



**HAL**  
open science

**Dépistage du VIH, des hépatites virales, du HTLV1 et de la syphilis chez les personnes écrouées en Martinique entre le 01/01/2014 et le 31/12/2014: état des lieux à l'unité sanitaire somatique du centre pénitentiaire de Ducos**

Séverine da Cunha

► **To cite this version:**

Séverine da Cunha. Dépistage du VIH, des hépatites virales, du HTLV1 et de la syphilis chez les personnes écrouées en Martinique entre le 01/01/2014 et le 31/12/2014: état des lieux à l'unité sanitaire somatique du centre pénitentiaire de Ducos. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01504071

**HAL Id: dumas-01504071**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01504071>**

Submitted on 8 Apr 2017

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.





## REMERCIEMENTS

### **A mon président du Jury :**

#### **Monsieur le Professeur André CABIE**

Professeur de Maladies Infectieuses

Chef du service de Maladies Infectieuses et Tropicales

Centre Hospitalier Universitaire de Martinique

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider ce jury de thèse.

Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude pour votre grande disponibilité.

### **A mes juges :**

#### **Monsieur le Professeur Raymond CESAIRE**

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine Hyacinthe Bastaraud

Professeur de Bactériologie et de Virologie

Chef du service de Virologie et Immunologie

Chef du pôle Biologie - Pathologie

Centre Hospitalier Universitaire de Martinique

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse.

#### **Monsieur le Professeur Rémi NEVIERE**

Professeur de Physiologie

Centre Hospitalier Universitaire de Martinique

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse.

#### **Monsieur le Docteur Jean Marie BOLIVARD**

Docteur en Médecine Générale

Praticien Hospitalier à l'unité sanitaire du Centre Pénitentiaire de Ducos

Centre Hospitalier Universitaire de Martinique

Par votre présence au sein de ce jury, veuillez trouver le témoignage de mes plus vifs remerciements.

**A ma directrice de thèse :**

**Madame le Docteur Sylvie ABEL**

Chef de service de l'Unité Fonctionnelle 2840 de l'unité sanitaire du Centre Pénitentiaire de Ducos

Praticien Hospitalier dans le service de Médecine Infectieuse et Tropicale

Centre Hospitalier Universitaire de Martinique

Je vous remercie pour votre disponibilité et votre investissement tout au long de ce travail.

Veillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

**A l'équipe de l'unité sanitaire somatique du centre pénitentiaire de Ducos** pour leur accueil.

**A Docteur Catherine ETCHANDY**, future collaboratrice, merci pour ta patience et ta confiance.

**A mes parents, grands-parents et beau-père,**

Malgré la distance et le silence, je vous remercie de m'avoir épaulée tout au long de mes études et vous dédie ce travail.

**A mes frères et sœurs**, merci pour ces moments de bonheur, vous me manquez.

**A ma Lili**, merci d'être présente dans ma vie et de me soutenir chaque jour, et merci de m'avoir choisie comme marraine pour mini Lili.

**A Sophie**, ancienne et future coloc, merci pour vos talents de traducteurs.

**A celles qui sont loin**, Nath et Caro.

**A Ewen**, merci d'être là.

**A Mr JBE**, pour son maniement d'Excel et le reste.

**HIV, VIRAL HEPATITIS, HTLV1 AND SYPHILIS  
SCREENING AMONG PRISONERS IN MARTINIQUE  
BETWEEN 01/01/2014 AND 31/12/2014 :  
Situation in Health Unit at Ducos Prison**

**DA CUNHA Séverine**

**17th november 2016**

**KEYWORDS** : screening, HIV, HCV, HBV, prisoners, Martinique, Caribbean

**BACKGROUND:** The Caribbean is the second most affected region in the world by HIV. The HIV infection rates are significantly higher among prisoners compared to the rest of the population. HIV screening is a public health issue in prison. The main aim of our study was to assess the screening rate of HIV, HBV, HCV, syphilis and HTLV-1 among newly-arrived prisoners in 2014, at Ducos Prison (DP) in Martinique.

**METHODS:** A study of observational single-center cohort was conducted within the Health Unit of the DP. The study population was composed of individuals jailed consecutively between 01/01/14 and 31/12/14. At the initial visit, each individual was proposed to have blood screening. Their answer was captured as well as the screening procedure performance and its result.

**RESULTS:** In 2014 in Martinique, 778 new prisoners were jailed, from which 656 were incarcerated at DP. Among those, 461 (70.3%) were screened.

**CONCLUSION:** The level of screening participation among new-prisoners at DP is acceptable but has notable room for improvement. The main reasons for not performing the screening are the releases of prisoners or their refusal. Breaking confidentiality is a concern for prisoners who are therefore reluctant to get screened. There is a need to raise awareness to increase involvement of prisoners in screening activities. As a corrective action, we need to reassure prisoners on the safety of their information.

**COMMITTEE :**

Professor André CABIE (President)

Professor Raymond CESAIRE

Professor Rémi NEVIÈRE

Doctor Jean Marie BOLIVARD

Doctor Sylvie ABEL (Advisor)

## TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>7</b>
<b>MATERIELS ET METHODES</b> .....	<b>8</b>
<b>RESULTATS</b> .....	<b>10</b>
<b>DISCUSSION</b> .....	<b>16</b>
Fréquence de réalisation des tests de dépistage chez les nouvelles personnes détenues .....	16
Fréquence de réalisation de la consultation d'entrée obligatoire.....	18
Fréquence de proposition de dépistage à l'entrée en détention .....	19
Fréquence des refus de dépistage .....	19
Fréquence de réalisation des prélèvements.....	21
Résultats biologiques des 461 prélèvements réalisés .....	21
Fréquence de remise de résultats .....	24
Délais entre chaque étape-clé .....	25
Fréquence des nouvelles personnes détenues non dépistées .....	26
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>26</b>
<b>TABLE DES TABLEAUX</b> .....	<b>28</b>
<b>TABLE DES FIGURES</b> .....	<b>28</b>
<b>ANNEXE 1</b> .....	<b>29</b>
<b>REFERENCES</b> .....	<b>31</b>

## INTRODUCTION

L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), les hépatites virales chroniques et la syphilis sont des problèmes de santé publique. L'intérêt d'un dépistage et d'une prise en charge précoce est clairement établi. Avec une prévalence de l'infection à VIH de 1% [0,9%-1,1%], la Caraïbe représente la deuxième région la plus touchée au monde après l'Afrique subsaharienne (1). En 2013, les taux de notifications obligatoires françaises de nouveaux cas d'infection à VIH étaient beaucoup plus élevés dans les territoires français d'Amérique (TFA) que dans les régions de l'hexagone (en dehors de l'Ile-de-France). Le taux de découverte d'infection à VIH était de 263 par millions d'habitants en Martinique, alors qu'il était cinq fois moindre dans les régions hexagonales hors Ile-de-France (2).

Chez les personnes détenues, dans tous les États membres de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de la Région européenne, les taux d'infection à VIH sont plus élevés que dans le reste de la population, avec des taux atteignant 90% des personnes détenues en Estonie (3). En France en 2010, l'étude PREVACAR retrouvait des prévalences d'infection à VIH et d'hépatite C plus élevées au sein de la population carcérale que dans la population générale (2% vs 0,23% pour le VIH et 4,8% vs 0,84% pour le VHC) (4). Les comportements à risque sont nombreux en prison. La promiscuité, la surpopulation carcérale, le partage de matériel (rasoirs, brosses à dents...), les tatouages, piercings, implantation de billes péniennes induisent un haut risque de transmission virale. A ces risques s'ajoutent les rapports sexuels non protégés, consentis ou non, dans les parloirs ou en cellules et les conduites addictives (injections de drogue intraveineuse avec échange de seringues ou de matériel, drogues inhalées). Les rixes exposent aussi au risque d'accident d'exposition virale, sous-estimé en milieu carcéral. Le milieu carcéral est donc un point clé pour la réalisation des actions de prévention, de dépistage et pour la prise en charge de l'infection par le VIH, des hépatites virales chroniques et de la syphilis. En France, la politique de santé des personnes placées sous main de justice préconise de proposer le dépistage du VIH et des hépatites virales à tous les entrants en milieu carcéral, et de le proposer à nouveau à ceux l'ayant refusé (5) (6).

