

> SOMMAIRE // Contents

ARTICLE // Article

La santé des personnes détenues en France et à l'étranger : une revue de la littérature // Health of inmates in France and abroad: a reviewp. 434

Élodie Godin-Blandeau et coll.

Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

ARTICLE // Article

Prévalence de l'infection par le VIH et le virus de l'hépatite C chez les personnes détenues en France. Résultats de l'enquête Prévacar 2010 // Prevalence of HIV and hepatitis C virus among French prison inmates in 2010: Results from Prevacar survey 2010.....p. 441

Élise Chiron et coll.

Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

ARTICLE // Article

Prise en charge en détention des personnes diabétiques insulino-requérantes en France en 2012 // Insulin Therapy Management - an assessment of the treatment offered to prisoners in France in 2012.....p. 445

Céline Buchaillet et coll.

Unité sanitaire, Centre hospitalier universitaire, Angers, France

ERRATA // Errata

Dans l'article : Surveillance épidémiologique, clinique et virologique de la grippe en France métropolitaine : saison 2012-2013.....p. 450

BEH n° 32 du 8 octobre 2013

La reproduction (totale ou partielle) du BEH est soumise à l'accord préalable de l'InVS. Conformément à l'article L. 122-5 du code de la propriété intellectuelle, les courtes citations ne sont pas soumises à autorisation préalable, sous réserve que soient indiqués clairement le nom de l'auteur et la source, et qu'elles ne portent pas atteinte à l'intégrité et à l'esprit de l'oeuvre. Les atteintes au droit d'auteur attaché au BEH sont passibles d'un contentieux devant la juridiction compétente.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du **Bulletin épidémiologique hebdomadaire** sur <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire>

Directrice de la publication : Dr Françoise Weber, directrice générale de l'InVS
Rédactrice en chef : Judith Benrekassa, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr
Rédactrice en chef adjointe : Jocelyne Rajnchapel-Messaï
Secrétaires de rédaction : Laetitia Gouffé-Benadiba, Farida Mihoub
Comité de rédaction : Dr Pierre-Yves Bello, Direction générale de la santé; Dr Juliette Bloch, CNSA; Dr Sandrine Danet, ATIH; Dr Claire Fuhrman, InVS; Dr Bertrand Gagnière, Cire Ouest; Anabelle Gilg Soit Ilg, InVS; Dorothee Grange, ORS Île-de-France; Dr Rachel Haus-Cheymol, Service de santé des Armées; Dr Nathalie Jourdan-Da Silva, InVS; Dr Guy La Roche, InVS; Agnès Lefranc, InVS; Dr Marie-Eve Raguenaud, Cire Limousin/Poitou-Charentes; Dr Sylvie Rey, Drees; Hélène Therre, InVS; Pr Isabelle Villena, CHU Reims.
Institut de veille sanitaire - Site Internet : <http://www.invs.sante.fr>
Préresse : Jouve
ISSN : 1953-8030

LA SANTÉ DES PERSONNES DÉTENUES EN FRANCE ET À L'ÉTRANGER : UNE REVUE DE LA LITTÉRATURE

// HEALTH OF INMATES IN FRANCE AND ABROAD: A REVIEW

Élodie Godin-Blandeau (godin.elodie@neuf.fr), Charlotte Verdot, Aude-Emmanuelle Develay

Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

Soumis le 01.07.2013 // Date of submission: 07.01.2013

Résumé // Abstract

Bien que la vulnérabilité des personnes détenues soit aujourd'hui reconnue (en matière d'emploi, de santé, de logement...), il n'existe que peu de systèmes de surveillance de leur santé. L'objectif de cette revue de la littérature était de décrire les données épidémiologiques concernant les principales pathologies rencontrées en milieu carcéral.

Les recherches bibliographiques ont été effectuées dans la base de données Scopus et dans la Banque de données en santé publique, afin d'identifier les études traitant de 14 problématiques de santé présélectionnées. Sur les 5 000 références obtenues, 120 ont été retenues. Les travaux concernaient majoritairement trois thématiques : pathologies mentales, addictions et maladies infectieuses, avec des résultats convergents en France et à l'étranger et des prévalences plus élevées qu'en population générale (1,7 à 2,1% pour l'infection par le VIH ; 74% de fumeurs ; 3,6 à 6% de personnes souffrant de troubles psychotiques). Les maladies chroniques, comme les maladies cardiovasculaires ou le diabète, restent moins étudiées. Quant aux autres problématiques, notamment les maladies dermatologiques ou les traumatismes, les données provenaient d'études présentant d'importantes limites méthodologiques.

Devant la morbidité de ces populations et les premiers résultats obtenus sur les maladies chroniques, il paraît nécessaire de développer les études épidémiologiques en milieu carcéral, afin d'adapter la prise en charge.

Although inmates' vulnerability (job, health, housing...) is well known, there are only few monitoring systems of prisoners' health. The objective of this literature review is to describe the epidemiological data concerning the main pathologies found in prison.

The bibliographic searches were made on the "Scopus" database, as well as on the "Banque de Données en Santé Publique", to obtain, after a two-level selection, the studies dealing with 14 selected health issues. Among the 5,000 available references, 120 were selected. Studies concerned mainly three themes (psychiatric disorders, addictions and infectious diseases) with convergent results in France and abroad and higher prevalence in prison than in the general population (1.7 to 2.1% for the HIV; 74% of smokers; 3.6 to 6% of psychotic disorders). Chronic diseases, such as cardiovascular disease, diabetes or cancer, were less studied. Concerning other health problems, particularly dermatology and traumas, data resulted from studies presenting numerous methodological limitations.

Considering the morbidity of this population and the first results obtained on chronic diseases, there is a need to develop epidemiological studies in prisons, to adapt prevention and care.

Mots-clés : Revue, Détenus, Prison, Santé, Prévalence
// Keywords: Review, Inmate, Prison, Health, Prevalence

Introduction

La population carcérale peut être considérée comme un groupe vulnérable, si on la définit comme une population possiblement exposée, dans la durée et en amont de l'incarcération, à des risques se déployant sur plusieurs dimensions, et ce de façon cumulative (risque d'un revenu et d'un niveau d'éducation peu élevés, risque d'un logement précaire, risque de maladie). Les catégories sociales défavorisées y sont ainsi surreprésentées. Par ailleurs, à l'entrée en détention, les personnes incarcérées présentent

un état de santé fragilisé en raison d'un faible accès et recours aux soins, d'une prévalence importante des comportements à risque (addictions, usage de drogues par voie intraveineuse, partenaires sexuels multiples par exemple) et des troubles mentaux¹. Ces difficultés préalables à l'incarcération peuvent être majorées par des conditions de détention potentiellement pathogènes : surpopulation, confinement, manque d'hygiène, sédentarité. De plus, on observe un vieillissement progressif de la population carcérale (au 1^{er} janvier 2012, 16% des détenus avaient entre 40 et 50 ans, 7,8% entre 50 et 60 ans et 3,5%

plus de 60 ans) ainsi qu'un allongement des peines (23,4% des personnes détenues sont condamnées à des peines supérieures à 5 ans²), pouvant se traduire par un nombre croissant de pathologies chroniques à traiter et à prendre en charge en milieu pénitentiaire. Cette situation préoccupante nécessiterait un suivi épidémiologique régulier de pathologies telles que le diabète, l'hypertension artérielle, l'asthme, les cancers ou encore les maladies infectieuses en milieu carcéral. Cependant, aucun système de remontée de données ne permet d'obtenir et de suivre les prévalences de ces pathologies en France, hormis quelques études épidémiologiques ponctuelles et le recensement des décès organisé par l'administration pénitentiaire.

À l'étranger, il existe peu de dispositifs de surveillance de l'état de santé des personnes détenues, lesquels utilisent par ailleurs des méthodologies de recueil variées (enregistrement systématique des données, entretiens en face-à-face, recueil à partir des dossiers médicaux, questionnaires...). Outre le Canada et la Belgique, qui enregistrent toutes les données de santé en continu, quelques pays ont développé des programmes de surveillance en routine, portant principalement sur les maladies infectieuses ou les pathologies mentales (Canada, Royaume-Uni, Suisse, Finlande et Pays-Bas). Cependant, ces dispositifs sont encore peu développés. D'autres pays réalisent une surveillance épidémiologique *via* des enquêtes régulières réalisées chaque année en Australie, tous les deux ans en Nouvelle-Zélande et tous les cinq à sept ans aux États-Unis. Le reste des données disponibles se base essentiellement sur des enquêtes ponctuelles, comme c'est le cas en France, produisant des données de référence mais non actualisées.

Devant l'ensemble de ces constats, le ministère de la Santé a initié un plan d'actions stratégiques 2010-2014 portant sur la « Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice », dans lequel la question de la surveillance épidémiologique de la santé des personnes détenues est posée. Dans ce cadre, l'Institut de veille sanitaire (InVS) a été mandaté pour réaliser une revue de la littérature, dont le but était de dresser un état des lieux des connaissances relatives à la santé des personnes incarcérées dans les pays occidentaux. L'objectif de cet article est de décrire les principales données épidémiologiques disponibles issues de cette revue et concernant les principales pathologies rencontrées en milieu carcéral, en France et à l'étranger, afin d'identifier les besoins sanitaires à couvrir.

Matériels et méthodes

Une recherche bibliographique a été effectuée dans la base de données Scopus. Elle a été réalisée en trois étapes : deux étapes communes à toutes les requêtes, spécifiant le type de document recherché et l'orientation épidémiologique des investigations menées, et une étape spécifique à chaque thématique de santé étudiée, avec des mots-clés ciblés. Cette recherche a été complétée par le repérage de publications dans les listes de références des articles

précédemment identifiés ou dans la littérature grise (recherche spécifique dans la Banque de données en santé publique et sur des sites Internet gouvernementaux et internationaux).

Les thématiques de santé étudiées ont été sélectionnées selon des critères de santé publique : fréquence élevée en population générale, fréquence élevée attendue en prison, nécessité d'une prise en charge spécifique, de prévention ou d'éducation thérapeutique, préoccupation exprimée par le corps médical, présence de données comparatives en population générale. Ces thématiques concernaient des problématiques de santé (mortalité, actes auto-agressifs, pathologies mentales, addictions, maladies infectieuses, maladies chroniques, problèmes buccodentaires, pathologies ostéo-articulaires, pathologies dermatologiques, pathologies digestives et traumatismes) ou des populations spécifiques (femmes et seniors), dont l'inclusion à un système de surveillance de la santé des personnes détenues semblait pertinente. La santé des mineurs incarcérés, non inclus dans le projet initial, n'a pas fait l'objet d'une requête spécifique. Cependant, certaines des enquêtes retenues prenaient aussi en compte les mineurs dans leur population d'étude, mais les données n'y étaient pas présentées par classes d'âge.

