

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2010

N° 30

THESE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MEDECINE GENERALE

Par

PERREAU Caroline

née le 07 décembre 1980 à AUTUN

Présentée et soutenue publiquement le 29 avril 2010

**L'INFECTION PAR LE VIH EN MILIEU CARCERAL
A LA MARTINIQUE**

Etude descriptive au centre pénitentiaire de Ducos entre 1996 et 2009

Président : Monsieur le Professeur RAFFI

Directeur de thèse : Madame le Docteur ABEL

Membre du jury : Monsieur le Professeur CESAIRE

Membre du jury : Monsieur le Professeur POTEL

QUELQUES DEFINITIONS POUR COMPRENDRE

Définitions de quelques notions en lien avec le milieu carcéral (1)

Condamné : personne ayant fait l'objet d'une décision judiciaire définitive lui infligeant une peine.

Prévenu : personne détenue faisant l'objet de poursuites pénales et qui n'a pas encore été jugée ou dont la condamnation n'est pas définitive en raison de l'exercice de voies de recours.

Etablissement pénitentiaire : terme officiel pour désigner une prison. Il existe cinq types d'établissements pénitentiaires selon le régime de détention et les catégories pénales : les centres de détention, les centres de semi-liberté, les maisons d'arrêt, les maisons centrales et les centres pour peines aménagées. L'administration pénitentiaire française gère 194 établissements répartis dans 9 directions interrégionales et une mission outre-mer.

Centre de détention : établissement ou quartier pénitentiaire qui reçoit les personnes condamnées dont les perspectives de réinsertion sont jugées favorables. Le régime de détention est en principe axé vers la resocialisation.

Centre de semi-liberté : établissement ou quartier pénitentiaire qui reçoit les personnes condamnées admises au régime de semi-liberté ou de placement à l'extérieur. Ce régime de détention leur permet d'exercer une activité (travailler, recevoir un enseignement ou une formation, participer à la vie de leur famille ou recevoir un traitement médical). Les personnes condamnées à ce régime de détention sont astreintes à rejoindre l'établissement pénitentiaire dès la cessation de cette activité.

Maison d'arrêt : établissement ou quartier pénitentiaire qui ne reçoit théoriquement que les personnes prévenues et les personnes condamnées dont le reliquat de peine est inférieur à un an.

Maison centrale : établissement ou quartier pénitentiaire qui reçoit les personnes condamnées à une peine supérieure à cinq ans, les multirécidivistes, les personnes détenues réputées dangereuses ou celles pour lesquelles les pronostics de réinsertion sociale sont jugés peu favorables. Le régime de détention est axé essentiellement sur la sécurité.

Centre pour peines aménagées : établissement ou quartier pénitentiaire qui reçoit des personnes condamnées à de courtes et moyennes peines, à moins d'un an de leur libération.

Centre pénitentiaire : établissement pénitentiaire mixte, qui comprend au moins deux quartiers à régimes de détention différents (maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale). Il reçoit à la fois des prévenus et des condamnés à de courtes et longues peines.

Accueil ou quartier arrivants : il est composé de cellules prévues pour accueillir les entrants lors de leur arrivée dans l'établissement. Le Code de procédure pénale prévoit que la personne détenue soit placée seule en cellule d'attente.

Service médico-psychologique régional (SMPR) : service de psychiatrie implanté en milieu pénitentiaire à vocation régionale et comportant une unité d'hospitalisation. Il en existe dans 26 établissements.

Milieu fermé : désigne les mesures d'incarcération dans les établissements pénitentiaires. Les personnes détenues (ou incarcérées) peuvent être condamnées ou prévenues.

Milieu ouvert : désigne l'ensemble des mesures exécutées en totalité ou en partie hors des établissements pénitentiaires. Les personnes condamnées sont placées sous le contrôle des services d'insertion et de probation et des associations de contrôle judiciaire.

Définitions des notions d'épidémies dues au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) (2)

Epidémie de faible niveau : l'infection par le VIH peut exister depuis plusieurs années mais ne s'est jamais propagée à des niveaux significatifs dans les sous-groupes de population.