Avec une seule prison sur une île de 1024 km<sup>2</sup>, le centre pénitentiaire de la Martinique située à Ducos souffre d'une très forte surpopulation carcérale avec un taux d'occupation de 166,8% en 2014 (949 détenus pour 569 places), classant la Martinique au 36<sup>e</sup> rang mondial sur 204 (7). On dénombre entre 750 et 1000 nouvelles personnes écrouées par an. Le taux d'incarcération est de 240 pour 100 000 habitants (versus 100/100 000 en France métropolitaine), plaçant la Martinique au 52<sup>e</sup> rang mondial sur 221 sites, et ce taux est en très nette augmentation ces dernières années (7). Le dépistage des nouvelles personnes détenues est donc un enjeu de santé publique au CPD en Martinique, et nous avons voulu connaître la proportion de personnes dépistées et traitées, et évaluer les freins au dépistage afin d'y remédier.

L'objectif principal de notre étude était de déterminer la fréquence de réalisation des tests de dépistage de l'infection par le VIH, le virus de l'hépatite B (VHB), le virus de l'hépatite C (VHC), la syphilis et le Human T-lymphotropic virus (HTLV) 1 chez les nouvelles personnes détenues en Martinique entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre 2014. Les objectifs secondaires étaient d'estimer la fréquence de réalisation de la consultation d'entrée obligatoire, la fréquence de proposition de dépistage à l'entrée en détention, la fréquence de refus de dépistage, la fréquence de rendus de résultats à la personne détenue, les délais entre chacune de ces étapes, et déterminer les causes de non dépistage.

## **MATERIELS ET METHODES**

Il s'agit d'une étude de cohorte observationnelle mono-centrique, réalisée au sein de l'Unité Sanitaire Somatique (USS) du CPD, en Martinique. La population d'étude était composée des personnes écrouées de manière consécutive au centre pénitentiaire de Ducos entre le 01/01/14 et le 31/12/14. Les informations précisant l'hébergement au centre pénitentiaire de Ducos (CPD) ou le placement sous surveillance électronique (PSE) ou « bracelet électronique », numéro d'écrou, date d'incarcération, date et motif de libération (pour les personnes libérées en 2014) étaient recueillies auprès du bureau des entrées pénitentiaire et du greffe du Tribunal. Pour les personnes détenues hébergées au CPD ayant eu au moins une consultation à l'USS, un recueil de données a été réalisé à partir du dossier patient

informatisé Nadis®, dont la création et l'utilisation des données nécessitent l'information et le consentement écrit de la personne détenue.

La consultation d'entrée suit un protocole de recueil d'informations précises (caractéristiques sociodémographiques : âge à l'incarcération, sexe, lieu de naissance, pays de résidence, catégorie socio-professionnelle, statut familial; addictions : alcool, tabac, toxicomanie cannabis/cocaïne/crack/héroïne). Le dépistage du VIH, du VHB, du VHC, de l'HTLV1 et de la syphilis est systématiquement proposé à toute nouvelle personne détenue par un médecin de l'USS lors de la consultation médicale obligatoire d'entrée au CPD. La date de la consultation d'entrée ainsi que la proposition et l'acceptation ou le refus du dépistage ont été renseignés. Le motif de non réalisation de la consultation d'entrée a été recueilli (libération, transfèrement, semi-liberté, non programmation par le secrétariat, refus de la personne détenue), ainsi que le motif d'absence de proposition de dépistage (dépistage récent, pathologie déjà connue).

Devant un refus de dépistage, le protocole du service prévoit une seconde proposition lors d'une consultation ultérieure, puis une troisième proposition par le médecin infectiologue si la personne détenue maintient son refus lors de la seconde consultation. Pour les personnes détenues ayant refusé le dépistage, ont été relevés le motif du refus, la programmation d'une consultation ultérieure ainsi que la réalisation d'un dépistage antérieur à l'USS et sa date.

La date de réalisation des prélèvements sanguins pour analyses biologiques ont été renseignés. La sérologie VIH était notée positive ou négative. Pour l'hépatite B, les anticorps anti-HBc, les anticorps anti-HBs et l'antigène HBs étaient notés positifs ou négatifs. Les anticorps anti-VHC étaient notés positifs ou négatifs. La sérologie HTLV1 était notée positive ou négative. La sérologie syphilis était considérée positive si le Treponema Pallidum Hemagglutininations Assay (TPHA) était positif avec un Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) supérieur ou égal à 1:4. La prise en charge d'une pathologie dépistée a été relevée. Le motif de non réalisation de prélèvement a été recueilli (libération, transfèrement, non programmation par le secrétariat, refus de la personne détenue). La réalisation d'une consultation de remise des résultats et la date de cette consultation ont été relevées. Le motif de non

réalisation de cette consultation a été recueilli (libération, transfèrement, non programmation par le secrétariat, refus de la personne détenue).

Pour les personnes écrouées en 2014 n'ayant pas été dépistées lors de leur incarcération, quelle que soit la raison, la réalisation d'un dépistage antérieur à l'USS et sa date ont été notées.

Les données ont été extraites anonymement de la base de données Nadis®. Les variables continues ont été résumées par la médiane, l'intervalle interquartile [Q1-Q3], les valeurs minimales et maximales. Les variables qualitatives ont été résumées par leurs effectifs et fréquences. L'analyse des données a été effectuée à l'aide du logiciel Stata 12 (StataCorp, College Station, USA).

## RESULTATS

Du 01/01/2014 au 31/12/2014, 778 personnes ont été écrouées de manière consécutive au CPD (tableau 1 et figure 1). Sept cent quarante-trois (95,5%) étaient des hommes, avec un âge médian de 29 ans [23-38], extrêmes : 15-72 ans. Parmi ces personnes écrouées, 507 (65,2%) étaient nées en France et 569 (73,1%) y vivaient. En ce qui concerne les addictions, 310 (39,9%) présentaient une addiction à l'alcool, 265 (34,1%) étaient fumeurs actifs et 224 (28,8%) étaient toxicomanes actifs. Le plus haut diplôme obtenu était le brevet des collèges pour 279 (35,9%) des personnes écrouées et 226 (29,1%) étaient au chômage au moment de l'incarcération. Le statut de célibataire était retrouvé pour 390 (50,1%) d'entre elles.

Parmi les 778 personnes écrouées, 122 (15,7%) étaient placées sous surveillance électronique, non hébergées au centre pénitentiaire et n'ayant pas eu de contact avec l'USS. Vingt-neuf (3,7%) personnes ont été écrouées à deux reprises lors de l'année 2014.

En 2014 au CPD, 656 (84,3%) des 778 nouvelles personnes écrouées ont été hébergées, dont 625 (95,3%) hommes et 31 (4,7%) femmes. Parmi les 280 (42,7%) personnes détenues sorties du CPD avant le 31/12/2014, le nombre médian de jours d'incarcération était de 69 [15-141], extrêmes : 0-344 jours.

Concernant les motifs de sortie au 31/12/2014, 232 (82,9%) ont été libérées, 46 (16,5%) ont été transférées, 1 (0,3%) est décédée et 1 (0,3%) s'est évadée.

		N (778)	%
<b>Age Médian [IQR]</b>	<b>29 ans [23-38]</b>		
<b>Sexe</b>	Hommes	743	95,5
	Femmes	35	4,5
<b>Pays de Naissance</b>	France	507	65,2
	Sainte-Lucie	43	5,5
	Dominique (Ile)	10	1,3
	Venezuela	4	0,5
	Algérie	3	0,4
	Saint-Vincent	3	0,4
	Guyana	2	0,3
	Jersey	2	0,3
	Brésil	1	0,1
	Bulgarie	1	0,1
	Cameroun	1	0,1
	Colombie	1	0,1
	Côte d'Ivoire	1	0,1
	Cuba	1	0,1
	Haïti	1	0,1
	Pologne	1	0,1
	Portugal	1	0,1
	Rép. Dominicaine	1	0,1
	Royaume Uni	1	0,1
	Surinam	1	0,1
	Non Renseigné	192	24,7
<b>Pays de Résidence</b>	France	569	73,1
	Sainte-Lucie	15	1,9
	Dominique (Ile)	5	0,7
	Venezuela	3	0,4
	Saint-Vincent	3	0,4
	Guyana	1	0,1
	Bulgarie	1	0,1
	Surinam	1	0,1
	Italie	1	0,1
	Finlande	1	0,1
	Non Renseigné	178	23,0
<b>Tabac</b>	Fumeurs	265	34,1
	Non fumeurs	104	13,4
	Ancien Fumeurs	26	3,3
	Non Renseigné	383	49,2
<b>Alcool</b>	Buveurs	310	39,9
	Non Buveurs	83	10,6
	Non Renseigné	385	49,5