Environ 5 000 références, publiées entre le 1^{er} janvier 2000 et le 1^{er} septembre 2012, ont été identifiées. La sélection des articles a été réalisée en double lecture par deux personnes, indépendamment. Un premier criblage a été effectué sur les titres et résumés, permettant de retenir 267 références. Le second criblage a isolé 120 travaux, après une étude complète des articles selon des critères prédéfinis : limitation aux publications en langue française ou anglaise, relatives aux pays occidentaux (Europe du Nord ou de l'Ouest, États-Unis, Canada, Australie et Nouvelle-Zélande), présentant une méthodologie robuste et clairement explicitée (type d'étude, méthode d'échantillonnage, effectif, méthode de recueil de données, outils utilisés) et apportant des données de prévalence ou d'incidence.

Résultats

Parmi les 120 références incluses à la revue, 15 ont été sélectionnées pour illustrer le présent article : quatre méta-analyses traitant des thématiques de santé les plus étudiées, cinq études présentant une méthodologie rigoureuse, réalisées sur de grands effectifs et citées dans la littérature internationale et six articles présentant les résultats des quatre grandes enquêtes françaises réalisées en milieu carcéral. Ces travaux ont été sélectionnés afin de couvrir l'ensemble des champs étudiés pour la revue de littérature et représenter la diversité des méthodologies utilisées (type d'enquête, population étudiée, type d'établissement...). De manière générale, il y a une certaine hétérogénéité dans les méthodologies d'enquête et les thématiques de santé étudiées. Les travaux cités dans cet article sont représentatifs de cette diversité (tableau 1).

On relève en effet des méthodologies très variées, concernant notamment les :

- types d'études : revues de littérature, méta-analyses, études prospectives, rétrospectives, etc ;
- méthodes d'échantillonnage : échantillonnage aléatoire, stratifié, file active, population spécifique, etc ;
- modes de recueil de données : entretiens cliniques, questionnaires auto ou hétéro-administrés, analyse des dossiers médicaux, examens biologiques, etc ;
- types d'établissements pénitentiaires : huit articles (six études) concernent tous les types d'établissements, dont sept sur l'intégralité du pays concerné³⁻⁹ et un ne faisant référence qu'à un seul État des États-Unis¹⁰, alors que trois références ciblent un seul type d'établissement : *jails* aux États-Unis^{11,12} et maisons d'arrêt en France¹, qui sont des établissements accueillant des personnes prévenues ou condamnées à de courtes peines.

Les caractéristiques sociodémographiques semblent quant à elles assez comparables. La moyenne d'âge des personnes détenues se situe, pour toutes les enquêtes citées, entre 30 et 35 ans, et le pourcentage de femmes est compris entre 10% (en France) et 15% (études américaines).

Toutes les thématiques de santé ne sont pas investies et étudiées avec la même importance. Les maladies infectieuses, les pathologies mentales et les addictions sont pour leur part bien documentées et font l'objet de nombreuses études et de méta-analyses. Celles-ci font état de prévalences plus élevées en milieu carcéral qu'en population générale (tableau 2). À titre d'exemple, certaines études rapportent une prévalence de la psychose 10 fois supérieure à celle de la population générale^{11,13}. D'autres études montrent que trois-quarts des personnes détenues fument de façon régulière et que plus de la moitié d'entre elles présentent une consommation abusive d'alcool ou de drogues^{3,11,14}. Les addictions concernent les deux sexes, avec une prédominance de la dépendance aux drogues chez les femmes et à l'alcool chez les hommes¹¹. Ces résultats, contrairement aux tendances relevées en population générale, s'expliquent par un effet de sélection des personnes, les femmes étant plus souvent incarcérées pour des infractions liées à la législation sur les stupéfiants ou des délits en lien avec une éventuelle toxicomanie. Concernant les maladies infectieuses, la prévalence du VIH s'élève à plus de 2% (*versus* 0,5% en population générale) et celle d'une virémie pour le VHC à plus de 30%^{4,15,16}. Cependant, les différents outils d'évaluation (examens biologiques, auto-déclaration...), ainsi que les différents statuts liés à l'hépatite C entraînent une importante variabilité dans les résultats obtenus, avec des prévalences pouvant être multipliées par un facteur 30. Les données sur le VHC sont de fait difficilement interprétables, notamment en raison de l'absence de différenciation entre

les sujets présentant une hépatite aiguë, chronique ou simplement immunisés.

Les maladies chroniques, telles que le diabète, l'hypertension artérielle, l'asthme ou encore les dyslipidémies, sont encore peu étudiées en prison. Les données internationales disponibles, peu nombreuses, sont de bonne qualité méthodologique (études nationales avec échantillonnages aléatoires ou exhaustivité des personnes détenues) et montrent des prévalences variables d'un pays à l'autre. Par exemple, la prévalence du diabète varie de 4% en Australie à 10% aux États-Unis^{3,4} (tableau 3), mais également au sein d'un même pays ou sur la base d'un même jeu de données, selon la méthodologie utilisée. Ainsi, l'analyse des données de l'enquête américaine réalisée en 2002 dans les *jails* (prisons locales accueillant les prévenus et les condamnés à de très courtes peines) produit des prévalences pour l'asthme variant du simple au double selon la publication, le jeu de pondération et les ajustements appliqués^{4,11}.

Enfin, les autres thématiques de santé, telles que la dermatologie, la santé bucco-dentaire ou encore les traumatismes ne font l'objet que de très rares études, qui présentent le plus souvent d'importantes limites méthodologiques. Cependant, les premiers résultats suggèrent une fréquence élevée en milieu carcéral (tableau 3) et les auteurs soulignent la nécessité de développer la recherche dans ces domaines^{3,10-12}.

En France, les connaissances épidémiologiques sur la santé de la population carcérale sont issues de quatre études réalisées à l'échelle nationale (tableau 1) :

- l'enquête « HID-prisons » (Handicap, incapacités, dépendance), mise en œuvre en 2001 par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) et l'Institut national d'études démographiques (Ined) pour déterminer la prévalence du handicap, des incapacités et des déficiences en milieu carcéral (extension de l'enquête « HID-ménages », elle a été réalisée au moyen de questionnaires administrés par des enquêteurs)^{5,6} ;
- l'enquête réalisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) en 1999 et reconduite en 2003 sur la santé des personnes entrant en maison d'arrêt (recueil de données réalisé par les professionnels de santé exerçant en milieu carcéral)¹ ;
- l'enquête mise en œuvre par Cemka-Eval en 2004 pour déterminer la prévalence des troubles psychiatriques en milieu carcéral (réalisation sur la base d'entretiens cliniques et la passation d'outils psychométriques)⁷ ;
- l'enquête Prévacar (2010), mise en œuvre par l'InVS pour déterminer la prévalence du VIH, du VHC et des traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral (recueil réalisé à partir des dossiers médicaux des personnes détenues)^{8,9}.

Tableau 1

Description des études citées

| Étude (année de publication) [Référence] | Pays | Thématique | Effectif | Comparaison avec la population libre | Méthodes |
|---|---|-----------------------------|--|--------------------------------------|---|
| Kouyoumdjian <i>et al.</i> (2012) [16] | Méta-analyse 60 études/10 pays | Maladies infectieuses | ND | Non | Revue systématique. Recherche dans trois bases de données bibliographiques (période couverte : 03/1966 à 2010) et recherche manuelle dans les listes de références des articles. Double lecture. Tests biologiques valides. |
| Fazel <i>et al.</i> (2012) [13] | Méta-analyse 74 études/18 pays | Santé mentale | n=33 588 | Non | Revue systématique dans 10 bases de données bibliographiques (période couverte : 01/01/1966 à 31/12/2010). Échantillonnages présents. Évaluation par outils valides. |
| Australian Institute of Health and Welfare (2011) [3] | Australie | Santé générale | n=610 H=524 F=85 Transgenre=1 | Non | Enquête auprès de tous les entrants de tous les établissements sur une période de 15 jours. Questionnaires administrés en face-à-face par des professionnels de santé. |
| Gough <i>et al.</i> (2010) [15] | Méta-analyse 36 études | Maladies infectieuses | ND | Non | Recherche dans trois bases de données bibliographiques (période couverte : 01/1990 à 09/2009). Méta-analyse de 36 études (langue anglaise). |
| Binswanger <i>et al.</i> (2010) [11] | États-Unis <i>Jails</i> ¹ | Santé générale | n=6 982 H=4 994 F=1 988 | Non | Résultats issus de l'enquête américaine concernant les <i>jails</i> ¹ . Échantillonnage stratifié sur la taille des établissements. Questionnaires administrés en face-à-face par des enquêteurs. Régression logistique sur différentes variables (âge, ethnie, données sociodémographiques et certaines données médicales) |
| Wilper <i>et al.</i> (2009) [4] | États-Unis | Santé générale | n=14 499* n=3 686** n=6 982*** | Oui | Résultats issus des trois enquêtes américaines (<i>Jails</i> ¹ , <i>State and Federal prisons</i>). Échantillonnage stratifié sur la taille et la localisation des établissements. Questionnaires administrés en face-à-face par des enquêteurs. Pondération des non-réponses et standardisation sur l'âge pour faire une estimation sur la population carcérale totale. |
| Fazel <i>et al.</i> (2006) [14] | Méta-analyse 13 études/4 pays | Addictions | H=4 293 F=3 270 | Non | Revue systématique dans 5 bases de données bibliographiques (période couverte : 01/1966 à 01/2004). Toutes langues. Échantillonnages aléatoires stratifiés ou tous les entrants. Distinction hommes/femmes. |
| Marushak <i>et al.</i> (2006) [12] | États-Unis | Santé générale | n=6 982 | Non | D'après l'enquête américaine concernant les <i>jails</i> ¹ . Échantillonnage stratifié sur la taille de l'établissement. Questionnaires administrés par des enquêteurs. Prévalence rapportée pour la population carcérale totale des <i>jails</i> ¹). |
| Baillargeon <i>et al.</i> (2000) [10] | États-Unis | Santé générale | H=155 949 F=14 268 | Non | Tous les détenus du <i>Texas Department of Justice</i> (période : 08/1997-07/1998). Données médicales informatisées. |
| Chiron <i>et al.</i> (2013) [9] Jauffret-Roustide <i>et al.</i> (2011) [8] | France | Maladies infectieuses | n=1 861 | Non | Échantillonnage aléatoire des établissements puis des dossiers médicaux. Recueil des résultats des examens biologiques et questionnaires remplis à partir des dossiers médicaux. |
| Falissard <i>et al.</i> (2006) [7] | France | Santé mentale et addictions | n=799 | Non | Échantillonnage aléatoire d'après le fichier national des personnes détenues. Entretiens cliniques menés par deux professionnels, outils psychométriques. |
| Mouquet (2005) [1] | France | Santé générale | n=6 087 | Non | Échantillonnage aléatoire des établissements, puis exhaustivité des entrants sur une période de 15 jours à 3 mois (selon la taille des établissements). Fiches complétées par des professionnels de santé (lors de la consultation d'entrée). |
| Désesquelles (2002) [5] (2005) [6] | France | Handicap et déficience | n=1 284 | Oui | Échantillonnage aléatoire des établissements, puis des personnes détenues majeures. Questionnaire en face-à-face administré par des enquêteurs. |

¹ Les *jails* sont des prisons locales aux États-Unis, où sont incarcérées des personnes en attente de jugement ou condamnées à de très courtes peines.

