



HAL
open science

Pronostic et suivi des patients infectés par le VIH, libérés du centre carcéral de Rémire-Montjoly de 2014 à 2019

Arthur Bellone

► To cite this version:

Arthur Bellone. Pronostic et suivi des patients infectés par le VIH, libérés du centre carcéral de Rémire-Montjoly de 2014 à 2019. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-03261647

HAL Id: dumas-03261647

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03261647>

Submitted on 17 Jan 2022

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.

UNIVERSITE DES ANTILLES
ET DE LA GUYANE
2019

FACULTE DE MEDECINE
HYACINTHE BASTARAUD
N° 2019ANTI0451

Pronostic et suivi des patients infectés par le VIH, libérés du centre carcéral de Rémire-Montjoly de 2014 à 2019

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD
des Antilles et de la Guyane
Et examinée par les Enseignants de la dite Faculté

Le 17 décembre 2019

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Par

BELLONE Arthur

Examineurs de la thèse : Mr NACHER
Mr COUPPIE
Mr DJOSSOU
Mme HUBER

Professeur (Président)
Professeur
Professeur
Dr en Médecine et
directrice de thèse.

Remerciements :

A Mr le Professeur Nacher, d'avoir accepté de présider ce jury.

Aux Professeurs Couppe et Djossou, d'avoir accepté d'être membres de ce jury.

Au Docteur Florence Huber, pour avoir accepté de m'accompagner tout au long de ce travail.

A l'ensemble des intervenants croisés au cours de ma quête de données, secrétaires, médecins, agents de mairie, associatifs et j'en passe.

A mes parisiens installés sur les terres guyanaises

Parents, sœurs, famille et alliés (!)

A Irène.

RESUME

Introduction :

La prévalence du VIH dans la population carcérale au centre pénitentiaire de Rémire-Montjoly était de 2.43% en 2018 soit presque dix fois celle retrouvée dans la population générale en France (0.26% en 2018). La population carcérale reste donc un réservoir important pour le VIH. L'enjeu d'un suivi spécialisé et d'une observance au traitement permettrait de limiter les risques de transmissions.

Matériel et Méthode :

Il s'agit d'une étude de cohorte rétrospective dont l'objectif principal était de décrire le retour en consultation spécialisée ainsi que le suivi de traitement ARV à l'issue de l'incarcération. Les objectifs secondaires étaient de décrire le profil des pvVIH incarcérés durant la période 2014-2019, en le comparant à la période antérieure (2007-2013), ainsi que les évènements indésirables post-carcéraux (décès, passage aux urgences, infections opportunistes, hospitalisations).

Nous avons inclus les patients libérés du centre pénitentiaire de Rémire-Montjoly entre 2014 et 2019, ayant une sérologie VIH positive lors de leur entrée en détention. L'étude a été menée sur le territoire guyanais : à l'USMP du centre pénitentiaire de Rémire-Montjoly, dans les 3 hôpitaux de Guyane, dans les centres des communes de l'intérieur offrant des consultations spécialisées VIH. Nous avons aussi consulté le registre des décès des principales communes de Guyane.

Résultats :

Nous avons inclus 89 patients, dont 83.1% d'hommes, avec un âge médian à 43.9 ans. Il y avait une importante proportion de personnes nées à l'étranger (67.4%), et une grande précarité sociale : 34.8% des patients déclaraient ne pas avoir de logement, et 66% déclaraient au moins une addiction, dont 29% de personnes consommant du crack. Près de la moitié des patients (49.4%) ont été dépistée en prison. 48.9% des patients étaient sous ARV lors de leur entrée en détention et 84% d'entre eux étaient sortis sous ARV. Durant les 27 mois de suivi, nous avons comptabilisé entre 48.6% et 56.3% de consultations spécialisées suivant les intervalles de temps, et entre 35% et 32.9% de prise de traitement déclarée. Par ailleurs, 21 personnes ont été perdues de vue, soit 23.6% de l'échantillon. Parmi elles, on a pu compter un tiers de personnes expulsées à l'issue de l'incarcération (n=7).

Par rapport à la période antérieure, les pvVIH incarcérés étaient plus âgés et avaient des stades cliniques plus avancées. Ils étaient plus souvent sous ARV à l'entrée, 30.3% versus 48.3% ($p=0.005$), et à la sortie, 49% versus 84% ($p<0.001$), de l'incarcération de référence. On comptait peu d'hospitalisations per-carcérale, mais tout de même 4 cas de tuberculose diagnostiqués.

Discussion :

Le suivi est bien inférieur à celui rencontré en population générale. La prise d'ARV en sortie de détention et l'accès à la sécurité sociale pourraient être deux facteurs positifs de maintien dans le soin. A l'inverse, un grand nombre de perdus de vue ont eu une notification d'expulsion du territoire. Malgré l'offre d'accompagnement des personnes en situation de précarité existant en Guyane, les pvVIH sortant de prison restaient particulièrement fragiles, et les indicateurs de suivi post-carcéraux étaient toujours très péjoratifs.

Conclusion :

Malgré le vieillissement des pvVIH incarcérées, on note une amélioration des indicateurs de prise en charge intra carcérale, avec une nette augmentation des patients sortants sous ARV associé à un très bon contrôle virologique. Le passage en détention reste une opportunité de dépistage et de retour dans le soin pour un nombre important de patients. Néanmoins, la tuberculose reste très prévalente chez les pvVIH incarcérées, particulièrement chez les consommateurs de crack sans domicile, et l'instauration d'un suivi régulier sous ARV reste une gageure après la sortie de prison. Sans un renforcement significatif de l'accompagnement social et de la préparation des sorties, il est peu probable que les indicateurs de suivi puissent s'améliorer davantage.

Mots clés : VIH, prison, Guyane, suivi post carcéral.

Table des matières

Remerciements :	1
RESUME	2
Table des matières	4
Table des figures.....	7
Tables des tableaux	8
1. Introduction.....	9
2. Présentation des prisons françaises.....	10
2.1 Généralités :	10
2.2 La population carcérale :.....	11
2.2.1 Epidémiologie :	11
2.2.2 Un niveau scolaire faible :	12
2.2.3 Les addictions :	13
2.2.4 Les comorbidités :	13
2.3 Le système de soins carcéral :	14
2.3.1 Les USMP :	14
2.3.2 L'examen médical d'entrée :	15
2.3.3 L'examen médical de sortie :	15
2.3.4 La protection sociale :	16
2.4 La réinsertion :	16
Rôle et missions des services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP)	16
3. Le Virus de l'Immunodéficience Humaine :	18
3.1 Rappels physiopathologiques :	18
3.2 Epidémiologie en population générale en France :	18
3.3 Données au niveau mondial	19
4. VIH et Prison, une histoire complexe :	21
4.1 Un aperçu à travers le monde :	21
4.2 Portrait du détenu VIH :	22
4.3 Les temps de l'incarcération, principale variable sur le traitement :	23
4.3.1 Le début d'incarcération/ Autour de l'arrestation :	23
4.3.2 La détention :	23
4.3.3 La sortie de détention :	23
5. La Guyane :	25
5.1 Présentation du territoire :	25
5.2 Démographie :	25
5.3 Une réalité socio-économique difficile :	26

6. Le VIH en Guyane :	27
6.1 Epidémiologie :.....	27
6.2 L'offre de soins en Guyane :	27
6.2.1 Les structures hospitalières :.....	27
6.3 Prise en charge du VIH :	28
7. Le Centre pénitentiaire de Rémire-Montjoly	29
7.1 Configuration.....	29
7.2 Présentation de l'USMP :.....	29
7.2.1 Les soins :.....	29
7.2.2 La population :.....	29
7.2.3 Comorbidités :	30
8. Matériel et méthode	31
8.1 Type de l'étude.....	31
8.2 Lieu de l'étude	31
8.3 Population étudiée.....	31
8.4 Aspect éthique.....	32
8.5 Définition des variables mesurées	32
8.6 Recueil des données.....	33
9. Résultats	34
9.1 Description de la population	34
9.1.1 Caractéristiques socio-démographiques.....	34
9.1.2 Profil carcéral.....	35
9.2 Histoire médicale.....	36
9.2.1 Addictions.....	36
9.2.2 Antécédents médicaux avant l'incarcération de référence	36
9.3 Histoire du VIH :.....	37
9.3.1 Dépistage.....	37
9.3.2 Stade CDC / Critères virologiques.....	38
9.3.3 Traitements	39
9.4 Le suivi post-carcéral	41
9.4.1 Définitions :	41
9.5 Population des perdus de vue :.....	42
9.6 Première consultation :.....	42
9.7 Cascade de soins.....	43
9.8 Cascade de soins pour les patients sortis sous ARV :.....	45
9.9 L'accès à la sécurité sociale	48

10. Discussion	49
10.1 La population carcérale, masculine, âgée et précaire.....	49
10.1.1 Précarité et immigration	49
10.2 De lourdes comorbidités:	50
10.3 LE VIH et l’incarcération :	50
10.3.1 Le dépistage :.....	50
10.3.2 Le traitement :.....	51
10.4 Le suivi post-carcéral	51
10.4.1 Les ARV en sortie et l’accès à la sécurité sociale, possibles facteurs prédictifs de retour dans le soin :.....	52
10.4.2 Contact avec le système de soins.....	53
10.5 Le défi de la continuité de soins à la sortie de détention :	54
Limites de l’étude :	57
Conclusion	58
Bibliographie.....	60

Table des figures

<i>Figure 1 Evolution du nombre de personnes incarcérées depuis 2011</i>	11
<i>Figure 2 Répartition par âge au 1er janvier 2018⁶</i>	11
<i>Figure 3 Précaires et étrangers, une population à risque d'incarcération</i>	12
<i>Figure 4 Niveau scolaire déclaré à l'entrée, 2017/2018 (manque 9.4% d'arrivants)</i>	13
<i>Figure 5 nombre de découverte de séropositivité VIH 2003-2016</i>	18
<i>Figure 6 Taux de découvertes de séropositivité VIH par région (par million d'habitants), France, 2018</i>	19
<i>Figure 7 Personnes infectés fin 2016</i>	20
<i>Figure 8 Prévalence, nouveaux cas et décès par le VIH dans le monde</i>	20
<i>Figure 9 Prévalence VIH/VHB/VHC/Tuberculose dans le monde carcéral 2015</i>	21
<i>Figure 10 Mise en place des interventions clés pour la prévention du VIH/VHB/VHC, 2008-2015</i>	22
<i>Figure 11 Carte de la Guyane et ses communes</i>	25
<i>Figure 12 Evolution du nombre de personnes VIH en Guyane connaissant ou non leur statut</i>	27
<i>Figure 13 Structures de soins en Guyane</i>	28
<i>Figure 14: Représentation du suivi des patients</i>	41
<i>Figure 15 Cascade de soins dans les 27 mois suivant la sortie d'incarcération (% de l'ensemble des patients inclus)</i>	44
<i>Figure 16 Evènements péjoratifs dans l'année ou les deux ans mois suivant la sortie de l'IR (% de l'ensemble de la population ayant présenté l'évènement au moins une fois)</i>	45
<i>Figure 17 Cascade de soins entre 0 et 3 mois chez les pvVIH sortis avec ou sans ARV (% de l'ensemble des patients)</i>	46
<i>Figure 18 Cascade de soins entre 9 et 15 mois chez les pvVIH sortis avec ou sans ARV (% de l'ensemble des patients)</i>	46
<i>Figure 19 Cascade de soins entre 15 et 21 mois chez les pvVIH sortis avec ou sans ARV (% de l'ensemble des patients)</i>	47
<i>Figure 20 Cascade de soins entre 21 et 27 mois chez les pvVIH sortis avec ou sans ARV (% de l'ensemble des patients)</i>	47
<i>Figure 21 Evènements péjoratifs chez les pvVIH sortis avec ou sans ARV entre M9 et M15 (% de l'ensemble de la population)</i>	47
<i>Figure 22 Evènements péjoratifs chez les pvVIH sortis avec ou sans ARV entre M21 et M27 (% de l'ensemble de la population)</i>	48

Tables des tableaux

<i>Tableau 1: Caractéristiques sociodémographiques des personnes infectées par le VIH sorties du centre pénitentiaire de Rémire-Montjoly entre le 01/01/2014 et le 01/04/2019</i>	34
<i>Tableau 2: Antécédent d'incarcération avant l'IR et durée de l'IR</i>	35
<i>Tableau 3 Les différentes addictions retrouvées chez les détenus (plusieurs réponses possibles)</i>	36
<i>Tableau 4 Antécédents médicaux pertinents</i>	37
<i>Tableau 5 Durée de l'infection en sortie d'IR en année suivant les pays de naissances</i>	37
<i>Tableau 6 Comparaison stades cliniques entrée/sortie</i>	38
<i>Tableau 7 Critères virologiques entrée/sortie</i>	38
<i>Tableau 8 Critères biologiques et évènements indésirables suivant 2 périodes, 2014-2016 et 2016-2019</i>	38
<i>Tableau 9 Statut ARV, entrée/sortie</i>	39
<i>Tableau 10 Profil des pvVIH incarcérées, entre les périodes 2007-2013 (n=147) et 2014-2019 (n=89)</i>	40
<i>Tableau 11 Durée sortie IR-consultation spécialisée</i>	43
<i>Tableau 12 Comparaison suivi et traitements avec d'autres études</i>	51

1. Introduction

Le monde carcéral et le VIH sont deux entités étroitement liées. En effet, la prévalence du VIH en prison est connue pour être nettement plus élevée que dans la population générale. Cela est valable en France et dans le monde en général. Alors que l'on estime que 15% des patients ne sont pas au courant de leur statut sérologique en France¹, la prison représente un véritable réservoir de l'infection VIH. En 2018, au centre pénitentiaire de Rémire Montjoly, il a été comptabilisé 48 détenus touchés par la maladie sur une population totale passée dans le centre de 1974 personnes, soit une prévalence globale de 2.43%². En France, celle-ci s'établit aux alentours de 0.26%³, et elle dépasse 1% en Guyane⁴.

Les patients incarcérés VIH cumulent les difficultés. On y enregistre une sur représentation de personnes issus d'un milieu socio-économique défavorisé⁵ ou d'origine étrangère⁶. Dans ce contexte de population précaire, il semble que l'incarcération représente une chance diagnostique et de mise sous traitement^{7 8}. Lors de l'arrivée en détention, un dépistage systématique du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles est proposé en France⁹, ce qui peut théoriquement permettre une mise sous traitement ou un retour dans le soin chez les personnes incarcérées.

La période de la libération est connue comme étant particulièrement à risque. Dans la précédente étude menée par les docteurs Merceron et Huber sur la période 2007 à 2013, il a été recensé moins de 50% de retour dans le soin entre 0 et 4 ans, et moins de 50% de prise d'ARV sans interruption¹⁰.

Dans ce contexte, nous avons décidé de réitérer ce même travail sur la période récente. La prise en charge du VIH a fortement évolué ces dernières années, notamment avec la parution du rapport MORLAT qui préconise la mise sous traitement de toutes les personnes touchées par le VIH quel que soit leur stade ou leur nombre de CD4¹¹. Dès lors, nous avons construit une cohorte rétrospective incluant l'ensemble des patients VIH sortis du centre pénitentiaire de Rémire Montjoly de janvier 2014 à avril 2019 et défini comme objectifs principaux la survenue d'une consultation spécialisée lors de la sortie d'incarcération ainsi que l'observance déclarée par les patients. Nous avons en plus référencé la survenue d'évènements indésirables, type passage aux urgences, infections opportunistes, décès et hospitalisation.

2. Présentation des prisons françaises

2.1 Généralités :

En 2018, 243 504 personnes étaient prises en charge par l'administration pénitentiaire⁶. Parmi celles-ci, on comptabilisait 79 785 personnes écrouées au sein de 185 établissements, pour 163 719 personnes suivies en milieu ouvert.

Les établissements peuvent être classés suivant les régimes de détention :

- Les maisons d'arrêt (MA) : Accueillent les prévenus (c'est-à-dire les personnes en attente d'un jugement) et les détenus dont le reliquat de peine est inférieur à 2 ans
- Les Centres de détention (CD) : Accueillent les détenus condamnés à plus de deux ans et qui présentent les meilleures chances de réinsertion. L'objectif est la resocialisation des personnes détenues.
- Les maisons centrales : Accueillent les détenus les plus difficiles avec un régime exclusivement tourné vers la sécurité.
- Les centres de semi-liberté : Ils permettent à un condamné d'exercer, hors d'un établissement pénitentiaire, une activité professionnelle, de suivre un enseignement ou une formation, de bénéficier d'un traitement médical ou de s'investir dans tout autre projet d'insertion ou de réinsertion de nature à prévenir les risques de récidive. Le condamné doit rejoindre le centre de semi-liberté à l'issue de ces activités

On appelle centre pénitentiaire un établissement comportant au moins 2 régimes de détentions différents. En 2018, on dénombrait 59 765 places opérationnelles, c'est-à-dire le nombre de places disponibles dans les différents établissements, soit une occupation théorique de 133,5%. Néanmoins, sont comptabilisées parmi ces personnes, les condamnés avec un aménagement de peine sous écrou, au nombre de 12 247 (encore appelés « écroués non hébergés ».). On retrouve notamment 9 907 personnes sous surveillance électronique. Ce bracelet électronique est toutefois considéré comme un mode de détention à part entière. Au total, ce sont 68 974 personnes au premier janvier 2018 qui sont écrouées hébergées, soit une occupation du parc de détention de 115%.

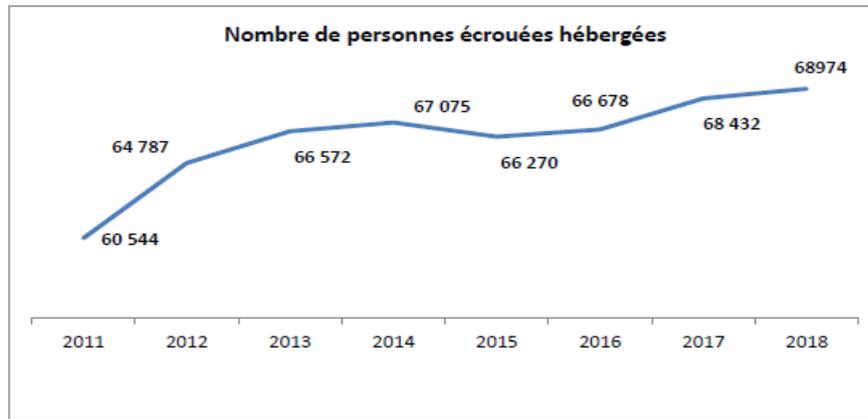


Figure 1 Evolution du nombre de personnes incarcérées depuis 2011

Le suivi en milieu ouvert recouvre les décisions de justice dont la sentence s'effectue en dehors des établissements pénitentiaires. On y retrouve une majorité de sursis avec mise à l'épreuve, puis, le travail d'intérêt général, les suivis socio-judiciaire, les libérations conditionnelles, les interdictions de séjours, ...

2.2 La population carcérale :

2.2.1 Epidémiologie :

Parmi les 79 785 personnes écrouées en France en 2018, on dénombre 96.3% d'hommes pour 3.7% de femmes. La catégorie d'âge la plus nombreuse est celle des 30 à moins de 40 ans qui représente 28.9% des personnes incarcérées.