		<b>N (778)</b>	<b>%</b>
<b>Toxicomanie</b>	Active	224	28,8
	Aucune	106	13,6
	Ancienne ou Substituée	61	7,9
	Non Renseigné	387	49,7
<b>Situation familiale</b>	Célibataire	390	50,1
	Concubin	157	20,2
	Marié	34	4,4
	Divorcé/Séparé	26	3,3
	Non Renseigné	171	22,0
<b>Activité professionnelle</b>	Chômeur	226	29,1
	Actif travaillant	221	28,4
	Autre inactif	82	10,5
	En formation	26	3,3
	Retraite	13	1,7
	Etudiant	9	1,2
	Invalide	8	1,0
	Enfant	4	0,5
	Militaire	1	0,1
	Non Renseigné	188	24,2
<b>Niveau d'étude</b>	Brevet des collèges	279	35,9
	Primaire	82	10,5
	Baccalauréat	65	8,4
	CAP	52	6,7
	BEP	36	4,6
	Etudes supérieures	28	3,6
	Bac professionnel	20	2,6
	Illettré	9	1,2
	Sans diplôme	7	0,8
	Non Renseigné	200	25,7

*Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des nouvelles personnes détenues en 2014*

Parmi les 656 nouvelles personnes détenues hébergées, 57 (8,7%) n'ont pas eu de consultation d'entrée : 35 (61,4%) ont été libérées moins de sept jours après leur incarcération, 12 (21%) ont refusé à deux reprises, 8 (14%) ont été transférées moins de sept jours après leur incarcération, 1 (1,8%) était en semi-liberté et 1 (1,8%) pour laquelle la consultation n'avait pas été programmée par le secrétariat. Pour 599 (91,3%) des 656 nouvelles personnes détenues hébergées, une consultation d'entrée a été réalisée, parmi lesquelles 593 (99%) propositions de dépistage : 508 (85,7%) acceptations et 85 (14,3%) refus. Le dépistage n'a pas été proposé lors de 6 (1%) consultations d'entrée (3 personnes détenues étaient déjà connues infectées par le VIH, 3 avaient été dépistées récemment à l'USS avec un résultat disponible).

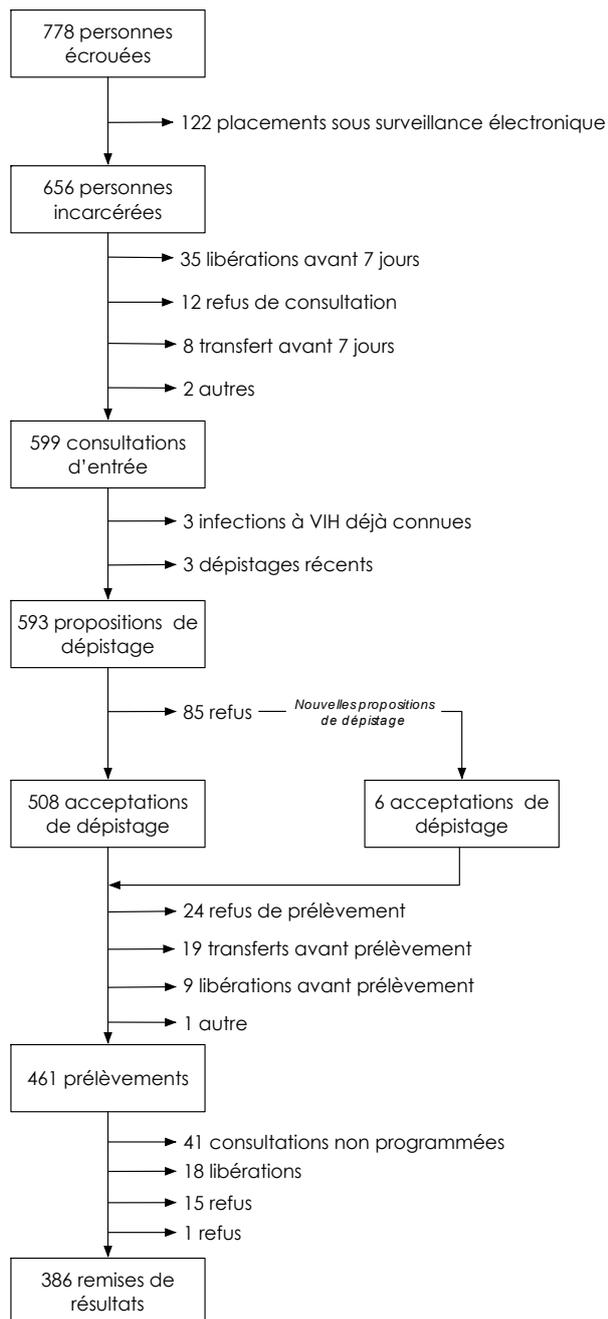


Figure 1 : Flow Chart

Parmi les 85 refus de dépistage, le motif du refus n'était pas renseigné dans 74 (87%) dossiers, 10 (11,8%) ont refusé pour dépistage récent et 1 (1,2%) par crainte des piqûres. Un rendez-vous pour seconde proposition de dépistage a été programmé pour 8 (9,4%) personnes détenues ayant refusé le dépistage lors de la consultation d'entrée. Lors de la seconde proposition, 2 ont maintenu leur refus et 6 ont accepté le dépistage. La troisième proposition de dépistage prévue dans le protocole n'a pas été programmée pour les 2 refus maintenus. Parmi les 79 (13,3%) refus comptabilisés après la seconde proposition, un dépistage antérieur à l'USS était retrouvé pour 26 (32,9%) d'entre eux, avec un délai médian de 353 jours [166-906] avant l'incarcération, extrêmes : 15-2962 jours.

Parmi les 514 personnes détenues ayant accepté le dépistage (première et seconde propositions confondues, soit 86,7% des propositions), 461 (89,7%) ont été prélevées. Tous les prélèvements réalisés avaient des résultats disponibles pour le VIH, le VHB, le VHC, l'HTLV1 et la syphilis (tableau 2). La sérologie VIH était positive pour 4 (0,9%) personnes, déjà connues séropositives pour le VIH. Les anticorps anti-HBs étaient positifs chez 237 (51,4%) personnes. Les anticorps anti-HBc étaient positifs chez 25 (5,4%) personnes : 4 antigènes HBs positifs (0,9%) dont 3 découvertes. Aucun anticorps anti-VHC n'a été trouvé positif en 2014. La sérologie HTLV1 était positive chez 1 (0,2%) personne. La sérologie syphilis était positive chez 8 (1,7%) personnes. Les pathologies dépistées ont toutes été prises en charge. Pour les 53 (10,3%) personnes non prélevées : 24 (45,3%) ont refusé le prélèvement, 19 (35,8%) ont été transférées moins de 30 jours après la consultation d'entrée, 9 (17%) ont été libérées moins de 30 jours après consultation d'entrée et 1 (1,9%) n'avait pas été programmée par le secrétariat.

	N (% sur 461)	
	Positif	Négatif
Sérologie VIH	4 (0,9)	457 (99,1)
Sérologie VHC	0 (0)	461 (100)
Ag HBs	4 (0,87)	457 (99,13)
Anticorps anti-HBs	237 (51,4)	224 (48,6)
Anticorps anti-HBc	25 (5,4)	436 (94,6)
Sérologie HTLV1	1 (0,2)	460 (99,8)
TPHA	14 (3)	447 (97)
VDRL	8 (1,7)	453 (98,3)

Tableau 2 : Résultats biologiques des 461 prélèvements

Parmi les 461 résultats disponibles, 386 (83,7%) ont été rendus lors d'une consultation dédiée. Pour les 75 (16,3%) résultats non remis : 41 (54,7%) personnes détenues n'ont pas eu de consultation de remise programmée par le secrétariat, 18 (24%) ont été libérées moins de trente jours après le prélèvement, 15 (20%) ont refusé de se présenter à la consultation, et 1 (1,3%) avait été transférée dans les sept jours suivant le prélèvement.

Parmi les 778 personnes écrouées en 2014, placement sous surveillance électronique compris, 461 (59,3%) ont été dépistées. Pour les 317 (40,7%) personnes écrouées non dépistées quelle que soit la raison, 43 (5,5%) avaient un dépistage antérieur à l'USS, et 274 (35,2%) n'avaient aucun résultat de dépistage disponible à l'USS.

Parmi les 656 personnes détenues hébergées en 2014, 461 (70,3%) ont été dépistées. Pour les 195 (29,7%) personnes détenues hébergées non dépistées quelle que soit la raison, 43 (6,5%) avaient un dépistage antérieur à l'USS, et 152 (23,2%) n'avaient aucun résultat de dépistage disponible à l'USS.

