



HAL
open science

Perception de l'hépatite B, son dépistage et sa vaccination par les détenus du centre pénitentiaire de Béziers

Guillaume Queiros

► **To cite this version:**

Guillaume Queiros. Perception de l'hépatite B, son dépistage et sa vaccination par les détenus du centre pénitentiaire de Béziers. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03715670

HAL Id: dumas-03715670

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03715670>

Submitted on 6 Jul 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

par

Guillaume QUEIROS

le 21 juin 2022

**Perception de l'hépatite B, son dépistage et sa vaccination par les détenus du
centre pénitentiaire de Béziers**

Directrice de thèse : Dr Juliette LEPLAE

JURY

Président :

Pr Michel AMOUYAL, Professeur des Universités, Médecine Générale

Assesseurs :

Dr Béatrice FOLCO-LOGNOS, Maître de Conférences des Universités - Médecine Générale

Pr Dominique LARREY, Professeur émérite, Gastro-entérologie et hépatologie

Dr Juliette LEPLAE, Docteur en Médecine Générale

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

par

Guillaume QUEIROS

le 21 juin 2022

**Perception de l'hépatite B, son dépistage et sa vaccination par les détenus du
centre pénitentiaire de Béziers**

Directrice de thèse : Dr Juliette LEPLAE

JURY

Président :

Pr Michel AMOUYAL, Professeur des Universités, Médecine Générale

Assesseurs :

Dr Béatrice FOLCO-LOGNOS, Maître de Conférences des Universités - Médecine Générale

Pr Dominique LARREY, Professeur émérite, Gastro-entérologie et hépatologie

Dr Juliette LEPLAE, Docteur en Médecine Générale

ANNEE UNIVERSITAIRE 2021-2022

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard	BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	NAVARRO Maurice
ALLIEU Yves	CANAUD Bernard	JAFFIOL Claude	NAVRATIL Henri
ALRIC Robert	CHAPTAL Paul-André	JANBON Charles	OTHONIEL Jacques
ARNAUD Bernard	CIURANA Albert-Jean	JANBON François	PAGES Michel
ASENCIO Gérard	CLOT Jacques	JARRY Daniel	PEGURET Claude
ASTRUC Jacques	COSTA Pierre	JOURDAN Jacques	PELISSIER Jacques
AUSSILLOUX Charles	D'ATHIS Françoise	KLEIN Bernard	PETIT Pierre
AVEROUS Michel	DEMAILLE Jacques	LAFFARGUE François	POUGET Régis
AYRAL Guy	DESCOMPS Bernard	LALLEMANT Jean Gabriel	PUJOL Henri
BAILLAT Xavier	DIMEGLIO Alain	LAMARQUE Jean-Louis	RABISCHONG Pierre
BALDET Pierre	DUBOIS Jean Bernard	LAPEYRIE Henri	RAMUZ Michel
BALDY-MOULINIER Michel	DUJOLS Pierre	LEROUX Jean-Louis	REBOUL Jean
BALMES Jean-Louis	DUMAS Robert	LESBROS Daniel	RIEU Daniel
BANSARD Nicole	DUMAZER Romain	LOPEZ François Michel	ROCHEFORT Henri
BAYLET René	ECHENNE Bernard	LORIOT Jean	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BILLIARD Michel	FABRE Serge	LOUBATIERES Marie Madeleine	SAINT AUBERT Bernard
BLARD Jean-Marie	FRAPIER Jean-Marc	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SANCHO-GARNIER Héléne
BLAYAC Jean Pierre	FREREBEAU Philippe	MARTY ANE Charles	SANY Jacques
BLOTMAN Francis	GALIFER René Benoît	MATHIEU-DAUDE Pierre	SEGNARBIEUX François
BONNEL François	GODLEWSKI Guilhem	MEYNADIER Jean	SENAC Jean-Paul
BOURGEOIS Jean-Marie	GRASSET Daniel	MICHEL François-Bernard	SERRE Arlette
BOUSQUET Jean	GUILHOU Jean-Jacques	MION Charles	SOLASSOL Claude
BRUEL Jean Michel	GUI TER Pierre	MION Henri	TOUITOU Isabelle
BUREAU Jean-Paul	HEDON berbard	MIRO Luis	VIDAL Jacques
	HERTAULT Jean		VISI ER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	LANDAIS Paul	ZANCA Michel
BASTIEN Patrick	LARREY Dominique	
BLANC François	LE QUELLEC Alain	
BONAFE Alain	MARES Pierre	
BOULENGER Jean-Philippe	MAUDELONDE Thierry	
BOURREL Gérard	MAURY Michèle	
BRINGER Jacques	MESSNER Patrick	
CLAUSTRES Mireille	MILLAT Bertrand	
COMBE Bernard	MONNIER Louis	
DAURES Jean-Pierre	MOURAD Georges	
DAUZAT Michel	PREFAUT Christian	
DAVY Jean-Marc	PUJOL Rémy	
DEDET Jean-Pierre	RIBSTEIN Jean	
ELEDJAM Jean-Jacques	SCHVED Jean-François	
GROLLEAU RAOUX Robert	SULTAN Charles	
GUERRIER Bernard	TOUCHON Jacques	
GUILLOT Bernard	UZIEL Alain	
JONQUET Olivier	VOISIN Michel	

Docteurs Emerites

PRAT Dominique
PUJOL Joseph

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CANOVAS François	Anatomie
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOENIG Michel	Génétique
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire

LABAUGE Pierre	Neurologie
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges- Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{er} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOURDIN Arnaud	Pneumologie ; addictologie
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie

CAMU William	Neurologie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique
DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie

MATECKI Stéfan	Physiologie
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie

PU-PH de 2ème classe

BOBBIA Xavier	Médecine d'urgence
BOURGIER Céline	Cancérologie; radiothérapie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
DAIEN Vincent	Ophthalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie

IMMEDIATO DAIEN Claire	Rhumatologie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JEZIORSKI Eric	Pédiatrie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LATTUCA Benoît	Cardiologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROGER Claire	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière

VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophthalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel

MARTRILLE Laurent	Médecine légale et droit de la santé
RICHARD Bruno	Médecine palliative

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion

MCU-PH de 1^{re} classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BRET Caroline	Hématologie biologique
BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BARATEAU Lucie	Physiologie
BERGOUX Anne	Génétique
BOETTO Julien	Neurochirurgie
CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DESHAYES Emmanuel	Biophysique et médecine nucléaire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénérologie
FITENI Frédéric	Cancérologie ; radiothérapie
GATINOIS Vincent	Histologie, embryologie et cytogénétique
GOUZI Farès	Physiologie
HERBAUX Charles	Hématologie, transfusion
HUBERLANT Stéphanie	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
LEVEQUE Maude	Parasitologie et mycologie
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques

Maitres de Conférences des Universités

Maitres de Conférences hors classe

BERNEX Florence	Physiologie
CHAZAL Nathalie	Biologie cellulaire

Maitres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine	Neurosciences
CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences

LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINÉ Sébastien	Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme	Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
MOUTOT Gilles	Philosophie
PASSERIEUX Emilie	Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie	Histologie
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{re} classe

COSTA David

OUDE ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

CARBONNEL François

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

CAMPAGNAC Jérôme

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

MINET Mathilde

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

Praticiens Hospitaliers Universitaires

CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
ROCH Benoît	Pneumologie, addictologie
SARRABAY Guillaume	Génétique
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

PH chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick	BRINGER-DEUTSCH Sop	DJANIKIAN Flora	LE MOINE DONY Marie-Christine	RIDOLFO Jérôme
AGUILHON Sylvain	BRINGUIER BRANCHERE	DONNADIEU-RIGOLE Hélène	LETERTRE Simon	RIPART Sylvie
AKKARI Mohamed	BRISOT Dominique	FAIDHERBE Jacques	LOPEZ Régis	RONGIERES Michel
ALRIC Jérôme	BRONER Jonathan	FATTON Brigitte	LUQUIENS Amandine	ROULET Agnès
AMEDRO Pascal	CADE Stéphane	FAUCHERRE Vincent	MANZANERA Cyril	RUBENOVITCH Josh
AMOUREUX Cyril	CAIMMI Davide Paolo	FAURE Elsa	MARGUERITTE Emmanuel	SANTONI Fannie
ANTOINE Valéry	CARR Julie	FILLERON Anne	MARTIN Lucille	SASSO Milène
ARQUIZAN Caroline	CARTIER César	FILLOLS Mélanie	MATTATIA Laurent	SCHULDINER Sophie
ATTALIN Vincent	CASPER Thierry	FITENI Frédéric	MEROUEH Fadi	SEGURET Fabienne
AYRIGNAC Xavier	CASSINOTTO Christophe	FOURNIER Philippe	MEYER Pierre	SENESSE Pierre
BADR Maliha	CATHALA Philippe	GAILLARD Nicolas	MICHEL Moïse	SERRE Jean-Emmanuel
BAIS Céline	CAZABAN Michel	GALMICHE Sophie	MILESI Christophe	SKALLI El Medhi
BARBAR Saber Davide	CHARBIT Jonathan	GENY Christian	MORAU Estelle	SOLA Christelle
BASSET Didier	CHEVALLIER Thierry	GERONIMI Laetitia	MORQUIN David	SOULLIER Camille
BATIFOL Dominique	CHEVALLIER-MICHAUD	GINIES Patrick	MOSER Camille	SOUKSI MEDIONI Isabelle
BATTISTELLA Pascal	COLIN Olivier	GRECO Frédéric	MOUSTY Eve	STOEBNER DELBARRE Anne
BAUCHET Luc	CONEJERO Ismael	GUEDJ Anne Marie	MOUTERDE Gaël	TEOT Luc
BELL Ariane	CONSEIL Mathieu	GROSSIN Delphine	PANSARD Nicole	THIRION Marina
BENEZECH Jean-Pierre	CORBEAU Catherine	GUYON Gaël	PERNIN Vincent	TUNEZ Virginie
BENNYs Karim	COROIAN Flavia-Oana	HEDON Christophe	PERRIGAULT Pierre François	VACHIERY-LAHAYE Florence
BERNARD Nathalie	COUDRAY Sarah	HENRY Vincent	PEYRON Pierre-Antoine	VERNES Eric
BERTCHANSKY Ivan	CRANSAC Frédéric	JAMMET Patrick	PICARD Eric	VIALA Maurice
BIBOULET Philippe	CUNTZ Danielle	JEDRYKA François	PICOT Marie Christine	VINCENT Laure
BIRON-ANDREANI Christine	DARDALHON Brigitte	JREIGE Riad	PIERONI Laurence	WAGNER Laurent
BLANC Brigitte	DAVID Aurore	KINNE Mélanie	POQUET Hélène	WALTHER LOUVIER Ulrike
BLANCHARD Sylvie	DE BOUTRAY Marie	LABARIAS Coralie	PUJOL Sarah-Lise	ZERKOWSKI Laetitia
BLANCHET Catherine	DE LA TRIBONNIÈRE Xav	LABORDE Caroline	PUPIER Florence	
BLATIERE Véronique	DEBIEN Blaise	LACAMBRE Mathieu	QUANTIN Xavier	
BOBBIA Xavier	DELPONT Marion	LANG Philippe	RAFFARD Laurence	
BOGE Gudrun	DENIS Hélène	LAZERGES Cyril	RAPIDO Francesca	
BOURRAIN Jean Luc	DEVILLE de PERIERE Gill	LE GUILLOU Cédric	RIBRAULT Alice	
BOUYABRINE Hassan	DI CASTRI Alberto	LEGLISE Marie Suzanne	RICHAUD-MOREL Brigitte	

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury :

Au Professeur Michel Amouyal,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

Au Docteur Béatrice Folco-Lognos,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de siéger à mon jury de thèse. Veuillez recevoir mes sincères remerciements et toute ma reconnaissance.

A Professeur Dominique Larray,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de siéger à mon jury de thèse. Veuillez recevoir mes sincères remerciements et toute ma reconnaissance.

Au Docteur Juliette Leplae

Merci de m'avoir fait l'honneur de diriger ta première thèse.

Je te remercie pour ta disponibilité, ta motivation, tes conseils, ton soutien et ta patience.

Aux médecins rencontrés durant l'internat :

Merci au personnel des urgences de Sète avec qui j'ai passé les six premiers mois de mon internat. Merci à **Xavier, Yvan et François** de m'avoir accueilli lors de mon premier stage de médecine générale. Merci pour vos conseils et votre soutien. Merci à **Philippe** pour tout le travail que tu as fait à l'unité sanitaire et que j'ai pu utiliser pour cette thèse. Merci à tout le personnel médical, paramédical et administratif de l'US pour votre bienveillance pendant les sept mois que j'ai passé avec vous, et pour votre accueil pendant que je préparais ce travail. Merci à **Hélène** et **Philippe** de m'avoir accueilli pour mon SASPAS et d'avoir été disponibles, compréhensifs et toujours à l'écoute. Merci à **Douglas** et **Philippe** de m'avoir accepté avec vous en consultation de médecine du sport. Merci beaucoup

pour votre bienveillance et pour tous les conseils que vous m'avez donné. Cela m'a conforté dans l'idée de faire la même spécialité que vous.

A mes proches :

Merci à **mes parents** pour tout le soutien que vous m'avez apporté durant ces longues années d'études. Merci pour vos encouragements, merci de m'avoir poussé à réussir mes projets dans la vie. Si j'en suis là aujourd'hui, c'est en très grande partie grâce à vous. Je ne serais jamais assez reconnaissant pour tout ce que vous avez fait pour moi (mais c'est pas pour autant que je serais moins chambreur avec vous). Merci du plus profond de mon cœur et j'espère que vous serez toujours fiers de moi.

Merci à **Quentin**, mon grand frère, d'avoir été un exemple pour moi. Ta motivation et ta persévérance dans tes études ont été une source d'inspiration. Tu as toujours été là quand j'en avais besoin, que ce soit dans ma vie personnelle mais aussi durant mes études. Je vous souhaite le meilleur à toi et **Sofia**, ainsi qu'à mon filleul d'amour **Louka**.

Merci à **mes grands-parents**, vous ne pouvez malheureusement pas être là pour voir la fin de cette aventure, mais sachez que vous serez toujours dans mon cœur.

Merci à **Katy** et **Cécile**, mes deux cousines en or du sud. Merci pour les cours de P1 que vous m'avez donné et qui m'auront bien servi. Merci Cécile de m'avoir accueilli avec toi en stage de kiné durant mes plus jeunes années, et désolé ne pas avoir suivi ta voie finalement. Merci à **Thomas et Lolita**, vous pourrez vraiment m'appeler Docteur Grenouille maintenant.

Merci à **Alexis** pour toutes ces soirées passées à jouer ensemble à la console au lieu de travailler cette thèse. Merci pour tous les moments, pour tous les fous rires qu'on a eus pendant des années, pour les réveillons mémorables qu'on aura passés ensemble.

J'espère qu'on restera toujours aussi proche avec le temps et la distance. Et en espérant avoir plus de temps maintenant pour faire des tops 1 avec toi.

À mes amis :

Merci à **Jordan**, tu es et resteras à jamais mon meilleur ami, même si on se parle moins maintenant. Merci pour tous ces moments qu'on aura passés ensemble quand on était plus jeune, les parties de foot dans ton couloir ou en bas de l'immeuble, les soirées à veiller dans ta chambre en jouant à la console et en essayant de ne pas réveiller tes parents. Il y a tellement de souvenirs qu'un paragraphe ne suffirait pas. Merci aussi d'avoir été présent durant mes deux premières années de P1, c'est aussi grâce à toi que j'ai pu décompresser et réussir à en arriver là aujourd'hui.

Merci à **Marie, Timothée et Maëva** avec qui j'ai fait mon premier stage d'internat aux urgences de Sète. C'était notre premier semestre, ça n'a pas été facile tout le temps mais finalement, on aura bien rigolé pendant ces 6 mois de stage ensemble.

Merci à **Mathilde** d'avoir quitté le nord-est pour faire ton internat à Montpellier. On ne se connaissait pas avant de débiter ce premier semestre aux urgences adultes, mais c'est une véritable amitié qui s'est créée pendant ce stage. On aura finalement fait que 6 mois ensemble, et heureusement, sinon on n'aurait jamais travaillé durant les autres stages si on avait été co-interne plus souvent. J'espère que tu avances sur ta thèse, qu'on puisse chercher nos futurs locaux.

Enfin, merci à toi **Laura**, la personne qui fait mon bonheur depuis plus de 8 ans maintenant.

On a commencé cette aventure en P2 à Lyon, on aura migré à Montpellier pour notre internat. Et finalement, on est tous les deux ici, pour finir ce premier chapitre de notre vie ensemble. Je sais que je peux être chiant à vivre à certains moments (souvent), que j'ai parfois (très souvent) un caractère pourri, que je peux être têtu, mais merci d'être patiente dans ces moments-là.

Merci aussi pour m'avoir donné la chance d'être papa de la petite fille la plus mignonne, la plus drôle, la plus exceptionnelle qu'on rêverai d'avoir. **June** est parmi nous depuis bientôt 2 ans, et c'est un bonheur au quotidien (sauf la nuit). Merci de t'en occuper dans ces moments-là d'ailleurs, j'avoue que je n'ai pas la même patience que toi pour supporter ces réveils.

Je sais que je ne t'écris pas souvent des lettres (jamais), mais j'espère que celle-ci te fera plaisir.