ND : données non disponibles ; H : hommes ; F : femmes ; * *State prisons* ; ** *Federal prisons* ; *** *jails*.

Tableau 2

Principales prévalences des pathologies ou problématiques de santé bien documentées en milieu carcéral (revue de la littérature)

| SANTÉ MENTALE | | | | |
|--|--|----------------------|--|--|
| Étude (année de publication) [Référence] | Pays | Psychose | Syndrome dépressif | |
| Fazel <i>et al.</i> (2012) [13]*** | Méta-analyse | F : 3,9% H : 3,6% | F : 14,1% H : 10,2% | |
| Binswanger <i>et al.</i> (2010) [11]** | États-Unis (<i>jails</i>) ¹ | F : 6% H : 4,4% | F : 35,5% H : 17,4% | |
| ADDICTIONS | | | | |
| | | Tabac | Alcool | Drogues |
| Australian Institute of Health and Welfare (2011) [3]* | Australie | 74% | Usage abusif 58% | Usage abusif 66% |
| Binswanger <i>et al.</i> (2010) [11]** | États-Unis (<i>jails</i>) ¹ | ND | Usage abusif F : 36,9% H : 47,9% Dépendance F : 18,9% H : 23,3% | Usage abusif F : 59,3% H : 52,7% Dépendance F : 47,7% H : 35,5% |
| Fazel <i>et al.</i> (2006) [14]** | Méta-analyse | ND | Usage abusif F : 10-23,9% H : 17,7-30% | Usage abusif F : 30,3-60,4% H : 10-48% |
| MALADIES INFECTIEUSES | | | | |
| | | VIH | VHC | Autres |
| Kouyoumdjian <i>et al.</i> (2012) [16]** | Méta-analyse | ND | ND | <i>Chlamydia</i> : 5,68% Gonorrhée : 1,5% Syphilis : 0,69% |
| Gough <i>et al.</i> (2010) [15]*** | Méta-analyse | 2,1% | 30,6% | ND |
| Wilper <i>et al.</i> (2009) [4]** | États-Unis | 0,9-1,7% | ND | ND |

¹ Les *jails* sont des prisons locales aux États-Unis, où sont incarcérées des personnes en attente de jugement ou condamnées à de très courtes peines.

ND : données non disponibles ; H : hommes ; F : femmes ; * prévalences chez les entrants ; ** données en cours de détention ; *** les deux.

Tableau 3

Principales prévalences des pathologies ou problématiques de santé moyennement et peu documentées en milieu carcéral (revue de la littérature)

| MALADIES CHRONIQUES (moyennement documentées) | | | | | | |
|--|--|------------------------|--------------------------------|---------------------------|-----------------------------|----------------------|
| Étude (année de publication) [Référence] | Pays | Asthme | HTA | Diabète | Maladies cardio-vasculaires | Cancer |
| Australian Institute of Health and Welfare (2011) [3]* | Australie | 12% | ND | 4% | 5% | <1% |
| Binswanger <i>et al.</i> (2010) [11]** | États-Unis (<i>jails</i>) ¹ | F : 24,4% H : 13,9% | F : 21,9% H : 17,3% | F : 6,5% H : 3,2% | F : 11,4% H : 8,6% | F : 8,3% H : 1,1% |
| Wilper <i>et al.</i> (2009) [4]** | États-Unis | 7,7 à 9,8% | 27,9 à 30,8% | 8,1 à 10,1% | 2,1 à 5,7% ² | ND |
| AUTRES PATHOLOGIES (peu documentées) | | | | | | |
| | | Dermatologie | Pathologies ostéo-articulaires | Problèmes bucco-dentaires | Troubles digestifs | Traumatismes |
| Australian Institute of Health and Welfare (2011) [3]* | Australie | ND | 8% | ND | ND | 39% ³ |
| Binswanger <i>et al.</i> (2010) [11]** | États-Unis (<i>jails</i>) ¹ | ND | F : 20,2% H : 12,7% | ND | ND | ND |
| Marushak <i>et al.</i> (2006) [12]** | États-Unis | ND | F : 19,4% H : 12% | F : 28,7% H : 25,2% | ND | F : 10% H : 14% |
| Baillargeon <i>et al.</i> (2000) [10]*** | États-Unis (Texas) | 2,4% | 3,5% | ND | 5,9% | ND |

¹ Les *jails* sont des prisons locales aux États-Unis, où sont incarcérées des personnes en attente de jugement ou condamnées à de très courtes peines ; ² antécédents d'infarctus du myocarde ; ³ antécédents de traumatismes crâniens avec perte de connaissance.

ND : données non disponibles ; H : hommes ; F : femmes ; HTA : hypertension artérielle ; * prévalences chez les entrants ; ** données en cours de détention ; *** les deux.

Les pathologies couvertes par les enquêtes françaises correspondent à celles qui sont bien documentées dans la littérature internationale, notamment les maladies infectieuses, les addictions et les pathologies mentales. Ces études fournissent des données nationales de référence mais, hormis Prévacar réalisée récemment, la plupart remontent à une dizaine d'années ou plus et n'ont pas été réactualisées. Il n'existe par ailleurs aucune donnée française de prévalence des maladies chroniques (cardiovasculaires, respiratoires, cancéreuses, diabète) et les autres thématiques de santé (dermatologie, santé bucco-dentaire...), lorsqu'elles sont étudiées, font l'objet d'études réalisées localement, à l'échelle d'un établissement ou d'une région pénitentiaire.

Néanmoins, les principaux résultats de ces études (tableau 4) témoignent d'une situation similaire à celle des autres pays, à savoir une surreprésentation de toutes les addictions (un tiers des détenus concernés par une addiction à l'alcool ou à la drogue), des troubles mentaux (prévalence de la schizophrénie multipliée par 4) et des maladies infectieuses (prévalence du VIH de 2% *versus* 0,5% en population générale). Par ailleurs, d'après l'enquête HID-prisons, la prévalence du handicap est 2 fois plus élevée en prison qu'en population générale. En effet, deux tiers des personnes détenues présentent au moins une déficience *versus* un tiers en population générale. Il faut cependant préciser que cette enquête, déclarative en face-à-face, englobe les déficiences au sens large du terme, à savoir l'ensemble des déficiences physiques, viscérales, sensorielles, intellectuelles et psychiques^{5,6}.

Discussion et conclusion

L'analyse de la littérature internationale publiée sur la santé des personnes détenues met en évidence trois niveaux de documentation selon les pathologies considérées. Le niveau de documentation le plus

élevé concerne les maladies infectieuses, les pathologies mentales et les addictions. En France aussi, ces pathologies sont celles qui sont le mieux documentées, et les résultats obtenus sont convergents avec ceux de la littérature internationale : ils montrent une prévalence de ces pathologies en prison supérieure à celle de la population générale (comme en témoignent les prévalences du VIH et de la schizophrénie, plus de 4 fois supérieures dans la population carcérale^{7,9}). Pour les maladies chroniques (niveau de documentation moyen), les données disponibles sont en nombre insuffisant pour produire des conclusions robustes. Néanmoins, les premiers résultats mettent en évidence l'existence de besoins en la matière, mais pas toujours supérieurs à ceux rencontrés en population générale. Le niveau de documentation le plus faible (peu d'études, le plus souvent locales et de qualité discutée) concerne les thématiques de santé telles que les problèmes bucco-dentaires, ostéo-articulaires, dermatologiques, digestifs et les traumatismes. Les études sur ces thématiques sont, en France comme à l'étranger, encore rares et peu conclusives, mais elles reflètent les préoccupations des professionnels quant à la présence de ces difficultés, leur importance et leur nécessaire inclusion dans le dispositif de prise en charge en milieu carcéral.

Cette revue dresse ainsi un état des lieux des études épidémiologiques disponibles sur la santé des personnes incarcérées, mais elle comporte toutefois plusieurs limites qu'il est nécessaire de discuter. Tout d'abord, cette revue a été restreinte aux publications en langue anglaise ou française, excluant de fait un certain nombre d'études publiées dans d'autres langues, mais dont certaines données ont toutefois pu être incluses indirectement *via* les méta-analyses et les revues de la littérature intégrées dans ce travail. Les études retenues présentent par ailleurs de nombreuses disparités rendant difficiles les comparaisons entre pays, et les méthodologies employées sont de qualité inégale. Il existe parfois des biais

Tableau 4

Principales prévalences des pathologies en milieu carcéral documentées dans les études françaises

| HID-Prisons 2001 | Au moins 1 déficience | Incapacité physique | Déficience intellectuelle | Troubles sensoriels | |
|--|-----------------------|-----------------------|---------------------------|--|------------------------|
| Désesquelles (2005) [6] <i>Population libre</i> | 67,8% 32,8% | 22,7% 8,1% | 44,7% 14,6% | ND | |
| Désesquelles (2002) [5] <i>Population libre</i> | 59,8% 23,8% | ND | ND | 17,3% 5,7% | |
| Drees-entrants 2003 | Tabac | Usage abusif d'alcool | | Usage de drogues dans les 12 derniers mois | |
| Mouquet (2005) [1] | 78% | 31% | | 1/3 | |
| Cemka-Eval 2004 | Troubles psychotiques | Schizophrénie | Syndrome dépressif | Dépendance à l'alcool | Dépendance aux drogues |
| Falissard <i>et al.</i> (2006) [7] | 12,1% | 3,8% | 17,9% | 9,4% | 10,8% |
| Prévacar 2010 | VIH | VHC | | TSO | |
| Chiron <i>et al.</i> (2013) [9] | 2% [0,95-4,23] | 4,8% [3,53-6,5] | | ND | |
| Jauffret-Roustide <i>et al.</i> (2011) [8] | ND | ND | | 7,9% [6,49-9,79] | |

ND : données non disponibles ; HTA : hypertension artérielle ; TSO : traitement de substitution aux opiacés.

d'échantillonnage, liés aux taux de participation, qui ne sont que rarement évoqués. Les critères d'inclusion sont variables (études limitées aux entrants en détention, ou à la population carcérale masculine, ou encore portant sur l'intégralité des personnes détenues), ne permettant pas toujours de distinguer les prévalences des pathologies relevées lors de l'incarcération de celles présentes ou développées en cours de détention^{1,4,11}. Enfin, les comparaisons avec les prévalences en population générale sont rares car complexes à réaliser, en raison d'une nécessaire standardisation sur le sexe et l'âge qui n'est pas toujours effectuée, et du fait que les données en population générale n'incluent pas les personnes détenues.

Malgré certaines limites méthodologiques, les données épidémiologiques disponibles sur la santé des personnes incarcérées rendent compte d'une surreprésentation de nombreuses pathologies dans cette population, notamment en matière de troubles psychiatriques, d'addictions et de maladies infectieuses. La population carcérale est en effet à risque avant même l'incarcération (les politiques pénales en matière de législation sur les stupéfiants ou de responsabilité pénale par exemple concentrent en prison des personnes défavorisées et/ou cumulant de nombreuses difficultés en matière de toxicomanie ou de santé mentale) et les conditions de détention elles-mêmes génèrent certaines situations à risque (surpopulation, confinement, promiscuité...).