Pour les 43 personnes détenues non dépistées ayant un résultat de dépistage antérieur à l'USS, le délai médian était de 368 jours [137-788] avant l'incarcération, extrêmes : 15-2962 jours.

Le délai médian entre l'incarcération et la consultation entrée était de 3 jours [2-4], extrêmes : 0-41 jours.

Le délai médian entre l'incarcération et le prélèvement était de 20 jours [15-23], extrêmes 4-244 jours.

Le délai médian entre la consultation d'entrée et le prélèvement était de 15 jours [1-18], extrêmes 1-241 jours.

Le délai médian entre l'incarcération et la remise des résultats était de 40 jours [31-56], extrêmes : 16-250 jours. Le délai médian entre la consultation d'entrée et la remise des résultats était de 35,5 jours [28-51], extrêmes : 13-247 jours. Le délai médian entre le prélèvement et la remise des résultats était de 20 jours [13-34], extrêmes : 3-147 jours.

## DISCUSSION

### **Fréquence de réalisation des tests de dépistage chez les nouvelles personnes détenues**

L'objectif principal de notre étude était de déterminer la fréquence de réalisation des tests de dépistage de l'infection par le VIH, le VHB, le VHC, la syphilis et le HTLV1 chez les nouvelles personnes détenues en Martinique entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre 2014. 461 nouvelles personnes détenues ont été dépistées en 2014, ce qui correspond à 59,3% des 778 nouvelles personnes écrouées (placement sous surveillance électronique compris), et à 70,3% des 656 nouvelles personnes détenues hébergées. Les personnes détenues placées sous surveillance électronique ne sont pas hébergées au centre pénitentiaire et n'ont donc aucun contact avec l'USS.

En France, le dépistage des nouvelles personnes détenues doit être systématiquement proposé lors de la consultation d'entrée (5). L'étude PREVACAR réalisée en 2010 est l'étude française de référence concernant la prévalence du VIH et du VHC chez les personnes détenues (4,8) . La fréquence de réalisation des tests de dépistage à l'entrée en détention ne faisait pas partie des objectifs de cette étude. Sur les 1876 dossiers complétés au sein des 27 centres pénitentiaires faisant partie de l'échantillon, 72% avaient des résultats disponibles concernant le VIH, et 70% concernant le VHC. Cette étude a été réalisée à partir de données récupérées sur les dossiers médicaux de personnes détenues hébergées à un jour donné, et ne concerne pas uniquement les dépistages réalisés à l'entrée en détention.

Le dernier rapport d'exploitation des données des unités sanitaires en milieu pénitentiaire, édité par le ministère de la santé, date de 2012. L'observatoire des structures de santé des personnes détenues (oSSD) a analysé les données de 173 unités sanitaires sur les 175 existantes. Au niveau national, la fréquence de dépistage était de 49% pour le VIH, 45% pour le VHC, 47% pour le VHB et 39% pour la syphilis. En 2011, le rapport d'exploitation des données de l'oSSD indiquait un taux de dépistage du VIH de 539‰ au niveau national et de 760‰ en Martinique, ce qui en faisait le centre pénitentiaire avec un taux de dépistage le plus fort après la Haute-Normandie. Au niveau national, la fréquence de réalisation des dépistages étaient de 538‰ pour le VHB et de 528‰ pour le VHC, en Martinique respectivement 679‰ et 641‰. Concernant ces données, le nombre de dépistages réalisés a été ramené

à 1000 personnes détenues nouvellement incarcérées. Cependant des dépistages peuvent également être réalisés en cours de détention pour certaines personnes détenues, ainsi le résultat ne reflète pas uniquement le taux de couverture de dépistages à l'entrée. L'oSSD ne recense pas les dépistages réalisés en cas d'intervention d'un centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), intervenant dans une unité sanitaire sur trois d'après l'enquête PREVACAR, ainsi les données ne témoignent pas de l'ensemble des dépistages réalisés.

L'OMS et l'Organisation des Nations Unies Sida (ONUSIDA) ont édité des recommandations de proposition systématique de dépistage du VIH à l'entrée en détention (9). En Estonie, le dépistage du VIH est systématiquement proposé lors de la consultation d'entrée, et reproposé une fois par an si négatif à l'entrée. Une étude portant sur les nouvelles personnes détenues, réalisée du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2012, a retrouvé une fréquence de réalisation du test de dépistage du VIH de 97,3% (10).

En Australie, on ne retrouve pas de stratégie de dépistage uniformisée. Certains centres pénitentiaires imposent un dépistage obligatoire du VIH pour les nouvelles personnes détenues (Northern Territory, Tasmania), d'autres proposent systématiquement le test de dépistage aux nouvelles personnes détenues (Queensland, South Australia, Western Australia) et certains un dépistage ciblé pour les populations à haut risque (New South Wales). En 2006, la fréquence de dépistage du VIH était de 100% pour les nouveaux entrants pour le Northern Territory, de 31% pour le New South Wales et de 28% en South Australia (11).

Aux Etats-Unis, depuis 2009, les instances sanitaires dont le Center for Disease Control (CDC) recommandent une proposition de dépistage systématique pour les nouvelles personnes détenues (12). Ainsi, avant 2010, la proposition de dépistage du VIH était réalisée en Californie uniquement sur demande de la personne détenue. En 2010, the California Correctional Health Care Services (CCHCS) a recommandé la proposition de dépistage systématique pour les nouvelles personnes détenues. Une étude portant sur les 17436 nouvelles personnes détenues d'avril à septembre 2012 a retrouvé un taux de dépistage de 77% pour le VIH (13).

Les études sur la fréquence de réalisation des tests de dépistage chez les nouvelles personnes détenues portent majoritairement sur le VIH. Les recommandations françaises de proposition de dépistage

systématique à l'entrée en détention sont similaires à celles préconisées au niveau international, avec une harmonisation justifiée par la fréquence plus importante d'infection à VIH en milieu carcéral. Dans notre étude, la fréquence de réalisation des tests de dépistage chez les nouvelles personnes détenues hébergées (70,3%) peut être considéré comme correcte au vu des taux de dépistage retrouvés en France comme à l'étranger, mais reste cependant non satisfaisante.

La fréquence de réalisation des tests de dépistage dans notre étude diminue à 59,3% si on prend en compte les personnes écrouées mais non hébergées, placées sous surveillance électronique. Selon les recommandations françaises, le dépistage doit concerner les personnes placées « sous main de justice », ce qui inclut les personnes prévenues (en détention provisoire ou sous contrôle judiciaire) et les personnes condamnées. Le dépistage des personnes non hébergées devrait donc être organisé même si les conditions de réalisation pratique semblent difficiles.

### **Fréquence de réalisation de la consultation d'entrée obligatoire**

La consultation d'entrée a été réalisée pour 599 (91,3%) des 656 nouvelles personnes détenues hébergées. Cette consultation est obligatoire et standardisée (14).

Dans notre étude, concernant les causes de non réalisation de cette consultation d'entrée, 35 (61,4%) personnes détenues ont été libérées et 8 (14%) ont été transférées moins de sept jours après leur incarcération. Une (1,8%) était en semi-liberté, présente au centre pénitentiaire uniquement la nuit.

Un défaut de programmation par le secrétariat a été retrouvé pour 1 (1,8%) personne détenue et 12 (21%) ont refusé à deux reprises de se rendre à l'USS. Pour ces treize personnes détenues qui n'ont pas eu de consultation d'entrée, le risque d'être porteur d'une pathologie chronique est non négligeable. Elles n'ont pas eu d'examen clinique ni d'évaluation psychiatrique, et le dépistage de la tuberculose n'a pu être réalisé. Les surveillants pénitentiaires alertent l'USS si un détenu présente un état clinique ou psychiatrique inquiétant, mais le consentement de la personne détenue reste obligatoire pour une consultation à l'USS.

En ce qui concerne la fréquence de réalisation de la consultation d'entrée et les causes de sa non réalisation, nous ne retrouvons pas de donnée récente disponible au niveau national (oSSD) ni dans la littérature.

### **Fréquence de proposition de dépistage à l'entrée en détention**

Le dépistage a été proposé lors de 593 (99%) consultations d'entrées. D'après les recommandations françaises, ce dépistage doit être proposé de façon systématique à l'entrée en détention (5).