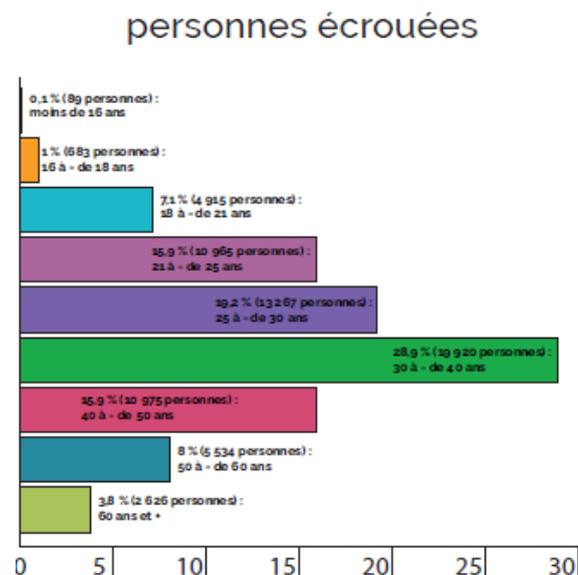


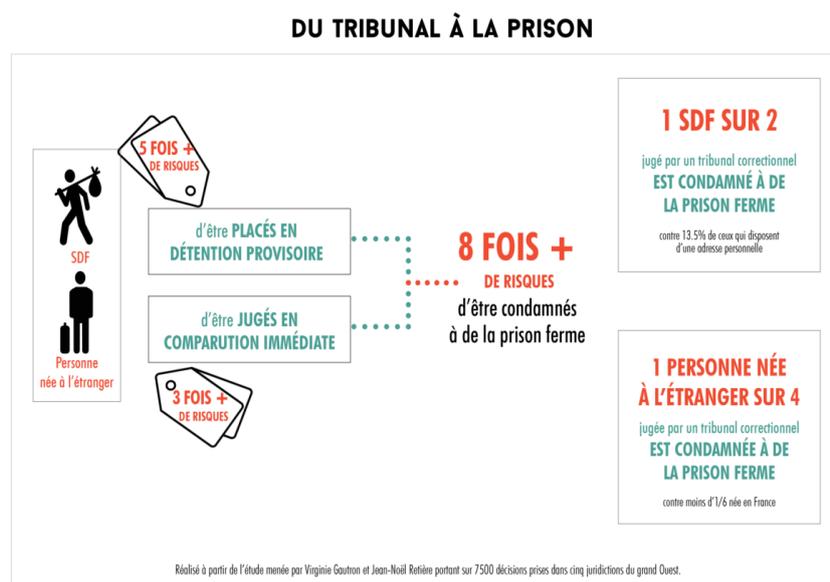
Figure 2 Répartition par âge au 1er janvier 2018⁶

Concernant les nationalités, on retrouvait 79.4% de français, 10.2% originaires d’Afrique, 7.6% d’Europe, 1.8% d’Amériques, 1% d’Asie et 0.1% d’autres ou inconnus.

On remarque la surreprésentation des personnes de nationalités étrangères, aux alentours de 20%, alors que celles-ci ne représentent que 9.7% en population générale¹². Au même titre que les personnes en situation de précarité, on peut essayer de l’expliquer par :

- le fait que ces personnes sont certainement plus exposées aux comparutions immédiates
- mais aussi à la détention provisoire, par défaut de garantie de représentation à l’audience (jugement).

Figure 3 Précaires et étrangers, une population à risque d’incarcération¹³



2.2.2 Un niveau scolaire faible :

On y retrouve majoritairement une origine socio-économique issue de milieu défavorisé⁵ ce qui va influencer sur plusieurs facteurs. Le niveau scolaire en premier lieu. Il est par exemple relevé un taux d’illettrisme aux alentours de 9.6% chez les détenus¹⁴. De même, plus de 80% des détenus présentent un bas niveau d’éducation scolaire.

Niveau scolaire déclaré à l'entrée de la détention en 2017-2018

Niveau scolaire (entrée détention)	Sans diplôme	DILF-DELF	CFG	Titre professionnel	CAP-BEP	DNB	Bac-DAEU	Supérieur	Total
En pourcentage de la population pénale	43,9 %	5,7 %	8,6%	1,3%	14,4 %	7,7 %	6,3%	2,7%	90,6%

Source : Enquête hebdomadaire de novembre 2017.

DILF : Diplôme initial de langue française
 DELF : Diplôme d'études en langue française
 CFG : Certificat de formation générale
 CAP : Certificat d'aptitude professionnelle

BEP : Brevet d'études professionnelles
 DNB : Diplôme national du brevet
 DAEU : Diplôme d'accès aux études supérieures

Figure 4 Niveau scolaire déclaré à l'entrée, 2017/2018 (manque 9.4% d'arrivants)

Ce faible niveau scolaire a de multiples implications. Sur une réinsertion future évidemment, mais au sein des établissements pénitentiaires en premier. Le fonctionnement d'un centre repose exclusivement sur l'écrit. Toutes les demandes doivent faire l'objet d'une requête écrite transmise à la hiérarchie : contacter son avocat, avoir un rendez-vous médical, passer un appel téléphonique, contacter un responsable. Pour tenter de remédier au fléau de l'illettrisme, des cours sont délivrés en priorité aux mineurs, aux personnes touchées par l'illettrisme et aux étrangers ne maîtrisant pas le français.

2.2.3 Les addictions :

Selon l'observatoire européen des drogues¹⁵, l'utilisation de drogues chez les prisonniers varie entre 2 à 56% selon les pays. Concernant la seule part d'utilisation de drogues intraveineuse, celle-ci oscille entre 2 et 38% d'utilisateurs contre 0.3% dans la population générale. Si tout le monde s'accorde sur la sur-représentation des toxicomanes en prison, il existe peu d'études véritablement exhaustives à ce sujet. La dernière revue de la littérature à ce sujet date de 2006¹⁶ et retrouvait une prévalence d'utilisation de drogues ou de dépendance entre 10 et 48% chez les hommes contre 30 à 60% chez les femmes.

De même, le fait de consommer de la drogue est un facteur de risque d'incarcération. Aux USA par exemple, 60% des personnes s'injectant de la drogue rapportaient un antécédent d'incarcération en 2014¹⁷. Il existe globalement une criminalisation de la consommation de drogue qui explique ces tendances. En témoigne l'existence de véritables camps d'enfermements pour toxicomanes en Birmanie¹⁸ ou la Rockefeller Drug Law aux USA¹⁹, qui condamne de 15 à 25 ans de prisons les personnes en possession d'une once (113g) de substance illicite.

2.2.4 Les comorbidités :

De façon générale, on retrouve un état de santé plus fragile que dans la population générale. En France, l'étude PREVACAR en 2011 a montré que la population VIH était d'environ 2% (contre 0.35%

en population générale). Il en est de même pour le VHC qui a une prévalence de 4.8% (contre 0.84% dans la population générale²⁰). On retrouve le même rapport en défaveur concernant la tuberculose où le taux d'incidence a été retrouvé à 245.2/100 000 par an, soit 30.6 fois l'incidence retrouvée en population générale.

Les pathologies psychiatriques représentent une part importante des comorbidités. Ainsi, dans une étude menée dans les prisons du Nord-Pas-de-Calais, de mars 2014 à avril 2017, les épisodes dépressifs, l'anxiété généralisée, la dépendance alcoolique et aux drogues touchent chacun environ une personne sur quatre, les troubles dépressifs récurrents une personne sur 6²¹. On retrouve globalement une sur-représentation des troubles anxieux, dépressifs, addictifs ou de la personnalité. De même, il existe une majoration du risque suicidaire. Cela a, entre autres, été illustré dans le centre pénitentiaire de Rémire Montjoly, avec un risque estimé à 13.2% parmi 707 patients²².

2.3 Le système de soins carcéral :

Depuis la loi du 18 janvier 1994, les soins apportés en prison ont été placés sous l'autorité du ministère de la santé via le service public hospitalier. Auparavant, les soins étaient régis par l'autorité pénitentiaire mais le risque infectieux (VIH surtout, ainsi que hépatites et tuberculose)²³ a mis à jour la nécessité d'un transfert de compétences du ministère de la justice vers celui de la santé. Les intervenants au sein des différentes unités médicales sont donc complètement indépendants de l'institution carcérale. La prise en charge médicale est essentiellement assurée par l'établissement de santé le plus proche qui l'intègre à part entière dans son projet d'établissement. Il existe néanmoins des règles pour la prise en charge médicale des personnes placées sous main de justice que l'on retrouve dans une circulaire actualisée en 2018⁹.

Cette prise en charge se réalise via différentes unités parmi lesquelles on retrouve : les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP, ex. UCSA.), les services médico-psychologiques régionaux (SMPR), les unités hospitalières spécifiquement aménagées (UHSA) et les unités hospitalières interrégionales (UHSI).

2.3.1 Les USMP :

Le dispositif de soins somatiques assure l'ensemble des consultations de médecine générale et de spécialités, dont les consultations dentaires et les prestations pouvant découler de celles-ci (prescription de prothèses, etc.). Ce dispositif assure les repérages et dépistages des personnes détenues à leur arrivée en établissement pénitentiaire, la permanence et la continuité des soins. Il coordonne les actions de prévention.

Le suivi médical de la personne détenue devrait comporter les consultations suivantes :

- **l'examen médical d'entrée des personnes détenues venant de l'état de liberté ;**
- **l'examen médical des personnes condamnées sortantes ;**
- les visites aux personnes détenues placées au quartier d'isolement ;
- les visites aux personnes détenues placées au quartier disciplinaire ou confinées dans une cellule ordinaire ;

2.3.2 L'examen médical d'entrée :

Il se réalise seulement avec le consentement du détenu et dans les 48h après l'admission au centre pénitentiaire. Il est important car il doit permettre de dépister les maladies contagieuses, au premier rang desquelles la tuberculose (la promiscuité du monde carcéral favorisant la contagion), mais aussi de proposer un dépistage VIH/VHB/VHC, toujours avec l'accord du patient. C'est aussi le moment de faire le point sur une pathologie préexistante et nécessitant un traitement au long cours. C'est fondamental car il n'est pas rare qu'une rupture thérapeutique ait lieu entre le moment de l'interpellation et la mise en détention. Il faut enfin détecter une conduite addictive qui pourrait nécessiter un sevrage et mettre l'accent sur la prévention du suicide. Le risque suicidaire est maximal en début d'incarcération, particulièrement chez les prévenus en attente de jugement (choc de l'incarcération, incertitude judiciaire). Ainsi, en 2010, on comptabilisait 34 suicides/ 10 000 prévenus, contre 13/10 000 chez les condamnés²⁴. De façon générale, le suicide en prison a une prévalence 7 fois plus élevée que dans la population générale.

2.3.3 L'examen médical de sortie :

Cette consultation est obligatoire elle aussi (pour les condamnées), à l'instar de l'examen d'entrée. Cela est d'autant plus vrai pour les malades ayant un suivi au long cours. C'est l'occasion de faire un résumé sur l'histoire médicale carcérale, remettre son dossier médical au patient et assurer un minimum de traitements suivant les situations et les accords courants entre l'administration pénitentiaire et l'USMP⁹. Théoriquement, un début de lien aura déjà été fait avec les équipes extérieures.

« La prise en charge médicale des personnes détenues prend tout son sens si elle s'inscrit dans un continuum, c'est-à-dire au-delà du séjour en prison. »⁹

Il doit y avoir une coopération entre le greffe, le SPIP et la Caisse primaire d'assurance maladie afin que l'ensemble des démarches administratives soit en cours concernant la protection sociale : Mise en place d'une ALD, AAH, PUMA, obtention d'un titre de séjour pour soins.

La synchronisation médico-sociale n'est pas chose aisée en prison. La coordination SPIP/USMP doit se réaliser suffisamment en amont de la sortie du détenu, en prenant en compte les éventuelles remises de peine. Parfois, les personnes apprennent leur sortie peu de temps avant celle-ci. A partir du moment où ils sont libérables, ils disposent de trois heures pour quitter l'établissement. Entre la priorité des condamnés qui est de sortir le plus rapidement possible, conjugué à un système qui ne facilite pas les visites médicales inopinées, les consultations de sortie ne sont malheureusement pas toutes réalisées.

2.3.4 La protection sociale :

La loi de 1994 a permis une avancée majeure, à savoir que l'ensemble des détenus est désormais affilié au régime général de la sécurité sociale. Cela est valable quel que soit le statut du détenu vis-à-vis de l'assurance maladie avant son incarcération ou son statut légal relatif au séjour des étrangers en France, qu'il soit prévenu ou condamné. Quelques points sont importants à souligner :

- Lors d'une affection longue durée reconnue pendant l'incarcération : c'est au médecin de l'unité de la déclarer et donc de remplir le formulaire *ad hoc*. Les modalités sont les mêmes que dans le droit commun.
- Accès à la PUMA : les personnes incarcérées ne disposent généralement que de peu de ressources et sont donc éligibles à la protection maladie universelle. Le médecin en charge doit la demander dès le début de l'incarcération. Les modalités sont les mêmes que dans le droit général.
- Protection sociale à la libération :
 - o Nationalité française : Retour à son régime d'affiliation d'avant l'incarcération
 - o Personnes en situation irrégulières : Il faut remplir une demande d'AME, mais le dossier sera complet uniquement lors de l'obtention du bon de sortie. Le médecin de l'unité peut en plus rédiger un certificat afin que le dossier, à déposer à l'organisme de sécurité sociale soit traité en priorité.

2.4 La réinsertion :

Rôle et missions des services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP)²⁵

Organes déconcentrés de l'administration pénitentiaire au niveau départemental, les SPIP sont placés sous l'autorité de directeurs fonctionnels d'insertion et de probation. Ils regroupent l'ensemble des travailleurs sociaux et disposent des moyens nécessaires à l'exercice de leur mission dans chaque département. Ils agissent en milieu ouvert ou en milieu fermé. Les SPIP participent à la prévention des effets désocialisant de l'emprisonnement sur les personnes détenues, en les aidant à préparer leur réinsertion sociale et en favorisant le maintien des liens sociaux et familiaux. Ils concourent à

l'individualisation des peines privatives de liberté et à la préparation des décisions de justice à caractère pénal. Ils assurent le contrôle et le suivi des personnes placées sous main de justice, qui leur sont confiées par les autorités judiciaires. Le rôle des conseillers est sensiblement différents suivant qu'il s'applique en milieu ouvert ou fermé :

En milieu fermé :

- Ils apportent l'aide utile au maintien des liens familiaux ; ils participent aux dépistages des problèmes d'indigence, d'illettrisme, de toxicomanie, etc. ;
- Ils proposent des mesures d'aménagement de peine au juge de l'application des peines ;
- Ils aident à la préparation à la sortie de prison.

En milieu ouvert :

- Ils mettent en œuvre toute intervention visant l'accès des personnes placées sous main de justice aux dispositifs d'insertion sociale et professionnelle dans un objectif de prévention de la commission de nouvelles infractions ;
- Ils s'assurent du respect des obligations imposées aux personnes condamnées à des peines restrictives ou privatives de liberté (semi-liberté, travail d'intérêt général, libération conditionnelle, placement sous surveillance électronique, etc.)

3. Le Virus de l'Immunodéficience Humaine :

3.1 Rappels physiopathologiques :

Le VIH, (ou plutôt les VIH), est un rétrovirus à ARN induisant un déficit immunitaire. La transmission se fait par voie hématogène (rapport sexuel, transfusion, materno-fœtal, seringues usagées). Une fois transmis, le VIH va se répliquer activement et diffuse dans l'organisme. Sa cible principale sont les lymphocytes T CD4. Le VIH détruit progressivement le système immunitaire par déplétion des cellules exprimant le récepteur CD4. Sans traitement, l'installation d'un déficit immunitaire cellulaire est inexorable chez plus de 90 % des patients. La vitesse de progression vers un déficit immunitaire sévère est variable et déterminée principalement par les caractéristiques génétiques de l'hôte et, possiblement, par des facteurs environnementaux dont l'exposition à des antigènes bactériens et parasitaires. Les premières manifestations infectieuses et/ou d'immunodépression surviennent dans un délai de quelques années (3 à 5 ans) après la primo infection et les infections opportunistes classant SIDA après une médiane de l'ordre de 6 à 7 ans.

3.2 Epidémiologie en population générale en France :

En France, en 2018, on estime que 172 700 personnes environ vivent avec le VIH¹ : 86% connaissent leur statut, 76% sont sous traitement et 74% ont une charge virale contrôlée. La prévalence en population générale est aux alentours de 0.26%, soit une incidence de 7.8 nouveaux cas pour 100 000 habitants par an en 2017 (à titre de comparaison nous étions à 8.5/100 000 en 2013.).

Les hommes ayant des rapports sexuels entre hommes (HSH) et les hétérosexuels nés à l'étranger -dont les 3/4 sont nés dans un pays d'Afrique subsaharienne- restent les deux groupes les plus touchés, avec respectivement 45% et 38% des découvertes en 2017. Les hétérosexuels nés en France et les usagers de drogues injectables représentent respectivement 15% et 1% des personnes infectées, des proportions stables depuis 2015.

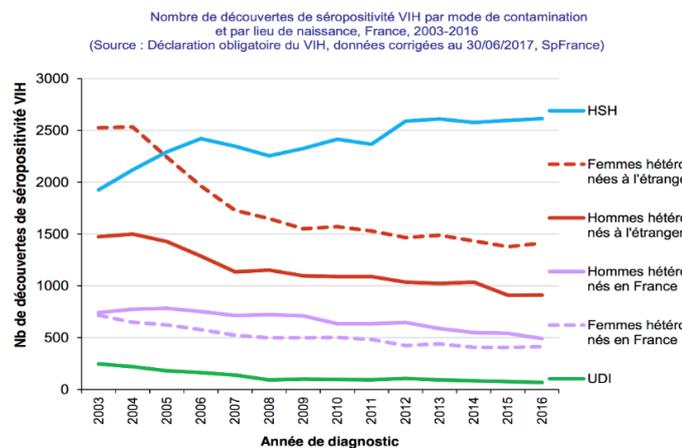


Figure 5 nombre de découverte de séropositivité VIH 2003-2016

De même, il existe une inégalité géographique importante, les territoires les plus touchés restant l'Ile de France et les départements français d'outre-mer, dont la Guyane française en premier lieu.

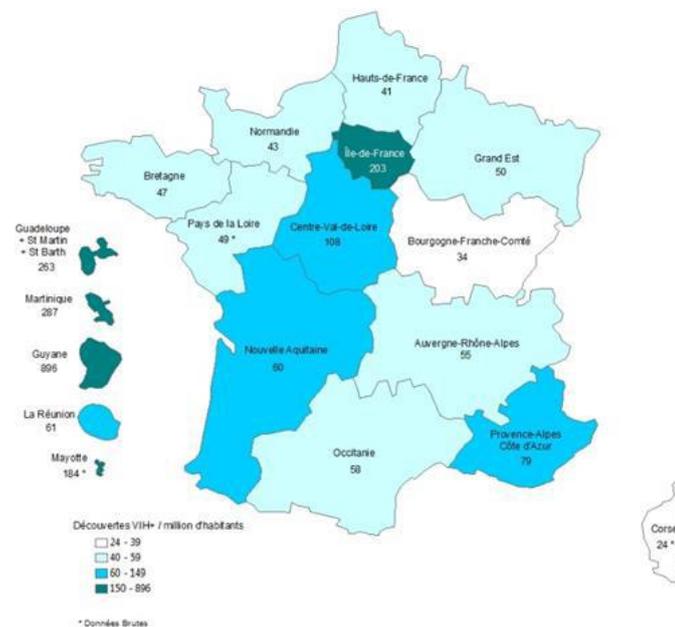


Figure 6 Taux de découvertes de séropositivité VIH par région (par million d'habitants), France, 2018²⁶

On le voit, l'incidence évolue peu ou plus depuis quelques années. L'une des causes serait le pourcentage de gens vivant avec l'infection et l'ignorant. Il n'est pas envisageable de faire diminuer la contamination sans augmenter l'efficacité du dépistage. Pour preuve, en 2017/2018, il semblerait que plus d'un quart des personnes diagnostiqués (28%) l'étaient à un stade avancé, c'est-à-dire avec des CD4 <200 mm³ ou au stade clinique de SIDA¹.

3.3 Données au niveau mondial

Les derniers chiffres publiés en 2019 par l'OnuSida rapportent qu'il y aurait 37.9 millions de personnes infectés par le virus du sida à travers le monde. On observe toutefois une grande disparité en fonction des continents, l'Afrique restant la région la plus touchée.