Au regard de la situation et de l'important *turn-over* ayant cours en détention (plus de 88 000 entrées par an en prison en France²), il serait donc important de développer une surveillance régulière de cette population et/ou de réaliser des enquêtes épidémiologiques de grande envergure, avec des méthodologies rigoureuses et couvrant l'ensemble des problématiques de santé, incluant les maladies chroniques et les pathologies encore peu étudiées actuellement. Ces enquêtes permettraient de surveiller l'état de santé des personnes détenues et, ainsi, de mettre en place une prise en charge et une prévention adaptées. ■

Remerciements

Les auteurs remercient les membres du comité de pilotage constitué pour suivre les travaux de l'InVS sur la surveillance épidémiologique de la santé des personnes détenues, ainsi que l'ensemble du Département des maladies chroniques et traumatismes de l'InVS.

Références

- [1] Mouquet MC. La santé des personnes entrées en prison en 2003. Études et Résultats (Drees). 2005;(386):1-12. <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-sante-des-personnes-entrees-en-prison-en-2003,4513.html>
- [2] Direction de l'Administration pénitentiaire. Les chiffres-clés de l'administration pénitentiaire. Paris: Ministère de la Justice

et des Libertés; 2012. 16 p. http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Chiffres_cles_2012.pdf

- [3] Australian Institute of Health and Welfare. The health of Australia's prisoners 2010. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare (AIHW); 2011. <http://www.aihw.gov.au/publication-detail/?id=1073742011>
- [4] Wilper AP, Woolhandler S, Boyd JW, Lasser KE, McCormick D, Bor DH, *et al.* The health and health care of US prisoners: Results of a nationwide survey. *Am J Public Health.* 2009;99(4):666-72.
- [5] Désesquelles A. Le handicap est plus fréquent en prison qu'à l'extérieur. *Insee Première.* 2002;(854):1-4. http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&id=785
- [6] Désesquelles A. Le handicap en milieu carcéral en France. Quelle différence avec la situation en population générale? *Population.* 2005;60(1-2):71-98. <http://www.cairn.info/revue-population-2005-1-page-71.htm>
- [7] Falissard B, Loze JY, Gasquet I, Duburc A, de Beaurepaire C, Fagnani F, *et al.* Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry.* 2006;6:33.
- [8] Jauffret-Roustide M, Le Strat Y, Chiron E, Barbier C, Caté L, Chemlal K, *et al.* La prévalence des traitements de substitution aux opiacés chez les personnes détenues en France. Enquête Prévacar 2010. Communication orale à la Journée nationale de restitution de l'enquête, 20 juin 2011, Ministère chargé de la Santé, Paris (France).
- [9] Chiron E, Jauffret-Roustide M, Le Strat Y, Chemlal K, Valantin MA, Serre P, *et al.* Prévalence de l'infection par le VIH et le virus de l'hépatite C chez les personnes détenues en France. Résultats de l'enquête Prévacar 2010. *Bull Epidémiol Hebd.* 2013;(35-36):445-50.
- [10] Baillargeon J, Black SA, Pulvino J, Dunn K. The disease profile of Texas prison inmates. *Ann Epidemiol.* 2000;10(2):74-80.
- [11] Binswanger IA, Merrill JO, Krueger PM, White MC, Booth RE, Elmore JG. Gender differences in chronic medical, psychiatric, and substance-dependence disorders among jail inmates. *Am J Public Health.* 2010;100(3):476-82.
- [12] Maruschak LM. Medical problems of jail inmates. Washington DC: US Department of Justice; Bureau of Justice Statistics; 2006. 9 p. <http://www.bjs.gov/content/pub/pdf/mpji.pdf>
- [13] Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *Br J Psychiatry.* 2012;200(5):364-73.
- [14] Fazel S, Bains P, Doll H. Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction.* 2006;101(2):181-91.
- [15] Gough E, Kempf MC, Graham L, Manzanero M, Hook EW, Bartolucci A, *et al.* HIV and hepatitis B and C incidence rates in US correctional populations and high risk groups: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health.* 2010;10:777.
- [16] Kouyoumdjian FG, Leto D, John S, Henein H, Bondy S. A systematic review and meta-analysis of the prevalence of chlamydia, gonorrhoea and syphilis in incarcerated persons. *Int J STD AIDS.* 2012;23(4):248-54.

Citer cet article

Godin-Blandeau E, Verdout C, Develay AE. La santé des personnes détenues en France et à l'étranger : une revue de la littérature. *Bull Epidémiol Hebd.* 2013;(35-36):434-40.

PRISE EN CHARGE EN DÉTENTION DES PERSONNES DIABÉTIQUES INSULINO-REQUÉRANTES EN FRANCE EN 2012

// INSULIN THERAPY MANAGEMENT - AN ASSESSMENT OF THE TREATMENT OFFERED TO PRISONERS IN FRANCE IN 2012

Céline Buchaillet^{1,2} (celine.buchaillet@chu-angers.fr), Damien Mauillon^{1,2}, Christine Barbier³, Patrice Dosquet³, Nathalie Jousset², Clotilde Rougé-Maillart^{1,2}

¹ Unité sanitaire, Centre hospitalier universitaire, Angers, France

² Service de médecine légale, Centre hospitalier universitaire, Angers, France

³ Direction générale de la santé, Paris, France

Soumis le : 26.06.2013 // Date of submission: 06.26.2013

Résumé // Abstract

Objectif – Réaliser un état des lieux de la prise en charge des personnes diabétiques insulino-requérantes en détention en 2012 en France.

Méthodes – De novembre à décembre 2012, un questionnaire a été envoyé aux unités sanitaires (US) des établissements pénitentiaires. Il visait à évaluer le nombre de patients traités par insuline, la disponibilité du matériel en cellule, les incidents secondaires à la mise en cellule et la prise en charge médicale proposée (suivi, éducation thérapeutique).

Résultats – Au total, 54,8% des US interrogées ont répondu, représentant 55,5% de la population carcérale française au 1^{er} décembre 2012. La prévalence observée du diabète insulino-requérant en détention était de 0,77%. Le matériel d'injection d'insuline était autorisé en cellule dans près de 88% des établissements et le matériel d'autocontrôle dans 90% des cas. Peu d'incidents (tentatives de suicide, détournement d'aiguilles ...) ont été rapportés, et aucune agression.

Conclusion – En 1999, dans plus de 60% des cas, le matériel de soin n'était pas autorisé en cellule ; les injections d'insuline étaient réalisées dans 90% des cas par les infirmiers, ce qui ne favorisait pas l'autonomie du patient vis-à-vis de sa maladie. En 2012, on note une amélioration de l'accès aux soins permettant de maintenir l'autonomie du patient, sans majoration du nombre d'incidents.

Objectives – To draw up an inventory of the management of patients treated by insulin in detention in 2012, in France.

Methods – From November to December 2012, a questionnaire was sent out to French prison health units. It aimed to assess the number of patients receiving insulin therapy, the availability of material in cells, the impact of in-cell availability and the medical support proposed (follow-up, therapeutic education etc.).

Results – In total 54.8% of health units replied, representing 55.5% of the total prison population in France on 1st December 2012. The observed prevalence of insulin-requiring diabetes was 0.77%. Equipment for insulin injections was allowed in about 88% of establishments and self-monitoring material in 90% of cases. Very few incidents (suicide attempts, needle diversion) and zero aggression were reported.

Conclusion – In 1999, in more than 60% of cases, the necessary medical equipment was not allowed in cell and insulin injections were performed by nurses in 90% of cases, decreasing patients' autonomy. In 2012, we noticed an improvement in the access to care, allowing to maintain patients' autonomy with no increase in the number of related incidents.

Mots-clés : Diabète, Insuline, Prise en charge, Éducation thérapeutique, Prison
// **Keywords**: Diabetes mellitus, Insulin therapy, Care, Therapeutic education, Prison

Introduction

La prise en charge des patients diabétiques en milieu carcéral nécessite de prendre en compte non seulement les caractéristiques propres de la maladie, mais aussi celles de la détention¹. Certaines spécificités de cet environnement peuvent en effet avoir un impact direct sur l'équilibre de la maladie : le stress engendré par l'incarcération, les problèmes de disponibilité des

traitements - selon les unités sanitaires (US), l'accès aux médicaments non inscrits au livret thérapeutique hospitalier de l'hôpital de référence est plus ou moins difficile² -, les difficultés d'accès au sport, aux douches, au régime diabétique prescrit, etc.

Contrairement au Royaume-Uni ou aux États-Unis^{3,4}, il n'existe pas en France de recommandations spécifiques concernant la prise en charge du diabète en

milieu carcéral et l'accessibilité du matériel de soins en cellule. Il n'y a pas de données publiées en France, hormis une étude nationale menée en 1999⁵ sur le diabète insulino-requérant en détention. Elle a mis en exergue une baisse de l'autonomie des diabétiques incarcérés, du fait de difficultés d'accès aux soins et de la restriction de fourniture en cellule du matériel de contrôle glycémique et d'injection d'insuline.

En 2012, un nouvel état des lieux national de cette prise en charge a été réalisé. Cette étude visait à estimer la prévalence du diabète insulino-requérant, l'accès aux soins, la disponibilité du matériel en cellule et les incidents éventuels ainsi que les propositions de suivi et d'éducation thérapeutique.

Matériel et méthode

L'étude a été menée de novembre à décembre 2012. Un questionnaire accompagné d'une lettre de présentation de l'étude ont été envoyés par courriel aux responsables de toutes les US de France métropolitaine. Le questionnaire a été construit sur le modèle de celui de 1999⁵, complété de questions d'ordre plus général. Il comportait deux fiches (A et B), à compléter par le personnel soignant.

La fiche A recueillait des données générales à renseigner par toutes les US, indépendamment du nombre de patients pris en charge. Étaient décrits le nombre de personnes incarcérées et de diabétiques recevant une insulinothérapie, l'accessibilité en cellule au matériel d'autocontrôle et d'injection, les modalités de mise en cellule et de récupération des consommables, les propositions d'éducation thérapeutique, l'accès aux consultations spécialisées, les événements indésirables en lien avec le matériel en cellule et le nombre d'extractions pour acidocétose ou hypoglycémie au cours des douze derniers mois.

La fiche B était une fiche-patient anonymisée renseignant sur l'âge des patients et leurs pratiques de l'autocontrôle et des injections d'insuline (nombre par jour, lieu et modalités de réalisation).

Les pourcentages ont été calculés par rapport aux répondants à chaque question et non pas aux répondants au questionnaire.

Résultats

Données générales

Au total, sur les 168 questionnaires envoyés, 92 US ont répondu, soit 54,8%. Au 1^{er} décembre 2012, 67 674 personnes étaient détenues en France. L'étude a concerné 37 327 personnes incarcérées, soit 55,2% du total de la population carcérale. Le nombre de détenus par établissement variait de 31 à 3 852.