Le dépistage n'a pas été proposé lors de 6 (1%) consultations d'entrée : 3 personnes détenues étaient déjà connues infectées par le VIH et ont été orientées en consultation spécialisée de maladies infectieuses, 3 avaient été dépistées récemment à l'USS avec un résultat disponible. La fréquence de proposition de dépistage retrouvée dans notre étude est donc particulièrement satisfaisante et systématique.

D'après l'enquête PREVACAR (15), 93% (soit 135 sur 145) des USS proposent systématiquement le dépistage pour les 3 virus VIH, VHC et VHB. Cette donnée reflète le pourcentage d'USS ayant adopté la proposition de dépistage systématique lors de la consultation d'entrée, mais pas la réelle fréquence de proposition de dépistage réalisée chez les nouvelles personnes détenues. Les études réalisées sur le dépistage à l'entrée en détention concernent les résultats de ce dépistage, et n'ont pas de donnée disponible sur la fréquence de proposition.

### **Fréquence des refus de dépistage**

Sur les 593 propositions de dépistage, notre étude retrouvait 85 (14,3%) refus. Parmi les refus, le motif n'était pas renseigné dans 74 (87%) dossiers, ce qui rend l'analyse de ces refus difficile. Dix (11,8%) ont refusé pour dépistage récent et 1 (1,2%) par crainte des piqûres.

Le contexte de la consultation d'entrée est particulier, certaines des nouvelles personnes détenues étant encore sous le choc de l'incarcération, impatientes voire agressives. L'interrogatoire et l'examen clinique de la consultation d'entrée sont exhaustifs et la proposition de dépistage intervient en fin d'entretien.

Une attention particulière doit être portée à ces refus. Le souci de confidentialité et la stigmatisation liée au VIH peuvent être des freins pour certains, et ce d'autant plus dans notre contexte insulaire. En 1998 au CP de Ducos, une personne détenue, qui se savait séropositive pour le VIH, n'en a pas fait part au médecin lors de la consultation d'entrée par souci de confidentialité, et a présenté une toxoplasmose dans les mois suivant l'incarcération. C'est le rôle du personnel médical et paramédical de pouvoir

rassurer les nouvelles personnes détenues quant au respect du secret médical et de la confidentialité des données au sein de l'USS.

Un rendez-vous pour seconde proposition de dépistage a été programmé pour seulement 8 (9,4%) des 85 nouvelles personnes détenues ayant refusé le dépistage lors de la consultation d'entrée. Or, les recommandations prévoient de renouveler la proposition de dépistage lors d'un refus (5). Un protocole a pourtant été rédigé à l'USS de Ducos : prévoir une consultation pour le renouvellement de la proposition de dépistage si refus, et troisième proposition par le médecin infectiologue si la personne détenue refuse à nouveau. En pratique, la seconde consultation n'est la plupart du temps pas programmée. Le protocole devrait être revu, afin d'insister sur la nécessité de programmer ces consultations et identifier les acteurs concernés : le médecin à l'issue de la consultation d'entrée, le personnel infirmier, le secrétariat...

Lors de la seconde proposition, 2 personnes ont maintenu leur refus et 6 ont accepté le dépistage. Bien que ce résultat porte sur seulement 8 nouvelles personnes détenues, la fréquence d'acceptation du dépistage lors de la seconde proposition est élevée (80%) et justifie la nécessité de renouveler cette proposition de dépistage. Le délai à respecter entre les deux propositions devrait aussi être noté dans le protocole. Il faut prévoir un temps nécessaire afin de passer le choc de l'incarcération mais limiter le délai en raison des durées d'incarcération assez courtes. En effet, parmi les 656 nouvelles personnes hébergées en 2014, 280 (42,7%) sont sorties du CPD avant le 31/12/2014, leur nombre médian de jours d'incarcération était de 69 jours [15-141], extrêmes : 0-344 jours.

La troisième proposition de dépistage prévue dans le protocole du CPD n'a pas été programmée pour les 2 refus maintenus.

Selon d'enquête PREVACAR (15), en cas de refus à l'entrée, la moitié des USS renouvellent la proposition de dépistage (52% pour le VIH et 51% pour les hépatites). Ce résultat reflète la mise en place de protocoles et de recommandations au sein des USS, mais pas la fréquence de réalisation effective de ce renouvellement de proposition de dépistage au sein de ces USS.

## **Fréquence de réalisation des prélèvements**

La fréquence de réalisation des prélèvements pour les personnes détenues ayant accepté le dépistage est acceptable (89,7%).

Parmi les 53 personnes détenues non prélevées, la cause la plus fréquemment retrouvée est la courte durée d'incarcération (28 personnes détenues soit 52,8% sorties moins de 30 jours après la consultation d'entrée). Le défaut de programmation est retrouvé une seule fois. Les refus de prélèvements sont trop fréquents (24 personnes détenues soit 45,3%), les personnes détenues ayant soit refusé de se rendre à l'USS, soit refusé le prélèvement en lui-même. Lors de la consultation d'entrée, il est donc nécessaire de bien préciser que le dépistage se réalise à partir d'un prélèvement sanguin, et que la personne détenue sera appelée à l'USS dans les semaines qui suivent, afin de limiter les refus ultérieurs.

La réalisation du prélèvement sanguin à l'issue de la consultation d'entrée permettrait d'améliorer considérablement sa fréquence de réalisation mais n'est pas toujours envisageable en pratique. La question de l'utilisation des nouveaux tests rapides à orientation diagnostique (TROD) est posée, car présente l'avantage d'une réalisation et d'un rendu immédiats. Le coût encore élevé, non pris en charge par certaines structures, le temps, la technique de réalisation et le fait que tous les virus ne puissent pas encore être dépistés lors d'un test unique, n'ont pas amené à l'utiliser dans notre centre excepté pour quelques cas (refus de prise de sang, refus de dépistage VIH pour des raisons de confidentialité...).

## **Résultats biologiques des 461 prélèvements réalisés**

Dans notre étude, la sérologie VIH était positive pour 4 (0,9%) personnes, déjà connus séropositives pour le VIH. On ne retrouve pas de découverte de séropositivité en 2014 parmi les nouvelles personnes détenues. L'enquête PREVACAR est la plus importante étude française récente sur la prévalence du VIH et du VHC en milieu carcéral. Cependant, les données ont été extraites à partir des dossiers médicaux des personnes détenues et ne correspondent pas forcément aux tests de dépistage réalisés à l'entrée en détention. La prévalence du VIH est estimée à 2 % (IC= 0.95-4.23). La séropositivité a été découverte au cours de l'incarcération actuelle dans 1 cas sur 4. Les études récentes réalisées en milieu carcéral en Europe montrent que les prévalences du VIH en prison variaient entre 0,26% (Angleterre) et 7,5% (Italie) et sont constamment supérieures aux prévalences observées en population générale (16)

(17). Les prévalences plus élevées du VIH en prison par rapport aux données en population générale traduisent presque toujours une surreprésentation des usagers de drogues parmi les personnes détenues, population pour laquelle les prévalences du VIH et du VHC sont encore plus élevées que chez les autres personnes détenues (18). En dehors de l'Europe, la prévalence du VIH en milieu carcéral est assez homogène se situant en moyenne à 2 %, comme le montre la méta-analyse de Gough, et al. (19). Les résultats de notre étude, qui concernent la fréquence de dépistage à l'entrée en détention, doivent être comparés avec prudence aux études de prévalence en milieu carcéral. Certaines personnes déjà connues infectées n'ont pas de dépistage sérologique des virus concernés à l'entrée en détention lorsqu'elles bénéficient déjà d'un suivi spécialisé et adapté.

Les anticorps anti-HBc étaient positifs chez 25 (5,4%) personnes : 4 hépatites B actives avec antigènes HBs positifs (0,9%) dont 3 découvertes et 21 immunisations par contact. Concernant les prévalences du VHB en milieu carcéral, elles varient de 0,07 % au Canada à plus de 20 % en Australie et aux États-Unis, ainsi que dans la méta-analyse de Gough, et al. (19). Cette forte variabilité est due à l'absence de différenciation entre hépatite aiguë, antécédent d'hépatite et immunisation par vaccination qui ne permet pas en l'état de pouvoir comparer ces données à l'international. Les données françaises sont de l'ordre de 0,4 % (20). Dans notre étude, 237 personnes détenues soit 51,4% présentaient une immunité vaccinale vis-à-vis du VHB. L'enquête UCSASCAN, réalisée en France en 2014 chez les nouvelles personnes détenues avait pour objectif de déterminer la prévalence des infections à VHB et VHC chez les nouveaux entrants. La prévalence de l'hépatite B dans cette étude était 6,5 % et 36,2% étaient vaccinés (21). Le dépistage permet de proposer la vaccination contre l'hépatite B aux personnes détenues non immunisées, comme recommandé par les groupes d'experts français (21). En 2014 au CPD, 384 vaccins contre l'hépatite B ont été réalisés.