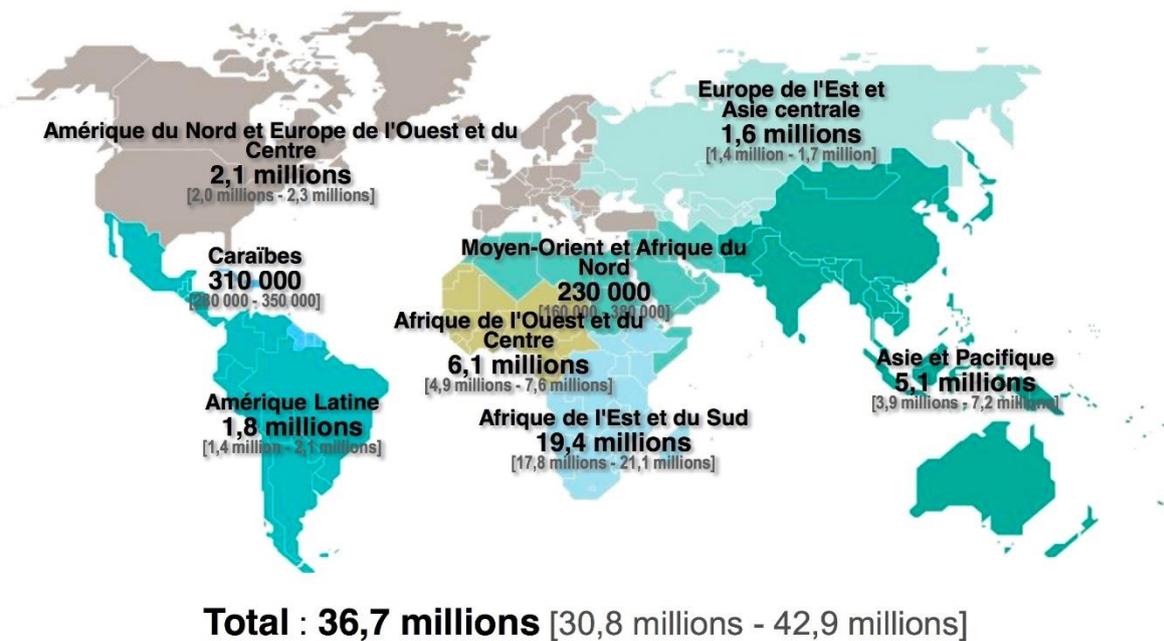


Figure 7 Personnes infectés fin 2016²⁷

75% de la population contaminée serait informée de son statut. Dans le même temps, l'accès aux antirétroviraux est effectif pour 23.3 millions de personnes soit un peu plus de 60% de personnes traitées²⁸ en 2019. De façon globale, on constate une amélioration des chiffres, que ce soit sur les nouvelles contaminations ou sur la mortalité. L'augmentation du nombre de personnes vivant avec le VIH est à mettre en lien avec à une diminution de la mortalité.

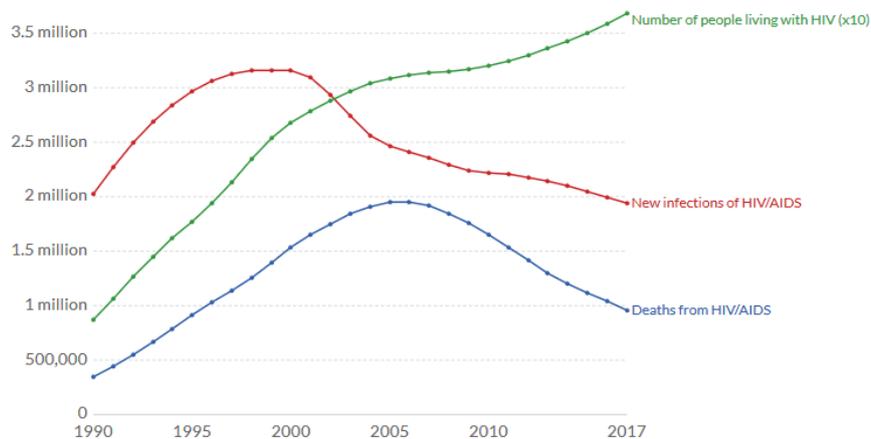


Figure 8 Prévalence, nouveaux cas et décès par le VIH dans le monde²⁹

4. VIH et Prison, une histoire complexe :

4.1 Un aperçu à travers le monde :

En 2017, il y avait 10.74 millions de prisonniers à travers le monde³⁰. En termes de rapport pour 100 000 habitants, le trio de tête se composait des Seychelles, suivi des USA puis Saint Kitts & Nevis avec respectivement 799, 698 et 608 personnes incarcérées pour 100 000 habitants. La France métropolitaine a un rapport de 95 incarcérés pour 100 000 habitants et la Guyane française 277 pour 100 000³⁰.

On estime que la prévalence du VIH (mais aussi des infections sexuellement transmissibles type hépatites B et C, et la tuberculose) serait deux à 10 fois supérieure en milieu carcéral que dans la population générale selon les pays³¹. Les détenus cumulent les difficultés socio-économiques. Drogues, prostitution, conditions de vie difficiles voire précaires sont autant de déterminants qui vont favoriser la contamination par le VIH. A cela s'ajoutent les difficultés intrinsèques à l'incarcération, à savoir des locaux souvent vétustes et inadaptés, la surpopulation carcérale, la violence, la corruption... Selon une série d'articles publiés par le Lancet en 2016, les prévalences du VIH (ainsi que les autres maladies infectieuses) les plus élevées se rencontrent en Afrique, Europe de l'Est et Asie Centrale³². L'Amérique Latine aurait une prévalence moindre du fait d'un faible taux d'utilisateurs de drogues intraveineuses.

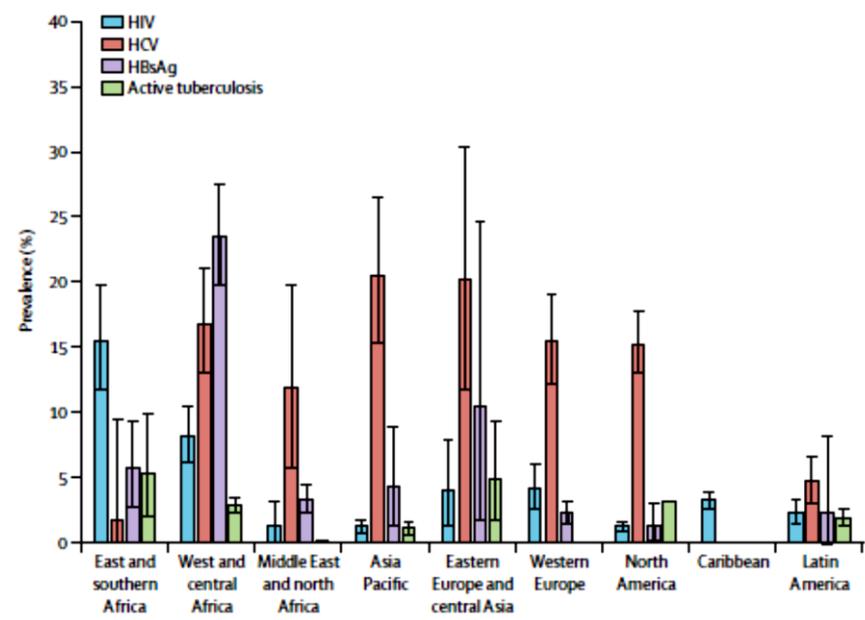


Figure 9 Prévalence VIH/VHB/VHC/Tuberculose dans le monde carcéral 2015

L'OMS préconise une série de 15 mesures afin de lutter contre ces épidémies (*Annexe 1*). On peut noter des résultats probants dans certains cas. Par exemple, l'Iran a mis en place une politique de substitution aux opioïdes dans les années 2000, passant le nombre de détenus sous méthadone de 100 à 25 000³³. Cela s'est traduit par une chute de l'incidence du VIH intra carcérale qui est passée de 18.2% en 2003 à 2.3% en 2007.

Le déploiement de ces interventions reste hétérogène à travers le monde. Les discriminations envers les populations ciblées, ou simplement les manques de moyens pour financer les ARV, qui ne sont disponibles que dans un tiers des prisons du monde³⁴, sont autant de facteurs limitants une prise en charge optimale. De façon générale, on estime que seuls 6 pays respectent les préconisations de l'OMS³⁵

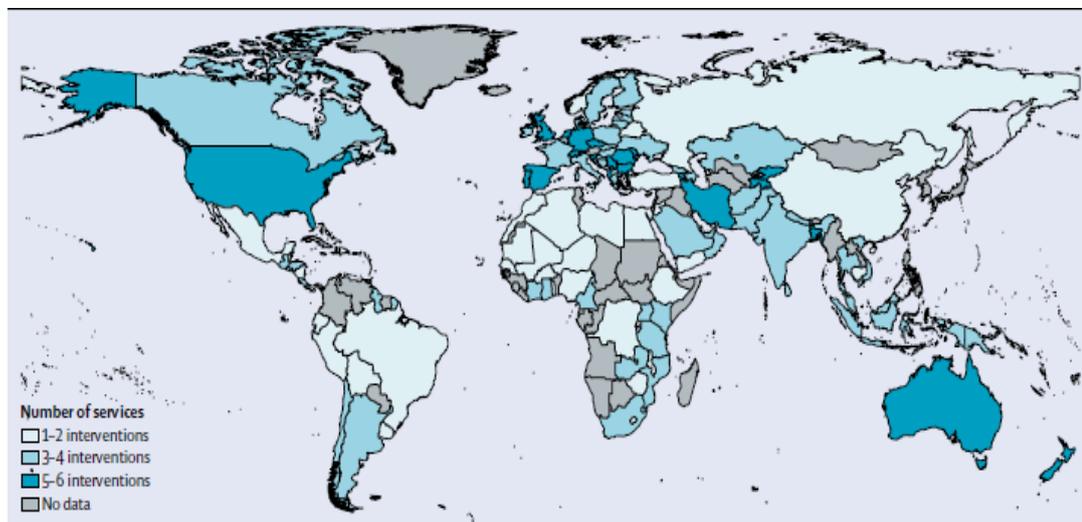


Figure 10 Mise en place des interventions clés pour la prévention du VIH/VHB/VHC, 2008-2015

4.2 Portrait du détenu VIH :

Comme vu plus haut, il existe de grandes disparités de prévalence du VIH chez les détenus dans les différents pays. Globalement, la prévalence mondiale se situerait aux alentours de 3% (pour une prévalence dans la population générale de 0.5%). Les facteurs de risque de VIH en intra carcérale sont logiquement superposables aux facteurs de risques d'incarcération, à savoir : ^{31 36}

- Les minorités ethniques
- Les personnes issues de milieux sociaux défavorisés
- Les utilisateurs de drogues intraveineuses
- Les travailleurs du sexe
- Les malades mentaux
- Et... les antécédents d'incarcérations !

4.3 Les temps de l'incarcération, principale variable sur le traitement :

4.3.1 Le début d'incarcération/ Autour de l'arrestation :

C'est le temps le plus à risque concernant la prise en charge VIH car il est souvent source d'arrêt de traitement pour les personnes sous TARV³². Les personnes sont en attente de leur jugement et/ou procès, ce qui est un motif d'anxiété majeur et donc un moment peu propice pour une consultation d'annonce ou le démarrage d'un traitement. Par ailleurs, la surpopulation et donc le défaut de confidentialité en maison d'arrêt sont autant de facteurs d'inobservances. On peut ajouter à cela les personnes libérées immédiatement au décours du procès et pour lesquelles aucune prise en charge n'a pu être établie. Une étude sur les « jails » aux USA (l'équivalent de nos maisons d'arrêt) a montré qu'une durée de détention de 14 jours minimum permettait d'obtenir une sérologie et un décompte de CD4. La mise sous traitement intervenait elle après 60 jours³⁷.

4.3.2 La détention :

Dans le cas où les TARV sont disponibles, elle représente le moment propice au traitement. On peut par exemple citer cette étude italienne de 2015³⁸ ayant inclus 338 patients VIH dont 83.3% furent traités par TARV pendant l'incarcération. Il en résulte que 73.5% d'entre eux avait une charge virale indétectable et des taux de CD4 supérieurs à 350/mm³ pour 66.4% d'entre eux.

En France, il existe depuis 2018 une nouvelle circulaire de recommandation concernant le dépistage qui doit être systématiquement proposé à l'entrée en détention. L'enquête PREVACAR³⁹ de 2011 révélait que ce dépistage était proposé dans 93% des cas. En cas de dépistage positif, les bonnes pratiques de prise en charge sont codifiées par le rapport MORLAT¹¹ qui préconise un traitement par ARV systématique, quel que soit le nombre de CD4.

4.3.3 La sortie de détention :

Elle représente la pierre angulaire de la prise en charge et c'est pourtant la période la plus complexe à gérer. De multiples variables entrent en jeu et celles-ci sont bien souvent les mêmes que les facteurs de risque d'incarcération à savoir :

- Être sans emploi et sans domicile
- L'isolement familial,
- L'utilisation de drogues intraveineuses ou d'autres addictions,
- L'absence d'une couverture santé,
- L'appartenance à une minorité,
- Le fait d'avoir déjà été sous ARV.

- Souvent un état de stress post traumatique⁴⁰ avec toutes les manifestations que cela implique : rechute vis-à-vis de la drogue, suicide, récidive.

Une étude réalisée à Dallas parue en 2018⁴¹ mesurait le pourcentage de consultations spécialisées à 90 jours des personnes VIH sortantes d'un centre de détention. Le résultat était de 34% de liens effectués à 90 jours. Les facteurs prédictifs négatifs principaux relevés étaient, selon eux, l'existence d'une pathologie psychiatrique, le fait de ne pas avoir de logement et l'abus de substances.

Des pistes sont néanmoins étudiées pour favoriser le maintien dans le soin. On peut par exemple citer cette étude de 2019⁴² réalisée dans le Wisconsin sur 170 patients répartis en deux groupes. Pour le groupe test, il a été mis en place un programme dédié avec un management personnalisé pour chaque ancien détenu, comportant une personne dédiée aux consultations VIH, l'existence d'anciens détenus « référence » en soutien. Le résultat s'est avéré plus que probant puisqu'on relevait un maintien dans le soin de 84% par rapport au groupe standard qui s'élevait (tout de même) à 60%.

Dans le même ordre d'idée, Springer décrit des mesures importantes encadrant la sortie des patients VIH à leur sortie d'incarcération⁴³, tel que la mise en place d'un traitement substitutif pour les patients toxicomanes, la prise en charge des troubles psychiatriques ou ce qu'elle appelle « intensive case management », que l'on peut expliquer comme un accompagnement personnalisé pour chaque détenu.

En France, on l'a vu, la sortie de détention est censée être encadrée de façon assez précise par la circulaire de 2018. Examen médical systématique, lien avec les équipes extérieures, délivrance de traitements. La pratique se révèle plus complexe. Pour exemple, le travail d'Alice Merceron et de Florence Huber en 2014⁴⁴ qui relevait une surmortalité parmi la population VIH sortant de prison, avec une incidence de 44.2/1000, soit plus du triple que celle retrouvée en population générale (14.8/1000.)

5. La Guyane :

5.1 Présentation du territoire :

La Guyane est un territoire français d'outre-mer situé en Amérique du sud s'étendant sur une superficie de 83 846 km². Elle est frontalière de 2 pays, le Suriname à l'Ouest et le Brésil à l'Est. Elle est essentiellement composée d'une vaste forêt équatoriale, bordée de mangroves le long de l'océan Atlantique. On y retrouve 22 communes, essentiellement situées sur le littoral, le long des grands fleuves et dans les estuaires. Historiquement habitée par plusieurs ethnies amérindiennes, on estime que leur nombre s'élevait à 30 000 personnes au 17^{ème} siècle⁴⁵. Avec des traces archéologiques datant du Vème millénaire avant notre ère, elle a connu ses premières tentatives de peuplement via l'esclavage tout d'abord à partir du 17^{ème} siècle. Puis elle fut un lieu de déportation politique durant la révolution française. Cette « tradition » de déportation s'est pérennisée avec l'avènement du bagne au 19^{ème} siècle, officiellement pour pallier au manque de main d'œuvre, mais surtout pour débarrasser la métropole de ces indésirables.

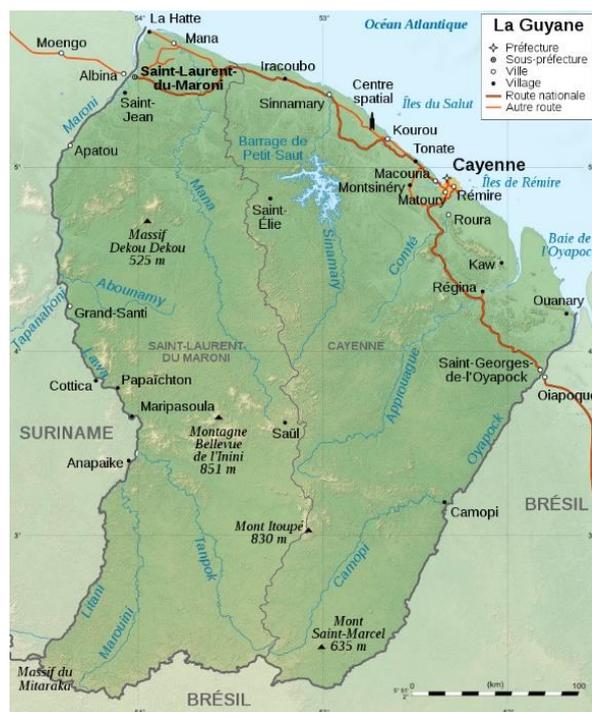


Figure 11 Carte de la Guyane et ses communes

5.2 Démographie :

En 2019, on compterait 296 711 habitants présents sur le territoire⁴⁶, ce qui représente une densité de population de 3.54 personnes/km². De nombreuses communautés co-existent, représentant au moins une vingtaine de nationalités, parmi lesquelles on retrouve les créoles guyanais (environ 40% de la population), les descendants des Noirs Marrons (aussi appelés Bushinengués), les

Amérindiens, les H'mongs (originaires du Laos), les français d'origine métropolitaine, mais aussi des chinois, libanais, surinamais, guyaniens, haïtiens, brésiliens...

Les derniers chiffres datant de 2016 faisaient état de 82 669 personnes immigrées en Guyane⁴⁷, soit plus d'un quart de la population présente. Cette immigration est avant tout régionale et s'explique par le niveau de vie français, attractif pour les ressortissants des pays environnants, avec en tête, le Suriname, le Brésil et Haïti. L'immigration brésilienne, la plus ancienne, s'est développée dès les années 60. Les flux migratoires en provenance du Suriname ont eux fortement augmenté durant la guerre civile dans ce pays (1982-1992), alors que l'immigration haïtienne entamée dans les années 80 avec les premiers troubles politiques s'est accrue dans les années 90 avec les regroupements familiaux et s'accroît encore aujourd'hui au vu de l'instabilité de l'île.

Tous ces facteurs offrent un dynamisme démographique sans commune mesure avec la métropole. En effet, on recensait en 2018 un taux de natalité de 26.4 pour 1000 habitants⁴⁸ (contre 11.3 pour 1000 en métropole). De même, la part des moins de 25 ans représentait au premier janvier 2019 48.1% de la population (contre 29.7% en métropole)

5.3 Une réalité socio-économique difficile :

Si la Guyane se démarque par le dynamisme de sa population, la situation socio-économique est à l'opposée. En 2015, toujours selon l'INSEE, le produit intérieur brut par habitant s'élevait à 15 853 euros par an et par habitant, contre 32 967 euros en métropole⁴⁹. Les chiffres du chômage retrouvent un taux de 39.2% de chômeurs chez les moins de 25 ans⁵⁰. L'activité économique en Guyane s'est développée sur la bande côtière où l'on trouve les villes les plus importantes (Cayenne, Kourou, Saint-Laurent-du-Maroni, Remire-Montjoly, Matoury). Elle tourne autour d'un secteur traditionnel (bois, pêche, bâtiment, travaux publics, or) et d'un secteur de pointe représenté par le Centre Spatial Guyanais situé à Kourou. Malheureusement, les possibilités d'emplois n'en restent pas moins rares.

6. Le VIH en Guyane :

6.1 Epidémiologie :

La prévalence du VIH en Guyane est l'une des plus importantes retrouvée en France, estimée à 1.7% contre 0.5% en métropole⁵¹ Cela représente un total de 3300-3500 patients vivant avec le VIH⁵².