Epidémie concentrée : le VIH a diffusé rapidement dans au moins une sous-population définie, mais n'est pas solidement installé dans la population générale. La plupart du temps, plus d'une sous-population à risque accru est atteinte. La prévalence du VIH demeure de façon constante supérieure à 5% dans au moins une sous-population déterminée comme telle. La prévalence parmi les femmes enceintes des zones urbaines n'atteint généralement pas 1%.

Epidémie généralisée : le VIH est fermement implanté dans la population générale. Même s'il existe des sous-populations à risque accru qui contribuent de façon disproportionnée à la diffusion du VIH, les échanges sexuels dans la population générale sont suffisants pour entretenir une épidémie indépendamment des sous-populations à risque accru. La valeur numérique de remplacement de la prévalence du VIH demeure de façon constante au dessus de 1% chez les femmes enceintes.

Epidémie hyperendémique : la prévalence globale de l'infection par le VIH chez les adultes est supérieure à 15%.

REMERCIEMENTS	Erreur ! Signet non défini.
QUELQUES DEFINITIONS POUR COMPRENDRE	2
1. INTRODUCTION	8
1.1. Etat des lieux sur l'épidémie à VIH/sida	8
1.2. Problématique de l'infection par le VIH dans la population carcérale	11
1.3. Situation sanitaire en milieu carcéral	12
1.4. Organisation des soins en milieu carcéral en France	14
1.5. Situation particulière de la Martinique	17
1.5.1. L'infection par le VIH en Martinique	17
1.5.2. L'Ucsa du centre pénitentiaire de la Martinique	19
1.5.3. Toxicomanie au crack/VIH/prison	22
1.6. Objectifs de l'étude	24
2. MATERIEL ET METHODES	25
2.1. Schéma d'étude	25
2.2. Lieu de l'étude	25
2.3. Population étudiée	25
2.4. Définition et modalités pratiques des mesures	26
2.4.1. Définition des variables explicatives	26
2.4.1.1. Le suivi des patients	26
2.4.1.2. La prise en charge thérapeutique	27
2.4.1.3. L'évolution de la maladie	27
2.4.2. Définition des autres variables mesurées	28
2.5. Circuit des données	33
2.6. Analyse statistique	33
3. RESULTATS	34
3.1. Description de la population	34
3.1.1. Population incluse	34
3.1.2. Caractéristiques sociodémographiques	34
3.1.3. Caractéristiques des incarcérations	36
3.1.4. Antécédents personnels	37
3.1.4.1. Addictions	37

3.1.4.2.	Antécédents psychiatriques.....	39
3.1.4.3.	Antécédents de pathologies médicales chroniques	41
3.1.4.4.	Antécédents traumatologiques	42
3.1.4.5.	Antécédents d'infections sexuellement transmissibles autres que les infections virales chroniques	43
3.1.4.6.	Antécédents de pratiques à risque.....	43
3.1.4.7.	Antécédent de tuberculose	43
3.1.5.	Co-infections virales chroniques	44
3.1.5.1.	Co-infection par le HTLV1.....	44
3.1.5.2.	Co-infection par le VHB	44
3.1.5.3.	Co-infection par le VHC	45
3.2.	Suivi des patients et impact de l'incarcération.....	46
3.2.1.	Découverte de l'infection par le VIH	46
3.2.2.	Lieu de suivi des patients.....	47
3.2.3.	Impact de l'incarcération sur le rythme du suivi	48
3.2.3.1.	L'entrée en détention	48
3.2.3.2.	Le séjour au centre pénitentiaire de Ducos	49
3.2.3.3.	La sortie du centre pénitentiaire.....	49
3.2.4.	Devenir des patients à la fin de l'étude.....	50
3.3.	Prise en charge thérapeutique et impact de l'incarcération.....	51
3.3.1.	Prise en charge thérapeutique	51
3.3.1.1.	Situation sur l'ensemble de la prise en charge.....	51
3.3.1.2.	Situation au dernier recours	52
3.3.2.	Impact de l'incarcération sur la prise en charge thérapeutique	52
3.4.	Evolution de la maladie	53
3.4.1.	Evolution vers le stade sida	53
3.4.2.	Evolution vers le décès	54
3.5.	Rôle de la toxicomanie au crack dans les résultats observés	55
3.5.1.	Variables sociodémographiques	55
3.5.2.	Les co-infections avec les virus des hépatites chroniques.....	55
3.5.3.	Le suivi	55
3.5.4.	La prise en charge thérapeutique	57
3.5.5.	L'évolution de la maladie	57
3.5.5.1.	Evolution vers le stade C	57
3.5.5.2.	Evolution vers le décès	58