Je vous aime plus que tout au monde.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	17
SOMMAIRE	21
LISTE DES ABBRÉVIATIONS	23
INTRODUCTION	24
MÉTHODOLOGIE	28
I. Type d'étude	28
II. Population.....	28
III. Recueil de données.....	29
IV. Analyse des données	32
RÉSULTATS	33
I. Population étudiée	33
II. État des lieux de la couverture vaccinale chez les nouveaux arrivants	34
ANALYSE	36
I. Arbre thématique synthétique.....	36
II. Maladie	37
A. <i>Connaissances</i>	38
a. Des détenus	38
b. Peur de la maladie	39
c. Manque de connaissances	39
d. Source de connaissance	40
e. Mode de transmission	41
f. Référence	42
B. <i>Annonce</i>	43
a. Les proches	43
b. En détention.....	44
C. <i>Prise en charge</i>	46
a. Sérologie.....	46
b. Traitement.....	48
D. <i>Suivi</i>	50
a. Extérieur.....	50
b. Prison.....	51
E. <i>Prévention</i>	52
a. Qualité	52
b. L'utilité du dépistage.....	53
c. Pistes d'amélioration proposées par les détenus	53
III. La vaccination.....	55
A. <i>Méfiance</i>	55
a. Peur des vaccins.....	55

b.	Polémique	56
c.	L'industrie pharmaceutique	57
B.	<i>Confiance</i>	57
a.	Vaccin.....	57
b.	Médecin.....	58
C.	<i>Source d'information</i>	58
a.	Les proches	58
b.	Les médias	58
c.	Manque de renseignements	59
D.	<i>Acceptation</i>	59
a.	Bénéfice secondaire.....	59
b.	Prendre soin de soi	60
E.	<i>Limites</i>	60
a.	Pas de proposition de vaccination	60
b.	Transfert dans une autre prison	61
c.	Peur du vaccin chez les codétenus.....	61
d.	Opinion personnelle.....	61
IV.	<i>Contexte</i>	62
A.	<i>En prison</i>	62
a.	Vie carcérale	62
b.	Inquiétude	65
c.	Informations reçues	67
B.	<i>À l'extérieur</i>	68
a.	Dépistage.....	68
b.	Relation avec les proches.....	69
DISCUSSION		71
I.	Résultats principaux et comparaison avec la littérature.....	71
A.	<i>Perception de la maladie</i>	71
B.	<i>Les connaissances</i>	72
C.	<i>Le dépistage</i>	73
D.	<i>La vaccination</i>	75
E.	<i>La couverture vaccinale</i>	76
II.	Freins et leviers au dépistage et à la vaccination.....	77
A.	<i>Les freins</i>	77
a.	Pour la vaccination	77
b.	Pour le dépistage	78
B.	<i>Les leviers</i>	78
III.	Forces et limites de l'étude.....	80
A.	<i>Échantillon</i>	80
B.	<i>Entretiens</i>	81
C.	<i>Analyse</i>	82
CONCLUSION.....		83
BIBLIOGRAPHIE		85
ANNEXES.....		89
SERMENT		90
RÉSUMÉ.....		91

LISTE DES ABBRÉVIATIONS

CD : centre de détention

CDAG : centre de dépistage anonyme et gratuit

CHC : carcinome hépatocellulaire

CP : centre pénitentiaire

MA : maison d'arrêt

MST : maladie sexuellement transmissible

OMS : organisation mondiale de la santé

QA : quartier arrivant

UCSA : unité de consultations et de soins ambulatoires

USMP : unité sanitaire en milieu protégé

US : unité sanitaire

VHB : virus de l'hépatite B

VHC : virus de l'hépatite C

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

INTRODUCTION

En 2019, l'OMS estimait que 296 millions d'individus dans le monde étaient porteurs d'une hépatite B chronique, et que la même année, environ 820 000 décès étaient liés à l'hépatite B, via des carcinomes hépatocellulaires (CHC) ou des cirrhoses du foie (1).

L'hépatite B est une pathologie infectieuse transmissible causée par un virus à ADN touchant principalement le foie. Lors de sa forme aiguë, l'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) peut provoquer une hépatite aiguë la plupart du temps asymptomatique, évoluant seulement dans 1% des cas vers une forme fulminante.

Dans 90% des cas, l'infection guérit spontanément. À l'inverse, elle peut évoluer sous sa forme chronique et progresser vers une cirrhose ou un CHC (2).

La France est un pays de faible endémie pour l'infection chronique par le virus de l'hépatite B. En 2016, le « BaroTest » du Baromètre santé a estimé une prévalence de 0,30% de la population âgée de 15 à 75 ans, soit environ 136 000 malades. Parmi ces personnes, seulement 17% se savaient positives à l'antigène HBs, constituant ainsi un réservoir important pour sa transmission et l'apparition de nouveaux cas (3).

Cependant, l'hépatite B demeure un problème de santé publique en terme de morbidité (hépatite fulminante, cirrhose, insuffisance hépatocellulaire, cancer hépatocellulaire, atteinte extra hépatique) et de mortalité, estimée à 1 500 décès pour l'année 2001 (4).

En effet, on retrouve le virus de l'hépatite B dans les liquides biologiques comme le sperme, le sang ou les sécrétions vaginales. Il peut ainsi se transmettre par contact sanguin, relation sexuelle ou être transmis de la mère à l'enfant lors de l'accouchement. Parmi les facteurs de risque de transmission de l'hépatite B, on retrouve donc les relations sexuelles notamment entre hommes et/ou avec des partenaires sexuels différents, l'utilisation de drogue en intraveineuse, le partage des seringues et des produits d'hygiène.

La contamination et le développement de cette pathologie pourraient être facilement endigués grâce à l'existence d'un vaccin efficace depuis 1986 et qui est paru dans le calendrier vaccinal dès 1996 (5).

Depuis 2018, le vaccin contre l'hépatite B est obligatoire pour tous les nouveau-nés et les enfants entrants en collectivité. La vaccination reste la meilleure mesure préventive contre cette maladie (5). Malheureusement, la couverture vaccinale dans la population adulte reste insuffisante. En 2002, on estimait cette couverture vaccinale, pour l'hépatite B, à seulement 34,2% chez l'adulte (6).

La prison, au vu des particularités de sa population et des conditions de détention, est un lieu qui regroupe tous les facteurs de risque cités précédemment (7).

En France, au 1^{er} mars 2022, le nombre d'individus écroués en détention s'élevait à 70 246 personnes pour 60 619 places de détention, soit un taux d'occupation de 115,9%. On a relevé, en février 2020, que la population pénitentiaire était de 71 446 individus. Toutefois ce nombre a baissé de 23% au mois de juin 2020 suite à l'émergence du Covid-19, qui a favorisé les libérations anticipées (8).

En 1993, l'OMS préconise le principe d'équivalence de soins et de prévention pour les détenus par rapport à l'extérieur (9). La loi du 18 janvier 1994 transfère au service public hospitalier l'organisation des soins en milieu carcéral, donc la prise en charge sanitaire des détenus (10). De ce fait, chaque établissement pénitentiaire a été jumelé avec un établissement de santé pour assurer les soins ambulatoires au sein même de la prison. C'est la création des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA). Elles permettent une offre de soins en médecine générale, en médecine d'organe, en soins infirmiers et paramédicaux. Depuis, les UCSA ont été renommées et sont devenues les unités sanitaires en milieu protégé (USMP).

Le centre pénitentiaire (CP) de Béziers regroupe un centre de détention (CD) et une maison d'arrêt (MA) pour une capacité totale de 809 places de détention. Au 1^{er} mars

2022, on dénombrait 397 détenus du côté du CD, pour 420 places soit un taux d'occupation de 94,5%. En revanche, on retrouvait 637 détenus en MA pour une capacité d'accueil de 389 personnes, soit un taux d'occupation de 163,8% (8).

L'USMP a été mise en service à l'ouverture du CP de Béziers en 2009. L'unité sanitaire (US) dépend du pôle de psychiatrie depuis 2015. Le responsable médical est le docteur Philippe GOUIRY, médecin généraliste à temps plein à l'US. Se situant au sein de l'établissement pénitentiaire, l'unité sanitaire est soumise aux règles de sécurité du CP. On note la présence à l'entrée de deux surveillants pénitentiaires, qui gèrent les mouvements des détenus, ainsi que de caméras de surveillance. Chaque local dispose également d'une pédale d'alarme.

La population carcérale se compose généralement de détenus aux besoins sanitaires plus importants dus à une épidémiologie spécifique. Nous avons des patients avec des troubles psychiatriques, des conduites addictives, une prévalence 3 à 5 fois plus élevée de VIH et VHC, risques auxquels s'ajoutent une forte précarité sociale et un surpeuplement. Les prisons sont des lieux à très haut risque pour la transmission des maladies infectieuses liées aux conditions de détention, à la promiscuité, aux échanges de produits d'hygiène et de seringues (7).

Il est établi, en France, qu'un séjour en prison augmente le risque de séropositivité au VHB (11).

Les dernières données de prévalence de l'hépatite B en détention, datant de 2003 et concernant les nouveaux entrants, montrent une prévalence supérieure à celle de la population générale (12).

Depuis cette date, aucune nouvelle donnée sur la prévalence ou la couverture vaccinale en détention n'est disponible. L'inventaire ANRS-PRIDE montrait que 90% des prisons proposaient le dépistage systématique des nouveaux arrivants pour le VHB, et qu'une proposition de vaccination était faite dans 83% des établissements (11). Mais aucune information concernant le taux d'acceptation du vaccin n'est disponible.

Les différentes études à notre disposition se concentrent surtout sur les risques liés à la détention vis-à-vis des maladies infectieuses transmissibles, sur la prévention de ces risques infectieux et sur l'optimisation de la vaccination en détention (14–16). Il existe peu d'informations concernant la manière dont les détenus perçoivent le risque lié à l'hépatite B en détention, ni sur la manière dont ils perçoivent la proposition de dépistage et de vaccination.

A l'USMP de Béziers, tout nouvel arrivant est obligatoirement vu par un médecin généraliste dans les 48h et une proposition de dépistage est réalisée à l'issue de la consultation. Une consultation de suivi est systématiquement programmée à 1 mois afin de remettre les résultats au patient et entre autres lui proposer si besoin une vaccination contre l'hépatite B.

Or, au cours de l'année 2021, sur les 852 nouveaux arrivants au sein du CP de Béziers, 615 (72%) ont bénéficié d'un dépistage sérologique initial au sein de l'USMP et seulement 34 nouveaux détenus (10,8%) ont débuté un schéma vaccinal pour l'hépatite B.

Afin de limiter et prévenir au maximum l'apparition et la propagation de l'hépatite B dans la population carcérale, il me paraît indispensable de :

- Connaître la perception, les connaissances et le ressenti des détenus vis-à-vis du VHB
- Comprendre les éléments ayant amené ou non à leur vaccination

Ces éléments me permettront de trouver et de proposer des actions afin d'améliorer et de maximiser les adhésions à la vaccination en milieu carcéral. Dans un second temps, d'établir un état des lieux de la couverture vaccinale du VHB chez les nouveaux détenus.

MÉTHODOLOGIE

I. Type d'étude

Pour répondre à ma question de recherche, j'ai décidé de réaliser une étude qualitative avec analyse thématique des données. Je souhaitais explorer la perception des détenus concernant l'hépatite B et sa vaccination. Cette méthode permet d'explorer au mieux le ressenti des patients, mais sans les orienter vers des réponses imposées par un questionnaire.

J'ai réalisé, auprès des détenus du CP de Béziers, des entretiens semi directifs à partir d'un guide d'entretien jusqu'à saturation des données.

II. Population

Le but de cette étude étant d'explorer la perception des détenus du CP de Béziers, j'ai choisi d'inclure dans l'étude uniquement des patients encore présents dans l'établissement.

J'ai réalisé un échantillonnage en variation maximale pour avoir divers points de vue. J'ai donc sélectionné des patients toujours en détention, et ayant des relations diverses vis-à-vis de l'hépatite B ou de sa vaccination. Il m'a semblé intéressant d'inclure des détenus ayant une hépatite B chronique active, sous traitement et sans traitement, des détenus ayant accepté ou refusé la proposition de vaccination ou encore des patients n'ayant eu aucun contact avec l'hépatite B.

J'ai pu sélectionner les patients grâce aux données épidémiologiques recueillies auprès des nouveaux entrants en détention par le Dr GOUIRY. Je les ai contactés par courrier, remis en main propre par le personnel soignant.

III. Recueil de données

Le recueil de données a été fait à l'aide d'entretiens semi directifs, menés après l'élaboration d'un guide d'entretien préalable. Le guide d'entretien a été conçu à partir de six questions ouvertes, chacune accompagnée par des questions de relances afin de mieux comprendre la perception des personnes interrogées et stimuler les échanges. J'ai essayé de simplifier au maximum la formulation des questions posées, ainsi que le langage utilisé pour permettre une meilleure compréhension auprès de chaque détenu interrogé. Les questions ont été orientées sur les représentations de la maladie et la vaccination contre l'hépatite B en milieu carcéral, tout en laissant la possibilité aux détenus d'évoquer aussi la problématique à l'extérieur de l'enceinte carcérale. Par soucis d'inclusion et d'éthique, aucun détenu n'a été exclu des entretiens pour le motif d'une mauvaise maîtrise de la langue française.

Après la réalisation, la retranscription et l'analyse des premiers entretiens, j'ai remarqué que beaucoup de relances étaient faites par des questions fermées. J'ai donc revu le guide en ajoutant des relances à partir de questions ouvertes.

À la suite de la retranscription et l'analyse du troisième entretien, il m'a semblé intéressant d'évoquer avec les détenus porteurs d'une hépatite, le vécu de l'annonce de la maladie durant la consultation à l'US mais aussi à l'extérieur, avec notamment l'impact sur leur entourage. En effet, les détenus souffrant d'une hépatite B évoquaient spontanément la place de leur famille, ainsi que le moment de l'annonce de leur maladie. C'est pourquoi j'ai introduit dans mon guide d'entretien des questions en lien avec ces sujets-là.

Les entretiens se sont déroulés au sein même de l'unité sanitaire du CP de Béziers entre novembre 2021 et février 2022. J'ai réalisé personnellement les entretiens, dans un bureau mis à ma disposition par l'administration de l'US. Durant l'entretien, j'étais seul face au détenu. Les détenus sélectionnés étaient convoqués directement à l'US par les

surveillants pénitentiaires. Après le consentement oral du détenu et le rappel du caractère anonyme de l'échange, les entretiens ont été enregistrés avec un dictaphone OLYMPUS VN-1500.

Pour introduire l'entretien, un texte type et unique était lu à chaque détenu. Il servait à me présenter, aborder mon sujet de thèse et expliquer le déroulement de l'entretien. Il me permettait aussi de rappeler que tout ce qui était dit serait anonyme et non communiqué à l'administration pénitentiaire. (Annexe 1)

J'ai recueilli les caractéristiques personnelles des détenus : âge, lieu de naissance, nombre d'incarcération totale, nombre d'incarcération à Béziers, durée d'incarcération restante. Le recueil s'est fait au début des entretiens, ou dans un second temps à partir des dossiers médicaux à la fin des entretiens.

Voici le guide d'entretien :

1- Pour vous, l'hépatite B c'est quoi ? Quand on dit le mot « hépatite B » qu'est-ce qui vous vient à l'esprit ?

Que vous évoque-t-elle ?

2- Quelle expérience avez-vous par rapport à l'hépatite B ?

Rappelez-vous une situation dans laquelle vous avez eu peur de l'attraper

3- Que pensez-vous de la transmission de l'hépatite B ? Qu'est-ce qui vous vient à l'esprit quand on parle de contamination / transmission ?

Êtes-vous plus inquiet depuis que vous êtes en prison ? Pourquoi ?

4- Quelle représentation vous faites-vous de la vaccination contre l'hépatite B ?

Pourquoi avez-vous accepté ou refusé de vous faire vacciner ?

Quelle est votre avis par rapport à la vaccination ?

Quelles idées vous faites-vous de la vaccination ? Pourquoi ? D'où viennent-elles ?

5- Comment avez-vous vécu la proposition de sérologie lors de votre première consultation à votre arrivée en détention ?

Pourquoi avez-vous accepté ou refusé de vous faire dépister ?

Qu'avez-vous ressenti lors de la proposition de la prise de sang ?

6- Selon vous, que peut-on faire pour améliorer la prévention de l'hépatite B en détention ?

Quelles informations auriez-vous souhaiter recevoir (1^{ère} consultation) ?

IV. Analyse des données

J'ai retranscrit intégralement les entretiens mot à mot et je les ai anonymisés au fur et à mesure grâce au logiciel de traitement de texte Word®. J'ai retranscrit les réactions des détenus via des notes manuscrites prises durant les entretiens et les attitudes des détenus que j'ai pu déceler lors de l'entretien.

L'analyse des entretiens était thématique. Dans un premier temps, j'ai effectué une lecture globale du verbatim. Puis j'ai recherché et découpé le verbatim en plusieurs unités de sens en leurs associant un thème. Comme préconisé dans l'ouvrage de P. Paillé et A. Mucchielli sur l'analyse qualitative (17), j'ai voulu maintenir un niveau d'inférence faible. Une fois les thèmes relevés, j'ai effectué un regroupement progressif des thèmes associés ou complémentaires sous des thèmes de catégories supérieures. J'ai ainsi pu construire un arbre thématique.

RÉSULTATS

I. Population étudiée

Le recueil s'est déroulé jusqu'à saturation des données. J'ai effectué au total 10 entretiens. Lors du dernier entretien, aucun nouveau thème n'est ressorti, j'ai donc estimé que la saturation des données était atteinte.

Trois détenus que j'avais convoqué à l'unité sanitaire pour un entretien ne sont pas venus.

Au total, la population étudiée était exclusivement masculine du fait de la non-mixité du CP de Béziers. Le plus jeune détenu interrogé avait 20 ans et le plus âgé avait 52 ans, pour un âge moyen de 38 ans (tableau 1).

Les peines allaient de 10 mois à 16 ans. Un des détenus n'avait pas encore été jugé au moment de son entretien.

Les entretiens ont duré entre 11 et 22 minutes, pour une durée moyenne de 15 minutes par entretien.

Pour la moitié des détenus, il s'agissait de leur première incarcération.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée

	Âge	Nationalité	Nombre d'incarcération	Nombre d'incarcération à Béziers	Durée de peine	Peine restante	ATCD toxique	Durée entretien	Hépatite B
D1	51	Français	1	1	36 mois	21 mois	IV	15 minutes	Hépatite C guérie
D2	36	Français	1	1	30 mois	20 mois	IV	18 minutes	Hépatite C guérie
D3	40	Ivoirien	3	1	Prévenu	Prévenu		22 minutes	Hépatite B active
D4	25	Sénégalais	2	2	60 mois	36 mois		16 minutes	Hépatite B active
D5	40	Français	4	3	192 mois	144 mois		14 minutes	Hépatite B active
D6	20	Français	1	1	12 mois	10 mois		11 minutes	Vacciné hépatite B
D7	43	Turc	1	1	18 mois	16 mois		15 minutes	Hépatite B active
D8	33	Français	3	1	10 mois	3 mois		13 minutes	Vacciné hépatite B
D9	43	Français	2	2	60 mois	30 mois		11 minutes	Vacciné hépatite B
D10	52	Français	1	1	12 mois	4 mois		15 minutes	Refus vaccin

II. État des lieux de la couverture vaccinale chez les nouveaux arrivants

Durant l'année 2019, il y a eu 886 nouveaux arrivants au sein du CP de Béziers. Parmi eux, 702 individus (79,2%) ont accepté la sérologie proposée par l'unité sanitaire à leur arrivée. On peut remarquer que 291 personnes étaient déjà vaccinées contre l'hépatite B, soit 41,5% des personnes testées. 371 patients n'avaient jamais eu de contact avec l'hépatite B, que ce soit par la vaccination ou par une infection, soit environ 52,8% des personnes testées. Durant la même année, 21,3% de ces patients dit « naïfs » ont reçu au sein de l'USMP au moins une première dose de vaccin contre l'hépatite B.