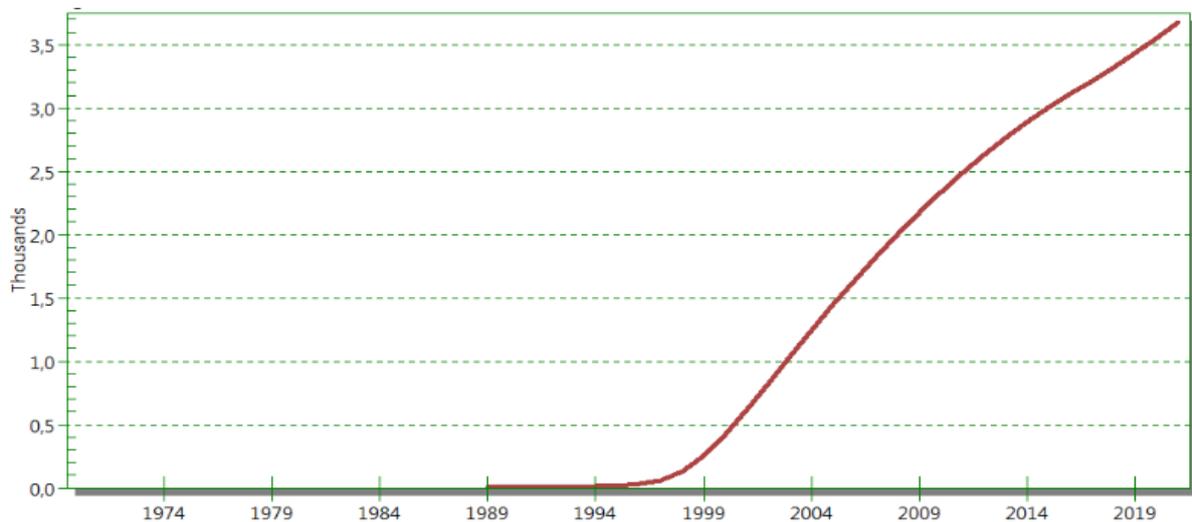


Figure 12 Evolution du nombre de personnes VIH en Guyane connaissant ou non leur statut

Selon le rapport du COREVIH⁴⁷, en 2017 sur l'île de Cayenne, il y avait 1186 personnes touchées par le VIH. Parmi elles, une large proportion était née à l'étranger, dont 45.1% en Haïti. 91.9% des patients étaient sous traitements et parmi les 803 patients où les données étaient disponibles, on notait une charge virale contrôlée pour 93.8% d'entre eux. On peut noter que pour la majorité des personnes nées à l'étranger, la contamination se ferait sur le territoire Guyanais.

6.2 L'offre de soins en Guyane :

6.2.1 Les structures hospitalières :

On retrouve 3 structures publiques, réparties chacune dans les 3 grandes villes du littoral :

- Cayenne (Centre Hospitalier Andrée Rosemond),
- Kourou (Centre Hospitalier de Kourou)
- Saint Laurent du Maroni (Centre Hospitalier de l'ouest guyanais)

Il existe en plus deux autres structures privées, localisées à Cayenne.

Si les centres de soins principaux sont installés sur le littoral, il est important de souligner qu'il existe tout un maillage de centres de santé délocalisés en communes isolés (CDPS) permettant de traiter l'ensemble de la population guyanaise.

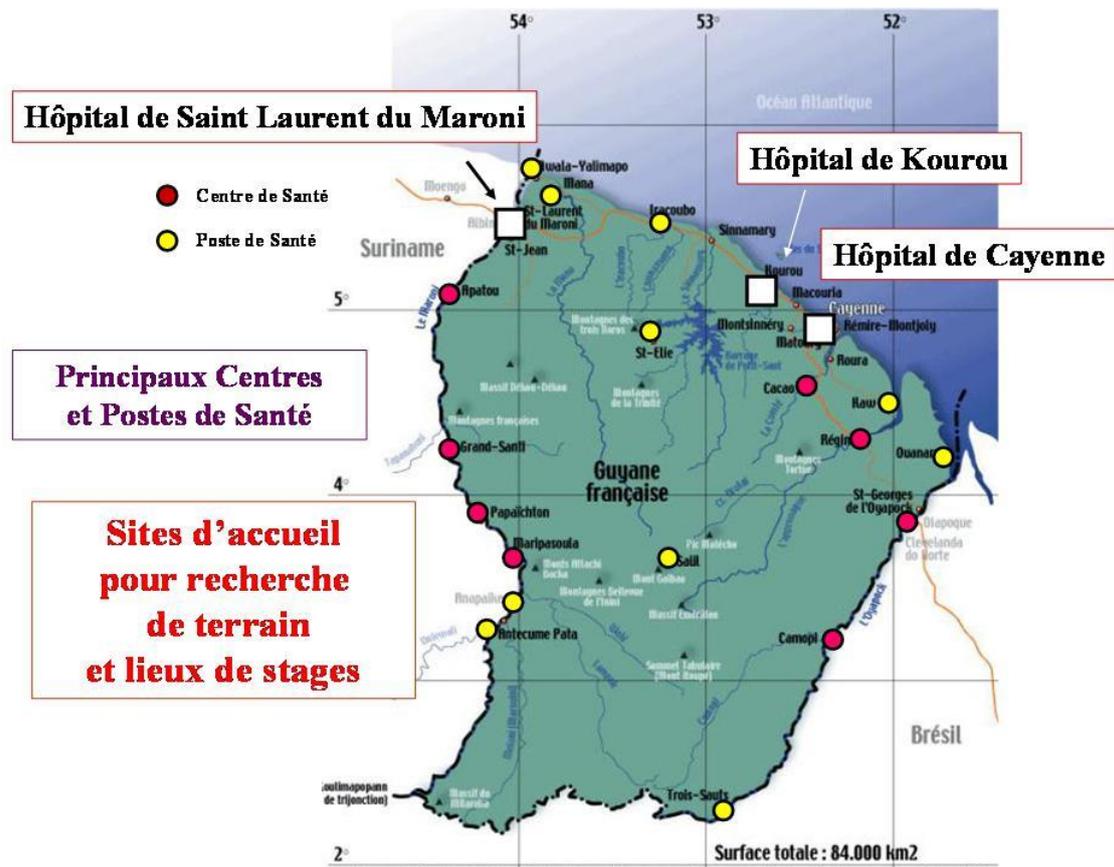


Figure 13 Structures de soins en Guyane

La situation de la médecine libérale est compliquée. En médecine générale on compte 44 médecins généralistes pour 100 000 habitants contre 85 en métropole. Il en est de même au niveau des spécialités. Par exemple, les psychiatres, chirurgiens-dentistes et ophtalmologistes présentent également une faible densité comparée aux standards métropolitains, respectivement 89 %, 64 % et 61 % de moins qu'en France métropolitaine.⁵³

6.3 Prise en charge du VIH :

Les soins sont assurés pour la plupart des patients par les structures hospitalières. L'ensemble de la lutte contre le VIH et les autres IST sont coordonnées par le COREVIH. Par ailleurs, il existe un large secteur associatif assurant la promotion de la santé et offrant des possibilités de dépistages, d'informations auprès du grand public, et d'accompagnement des pVIH (ENTRAIDES/AIDES/ADER/KIKIWI/DAAC).

7. Le Centre pénitentiaire de Rémire-Montjoly

7.1 Configuration

Le centre pénitentiaire de Rémire-Montjoly, ouvert le 18 avril 1998, est implanté sur un terrain de 25 hectares, à 3 km du centre de Rémire-Montjoly. Il est composé de 3 quartiers « maison d'arrêt » hommes majeurs ; 1 quartier « maison d'arrêt » femmes ; 1 quartier « maison d'arrêt » mineurs et arrivants; 4 quartiers « centre de détention » ; 1 quartier semi-liberté. Pour chacun de ces quartiers on peut relever au premier janvier 2019 un taux d'occupation⁵⁴ de :

- *Maison d'arrêt pour femmes* : 16 cellules pouvant accueillir 30 femmes. Au premier janvier 2019, on comptait 49 personnes, soit **163.3% d'occupation**
- *Maison d'arrêt pour hommes* : 130 cellules pour 263 places. Au premier janvier 2019, 427 personnes hébergées, soit **162.3% d'occupation.**
- *Mineurs hommes* : 19 cellules pour 21 places. Au premier janvier 2019, 2 personnes hébergées, soit 9.5% de taux d'occupation.
- *Semi-liberté pour hommes* : 4 cellules pour 20 places. Au premier janvier 2019, 2 personnes hébergées, soit 10% d'occupation
- *Centre de détention pour hommes* : 170 cellules pour 295 places. Au premier janvier 2019, on comptait 275 personnes hébergées soit **93.2% de taux d'occupation.**
- *Centre de détention pour femmes* : 15 cellules pour 5 places. Au premier janvier 2019, 31 personnes hébergées, soit un **taux d'occupation de 124%.**

7.2 Présentation de l'USMP :

7.2.1 Les soins :

Rattachée au centre hospitalier Andrée Rosemond, elle comptait en 2018 4 médecins généralistes et/ou urgentistes assurant les consultations quotidiennes, soit 5530 consultations réalisées sur l'année. En plus de ces 4 médecins, on trouve 6 équivalents temps pleins infirmiers. Il faut ajouter à cette équipe, deux médecins assurant les consultations d'infectiologies, à raison de 3 consultations par mois, ainsi qu'une vacation assurée par un chirurgien orthopédiste par mois. Il y a en plus une à quatre vacations d'odontologies par semaine, assurée par les dentistes du CHAR.

7.2.2 La population :

N.B : L'ensemble des données qui vont suivre sont tirées du rapport d'activité 2018 de l'USMP, établi par le Dr PASTRE².

On dénombre 2 049 séjours carcéraux (72 détenus ayant été incarcérés plusieurs fois au cours de l'année 2018) pour 1 974 détenus dont 282 femmes (14.28%) répertoriés à l'UCSA en 2018. Pour

1967 détenus pour lesquels l'information est disponible, 60.5% des détenus étaient incarcérés pour la 1ère fois, soit 39.5% de détenus récidivistes. 18.8% des détenus avaient été incarcérés 3 fois et plus. En termes d'âge **78,3% des détenus avaient entre 18 et 40 ans.**

On rencontre 25 nationalités au sein du centre pénitentiaire, parmi lesquelles se dégagent 4 grands groupes : français (47.1%), surinamais (17.4 %), brésiliens (13.1 %), guyaniens (9,4 %), formant à eux quatre 87% du contingent de détenus. Cette particularité pose notamment le problème de la communication entre les détenus et les intervenants de santé. Pour preuve seulement 38,9% des Brésiliens, 39% des Surinamais et 53,7% des Guyaniens parlent le français. La présence d'un interprète est loin d'être systématique, ce qui peut être problématique pour l'élaboration d'un protocole de soins par exemple, ou tout simplement pour l'explication d'une pathologie chronique (à fortiori le VIH).

7.2.3 Comorbidités :

La population carcérale cumule les facteurs de risques socio-économiques en lien avec des facteurs de risques médicaux et des comorbidités :

- **Les addictions** : Toujours selon le rapport d'activités 2018, 44.2% des personnes incarcérées révèlent une consommation de drogues. Sur les 1763 détenus interrogés, 36,6% (645 détenus) sont consommateurs de cannabis, 2,4 % (43) sont consommateurs exclusivement de crack, 5,2 % (91) consomment crack + cannabis. A noter que tabac et alcool n'ont pas été comptabilisés, ce qui augmenterait vraisemblablement encore les chiffres.
- **Tuberculose** : En 2018, il a été comptabilisé 11 cas d'infections de tuberculose latente (ayant bénéficié de 3 mois de traitement) et 11 cas de tuberculose pulmonaire. 748 radiographies ont été pratiquées dans le cadre du dépistage systématique lors de la visite d'entrée qu'il existe ou non des signes d'appels.

8. Matériel et méthode

8.1 Type de l'étude

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective. Nous avons réalisé une cohorte rétrospective à partir des patients libérés du centre pénitentiaire de Rémire-Montjoly entre 2014 et 2019. L'objectif principal était de décrire le retour en consultation spécialisée ainsi que le suivi de traitement ARV après la sortie d'incarcération. Les objectifs secondaires étaient de décrire le profil des pvVIH incarcérées durant la période 2014-2019, en le comparant à la période antérieure (2007-2013), ainsi que les événements indésirables post-carcéraux (décès, passage aux urgences, infections opportunistes, hospitalisations).

8.2 Lieu de l'étude

L'étude a été menée sur le territoire guyanais :

- A l'UCSA du centre pénitentiaire de Rémire-Montjoly où les dossiers médicaux ont été consultés.
- Dans les 3 hôpitaux de Guyane ; Centre Hospitalier Andrée Rosemon (CHAR) à Cayenne, Centre Hospitalier de Kourou (CHK) et Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais (CHOG) à Saint Laurent du Maroni. Le recueil de données concernant les consultations spécialisées VIH des Centre de Santé a également été consulté. Pour la médecine de ville, le registre du Dr Magnien a été consulté, c'est le principal médecin généraliste à assurer un suivi des pvVIH en ville (environ 200 patients).
- Les registres de décès des principales communes de Guyane : Cayenne, Kourou, Saint Laurent du Maroni, Matoury, Rémire-Montjoly, Macouria, Maripasoula et Saint Georges ont été consultés. Ces communes représentaient environ 197 000 habitants, soit plus de 80% de la population guyanaise.

8.3 Population étudiée

Tous les patients libérés du centre pénitentiaire de Rémire-Montjoly entre le 01.01.2014 et le 31.04.2019 et présentant une sérologie VIH positive ont été inclus.

Critères d'inclusion

- Patients ayant une sérologie VIH positive à l'entrée en détention
- Patients ayant été libérés du centre pénitentiaire de Rémire-Montjoly entre le 01.01.2014 et le 31.04.2019 (les patients ayant été transférés pendant l'incarcération n'ont pas été inclus).
- Patients majeurs (âge supérieur à 18 ans au début de l'incarcération de référence)
- Patients incarcérés pour une durée supérieure à 30 jours

8.4 Aspect éthique

Toutes les données ont été anonymisées et traitées dans le respect du secret médical.

La plupart des données épidémiologiques, biologiques, cliniques et thérapeutiques ont été collectées à partir du logiciel NADIS. Les patients recensés sur NADIS ont signé un consentement préalable éclairé, les données de cette base sont de cette manière approuvées par la CNIL (Commission Nationale Informatique et Liberté). L'ensemble des données ont été répertoriées via Excel et traité avec le logiciel Stata 12.

8.5 Définition des variables mesurées

L'incarcération de référence (IR) est la première incarceration dont la durée était supérieure à 1 mois et dont la libération a eu lieu entre le 01.01.2014 et le 31.04.2019.

Les données collectées sont :

- Caractéristiques sociodémographiques : sexe, âge, pays de naissance, nombre d'enfants, niveau d'étude, logement.
- Caractéristiques des incarcérations : nombre d'incarcération antérieure à l'IR, date d'entrée et de sortie de l'IR.
- Antécédents : antécédents d'addiction, antécédents psychiatriques, antécédents chirurgicaux, antécédents médicaux, infection sexuellement transmissible, sérologies.
- Histoire de l'infection VIH : date de découverte, lieu de découverte, infections opportunistes majeures (stade C).
- Incarcération de référence et VIH : stade CDC, taux de CD4, taux de charge virale, nombre d'hospitalisations, infection opportuniste, traitement antirétroviral.
- Devenir après incarceration de référence : première consultation spécialisée après la sortie, décès, réincarcération.
- La survenue d'événements dans les intervalles suivant J45 (M0-M3), M6 (M3-M9), M12 (M9-M15), M18 (M15-M21), M24(M21-M27): consultation spécialisée, charge virale, prise de TARV, nombre de passages aux urgences , nombres et durée d'hospitalisations, réincarcérations et décès.

Nous avons défini :

- Vrais perdus de vue : aucune consultation, ni passage aux urgences, ni hospitalisation depuis la sortie de l'IR.

- Perdus de vue VIH : aucune consultation spécialisée, ni hospitalisation en lien avec le VIH, mais hospitalisation ou passage aux urgences pour un autre motif observé.
- Les patients ayant eu de courtes ruptures de traitement secondaires aux procédures judiciaires (garde à vue, procès...) ont été comptabilisés comme sous traitement à l'entrée.

8.6 Recueil des données

Le recueil des données a été réalisé à partir du dossier patient informatisé NADIS, disponible à l'échelle du département.

Le recueil rétrospectif des données concernant le suivi a été réalisé à partir des dossiers des archives de l'UCSA pour les données concernant les caractéristiques socio-économiques et médicales ainsi que l'histoire carcérale.

Les données concernant le suivi post-carcéral ont été collectées à travers les dossiers du CHAR (informatisé, logiciel CORA), du CHK et du CHOG.

Le recueil de données a eu lieu de juin à fin octobre 2019, ce qui a permis un horizon de suivi d'au moins 6 mois pour les derniers patients libérés et jusqu'à 4 ans et 10 mois pour les premiers sortis en 2014.

Les antécédents médicaux non répertoriés dans les dossiers consultés ont été considérés comme absents par défaut.

9. Résultats

9.1 Description de la population

9.1.1 Caractéristiques socio-démographiques

L'ensemble des caractéristiques est résumé dans le tableau numéro 1. Le sexe-ratio est de 4.9 en faveur des hommes. Nous avons recensé dix pays de naissance, la France étant le pays avec le plus de représentants. Globalement, les 4 principaux pays contributeurs sont (dans l'ordre), la France, le Guyana, le Suriname et le Brésil, représentant 92.1% de l'effectif.

Les personnes âgées de plus de 30 ans représentent 92% de la population de notre étude. On recense 38.3% de personnes ne déclarant pas de logement (ou résidant en squat). Le niveau d'éducation retrouve 33% de patients ayant un niveau inférieur ou égal au collège, en sachant que 54% des données collectées dans ce domaine sont manquantes (différence de système scolaire entre les différents pays). 4.5% des patients sont allés jusqu'au lycée et 3.4% ont un niveau bac. Enfin, 4.5% déclarent une formation professionnelle, type BEP ou CAP.

Tableau 1: Caractéristiques sociodémographiques des personnes infectées par le VIH sorties du centre pénitentiaire de Rémire-Montjoly entre le 01/01/2014 et le 01/04/2019

		N (N= 89)	%
SEXE	Homme	74	83.1
	Femme	15	16.9
AGE MEDIAN	43.9		
TRANCHES D'AGE	Moins de 30 ans	7	7.9
	Entre 30 et 40 ans	30	33.7
	Entre 40 et 50	29	32.5
	Entre 50 et 60	15	16.9
	Supérieur 60	8	9
PAYS	France	29	32.6
	Guyana	23	25.8
	Suriname	20	22.5
	Brésil	10	11.2
	Rép. Dominicaine	2	2.2
	Sainte Lucie	2	2.2
	Pakistan	1	1.1
	Hollande	1	1.1
	Haïti	1	1.1

NOMBRE D'ENFANTS	0	15	16.9
	1	17	19.1
	2	15	16.9
	3	15	16.9
	>3	25	28.1
	N.R	2	2.1
EN COUPLE	Oui	36	40.4
	Non	51	57.5
	N.R	2	2.1
LOGEMENT	Oui	50	56.2
	Non	31	34.8
	N.R	8	9

9.1.2 Profil carcéral

56.3% des détenus ont un antécédent d'au moins une incarcération. La durée moyenne de l'incarcération de référence est de 20.4 mois (IC 95% [14.6 ; 26.2] et la médiane à 10.6 mois. Plus de la moitié d'entre eux (52.2%) ont une incarcération de référence d'une durée inférieure à un an.

Tableau 2: Antécédent d'incarcération avant l'IR et durée de l'IR

		N=89	%
NOMBRE D'INCARCERATION	0	38	43.7
	1	17	19.5
	2	7	8
	3	4	4.6
	4 ou plus	21	24.2
	DUREE	Moyenne (<i>en mois</i>)	20.4
Médiane (<i>en mois</i>)		10.6	
<3mois		7	8
3-12 mois		39	44.2
1-5ans		35	39.8
>5ans		7	8

9.2 Histoire médicale

9.2.1 Addictions

Plus des deux tiers des personnes souffrent d'au moins une addiction. L'addiction la plus fréquemment retrouvée est le tabac, pour 50% des patients. Par ailleurs, 29,2% des patients de la cohorte se révèlent être consommateurs de crack.