3.6.	Comparaisons entre la cohorte Ucsa et la cohorte CHU.....	58
3.6.1.	Caractéristiques sociodémographiques.....	58
3.6.2.	Découverte de l'infection par le VIH	58
3.6.3.	Prise en charge thérapeutique	60
3.6.4.	Evolution de la maladie	60
4.	DISCUSSION	62
4.1.	Les personnes infectées par le VIH suivies à l'Ucsa du centre pénitentiaire de Ducos : une population carcérale particulière ?.....	62
4.2.	Particularités de l'infection à VIH dans la population carcérale martiniquaise	65
4.3.	L'incarcération : un moment clé	67
4.4.	Dedans/dehors	69
4.5.	Le crack.....	71
5.	CONCLUSION	73
	TABLE DES TABLEAUX.....	74
	TABLE DES FIGURES.....	75
	TABLE DES ANNEXES	75
	ANNEXES	76
	BIBLIOGRAPHIE	82

1. INTRODUCTION

1.1. Etat des lieux sur l'épidémie à VIH/sida

L'épidémie mondiale due au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) continue de progresser d'après le dernier rapport du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). En 2008, le nombre de personnes vivant avec le VIH a encore augmenté, avec 33,4 millions [31,3 millions-35,8 millions] d'individus concernés, soit une prévalence de 0,8% à l'échelle mondiale (3). En dépit des progrès réalisés en matière de prévention, 2,7 millions de cas de nouvelles infections ont été estimés en 2008.

L'épidémie mondiale n'est pas uniforme. L'Afrique subsaharienne est la région du globe la plus touchée, puisqu'elle compte plus des deux tiers (67%) de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH dans le monde.

Avec une prévalence de l'infection à VIH de 1% [0,9%-1,1%], la Caraïbe représente la deuxième région la plus touchée après l'Afrique subsaharienne (3). La répartition des taux de prévalence est inégale : Haïti est le pays affichant le taux de prévalence le plus élevé et la Martinique l'un des plus faibles de la région (2).

Avec la Guadeloupe et la Guyane, la Martinique fait partie des Départements Français d'Amérique (DFA). C'est à la fois un Département d'Outre-mer et une région française. Ainsi, si la Martinique est moins touchée que la plupart des autres pays de la Caraïbe, ce n'est pas le cas au niveau national. En 2008, les taux de notifications obligatoires de nouveaux cas d'infection à VIH étaient beaucoup plus élevés dans les DFA que dans les régions métropolitaines (en dehors de l'Ile-de-France) (4). Le taux de découverte d'infection à VIH était de 223 par millions d'habitants en Martinique, alors qu'il s'échelonnait entre 31 et 83 par millions d'habitants dans les régions métropolitaines hors Ile-de-France. Ce chiffre était presque deux fois plus élevé en Guadeloupe qu'en Martinique et plus de cinq fois en Guyane. Cette particularité peut s'expliquer par des facteurs géographiques, économiques, sociaux et culturels propres aux DFA (5-7).



Illustration 1 : Carte des départements français d'Amérique

(source : commerceinternational.c.o.pic.centerblog.net/)

Ces facteurs doivent être soulignés car ils permettent en partie de comprendre les différences observées entre les DFA et la France métropolitaine.