Durant l'année 2020, davantage de sérologies ont été réalisées chez les nouveaux entrants avec un taux d'acceptation de 80,7%. Les données de la couverture vaccinale sont supérieures avec 45,7% de personnes vaccinées avant leur arrivée et une diminution du nombre de « naïfs » à 49,5%. Au cours de cette année-là, on note une stagnation du nombre de détenus ayant reçu au moins une dose de vaccin contre l'hépatite B avec un taux à 21,2%.

Pour l'année 2021, moins de nouveaux entrants ont bénéficié d'un dépistage sérologique avec un taux chutant à 72,2%. 273 détenus étaient déjà vaccinés, soit 44,5% des personnes testées à leur arrivée ; 51,1% des nouveaux arrivants testés étaient considérés comme « naïfs ». En revanche, durant cette année, seulement 10,8% de ces patients ont été vaccinés contre l'hépatite B.

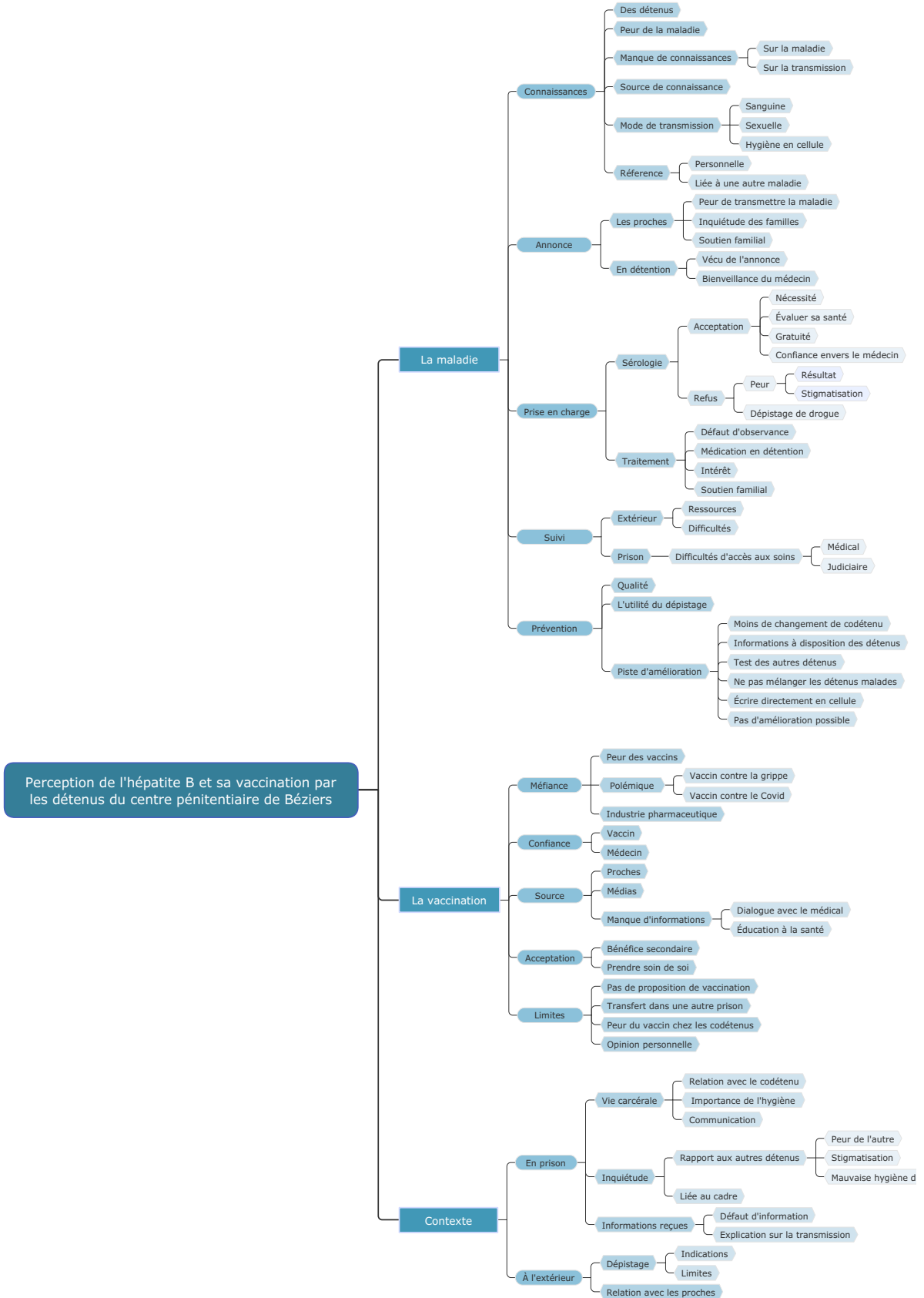
La baisse du taux de vaccination par rapport aux autres années peut être expliquée par le contexte sanitaire de l'époque, avec la mise en place de la vaccination contre le Covid 19 en détention, au détriment de celle pour l'hépatite B.

Tableau 2 : Couverture vaccinale des nouveaux arrivants pour l'hépatite B

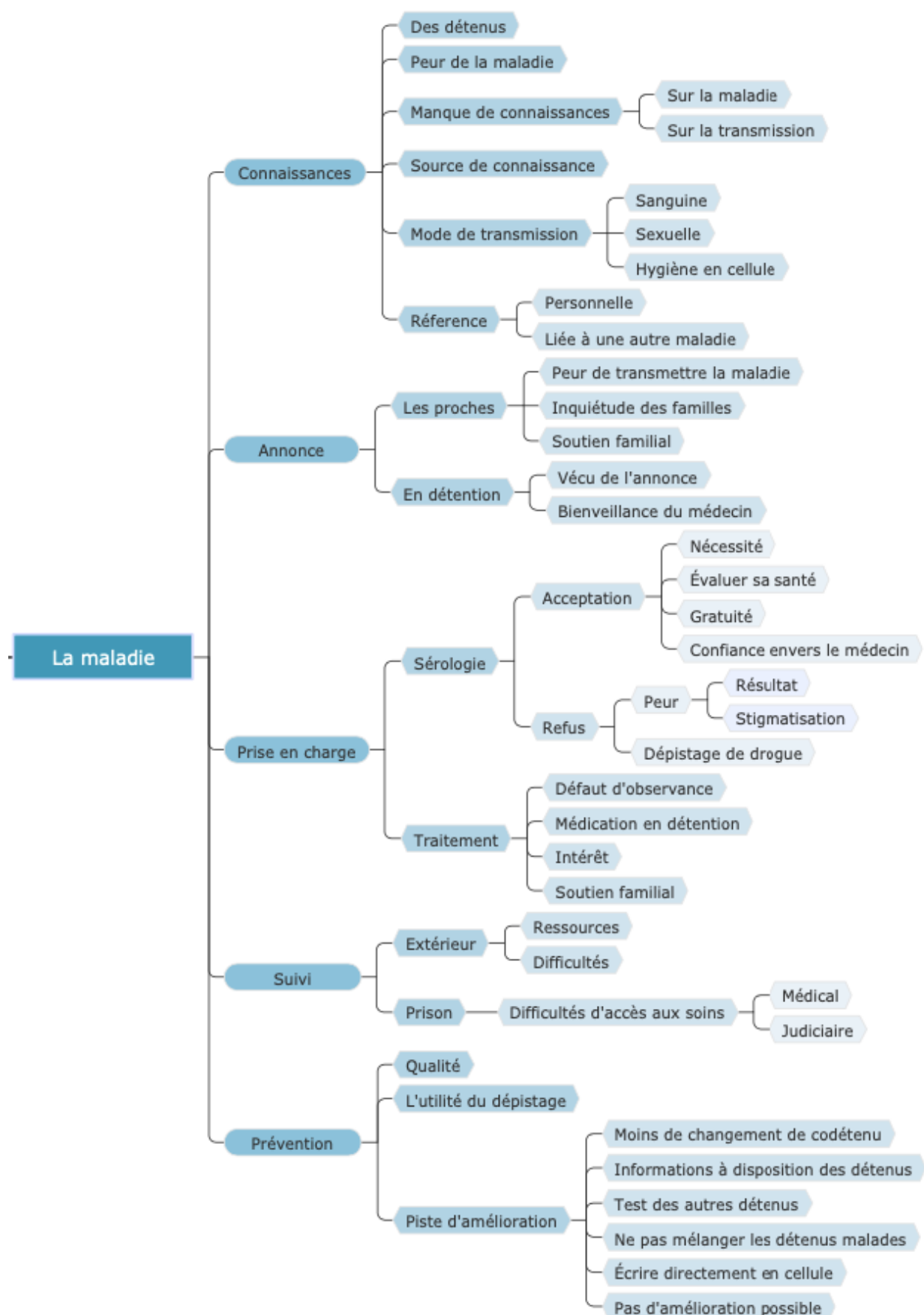
Année	Entrées	Sérologies	Hépatite B +	Hépatite B inactive	Naïfs	Vacciné	Vacciné avant
2021	851	614	5	22	314	34	273
2020	683	551	5	21	273	58	252
2019	886	702	9	31	371	79	291
2018	823	605	5	34	435	78	131

ANALYSE

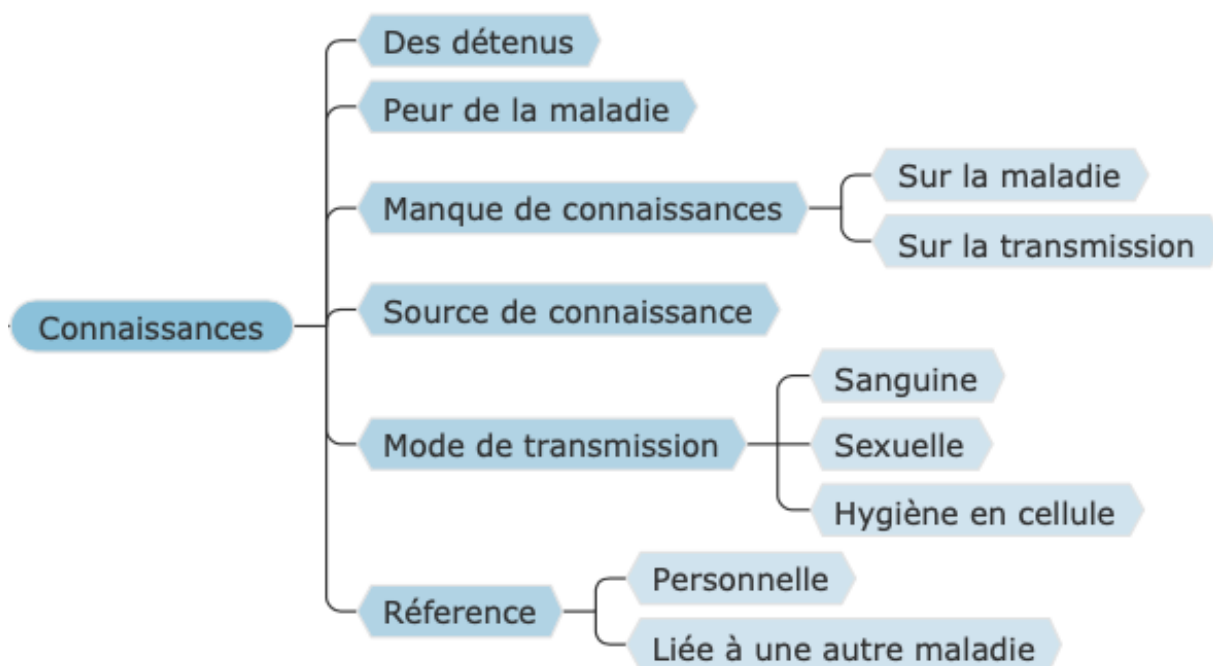
I. Arbre thématique synthétique



II. Maladie



A. Connaissances



a. Des détenus

Certains détenus considèrent l'hépatite B comme une maladie grave et potentiellement mortelle.

D9 : « hépatite B, maladie contagieuse grave (...) C'est une maladie très grave quoi »

D10 : « Oui, c'est très grave, on y meurt. On en meurt quand on a une hépatite B. »

Lorsqu'on aborde la maladie, les détenus interrogés évoquent les différents modes de contamination.

D8 : « C'est une maladie transmissible par la salive, le sang ou la salive simplement »

D3 : « Ça me fait penser à une MST »

Ils abordent aussi les populations les plus à risque de contracter la maladie.

D10 : « Puis en gros, c'est pour les homosexuels, les drogués, les toxicomanes »

Enfin, certains détenus parlent des conséquences de la maladie et des difficultés pour guérir de l'hépatite B.

D9 : « Qu'on peut pas soigner, qui est difficile à soigner. Je crois que ça se soigne même pas, je crois »

D10 : « Généralement, c'est le foie qui part en live, non ? Soit c'est une cirrhose, soit c'est ... »

b. Peur de la maladie

Ces connaissances de la maladie font craindre l'hépatite B aux détenus.

D6 : « Je sais pas, hépatite B moi, je sais pas. Après je connais pas, franchement j'ai pas voulu chercher plus, mais l'hépatite B je sais pas. Rien qu'on m'a dit hépatite, ça m'a fait peur »

D3 : « Oui, là ça a été plus brutal (...) Moi quand on m'a dit ça, presque pour moi c'est comme si on m'annonçait que j'avais le sida presque »

D8 : « À mon avis si on ne se fait pas vacciner par rapport à l'hépatite B, à mon avis bah on peut choper des maladies comme le sida »

c. Manque de connaissances

- Sur la maladie

Lors des entretiens, plusieurs détenus expliquent qu'ils n'ont pas, ou très peu de connaissances sur la maladie.

D3 : « tout simplement parce que je ne sais quels sont les symptômes de cette maladie si jamais il y en a quoi »

D2 : « c'est une maladie, après je sais pas quoi, ça attaque le foie apparemment, je sais pas trop, je connais pas plus que ça »

D6 : « Franchement, je veux pas vous mentir, je connais rien »

Pour un des détenus interrogés, ce manque de connaissance provoque de l'inquiétude quant au risque encouru pour ses proches.

D4 : « Là par exemple, si j'ai un enfant. Il aura obligatoirement l'hépatite B ? »

Pour ce même détenu, la maladie lui était inconnue jusqu'à ce qu'il y soit confronté en la contractant.

D4 : « Non je ne connaissais même pas avant de l'avoir »

- *Sur la transmission*

Un détenu explique ne pas savoir comment on peut se contaminer malgré des explications qui lui auraient été données.

D5 : « Je ne sais pas comment peut-être ça vient, le médecin m'avait expliqué que ça pouvait être héréditaire ou je ne sais pas quoi et que ça peut être un échange de sang, un échange de ... Donc là c'est flou en fait »

d. *Source de connaissance*

Un des détenus tient ses connaissances de la maladie par son médecin à l'extérieur de la prison.

D7 : « Oui, avant il m'a dit ça. Il m'a dit « attention tu es contact » il m'a dit ça. Si c'est B, il m'a dit c'est après C. Ouais B après C. Il m'a dit « B c'est pas beaucoup grave, C c'est beaucoup grave ». Oui je crois c'est ça. Il m'a dit c'est grave C. Il m'a dit « B c'est pas beaucoup grave, mais attention C »

Un autre détenu nous dit qu'il n'a eu aucun enseignement autour des infections sexuellement transmissibles.

D8 : « Moi personnellement on n'a jamais fait de thèse à l'école mais j'ai appris beaucoup plus tard que le SIDA existait »

e. Mode de transmission

- *Sanguine*

La majorité des détenus savent que la maladie peut se transmettre par des contacts sanguins ou via du matériel contaminé.

D1 : « bah contamination, euh, c'est le sang c'est ça ? La salive peut être aussi ? »

D2 : « je sais qu'on peut l'attraper par voie sanguine (...) Je l'ai attrapé avec une seringue en me piquant (en me montrant le pli de son coude) parce que c'est un échange de seringue »

D8 : « c'est transmissible avec le sang »

D10 : « Bah c'est par voie sanguine, par le sang. Bah une coupure. Bah on peut embrasser une personne si elle a un saignement dentaire, et si vous vous en avez un. »

- *Sexuelle*

Ils évoquent aussi le risque de transmission de l'hépatite B lors de rapports sexuels.

D2 : « Par voie sexuelle mais ma copine elle a pas, elle a pas eu, elle l'a pas attrapé donc... »

D7 : « Je l'ai attrapé, je sais pas. Le docteur il m'a dit peut-être avec les femmes, comme ça. Peut-être c'est ça. Après je sais pas »

D8 : « ben que ça se chope en faisant l'amour, il me semble »

D9 : « Surtout qu'on peut se refiler par la salive, rapport tout ce qui s'en suit je pense »

D10 : « Effectivement, je pourrais avoir ça dans le cadre d'une relation sexuelle au même titre que le SIDA »

Un des détenus a abordé le sujet de la protection lors des rapports sexuels alors qu'il me parlait de la transmission.

D10 : « Bon, je suis de la vieille génération, préservatif quand même. Je suis plutôt quelqu'un de fidèle, même si ma femme ne l'est pas »

- *Hygiène en cellule*

Lorsqu'on évoque avec eux la transmission de la maladie, des détenus abordent le sujet en parlant des produits d'hygiène présents dans les cellules.

D1 : « je fais gaffe moi, moi j'ai ma trousse à part quoi, je la laisse pas trainer dans la salle de bain. C'est fermé, à part ma brosse à dent, sinon le reste tout ce qui est pour le rasage et tout (...) moi j'impose l'hygiène dans la cellule quoi »

f. Référence

- *Personnelle*

Quand on parle de l'hépatite B, un des détenus évoque sa situation actuelle car il est atteint de cette maladie.

D3 : « Mais moi obligatoirement ça fait référence à ce que j'ai moi »

Ce même détenu aborde aussi le sujet de l'état sanitaire de son pays d'origine par rapport à l'hépatite B.