Tableau 3 Les différentes addictions retrouvées chez les détenus (plusieurs réponses possibles)

	N=89	%
ADDICTION	59	66.3
TABAC	45	50.6
ALCOOL	31	34.8
CRACK	26	29.2
KALI	33	37.1

65,4% des personnes consommant du crack sont aussi consommateurs de tabac, mais de façon non significative ($p=0.16$). De même 50% consomment de façon concomitante crack et kali, là aussi sans relation significative ($p=0.25$)

En revanche, le fait de ne pas avoir de logement était corrélé au risque d'addiction, puisque que 90.3% des SDF possèdent au moins une addiction contre 52% des personnes déclarant un logement ($p=0.001$).

Chez les consommateurs de crack, on retrouve :

- 88.5% d'incarcérations antérieures chez ces utilisateurs contre 44.4% chez les non-consommateurs ($p<0.001$).
- 92.3% d'hommes contre 7.7% de femmes ($p=0.21$)
- 60% des patients ayant un antécédent de tuberculose avant l'IR sont des consommateurs de crack ($p=0.01$) et 34.6% des consommateurs de crack ont un antécédent de tuberculose.

9.2.2 Antécédents médicaux avant l'incarcération de référence

Les antécédents les plus fréquents dans notre population sont les infections opportunistes à hauteur de 21.3%, parmi lesquelles la tuberculose, avec une prévalence dans notre population de 16.9%.

Tableau 4 Antécédents médicaux pertinents

	N=89	%
VHB*	4	4.5
VHC	2	2.2
HTLV1	2	2.2
HTA	8	9
DIABETE	6	6.7
IRC	11	12.4
EPILEPSIE	2	2.2
ASTHME	1	1.1
AUTRE	10	11.2
IST	8	9
INFECTION OPPORTUNISTES	19	21.3
TUBERCULOSE	15	16.9

*Présence de l'Ag Hbs

En analyse bivariée, on remarque que :

45,5% des insuffisants rénaux sont hypertendus (p=0.001)

9.3 Histoire du VIH :

Tableau 5 Durée de l'infection en sortie d'IR en année suivant les pays de naissances

	DUREE INFECTION (MOY EN ANNEE)	IC 95%
GENERALE	11.04	[9.86 ; 12.23]
FRANCE	12.25	[9.74 ; 14.8]
GUYANA	12.5	[10.45 ; 14.5]
SURINAME	9.25	[6.65 ; 11.85]
BRESIL	8.7	[5.19 ; 12.21]

La durée moyenne d'infection toutes populations confondues est mesurée à 11.04 années IC 95% [9.86 ; 12.23]. La médiane se situe elle à 10 ans.

9.3.1 Dépistage

Le dépistage extra carcéral est de 50.6% contre un dépistage intra carcéral dans 49.4% des cas (p=0.054). Il n'existe pas d'influence du pays de naissance sur le lieu du dépistage. Les personnes nées en France ont, par exemple, un dépistage en intra carcéral dans 44.4% des cas contre 51.7% pour les personnes nées à l'étranger (p=0.64). 15.7% des patients ont été diagnostiqués positifs durant l'incarcération de référence.

9.3.2 Stade CDC / Critères virologiques

Tableau 6 Comparaison stades cliniques entrée/sortie

STADE CDC	ENTREE		Sortie	
	N=89	%	N=89	%
A	2	2.3	2	2.3
A1	12	13.5	10	11.2
A2	28	31.5	30	33.7
A3	20	22.5	20	22.5
B1	0	0	0	0
B2	1	1.1	1	1.1
B3	3	3.4	3	3.4
C1	2	2.3	2	2.3
C2	6	6.6	6	6.6
C3	15	16.8	15	16.8

- Le même nombre de patients était à un stade avancé (stade SIDA ou cd4<200) en entrée ou en sortie, représentant 51.6% de la population étudiée.

Tableau 7 Critères virologiques entrée/sortie

	ENTREE		SORTIE	
	N= 76	%	N=55	%
CD4/MM ³				
CD4 MOY	453		511	
CD4<200	10	13.2	8	14.5
200<CD4<500	40	52.6	22	40
CD4>500	26	34.2	25	45.5
CV copies/ml	72		54	
CV MOY	50258		1634	
CV<200	37	51.4	46	85.2
200<CV<5000	7	9.7	5	9.3
CV>5000	28	38.9	3	5.5

Tableau 8 Critères biologiques et évènements indésirables suivant 2 périodes, 2014-2016 et 2016-2019

	2014-2016, N=62	2016-2019, N=27
CD4/MM ³ , MEDIANE A L'ENTREE	422/mm ³	425/mm ³
CV, COPIE/ML, MEDIANE A L'ENTREE	404/ml	63/ml
IO*	n=6, 9,7%	n=2, 7,4%
HOSPITALISATIONS*	n=13, 21,0%	n=3, 11,1%

*Nombres de patients ayant présentés l'évènement

Durant la période 2014-2016, 4,3 pvVIH incarcérés étaient hospitalisés/an, contre 0,9/an durant la période 2016-2019. Néanmoins, la différence n'est pas significative (p=0,23).

A l'entrée :

- 25% des patients affichent un taux de CD4 inférieur à 282/mm³
- 50% ont un taux inférieur à 422/mm³
- 25% ont plus de 600 CD4/mm³
- 25% des patients ont une charge virale indétectable
- 50% des patients ont moins de 180 copies/ml
- 25% ont une charge virale supérieure à 46 000 copies/ml

A la sortie :

- Les CD4 sont stables, avec 25% de la population ayant entre 290 et 485 CD4/mm³ en sortie d'incarcération et 25% a plus de 720 CD4/mm³.
- 75% de la population mesurée a une charge virale indétectable (c'est-à-dire inférieure à 50 copies/ml), et 90% de la population a moins de 690 copies circulantes.

Pendant l'incarcération :

- 4 tuberculoses (3 pulmonaires et une péricardite tuberculeuse) ont été diagnostiquées pendant l'IR, soit 4.45% de la population, toutes périodes confondues.

9.3.3 Traitements

Près de 50% des patients (48.3%) sont sous TARV lors de leur entrée en détention. Chez 79.8% des patients, on retrouve au moins un contact antérieur à l'IR avec les ARV.

Tableau 9 Statut ARV, entrée/sortie

	Statut	N=89	%
Entrée, n=89	Naïf	18	20.2%
	Traitement	43	48.3%
	Rupture	28	31.5%
Sortie, n=89	Traitement	74	83.1%
	Pas de traitement	Refus=12	13.5%
		Autre=3*	3.4%

* 3 sorties avant l'initiation du traitement

84% des patients sont sous traitement lors de leur sortie.

72,7% des personnes sans traitement à l'entrée sont sortis sous TARV (p=0.007). Chez les patients naïfs de TARV, 61.1% sortent avec un traitement (p=0.007). Inversement, la population naïve représente 60% des refus avec 6 patients sur les 12 ayant refusé d'initier un traitement (p=0.004).

9.3.4. Profil comparatif des pvVIH incarcérées entre 2007-2013 et 2014-2019,

Tableau 10 Profil des pvVIH incarcérées, entre les périodes 2007-2013 (n=147) et 2014-2019 (n=89)

	2007-2013 N=147	2014-2019 N=89	P
AGE (MEDIANE)	37.3 ans	43.9 ans	
FEMMES	17,7%	16.9%	0.88
NE HORS DE FRANCE	69.4%	67.4%	NS
RECIDIVISTE	63.9%	56.3%	0.22
SANS DOMICILE	31.0%	34.8%	0.55
ADDICTION : AU MOINS UNE (%) /CRACK (%)	69.4% / 34.0%	66.3/ 29,2%	0.63/0.425
DUREE DE L'INFECTION VIH	Moy : 5.7 ans	Moy : 11.0 ans	
CD4 A L'ENTREE	Moy : 444/mm3	Moy : 453/mm3	NS
INFECTION VIH AVANCE (C3 OU NADIR CD4<200)	38.1%	51.6%	0.035
NAÏF DE TARV A L'ENTREE	56.4%	20.2%	<0.001
SOUS ARV A L'ENTREE (%)	30.3%	48,3%	0.005
SOUS ARV A LA SORTIE (%)	49.0%	84,1%	<0.001
REFUS DE TARV	16.0%	13,5%	0.6
IO DURANT L'IR	9 IO dont 4 tuberculoses	8 IO dont 4 tuberculoses	
PVVIH HOSPITALISEES DURANT L'IR	18.3% (n=27)	18.0% (n=16)	0.95
CV < 200 CP/ML A L'ENTREE*	24.2%	51.4%	<0.001
CV < 200 CP/ML A LA SORTIE*	46,3% des pvVIH	85.2% des pvVIH	<0.001

*parmi les pvVIH dont la donnée est disponibles

Comparé à l'étude antérieure, des pvVIH incarcérés entre 2007 et 2013, les pvVIH inclus durant la période 2014-2019 étaient plus âgés, avaient une durée d'infection VIH plus grande et plus d'infections avancées (p=0.035).

Néanmoins, les personnes incluses étaient toujours dans une situation de vulnérabilité socio-économique, avec une proportion élevée de SDF, toxicomanes au crack, personnes issues de parcours migratoires. Le nombre de tuberculose diagnostiqué durant l’incarcération restait important pour les 2 périodes.

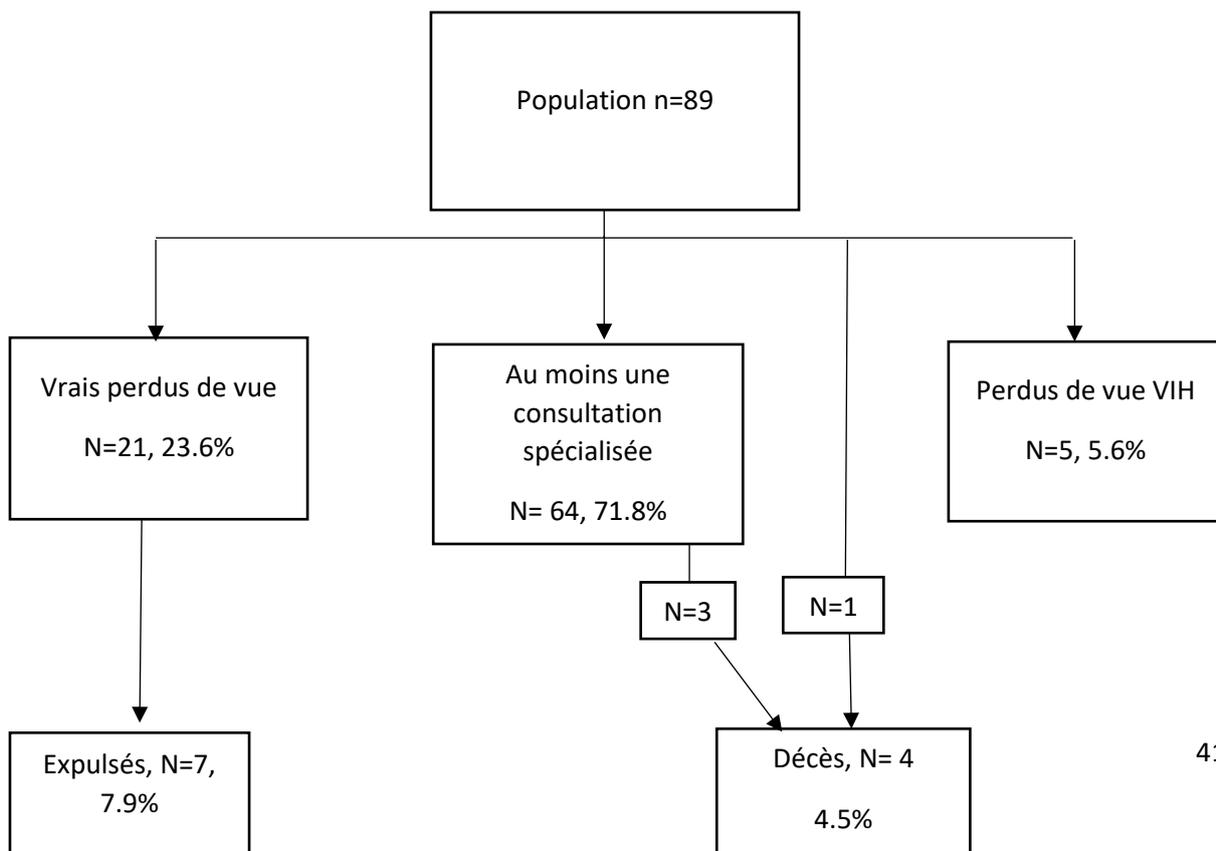
9.4 Le suivi post-carcéral

9.4.1 Définitions :

- Les vrais perdus de vue : ceux n’ayant eu aucun contact avec le monde sanitaire, quel que soit la durée depuis la libération.
- Expulsable : Personne dont le dossier médical relevait une interdiction de territoire français ou une obligation de quitter le territoire. Cette mesure peut être appliquée immédiatement après la libération sous la forme d’une reconduite à la frontière. Autrement, la personne est libérée et sommée de quitter le territoire par ses propres moyens.
- Expulsé : Patient faisant l’objet d’une ITF ou d’une OQTF et dont l’expulsion a été notifiée dans le dossier médical.
- Les perdus de vue VIH : Patients ayant eu un ou plusieurs contacts avec les structures sanitaires (les urgences généralement), mais n’ayant pas eu de suivi VIH spécifique

Par ailleurs, chaque intervalle s’est vu retiré les détenus non concernés par le temps étudié. (Par exemple, une personne libérée en février 2019, ne pouvait être concernée par le second intervalle du suivi à 9-15 mois)

Figure 14: Représentation du suivi des patients



9.5 Population des perdus de vue :

Celle-ci est relevée à 21 personnes, soit 23.6% de la population étudiée. L'âge moyen est de 43.5 ans (IC 95% [41.3 ;45.8]), strictement équivalent avec les non perdus de vue .Plusieurs choses sont à noter :

Les facteurs de risque d'être perdu de vu :

- Hébergements : 9.68% des sdf sont perdus de vue, versus 30% des personnes avec domiciles, (p=0.052)
- Couple : 13.73% des célibataires sont perdus de vue, versus 39% des personnes en couple (p=0.01)
- Le fait d'être expulsable : 41.2% de perdus de vue chez les patients ayant une ITF ou une OQTF versus 14% pour les non expulsables (p=0.034). Un tiers de la population a été expulsé réellement.
- Découverte du statut lors de l'incarcération de référence : 71.4% des personnes nouvellement diagnostiquées VIH sont perdues de vue versus 14.7% des patients déjà diagnostiqués (p<0.001)
- L'absence de traitement en sortie : 50% des personnes sans traitement sont perdues de vue versus 17.6% des personnes sortantes avec traitement (p=0.014)

A l'inverse, certains facteurs ne montrent pas de différences significatives avec l'ensemble de la population générale. C'est le cas notamment :

- Du sexe : 26.67% des femmes sont perdues de vue, versus 21.62% des hommes (p=0.74)
- Des addictions : 18.3% des personnes déclarant une addiction sont perdues de vue, versus 31.03% des non addicts (p=0.188).
- De la consommation de crack : 15.38% des consommateurs de crack sont perdus de vue, versus 25.4% des non-consommateurs (p=0.41).
- La nationalité : 13.79% des personnes françaises sont perdues de vue contre 26.67% des personnes nées à l'étranger (p=0.28).

La durée médiane d'exposition au VIH est plus courte chez les perdus de vue avec une médiane à 6 ans, versus 11 ans pour les non perdus de vue.

9.6 Première consultation :

Dans 62.5% des cas, la première consultation a eu lieu à l'hôpital de jour de Cayenne, puis à la consultation du CHOG pour 14.1% des cas et 11% des cas lors d'une nouvelle incarcération. Parmi ceux qui ont été revus, 25% l'ont été dans les 17 jours suivant leur sortie, 50% dans les 41 jours et 25% après 94 jours.

Les patients avec une infection avancée (stade SIDA ou CD4<200) comme les autres patients sont revus en moyennes dans les 3.6 mois. L'analyse en quartile révèle que 25% des patients au stade avancé sont revus dans les 12 jours (contre 17 jours pour les autres), 50% des patients au stade avancé sont revus dans les 33 jours (contre 41 jours pour les autres), et 25% au stade avancé ont été revus au-delà de 88 jours (contre 94 jours pour les autres).

Tableau 11 Durée sortie IR-consultation spécialisée

	MOYENNE (MOIS)	MEDIANE (MOIS)
PATIENTS REVUS EN CONSULTATION (N=64)	3.6	1.4
PATIENTS SOUS ARV EN SORTIE (N=57)	2.9	1.4
PATIENTS SANS ARV EN SORTIE (N=7)	9.6	3.2

Sur la période de 0-3 mois, en excluant les vrais perdus de vue, une majorité des anciens détenus vient consulter, on retrouve 73.4% de l'effectif soit 42 patients. Par ailleurs, 65.6% des 64 anciens détenus n'ont pas connu de rupture de traitement lors des 3 premiers mois, soit 42 patients. On note un ou plusieurs passages aux urgences chez presque un quart des détenus (23.4%). Les survenues d'infections opportunistes et d'hospitalisations sont relativement faibles (4.7% et 10,9%).

En analyse bivariée, on peut relever que 2 facteurs semblent influencer sur le suivi durant cette période (toujours en excluant les vrais perdus de vue) :

- **Être sous ARV à la sortie.** On constate que 77.2% des personnes ayant bénéficié d'un traitement ARV ont eu une consultation de suivi au décours, contre seulement 33% des patients sortants sans ARV (p=0.08).
- **La consommation de crack :**
Les personnes ne consommant pas de crack consultent plus souvent (81% de leur effectif), versus 59% pour les personnes qui consomment (p=0.04).

9.7 Cascade de soins

Pendant les 27 mois de suivi, on comptabilise entre 48.6% et 56.3% de consultations spécialisées chez l'ensemble des pvvih. Globalement, on note plus de 50% de consultations sur l'ensemble de l'intervalle, sauf lors du dernier intervalle (48.6%).

La prise régulière de traitement, déclarée par les patients lors des consultations, s'affiche à 47.2% juste après la sortie, pour se stabiliser à un peu plus d'un tiers de la population totale avec

respectivement 35% à 12 mois et 32.9% à 24 mois. La charge virale est considérée comme indétectable pour 30.4% des patients en début de suivi, proportion qui reste stable dans le temps avec des taux de 30% à 12 mois et 25.7% à 24 mois.

Lors de la première année de suivi, on relève que 47.5% des patients ont eu au moins un passage aux urgences. On relève de la même façon, 17.5% de réincarcérations, 11.25% d'infections opportunistes ainsi que 17.5% d'hospitalisations. La seconde année de suivi retrouve elle 50% des patients passés aux urgences, 32.9 de réincarcération, 18.6% d'infections opportunistes et 28.6% d'hospitalisations.

Nous avons recensé 4 décès soit 4.5% de l'effectif. L'un était secondaire à une carcinose péritonéale, un autre à un AVC du bulbe, un à une insuffisance rénale terminale compliqué d'épisodes infectieux graves, et un autre de cause inconnue. Les quatre personnes décédées étaient perdues de vue. Ces décès sont intervenus à 7.3, 11.2, 21.9 et 35.1 mois après la sortie de l'incarcération de référence.