Parmi les 92 US ayant répondu, 65 (70,7%) prenaient en charge au moins un diabétique traité par insuline, le nombre maximum étant de 19 au sein d'un établissement pénitentiaire. Au total, 286 patients diabétiques traités par insuline ont été recensés, avec une moyenne d'âge de 47 ans [19-48]. Les données de la

fiche B ont été recueillies pour 242 diabétiques, 8 des 65 US concernés n'ayant pas complété ce questionnaire. La prévalence observée du diabète insulino-requérant en milieu carcéral en France était de 0,77%.

Disponibilité du matériel en cellule et gestion du traitement

Parmi les 90 US ayant répondu, 81 (90%) autorisaient la présence en cellule du matériel de contrôle. Les contrôles glycémiques étaient réalisés dans 93% des cas par les patients eux-mêmes (225/242). Dans 73,5% des cas, les contrôles étaient réalisés 3 fois par jour ou plus (tableau 1).

Dans 79 établissements (87,8%), la présence du matériel d'injection était autorisée en cellule. Les injections d'insuline étaient pratiquées par 90,9% des patients (220/242). Pour 127 des 232 patients pour lesquels l'information était disponible (54,7%), le schéma comportait au moins 3 injections par jour.

La mise en cellule du matériel était effective après une période d'observation dans 2 cas sur 3 (n=45 ; 72 répondants), et dès l'arrivée en détention dans un tiers des US.

Au sein des établissements autorisant la présence du matériel en cellule, des récupérateurs Dasri (déchets d'activité de soins à risques infectieux) ou autres containers hermétiques étaient fournis dans 98,7% des cas (n=78 ; 79 répondants). Dans un établissement, les patients ramenaient les consommables directement à l'US. Le comptage des aiguilles était réalisé dans 8 US (10,1%).

Le tableau 2 rapporte les modalités d'information de l'administration pénitentiaire par les US avant la mise en cellule du matériel. Un tiers des US ne lui fournissaient pas d'information.

Incidents / Accidents

Au sein des établissements autorisant la mise à disposition en cellule du matériel d'autocontrôle et d'injection, 66 US n'ont rapporté aucun événement indésirable au cours des douze derniers mois (78 répondants). Les événements rapportés par les autres US étaient : 7 tentatives de suicide à l'insuline, 2 « chantages » à l'insuline (interruption du traitement pour faire lever les mesures de placement en quartier disciplinaire), 3 détournements d'aiguilles, 2 vols de lecteur glycémique et 1 trafic de sucrées.

Complications ayant nécessité des extractions vers un centre hospitalier

En 2012, 36 extractions en urgence ont eu lieu : 15 pour acidocétoses et 21 pour hypoglycémies. Un seul et même patient était concerné par 5 extractions (4 acidocétoses et 1 hypoglycémie) ; de même, 10 des 21 extractions pour hypoglycémie ont été réalisées pour un unique patient.

Suivi médical et éducation thérapeutique

Des consultations spécialisées de diabétologie étaient organisées dans 19 US. L'éducation thérapeutique

était réalisée dans 85 US (95,5% ; 89 répondants) lors d'entretiens individuels. Des séances de groupe de 5 à 10 patients étaient proposées dans 13 US (15,3% ; 85 répondants) et abordaient les thèmes suivants : le traitement et les complications, l'alimentation, la nutrition, l'hygiène et la surveillance des pieds, l'activité physique, la surcharge pondérale, la pratique de l'autocontrôle. L'animation des groupes était réalisée par les infirmiers, y associant selon les lieux : un endocrinologue, des associations de patients, l'Irsa (Institut inter-régional pour la santé), un pharmacien ou un diététicien.

Discussion

La prévalence observée des patients traités par insulinothérapie en 2012 était de 0,77%, quasiment le double de celle mesurée en 1999 (0,40%). Sa croissance s'est faite en parallèle de celle observée dans la population générale, évaluée à 0,94%, en extrapolant les résultats publiés en 2010 par l'Institut de veille sanitaire (InVS)⁶. Cette augmentation en milieu pénitentiaire peut s'expliquer en partie par le vieillissement de la population carcérale, dont la moyenne d'âge est passée de 30,1 ans en 1980 à 34,4 ans en 2011⁷, ainsi que par les facteurs favorisants, comme en population générale : modifications des

habitudes alimentaires, augmentation de la sédentarité. Toutefois, elle reste inférieure à la prévalence en population générale. Cela peut s'expliquer par deux éléments : les caractéristiques de la population carcérale, globalement plus jeune que la population générale, et par une probable sous-estimation du nombre de diabétiques insulino-requérants dans ce public souvent précaire, ayant moins accès à la prévention et aux soins.

La consultation arrivant, prévue par les textes, joue un rôle décisif pour dépister et adapter la prise en charge de ces patients. Selon une étude réalisée à Lille en 2009, un dépistage systématique par réalisation d'une glycémie capillaire aux patients présentant un ou plusieurs facteurs de risque cardiovasculaire pourrait être pertinent pour une prise en charge plus précoce limitant la morbi-mortalité de cette pathologie⁸.

En 2012, près de 90% des établissements autorisaient la mise à disposition en cellule du matériel de contrôle glycémique et d'injection d'insuline, contre près de 40% en 1999. Le tableau 3 souligne cette augmentation, bénéfique pour l'autonomisation des patients (90% d'entre eux gèrent leur traitement seuls) et l'accès aux schémas thérapeutiques recommandés.

Tableau 1

Fréquence quotidienne des contrôles glycémiques et des injections d'insuline chez les personnes diabétiques insulino-requérantes en détention, France, 2012

| | <1 | 1 | 2 | 3 | ≥4 |
|--------------------------------------|----------|------------|------------|------------|------------|
| Contrôles glycémiques (n=222) | 3 (1,3%) | 30 (13,5%) | 26 (11,7%) | 102 (46%) | 61 (27,5%) |
| Injections d'insuline (n=232) | 0 (0%) | 67 (28,9%) | 38 (16,4%) | 63 (27,1%) | 64 (27,6%) |

Tableau 2

Modalités d'information de l'administration pénitentiaire par les unités sanitaires avant la mise en cellule du matériel nécessaire aux personnes diabétiques insulino-requérantes en détention, France, 2012 (plusieurs réponses possibles ; n=79)

| | | |
|--|----|-------|
| Aucune | 28 | 35,4% |
| Certificat / ordonnance / attestation | 32 | 40,5% |
| Protocole écrit / validation en commission santé | 6 | 7,6% |
| Information orale | 15 | 19% |
| Information écrite dans le Carnet électronique de liaison (CEL) | 2 | 2,5% |

Tableau 3

Personnes réalisant les contrôles glycémiques et les injections d'insuline aux personnes diabétiques insulino-requérantes en détention, et comparaison de leurs fréquences quotidiennes, France, 1999-2012

| Réalisation | Contrôles glycémiques | | Injections d'insuline | |
|------------------|-----------------------|---------------------|-----------------------|---------------------|
| | 1999 (n=169) | 2012 (n=242) | 1999 (n=169) | 2012 (n=242) |
| Patients | 94 (55,6%) | 225 (93%) | 64 (37,9%) | 220 (90,9%) |
| Infirmiers | 75 (44,2%) | 17 (7%) | 105 (62,1%) | 22 (9%) |
| Fréquence | 1999 (n=168) | 2012 (n=222) | 1999 (n=169) | 2012 (n=232) |
| ≤2 fois par jour | 91 (54,2%) | 59 (26,6%) | 130 (76,9%) | 105 (45,2%) |
| ≥3 fois par jour | 77 (45,8%) | 163 (73,4%) | 39 (23,1%) | 167 (54,8%) |

Dans 62,5% des cas, la mise en cellule se faisait en fonction de l'autonomie du patient et de son degré de compréhension. Les pratiques d'information de l'administration pénitentiaire à l'échelle nationale étaient hétérogènes. Le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire conseille de remettre un certificat mentionnant les matériels médicaux nécessaires à la vie quotidienne du patient et incite à établir une convention pour permettre un accompagnement spécifique de la personne le temps de l'incarcération⁹. Certains établissements (moins de 10%) n'autorisaient pas la mise à disposition du matériel en cellule, du fait d'un refus de l'administration pénitentiaire ou de réticences de l'équipe soignante. Cette mise à disposition peut être perçue par le personnel médical comme : « un échappement » du détenu à la surveillance médicale dont il se sent responsable »¹. D'autres éléments expliquent ces refus, comme la crainte des tentatives de suicide, d'une mauvaise observance du traitement, de l'utilisation des aiguilles pour l'injection de produits intraveineux, facteurs de transmission de maladies... Les résultats ne corroborent pas ces craintes. Le nombre d'extractions pour acidocétoses ou hypoglycémies reste faible, 34 en 1999 et 36 en 2012. Les autres incidents restent anecdotiques. Le patient diabétique traité par insuline connaît sa maladie, son traitement et par conséquent « sait provoquer des hyper- et hypoglycémies »¹ et ainsi des extractions médicales, que son traitement soit disponible en cellule ou non. Certains sont en effet capables, à proximité des soignants, d'injecter leur insuline dans leurs vêtements afin d'être extraits¹⁰. Ceci souligne la nécessité d'une prise en charge globale pluridisciplinaire de ces patients, prenant en compte le diabète ainsi que les pathologies psychiatriques éventuelles associées, le milieu carcéral et le souhait d'extraction.

Le plan d'actions stratégiques 2010-2014¹¹ vise à développer l'éducation thérapeutique en milieu carcéral. Celle-ci est réalisée dans la majorité des US en séances individuelles, et en groupe dans 13 US, avec des associations de patients, des pharmaciens, des endocrinologues. La mise en place d'actions avec les services hospitaliers spécialisés est primordiale pour une prise en charge et une éducation optimale des patients, malgré les contraintes du milieu carcéral¹². Ces partenariats faciliteront l'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique par les Agences régionales de santé.