D3 : « Y'a beaucoup de gens d'Afrique, pas Afrique du sud mais Afrique de l'ouest qui savent qu'ils ont une hépatite B et qu'ils vivent avec »

Pour d'autres, discuter de l'hépatite B fait resurgir des souvenirs de proches qui ont eu cette maladie.

D6 : « Je sais pas, par rapport à l'hépatite C en fait. Par rapport à l'expérience qu'avait eu mon amie. Et du coup hépatite B ... après les collègues ils m'ont dit « c'est rien l'hépatite B ». C'est par rapport à mon amie, ça m'a tilté en fait »

D9 : « J'avais un collègue, il y a très longtemps qui était malade de ça. Je sais pas si c'était ça ou il y a la C je crois (...) Sa femme, elle me disait qu'il souffrait quoi. Voilà quoi »

- *Liée à une autre maladie*

Certains détenus font le parallèle entre l'hépatite B et le VIH.

D9 : « genre sida et tout ce qui s'en suit (...) c'est vrai qu'en plus c'est un genre de SIDA pour moi dans ma tête. Quand j'entends ça, je pense au SIDA, au VIH. Pour moi, quand j'entends ça, je pense à ça, pour moi c'est ça, plus ou moins ça »

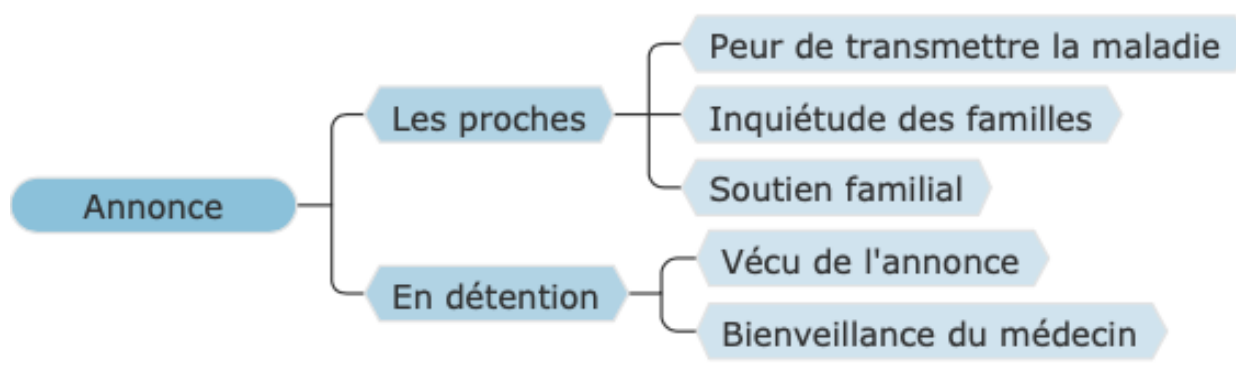
D10 : « Alors je sais plus si c'est comme une sorte de SIDA non ? C'est une maladie du sang, non ? (...) Moi je trouve que c'est compatible ... C'est comme le SIDA quoi. »

D'autres patients évoquent leur hépatite C, et abordent aussi le sujet du traitement.

D1 : « moi j'ai eu une hépatite C et maintenant ça va, c'est passé, j'ai fait un traitement, le premier qui était long, il durait un an le traitement, et voilà, j'ai réussi à la combattre, donc c'est bon, j'ai plus d'hépatite C »

D2 : « on peut la guérir avec un traitement »

B. Annonce



a. Les proches

- *Peur de transmettre la maladie*

Les détenus porteurs d'une hépatite B font part de la peur qu'ils ont de transmettre la maladie à leurs proches.

D2 : « Oui ça m'a inquiété un peu au début puis savoir si je l'avais pas donné à ma copine surtout »

D3 : « Directement la première peur qui se fait c'est mes proches, mes enfants, savoir est ce qu'ils ont l'hépatite aussi ou pas (...) moi ça m'inquiétait quand même par rapport à mes enfants mais ils ont fait les tests et ils ont rien. »

D3 : « D'un côté ça me faisait plus chier pour moi parce que j'étais susceptible de leurs causer du tort. Voilà c'est plus comme ça que je le voyait quoi »

D4 : « Là par exemple, si j'ai un enfant. Il aura obligatoirement l'hépatite B ? »

- *Inquiétude des familles*

Un autre détenu mentionne l'inquiétude que ses proches ont eu à son égard.

D7 : « Oui ils ont peur, « fais attention à ça et à ça » ils m'ont dire. »

- *Soutien familial*

Certains détenus parlent du soutien et de l'aide que leurs familles leur ont apporté.

D3 : « ça m'a rassuré puisqu'il n'a clairement pas été étonné parce que lui il a vécu assez longtemps en Côte d'Ivoire, donc il m'a dit « c'est quelque chose d'assez courant, fréquent, t'inquiète pas pour ça »

D5 : « Bah ils m'ont dit de continuer à faire les tests qu'il fallait faire et puis voir les résultats si y'a un traitement ou quelque chose à prendre. Et si y'a quelque chose, bah le prendre directement »

b. En détention

- *Vécu de l'annonce*

Les détenus évoquent le moment de l'annonce de la maladie, et notamment l'acceptation du diagnostic. Un détenu explique qu'il a relativement bien accepté l'annonce.

D2 : « Comment je l'ai vécu euh ... au début je me suis un peu inquiété puis après on m'a rassuré puis on m'a prescrit ce qu'il fallait pour la traiter, la guérir. Et voilà on m'a guéri, et puis basta quoi »

Pour un autre détenu, l'annonce a été brutale et mal vécue.

D3 : « Oui, là ça a été plus brutale (...) Moi quand on m'a dit ça, presque pour moi c'est comme si on m'annonçait que j'avais le SIDA presque »

Ce même détenu décrit qu'au moment de l'annonce, son état psychologique ne lui permettait pas d'encaisser une telle information.

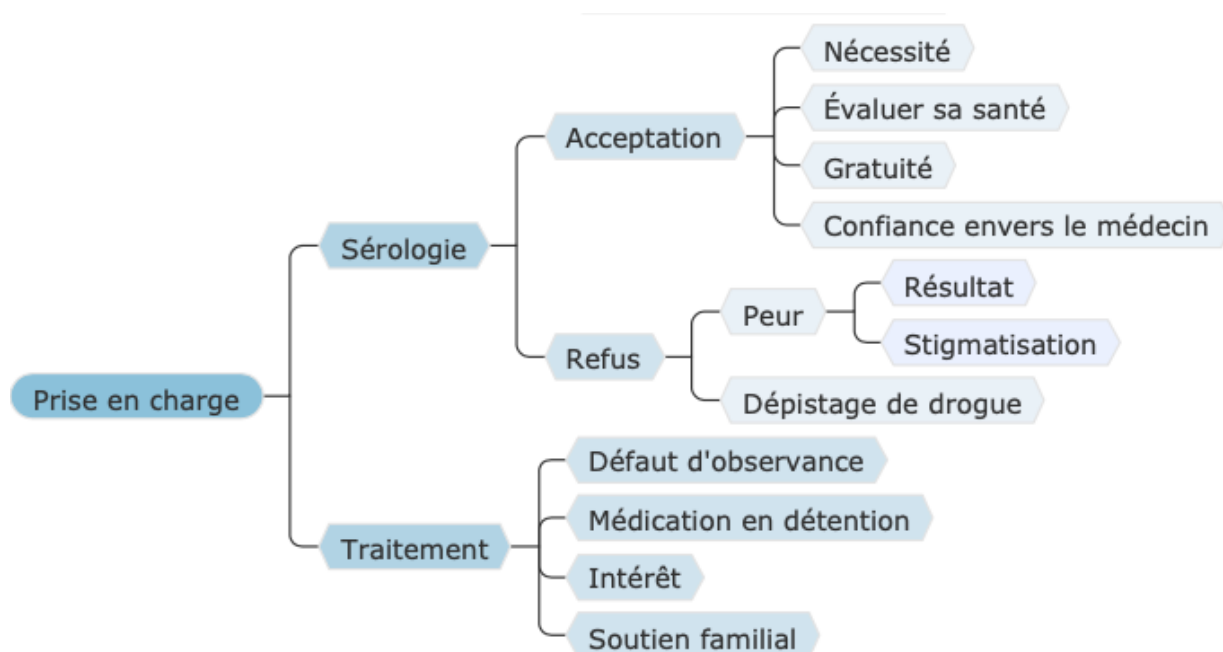
D3 : « Mais je pense que la première fois que je l'ai su, pour moi ça a été brutal, mais je pense que ça n'a pas été que ça qui a été brutal. Ça a été en fait un tout qui a été brutal et ça, c'est venu dessus, et peut-être qu'à ce moment-là j'étais pas vraiment apte à entendre ces choses-là (...) Mais peut-être que c'est tout simplement moi qui à ce moment-là n'était pas apte à bien recevoir l'information. »

- *Bienveillance du médecin*

Le rôle du médecin, son empathie, lorsqu'il va annoncer au détenu la maladie, est primordiale.

D3 : « mais je veux dire ce n'est pas la partie médicale surtout que c'était un très bon médecin que j'avais au début, qui était très à l'écoute, celui qui était ici avant d'origine philippines. Franchement c'était un très bon médecin et heureusement que c'était lui d'ailleurs parce que franchement dans son dialogue il était très bon, dans l'échange mais non non je pense que c'est vraiment tout le reste qui était autour »

C. Prise en charge



a. Sérologie

- *Acceptation*

A l'arrivée en détention, un test sérologique est proposé à chaque détenu. Certains disent avoir accepté par obligation du fait de la détention.

D3 : « *Ah bah que c'est le protocole, c'est le protocole ici. Bah vous vous y pliez (...) Donc toute nouvelle chose qui arrive, vous le prenez avec fatalité, parce que vous êtes plus ou moins obligé, voilà c'est comme ça que je l'ai pris.* »

D10 : « *Honnêtement, « venez, prenez-moi mon sang, je n'ai pas de soucis ». Pour moi, ça faisait partie de la procédure.* »

La réalisation d'une sérologie est perçue comme un acte de transparence, ils n'ont rien à cacher :

D3 : « *j'ai envie de montrer toute patte blanche - Allez-y, faites toutes les recherches que vous avez à faire.* »

Pour d'autres, c'est un moyen de connaître ce qu'ils ont et ainsi pouvoir partir sur de bonnes bases.

D4 : « Oui bien sûr, ça aide. Dès que t'arrives, ça aide, savoir ce que t'as, s'ils peuvent t'aider. Ça aide, bien sûr »

D6 : « Je me suis dit « je vais faire une prise de sang » au moins je pars sur de bonnes bases si j'ai rien »

D10 : « Donc oui pourquoi pas. Et puis ça me fait faire un petit bilan »

Une partie des détenus accepte le dépistage pour connaître leur statut virologique.

D1 : « moi je voulais savoir »

D9 : « Ouais, ça allait, c'est bien, moi, ça m'arrange. C'est bien. Plus on en sait, mieux c'est »

Par l'intermédiaire du test proposé, certains détenus y voient le moyen de vérifier leur état général.

D2 : « Parce que vu ce que j'avais fait avant, que je m'étais injecté, je sniffais et tout ça, voilà c'était bien de savoir si j'étais pas contaminé et si j'avais pas de maladie quoi (...) Oui parce que bon après, j'ai réfléchi et puis je me suis dit qu'il y avait beaucoup de risques que je sois malade quoi donc autant en profiter, autant la faire, autant en profiter »

D5 : « je me suis dit « je vais y aller », c'est pour la santé, voir ce qui y'a, vérifier »

La confiance envers le médecin qui propose la sérologie est aussi un facteur qui favorise l'acceptation du détenu.

D8 : « Bien, pour moi y'a pas de soucis. Le médecin, j'ai pas de souci avec la médecine »

Enfin, un détenu interrogé dit avoir accepté car il n'avait pas de crainte de l'avoir, pensant être vacciné.

D9 : « Non comme je dis, quand on m'a fait la prise de sang pour moi, je l'avais pas. Pour moi, j'étais vacciné. »

- Refus

La peur du résultat peut être un frein à la réalisation de la sérologie de dépistage à l'entrée en détention.

D5 : « Enfin y'a toujours une petite crainte quand on fait un test ou quelque chose »

D6 : « Au départ j'avais peur pour voir si j'avais pas attrapé un truc et tout mais ça va »

La stigmatisation envers les détenus malades peut être un élément limitant l'acceptation du dépistage.

D3 : « Eux tout ce qu'ils savent, c'est « tu es malade, il faut te mettre à part ». C'est un peu comme ça »

D10 : « Je ne fais pas partie des populations à risques. Si j'avais un comportement un peu libertin, que j'irai coucher à droite ou à gauche, ou que j'aurai des fréquentations dans le domaine de la drogue ou je ne sais quoi, oui. Mais comme je vous le dis, la probabilité que je l'ai comme ça, par voie sanguine, il est très très très faible (...) « Pourquoi en prison on prend le risque de mélanger quelqu'un qui a peut-être une hépatite B avec quelqu'un qui n'en aurait pas ? ». Pour moi, c'est dangereux. Je ne sais pas qui c'est ce gars-là (...) Franchement, je comprends pas pourquoi on met des gens comme ça avec d'autres détenus. »

Enfin, le manque d'information sur l'objectif des tests, notamment par rapport à un dépistage de drogue, peut-être un facteur de refus.

D8 : « Je suis fumeur comme tout le monde ici, ou presque. Les détenus ça peut fumer, je pense. Mais moi j'ai pas eu de crainte pour que ce soit un dépistage pour la drogue »

b. Traitement

Le traitement de l'hépatite B active est un traitement à long terme qui nécessite une bonne observance.

D3 : « c'est un traitement à vie qui est assez lourd à prendre et à supporter »

- *Défaut d'observance*

L'observance peut être compliquée à l'extérieur, surtout pour les personnes qui refusent la prise de traitements quotidiens.

D4 : « il me faut vraiment quelqu'un qui me motive derrière, sinon pff ... Je sais que moi tout seul je vais pas y penser à chaque fois. Les médicaments c'est pas vraiment mon truc (...) on n'a pas le temps, on se dit « on s'en fout, on est dehors », on fait ... on vit la vie et puis voilà »

- *Médication en détention*

La détention permet de reprendre le suivi médical parfois abandonné à l'extérieur et ainsi renouer avec la prise du traitement.

D4 : « je la traitais déjà ici lors de ma première peine. Et je suis sorti et j'ai rien fait. C'est quand je suis revenu que j'ai recommencé (...) Là je suis en cellule, j'ai que ça à faire »

La promiscuité en détention peut freiner la prise de traitement. Être seul en cellule est un facteur de sérénité pour l'observance du traitement.

D4 : « Avant en étant à 3 en cellule, je voulais pas qu'on me ramène les médicaments tout ça. Et maintenant vu que je suis au CD, je suis tout seul et je peux les prendre »

- *Intérêt*

L'incompréhension de l'utilité du traitement peut interférer sur l'observance thérapeutique.

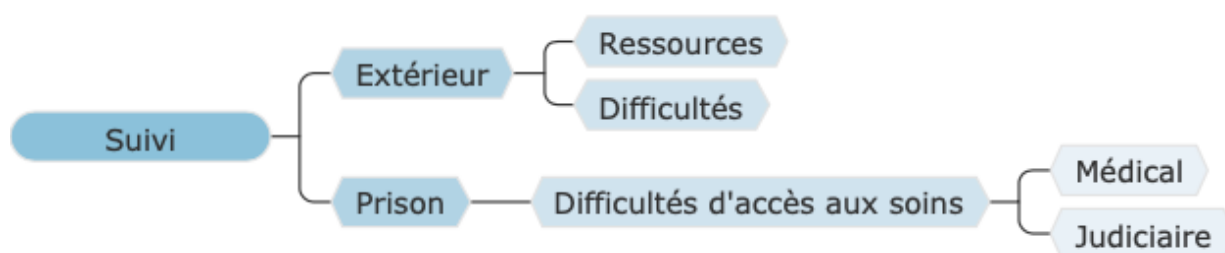
D4 : « Enfin peut être qu'il m'a expliqué mais je comprends pas vraiment. »

- *Soutien familial*

A la libération du détenu comme à l'initiation du traitement, l'entourage familial est pour certains un pilier de l'observance médicale.

D4 : *Ma mère elle voulait absolument que je suis les médicaments qu'on me donne ici (...) Et plus ma mère qui m'a dit de le faire »*

D. Suivi



a. Extérieur

- *Ressources*

Pour le suivi médical à l'extérieur de la prison, certains détenus disent s'appuyer sur leur médecin traitant.

D2 : « *Oui parce qu'elle me suivait pour la méthadone donc on en parlait, si je continuais à me droguer parce que je faisais tout ça donc euh ... je lui disais que je m'injectais, je lui cachais pas et c'est là que 2 fois elle m'avait fait une prescription mais j'étais jamais allé faire les tests »*

D7 : « *Quand je fais, euh, avec. "Attention quand tu fais enfant avec femme, attention à ça". Après c'est ça. »*

- *Difficultés*

D'autres détenus s'expriment pour dire qu'ils ne vont que très rarement voir un médecin généraliste à l'extérieur pour effectuer un suivi.

D5 : « L'extérieur après c'est vrai que ça faisait longtemps que j'étais pas allé voir un médecin ou prise de sang »

D8 : « Moi non, c'était pas à jour. Tout simplement (...) Le médecin traitant de ma mère en fait, mais je le vois rarement »

Un des détenus évoque la difficulté de trouver un médecin ou autre professionnel de santé lorsqu'il change de région.

D10 : « Quand vous sortez de votre région, pour trouver un médecin généraliste, au secours. Pour un dentiste, c'est pareil, tout est blindé quoi »

Enfin, pour un des détenus questionné, l'absence de suivi peut biaiser la connaissance de son statut vaccinal.

D9 : « je croyais que j'étais vacciné. Je croyais que j'étais à jour. »

b. Prison

- *Difficultés d'accès aux soins*

Pour le suivi médical en détention, un détenu aborde les difficultés liées aux contraintes du processus judiciaire.

D5 : « j'ai eu de nombreux transferts parce qu'en ce moment j'étais en jugement. Je repartais, je revenais aux assises (...) Donc après je me suis pas penché sur le sujet plus que ça, parce que j'avais encore l'histoire de mon jugement sur la tête (...) Mais après je suis parti en transfert. Je suis revenu. Je m'en suis pas occupé pendant 5 ou 6 mois »

Ou à cause des préoccupations liées à son jugement en attente.