Le contraste socio-économique avec la métropole est marqué. Plusieurs indicateurs de pauvreté le montrent. Le taux de chômage observé dans les DFA est plus de deux fois supérieur à celui de la France métropolitaine. Au 2^{ème} trimestre 2009, il s'élevait à 23,5% en Guadeloupe, 20,5% en Guyane et 22% en Martinique alors qu'il était de 9,1% en métropole (8). De même, les taux de bénéficiaires du revenu minimum d'insertion (RMI) et de la couverture maladie universelle (CMU) étaient cinq fois plus élevés dans les DFA qu'en France métropolitaine en 2004 (9).

Le niveau d'étude est plus faible qu'en métropole. En 2004, 45,8% des actifs des DFA n'avaient aucun diplôme alors qu'ils étaient 15,9% en France métropolitaine (9).

Par ailleurs, on note des mouvements de populations importants en provenance de pays de la Caraïbe et d'Amérique du Sud dans lesquels la prévalence de l'infection à VIH est beaucoup plus élevée. Il s'agit de personnes originaires d'Haïti et des autres îles de la Caraïbe pour la Guadeloupe (10), du Suriname, d'Haïti, du Brésil et du Guyana pour la Guyane (11).

La Martinique a une attractivité moins importante, probablement due à sa situation géographique (12). Ces flux migratoires sont à prendre en compte dans l'épidémiologie de l'infection à VIH dans les DFA (13). En 2004, 89% des personnes infectées par le VIH suivies en Martinique étaient de nationalité française, contre 69% en Guadeloupe et 20% seulement en Guyane (5). Ceci est en partie le reflet de l'immigration dans les DFA. La Martinique est la région française ayant le taux d'immigration le plus faible et la Guyane celui le plus élevé (la part des immigrés dans la population totale était de 1,4% en Martinique en 1999 et de 27% en Guyane (12)). Notons toutefois que les raisons de cette immigration ne sont pratiquement jamais médicales, mais plutôt économiques et politiques (11).



Illustration 2 : Carte de l'arc Antillais

(source : www.antilles-voile-evasion.com/images/cartes/)

Toutes ces caractéristiques ont leur importance. Les personnes ayant un faible niveau d'éducation et les personnes immigrées sont les populations les plus vulnérables vis-à-vis de l'infection par le VIH dans les DFA (7). D'autre part, compte-tenu de ces spécificités, les actions de prévention ainsi que l'accès au dépistage et aux soins doivent faire l'objet de dispositifs adaptés pour faire face à la stigmatisation et à la discrimination, obstacles à la lutte contre le VIH. La création des relais associatifs communautaires s'inscrit dans ce cadre, l'objectif étant d'adapter les actions en fonction de la population ciblée (14).

En dehors d'un taux de nouvelles infections beaucoup plus élevé qu'en métropole, les DFA ont également une dynamique d'épidémie différente. En effet, la transmission hétérosexuelle est le moteur principal de la transmission, les rapports homosexuels ou bisexuels étant de plus en plus représentés, mais restant bien en dessous de ce que l'on observe en France métropolitaine. Ce groupe est néanmoins plus important en Martinique que dans les autres DFA (5). Quant à la toxicomanie par voie intraveineuse, elle joue un rôle très faible dans la dynamique de l'épidémie, comme dans les autres pays de la Caraïbe, excepté à Porto Rico où elle est retrouvée dans près de 40% des nouvelles infections (3).

1.2. Problématique de l'infection par le VIH dans la population carcérale

Tout comme dans l'« épidémie mondiale », il existe à l'intérieur de chaque région du globe et de chaque pays un nombre presque infini d'épidémies individuelles. Il semble primordial d'étudier les dynamiques propres à chaque pays afin de déterminer des actions ciblées et efficaces. De ce fait, quel que soit le type d'épidémie, mais plus encore en situation d'épidémie concentrée, l'étude des populations clés doit être la plus précise possible dans le but de pouvoir axer la prévention au mieux et répartir les moyens de manière adaptée (3).

Les populations clés sont définies par l'existence d'une forte prévalence de l'infection par le VIH, celle-ci étant due à des pratiques à risque bien connues. Il s'agit de manière universelle des professionnels(les) du sexe, des usagers de drogue par voie intraveineuse et des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes.