Cette étude comporte des limites. Elle prend en compte les personnes insulino-requérantes et non l'ensemble des personnes diabétiques, ne permettant pas d'obtenir la prévalence du diabète en détention. Le taux de non-réponse s'explique en partie par le mode d'envoi des questionnaires (coordonnées non valides, responsable n'exerçant pas à l'US). Par ailleurs, certains médecins ont expliqué leur absence de réponse par un manque de temps. Le taux de réponses, bien qu'important (54,8%) dans

ce contexte, n'autorise pas à considérer les résultats comme étant représentatifs de l'ensemble de la population carcérale. Notre étude apporte toutefois des pistes de réflexion sur un domaine de santé publique peu exploré. Afin d'homogénéiser et de faciliter la prise en charge de ces patients, il pourrait être pertinent d'élaborer des recommandations spécifiques sur la prise en charge matérielle de cette pathologie en détention, telles que celles proposées au Royaume-Uni et aux États-Unis. Ces recommandations concernant par exemple l'accessibilité au matériel en cellule, sa délivrance, l'accès au sport, au régime diabétique, à l'hygiène, viendraient compléter les recommandations thérapeutiques de la Haute Autorité de santé. ■

Références

- [1] Basin C. Un diabétique privé de liberté : être diabétique à la maison d'arrêt de Paris-La Santé. *Journ Annu Diabétol Hôtel Dieu*. 2002;165-82.
- [2] Harcouët L. L'exercice pharmaceutique hospitalier en milieu carcéral. *Ann Pharm Fr*. 2010;68:286-90.
- [3] Diabetes UK. Position statement. Prisons - Care of people with diabetes. March 2005. 4 p. http://www.diabetes.org.uk/Documents/About%20Us/Prisons_care_PS.pdf
- [4] American Diabetes Association. Diabetes management in correctional institutions. *Diabetes Care*. 2012;35(1):S87-S93.
- [5] Petit JM, Guenfoudi MP, Volatier S, Rudoni S, Vaillant G, Hermant C, *et al*. Management of diabetes in French prisons: a cross-sectional study. *Diabetic Med*. 2001;18:47-50.
- [6] Fagot-Campagna A, Romon I, Fosse S, Roudier C. Prévalence et incidence du diabète, et mortalité liée au diabète en France – Synthèse épidémiologique. Saint Maurice: Institut de veille sanitaire; 2010 ; 12 p. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=450
- [7] Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Rapport d'activité 2011. 135 p. <http://www.cglpl.fr/rapports-et-recommandations/rapports-annuels-d%e2%80%99activite/>
- [8] Richard J. Prise en charge du diabète en milieu carcéral - Intérêt d'un dépistage systématique par glycémie capillaire à la maison d'arrêt de Lille-Sequedin. Thèse pour le Doctorat en Médecine, Université Lille-2; 2009.
- [9] Ministère des Affaires sociales et de la Santé ; Ministère de la Justice. Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. Guide méthodologique 2012. 364 p. http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir_36019.pdf
- [10] Gill GV, MacFarlane IA. Problems of diabetics in prison. *Br Med J*. 1989;298:221-3.
- [11] Ministère de la Santé et des Sports ; Ministère de la Justice et des Libertés. Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice. Plan d'actions stratégiques 2010-2014. 86 p. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_actions_strategiques_detenus.pdf
- [12] Lorenzo P. De l'éducation thérapeutique du patient en milieu pénitentiaire. *Prat Organ Soins*. 2008;39(1):13-22.

Citer cet article

Buchaillet C, Mauillon D, Barbier C, Dosquet P, Jousset N, Rougé-Maillart C. Prise en charge en détention des personnes diabétiques insulino-requérantes en France en 2012. *Bull Epidémiol Hebd*. 2013;(35-36):441-4.

PRÉVALENCE DE L'INFECTION PAR LE VIH ET LE VIRUS DE L'HÉPATITE C CHEZ LES PERSONNES DÉTENUES EN FRANCE. RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE PRÉVACAR 2010*

// PREVALENCE OF HIV AND HEPATITIS C VIRUS AMONG FRENCH PRISON INMATES IN 2010: RESULTS FROM PREVACAR SURVEY 2010

Élise Chiron¹, Marie Jauffret-Roustide¹, Yann Le Strat¹, Khadoudja Chemlal², Marc-Antoine Valantin², Patrick Serre^{3,4}, Laurence Caté⁵, Christine Barbier⁵, Caroline Semaille¹ (c.semaille@invs.sante.fr) et le Groupe Prévacar**

¹ Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

² Centre hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris, France

³ Unité sanitaire, Centre hospitalier, Le Mans, France

⁴ Associations des professionnels de santé exerçant en prison (Apsép), France

⁵ Direction générale de la santé, Paris, France

* Article adapté de : Semaille C, Le Strat Y, Chiron E, Chemlal K, Valantin M, Serre P, et al. Prevalence of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus among French prison inmates in 2010: a challenge for public health policy. *Euro Surveill.* 2013;18(28). doi:pii: 20524.

** Membres du groupe Prévacar (par ordre alphabétique) : Julie Bouscaillou, Gregory Braz, Martine Clément, Emeline Chaigne, Jean-Claude Cognet, Dominique de Galard, Sandra Essid, Bernard Faliu, Caroline Gasiglia, Lionel Lavin, Dimitri Legrand, Etienne Lucas, Christophe Michon, François Moreau, Hélène Morfini, Ridha Nouiouat, Fabrice Pilorgé, Pierre Pouyanne, Chantal Vuldy.

Soumis le 31.07.2013 // Date of submission: 31.07.2013

Résumé // Abstract

La prévalence du VIH et de l'hépatite C a été estimée en 2010 chez les personnes détenues en France à partir d'une étude transversale s'appuyant sur un plan de sondage à deux degrés (tirage des établissements pénitentiaires puis des individus). Les estimations sont redressées à l'ensemble des personnes détenues par post-stratification sur l'âge, le sexe, le continent de naissance et la région de l'établissement.

Parmi les 60 975 personnes détenues en mai 2010 dans 188 établissements pénitentiaires, 2 154 individus ont été tirés au sort dans 27 établissements. La prévalence du VIH était estimée à 2,0% (IC95%:[0,9-4,2]), et était plus élevée chez les femmes (2,6% ; IC95%:[0,7-8,8]) que chez les hommes (2,0% ; IC 95%:[0,9-4,3]) ; 75% des personnes détenues porteuses du VIH recevaient un traitement pour leur infection. La prévalence du VHC était estimée à 4,8% (IC95%:[3,5-6,5]) et était plus élevée chez les femmes (11,8% ; IC95%:[8,5-16,1]) que chez les hommes (4,5% ; IC95%:[3,3-6,3]). Près de la moitié des personnes infectées par le VHC avaient une hépatite chronique (ARN du VHC positif) et 44% avaient reçu ou recevaient un traitement pour le VHC. La prévalence du VIH et du VHC était six fois plus élevée en milieu carcéral qu'en population générale et 2,5% des personnes détenues étaient virémiques (charge virale positive) pour le VHC. Le dépistage et la prise en charge de ces pathologies infectieuses pendant l'incarcération sont essentiels pour en limiter la transmission et améliorer le pronostic de ces patients.

The prevalence of human immunodeficiency virus (HIV) and hepatitis C virus (HCV) among prison inmates in France in 2010 was evaluated in a cross-sectional study based on a two-stage design. Sampling favoured larger establishments and included all types of prisons. Establishments were stratified by geographical region. Estimates were adjusted by post-stratification of the total population of inmates in France.

From 60,975 inmates in 188 prisons on the sampling day, 2,154 were selected from 27 prisons, and 1,876 questionnaires completed. HIV prevalence was estimated at 2.0% (95% confidence interval (CI):0.9-4.2), 2.6% (95% CI: 0.7-8.8) in women and 2.0% (95% CI:0.9-4.3) in men; 75% of HIV positive inmates were receiving treatment for HIV. HCV prevalence was estimated at 4.8% (95% CI:3.5-6.5) and was higher for women (11.8%; 95% CI:8.5-16.1) than men (4.5%; 95% CI:3.3-6.3). Almost half of HCV-infected inmates had chronic hepatitis C and 44% were receiving or had received treatment for HCV. HIV and HCV prevalence was six times higher than in general population, and 2.5% of inmates had viraemic hepatitis C. The moment of incarceration provides an ideal opportunity for testing and treating these infectious diseases, limiting their spread and improving patients' prognosis.

Mots-clés : Prison, VIH, VHC, Prévalence

// **Keywords:** Prison, HIV, HCV, Prevalence

Introduction

La vulnérabilité des personnes détenues en termes de maladies infectieuses, notamment vis-à-vis de l'infection par le VIH et des hépatites, est bien documentée dans la littérature internationale¹⁻³. Cette vulnérabilité peut s'expliquer en partie par la proportion plus élevée, par rapport au milieu libre, d'usagers de drogues et de personnes originaires de pays où la prévalence du VIH et du virus de l'hépatite C (VHC) est moyenne ou forte⁴, ainsi que par des conduites à risque majorant le risque de transmission.

Estimer la prévalence de l'infection à VIH et de l'hépatite C parmi les personnes détenues en France est essentiel pour le développement de programmes de prévention et l'amélioration de la prise en charge des personnes infectées, dans le cadre notamment du Plan d'actions stratégiques 2010-2014 définissant la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice⁵.

Les données disponibles sur la prévalence du VIH ou du VHC chez les personnes détenues en France sont anciennes ou parcellaires. Sur la période 1997-2003, seuls deux dispositifs d'enquêtes ont permis d'estimer la prévalence du VIH et/ou du VHC au niveau national, mais ne permettaient pas de caractériser les personnes infectées en termes de sexe, âge et continent de naissance^{6,7}. Les autres études menées en France ne concernaient qu'un seul établissement pénitentiaire ou une seule région, avec des résultats très variables en fonction de la proportion d'usagers de drogues (UD) parmi les personnes détenues dans l'établissement⁸⁻¹².

L'objectif principal de l'enquête Prévacar 2010 était d'estimer la prévalence de l'infection par le VIH, par le VHC et des traitements de substitution aux opiacés (TSO) chez les personnes détenues en France, et de décrire les caractéristiques des personnes concernées. Les résultats concernant les TSO feront l'objet d'une publication ultérieure. Les résultats du second volet de l'enquête, portant spécifiquement sur l'offre de soins en milieu carcéral, ont par ailleurs déjà été publiés¹³.

Matériel et méthodes

L'enquête Prévacar est une étude transversale réalisée dans les établissements pénitentiaires français en juin 2010. Elle a été conçue et mise en œuvre conjointement par la Direction générale de la santé (DGS, promoteur) et l'Institut de veille sanitaire (InVS, coordination scientifique) avec le soutien de la Direction de l'administration pénitentiaire (DAP), rattachée au ministère de la Justice, et des unités sanitaires (US) (anciennement UCSA, unités de consultations et de soins ambulatoires) qui relèvent du ministère de la Santé.

La méthodologie de l'enquête a été détaillée dans une précédente publication¹⁴. Il existe une liste complète des établissements pénitentiaires, ainsi qu'un fichier national des personnes détenues (FND), mis à jour

quotidiennement par la DAP. À chaque personne détenue est assigné un numéro d'identifiant unique (numéro d'écrou). Des informations notamment sur l'âge, le sexe, le continent de naissance ou la catégorie socioprofessionnelle sont également recueillies dans le FND.

Un dépistage de l'infection par le VIH et le VHC est proposé systématiquement à chaque personne détenue lors de sa visite d'entrée.

Population source et stratégie d'échantillonnage

La population source était constituée de l'ensemble des personnes âgées de plus de 18 ans, incarcérées en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer (DOM) le jour du tirage au sort (15 mai 2010). Un plan de sondage à deux degrés a été mis en œuvre à partir de la liste (stratifiée sur 10 zones géographiques) des établissements pénitentiaires puis du fichier national des personnes détenues. Au premier degré, le tirage au sort a pris en compte le type d'établissements (maison d'arrêt, centre pénitentiaire, maison centrale, établissement accueillant des femmes et/ou des hommes) ainsi que le nombre de personnes détenues. Au deuxième degré, les personnes détenues ont été sélectionnées par sondage aléatoire simple dans les établissements tirés au sort.