Aucun anticorps anti-VHC n'a été trouvé positif en 2014 parmi les nouvelles personnes détenues. Le VHC est soumis à la même problématique que le VHB concernant la différenciation des diagnostics. En effet, il est rarement précisé dans les articles s'il s'agit de prévalences de l'hépatite aiguë ou chronique, ou encore s'il s'agit d'un antécédent ou d'une maladie pour laquelle le suivi est en cours. Ce fait entraîne une variabilité importante dans les données rapportées, limitant l'interprétation des résultats. Les

prévalences à l'international varient entre 7% et 38% selon les études (17) (18). La France se démarque nettement avec une prévalence de moins de 5 % (19) (15). Dans l'enquête PREVACAR, la prévalence du VHC est estimée à 4.8% (IC 95% : 3.53-6.50). Le mode de transmission prédominant est l'usage de drogues. Parmi les usagers de drogues, les prévalences des porteurs d'anticorps dirigés contre le VHC varient entre 31% et 87% selon les études(18) (17) (22). L'enquête UCSASCAN retrouve une prévalence de l'hépatite C de 1,2% (21). L'absence d'hépatite C dans notre population de nouvelles personnes hébergées au CPD peut s'expliquer par des pratiques à risques différentes au CPD : l'usage de drogues par voie veineuse, principal facteur de risque du VHC retrouvé dans les études, n'est pas un mode de consommation de drogues retrouvé en Martinique, alors qu'il est présent dans certaines îles de la Caraïbe.

La sérologie HTLV1 était positive chez 1 (0,2%) personne. Le dépistage du HTLV1 au CPD est réalisé dans l'objectif d'une surveillance individuelle au minimum neurologique, mais aussi à but préventif : la prévention de transmission repose sur l'emploi de préservatifs si partenaires sexuels séropositifs et l'allaitement artificiel si mère HTLV1 séropositive. Il n'existe pas de vaccin (23). Le dépistage est l'occasion d'informer sur ce virus méconnu de la population, sur ses modes de transmission et les maladies associées (lymphome T de l'adulte lié au HTLV1, paraparésie spastique tropicale).

La sérologie syphilis était positive chez 8 (1,7%) personnes. La méta-analyse de Kouyoumdjian, et al., réalisée en 2012 sur les données issues de dix pays, retrouve une prévalence de 0,69 % pour la syphilis (24).

Les pathologies dépistées ont toutes été prises en charge et traitées.

Une étude réalisée en 2010 au CPD a comparé une cohorte de patients VIH suivis au CHU de Martinique et une cohorte de patients VIH issus du milieu carcéral entre 1996 et 2009 (25). Dans cette étude, le dépistage systématiquement proposé à l'entrée en détention permettait de dépister les personnes plus précocement que pour le reste de la population. Les taux de lymphocytes CD4 au dépistage étaient significativement plus élevés dans la population carcérale et en conséquence les dépistages tardifs y étaient beaucoup plus rares que dans la cohorte du CHU. L'âge médian à la découverte de l'infection était de 34 ans [27-38], avec des extrêmes allant de 14 à 63 ans. Parmi les 79 patients inclus dans l'étude,

48 (61%) avaient été dépistés positifs pour l'infection par le VIH lors d'une incarcération au CPD (46 dépistages systématiques à l'entrée en détention et 2 primo-infections symptomatiques). En 2014 au CPD, 13 personnes détenues infectées par le VIH ont été prises en charge. Une personne détenue a été suivie pour une hépatite C chronique, qui répliquait encore fin 2014. L'hépatite B chronique était l'infection virale chronique la plus fréquemment retrouvée avec 25 personnes détenues prises en charge en 2014.

### **Fréquence de remise de résultats**

Parmi les 461 résultats disponibles, 386 (83,7%) ont été rendus lors d'une consultation dédiée. La remise du résultat, qu'il soit positif ou négatif, constitue une occasion importante pour évoquer avec la personne détenue ses prises de risques et formuler des conseils de prévention adaptés.

Pour les 75 (16,3%) résultats non remis, la cause la plus fréquemment retrouvée est le défaut de programmation de consultation de remise de résultats par le secrétariat (41 personnes détenues soit 54,7% des résultats non remis). D'après le protocole, les examens biologiques sont récupérés au laboratoire d'analyses médicales du CHU par un coursier, et acheminés au secrétariat de l'USS. La secrétaire saisit les sérologies sur le dossier patient informatisé après visa par un médecin infectiologue de l'USS. Les rendez-vous de remise de résultats sont alors programmés, en priorisant les résultats positifs. Tous les résultats positifs ont bien été remis. Un rappel de la procédure devrait être réalisé pour discuter des obstacles rencontrés par le secrétariat afin d'améliorer la fréquence de remise de résultats.

La courte durée d'incarcération est le motif retrouvé pour 19 personnes détenues (25,3%). Quinze (20%) ont refusé de se présenter à la consultation, d'où l'importance, lors du prélèvement, d'informer la personne détenue d'une consultation ultérieure de remise de résultats et de la nécessité de se présenter à l'USS lors de l'appel, ou d'informer la personne qu'elle doit réclamer son résultat si elle n'a pas été appelée après un certain délai.

Dans une étude sur la prévention du risque infectieux dans les prisons françaises, réalisée en 2009, parmi les 103 établissements pénitentiaires interrogés, les tests sérologiques négatifs n'étaient remis aux détenus pour le VIH, le VHB et le VHC que dans respectivement 70%, 64% et 65% des établissements

(26). Les données concernant les fréquences de remise de résultats au sein même de chaque établissement ne sont pas disponibles.

### **Délais entre chaque étape-clé**

Le délai médian entre l'incarcération et la consultation d'entrée était de 3 jours [2-4], extrêmes : 0-41 jours. Les extrêmes (3 délais de plus de trente jours) correspondent à des personnes détenues ayant refusé à deux reprises la consultation d'entrée, et qui ont finalement été consultées par le personnel médical à l'occasion d'une demande de consultation de leur part. Les recommandations françaises n'imposent pas de délai pour cette consultation obligatoire. Le CPD souffre d'une importante surpopulation carcérale (7) et d'un sous-effectif de personnel médical à l'USS. En effet, dans le rapport public annuel de la Cour des comptes de 2014 (27), la Martinique avait le taux régional le plus bas en médecin généraliste au sein des USS. Malgré ces obstacles, le délai entre l'incarcération et la consultation d'entrée est très satisfaisant.

Le délai médian entre la consultation d'entrée et le prélèvement était de 15 jours [1-18], extrêmes 1-241 jours, les extrêmes les plus élevés correspondant aux personnes détenues ayant accepté lors d'une nouvelle proposition de dépistage. Ce délai reflète l'efficacité de la programmation des prélèvements dans un délai rapide. Ce délai étant inférieur à six semaines, les personnes détenues ayant un résultat de dépistage négatif doivent être prélevées à nouveau si une prise de risque a eu lieu juste avant l'incarcération.

Le délai médian entre le prélèvement et la remise des résultats était de 20 jours [13-34], extrêmes : 3-147 jours. Ce délai est long pour les personnes détenues en attente de leur résultat, mais il prend en compte le cheminement des prélèvements jusqu'au CHU, leur analyse, la lecture des résultats par le médecin infectiologue, et la programmation par le secrétariat des consultations de remise. Une procédure pour raccourcir ce délai devrait être établie dans notre centre, d'autant que les résultats biologiques sont désormais visibles et imprimables par le médecin par voie électronique.

Le délai médian entre l'incarcération et la remise des résultats était de 40 jours [31-56], extrêmes : 16-250 jours. Ce délai paraît beaucoup trop long et inadapté dans un contexte d'anxiété majorée par le milieu carcéral. La mise en place de la télémedecine (dans notre centre depuis 2015) permet la remise

des résultats ne nécessitant pas de suivi spécialisé par un médecin infectiologue à distance, diminuant ainsi le délai de remise des résultats.

### **Fréquence des nouvelles personnes détenues non dépistées**

Parmi les 656 personnes détenues hébergées en 2014, 152 (23,2%) n'ont pas été dépistées en 2014 et n'avaient pas de dépistage antérieur à l'USS. Le court délai d'incarcération et les refus de dépistage en sont les causes principales. Nous ne pouvons écarter le fait que parmi ces personnes, certaines se savaient infectées ou qu'elles étaient porteuses d'une infection et l'ignoraient. Une procédure doit être établie afin de diminuer le nombre de personnes concernées par cette situation.