En situation d'épidémie concentrée, le VIH a diffusé rapidement dans au moins une sous-population définie, mais ne s'est pas solidement installé dans la population générale. Il semble alors logique de cibler ces populations en matière de prévention des nouvelles infections, l'évolution future de l'épidémie étant déterminée par la fréquence et la nature des liens entre ces sous-groupes de population hautement infectés et la population générale (2).

Outre ces populations clés admises par tous, il faut probablement ajouter la population carcérale.

En effet, la prévalence de l'infection par le VIH y est, dans pratiquement tous les pays du monde, beaucoup plus élevée que dans la population générale (15). Ceci a aussi été observé dans certains pays de la Caraïbe (3) et en France (16).

La population carcérale est hétérogène. Certaines personnes peuvent appartenir à l'une des trois populations clés précédemment citées (essentiellement dans les pays où leurs pratiques sont interdites par la loi (17)) ou à d'autres groupes à risque. La contamination par le VIH peut avoir eu lieu en milieu ouvert ou lors d'une incarcération (18). Les données actuelles ne permettent pas de connaître l'importance de la contamination à l'intérieur des établissements pénitentiaires.

Les personnes incarcérées présentent néanmoins certaines caractéristiques communes, liées ou non à leur lieu de vie, si temporaire soit-il.

1.3. Situation sanitaire en milieu carcéral

Les établissements pénitentiaires demeurent des lieux fermés dans lesquels les conditions de vie sont difficiles.

La surpopulation carcérale vient renforcer la promiscuité préexistante. La France n'est pas épargnée par ce constat : on comptait 62 000 détenus au 1^{er} janvier 2009, pour une capacité sur le territoire de 54 988 places opérationnelles. Le taux de détention était alors de 102,9 détenus pour 100 000 habitants et ne cesse d'augmenter depuis 2001 (+ 26,5%), avec pour conséquence une densité de population supérieure à la capacité d'accueil. En 2009, plus de la moitié des établissements ou quartiers pénitentiaires avaient une densité supérieure à 100% (19, 20).

Cette surpopulation, associée à d'autres facteurs, favoriserait la transmission d'infections telles que la tuberculose, dont la fréquence est plus élevée en milieu carcéral que dans la population générale (21). Ceci devrait amener à réaliser plus de dépistages systématiques, essentiellement chez les personnes infectées par le VIH (22). Cette tendance a été observée dans des prisons françaises, sans que l'on puisse pour autant estimer l'importance de la transmission du bacille à l'intérieur des murs (23). Dans notre pays, la prévalence élevée de la tuberculose dans les établissements pénitentiaires serait due au fait que les personnes incarcérées sont plus à risque d'avoir été en contact avec la mycobactérie à l'extérieur, soit

parce qu'elles sont originaires d'un pays dans lequel la transmission est importante, soit parce que leurs conditions de vie favorisent la transmission. La situation sanitaire semble toutefois s'être améliorée en 10 ans, grâce à l'application des recommandations françaises concernant le dépistage et le traitement des cas de tuberculose (24).

Par ailleurs, certains comportements à risque, bien qu'interdits pour la plupart à l'intérieur des établissements pénitentiaires, restent extrêmement présents : ainsi, les rapports sexuels non protégés, consentis ou non, les injections de drogue intraveineuse avec échange de seringues ou de matériel, les tatouages, scarifications et implantations de billes péniennes représentent des risques réels dans la transmission d'infections telles que le VIH, le virus de l'hépatite C (VHC) ou le virus de l'hépatite B (VHB) (18, 25-29).

La prévention et le dépistage de ces infections transmissibles ainsi que leur prise en charge doivent être des priorités, à la fois en termes individuel et de santé publique.

Les usages de drogues licites ou illicites sont également de pratique courante et, ajoutés aux pathologies psychiatriques, participent à l'état de santé précaire de cette population (30).