Figure 15 Cascade de soins dans les 27 mois suivant la sortie d'incarcération (% de l'ensemble des patients inclus)

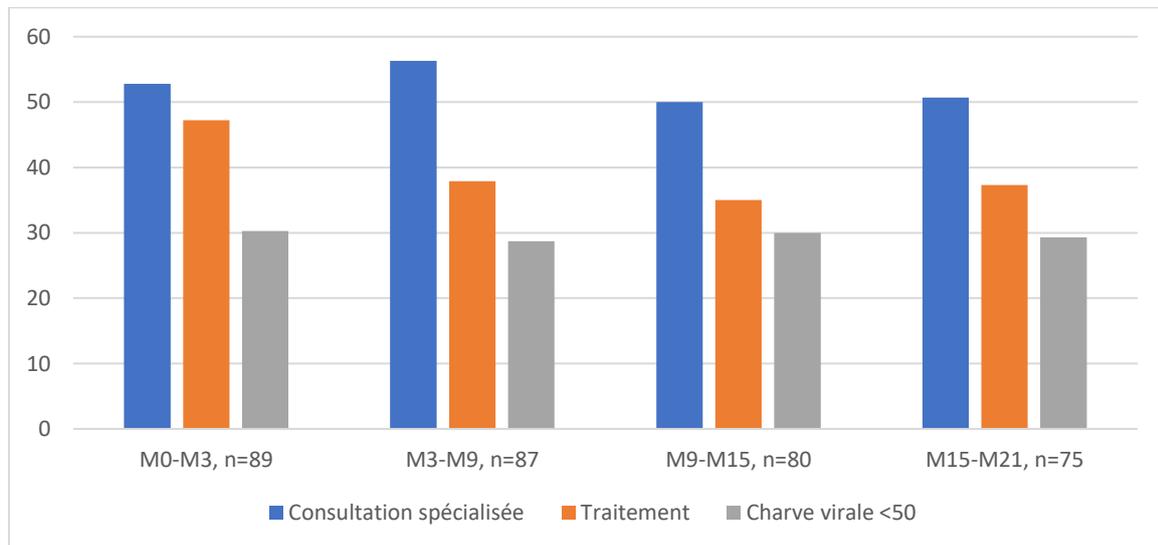
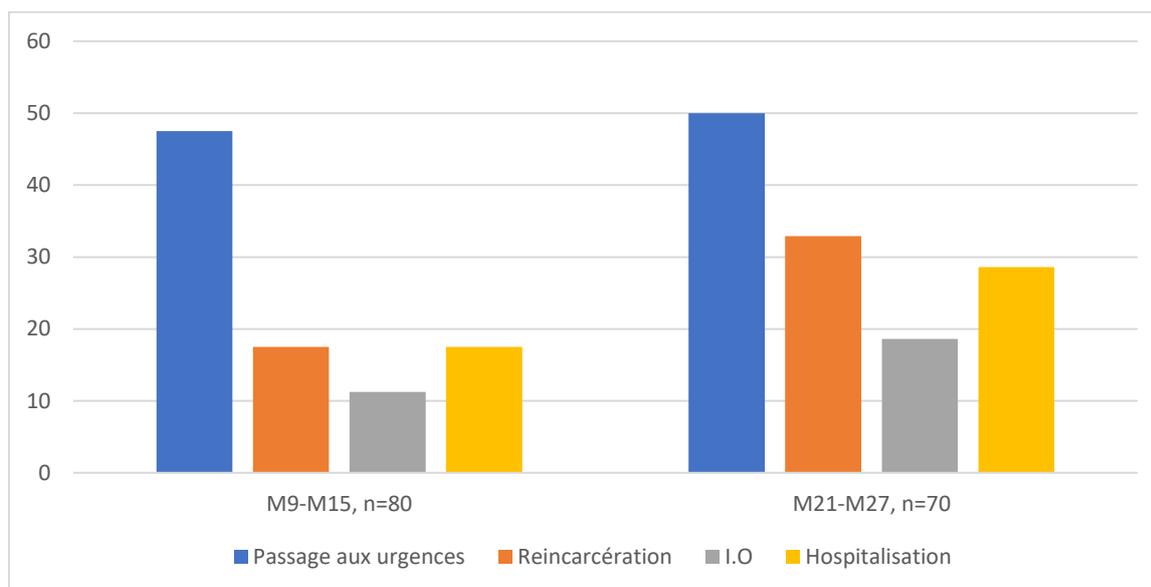


Figure 16 Evènements péjoratifs dans l'année ou les deux ans mois suivant la sortie de l'IR (% de l'ensemble de la population ayant présenté l'évènement au moins une fois)



En analyse bivariée, le fait de ne pas avoir d'hébergement était un facteur de risque de consultations aux urgences avec 81.8% de SDF ($p=0.002$) à 2 ans ainsi que les usagers de crack, qui représentent à un an, 55.6% des passages aux urgences de notre population ($p=0.01$). De même, les personnes sans domicile représentent 75% des hospitalisations ($p=0.05$) à 2 ans.

9.8 Cascade de soins pour les patients sortis sous ARV :

De façon générale, les patients sortis sous ARV lors de l'IR restent majoritairement dans le soin avec 60% de consultations spécialisées à un an, chiffre qui se maintient à 55.4% à 24 mois. En comparaison, on enregistre peu de retour dans le soin pour les personnes sans ARV à la sortie, avec 2.5% de consultations spécialisées à un an ($p<0.001$), et 8.8% à 24 mois ($p=0.035$).

54.1% des patients avec un traitement à la sortie déclarent continuer à le prendre lors des 3 premiers mois. Ce chiffre diminue au fur et à mesure du temps. Il n'est plus que de 43.1% à un an, pour finir à 39.3% à 2 ans. Concernant les patients sortis sans ARV, aucun n'est sous traitement à un an, et 4.4% à deux ans.

La charge virale pour les patients sortis sous ARV est indétectable pour 36.9% d'entre eux à un an, et diminue à 30.4% à deux ans de suivi. Sans traitement, seulement 5.6% des patients ont une charge virale indétectable à deux ans.

A un an de recul, le nombre de passages aux urgences est globalement équivalent dans les deux groupes avec 26.7% pour les patients sans ARV versus 20% pour les patients sous traitement.

Avec deux ans de recul, on note 15.7% de passage aux urgences pour les patients sous ARV contre 7.1% pour les patients sortis sans ARV.

Concernant les hospitalisations, on en référence 6.2% chez les patients sortis sous ARV versus 13.3% chez les patients sans ARV. A deux ans, on retrouve 12.5% d'hospitalisations chez les patients sous ARV versus 7.1% chez les patients sans ARV.

Enfin, le taux de réincarcération à un an est de 13.9% chez les patients sous ARV versus 13.3% pour les patients sans ARV pour finir à deux ans à 21.4% des patients sortis sous ARV versus 14.3% des patients sans ARV.

Il faut noter que parmi les patients sortants sans ARV, 46.7% d'entre eux sont perdus de vue, alors que les perdus de vus représentent 18.9% des personnes sortant avec ARV (p=0.04).

Figure 17 Cascade de soins entre 0 et 3 mois chez les pvVIH sortis avec ou sans ARV (% de l'ensemble des patients)

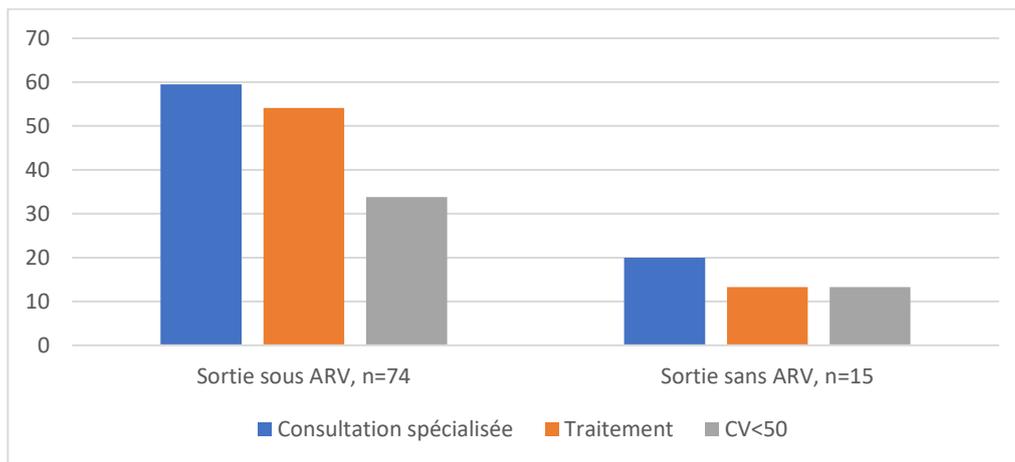


Figure 18 Cascade de soins entre 9 et 15 mois chez les pvVIH sortis avec ou sans ARV (% de l'ensemble des patients)

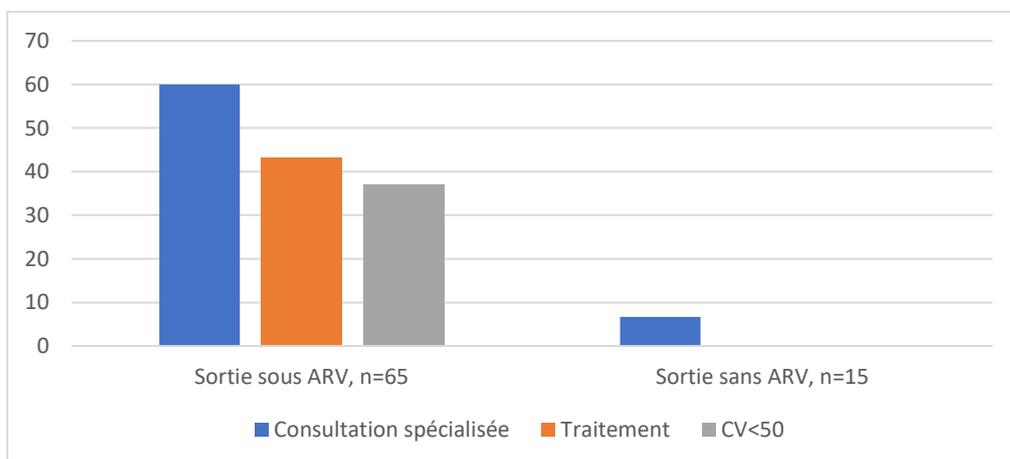


Figure 19 Cascade de soins entre 15 et 21 mois chez les pvVIH sortis avec ou sans ARV (% de l'ensemble des patients)

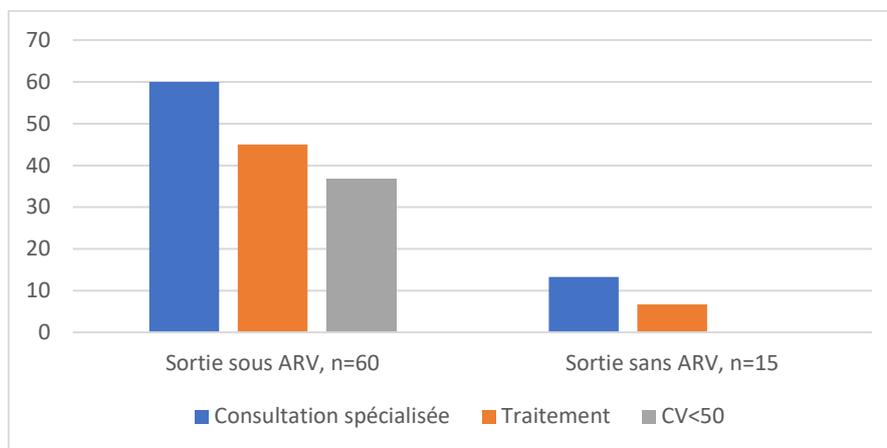


Figure 20 Cascade de soins entre 21 et 27 mois chez les pvVIH sortis avec ou sans ARV (% de l'ensemble des patients)

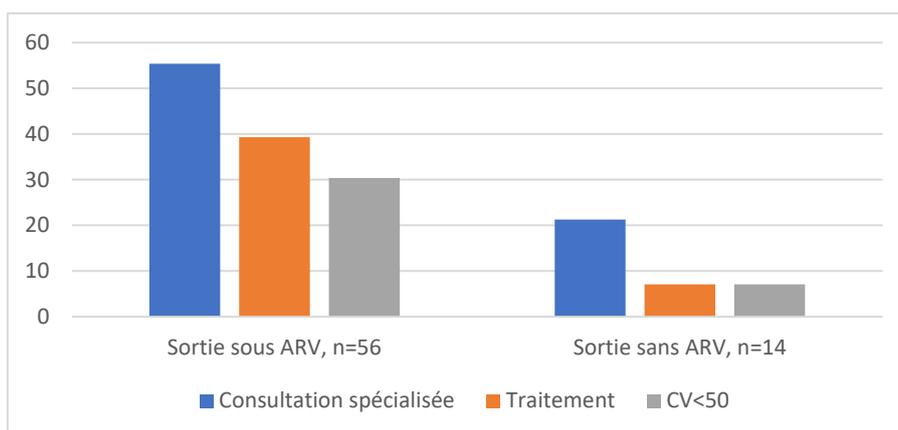


Figure 21 Evènements péjoratifs chez les pvVIH sortis avec ou sans ARV entre M9 et M15 (% de l'ensemble de la population)

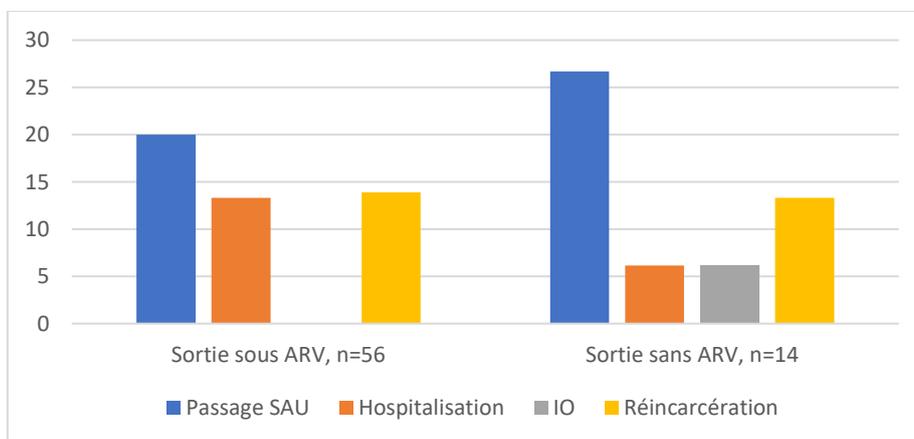
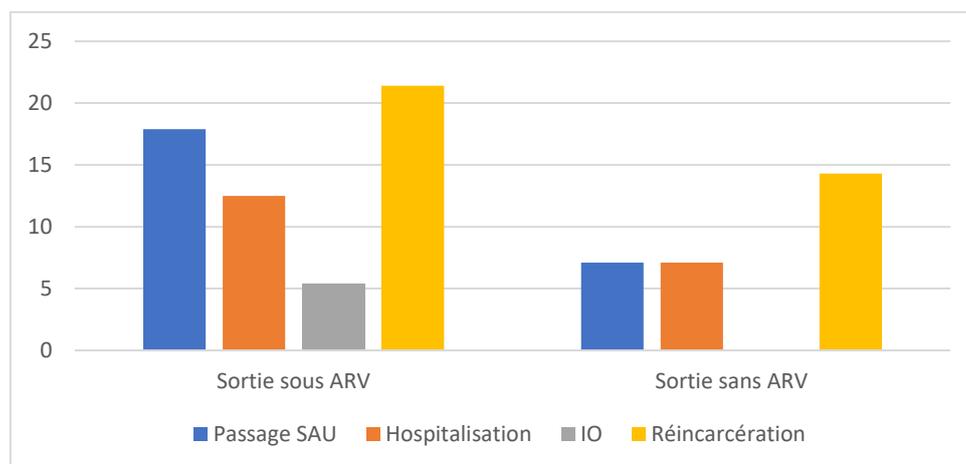


Figure 22 Evènements péjoratifs chez les pvVIH sortis avec ou sans ARV entre M21 et M27 (% de l'ensemble de la population)



9.9 L'accès à la sécurité sociale

61.8% des patients avaient au décours de leur incarcération des droits ouverts auprès de la sécurité sociale. Dans ce cas-là, on a pu mesurer qu'à un an de suivi, 64.4% d'entre eux bénéficiaient d'un suivi spécialisé versus 21.4% pour les personnes sans couverture ($p < 0.001$). Il en est de même à deux ans de suivi, avec 58.3% de consultations chez les bénéficiaires de la sécurité sociale versus 27.3% chez les non bénéficiaires ($p = 0.021$).

10. Discussion

10.1 La population carcérale, masculine, âgée et précaire

Notre population est composée à 83.1% d'hommes, ce qui est légèrement en deçà de la population carcérale générale du CP de Rémire, qui est relevée à 85.7%². Ce taux est toutefois nettement inférieur à celui retrouvé en métropole où les détenus masculins représentent 96.3% de la population incarcérée⁶.

Nous avons vu que l'âge médian de notre population était de 43.9 ans avec 58.4% des patients ayant plus de 40 ans. La population VIH incarcérée est donc vieillissante par rapport au reste du centre pénitentiaire qui compte 78.3% de détenus de moins de 40 ans. En population générale, l'âge médian s'établit à 49.7 ans en 2015¹¹ en métropole et est évalué entre 40 et 50 ans chez les hommes en Guyane⁴⁷. On peut noter plusieurs choses. Tout d'abord, dans le travail réalisé précédemment sur la période 2007-2014¹⁰ par Alice Merceron, l'âge médian était de 37.6 ans. On note donc un vieillissement de la population ce qui se retrouve autant dans la population générale que dans certaines études épidémiologiques intra-carcérales. Aux USA par exemple, Baillargeon note une augmentation de l'âge médian qui passe de 39.3 à 42.5 ans entre 2004 et 2014⁵⁵. Les évolutions en termes de traitement et le changement de paradigme qui visent à traiter tout le monde, quel que soit le taux de CD4 y est certainement pour beaucoup, nous y reviendrons plus bas.

10.1.1 Précarité et immigration

Une part importante des détenus inclus (34.8%) vit dans la rue ou dans des squats et la proportion de personnes nées à l'étranger s'élève à 67.4%. On estime que par rapport à la population générale, un sdf à 5 fois plus de risque d'être placé en détention et une personne née à l'étranger 3 fois plus⁵⁶. On remarque d'ailleurs que 56.4% de ces personnes avaient déjà un ou plusieurs antécédents d'incarcération. 33% des patients avaient un niveau scolaire inférieur ou égal au collège, en sachant que plus de la moitié des données n'ont pu être collectées. Cela corrobore les propos de Philippe Combessie⁵ qui estime que 43.4% des détenus ne possèdent aucun diplôme. Une approche intéressante et peut être plus concrète aurait été d'avoir le taux d'illettrisme parmi les détenus, donnée malheureusement inaccessible.

Le taux de personnes nées à l'étranger est bien plus important qu'en métropole (20.6%). Les prévalences du VIH au Suriname et au Guyana, sont toutes les 2 estimées à 1.4%^{57 58}, ce qui peut expliquer leur part importante au sein de notre population.

Notre population cumule donc les facteurs de risque d'incarcération, à savoir une grande précarité sociale et une forte proportion de personnes nées à l'étranger. Cela se vérifie d'autant plus, que 38.4% d'entre eux seront réincarcérés après leurs sorties de l'incarcération de référence.

10.2 De lourdes comorbidités:

Notre population était fortement exposée aux addictions puisque 34.8% des patients consommaient de l'alcool, 37.1% étaient consommateurs de Kali et pour finir, près d'un tiers consommateurs de crack (29.2%). Des chiffres similaires ont été retrouvés dans une maison d'arrêt en métropole⁵⁹, mais une différence notable est à constater, à savoir l'absence de dépendance aux opiacés, qui sont peu consommés sur le territoire sud-américain (0.1 à 0.2% de consommateurs estimés sur le territoire brésilien par exemple⁶⁰).

Dans leurs antécédents, 21.3% des patients ont contracté une infection opportuniste, la principale étant la tuberculose dans 78.9% des cas, soit 15 patients. 4 tuberculoses (3 pulmonaires et une péricardite tuberculeuse) ont été diagnostiquées pendant l'IR, soit 4.45% de la population. En comparaison, 11 tuberculoses pulmonaires ont été traitées en 2018 sur plus de 2000 incarcérations à l'UCSA, soit 0.5% des prisonniers. En 2015, l'un des principaux foyers géographiques de tuberculose en France était la Guyane, ainsi que deux populations particulières à savoir les SDF et les personnes incarcérées, ce qui explique ce taux très important⁶¹.