## **CONCLUSION**

Les publications scientifiques concernant la fréquence de dépistage à l'entrée en détention sont rares. Dans notre étude, la fréquence de dépistage des nouvelles personnes détenues au CPD est notable mais reste encore non satisfaisante, et pourrait être améliorée. Les causes principales de non dépistage sont les sorties d'incarcération et les refus. Le délai d'incarcération particulièrement court est dû aux transfèvements fréquents et aux libérations rapides (personnes détenues hébergées prévenues et non condamnées). Concernant les refus, la procédure du CPD nécessite une réactualisation et un rappel pour les principaux acteurs du dépistage : le motif du refus devrait être noté systématiquement, et permettrait de mieux connaître les craintes des personnes détenues et les obstacles au dépistage, afin d'adapter les stratégies d'information et de prévention. La programmation d'une seconde consultation pour nouvelle proposition de dépistage n'a pas été respectée dans notre étude. Le délai pour le renouvellement de la proposition de dépistage devrait aussi être discuté et notifié dans la procédure. Une vigilance est nécessaire pour les dépistages très précoces après l'incarcération. Lors de prise de risque récente, un deuxième contrôle sérologique doit être proposé. Les recommandations sont en faveur d'un renouvellement régulier de la proposition de dépistage au cours de l'incarcération (au minimum une fois par an) au vu des conduites à risque retrouvées en prison (tatouages, pose d'implants pénis, partage de matériels, relations entre hommes...) (15), mais ne doivent pas faire manquer le dépistage au moment de l'incarcération.

Le dépistage à l'entrée en détention est l'opportunité de dépister précocement et de prendre en charge ces personnes qui, pour la plupart, ont eu peu de contacts médicaux antérieurs à leur incarcération. L'information et la prévention sont donc capitales pour cette population qui manque souvent de connaissance vis-à-vis des risques de transmission virale.

La crainte du non-respect de la confidentialité est un frein au dépistage et à la prise en charge. Nous avons évoqué le cas de la personne détenue n'ayant pas déclaré sa séropositivité au VIH lors de la consultation d'entrée, et qui a présenté une toxoplasmose cérébrale dans les mois qui ont suivi son entrée en détention. Certaines personnes détenues séropositives pour le VIH refusent de poursuivre leur traitement par crainte que les codétenus n'apprennent leur maladie s'ils les voient prendre leur traitement dans leur cellule. Il arrive aussi que les personnes détenues refusent la distribution quotidienne du traitement à l'USS de peur que le personnel pénitentiaire ne découvre leur maladie. Ceci illustre bien la nécessité de réaliser des actions de formation à la fois pour les détenus et pour le personnel pénitentiaire afin d'améliorer leurs connaissances sur le sujet et espérer voir ainsi la discrimination diminuer (28). Outre les connaissances sur la maladie et ses risques de transmission, ces formations devraient aussi porter sur les mesures de réduction des risques et la conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au sang ou sexuelle (AES).

## **TABLE DES TABLEAUX**

**Tableau 1** : Caractéristiques sociodémographiques des nouvelles personnes détenues en 2014.....11

**Tableau 2** : Résultats biologiques des 461 prélèvements.....14

## **TABLE DES FIGURES**

**Figure 1** : Flow Chart.....13

## ANNEXE 1 :

### Mémo Nadis® Médecins généralistes (*Consultation d'entrée*)

#### Signature du consentement

#### Fiche Administrative

Nom du médecin traitant. Si pas de médecin, noter « médecin traitant »

#### Antécédents

Code CIM10	Antécédents	Commentaire
Z915 03	<b>Familiaux</b>	
	<b>Chirurgicaux</b>	
	<b>Médicaux</b>	
	Tuberculose	
	Dépression/Psychose	
	Tentative Suicide	1 ligne par TS
	Trauma/plaie/armes	
	<b>Vaccinations</b>	Fait/Refus 1 ligne par vaccination
F172	Tabac	Actif en 2011. ou Arrêt en ...
F122	Cannabis	Actif en 2011. X joints/j. ou Arrêt en ...
F142	Crack	Crack. Actif en 2011. x€/j. ou Arrêt en ...
F142	Cocaïne	Sniffée. Actif en 2011. ou Arrêt en ...
F112	Héroïne	Actif en 2011. ou Arrêt en ...
F102	Alcool	Actif en 2011. ou Arrêt en ...
L818 02	Tatouage	Dos, cuisse G,....
Z413	Piercing	Oreilles, ombilic,...
Z960	Billes	X billes.
Z724	Régime	Préciser le type.
Z550	Analphabète	
Z603 03	Difficultés linguistiques	
Z590	SDF	
Z651	Incarcération	Date de sortie. N° d'écrou. 1 ligne par incarcération
B24+9	Infection par le VIH	Dépisté lors...
B942 02	Hépatite virale B (guérison spontanée)	

**Examen clinique**

Taille/poids/Constantes

Toux : Absence ou présence

Auscultation : normale ou anormale

Nombre de billes

**Traitements habituels**

Noter tous les traitements en cours, y compris ceux du SMPR (« Ne pas délivrer »)

**Conclusion**

« Liée au diagnostic » → Z028 Consultation d'entrée

Proposition dépistage. Noter si acceptée ou refusée

Proposition de RP (éventuelle)

Information fonctionnement Ucsa

Information consultation de sortie

## REFERENCES

1. ONUSIDA. Le sida en chiffres 2015 [Internet]. [cité 8 sept 2016]. Disponible sur: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/AIDS\\_by\\_the\\_numbers\\_2015\\_fr.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS_by_the_numbers_2015_fr.pdf)
2. Institut National de veille sanitaire. Dépistage de l'infection par le VIH dans les laboratoires d'analyses médicales, 2003-2014 [Internet]. [cité 8 sept 2016]. Disponible sur: [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2015/40-41/pdf/2015\\_40-41\\_4.pdf](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2015/40-41/pdf/2015_40-41_4.pdf)
3. World Health Organization. Prisons and Health. 2014 [cité 8 sept 2016]; Disponible sur: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf?ua=1)
4. Semaille C, Le Strat Y, Chiron E, Chemlal K, Valantin MA, 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 Bull Eur Sur Mal Transm Eur Commun Dis Bull.* 2013;18(28).
5. Ministère de la santé et des sports, Ministère de la justice et des libertés. Plan d'actions stratégiques 2010-2014 [Internet]. [cité 8 sept 2016]. Disponible sur: [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_strategique\\_2010\\_2013\\_prise\\_en\\_charge\\_personnes\\_places\\_sous\\_main\\_de\\_justice.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_strategique_2010_2013_prise_en_charge_personnes_places_sous_main_de_justice.pdf)
6. HAS. Dépistage de l'infection par le VIH en France [Internet]. 2009. Disponible sur: [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/argumentaire\\_depistage\\_vih\\_HAS\\_2009-2.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/argumentaire_depistage_vih_HAS_2009-2.pdf)
7. Institute for Criminal Policy Research. Martinique (France) | World Prison Brief [Internet]. [cité 8 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.prisonstudies.org/country/martinique-france>
8. 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 Epidemiol Hebd.* 2013;(35-36):445-50.
9. ONUSIDA; OMS. HIV testing and counselling in prisons and other closed settings [Internet]. 2009 [cité 19 sept 2016]. Disponible sur: [https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/Final\\_UNODC\\_WHO\\_UNAIDS\\_technical\\_paper\\_2009\\_TC\\_prison\\_ebook.pdf](https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/Final_UNODC_WHO_UNAIDS_technical_paper_2009_TC_prison_ebook.pdf)
10. Kivimets K, Uuskula A. HIV testing and counselling in Estonian prisons, 2012 to 2013: aims, processes and impacts. *Euro Surveill Bull Eur Sur Mal Transm Eur Commun Dis Bull.* 2014;19(47):20970.
11. National Centre in HIV Epidemiology & Clinical Research, Sydney; Australian Institute of Health & Welfare, Canberra, ACT. National Centre in HIV Epidemiology & Clinical Research. HIV/AIDS, viral hepatitis and sexually transmissible infections in Australia. Annual Surveillance Report. :2007.
12. Centers for Disease Control and Prevention. HIV Testing Implementation Guidance for Correctional Settings [Internet]. 2009 [cité 19 sept 2016]. Disponible sur: [http://www.cdc.gov/hiv/pdf/risk\\_correctional\\_settings\\_guidelines.pdf](http://www.cdc.gov/hiv/pdf/risk_correctional_settings_guidelines.pdf)
13. Lucas KD, Eckert V, Behrends CN, Wheeler C, MacGowan RJ, Mohle-Boetani JC. Evaluation of Routine HIV Opt-Out Screening and Continuum of Care Services Following Entry into Eight Prison Reception Centers--California, 2012. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 26 févr 2016;65(7):178-81.

