  Non
- Du matériel stérile est-il mis à disposition ?  Oui /  Non / Comment ?

#### 8) Hygiène et surpopulation

- De l'eau de javel est-elle mise à disposition gratuitement ?  Oui /  Non
  - o Une distribution est-elle réalisée au moins toutes les 2 semaines ?  Oui /  Non
  - o La javel est-elle distribuée non diluée au titre de 12° ?  Oui /  Non
  - o Des doses supplémentaires sont-elles accessibles (cantine, USMP, ...) ?  Oui /  Non
  - o Une information spécifique sur l'eau de javel est-elle réalisée ?  Oui /  Non
    - Sur la manière de l'utiliser pour désinfecter du matériel ?  Oui /  Non
    - Sur l'efficacité limitée en termes de transmission virale ?  Oui /  Non
- Une distribution de matériel d'hygiène de base propre (brosse à dent, rasoirs jetables, ...) est-elle réalisée ?  Oui /  Non
- Des protocoles d'hygiène pour la coupe des cheveux sont-ils mis en place ?  Oui /  Non