On relevait par ailleurs 6.7% de diabète (comparable à la population guyanaise à 7.7%⁶²) et 9% d'hypertendus (pas de chiffre disponible en population générale)

10.3 LE VIH et l'incarcération :

10.3.1 Le dépistage :

En France, un dépistage systématique est proposé lors de l'entrée en détention, sur la base du volontariat. L'incarcération peut donc représenter « une chance » diagnostique⁷, mais aussi un rattrapage des patients perdus de vue. Cela se traduit dans notre étude par un dépistage intra-carcéral pour 49.4% des patients, dont 15.7% pendant l'incarcération de référence.

Le dépistage réalisé à l'entrée montrait 51.6% de patients à un stade avancé (stade C et/ou nadir < 200/mm³), dont 24.7% de stade C. Ces taux étaient plus élevés que ceux retrouvés sur l'intervalle 2007-2014, puisqu'il était retrouvé 20.9% de stades C et 38.1% d'infections avancées. 51.4% des patients (sur 72) présentaient une charge virale inférieure à 200 copies/ml.

Une fois le dépistage effectué, une consultation d'annonce doit être réalisée. Une médiatrice culturelle (permettant une interface plus aisée avec les patients non francophones) et deux psychologues, positionnées dans l'unité de prise en charge psychiatrique, peuvent être sollicités pour

l'annonce VIH, ou au décours. Cela est d'autant plus important que face à une pathologie complexe et engendrant beaucoup de fausses croyances, la consultation d'annonce (ou sa répétition) est fondamentale afin de faire accepter la pathologie et son traitement. Dans un univers traumatique, où la promiscuité est difficile à vivre, cette prise en charge pluridisciplinaire est le socle du suivi et de l'observance ultérieure.

10.3.2 Le traitement :

84% des patients ont pu être mis sous traitement lors de leur incarcération, suivant les recommandations du rapport MORLAT. Sur les 54 patients dont la charge virale a pu être mesurée avant la sortie, 85.2% d'entre eux avaient moins de 200 copies/ml (soit 46 patients). Des données similaires sont observées dans une étude de 2015 en Italie⁸, on voit donc bien l'impact positif que peut avoir l'incarcération sur le VIH.

10.4 Le suivi post-carcéral

La prise en charge sanitaire d'une pathologie chronique, d'autant plus dans le cas d'une maladie transmissible, prend sens s'il existe un relais une fois la peine purgée. On l'a vue, la population carcérale cumule les difficultés, ce qui rend ce suivi compliqué.

Dans notre étude, à 3 mois, on constate que 53% des anciens détenus sont venus consulter et que 47.2% d'entre eux déclaraient une prise de traitement régulière. Ces chiffres semblent satisfaisants par rapport aux différentes études menées sur le sujet, même si le faible effectif rend cette conclusion hasardeuse.

Tableau 12 Comparaison suivi et traitements avec d'autres études

	% de patients sous ARV en sortie	Cslt spécialisée (dans les 3 mois)	Suivi ARV (dans les 3 mois)	Cslt spécialisée (90-180 jours)	Suivi ARV (90-180 jours)	Cslt spécialisée à un an	Suivi ARV à un an
DAI-VIH2, n=89	84%	52.8%	47.2%	56.3%	37.9%	50%	35%
DAI-VIH1, n=147	51%	36.1%	32%	43.4%	35.2%	44.2%	36.1%
Loeliger 2017⁶³ n= 1350	55.1%	34%	-	-	-	-	-
Loeliger⁶⁴ 2018, n=1059	58.1%	-	-	-	-	67%	

Les 3 études citées se basaient sur des données pour la plupart antérieures à 2014, ce qui peut expliquer la différence de pourcentage d'ARV en sortie d'incarcération. Les deux études menées par Loeliger, dans le Connecticut (USA), ne mesuraient pas l'observance mais la proportion de patients ayant une charge virale indétectable. Dans la première (2017), 29% des patients avaient une charge virale indétectable à 30 jours, tandis que dans la seconde, 48% avaient une charge virale indétectable à un an.

Dans notre étude, 30% des patients avaient une charge virale indétectable à deux ans. En population générale, en France métropolitaine, ce chiffre atteint 74%¹, tandis que le Corevih de Cayenne rapportait 93.3% de patients suivis avec une charge virale indétectable en 2017. On le voit, ces standards sont loin d'être l'apanage pour les patients sortants d'incarcération.

10.4.1 Les ARV en sortie et l'accès à la sécurité sociale, possibles facteurs prédictifs de retour dans le soin :

En analyse bivariée, le fait d'être sous ARV à la sortie d'incarcération semblait prédictif d'un meilleur retour dans le soin. Un an après la sortie, les chiffres étaient de 60% de patients suivis pour les personnes sorties sous traitement, versus 2.5% ($p < 0.001$) et à deux ans, 55.4% versus 8.8% ($p = 0.035$). Lorsque le retour dans le soin avait lieu, celui-ci était nettement plus rapide chez les personnes sous traitement, en moyenne de 2.9 mois contre 9.6 mois pour les personnes sans traitement. Ce délai semble plus court que celui retrouvé dans l'étude précédente qui était de 9.1 mois.

Toujours en analyse bivariée, l'accès à la sécurité sociale était associé à un meilleur suivi, puisque 65.4% des bénéficiaires ont eu un suivi à un an, versus 21.4% pour les non bénéficiaires ($p < 0.001$). Il en était de même à deux ans avec 58.3% de suivi versus 27.3% ($p = 0.021$). On rappelle que le VIH est une maladie exonérante et qu'il est du devoir du médecin d'en faire la déclaration en affection longue durée, ce qui n'était pas un réflexe courant lors des consultations carcérales. Les pvVIH sans couverture sociale peuvent bénéficier des traitements et du suivi via la PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé), mais les contraintes sont importantes, car cela complexifie les circuits : les patients sont soumis à des files d'attentes pour obtenir les « bons PASS », ils doivent revenir tous les mois récupérer leurs traitements à la pharmacie hospitalière car ils n'ont pas accès aux officines de ville. Il en est de même pour les examens de laboratoire (attente du bon PASS, accès uniquement au laboratoire hospitalier). On peut aussi citer les risques de contrôles de la Police aux Frontières et donc un risque de détention au centre de rétention administratif avant une possible expulsion.

L'accès à une couverture maladie et la sortie sous ARV étaient également prédictifs d'un retour dans le soin dans plusieurs études étasuniennes^{65 66}.

A l'inverse, de nombreuses études citent certains facteurs prédictifs de non-retour, tel que le fait d'être sans domicile, la toxicomanie, ou le fait de ne pas d'être en couple⁶⁷, ce qui n'était pas le cas dans notre étude. On peut penser que l'isolement social important qui découle de ces situations amène plus facilement ce type de public en consultation dans une optique de lien social. Plus prosaïquement, ces personnes sont surtout plus souvent réincarcérées et éventuellement hospitalisées, ce qui leur permet de revoir un infectiologue et facilite le retour en consultation.

Il est important de citer un facteur de risque d'être perdu de vue, le fait d'être expulsable. En effet, on comptabilise 41.2% de perdus de vue chez les patients ayant une ITF ou une OQTF versus 14% pour les non expulsables ($p=0.034$). En droit français, sont passibles d'une ITF les délits suivants : violences graves, viol ou agression sexuelle, vol avec violences, meurtre, acte de terrorisme, trafic de stupéfiants, travail illégal, usage de faux papiers, fraude au mariage.

Dans le cas d'une personne malade, ne sont retenus que les actes de terrorisme ou les violences envers son/sa conjoint-e et/ou enfant(s) et si les traitements ne sont pas délivrés dans le pays d'origine⁶⁸. Cela est théoriquement le cas au Brésil⁶⁹ qui garantit un accès universel aux soins concernant le VIH. Concernant le Suriname, le pays est censé avoir mis en vigueur une politique similaire⁷⁰ (pas de rapport concernant le Guyana). Dans la mesure où ces deux pays ont une prévalence en population générale aux alentours de respectivement 5% et 2%⁷¹ (estimation haute) et lorsque l'on connaît un minimum leurs situations géopolitiques ainsi que la porosité des frontières, on est en droit de se poser la question de la réelle accessibilité aux ARV dans les pays frontaliers. Pour l'instant l'OFII considère que l'accès effectif aux ARV et aux soins n'est pas optimal au Suriname et Guyana (contrairement au Brésil), et les demandes de cartes de séjour pour soins sont généralement accordées pour les ressortissants de ces 2 pays. Or, un grand nombre de pvVIH ayant connu un épisode carcéral est expulsé, alors que les motifs d'incarcérations n'étaient pas ceux suscités (terrorisme, violences envers enfants et conjoints).

10.4.2 Contact avec le système de soins

Il n'est pas relevé de différence significative entre le fait d'être sous ARV à la sortie ou non et le fait d'avoir recours aux structures hospitalières, quel que soit la durée. En revanche, dans les deux cas, on peut noter un fort recours aux urgences, avec par exemple 45% des patients ayant bénéficié d'au moins une consultation à un an. En analyse bivariée, on remarque que le fait de ne pas avoir d'hébergement était un facteur de risque de consultations aux urgences avec 81.8% de SDF ($p=0.002$). Il en est de même pour les usagers de crack, qui représentent à un an, 55.6% des passages aux urgences de notre population ($p=0.01$). Dans l'idéal, ces patients devraient pouvoir être facilement identifiés

pour être réorientés vers le circuit de soins. Des résultats similaires sont référencés dans diverses études^{72 73}.

Il y avait peu de facteurs prédictifs d'être hospitalisé. Tout au plus pouvons-nous citer une majorité de sans domicile à 2 ans qui représentent 75% des hospitalisations ($p=0.05$).

L'interprétation des décès est difficile à faire. Même si le suivi semble plus élevé, ce n'est pas le cas de la prise des traitements, qui est le principal facteur pronostic de la survie. Beaucoup de patients réalisent des allers/retours entre leur pays de naissance et la Guyane. On est en droit de se demander si certains patients ne sont pas décédés dans leur pays d'origine.

Malgré l'amélioration des paramètres virologiques et des niveaux de CD4 relativement satisfaisants, une forte proportion des personnes incluses avait un antécédent de tuberculose, ou ont présenté une tuberculose durant l'incarcération de référence, phénomène déjà relevé dans le travail de thèse d'Alice Merceron. Le lien entre survenue de tuberculose et promiscuité en maison d'arrêt se pose : est-il raisonnable d'incarcérer dans une même cellule, jusqu'à 6 détenus dans 11 m², dans le contexte épidémiologique de la tuberculose en Guyane⁷⁴ ?

10.5 Le défi de la continuité de soins à la sortie de détention :

L'ensemble des données présentées ici nous montre bien la persistance du défi à continuer de traiter les patients VIH sortant d'incarcération. Si les données intra-carcérales sont globalement positives, avec plus de 80% de sortie sous traitement et une amélioration des critères virologiques, il n'en est pas de même pour le suivi post carcéral. Moins de 40% de prise de traitements à 2 ans, pour à peine 50% de suivi spécialisé. Pourquoi un tel écart avec la population générale guyanaise dans laquelle on retrouve par exemple plus de 90% des patients sous traitement (sur l'île de Cayenne) ?

Nous l'avons vu, les deux facteurs qui pourraient être déterminants sont la prise d'ARV à la sortie d'incarcération et l'ouverture de droits à la sécurité sociale. Ces facteurs mériteraient d'être explorés par des analyses multivariées.

Durant l'incarcération, l'accès à la sécurité sociale est parfaitement codifié. En effet, l'affiliation au régime général d'assurance maladie-maternité des personnes écrouées est obligatoire et prend effet à la date d'incarcération, entendue comme la date de mise sous écrou. Sont donc affiliées au régime général toutes les personnes écrouées. Notre population est en plus bénéficiaire de l'ALD dont la demande doit être remplie par le médecin de l'unité et transmise à la sécurité sociale. Il apparaît que pour des raisons majoritairement techniques, cela n'est pas fait systématiquement. Par ailleurs, pour les personnes de nationalités étrangères, la notification d'une ITF empêche de facto l'ouverture de droits à la sortie. Pour les autres, cela s'apparente à un parcours du combattant puisqu'aucune

démarche ne peut être anticipée pour demander l'AME. Le patient doit en effet posséder son bulletin de sortie d'incarcération, idéalement appuyé d'un courrier du médecin afin d'engager une procédure d'ouverture de droits. Il en va de même pour l'obtention d'un titre de séjour pour soins. En discutant avec des acteurs de réseaux s'occupant des questions d'immigrations (CIMADE et COMEDE), il apparaît dans leurs propos qu'il faut, au minimum, un soutien associatif voir un accompagnement avec un avocat pour espérer voir aboutir une telle demande.

De cet accès à la sécurité sociale découle l'accès au traitement. Il est stipulé que les traitements peuvent être délivrés au patient sortant, selon une durée définie entre l'USMP et l'administration pénitentiaire. Pour la plupart des patients rencontrés, celle-ci se révèle être d'au moins un mois. Mais le délai de retour dans le soin est lui évalué en moyenne à 2.9 mois...

Par ailleurs, nous avons vu que nous sommes face à un public dans une grande précarité socio-économique accumulant les difficultés (logement, toxicomanie). Dès lors, la réinsertion est un enjeu difficile. En dépit de la mission qui lui incombe, le SPIP est confronté à la réalité du terrain qui s'avère semé d'embûches. En termes de logement par exemple, les deux structures pouvant potentiellement servir de recours sont surchargées. Les appartements thérapeutiques, répartis entre Rémire Montjoly (24 places) et Kourou (17 places) et qui accueillent un public avec une pathologie lourde en grande précarité, sont insuffisants et les personnes en situation irrégulière n'y ont pas accès (sauf exception, en plaidant une hypothétique régularisation). Il en va de même pour les lits haltes soins santé du Samu social, au nombre de 6 (!), les patients exprimant même parfois un refus de s'y rendre du fait de la promiscuité avec le monde de la rue qui est un facteur de récurrence (rechute vis-à-vis de la drogue, vol, violence subie ou donnée...).

La prise en charge en addictologie s'avère tout aussi compliquée. La communauté thérapeutique de Roura, qui s'adresse à un public de plus de 25 ans avec une addiction sévère ne propose que 35 places, là où notre échantillon révèle déjà 26 consommateurs. De plus, les conditions d'accès sont compliquées : Le patient doit être demandeur, bénéficier d'un droit au séjour, passer en commission... Concernant le Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), dépendant du pôle psychiatrie du CHAR, à l'heure où ces lignes sont écrites, le manque de psychiatres sur le pôle est à l'origine d'un déficit d'accès aux consultations psychiatriques. Le temps médical au CSAPA s'en trouve de fait extrêmement réduit. Une équipe mobile Psychiatrie-Précarité est en train de voir le jour à Cayenne, et pourrait permettre d'améliorer la prise en charge des patients les plus désocialisés.

Une étude menée à Chicago en 2012⁷⁵ auprès de 407 personnes SDF atteintes de pathologies chroniques en post hospitalisation, a recherché la différence de coûts entre deux groupes : l'un

bénéficiant de maisons de répit post hospitalisation, puis d'un logement, le tout coordonné par une personne spécialement dédiée, versus un groupe standard avec les aides sociales classiques. Il s'est avéré que la différence de coût pour la société en faveur du groupe testé était positive avec une différence de plus de 6000 dollars par individu sur un an ! Dans une ère de politique budgétaire où l'on s'évertue à restreindre les minimas sociaux pour réaliser des économies, cela invite à la réflexion.

Plus proche de notre problématique, deux études^{76 77} ont montré que l'accompagnement personnalisé des patients après leur sortie, sous forme de rendez-vous avec des conseillers spécialisés et de réunions avec d'anciens détenus référents engendrait un retour dans le soin plus fréquent de manière significative. En Guyane, le réseau Kikiwi est une structure associative se rapprochant de ce modèle avec une aide personnalisée via un réseau d'infirmiers-ères, qui se focalisent sur les patients en grande difficulté (sociales, prises de risques, observance...) et en échec thérapeutique. En outre, le projet Kairos, porté par le Réseau Kikiwi, a permis de mettre en place des ateliers de préparation à la sortie comprenant un volet réduction des risques et un volet orientation, avec délivrance d'un kit sortant (avec sac à dos, trousse de toilette, livret d'orientation...). Il est également prévu de positionner un médiateur (ou éducateur) permettant d'accompagner le patient avant et après la sortie.

Limites de l'étude :

Le recueil descriptif de la population a été réalisé à partir du dossier médical consulté directement à l'USMP. Il a parfois été difficile de catégoriser les patients, avec des statuts souvent changeants, que cela soit en termes de logement, de couple et variant en fonction des personnes recueillant les informations. Dans le même ordre d'idée, le niveau scolaire n'a pu être clairement établi, beaucoup de données étant référencées comme « autres » dans les dossiers, vraisemblablement du fait de l'absence d'équivalence entre les différents pays. Une manière plus pertinente d'uniformiser les données serait de catégoriser en deux parties : accès à la lecture/écriture, versus illettrisme, qui est une information fondamentale.

Concernant les avis d'expulsions type ITF ou OQTF, ceux-ci ont été recueillis sur la simple base des observations relevées par les médecins consultants. Mes demandes à une base officielle via l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII) ou via le Centre de Rétention Administrative (CRA) sont restées lettres mortes.

Le recueil des données médicales s'est révélé plus simple, l'existence du logiciel Nadis commun à l'ensemble des structures gérant le VIH facilitant grandement la tâche. Néanmoins, il faut nuancer pour les patients dépendants du CHOG. Durant plusieurs mois, il n'y avait plus d'infectiologue dans l'ouest guyanais, et ce sont les infectiologues du CHAR qui effectuaient des missions ponctuelles. La continuité du suivi spécialisé étant réalisé par une infirmière d'observance, Mme ADOISSI (qui effectue un travail remarquable vu les conditions). Ses observations ont été comptabilisées comme des consultations spécialisées en dépit du fait qu'elles n'étaient pas réalisées par un médecin. Le recueil des données biologiques s'est avéré lui aussi aléatoire, l'importance des données manquantes pouvant entre autres s'expliquer par des pannes laboratoires qui semblent récurrentes à la vue de ce qui est rapporté dans les observations. L'un des grands manques est l'absence de données issue de l'unité psychiatrique. Celles-ci ont été collectées uniquement sur la base des médecins somaticiens, l'UFPI ayant une vacance de son poste de psychiatre depuis maintenant plusieurs mois. Ceci est fort dommageable, d'une part pour l'étude, mais surtout pour la population carcérale qui est particulièrement exposée au risque psychiatrique.

Enfin, la faiblesse de l'échantillon engendre nécessairement un défaut de puissance. En comparaison aux cohortes américaines réunissant plus de 1000 patients, notre puissance statistique est très limitée et sous estime sans doute certaines corrélations.

Conclusion

Nous avons ici réalisé un travail dans le continuum de ce qui avait été réalisé sur la période 2007-2014. Ce travail original qui était le premier en la matière sur le territoire révélait bien les failles du système de soins post carcéral, tant en termes de consultation spécialisée que de continuité de traitement.

La population retrouvée dans notre étude, même sur un effectif réduit, possède globalement les mêmes caractéristiques :

- Une population majoritairement masculine, précaire, avec un faible niveau d'éducation.
- Une forte représentation de patients nés à l'étranger
- Des comorbidités importantes sur le plan somatique et beaucoup d'addictions.
- Un taux de perdus de vue équivalent

Aux mêmes causes, les mêmes effets ?

On constate une amélioration de la prise en charge intra-carcérale. L'ensemble des patients ont un suivi spécialisé. Le changement de paradigme depuis le rapport Morlat qui vise à traiter tout le monde semble permettre un meilleur contrôle de la virémie. Le dépistage systématique mis en œuvre permet de réaliser des diagnostics jusque-là non connus et de réintroduire des patients perdus de vues dans le soin. Ainsi, l'incarcération semble avoir des effets bénéfiques pour un nombre important de pvVIH.