14. Ministère de la santé M de la justice. Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues [Internet]. 2004 [cité 20 sept 2016]. Disponible sur: [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide\\_methodologique\\_relatif\\_a\\_la\\_prise\\_en\\_charge\\_sanitaire\\_des\\_personnes\\_detenues.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_methodologique_relatif_a_la_prise_en_charge_sanitaire_des_personnes_detenues.pdf)
15. Direction générale de la santé. ENQUETE PREVACAR- Volet offre de soins [Internet]. [cité 20 sept 2016]. Disponible sur: [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Enquete\\_PREVACAR\\_-\\_Volet\\_offre\\_de\\_soins\\_-\\_VIH\\_hepatites\\_et\\_traitements\\_de\\_substitution\\_en\\_milieu\\_carceral\\_octobre\\_2011.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Enquete_PREVACAR_-_Volet_offre_de_soins_-_VIH_hepatites_et_traitements_de_substitution_en_milieu_carceral_octobre_2011.pdf)
16. Babudieri S, Longo B, Sarmati L, Starnini G, Dori L, Suligoï B, et al. Correlates of HIV, HBV, and HCV infections in a prison inmate population: results from a multicentre study in Italy. *J Med Virol.* juill 2005;76(3):311-7.
17. Weild AR, Gill ON, Bennett D, Livingstone SJ, Parry JV, Curran L. Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C antibodies in prisoners in England and Wales: a national survey. *Commun Dis Public Health PHL.* juin 2000;3(2):121-6.
18. Long J, Allwright S, Barry J, Reynolds SR, Thornton L, Bradley F, et al. Prevalence of antibodies to hepatitis B, hepatitis C, and HIV and risk factors in entrants to Irish prisons: a national cross sectional survey. *BMJ.* 24 nov 2001;323(7323):1209-13.
19. 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.
20. DREES. La santé des personnes entrées en prison en 2003 [Internet]. 2005 [cité 20 sept 2016]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er386.pdf>
21. Vergniol J. Prevalence of viral hepatitis and liver fibrosis in a population of incomers in French prisons. UCSASCAN study. [Internet]. 2014 [cité 20 sept 2016]. Disponible sur: <http://liverlearning.aasld.org/aasld/2014/thelivermeeting/61551/undefined>
22. Christensen PB, Krarup HB, Niesters HG, Norder H, Georgsen J. Prevalence and incidence of bloodborne viral infections among Danish prisoners. *Eur J Epidemiol.* 2000;16(11):1043-9.
23. Gessain A. Le rétrovirus humain oncogène HTLV-1. *Bull Soc Pathol Exot.* 2011;(104):167-80.
24. 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.* avr 2012;23(4):248-54.
25. PERREAU C. Infection par le VIH en milieu carcéral à la Martinique : étude descriptive au centre pénitentiaire de Ducos entre 1996 et 2009. [Nantes]; 2010.
26. 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 Épidémiologique Hebd* [Internet]. 25 oct 2011; Disponible sur: [http://opac.invs.sante.fr/doc\\_num.php?explnum\\_id=7549](http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=7549)
27. Cour des comptes. Rapport public annuel 2014 [Internet]. 2014 [cité 22 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Rapport-public-annuel-2014>
28. Rotily M, Prudhomme J, Pardal MS, Hariga F, Iandolo E, Papadourakis A, et al. [Knowledge and attitudes of prison staff towards HIV/AIDS: a European study]. *Santé Publique Vandoeuvre-Lès-Nancy Fr.* déc 2001;13(4):325-38.

## SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

Mon premier souci sera, de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous les éléments physiques et mentaux, individuels collectifs et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients de décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers.

Et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances, sans acharnement.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.

Je n'entreprendrai rien qui ne dépasse mes compétences ; je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses,

Que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

**CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION**

Avis du Directeur de l'UFR et signature	Décision du Président de l'Université et Signature
Professeur Pascal BLANCHET	Professeur Corinne MENCE-CASTER

(1) Cet imprimé doit être obligatoirement dactylographié

**Annexe 6**

**UNIVERSITE DES ANTILLES ET DE LA GUYANE  
FACULTE DE MEDECINE HYACINTHE BASTARAUD**

**DEMANDE D'IMPRIMATUR**

Thèse pour obtenir le grade de Docteur en Médecine  
(Spécialité Médecine Générale)

Présentée par : Mlle DA CUNHA Séverine  
Né(e) le 27/08/1987 à BAYONNE  
Département Pyrénées Atlantiques (64) Pays FRANCE

Et

**Intitulée** Dépistage du VIH, des hépatites virales, du HTLV1 et de la syphilis chez les personnes écrouées en Martinique entre le 01/01/2014 et le 31/12/2014 : état des lieux à l'unité sanitaire somatique du centre pénitentiaire de Ducos.

Jury proposé

Président : Mr le Professeur André CABIE  
Juges : Mr le Professeur Raymond CESAIRE  
Mr le Professeur Rémi NEVIERE  
Mr le Docteur Jean Marie BOLIVARD  
Directrice de thèse Mme le Docteur Sylvie ABEL

Vu Pointe-À-Pitre, le 24/10/2016 Le Président de Thèse	Pour accord Pointe-À-Pitre, le Le Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur André CABIE	Professeur Pascal BLANCHET
<p><b>AUTORISE A SOUTENIR ET A IMPRIMER LA THESE</b></p> <p>Pointe-À-Pitre, le ....</p> <p>Le président de l'Université des Antilles et de la Guyane Corinne MENCE-CASTER</p>	

**NOM ET PRENOM : DA CUNHA Séverine**

**SUJET DE LA THESE :**

Dépistage du VIH, des hépatites virales, du HTLV1 et de la syphilis chez les personnes écrouées en Martinique entre le 01/01/2014 et le 31/12/2014 : état des lieux à l'unité sanitaire somatique du centre pénitentiaire de Ducos.

**THESE : MEDECINE**

**Qualification : Médecine Générale**

**ANNEE : 2016**

**NUMERO D'IDENTIFICATION :**

**MOTS CLEFS :**

Dépistage, VIH, VHB, VHC, personne détenue, incarcération, Martinique, Caraïbe

---

**INTRODUCTION :** La Caraïbe est la deuxième région la plus touchée au monde par l'infection à VIH. Chez les personnes détenues, les taux d'infection à VIH sont plus élevés que dans le reste de la population. Le dépistage des personnes détenues est donc un enjeu de santé publique au Centre Pénitentiaire de Ducos (CPD) en Martinique, qui souffre d'une très forte surpopulation carcérale. L'objectif principal de notre étude était de déterminer la fréquence de réalisation des tests de dépistage de l'infection par le VIH, le VHB, le VHC, la syphilis et le HTLV1 chez les nouvelles personnes détenues en Martinique en 2014. **MATERIELS ET METHODES :** L'étude de cohorte observationnelle mono-centrique a été réalisée au sein de l'Unité Sanitaire Somatique (USS) du CPD. La population d'étude était composée des personnes écrouées de manière consécutive entre le 01/01/14 et le 31/12/14. La proposition et l'acceptation ou le refus du dépistage lors de la consultation d'entrée ont été notés, ainsi que la réalisation d'un prélèvement et les résultats biologiques. **RESULTATS :** En 2014, 778 nouvelles personnes ont été écrouées, dont 656 étaient hébergées au CPD. Parmi ces hébergées, 461 (70,3%) ont été dépistées. **CONCLUSION :** La fréquence de dépistage des nouvelles personnes détenues au CPD est notable mais pourrait être améliorée. Les causes principales de non dépistage sont les libérations précoces et les refus. La crainte du non-respect de la confidentialité est un frein au dépistage, d'où la nécessité de réaliser des actions de formation pour les détenus et pour le personnel pénitentiaire afin d'améliorer leurs connaissances et espérer voir la discrimination diminuer.

---

**JURY:** M. le Professeur André CABIE      Président

M. le Professeur Raymond CESAIRE

M. le Professeur Rémi NEVIERE

M. le Docteur Jean Marie BOLIVARD

Mme le Docteur Sylvie ABEL

Directeur de Thèse