En mai 2010, on comptait 188 établissements pénitentiaires dans lesquels 60 975 personnes étaient incarcérées.

Recueil des données et confidentialité

Pour chaque personne détenue tirée au sort, un questionnaire individuel a été rempli par un enquêteur de l'équipe Prévacar ou un membre de l'US, à partir des données contenues dans le dossier médical le jour de l'enquête. Les informations recueillies dans le questionnaire portaient sur les caractéristiques démographiques, le statut relatif à l'infection par le VIH et le VHC, les modes de contamination, le stade clinique et les traitements. Des informations complémentaires (continent de naissance, catégorie socioprofessionnelle, niveau d'éducation) ont été recueillies à partir du FND, en réalisant une fusion dans les locaux de la DAP, grâce à un numéro unique identifiant chaque personne détenue. Afin de préserver l'anonymat, un numéro aléatoire a été assigné à chaque personne sélectionnée, et seul ce numéro figurait sur le questionnaire ainsi que dans la base de données analysée par l'InVS.

L'enquête a reçu l'accord de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) en janvier 2010. Une information collective par voie d'affichage en plusieurs langues a été réalisée dans les établissements sélectionnés, doublée d'une information individuelle pour les personnes détenues tirées au sort, avec possibilité de refus de participation.

Définition de cas

Une personne détenue a été considérée comme infectée par le VIH ou le VHC lorsqu'au moins l'un des

éléments suivants était documenté dans son dossier médical :

- pour le VIH : test Elisa et/ou Western Blot positif ou taux de lymphocytes CD4 ou résultat de charge virale VIH ;
- pour le VHC : test Elisa et/ou un résultat de quantification de l'ARN du VHC positif dans les 12 derniers mois.

Analyse

L'analyse a pris en compte le plan de sondage et les estimations ont été redressées pour l'ensemble des personnes détenues par post-stratification. La post-stratification permet de faire correspondre le nombre estimé de personnes détenues au nombre réel de personnes détenues. Ce calage est réalisé en découpant la population et l'échantillon en strates après la constitution de l'échantillon. Dans l'étude, les post-strates ont été constituées selon le sexe, les classes d'âge, le continent de naissance et la zone géographique de l'établissement (données recueillies pour toutes les personnes détenues grâce au FND). La base des personnes détenues étant exhaustive, les effectifs réels sont connus au moment du tirage. Le calage s'effectue en modifiant les poids de sondage pour que les effectifs estimés (qui dépendent de ces poids de sondage) soient égaux aux effectifs réels.

L'analyse a été effectuée avec le logiciel Stata® 11.0.

Résultats

À l'issue du tirage au sort, 2 154 personnes détenues ont été sélectionnées dans 27 établissements pénitentiaires.

La population carcérale était majoritairement masculine (97%) avec une moyenne d'âge de 34 ans (tableau 1). Les personnes nées en France représentaient 76% des personnes détenues, celles nées en Afrique du Nord 9% et celles nées en Afrique subsaharienne 5%. Les personnes nées en Europe de l'Est ou de l'Ouest représentaient chacune 3% des personnes détenues et 4% étaient nées en Asie, Amérique ou Océanie.

Tableau 1

Nombre de personnes détenues par sexe et âge, France, mai 2010 (N=60 975)

| Tranche d'âge | Hommes | Femmes |
|---------------|---------------|--------------|
| 18-21 | 5 658 | 122 |
| 22-25 | 10 501 | 244 |
| 26-30 | 12 162 | 339 |
| 31-40 | 15 233 | 602 |
| 41-50 | 8 856 | 413 |
| 50 + | 6 555 | 290 |
| Total | 58 965 | 2 010 |

Population d'étude

Sur les 2 154 personnes détenues tirées au sort, 57 ont refusé de participer. Les questionnaires ont été complétés pour 1 876 personnes (soit 87% des individus tirés au sort) : 1 607 hommes et 267 femmes. Le sexe était inconnu pour deux questionnaires. Les questionnaires étaient incomplets pour 221 individus, car leurs dossiers n'étaient pas consultables à l'US le jour de l'enquête du fait de modifications intervenues dans leurs conditions de détention (libérations, transferts...).

Sur les 1 876 questionnaires, l'information sur le statut vis-à-vis du VIH ou du VHC était manquante pour respectivement 28% et 30% des dossiers.

Infection par le VIH

Prévalence de l'infection par le VIH

La prévalence de l'infection par le VIH a été estimée à 2,0% (IC95%:[1,0-4,2]) (tableau 2). Elle était plus élevée chez les femmes que chez les hommes, respectivement 2,6% et 2,0% (non significatif). La prévalence augmentait avec l'âge jusqu'à 50 ans et variait en fonction du continent de naissance : la plus élevée était retrouvée chez les personnes nées en Afrique subsaharienne (15,4%). Elle était de 1,1% pour les personnes nées en France.

Caractéristiques des personnes détenues infectées par le VIH

Dans l'échantillon, 26 personnes étaient infectées par le VIH, avec une moyenne d'âge de 36 ans (35 ans ; IC95%:[29-42]) chez les hommes et 44 ans ; IC95%:[43-46] chez les femmes). Le mode de contamination probable n'était pas connu dans 66% des cas. Lorsque le mode de contamination était connu, la transmission était liée à des rapports hétérosexuels dans 75% des cas.

Le délai moyen depuis la découverte de la séropositivité était de 9 ans (IC95%:[5-13 ans]) et 24% des personnes détenues ont découvert leur séropositivité lors de la cette incarcération.

Près d'un tiers des individus infectés par le VIH était au stade sida (28%), 16% était symptomatiques (non sida) et 55% asymptomatiques. Le taux de lymphocytes CD4 était inférieur à 350/mm³ pour 74% des personnes détenues séropositives, compris entre 350 et 500 pour 8,0% et supérieur à 500 pour 18%.

Un traitement antirétroviral était en cours pour 75% des personnes détenues séropositives et, parmi les personnes détenues ayant moins de 350 lymphocytes CD4, 72% étaient traitées. Parmi les personnes au stade sida, 94% étaient traitées.

Hépatite C

Prévalence de l'hépatite C

La prévalence de l'hépatite C a été estimée à 4,8% (IC95%:[3,53-6,50]) (tableau 2). Elle était significativement plus élevée chez les femmes que chez

les hommes, respectivement 11,8% et 4,5%. Elle augmentait significativement avec l'âge jusqu'à 50 ans et variait en fonction du continent de naissance : les prévalences les plus élevées étaient retrouvées chez les personnes nées en Asie et en Europe de l'Est, respectivement 12,4% et 12,3% (tableau 2).

Caractéristiques des personnes infectées par le VHC

Soixante-trois personnes étaient infectées par le VHC, avec une moyenne d'âge de 41 ans. Le mode de contamination probable était l'usage de drogues dans 70% des cas, inconnu pour 22% des personnes détenues et lié à une transfusion ou un tatouage pour 8%.

Le délai moyen depuis la découverte de l'hépatite C était de 7 ans (IC95%:[4-10 ans]) et 21,2% des personnes détenues l'avait découverte lors de l'incarcération actuelle. Près de la moitié des personnes détenues infectées par le VHC recevaient ou avaient reçu un traitement pour le VHC.

Une quantification de l'ARN du VHC était disponible dans 94% des dossiers des personnes détenues VHC+ et elle était positive dans 46,4% (IC95%:[27,3-66,5]) des cas.

Parmi les personnes détenues ayant une hépatite chronique (quantification ARN du VHC positive), 40,7% (IC95%:[18-68]) avaient bénéficié d'une évaluation de la fibrose au cours des 12 derniers mois et 36% recevaient un traitement.

La prévalence de la co-infection VIH/VHC chez les personnes détenues était faible (0,08%, IC95%:[0,00-0,65]).

Discussion - Conclusion

L'enquête Prévacar a permis pour la première fois d'estimer la prévalence de l'infection à VIH et de l'hépatite C parmi l'ensemble des personnes détenues en France¹⁴. La prévalence du VIH a été estimée à 2,0%, correspondant à plus de 1 200 personnes infectées parmi les 61 000 personnes détenues adultes. La prévalence du VHC a été estimée à 4,8%, représentant près de 3 000 personnes détenues, dont la plupart ont été contaminées par usage de drogues. Au total, 2,5% de l'ensemble des personnes incarcérées en France étaient virémiques pour le VHC (présentaient une hépatite chronique).

La méthodologie de l'étude, s'appuyant sur un plan de sondage à deux degrés (établissements puis

Tableau 2

Estimation du nombre de personnes détenues infectées par le VIH ou le VHC et prévalence de l'infection à VIH et du VHC par sexe, âge et continent de naissance, France, mai 2010 (n=1 876)

| | Population d'étude ^a | Prévalence du VIH %, [IC95%] | Estimation du nombre de personnes détenues infectées par le VIH ^b | Prévalence du VHC %, [IC95%] | Estimation du nombre de personnes détenues infectées par le VHC ^b |
|---|---------------------------------|------------------------------|--|------------------------------|--|
| Total | 1 876 | 2,0% [1,0-4,2] | 1 233 | 4,8% [3,5-6,5] | 2 927 |
| Sexe^c | | | | | |
| Hommes | 1 607 | 2,0% [0,9-4,3] | 1 172 | 4,5% [3,3-6,3] | 2 658 |
| Femmes | 267 | 2,6% [0,7-8,8] | 61 | 11,8% [8,5-16,1] | 239 |
| Âge^d | | | | | |
| 18-21 | 162 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 22-25 | 328 | 1,1% [0,1-7,7] | 110 | 1,0% [0,2-4,5] | 97 |
| 26-30 | 369 | 1,7% [0,3-8,3] | 216 | 2,3% [1,3-4,1] | 290 |
| 31-40 | 471 | 3,2% [1,1-8,6] | 538 | 6,8% [3,9-11,3] | 1 137 |
| 41-50 | 332 | 3,7% [1,3-10,3] | 357 | 11,6% [7,2-18,1] | 1 093 |
| 50 + | 203 | 0,2% [0,0-1,66] | 13 | 4,5% [1,5-12,3] | 310 |
| Pays ou continent de naissance^d | | | | | |
| France | 1 388 | 1,1% [0,4-2,5] | 487 | 5,0% [3,7-6,7] | 2 306 |
| Afrique subsaharienne | 90 | 15,4% [6,6-31,8] | 522 | 0 | 0 |
| Afrique du Nord | 149 | 3,2% [0,4-24,6] | 166 | 5,9% [2,3-14,3] | 294 |
| Amériques | 94 | 3,5% [0,8-13,5] | 58 | 0 | 0 |
| Asie | 31 | 0 | 0 | 12,4% [2,1-48,2] | 139 |
| Europe de l'Est | 59 | 0 | 0 | 12,3% [4,2-30,9] | 188 |
| Europe de l'Ouest | 47 | 0,04% [0,005-0,4] | 1 | 0 | 0 |

^a Nombre d'individus dans l'échantillon.

^b Nombre estimé de personnes détenues infectées par le VIH ou le VHC ; l'estimation prend en compte le plan de sondage et le redressement à l'ensemble de la population carcérale en France.