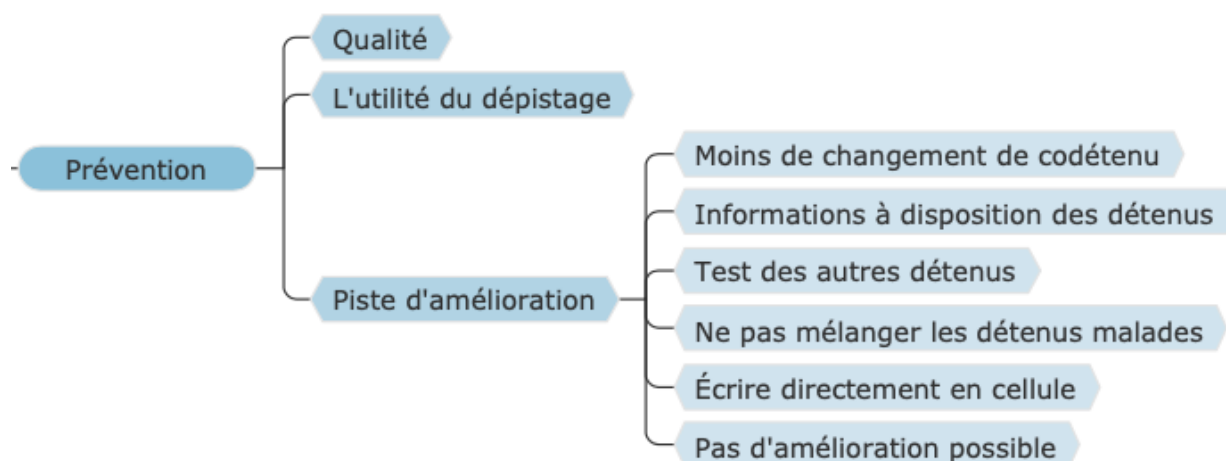
« Bon après moi je me suis dit que j'allais attendre que le jugement il passe et après je m'en occuperai »

Certains détenus interviewés évoquent aussi la difficulté d'avoir un rendez-vous avec les médecins de l'unité sanitaire.

D5 : « Après je l'ai revu, euh on n'a pas pu se voir en fait, on n'a pas réussi à avoir de rendez-vous en place »

D6 : « j'ai pris rendez-vous ici et pour prendre rendez-vous, j'ai écrit des courriers, des courriers, et des courriers et jamais ils reçoivent »

E. Prévention



a. Qualité

Pour certains détenus, la prévention au sein du centre pénitentiaire n'est pas suffisante par manque d'information.

D2 : « Pas plus que ça, on nous en parle pas quand on arrive »

D5 : « Après j'ai vu quelques affiches où c'était marqué de se faire dépister tout ça. Bon après ils en parlent pas forcément »

En revanche, pour d'autres, la prévention déployée par l'unité sanitaire est de bonne qualité.

D3 : « Bah, pff, je pense que c'est plus ou moins déjà fait là. Tout ce qui est le fait de ne pas s'échanger les rasoirs, bah après le fait de ne pas coucher avec son codétenu. Moi je ne me sens pas forcément impacté par ça. Mais oui je pense que la prévention elle est déjà faite quoi »

D4 : « je veux dire c'est pas comme de la prévention mais ils s'occupent de toi. C'est pas comme s'ils te laissaient comme ça. Ils s'occupent de toi »

D9 : « Je pense qu'ils en font assez. Ils appellent tout le monde, ils les vaccinent. Ils leur font la prise de sang aussi au début. (...) Pour les prévenir, on les appelle aux arrivants, On leur dit, est ce que vous êtes vacciné ? Oui, non. On vous fait une prise de sang, on regarde »

b. L'utilité du dépistage

L'intérêt de proposer cette sérologie de dépistage à l'ensemble des détenus a été évoqué par l'un d'entre eux.

D10 : « Déjà, c'est bien de proposer la prise de sang parce que tout le monde n'aurait pas l'idée de la faire dehors. (...) Et puis ça peut permettre de voir avec qui on cohabite, parce que c'est vraiment dégueulasse ici. Et comme on sait jamais sur qui on tombe en cellule, je pense que c'est bien de proposer aux gens des bilans de santé quand ils arrivent ici »

c. Pistes d'amélioration proposées par les détenus

Les changements fréquents de codétenu sont perçus par ce détenu comme un facteur de risque de contamination.

D3 : « Le truc c'est qu'ici vous changez fréquemment de codétenu. Il sort, il est libérable, y'en a un nouveau, ceci cela, donc ... (soupire) des fois on va dire on va apprendre à jauger « lui je le veux pas dans ma cellule il va faire 2-3 jours, j'ai même pas besoin d'en parler ».

Certains détenus proposent de laisser à disposition des détenus des informations concernant l'hépatite B, ailleurs que dans l'unité sanitaire.

D5 : « faudrait les mettre en libre-service, ça serait bien, bien sûr. C'est des trucs à mettre dans les bâtiments, pas forcément qu'à l'infirmerie, parce que c'est pas tout le monde qui vient à l'infirmerie »

D6 : « Après si y'a des documentaires et tout, pour lire, pour apprendre sur l'hépatite B, je prendrais ouais. Ça coute rien d'apprendre. »

Un détenu interrogé pense qu'il serait utile de favoriser les dépistages pour les détenus en manque d'hygiène et qui selon lui encourent plus de risques.

D1 : « Comme je vous dis, y'a beaucoup de gens qui sont très sales ici, qui se laissent aller quoi, qui sont pleins de cachetons, qui sont contents toute la journée. Je pense que c'est eux qui devraient faire des tests pour regarder un petit peu si tout va bien quoi parce que rien que sur eux, y'a pas d'hygiène y'a rien quoi. A mon avis c'est ça. Le gars qui fait gaffe à lui, qui est propre, lui ça va »

Un détenu propose de faire cohabiter dans une même cellule les détenus avec la même pathologie afin de limiter le risque de transmission.

D10 : « Je pense qu'on pourrait regrouper les personnes qui sont malades avec la même maladie dans la même cellule. Ça serait peut-être plus simple pour la cohabitation. Comme moi par exemple, je sais que j'ai rien mais je sais pas celui avec qui je suis, s'il est malade ou pas. Et puis au moins comme ça, on limiterait le risque de transmission dans la cellule »

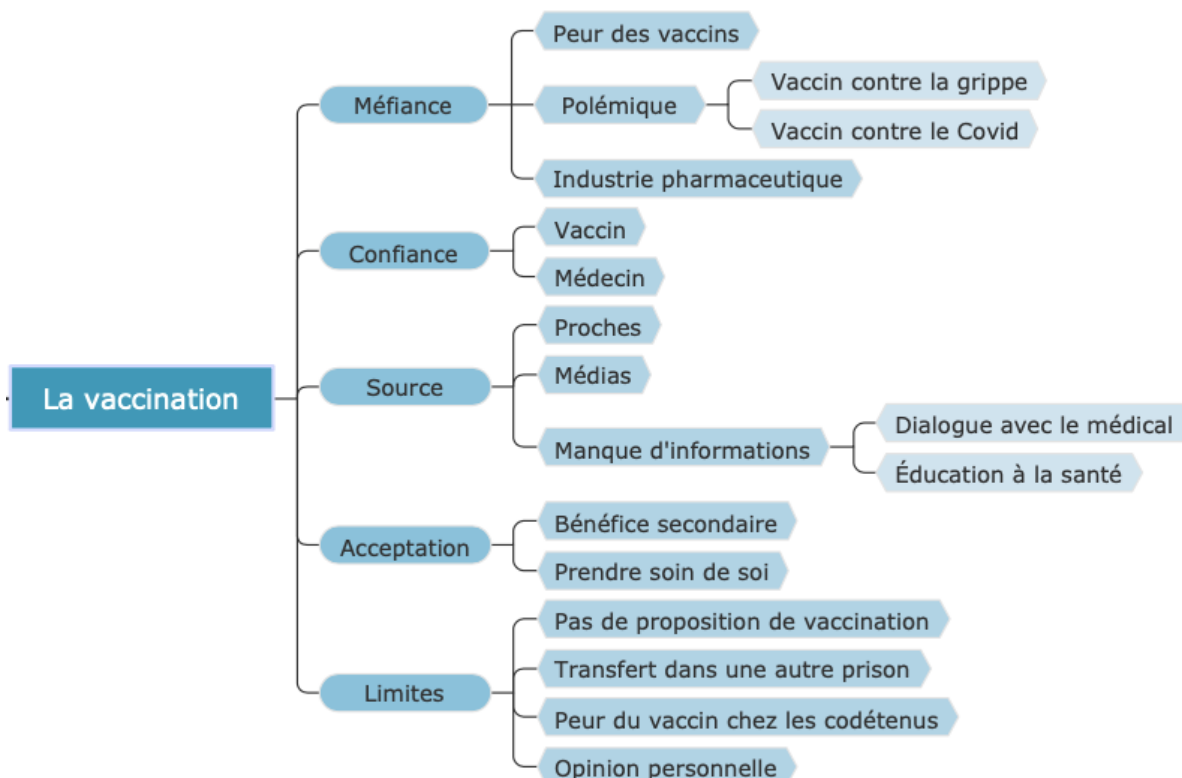
Pour informer un plus grand nombre de détenus, il faudrait leur adresser un courrier directement dans les cellules.

D8 : « Bah faut écrire aux détenus. Je pense qu'il faut leur écrire parce que y a pas tout le monde qui va sur les papiers »

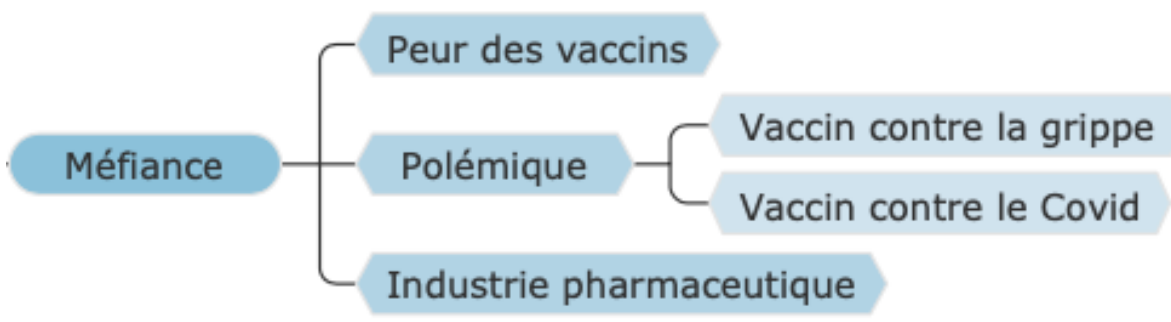
Enfin, un détenu interrogé estime que le niveau de prévention est suffisant et qu'il ne voit pas d'autre piste d'amélioration.

D9 : « Je vois pas ce que ce qu'on peut faire en plus »

III. La vaccination



A. Méfiance



a. Peur des vaccins

Le manque de connaissance, sur la composition des vaccins, participe à la méfiance des détenus par rapport à la vaccination.

D3 : « *On nous en fait une dizaine avant notre naissance, enfin au début de notre naissance, on n'a pas vraiment le choix, et on sait même pas ce qui est le composant* »

Pour un autre détenu, il s'agit simplement de la crainte de la piqûre.

D5 : « Je suis pas très vaccin moi non plus, les piqûres tout ça, c'est pas trop mon truc »

b. Polémique

- *Vaccin contre la grippe*

Un détenu explique que les polémiques sur le vaccin contre la grippe sont des facteurs de crainte des vaccins.

D1 : « par exemple la grippe, c'était chaque année, je l'ai fait une fois et après j'ai arrêté parce que ça m'a saoulé et après y'a eu des polémiques aussi sur la grippe je sais plus quoi. Enfin y'a eu un problème un moment avec les injections donc ça, ça met le frein »

- *Vaccin contre le Covid*

Pour d'autres, c'est le contexte actuel avec le Covid et sa vaccination qui intensifie la méfiance pour la vaccination.

D1 : « C'est comme là le vaccin du Covid, il sert mais on n'en sait pas plus (...) Voilà et puis c'était pas assez testé, c'était sorti trop rapide, c'était pas au point donc on est réticent quoi à tout ça »

D9 : « Sauf le dernier pour moi là, c'est pas un vaccin (...) Je sais pas, parce que moi j'ai toujours su qu'il fallait minimum plus ou moins 5 ou 6 ans pour faire un vaccin quoi. Et là, ça a été tellement vite quoi, j'ai vu qu'on peut l'attraper, qu'on peut le refiler. Voilà pour moi c'est ... voilà quoi. »

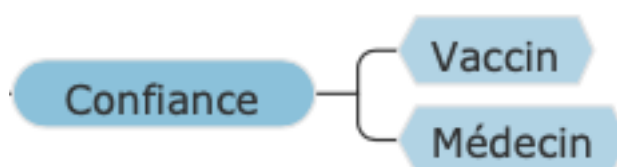
D10 : « Mais pour le Covid, c'est pas un vaccin ça, c'est un traitement. C'est comme le SIDA pour moi, il faut prendre un cacheton tous les 3 mois. Vous vous l'injectez comme du bétail. C'est pas un vaccin. Un vaccin quand on a l'habitude de l'appeler, c'est quelque chose qui protège. Pour moi, si on fait un vaccin, on attrape pas la maladie. Alors que là, avec le Covid, on peut quand même l'attraper et la redonner. Pour moi, c'est pas un vaccin. »

c. L'industrie pharmaceutique

Enfin, pour un autre détenu, la défiance pour les laboratoires favorise la méfiance envers la vaccination.

D10 : « Et puis Pfizer quand je vois les délais courts et puis tous les procès qu'ils ont au cul, je me dis que je ne peux pas leur faire confiance »

B. Confiance



a. Vaccin

Certains détenus expliquent la confiance qu'ils accordent aux vaccins pour l'effet protecteur qu'ils apportent.

D3 : « Si tu peux te protéger d'un truc, ça va de bon sens que de se protéger quoi »

D8 : « À mon avis si on ne se fait pas vacciner par rapport à l'hépatite B, à mon avis bah on peut choper des maladies comme le sida »

D8 : « Guérison, se guérir »

Une partie des détenus interrogés évoque l'utilité des vaccins dans la vie courante.

D8 : « je pense que c'est avec un bisou, avec la langue. Donc c'est naturel, après on y pense pas à choper l'hépatite B. Donc c'est bien de faire le vaccin »

D9 : « Les vaccins en général ? Franchement, c'est bien, il en faut. »

La confiance envers d'autres vaccins est un atout dans la proposition de vaccination contre l'hépatite B.

D8 : « Non, ça ne me fait pas peur. J'ai été vacciné contre le coronavirus. Donc non, ça me fait pas peur »

D9 : « Non, parce que plus ou moins ça doit être un vaccin que logiquement tout le monde a »

D10 : « Très bonne, moi je suis pas un anti vax (...) Je suis pas un antivax du coup, j'ai vacciné tous mes enfants. Le vaccin, il est là, il a toujours été testé »

b. Médecin

Un détenu explique que le crédit accordé aux vaccins est lié à sa confiance au médecin qui lui propose cette vaccination.

D7 : « Non, j'ai pas peur. Ça c'est vaccin, moi je peux pas, c'est docteur, tu peux pas avoir peur docteur normalement »

C. Source d'information



a. Les proches

La famille proche, les amis font aussi partie des personnes ressources.

D9 : « les amis qui en parlent »

b. Les médias

Les médias jouent un rôle important dans la diffusion des informations.

D1 : « on raconte que des conneries à la télé, après on apprend des trucs »

D9 : « J'en ai entendu parler à la télé »

c. Manque de renseignements

- *Dialogue avec le médical*

Certains détenus évoquent le manque d'information sur la vaccination qu'ils ont pu recevoir, notamment en détention

D1 : « Vous savez en détention on ne vous informe pas trop, à part à l'infirmierie et quand vous avez des trucs écrit sur les posters, mais après sans plus quoi, les médecins nous en parlent pas plus que ça »

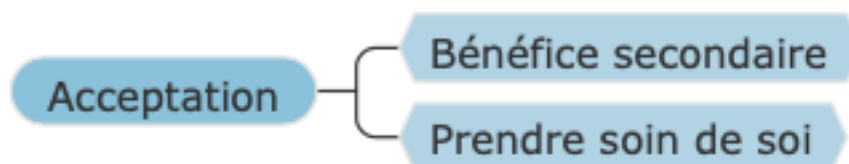
D5 : « y'a pas eu de moment où on m'a parlé de ça ou quoi »

- *Éducation à la santé*

Le manque d'éducation à la santé fait aussi parti des raisons de ce manque de connaissances de la part des détenus.

D8 : « Moi personnellement on n'a jamais fait de thèse à l'école mais j'ai appris beaucoup plus tard que le sida existait »

D. Acceptation



a. Bénéfice secondaire

Un détenu a accepté la vaccination par obligation mais aussi par intérêt lors de son incarcération.

D6 : « Après moi c'est pour le sport que j'ai voulu me faire vacciner. Je l'ai fait pour m'occuper en fait »

D6 : « Pour faire le sport en fait, parce que sinon jamais je l'aurais franchement »

D6 : « Parce que j'en ai parlé pendant la promenade et tout. J'ai dit pour faire le sport, on m'a dit « vaccine toi » apparemment ça enlève des RPS, je sais pas quoi. Les gens ils racontent tellement de bêtise. »

b. Prendre soin de soi

Un autre détenu a accepté la vaccination pour protéger sa santé.

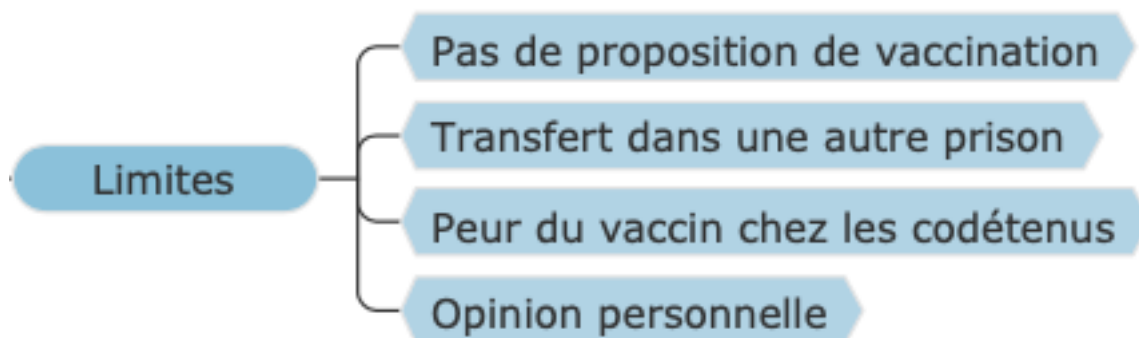
D8 : « Ben, je craignais un petit peu. Parce que moi je suis déjà fragile (...) Je me suis dit que ça allait me faire du bien »

Enfin, pour d'autres, il leur paraît essentiel d'accepter cette proposition de vaccin pour l'hépatite B.