Le suivi après la sortie s'avère toujours compliqué. Si l'on note plus de consultations spécialisées, celles-ci n'impliquent pas pour autant une amélioration du suivi sous traitement qui reste bien en deçà des standards de la population VIH non incarcérée. Si les facteurs prédictifs d'un meilleur suivi sont possiblement la présence de droits en santé, et le fait d'être sous ARV à la sortie, cela ne garantit pas une prise de traitement continue.

Malgré des mesures concrètes, (traitements pour tous, ateliers de préparation à la sortie, tentative de mise en place d'un accompagnement dedans-dehors par le dispositif Kairos), cela ne semble pas agir sur nos variables.

Il y a 5 ans, ma collègue terminait son travail sur l'importance de la préparation de la sortie, en coordination avec l'ensemble des acteurs et insistait sur l'apport et l'importance des travailleurs sociaux. Il semble que l'approche biomédicale atteigne ici ses limites. L'accumulation des difficultés sociales (pauvreté, chômage, immigration) ainsi que le manque d'engagement en faveur de structures d'accueils et/ou de réinsertion semble constituer un plafond de verre empêchant une réelle amélioration des conditions de suivis pour cette frange de la population. Sans un renforcement

significatif de l'accompagnement social et de la préparation des sorties, il est peu probable que les indicateurs de suivi puissent s'améliorer davantage.

Bibliographie

- ¹ « Le VIH/sida en France en 2018 », vih.org, <https://vih.org/dossier/le-vih-sida-en-france-en-2018/>.
- ² Dr Agathe Pastré, « RELEVANT DU CENTRE HOSPITALIER ANDRÉE ROSEMON DE CAYENNE », s. d., 29.
- ³ « Le VIH/sida en France en 2018 ».
- ⁴ « Journée mondiale de lutte contre le sida: “La Guyane se mobilise” », <http://www.guyane.ars.sante.fr/journee-mondiale-de-lutte-contre-le-sida-la-guyane-se-mobilise>.
- ⁵ *Sociologie de la prison*, <https://www.cairn.info/sociologie-de-la-prison--9782348037528.htm>.
- ⁶ « chiffres_cles_2018_FINALE_.pdf », http://www.justice.gouv.fr/art_pix/chiffres_cles_2018_FINALE_.pdf.
- ⁷ Curt G Beckwith et al., « Opportunities to Diagnose, Treat, and Prevent HIV in the Criminal Justice System », *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 55 (décembre 2010): S49-55, <https://doi.org/10.1097/QAI.0b013e3181f9c0f7>.
- ⁸ SIMSPE–SIMIT Group et al., « HIV Treatment and Care among Italian Inmates: A One-Month Point Survey », *BMC Infectious Diseases* 15, n° 1 (décembre 2015): 562, <https://doi.org/10.1186/s12879-015-1301-5>.
- ⁹ « cir_42889.pdf », http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/01/cir_42889.pdf.
- ¹⁰ Hyacinthe Bastarud, « UNIVERSITE DES ANTILLES ET DE LA GUYANE 2015 », s. d., 95.
- ¹¹ Arnaud Blanc et al., « Groupe d’experts pour la prise en charge du VIH », 2017, 26.
- ¹² « Population immigrée et étrangère en France en 2018 | Insee », <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381757>.
- ¹³ Observatoire International des Prisons, « Du tribunal à la prison : petites contributions de la justice aux inégalités sociales », *oip.org* (blog), <https://oip.org/infographie/du-tribunal-a-la-prison-petites-contributions-de-la-justice-aux-inegalites-sociales/>.
- ¹⁴ « Bilan_annuel_national_enseignement_milieu_penitentiaire_2017_2018.pdf », http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Bilan_annuel_national_enseignement_milieu_penitentiaire_2017_2018.pdf.
- ¹⁵ Europäische Kommission, éd., *Prisons and Drugs in Europe: The Problem and Responses*, Selected Issue / European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2012,[2] (Luxembourg: Publ. Office of the European Union, 2012).
- ¹⁶ Seena Fazel, Parveen Bains, et Helen Doll, « Substance Abuse and Dependence in Prisoners: A Systematic Review », *Addiction* 101, n° 2 (2006): 181-91, <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01316.x>.
- ¹⁷ Kate Dolan et al., « People Who Inject Drugs in Prison: HIV Prevalence, Transmission and Prevention », *International Journal of Drug Policy* 26 (février 2015): S12-15, <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2014.10.012>.
- ¹⁸ « En Birmanie, la guerre contre l’opium (1/2) | Portfolios | Mediapart », <https://www.mediapart.fr/studio/portfolios/en-birmanie-la-guerre-contre-l-opium-12>.
- ¹⁹ « Rockefeller Drug Laws », in *Wikipedia*, 5 mars 2019, https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Rockefeller_Drug_Laws&oldid=886384604.
- ²⁰ « Communiqué-de-Presse-Recommandations-VHC-Fev-2016-AFEF.pdf », <http://www.transhepate.org/actualites/Communique-de-Presse-Recommandations-VHC-Fev-2016-AFEF.pdf>.
- ²¹ « Santé mentale de la population carcérale : les résultats ! », CCOMS, <http://www.ccomssantementalelillefrance.org/?q=sant%C3%A9-mentale-de-la-population-carc%C3%A9rale-les-r%C3%A9sultats>.
- ²² Gülen Ayhan et al., « Suicide Risk among Prisoners in French Guiana: Prevalence and Predictive Factors », *BMC Psychiatry* 17, n° 1 (décembre 2017): 156, <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1320-4>.
- ²³ Geneviève Guérin, « Contexte et genèse d’une réforme », s. d., 38.
- ²⁴ Géraldine Duthé, Angélique Hazard, et Annie Kensey, « Suicide des personnes écrouées en France : évolution et facteurs de risque », *Population* 69, n° 4 (2014): 519, <https://doi.org/10.3917/popu.1404.0519>.
- ²⁵ « Insertion et probation : un accompagnement personnalisé », justice.gouv.fr, <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/insertion-et-probation-un-accompagnement-personnalise-20858.html>.

-
- ²⁶ « BSP_Nat_Surveillance_VIH2018.pdf », s. d.
- ²⁷ « Les chiffres mondiaux du VIH: des progrès et des défis », vih.org, <https://vih.org/20170721/les-chiffres-mondiaux-du-vih-des-progres-et-des-defis/>.
- ²⁸ « Global HIV & AIDS Statistics — 2019 Fact Sheet », <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>.
- ²⁹ Max Roser et Hannah Ritchie, « HIV / AIDS », *Our World in Data*, 3 avril 2018, <https://ourworldindata.org/hiv-aids>.
- ³⁰ Roy Walmsley, « World Prison Population List », 2010, 15.
- ³¹ « Prévention, traitement et soins en matière de VIH dans les prisons et autres structures fermées: ensemble complet de mesures d'intervention », s. d., 12.
- ³² Kate Dolan et al., « Global Burden of HIV, Viral Hepatitis, and Tuberculosis in Prisoners and Detainees », *The Lancet* 388, n° 10049 (septembre 2016): 1089-1102, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30466-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30466-4).
- ³³ Marziyeh Farnia et al., « Scaling up Methadone Maintenance Treatment for Opioid-Dependent Prisoners in Iran », *The International Journal on Drug Policy* 21, n° 5 (septembre 2010): 422-24, <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2010.03.008>.
- ³⁴ Josiah D Rich et al., « Clinical Care of Incarcerated People with HIV, Viral Hepatitis, or Tuberculosis », *The Lancet* 388, n° 10049 (septembre 2016): 1103-14, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30379-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30379-8).
- ³⁵ Adeeba Kamarulzaman et al., « Prevention of Transmission of HIV, Hepatitis B Virus, Hepatitis C Virus, and Tuberculosis in Prisoners », *The Lancet* 388, n° 10049 (septembre 2016): 1115-26, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30769-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30769-3).
- ³⁶ Florence Huber et al., « HIV-Positive in the Darkness of a Correctional Facility: More Vulnerable and Less Treated », *International Journal of STD & AIDS* 30, n° 5 (avril 2019): 460-66, <https://doi.org/10.1177/0956462418816452>.
- ³⁷ Curt Beckwith et al., « The Feasibility of Implementing the HIV Seek, Test, and Treat Strategy in Jails », *AIDS Patient Care and STDs* 28, n° 4 (avril 2014): 183-87, <https://doi.org/10.1089/apc.2013.0357>.
- ³⁸ SIMSPE–SIMIT Group et al., « HIV Treatment and Care among Italian Inmates ».
- ³⁹ « Enquete_PREVACAR_-_Volet_offre_de_soins_-_VIH_hepatites_et_traitements_de_substitution_en_milieu_carceral_octobre_2011.pdf », https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Enquete_PREVACAR_-_Volet_offre_de_soins_-_VIH_hepatites_et_traitements_de_substitution_en_milieu_carceral_octobre_2011.pdf.
- ⁴⁰ Loup Noali, « La peine après la peine. Le syndrome du sorti de prison », *Champ pénal/ Penal field*, n° Vol. XIII (29 février 2016), <https://doi.org/10.4000/champpenal.9314>.
- ⁴¹ Benjamin Ammon et al., « HIV Care After Jail: Low Rates of Engagement in a Vulnerable Population », *Journal of Urban Health* 95, n° 4 (août 2018): 488-98, <https://doi.org/10.1007/s11524-018-0231-0>.
- ⁴² Ryan P. Westergaard et al., « Effect of Patient Navigation on Transitions of HIV Care After Release from Prison: A Retrospective Cohort Study », *AIDS and Behavior*, 21 février 2019, <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02437-4>.
- ⁴³ Sandra A. Springer et al., « Effectiveness of Antiretroviral Therapy among HIV-Infected Prisoners: Reincarceration and the Lack of Sustained Benefit after Release to the Community », *Clinical Infectious Diseases* 38, n° 12 (15 juin 2004): 1754-60, <https://doi.org/10.1086/421392>.
- ⁴⁴ Florence Huber et al., « High Mortality among Male HIV-Infected Patients after Prison Release: ART Is Not Enough after Incarceration with HIV », éd. par Gabriele Fischer, *PLOS ONE* 12, n° 4 (28 avril 2017): e0175740, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175740>.
- ⁴⁵ Françoise Grenand et Pierre Grenand, « Les amérindiens de Guyane française aujourd'hui : éléments de compréhension », *Journal de la société des américanistes* 66, n° 1 (1979): 361-82, <https://doi.org/10.3406/jsa.1979.3041>.
- ⁴⁶ « Guyane • Fiche pays • PopulationData.net », *PopulationData.net* (blog), <https://www.populationdata.net/pays/guyane/>.
- ⁴⁷ « Synthèse démographique de la Guyane - Une démographie toujours dynamique - Insee Flash Guyane - 57 », consulté le 16 septembre 2019, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2559184>.

-
- ⁴⁸ « Insee - Statistiques locales - Indicateurs : cartes, données et graphiques », https://statistiques-locales.insee.fr/#c=indicateur&i=ec_evol.naisdnn&i2=tcrd053.taux_natalite&s=2017&s2=2018&view=map2.
- ⁴⁹ « Insee - Statistiques locales - Indicateurs : cartes, données et graphiques », https://statistiques-locales.insee.fr/#c=indicateur&i=ec_evol.naisdnn&i2=tcr062.pib_hab&s=2017&s2=2015&view=map3.
- ⁵⁰ « Insee - Statistiques locales - Indicateurs : cartes, données et graphiques », https://statistiques-locales.insee.fr/#c=indicateur&i=ec_evol.naisdnn&i2=tcrd021.estim_pop_part_des_0_24ans&s=2017&s2=2019&view=map2.
- ⁵¹ « Prévalence du VIH, total (% de la population âgée de 15 à 49 ans) | Data », <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.DYN.AIDS.ZS?locations=FR-GY>.
- ⁵² « rapport_d_activite_corevih_2017_-_v_11.04.18.compressed.pdf », http://www.ch-cayenne.fr/IMG/pdf/rapport_d_activite_corevih_2017_-_v_11.04.18.compressed.pdf.
- ⁵³ « dossier insee accès aux soins guyane novembre 2017.pdf », <https://www.guyane.ars.sante.fr/system/files/2017-12/dossier%20insee%20acc%C3%A8s%20aux%20soins%20guyane%20novembre%202017.pdf>.
- ⁵⁴ Observatoire International des Prisons, « Centre pénitentiaire de Remire-Montjoly », *oip.org* (blog), <https://oip.org/etablissement/centre-penitentiaire-de-remire-montjoly/>.
- ⁵⁵ Jacques Baillargeon et al., « The Changing Epidemiology of HIV in the Criminal Justice System », *International Journal of STD & AIDS* 28, n° 13 (2017): 1335-40, <https://doi.org/10.1177/0956462417705530>.
- ⁵⁶ Observatoire International des Prisons, « Qui sont les personnes incarcérées ? », *oip.org* (blog), <https://oip.org/en-bref/qui-sont-les-personnes-incarcerees/>.
- ⁵⁷ « Suriname HIV/AIDS - Adult Prevalence Rate - Demographics », https://www.indexmundi.com/suriname/hiv_aids_adult_prevalence_rate.html.
- ⁵⁸ « Prévalence du VIH, total (% de la population âgée de 15 à 49 ans) - Guyana | Data », <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.DYN.AIDS.ZS?locations=GY>.
- ⁵⁹ Olivier Jardé et Maxime Gignon, « Repérage des détenus admis en maison d'arrêt ayant des consommations de substances psychoactives », *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine* 196, n° 2 (1 février 2012): 497-514, [https://doi.org/10.1016/S0001-4079\(19\)31841-2](https://doi.org/10.1016/S0001-4079(19)31841-2).
- ⁶⁰ « WDR_2016_ExSum_french.pdf », https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_french.pdf.
- ⁶¹ Jean-Paul Guthmann, « Épidémiologie de la tuberculose en France en 2015. Impact de la suspension de l'obligation vaccinale BCG sur la tuberculose de l'enfant, 2007-2015 », 2017, 11.
- ⁶² « Le diabète en Guyane », *ORSG* (blog), 10 mai 2019, <http://www.ors-guyane.org/diabete-guyane/>.
- ⁶³ Kelsey B. Loeliger et al., « Predictors of Linkage to HIV Care and Viral Suppression after Release from Jails and Prisons: A Retrospective Cohort Study », *The Lancet. HIV* 5, n° 2 (2018): e96-106, [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(17\)30209-6](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(17)30209-6).
- ⁶⁴ Kelsey B. Loeliger et al., « Retention in HIV care during the 3 years following release from incarceration: A cohort study », *PLoS Medicine* 15, n° 10 (9 octobre 2018), <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002667>.
- ⁶⁵ Nadine E. Chen et al., « Adherence to HIV Treatment and Care Among Previously Homeless Jail Detainees », *AIDS and Behavior* 17, n° 8 (octobre 2013): 2654-66, <https://doi.org/10.1007/s10461-011-0080-2>.
- ⁶⁶ Amy L. Althoff et al., « Correlates of Retention in HIV Care After Release from Jail: Results from a Multi-Site Study », *AIDS and Behavior* 17, n° S2 (octobre 2013): 156-70, <https://doi.org/10.1007/s10461-012-0372-1>.
- ⁶⁷ Ammon et al., « HIV Care After Jail »; Loeliger et al., « Predictors of Linkage to HIV Care and Viral Suppression after Release from Jails and Prisons ».
- ⁶⁸ « Interdiction du territoire français (ITF) », <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2784>.
- ⁶⁹ « hiv aids-br.pdf », <http://archive.ipu.org/splz-f/hiv aids-br.pdf>.
- ⁷⁰ « SUR_narrative_report_2015.pdf », https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/SUR_narrative_report_2015.pdf.
- ⁷¹ Alicia Piñeirúa et al., « The HIV Care Continuum in Latin America: Challenges and Opportunities », *The Lancet Infectious Diseases* 15, n° 7 (juillet 2015): 833-39, [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(15\)00108-5](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(15)00108-5).

⁷² Andrew T. Boyd et al., « Emergency Department Use among HIV-Infected Released Jail Detainees », *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine* 92, n° 1 (février 2015): 108-35, <https://doi.org/10.1007/s11524-014-9905-4>.

⁷³ Sumeet Khanna et al., « Health Care Utilization by People with HIV on Release from Provincial Prison in Ontario, Canada in 2010: A Retrospective Cohort Study », *AIDS Care* 31, n° 7 (juillet 2019): 785-92, <https://doi.org/10.1080/09540121.2018.1556383>.

⁷⁴ Le Point magazine, « En Guyane, six détenus dans 11 m2: le cri d'alarme de la contrôleur des prisons », Le Point, 31 janvier 2019, https://www.lepoint.fr/societe/en-guyane-six-detenus-dans-11-m2-le-cri-d-alarme-de-la-controleure-des-prisons-31-01-2019-2290322_23.php.

⁷⁵ « Basu et al. - 2012 - Comparative Cost Analysis of Housing and Case Mana.pdf », s. d.

⁷⁶ David A. Wohl et al., « Intensive Case Management Before and After Prison Release Is No More Effective Than Comprehensive Pre-Release Discharge Planning in Linking HIV-Infected Prisoners to Care: A Randomized Trial », *AIDS and Behavior* 15, n° 2 (février 2011): 356-64, <https://doi.org/10.1007/s10461-010-9843-4>.

⁷⁷ Emily A Wang et al., « Engaging Individuals Recently Released From Prison Into Primary Care: A Randomized Trial », *American Journal of Public Health* 102, n° 9 (2012): 8.

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.

NOM ET PRENOM : BELLONE Arthur

SUJET DE LA THESE : Pronostic et suivi des patients infectés par le VIH, libérés du centre carcéral de Rémire-Montjoly de 2014 à 2019

THESE : MEDECINE

Qualification : Médecine Générale

ANNEE : 2019

NUMERO D'IDENTIFICATION : 2019ANTI0451

MOTS CLEFS : VIH, prison, Guyane, suivi post carcéral.

La prévalence du VIH dans la population carcérale au centre pénitentiaire de Rémire-Montjoly était de 2.43% en 2018 soit presque dix fois celle retrouvée dans la population générale en France (0.26% en 2018). La population carcérale reste donc un réservoir important pour le VIH.

Matériel et Méthode :

Il s'agit d'une étude de cohorte rétrospective dont l'objectif principal était de décrire le retour en consultations spécialisées ainsi que le suivi de traitement ARV à l'issue de l'incarcération. Nous avons inclus les patients libérés du centre pénitentiaire de Rémire-Montjoly entre 2014 et 2019, ayant une sérologie VIH positive lors de leur entrée en détention. L'étude a été menée sur le territoire guyanais.

Résultats :

Nous avons inclus 89 patients, dont 83.1% d'hommes, avec un âge médian à 43.9 ans. Près de la moitié des patients (49.4%) ont été dépistée en prison. 48.9% des patients étaient sous ARV lors de leur entrée en détention et 84% d'entre eux étaient sortis sous ARV. Durant les 27 mois de suivi, nous avons comptabilisé entre 48.6% et 56.3% de consultations spécialisées suivant les intervalles de temps, et entre 35% et 32.9% de prise de traitement déclarée.

Discussion :

Le suivi est bien inférieur à celui rencontré en population générale. La prise d'ARV en sortie de détention et l'accès à la sécurité sociale pourraient être deux facteurs positifs de maintien dans le soin. Malgré l'offre d'accompagnement des personnes en situation de précarité existant en Guyane, les pvVIH sortant de prison restaient particulièrement fragiles, et les indicateurs de suivi post-carcéraux étaient toujours très péjoratifs.

Conclusion :

Malgré le vieillissement des pvVIH incarcérés, on note une amélioration des indicateurs de prise en charge intra carcérale, avec une nette augmentation des patients sortants sous ARV, avec un très bon contrôle virologique. Le passage en détention reste une opportunité de dépistage et de retour dans le soin pour un nombre important de patients. Mais sans un renforcement significatif de l'accompagnement social et de la préparation des sorties, il est peu probable que les indicateurs de suivi puissent s'améliorer davantage.

JURY : Président : Pr. NACHER Mathieu

Juges : Pr COUPPIE Pierre

Pr DJOSSOU Félix

Dr HUBER Florence (directrice de thèse)