^c Sexe inconnu pour 2 individus.

^d L'âge et le continent de naissance sont inconnus pour 11 et 18 individus, respectivement.

IC95% : intervalle de confiance à 95%

individus) et sur un redressement par post-stratification sur des variables recueillies dans le FND, a permis de produire des estimations pour l'ensemble des personnes détenues, y compris celles qui n'étaient pas sélectionnées par tirage au sort. Certaines limites de l'étude peuvent cependant être soulignées, comme l'absence de tests biologiques le jour de l'enquête ou la proportion non négligeable d'information manquante (30%) vis-à-vis du statut VIH ou VHC, bien que ces dépistages soient systématiquement proposés aux personnes détenues à l'entrée¹³. À ce jour, les comités d'éthique en France considèrent qu'il est difficile de demander un consentement éclairé en vue d'un prélèvement à une personne en situation de privation de liberté ; c'est pourquoi la réalisation de prélèvements n'a pas été envisageable dans le cadre de la présente étude. La proportion élevée d'information manquante n'a pas nécessairement biaisé nos estimations. En effet, aucune différence n'a été observée en termes de sexe, âge ou continent de naissance (variables liées à la prévalence du VIH et du VHC dans la littérature) entre les personnes détenues pour lesquelles le résultat était disponible et celles pour lesquelles il ne l'était pas (analyse multivariée, résultats non présentés). En revanche, des différences ont été notées en fonction du type d'établissement (longue, moyenne ou courte peine), le résultat du test étant plus souvent retrouvé dans les établissements de longue peine. Un résultat de test absent dans le dossier ne signifie cependant pas que le test n'a pas été proposé, ni réalisé (refus, réalisation du dépistage anonymement...). La répétition de la proposition de test de dépistage est essentielle en milieu carcéral, le volet « offre de soins » de l'enquête Prévacar ayant en effet montré que le renouvellement de cette offre ne concernait que la moitié des établissements pénitentiaires¹³.

Les résultats de cette enquête confirment l'importance de la prévalence du VIH et de de l'hépatite C en milieu pénitentiaire, estimées six fois plus importantes qu'en population générale. En 2009, la prévalence du VIH en population générale était estimée à 0,35% alors que celle du VHC était de 0,8% en 2004 (IC95%:[0,6-1,1]).

La prévalence du VIH estimée en 2010 chez les personnes détenues en France est proche de celles publiées dans des études réalisées en Amérique du Nord et dans l'enquête « un jour donné » de juin 2003 de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) (1,04%)^{1,2,3,6}. En dehors de Prévacar et de l'enquête de la DHOS, les études réalisées en France reposent sur une région ou sur un seul établissement, la prévalence du VIH variant de 0% dans un établissement à Caen (2000-2003)¹¹, 0,6% en Île-de-France¹² et 0,7% à Strasbourg¹⁰, à 4% à Marseille en 1996-1997⁹.

Dans la littérature internationale, la prévalence du VHC en milieu carcéral peut varier très largement², entre 1% et 50%, en fonction de la proportion d'UD dans l'établissement. Ainsi, les quatre études réalisées en France à l'échelle d'un(e) établissement/région^{8,10-12} ont montré une prévalence du VHC variant de 5% à 30%. Dans une enquête réalisée

auprès de l'ensemble des US en 2003⁷ et dans celle de la DHOS réalisée la même année⁶, la prévalence du VHC était respectivement de 6,9% et 4,2%, assez proche de notre estimation de 2010 avec Prévacar (4.8%, IC95%:[3,5-6,5]).

L'enquête Prévacar a également permis de bien caractériser les personnes détenues infectées par le VIH ou le VHC. Il s'agit de personnes ayant découvert leur infection depuis de nombreuses années et qui sont pour la plupart à un stade avancé d'immunodépression pour le VIH (75% ont moins de 350 CD4) ou porteuses d'une hépatite chronique pour le VHC (près de la moitié des personnes détenues positives pour le VHC ont une quantification de l'ARN du VHC positive). Les trois-quarts de l'ensemble des personnes détenues VIH+ reçoivent un traitement antirétroviral. Parmi celles présentant une indication de traitement (CD<350 ou stade sida), ce sont respectivement 72% et 94% des personnes séropositives qui sont traitées. Près de la moitié des VHC+ ont reçu ou reçoivent un traitement pour leur pathologie et plus d'un tiers des personnes détenues présentant une hépatite chronique reçoivent un traitement. L'enquête n'a pas permis de distinguer les personnes qui ont refusé un traitement de celles qui n'ont pas eu de proposition de traitement. Cependant, ces résultats indiquent que les traitements sont disponibles en milieu carcéral, mais leur accès pourrait être amélioré pour les personnes détenues les plus immunodéprimées et celles ayant une hépatite C chronique. D'autre part, 2,5% de l'ensemble des personnes détenues sont virémiques pour le VHC, suggérant ainsi un risque de transmission par voie sanguine du VHC en cas de partage de matériel ou de pratiques à risque.

Cette étude a montré la faisabilité d'enquêtes au niveau national en milieu pénitentiaire en France, afin d'améliorer la surveillance de la santé des personnes détenues. Elle ouvre la voie à de nouveaux projets réalisables selon une méthodologie similaire sur d'autres thématiques de santé, qu'il s'agisse de maladies infectieuses (tuberculose, hépatite B...) ou chroniques (diabète, santé mentale). Ces données de prévalence du VIH et du VHC sont nécessaires aux pouvoirs publics et confirment l'intérêt du dépistage du VIH et du VHC et d'une politique de réduction des risques en milieu carcéral afin de limiter la transmission de ces infections et améliorer leur pronostic¹⁵. ■

Remerciements

À l'administration pénitentiaire pour son appui (Dominique de Galard, Jean-Claude Cognet, Dimitri Legrand), aux personnels des US, aux membres du groupe Prévacar ainsi qu'à Charlotte Verdot (InVS) pour sa relecture.

Financements

Ce travail a été financé par le ministère de la Santé et l'InVS.

Références

- [1] Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. *Lancet*. 2011;377(9769):956-65.
- [2] Gough E, Kempf MC, Graham L, Manzanero M, Hook EW, Bartolucci A, *et al.* HIV and hepatitis B and C incidence rates in US correctional populations and high risk groups: a systematic

review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2010;10:777. doi: 10.1186/1471-2458-10-777.

[3] Weinbaum CM, Sabin KM, Santibanez SS. Hepatitis B, hepatitis C, and HIV in correctional populations: a review of epidemiology and prevention. *AIDS*. 2005;19 Suppl 3:S41-6.

[4] Direction de l'administration pénitentiaire. Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire au 1^{er} janvier 2010. Paris: ministère de la Justice et des Libertés; 2010. 16 p. http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Chiffresclesjanv2010_opt.pdf

[5] Ministère de la Santé et des Sports ; Ministère de la Justice et des Libertés. Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice. Plan d'actions stratégiques 2010-2014 ; 86 p. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_actions_strategiques_detenus.pdf

[6] Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Enquête un jour donné sur les personnes détenues atteintes par le VIH et le VHC en milieu pénitentiaire : résultats de l'enquête de juin 2003. Paris: Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins; 2004. <http://www.sante.gouv.fr/enquete-un-jour-donne-sur-les-personnes-detenu-es-atteintes-par-le-vih-et-le-vhc-en-milieu-penitentiaire.html>

[7] Remy AJ et les UCSA de France. Amélioration du dépistage et du traitement de l'hépatite C en prison. Enquête comparative entre 2000 et 2003. *Presse Med*. 35(9-C1):1249-54.

[8] Hedouin V, Gosset D. Infection par le virus de l'hépatite C en milieu carcéral. *Gastroenterol Clin Biol*. 1998;22(1):55-8.

[9] Rotily M, Weilandt C, Bird SM, Kall K, Van Haastrecht HJ, landolo E, *et al*. Surveillance of HIV infection and related risk behaviour in European prisons. A multicentre pilot study. *Eur J Public Health*. 2001;11(3):243-50.

[10] Claudon-Charpentier A, Hoibian M, Glasser P, Lalanne H, Pasquali JL. La population toxicomane incarcérée: séroprévalences

du virus d'immunodéficience humaine et des virus des hépatites B et C peu après la mise sur le marché de la buprénorphine. *Rev Med Interne*. 2000;21(6):505-9.

[11] Verneuil L, Vidal JS, Ze BR, Vabret A, Petitjean J, Leclercq R, *et al*. Prevalence and risk factors of the whole spectrum of sexually transmitted diseases in male incoming prisoners in France. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2009;28(4):409-13.

[12] DRASS Île-de-France. VIH/IST/Hépatites en milieu carcéral en Île-de-France. État des lieux et propositions. Paris : DRASS Île-de-France; 2007. 55p. <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/368999/>

[13] Chemlal K, Bouscaillou J, Jauffret-Roustide M, Semaille C, Barbier C, Michon C, *et al*. Offre de soins en milieu carcéral en France : infection par le VIH et les hépatites. Enquête Prévacar, 2010. *Bull Epidémiol Hebd*. 2012;(10-11):131-4. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=10527

[14] Semaille C, Le Strat Y, Chiron E, Chemlal K, Valantin M, Serre P, *et al* ; Prévacar Group. Prevalence of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus among French prison inmates in 2010: a challenge for public health policy. *Euro Surveill*. 2013;18(28). doi:pii:20524.

[15] Michel L, Jauffret-Roustide M, Blanche J, Maguet O, Calderon C, Cohen J, *et al*. Prévention du risque infectieux dans les prisons françaises. L'inventaire ANRS-PRI²DE, 2009. *Bull Epidémiol Hebd*. 2011;(39):409-12. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=10031

Citer cet article

Chiron E, Jauffret-Roustide M, Le Strat Y, Chemlal K, Valantin MA, Serre P, *et al* ; et le groupe Prévacar. Prévalence de l'infection par le VIH et le virus de l'hépatite C chez les personnes détenues en France. Résultats de l'enquête Prévacar 2010. *Bull Epidémiol Hebd*. 2013;(35-36):445-50.

ERRATA // Errata

Errata // Errata

Dans l'article : Surveillance épidémiologique, clinique et virologique de la grippe en France métropolitaine : saison 2012-2013

BEH n° 32 du 8 octobre 2013

- Dans la **Discussion – conclusion**, il faut lire :

Par ailleurs, l'étude cas-témoin européenne I-Move 12 a réuni sept pays, dont la France, et analysé les résultats de près de 6 000 prélèvements, issus de patients consultant en médecine générale, au cours de la saison 2012-2013. L'efficacité globale du vaccin reste modérée, après ajustement, aux alentours de 50% pour l'ensemble de la population et de **40%** pour les groupes pour lesquels la vaccination est recommandée. Les résultats détaillés de l'étude sont en cours de publication.

- Tout à fait en fin d'article, la rubrique « **Citer cet article** » doit être remplacée par :

Équipes de surveillance de la grippe. Surveillance épidémiologique, clinique et virologique de la grippe en France métropolitaine : **saison 2012-2013**. *Bull Épidémiol Hebd*. 2013;(32):394-401.