Les infections transmissibles, les addictions diverses et les pathologies psychiatriques sont des problématiques relativement bien documentées en milieu carcéral. D'autres pathologies chroniques, telles que l'hypertension artérielle (HTA), l'asthme et les hépatites chroniques semblent avoir également plus de poids chez les personnes détenues que dans le reste de la population (31). L'incarcération semble même être un facteur de risque indépendant de survenue d'HTA dans une population ayant entre 18 et 30 ans (32).

A cela viennent s'ajouter les difficultés d'accès aux soins, que ce soit en termes de prévention, de dépistage ou de prise en charge thérapeutique à l'intérieur de ces établissements. Ceci peut être dû à un dispositif de soins insuffisant dans la structure, ou, lorsque celui-ci existe, au refus des détenus d'y participer.

Quand bien même des actions de ce genre peuvent être réalisées à l'intérieur de ces structures, les personnes incarcérées retournent en milieu ouvert à la fin de leur peine et peuvent se retrouver exclues d'une part du système social, d'autre part du système de soins. Les ruptures de suivi et de traitement sont fréquentes (33).

Par ailleurs, les sortants de prison ont un risque accru de décès après leur libération par rapport à la population générale, les causes de ceux-ci étant dominées par les overdoses (34,

35), essentiellement dans les deux semaines suivant le retour en milieu ouvert. Ceci a été observé en France métropolitaine (36). Les autres causes de surmortalité suivant la sortie sont les morts violentes par homicides, les suicides et les accidents de la voie publique (34).

Les suicides en milieu carcéral restent aussi d'actualité. En 2008, l'administration pénitentiaire a relevé 115 suicides dans l'ensemble des établissements français, ce qui représente une nouvelle hausse après l'amélioration amorcée à la fin de l'année 2005. Le taux de suicide était de 17 pour 100 000 personnes, soit dix fois plus élevé que dans la population générale (19). Ce taux de suicide est équivalent à celui observé dans la plus grande prison d'état des Etats-Unis d'Amérique (37).

La population carcérale présente donc des particularités inhérentes à la structure dans laquelle elle vit, mais demeure néanmoins le reflet de la situation à l'extérieur, et les interactions entre ces deux milieux sont à considérer. Les difficultés sociales, culturelles, sanitaires et psychologiques peuvent être exacerbées par la détention, qui ajoute une stigmatisation autour de situations déjà précaires.

Cependant, l'incarcération étant l'occasion, pour bien des personnes, d'un premier contact avec le système de soins (38, 39), il paraît important de dépister, informer et éduquer cette population, en axant la prise en charge sur la nécessité d'un suivi régulier, aussi bien en milieu fermé qu'en milieu ouvert. Ceci ne peut se faire qu'avec la participation de structures de soins adaptées, comprenant du personnel médical et non médical formé aux spécificités du milieu carcéral.

1.4. Organisation des soins en milieu carcéral en France

En France, l'organisation du système de santé en milieu carcéral est régit par la loi du 18 janvier 1994 n°94-43 relative à la santé publique et à la protection sociale, venant compléter l'article L. 711-3 du Code de Santé Publique : « le service hospitalier assure, dans des conditions fixées par voies réglementaires, les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier. Il concourt, dans les mêmes conditions, aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans les établissements pénitentiaires. »

L'article D368 du code de procédure pénale souligne que « les missions de diagnostic et de soins en milieu pénitentiaire et la coordination des actions de prévention et d'éducation pour la santé sont assurées par une équipe hospitalière placée sous l'autorité médicale d'un

praticien hospitalier, dans le cadre d'une unité de consultations et de soins ambulatoires (Ucsa) ».

Cette réforme du système de soins en milieu pénitentiaire, créée initialement pour répondre à la problématique de l'infection par le VIH, a été une avancée sur deux points. Avant 1994, la prise en charge des soins des détenus relevait de la seule compétence de l'administration pénitentiaire, le directeur régional désignant un ou plusieurs médecins vacataires pour chaque établissement. Le but de cette loi était donc de permettre aux détenus d'accéder à des soins comparables à ceux dispensés en milieu ouvert, au travers du service public hospitalier. De plus, elle accorde une couverture sociale à toute personne détenue, française ou étrangère, l'affiliation à l'assurance maladie et maternité du régime général de la sécurité sociale devenant obligatoire lors de l'entrée en détention.