D3 : « Si tu peux te protéger d'un truc, ça va de bon sens que de se protéger quoi »

D9 : « Parce que c'est logique. Enfin, pour moi, c'était logique. C'est la logique. Tout le monde doit l'avoir ce vaccin, plus ou moins. »

E. Limites



a. Pas de proposition de vaccination

Certains détenus interrogés expliquent n'avoir jamais reçu de proposition de vaccination, que ce soit en milieu carcéral ou par leur propre médecin.

D1 : « on ne me l'a même pas suggéré »

D8 : « Bah je sais pas. On m'a jamais proposé l'hépatite B »

b. Transfert dans une autre prison

Un autre détenu évoque son transfert prochain dans une autre prison comme un frein pour se faire vacciner.

D1 : « je dois être transféré moi dans 3 mois donc ça sert à rien que je commence un truc ... »

c. Peur du vaccin chez les codétenus

Certains codétenus craignent le vaccin et/ou ses conséquences et n'hésite pas à le dire aux autres dans la promenade. Cela peut être obstacle au processus vaccinal.

D6 : « Oui, c'est lui qui m'a dit ça, après chacun son truc »

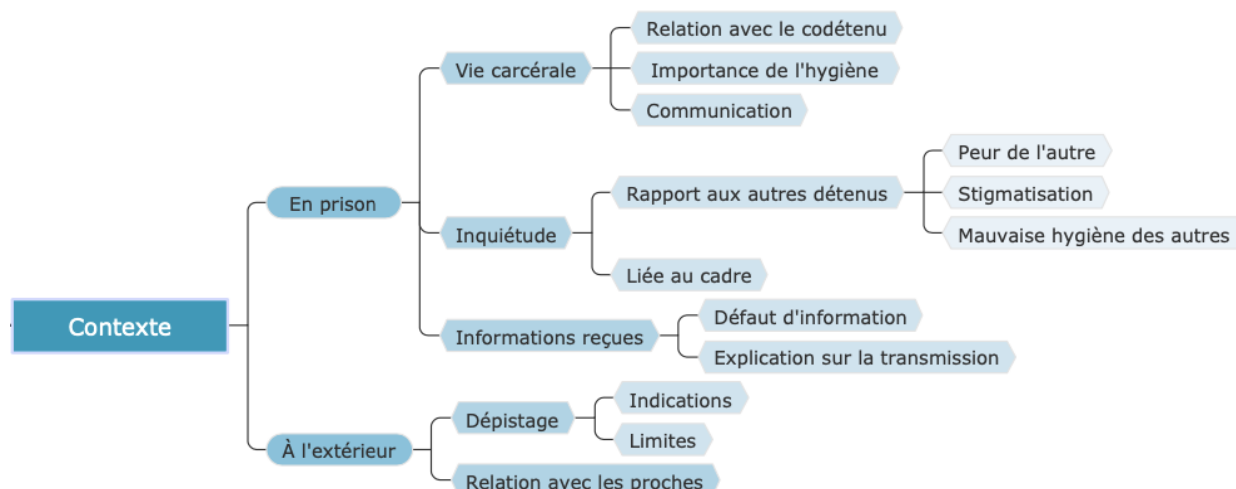
D4 : « ça me fait peur parce que y'a quelqu'un qui a l'hépatite B dans la promenade là-bas. Et tous les jours il fait que me dire « fais pas l'hépatite B, c'est à cause de ça que je suis handicapé ». Parce qu'il est devenu handicapé askip par rapport au vaccin de l'hépatite B. Du coup ça me fait peur un peu (...) C'est lié à ce qu'il m'a dit et tous les jours il fait que me dire ça »

d. Opinion personnelle

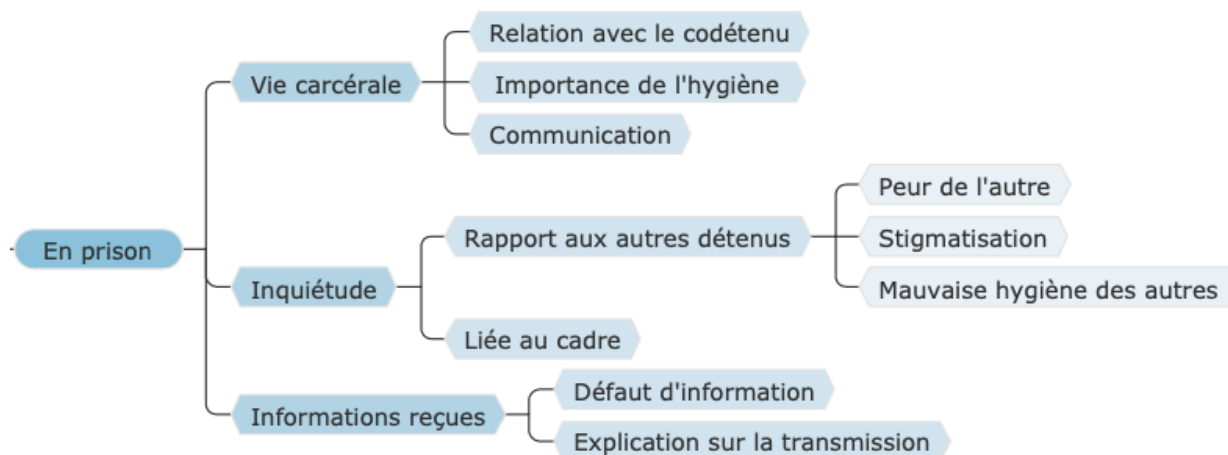
Enfin, un autre détenu dit avoir refusé la vaccination car il ne se considère pas à risque. Il explique faire attention dans son comportement.

D10 : « Mais moi, comme je suis un gars qui fait les gestes barrières, tout le temps, parce que je suis comme ça. J'ai pas forcément trouvé utile de faire les vaccins (...) parce que je ne fais pas partie des populations à risques. Si j'avais un comportement un peu libertin, que j'irai coucher à droite ou à gauche, ou que j'aurai des fréquentations dans le domaine de la drogue ou je ne sais quoi, oui. Mais comme je vous le dis, la probabilité que je l'ai comme ça, par voie sanguine, il est très très très faible »

IV. Contexte



A. En prison



a. Vie carcérale

- *Relation avec le codétenu*

Pour certains détenus, la cohabitation en cellule se passe bien, sans inquiétude et avec une bonne entente.

D2 : « j'étais en cellule quand j'étais à la maison d'arrêt, y'avait un type avec moi, un gars de mon âge. Mais non y'avait rien donc pas de soucis »

D8 : « il partage, je partage. Y'a pas de choses particulières pour ça »

Pour d'autres, cette cohabitation renforce l'inquiétude de la détention, notamment par rapport au risque de transmission des maladies.

D1 : « des fois on tombe sur des cassos en cellule parce qu'on vous met des gars que, on n'a pas demandé à les avoir (...) y'a tellement de tordus qu'on peut pas savoir sur qui on tombe »

D10 : « Et ce dont j'ai été interpellé, c'est que je me suis posé la question « Pourquoi en prison on prend le risque de mélanger quelqu'un qui a peut-être une hépatite B avec quelqu'un qui n'en aurait pas ? ». Pour moi, c'est dangereux. Je ne sais pas qui c'est ce gars-là (...) Franchement, je comprends pas pourquoi on met des gens comme ça avec d'autres détenus. Il faudrait faire remonter ça à la direction pour ne pas mélanger ce genre de détenus avec les autres »

Enfin, un des détenus évoque les difficultés de cohabitation et les obstacles pour changer de codétenu ou de cellule.

D7 : « Pff, ça va pas beaucoup. Il fumait la cigarette et fume un chose dans la cigarette. Et quand il fume ça, je suis mort. Mal à la tête, je prends tous les soirs médicament. Après j'ai dit « je change » mais fume aussi. Tout le monde fume cigarette ici. Et je peux pas changer (...) Et lui juste il penser lui, pas penser moi »

- *Importance de l'hygiène*

L'hygiène est un sujet central pour les personnes interrogées, que celle-ci soit soignée ou non.

D1 : « y'a des cas sociaux qui sont très sales (...) même dehors, j'ai une certaine hygiène de vie donc à partir de là (...) je fais gaffe moi, moi j'ai ma trousse à part quoi, je la laisse pas trainer dans la salle de bain. C'est fermé, à part ma brosse à dent, sinon le reste tout ce qui est pour le rasage et tout (...) moi j'impose l'hygiène dans la cellule quoi »

D6 : « Les deux autres sont propres, donc ça tombe bien, ça va »

D10 : « Et puis parce que je suis propre sur moi, je me lave tous les jours. C'est pas le cas de tout le monde, c'est pas son cas non plus. »

L'hygiène de la cellule occupe une place importante dans le quotidien de la vie en détention.

D3 : « Moi après je suis quelqu'un qui a une très bonne hygiène de vie, et je pense qu'en cellule et quand on vit avec moi, ça se ressent direct. J'ai mes affaires vraiment dans mon coin, tout est propre tout est rangé »

D6 : « Chaque jour on fait le ménage le matin, chaque jour. Chaque jour on change, le lundi c'est telle personne, le mardi c'est l'autre. Et voilà »

D10 : « ben je me mets du « Monsieur propre » tout le temps, Je nettoie bien au niveau de la cuvette, j'évite de manger derrière lui »

Depuis leur incarcération, certains détenus font plus attention à l'hygiène et notamment avec leurs affaires de toilette.

D4 : « je me protège à fond »

D10 : « Je fais très attention, je prends du détergent, je nettoie bien les WC plusieurs fois par jour. (...) Je le gère. Je sais pas s'il l'a, mais je prends des précautions »

La cohabitation en prison est difficile du fait de la promiscuité. De ce fait, une organisation précise de la cellule, est nécessaire.

D5 : « Ça après c'est toujours, c'est précis ça. Chacun il mange avec ses affaires, ses fourchettes, ses couteaux. Chacun à son matériel, chacun à ses vices, ses affaires, son placard. Ça c'est défini »

D7 : « Oui chacun matériel. Moi je mets dans lit et pas dans ... comment ça s'appelle ... la salle de bain. Non moi je mets sous le lit, comme ça »

D8 : « Sur l'étagère de la salle de bain, on a chacun notre côté. Après on met tout dans le placard »

- *Communication*

Lorsque les détenus porteurs d'une hépatite B évoquent leur maladie avec leurs codétenus, les réactions sont négatives.

D3 : « Puis quand je suis rentré, j'en ai parlé à mon codétenu qui en a parlé à un autre détenu, et du coup ça a fait la flambé dans tout le bâtiment (...) Bah oui, sur le moment il a eu peur par rapport à ça (...) Eux tout ce qu'ils savent, c'est « tu es malade, il faut te mettre à part ». C'est un peu comme ça »

D4 : « Ici, dès que tu as une maladie ou je sais pas, n'importe, ils vont te dire « t'es un cachetonné, t'es ceci t'es ça, tu prends des médicaments »

Certains détenus préfèrent ne pas parler de leur maladie.

D4 : « j'en ai jamais parlé à personne »

D5 : « comme j'ai pas de traitement imposé ou quelque chose, pour moi c'était pas une urgence forcément donc non j'en ai pas parlé »

Les explications du médecin favorisent la compréhension de la maladie et aident le détenu à expliquer lui-même sa pathologie.

D3 : « puis finalement c'est intéressant en voyant le professeur, le temps qu'on m'informe bien moi, que je l'informe lui, après ça va j'avais un codétenu, je veux dire avec un minimum de cervelle, avec qui on peut avoir du dialogue »

b. *Inquiétude*

Certains détenus ne sont pas plus inquiets que cela depuis leur incarcération, soit parce qu'ils sont seuls en cellule, soit parce qu'ils évitent les contacts.

D2 : « Non pas plus que ça, non (...) Non parce que je suis en cellule tout seul donc c'est pas le cas pour moi à ce niveau-là »

D9 : « Non, franchement non, parce que je fume pas après les gens je fume ma cigarette seul. Et après les rapports sexuels ... voilà quoi (rire) »

- *Rapport aux autres détenus*

L'inquiétude est surtout liée à la présence de détenus malades sous traitement ou avec des maladies psychiatriques.

D1 : « Ah ouais ouais parce qu'il y a des cassos quoi. Y'a beaucoup de psychiatriques qui sont ici et qui on pas leur place ici mais ils sont ici. Faut faire avec »

D10 : « Parce que moi, j'ai été interpellé par un médecin la dernière fois, et ce qui me faisait peur c'est que moi en fait je suis avec un gars, c'est un cachetonné »

Un autre détenu était inquiet du risque de transmission de sa maladie aux autres.

D3 : « D'un côté ça me faisait plus chier pour moi parce que j'étais susceptible de leurs causer du tort. Voilà c'est plus comme ça que je le voyait quoi »

D4 : « je parle pas avec les autres, je reste à bonne distance quoi. »

Un détenu ne souhaite pas savoir si son codétenu est porteur d'une maladie pour ne pas être perturbé.

D10 : « Je sais très bien que vous ne pouvez pas me le dire mais je ne veux pas le savoir. Ça me perturberait peut-être plus. Non, non, je gère »

Un détenu exprime son inquiétude à cause du manque de sensibilisation des autres détenus vis-à-vis de la transmission.

D3 : « Voilà, en leurs transmettant parce que l'explication et aussi tout ce qui est la sensibilisation autour de ça, n'a pas forcément bien faites »

La mauvaise hygiène des autres détenus est revenue plusieurs fois au cours des entretiens lorsque le rapport aux autres détenus était abordé.

D1 : « Comme je vous dis, y'a beaucoup de gens qui sont très sales ici, qui se laissent aller quoi, qui sont pleins de cachetons, qui sont contents toute la journée. »

D10 : « Déjà, c'est bien de proposer la prise de sang parce que tout le monde n'aurait pas l'idée de la faire dehors. (...) Et puis ça peut permettre de voir avec qui on cohabite, parce que c'est vraiment dégueulasse ici. »

- *Liée au cadre*

Un détenu était inquiet de l'insalubrité des douches.

D6 : « Au début j'avais peur pour les pieds, parce que les douches elles étaient sales (...) Ça fait que quand je me douche après, je mets des claquettes pour pas attraper de champignons, pour pas attraper des trucs comme ça »

Un autre, au contraire, est satisfait d'avoir accès à une douche dans sa cellule à l'inverse d'autres prisons.

D1 : « on a une douche en cellule et c'est pas le cas partout »

c. Informations reçues

Un des détenus explique ne pas chercher d'information particulière sur l'hépatite B car il sait que c'est une maladie dangereuse.

D9 : « je sais que c'est dangereux et que je l'ai pas, Après c'est pas un truc dont je cherche des infos »

- *Défaut d'information*

Certains détenus pointent le manque d'informations sur l'hépatite B à leur arrivée ou depuis qu'ils sont en détention.

D1 : « Vous savez en détention on ne vous informe pas trop, à part à l'infirmerie et quand vous avez des trucs écrit sur les posters, mais après sans plus quoi, les médecins nous en parlent pas plus que ça »

D6 : « On m'en a même pas parlé, le médecin il m'a pas parlé de ça. »

D9 : « Non du tout, aucune. Non, on m'a rien dit, on m'a vacciné, on m'a dit « remonte en cellule » (rires). On m'a dit « T'en auras une dans un mois, une autre dans 6 mois ».

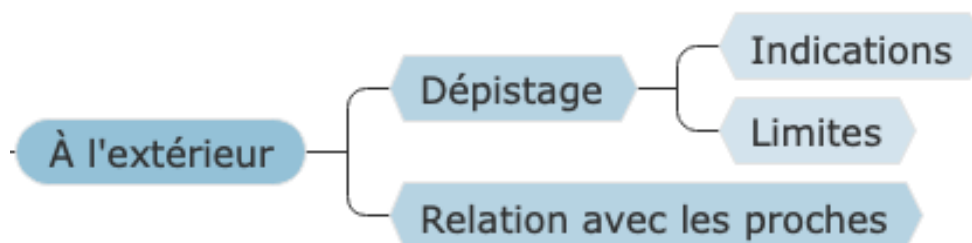
- *Explication sur la transmission*

D'autres détenus expliquent que les informations données sur la maladie sont trop succinctes, qu'elles ne portent que sur les modes de transmission.

D3 : « Oui, transmis par voie oral, sexuel, on m'a expliqué tout le process autour »

D8 : « Sur l'hépatite B, il m'a dit comme vous. Que c'était transmissible avec une blessure. Si on se touchait comme ça (imite une coupure au niveau de son avant-bras), Si on crachait dessus, il me semble »

B. À l'extérieur



a. Dépistage

- *Indications*

A l'extérieur de la prison, les comportements à risque étaient les seuls éléments déclencheurs pour effectuer un dépistage.

D2 : « Si j'ai des situations à risque, oui je pense que je ferai des dépistages. Avant je faisais rien. Le docteur me le prescrivait mais j'avais pas le temps. Si aujourd'hui elle me fait une prescription, ma doctoresse, j'irai le faire »

D9 : « Non pas souvent parce qu'après voilà, C'était plutôt quand un préservatif se cassait, une connerie comme ça. C'est là que je commençais à flipper un peu quoi. »

Après avoir fait un premier dépistage en détention, un détenu comprend l'intérêt d'en effectuer aussi à l'extérieur de la prison.

D8 : « Oui, plus tard, pourquoi pas. On sait jamais, parce que moi on m'en avait jamais parlé, mais à mon avis, c'était important comme les blessures de lèvres quand on s'embrasse »

- *Limites*

L'absence de proposition de dépistage à l'extérieur fait partie des limites pour un dépistage efficace des populations.

D8 : « On me l'a jamais proposé »

La crainte du résultat positif freine la réalisation de test en ville.

D2 : « L'appréhension aussi d'avoir quelque chose ou quoi »

Ce même détenu explique que son médecin traitant lui proposait d'effectuer des dépistages, mais qu'il omettait de les faire.

D2 : « Sur le coup je me dis « je vais y aller », puis l'ordonnance elle traîne dans un coin et j'oublie »

Enfin, un dernier détenu évoque la lourdeur des démarches administratives comme un frein pour se faire dépister.