La création des Ucsa survient 10 ans après celle des services médico-psychologiques régionaux (SMPR) puisqu'elle n'a été effective dans tous les établissements pénitentiaires qu'entre 1996 et 1997.

Au 1^{er} janvier 2009, 175 Ucsa fonctionnaient, soit une par établissement pénitentiaire français (sont exclus les 19 centres de semi-liberté, qui font l'objet d'un autre dispositif) (19).

Les conditions de fonctionnement d'une Ucsa et les obligations respectives de l'établissement de santé et de l'établissement pénitentiaire sont déterminées par un protocole conclu entre les deux instances (40).

Les missions de l'établissement de santé sont multiples.

Il s'agit d'assurer tout d'abord les soins en milieu pénitentiaire. Ceci nécessite la mise en place de consultations de médecine générale et de consultations spécialisées, ainsi que l'organisation des soins dentaires. La gestion de la réponse médicale aux urgences fait également partie des attributions de l'établissement de santé. La fourniture et la dispensation des médicaments et autres produits pharmaceutiques nécessaires à la réalisation des examens de laboratoire et de radiologie sont aussi réalisées sur place par des pharmaciens et des préparateurs en pharmacie.

Les médecins généralistes des Ucsa réalisent certaines consultations spécifiques du milieu pénitentiaire, entre autres l'examen médical d'entrée des personnes détenues.

En dehors de ces consultations spécifiques, chaque détenu est en droit de demander une consultation médicale. Il doit en faire la demande par écrit, celle-ci étant adressée par pli fermé à l'Ucsa ou déposée par le détenu dans une boîte aux lettres prévue à cet effet (40).

Lorsque les soins ou les examens ne peuvent être assurés en milieu pénitentiaire, l'établissement de santé est chargé d'organiser l'accueil hospitalier de la personne détenue. Il peut s'agir de consultations, d'examens spécialisés ou d'hospitalisations. L'établissement pénitentiaire doit alors assurer l'extraction de la personne dans les meilleures conditions.

La préparation du suivi médical après la détention est également un objectif majeur. Il nécessite de développer l'éducation à la santé pendant l'incarcération et de prendre des dispositions pour organiser au mieux le suivi sanitaire à la sortie de l'établissement pénitentiaire.

Enfin, l'établissement de santé doit mettre en place des actions de prévention et coordonner les actions de dépistage (40).

Les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) interviennent aussi dans les deux derniers domaines, leur objectif étant de prévenir la récidive en favorisant la réinsertion sociale. Créés en 1999, ces services sont implantés dans chaque département. Au 1^{er} janvier 2009, il existait 103 SPIP sur l'ensemble du territoire, gérant 206 antennes (19). Le directeur d'un SPIP est placé sous l'autorité hiérarchique du directeur régional des services pénitentiaires. Les antennes sont composées de conseillers d'insertion et de probation, d'assistants sociaux et de personnel administratif.

En milieu fermé, les SPIP facilitent aux détenus l'accès aux dispositifs sociaux, de soins, de formation ou de travail et aident au maintien des liens familiaux et sociaux. Enfin, ils préparent la personne incarcérée à sa sortie et à sa réinsertion ; ceci nécessite de porter une attention particulière aux problèmes liés aux faibles revenus, au faible niveau d'étude, à l'analphabétisme et aux addictions. Les mesures d'aménagement de peine font partie de cette dynamique de réinsertion.

En milieu ouvert, placés sous le mandat d'un magistrat, les SPIP apportent à l'autorité judiciaire tous les éléments d'évaluation utiles à sa décision. Ils sont également chargés de s'assurer du respect des obligations imposées aux personnes condamnées à des peines restrictives de liberté ou bénéficiant d'aménagement de peine. La mission de réinsertion se

poursuit à l'extérieur, les SPIP continuant d'apporter de l'aide aux sortants de prison en tentant de prévenir les effets désocialisants de l'incarcération.