D1 : « La plupart du temps parce que la CMU elle est pas refaite, machin ... les papiers je m'en fous et que voilà je m'occupe pas de tout ça quoi »

b. Relation avec les proches

Un des détenus explique ne pas avoir l'habitude de parler de sa santé avec ses proches.

D9 : « C'est pas quelque chose dont on parle beaucoup »

Un autre détenu évoque ses amis qui ont attrapés l'hépatite B.

D10 : « Des potes qui ont mal tourné, qui ont touché à la cocaïne, à l'héroïne (mime une seringue). De bons copains à moi qui sont devenus des déchets (...)

Ce même détenu explique avoir rompu tout lien et ignorer ces anciens amis/rerelations depuis leur infection.

D10 : « Bon après si vous les voyez arriver, vous faites comme si vous ne connaissiez pas, même pas ils vous touchent (...) Mieux vaut éviter de traîner avec des gens malades »

DISCUSSION

I. Résultats principaux et comparaison avec la littérature

A. Perception de la maladie

La majorité des détenus interrogés dans notre étude considère l'hépatite B comme une maladie grave, potentiellement mortelle et difficile à soigner. Les modalités de transmission, notamment sanguine et sexuelle, sont revenues régulièrement au cours des entretiens. De même, l'étude quantitative menée sur la perception de l'hépatite B et sa vaccination au sein du centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) de l'hôpital Bichat-Claude Bernard (18), concluait aussi à de bonnes connaissances de la part des patients sur les différentes voies de transmission.

Une partie des détenus non vaccinés explique que l'hépatite B est une maladie grave mais qu'ils ne se considèrent pas à risque de la contracter. L'étude publiée par le Dr Davies (19) portant sur des étudiants à Aberdeen, expliquait qu'ils « reconnaissent l'hépatite B comme une maladie grave mais ne se considéraient pas comme à risque ». Les mêmes conclusions sont retrouvées dans l'étude par questionnaire du Dr Vallabhaneni (7), qui portait sur les attitudes des détenus à l'égard de la vaccination contre l'hépatite B. Il y décrit que la moitié des détenus avec des facteurs de risque d'hépatite B ne se considère pas à risque de contracter cette maladie.

Un constat identique ressort des résultats de l'enquête Nicolle (20) sur la « perception et connaissances des hépatites virales en France ». La majorité considérait le risque d'être contaminée par la maladie comme « faible », et deux personnes sur cinq l'estimaient « moyen » ou « important ».

Une partie des détenus interrogés a évoqué le VIH au cours des entretiens, pour faire le parallèle avec l'hépatite B dans sa gravité ou dans sa transmission. Cette analogie, nous la retrouvons dans l'étude sur les « connaissances, perceptions et pratiques de l'hépatite

B en population générale française », du Dr Brouard (21) qui expliquait que la peur était similaire entre le fait de contracter l'hépatite B ou le VIH chez les français. Lorsque la population est interrogée spécifiquement sur les trois maladies infectieuses les plus craintes, les hépatites virales sont citées par près d'une personne sur deux (20).

B. Les connaissances

Les thèmes du manque de connaissances sur la maladie, notamment sur les symptômes, le traitement, ou la transmission sont revenus à plusieurs reprises au cours des entretiens.

Dans son étude, le Dr Vallabhaneni (7) identifie ce défaut de connaissance en expliquant que 44% des détenus ayant participé à ses recherches ne sont pas au courant que l'hépatite B peut se transmettre en ayant des rapports sexuels. Ce manque de connaissance peut venir d'un manque d'information reçue à l'école lors des sessions sur « l'éducation à la vie affective et sexuelle », comme l'a fait remarquer un des détenus durant l'entretien. C'est d'ailleurs ce que décrit l'étude menée par le Dr Davies (19), ce « manque général de connaissances sur la maladie, y compris une confusion sur d'autres types d'hépatite (...) était liée au manque d'attention accordée à l'hépatite B, par exemple, dans les campagnes d'éducation à la santé sexuelle et de sensibilisation à la maladie ».

De plus, l'étude qualitative du Dr Freeland (22) sur les populations immigrantes africaines aux États-Unis montre aussi ce manque de connaissances sur les différents pans de la maladie : transmission, risque, dépistage et vaccination.

De son côté, le Dr Brouard (21) a montré que « par rapport au VIH, la population générale était moins consciente que l'échange de seringues pendant la consommation de drogue par voie intraveineuse et les relations sexuelles sont des modes de transmission du VHB ». Au cours de leur étude dans le CDAG, les Dr Rioux, Tosini et Bouvet (18) retrouvaient, chez les personnes interrogées, de bonnes connaissances sur les voies de transmission.

Toutefois, ils ont aussi relevé un manque de connaissances sur les risques et les complications de l'hépatite B. Nous pouvons faire le même constat avec les détenus interrogés dans le cadre de cette étude. Une partie des détenus semblait être informée des modes de contaminations, mais peu d'entre eux paraissaient en connaître les conséquences.

C. Le dépistage

La circulaire DGS/DH/DAP n°96-739 du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en milieu pénitentiaire (23) indique qu'un « test de dépistage du VIH et des hépatites, par prélèvement veineux, doit être systématiquement proposé lors de la visite médicale à l'entrée en détention, ainsi que dans le cas d'une exposition connue et avérée à des risques de transmission au cours de l'incarcération ».

La totalité des détenus qui ont été interrogés dans le cadre de cette thèse, avaient accepté d'effectuer la sérologie de dépistage proposée par l'USMP à leur arrivée. La proposition de dépistage est généralement bien acceptée durant l'incarcération comme le montre le Dr Busschots (24) dans son étude multicentrique sur l'évaluation des infections virales transmissibles par le sang dans les prisons belges. Elle concluait que « les tests de dépistage pour les hépatites virales B et C, et pour le VIH étaient relativement bien acceptés dans les prisons ».

L'étude Prevacar (25) menée en 2010 avait pour objectif secondaire d'évaluer l'offre de soins des établissements pénitentiaires en France et notamment la proposition de dépistage du VIH, de l'hépatite B et de l'hépatite C. Sur les 168 USMP interrogées, 145 (86%) ont participé à l'enquête, ce qui représentait « 92% de la population incarcérée au premier juillet 2010 ». Elle concluait que « 93% des USMP proposaient systématiquement le dépistage pour les 3 virus VIH, VHC et VHB ».

Au cours de l'année 2021, 72% des détenus nouvellement incarcérés à Béziers ont accepté la sérologie qui leur était proposée. Ce chiffre est similaire avec ceux retrouvés dans l'étude du Dr Rémy (26), portant sur l'hépatite C en milieu carcéral, réalisée en 2015. Dans son étude, « le dépistage était effectif pour 70% des détenus, avec un rendu systématique des résultats dans 72% des USMP ».

L'étude qualitative conduite par le Dr Khaw (27), auprès de détenus anglais, sur les facteurs influençant le recours au dépistage pour l'hépatite C, mettait en évidence différents freins à l'adoption du test de dépistage. Les obstacles personnels comprenaient la peur et le manque de connaissance des détenus sur la maladie, le manque de sensibilisation au test et la préoccupation concernant la confidentialité et la stigmatisation.

Ce problème de stigmatisation est revenu au cours des entretiens effectués dans le cadre de notre étude. Les détenus souffrant d'une hépatite B ont évoqué à plusieurs reprises le regard méfiant des codétenus lorsqu'ils étaient mis au courant de leur maladie. Les entretiens avec des détenus sans pathologie particulière ont permis de montrer le regard inquisiteur que ces derniers pouvaient avoir sur les détenus malades.

Parmi les barrières institutionnelles, on retrouvait notamment le manque de continuité des soins à la sortie de détention. Ce manque de liaison avec l'extérieur a bien été identifié par le Dr Guillemot (28) dans sa thèse d'exercice sur les « Freins et leviers à la continuité des soins des détenus sortant du centre pénitentiaire de Béziers ».

En discutant des dépistages en ville avec les détenus, seulement deux avaient déjà effectué ces sérologies.

L'absence de proposition de sérologie pour l'hépatite B dans la population générale a été mise en évidence par le Dr Brouard (21). Son étude a mis en évidence « un niveau de connaissance inférieur sur la maladie ainsi que moins de dépistage dans la population générale par rapport au VIH ».

Au regard de ces études, il est possible de dire que la détention peut être un moment propice au dépistage. En effet, le parcours du patient est normalisé au sein de l'USMP par une convocation à l'arrivée avec une proposition de sérologie, une consultation d'annonce systématique, une consultation de sortie, des médecins à disposition en cas de résultat positif avec une consultation auprès d'un spécialiste, et un suivi organisé sur place. Ce suivi évite aux patients les difficultés qu'ils peuvent rencontrer à l'extérieur : lourdeur administrative, absence de proposition, difficulté d'accès à un spécialiste. Cependant, si plus de deux tiers des détenus acceptent ce dépistage (26), seulement 51% des unités de soins renouvellent la proposition de sérologie pour l'hépatite B auprès des détenus ayant initialement refusés ce test (25).

D. La vaccination

Le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues (29) publié en décembre 2017, et actualisé en avril 2019, explique que « la vaccination contre l'hépatite B (VHB) est recommandée chez les personnes non-immunisées ».

En évoquant son transfert dans une autre prison, un des détenus a mis en avant la difficulté d'initier un protocole vaccinal qui est généralement réalisé sur 6 mois. C'est d'ailleurs une des limites à l'adhésion pour la vaccination contre l'hépatite B en milieu carcéral (16).

En 2002, le Pr Awofeso (30) recommandait déjà, dans son article paru dans le bulletin de l'OMS, l'utilisation d'un schéma vaccinal accéléré de trois doses rapprochées. Une étude menée par les médecins de la maison d'arrêt de Bordeaux-Gradignan (31) en 2016, concluait aussi au passage à un schéma vaccinal accéléré pour optimiser la vaccination des détenus, le passage à un schéma plus rapide permettant une meilleure acceptation de la vaccination par les détenus.

En parallèle d'un protocole vaccinal accéléré, l'étude du Dr Chahal (32) conclut que les stratégies de dépistage, traitement et vaccination sont efficaces pour réduire les conséquences de l'hépatite B chez les populations à risque, et notamment chez les détenus. Le renforcement des programmes de vaccination en détention peut contribuer à de meilleurs soins de santé pour les détenus selon l'article du Dr Vicente-Alcalde (33). Dans les études publiées ces dernières années sur la vaccination contre l'hépatite B, la crainte des effets secondaires liés au vaccin est un sujet récurrent (34,35). Or, aucun des détenus interrogés n'a abordé ce sujet comme limite pour la vaccination contre l'hépatite B. Toutefois, il a été évoqué au cours d'un entretien que la composition des vaccins, et notamment le manque d'information, était un problème.

Il est intéressant de noter qu'au cours de l'étude du Dr Briend-Godet (36) « Parents refusant la vaccination contre l'hépatite B pour leurs enfants : perception et freins », 50% des parents interrogés « considèrent que les adjuvants sont toxiques pour la santé ». Il s'agit même de la raison principale au refus de vaccination. Toujours dans cette étude, il est évoqué la méfiance des parents vis-à-vis des firmes pharmaceutiques, ce qui a aussi été abordée par un des détenus interrogés pour cette thèse.

L'étude menée par le Dr Buck (37) sur la vaccination contre l'hépatite B en prison concluait que « les obstacles à la vaccination pendant l'incarcération étaient la peur des aiguilles et la méfiance à l'égard du personnel pénitentiaire ». Dans notre étude, aucun détenu n'a évoqué la méfiance envers le personnel de l'USMP. Mais la crainte des aiguilles a été mentionnée durant l'un des entretiens.

E. La couverture vaccinale

La couverture vaccinale des nouveaux arrivants en détention à Béziers varie de 21,6% à 44% entre 2018 et 2021. Grâce aux vaccinations effectuées en détention, cette

couverture vaccinale a atteint les 52,7% au cours de l'année 2019 (49,9% en 2021). Par comparaison, l'étude menée par le Dr Vicente-Alcalde (38) en 2020 sur la couverture vaccinale chez les détenus espagnols retrouvait une couverture vaccinale de 52.3% pour l'hépatite B.

Les détenus sont sous-immunisés en particulier contre le VHB (33). Cette baisse de vaccination peut être mise en parallèle avec la situation que nous retrouvons chez les adolescents. En effet, dans cette publication française (5) qui reprend les données de l'étude Vaccinoscopie®, seulement 37,4% des adolescents avaient reçu une vaccination complète en 2011. Ce nombre est même descendu à 32,5% en 2014. De plus, ces dernières années (35), ces taux sont en baisse.

II. Freins et leviers au dépistage et à la vaccination

A. Les freins

a. Pour la vaccination

Le travail effectué durant les entretiens et l'analyse de ma thèse, m'a permis de mettre en évidence certains obstacles à la vaccination évoqués par les détenus. Même si aucun détenu n'a directement cité la peur du vaccin comme une limite à la vaccination au cours des entretiens, les propos attribués à d'autres détenus ont montré que la peur du vaccin et ses conséquences étaient un frein à la vaccination.

La méfiance envers l'industrie pharmaceutique, que l'on retrouve aussi dans l'étude menée par le département de médecine générale de l'université de Montpellier (39), ainsi que « les controverses médicales médiatisées » sont des éléments qui entravent la vaccination en détention.

Enfin, le manque d'information sur la maladie, sur l'existence du vaccin ou l'absence de proposition à l'extérieur de la prison, ou au sein de l'unité sanitaire, sont autant de freins à la vaccination.

b. Pour le dépistage

Concernant les limites du dépistage en détention, la crainte d'avoir un résultat positif est un argument qui est revenu plusieurs fois au cours des entretiens. De plus, la stigmatisation présente en détention, envers les détenus malades, peut limiter la réalisation des dépistages chez certains détenus durant leur détention. Cette catégorisation des détenus a été mise en évidence à plusieurs reprises au cours des différents entretiens, aussi bien avec des détenus malades ayant subi cette stigmatisation, qu'avec les détenus tenant des propos stigmatisants.

Le manque de dialogue avec le médical et la difficulté à avoir des rendez-vous avec les médecins de l'unité sanitaire ont été pointés du doigt par certains détenus au cours des entretiens. Pour eux, il n'y a pas assez d'informations transmises concernant les maladies en détention et notamment l'hépatite B.

On peut aussi noter que peu de détenus avaient pu bénéficier d'une proposition de dépistage à l'extérieur de la prison, soit par manque de suivi médical, soit par absence de proposition de dépistage par le médecin traitant.

B. Les leviers

Afin de favoriser le dépistage et la vaccination au sein de l'USMP, différents leviers peuvent être utilisés et optimisés afin d'améliorer la prise en charge des détenus.

Un des détenus a soumis l'idée de laisser des tracts d'informations en libre-service au sein même des bâtiments. Il faudrait aussi systématiser les affiches de prévention dans les bâtiments afin de sensibiliser les détenus qui ne viennent que très rarement à l'unité sanitaire. La généralisation des informations concernant les maladies, et notamment l'hépatite B pourrait permettre d'alerter les détenus sur la gravité de la maladie, et ainsi

favoriser les dépistages et la vaccination. En plus de ces informations papiers, il peut être utile d'utiliser le canal visuel interne de la prison pour transmettre des informations via des spots de prévention, comme celui réalisé par le personnel de l'unité sanitaire pendant le début de l'épidémie du Covid-19. Enfin, concernant les nouveaux arrivants, parmi les documents d'informations remis à leur arrivée en détention, un flyer spécifique aux hépatites pourrait leur être remis afin de mieux les sensibiliser.

Un des détenus a expliqué que la confiance qu'il avait envers les médecins a été l'élément principal dans sa décision de se faire vacciner. Il est important d'encourager le dialogue entre le médecin et les détenus afin d'optimiser la prise en charge de ces derniers. Pour cela, le premier contact a toute son importance et permet de créer le lien nécessaire à l'adhésion des soins et du suivi à venir, notamment concernant le rendez-vous du premier mois. En effet, c'est à ce moment-là que la proposition de vaccination va être discutée avec le détenu. Il est aussi important de profiter de chaque consultation pour proposer les sérologies et/ou vaccinations si ces dernières n'ont pas été faites à l'entrée en détention.

La consultation prévue en amont de la sortie du détenu, qui doit permettre de faire le lien entre l'unité sanitaire et son médecin traitant, est l'occasion de renouveler la proposition de sérologie afin qu'elle puisse être réalisée à la sortie du détenu.

Un détenu m'a expliqué que l'évaluation de sa santé a été un critère de choix dans sa décision de réaliser le dépistage lors de son arrivée. On peut mettre l'accent sur le fait de se protéger soi-même, prendre soin de sa propre santé ainsi que de la santé des autres pour essayer de faire adhérer les détenus au programme de dépistage et de vaccination. Concernant la vaccination, la volonté de faire attention à ses proches et aux autres, tout en se protégeant a été un élément ayant fait accepter la vaccination aux détenus.

Concernant la stigmatisation des détenus, il pourrait être intéressant de mettre les patients avec des maladies chroniques, nécessitant des prises de traitement régulières, dans des cellules individuelles si ceux-ci sont demandeurs, afin d'éviter le jugement des

autres détenus. Cela pourrait aussi permettre une meilleure adhérence au traitement en évitant le regard des autres au moment de la prise des médicaments. Cependant, cela pourrait aussi créer l'effet inverse, en isolant encore plus les détenus souffrant de pathologies chroniques. Malheureusement, l'organisation et le surpeuplement de la prison ne peuvent permettre de réaliser ces ajustements.

III. Forces et limites de l'étude

A. Échantillon

Une des principales qualités de l'échantillon est l'intégration progressive de détenus aux caractéristiques (âge, origine, nombre d'incarcérations, durée d'incarcération) et aux vécus différents par rapport à l'hépatite B (vaccinés, refus vaccination, hépatite B active sous traitement et non traitée, hépatite C guérie). Cette diversité de profil a permis d'avoir des réponses variées. Parmi les détenus convoqués en entretien, seulement 3 ont refusé de se déplacer à l'unité sanitaire.

Dans les courriers qui ont été adressés aux détenus, il était uniquement question d'un échange autour de l'hépatite B dans le cadre de ma thèse. Je n'évoquais pas la représentation de la maladie ou la vaccination. Ainsi, j'ai évité un biais de sélection, en recueillant leur perception spontanément sans qu'ils n'aient pu se renseigner ou aient réfléchi au sujet avant de se présenter à l'entretien. Le fait d'être en prison est un atout pour mon étude, les détenus ayant un accès limité aux informations notamment sur internet.

La saturation des données a été obtenue après les neuf premiers entretiens. J'ai tout de même décidé d'interroger un patient ayant refusé la vaccination afin d'élargir mon éventail de caractéristiques. L'analyse de ce dernier verbatim n'a pas permis de dégager de nouveau grand thème. De ce fait, et aussi du fait de la difficulté d'obtenir de nouveaux volontaires pour mon étude, je n'ai donc pas réalisé d'autre entretien.

Il est possible qu'en continuant à interroger d'autres détenus, certains thèmes non abordés mais retrouvés au sein de différentes études sur l'hépatite B auraient pu émerger.

B. Entretiens

La recherche qualitative nécessitant une formation approfondie, l'une des principales faiblesses de l'étude est le biais d'investigation. Réalisant ce type d'étude pour la première fois, j'ai remarqué que les relances effectuées au cours de mes premiers entretiens étaient faites par des questions fermées. Cela a pu créer un biais méthodologique. Mais au fur et à mesure des entretiens, ce biais a été mieux maîtrisé par une meilleure préparation des questions de relance.

Avant de débiter l'entretien, je rappelais au détenu le caractère anonyme de l'entretien et j'insistais sur le fait que ma question portait sur la perception qu'ils avaient de l'hépatite B et sa vaccination, non sur leurs connaissances. Je pense que cela a permis au détenu d'être plus serein et d'avoir des réponses plus franches et honnêtes.

En revanche, on peut retrouver un biais de désirabilité sociale. En effet, les réponses fournies par les détenus peuvent différer de leur réelle opinion par crainte d'être jugés. J'ai essayé de les mettre à l'aise le plus possible, via ma posture et en étant habillé en civil, sans blouse de médecin. La présence du dictaphone a pu être un frein au discours des détenus, même si j'ai insisté sur le caractère confidentiel de l'entretien. D'un autre côté, celui-ci a permis d'éviter un biais de mémoire.

Les entretiens ont été réalisés au sein du centre pénitentiaire. Nous disposions donc d'un temps suffisant avec les détenus pour échanger. Un seul détenu m'a demandé que l'entretien ne dure pas trop longtemps car il avait rendez-vous au parloir avec sa famille, ce qui a pu le pousser à écourter l'entretien. Aucun autre détenu n'avait d'impératif au sein de la prison.

C. Analyse

Une fois les données saturées, nous avons eu une représentation exhaustive des points de vue des patients concernant l'hépatite B, son dépistage et sa vaccination.

Cette saturation des données confère une bonne validité externe aux résultats de l'étude et permet d'avoir une représentation exhaustive des points de vue. De plus, on peut en conclure qu'une majorité des points de vue a été entendue.

La méthode utilisée a permis de recueillir la perception des détenus sur l'hépatite B et sa vaccination. Elle a également aidé pour faire émerger les limites du dépistage et de la vaccination en milieu carcéral ainsi qu'à l'extérieur de la prison, ainsi que donner des pistes d'amélioration pour la prise en charge au sein de l'USMP.

Aucune triangulation des données n'a été réalisée. Un biais d'interprétation a pu apparaître, étant seul à analyser les entretiens, diminuant de ce fait la validité interne de l'étude.

CONCLUSION

L'hépatite B reste en France une maladie faiblement endémique avec une prévalence inférieure à 1%. Les conséquences liées à cette maladie en font cependant un problème de santé publique majeur. La vaccination contre l'hépatite B est apparue dans le calendrier vaccinal dès 1996 et est devenue obligatoire pour les nouveau-nés à partir de 2018.

Les détenus sont une population plus à risque de contracter l'hépatite B du fait de leurs conditions de détention et de la multiplication de facteurs de risque de transmission chez eux.

La majorité des détenus interrogés percevait la gravité de la maladie, ainsi que les différents modes de transmission de la maladie. Certains détenus interviewés ont fait part d'un manque d'information concernant les symptômes de la maladie. De plus, certains détenus sollicités ne percevaient pas le risque majoré par leur détention.

Concernant le dépistage, dont la proposition est obligatoire pour les détenus depuis 1996, celui-ci a été accepté par trois quart des nouveaux entrants en détention à Béziers. Les limites pour l'acceptation de la sérologie étaient l'inquiétude d'un test positif et la stigmatisation par les autres détenus en cas de maladie. De plus, peu de détenus avaient reçu une proposition de dépistage en ville.

En 2021, la prévalence de l'hépatite B chez les nouveaux entrants était de 0,8% avec une couverture vaccinale s'élevant à 44,4%.

La vaccination contre l'hépatite B, recommandée chez les personnes non-immunisées en détention, est méconnue des détenus. Les polémiques liées à d'autres vaccins et le manque d'information sur la composition des vaccins faisaient partie des limites à la vaccination. En revanche, aucun détenu n'a évoqué de crainte vis-à-vis du personnel médical de l'USMP de Béziers.

Il ressort aussi que la relation médecin-patient est un élément important dans le choix d'effectuer une sérologie ou une vaccination

Au vu des données établies par cette étude, plusieurs pistes d'amélioration sont à envisager afin d'assurer une meilleure connaissance de la maladie, une meilleure acceptation du dépistage et une adhésion plus forte à la vaccination contre l'hépatite B.

Outre les affiches présentes au sein de l'USMP, il peut être pertinent de mettre à disposition des informations, par le canal télévisuel interne à la prison ou par des documents d'information remis aux nouveaux détenus dans le quartier arrivant (QA).

Des explications sur les symptômes, les modes de contaminations ainsi que sur les risques liés à l'hépatite B peuvent améliorer l'acceptation de la proposition de sérologie des nouveaux entrants, ainsi que sur l'existence d'un traitement et la possibilité d'un suivi spécifique en cas de sérologie positive. Il pourrait être utile de systématiser la proposition de dépistage et de vaccination au cours des différentes consultations des détenus à l'USMP.

Il me semble aussi intéressant de proposer systématiquement une prescription de sérologie lors de la consultation de sortie de détention. Enfin, pour donner suite aux remarques de certains détenus, il est nécessaire de faciliter l'accès au soin au sein de la prison.

J'ai effectué ce travail sur l'hépatite B mais il serait tout aussi intéressant de réaliser une étude similaire sur d'autres maladies présentes en détention comme l'hépatite C ou le VIH. Il serait aussi envisageable de réaliser une étude identique dans d'autres USMP pour étudier les différentes pratiques concernant le dépistage et la vaccination au sein d'autres unités sanitaires.

BIBLIOGRAPHIE

1. Hépatite B. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>
2. Hépatite B · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur : <https://www.inserm.fr/dossier/hepatite-b/>
3. Prévalence des hépatites B. Disponible sur : <https://www.maladies-et-traumatismes/hepatites-virales/hepatites-b-et-d/prevalence-de-l-hepatite-b>
4. Les données de mortalité liée à l'hépatite B. Disponible sur : <https://www.maladies-et-traumatismes/hepatites-virales/hepatites-b-et-d/donnees-de-mortalite-liee-a-l-hepatite-b>
5. Denis F, Cohen R, Martinot A, Stahl JP, Lery T, Le Danvic M, et al. Evolution of hepatitis B vaccine coverage rates in France between 2008 and 2011. *Médecine Mal Infect.* 1 juill 2013;43(7):272-8.
6. Mesure de la couverture vaccinale en France. Disponible sur : https://www.mesvaccins.net/textes/rapport_mesure_couverture_vaccinale_France.pdf
7. Vallabhaneni S, Macalino GE, Reinert SE, Schwartzapel B, Wolf FA, Rich JD. Prisoners' attitudes toward Hepatitis B vaccination. *Prev Med.* juin 2004;38(6):828-33.
8. Statistique des personnes écrouées en France au 1^{er} mars 2022. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Statistique_etablissements_personnes_ecrouees_France_01032022.pdf
9. Michel L, Jauffret-Roustide M. Prisons françaises et risque infectieux : l'urgence de la mise en œuvre du principe d'équivalence pour les mesures de prévention et de réduction des risques. *Presse Médicale.* juill 2019;48(7-8):752-5.
10. LOI no 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale (1). 94-43 janv 18, 1994.
11. Michel L, Jauffret-Roustide M, Blanche J, Maguet O, Calderon C, Cohen J. Prévention du risque infectieux dans les prisons françaises. L'inventaire ANRS-PRI2DE, 2009. *BEH.* 2011;(39):409-12.
12. Mouquet MC. La santé des personnes entrées en prison en 2003. *Drees.*

2005;(386).

14. Barreira-Díaz A, Buti M. Prisons: an important link in the elimination of Hepatitis B. *Rev Esp Sanid Penit.* 9 nov 2021;23(3):88-90.
15. Semaille C, Le Strat Y, Chiron E, Chemlal K, Valantin MA, Serre P, et al. Prevalence of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus among French prison inmates in 2010: a challenge for public health policy. *Eurosurveillance.* Disponible sur : <http://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES2013.18.28.20524>
16. Stasi C, Monnini M, Cellesi V, Salvadori M, Marri D, Ameglio M, et al. Screening for hepatitis B virus and accelerated vaccination schedule in prison: A pilot multicenter study. *Vaccine.* mars 2019;37(11):1412-7.
17. Paillé P, Mucchielli A. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales.* 4e éd. Malakoff: Armand Colin; 2016. (Collection U).
18. Rioux C, Tosini W, Bouvet E. A-03 Perception de l'hépatite B et de sa vaccination dans la population du centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) de l'hôpital Bichat-Claude Bernard en 2007. *Médecine Mal Infect.* 1 juin 2008;38:S133.
19. Davies EL, Fielding S, Noble G, Okpo E. "It's just in that sea of things that I never cared about": perception of hepatitis B amongst university students in Aberdeen, North-East Scotland. *BMC Public Health.* déc 2019;19(1):332.
20. Gautier A. Perception et connaissances des hépatites virales : résultats de l'enquête Nicolle, France, 2006. :4.
21. Brouard C, Gautier A, Saboni L, Jestin C, Semaille C, Beltzer N. Hepatitis B knowledge, perceptions and practices in the French general population: the room for improvement. *BMC Public Health.* déc 2013;13(1):576.
22. Freeland C, Bodor S, Perera U, Cohen C. Barriers to Hepatitis B Screening and Prevention for African Immigrant Populations in the United States: A Qualitative Study. *Viruses.* mars 2020;12(3):305.
23. Circulaire DGS/DH/DAP n°96-739 du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en milieu pénitentiaire : prévention, dépistage, prise en charge sanitaire, préparation à la sortie et formation des personnels. 97-739 déc 5, 1996.

24. Busschots D, Kremer C, Bielen R, Koc ÖM, Heyens L, Brixko C, et al. A multicentre interventional study to assess blood-borne viral infections in Belgian prisons. *BMC Infect Dis.* déc 2021;21(1):708.
25. Chiron É, Jauffret-Roustide M, Strat YL, Chemlal K, Valantin MA, Serre P, et al. // PREVALENCE OF HIV AND HEPATITIS C VIRUS AMONG FRENCH PRISON INMATES IN 2010: RESULTS FROM PREVACAR SURVEY 2010. :6.
26. Remy AJ. L'HÉPATITE C EN MILIEU CARCÉRAL EN FRANCE : ENQUÊTE NATIONALE DE PRATIQUES 2015 / HEPATITIS C IN PRISON SETTINGS IN FRANCE: A NATIONAL SURVEY OF PRACTICES FOR 2015. :8.
27. Khaw FM, Stobbart L, Murtagh MJ. « I just keep thinking I haven't got it because I'm not yellow »: a qualitative study of the factors that influence the uptake of Hepatitis C testing by prisoners. *BMC Public Health.* déc 2007;7(1):98.
28. Guillemot F. Freins et leviers à la continuité des soins des détenus sortant du centre pénitentiaire de Béziers. 2019;100.
29. NOTE D'INFORMATION DGS/DGOS/DGCS/DSS/DACG/DAP/DPJJ du 29 avril 2019 relative à l'actualisation du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. avr 29, 2019.
30. Awofeso N. Hepatitis B vaccination in prisons. *Bull World Health Organ.* 2002;80(7):569-74.
31. Perrodeau F, Pillot-Debelleix M, Vergniol J, Lemonnier F, Receveur MC, Trimoulet P, et al. Optimizing hepatitis B vaccination in prison. *Médecine Mal Infect.* mars 2016;46(2):96-9.
32. Chahal HS, Peters MG, Harris AM, McCabe D, Volberding P, Kahn JG. Cost-effectiveness of Hepatitis B Virus Infection Screening and Treatment or Vaccination in 6 High-risk Populations in the United States. *Open Forum Infect Dis.* 26 déc 2018;6(1):ofy353.
33. Vicente-Alcalde N, Ruescas-Escolano E, Harboe ZB, Tuells J. Vaccination Coverage among Prisoners: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* janv 2020;17(20):7589.
34. Denis F. Vaccination contre l'hépatite B : évolution de la couverture vaccinale ;

- impact en santé publique, limites de la vaccination, nouveaux vaccins. Bull Académie Natl Médecine. janv 2016;200(1):33-45.
35. Stahl JP, Denis F, Gaudelus J, Cohen R, Lepetit H, Martinot A. Hepatitis B vaccination and adolescents: A lost generation. Med Mal Infect. févr 2016;46(1):1-3.
36. Briend-Godet V, Delbos P, Joret I, Lescop K, Couterut J, Raffi F, et al. VAC-14 - Parents refusant la vaccination contre l'hépatite B pour leurs enfants : perception et freins. Médecine Mal Infect. 1 juin 2016;46(4, Supplement 1):114.
37. Buck JM, Morrow KM, Margolis A, Eldridge G, Sosman J, MacGowan R, et al. Hepatitis B Vaccination in Prison: The Perspectives of Formerly Incarcerated Men. J Correct Health Care. 1 janv 2006;12(1):12-23.
38. Vicente-Alcalde N, Tuells J, Egoavil CM, Ruescas-Escolano E, Altavilla C, Caballero P. Immunization Coverage of Inmates in Spanish Prisons. Int J Environ Res Public Health. 31 oct 2020;17(21):8045.
39. Engberink AO, Carbonnel F, Lognos B, Million E, Vallart M, Gagnon S, et al. Comprendre la décision vaccinale des parents pour mieux accompagner leurs choix : étude qualitative phénoménologique auprès des parents français. Can J Public Health. nov 2015;106(8):e527-32.

ANNEXES

Annexe 1 : Texte d'introduction à l'entretien

Bonjour,

Je m'appelle Guillaume, je suis étudiant en médecine. Merci d'avoir accepté de me rencontrer aujourd'hui dans le cadre de ma thèse. Elle porte sur l'hépatite B.

Tout ce qui sera dit durant cet échange restera entre nous et ne sera pas répété à la pénitencier. L'entretien sera anonymisé et votre nom ne sera pas cité dans ma thèse.

Après avoir eu votre accord, je vais vous poser une série de questions par rapport à l'hépatite B.

Ce ne sont pas vos connaissances sur le sujet qui m'intéressent mais votre expérience personnelle. Sachez qu'il n'y pas de bonne ou mauvaise réponse.

Je vais enregistrer cet échange pour le retranscrire au plus juste. Si vous voulez, vous pouvez arrêter l'entretien quand vous le souhaitez.

Comme je vous l'ai dit, le but n'est pas d'évaluer vos connaissances mais de comprendre votre ressenti et vécu par rapport à l'hépatite B.

Je vais d'abord vous poser quelques questions personnelles (âge, origine, durée d'incarcération, nombre d'incarcération, temps en prison, 1^{ère} incarcération à Béziers, ...)

Annexe 2 : Les entretiens se trouvent sur les clés USB ci-jointe

SERMENT

- ◆ *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

- ◆ *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

- ◆ *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

- ◆ *Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

- ◆ *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : L'hépatite B demeure un problème de santé publique en termes de morbidité et de mortalité, qui pourrait être facilement endigué du fait de l'existence d'un vaccin efficace. Cependant, la couverture vaccinale dans la population générale reste insuffisante chez les adultes. La prison est un lieu qui regroupe tous les facteurs de risque de transmission de l'hépatite B, en raison des particularités de la population pénale et des conditions de détention. En considérant ces informations, il était intéressant d'évaluer la perception que les détenus du centre pénitentiaire de Béziers ont de l'hépatite B et de sa vaccination. Ce travail permettra d'effectuer un état des lieux de la couverture vaccinale du VHB chez les nouveaux arrivants.

MÉTHODE : Il s'agit d'une étude qualitative réalisée par des entretiens individuels semi-dirigés avec analyse thématique. Cette étude explore la représentation de l'hépatite B et sa vaccination par les détenus du centre pénitentiaire de Béziers.

RÉSULTATS : Dix entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données. Parmi les détenus interrogés, la majorité perçoit l'hépatite B comme une maladie grave, potentiellement mortelle, difficile à soigner, et transmissible par voie sanguine ou sexuelle. Cependant, une partie d'entre eux explique manquer de connaissance sur la maladie, ses symptômes et ses conséquences. Une proposition de dépistage pour les détenus est devenue obligatoire pour les USMP depuis 1996. Cette sérologie de dépistage est proposée systématiquement à l'entrée en détention. Cette offre a été acceptée par 72% des détenus durant l'année 2021. Elle est pour eux un moyen de vérifier s'ils sont malades. Elle permet aussi de rattraper l'absence de sérologie à l'extérieur. Pour certains, la crainte de découvrir une maladie ou la stigmatisation par les autres détenus est un facteur limitant ce dépistage. La couverture vaccinale des nouveaux entrants au sein du centre pénitentiaire de Béziers était estimée à 44% pour l'année 2021. La vaccination contre l'hépatite B, recommandée chez les détenus non immunisés, trouve ses limites chez les détenus à cause d'un manque de connaissance, d'une désinformation par les autres prisonniers ou alors d'une absence de proposition.

CONCLUSION : L'hépatite B est perçue comme une maladie grave même si on remarque un manque de connaissances de cette maladie. L'adhésion des détenus au dépistage en détention, qui doit être systématiquement proposé, et aux campagnes de vaccination contre l'hépatite B sont des enjeux importants pour diminuer le risque de contamination au sein de ces populations à risques. La relation de confiance entre le médecin et le détenu est un élément indispensable pour une bonne acceptation du dépistage et de la vaccination en détention.

MOTS CLÉS : Hépatite B, dépistage, vaccination, prévention, médecin carcérale, prison