Pour mener à bien ces missions, les SPIP développent et coordonnent des réseaux de partenaires institutionnels et associatifs. Les domaines concernés sont essentiellement l'accès aux soins et à l'éducation pour la santé, à l'hébergement, à la formation et à l'emploi, aux droits sociaux, à l'action culturelle et au sport (41).

Ainsi, en France, les détenus sont en droit de recevoir la même qualité de soins qu'en milieu ouvert et la politique de santé en milieu pénitentiaire souligne l'importance d'une prise en charge globale aussi bien en milieu fermé qu'en milieu ouvert.

1.5. Situation particulière de la Martinique

1.5.1. L'infection par le VIH en Martinique

Comme nous l'avons vu précédemment, la Martinique présente une situation originale quant à l'épidémiologie de l'infection par le VIH, cette région française étant localisée au cœur de la zone Caraïbe. C'est une île de 1 128 km² peuplée de 402 000 habitants. Sa préfecture est Fort-de-France. En décembre 2009, un tiers de la population de l'île était bénéficiaire de la CMU et parmi ces personnes, plus de la moitié était bénéficiaire du RMI (42).

La prévalence de l'infection par le VIH dans le département était estimée à 0,19% en décembre 2007 (43). L'épidémie due au VIH est de faible niveau selon la classification de l'OMS, comme l'épidémie nationale (seule la Guyane est en situation d'épidémie généralisée puisque la prévalence de l'infection par le VIH est supérieure à 1%).

En milieu carcéral, elle est estimée à environ 1% depuis plusieurs années (44).

La très grande majorité des personnes infectées par le VIH vivant en Martinique est suivie au centre hospitalo-universitaire (CHU) de Fort-de-France, dans le service de maladies infectieuses et tropicales.

Depuis 1996, avec l'apparition des multi thérapies, la mortalité des patients suivis au CHU de Fort-de-France a chuté et depuis 2005, avec l'apparition d'antirétroviraux plus puissants et mieux tolérés, la proportion des patients en échec primaire ou en impasse thérapeutique a été fortement réduite. Au 31 décembre 2008, 90% des patients traités étaient en succès virologique (charge virale plasmatique du VIH inférieure à 50 copies/ml six mois ou moins

après l'initiation du traitement) et un peu plus de 50% en succès thérapeutique (succès virologique associé à un taux de lymphocytes CD4 supérieur à 500/mm³ (45)) (43).

Ainsi, la prise en charge des patients est comparable à celle observée en France métropolitaine (46).

En revanche, la proportion des patients non traités est supérieure à celle observée dans les données nationales. Pour la majorité d'entre eux, il n'y a pas d'indication de traitement. Mais pour certains patients (21%), le traitement est indiqué et proposé mais l'adhésion au projet thérapeutique n'est pas optimale. Il s'agit de personnes présentant des difficultés psychosociales et ayant souvent une addiction au crack ou à l'alcool. La précarité et l'exclusion dont souffrent ces patients rendent leur prise en charge difficile.

Dans la cohorte martiniquaise, la description des personnes atteintes et de la progression de leur maladie est réalisée depuis 1989 comme en métropole, dans le but d'améliorer la prise en charge. Les données sont manquantes concernant les personnes incarcérées et suivies à l'Ucsa du centre pénitentiaire de la Martinique. Au-delà de la prise en charge en milieu fermé, il n'existe pas de données sur leur devenir lors du retour en milieu ouvert. Ces éléments s'inscrivent dans une réalité plus vaste : la quasi-absence de données fiables sur l'infection par le VIH et sa prise en charge dans les prisons françaises (45).

1.5.2. L'Ucsa du centre pénitentiaire de la Martinique

La Martinique compte un seul établissement pénitentiaire, situé dans la ville de Ducos.



Illustration 3 : Carte de la Martinique

(source : www.en-martinique.com/mr_image/mr_carte.jpg)

Mis en service le 29 août 1996, ce centre pénitentiaire a une capacité d'accueil de 570 places (47). Il comprend deux quartiers, regroupant cinq régimes de détention différents.

Le premier quartier comporte un centre de semi-liberté (18 places) et un centre de détention pour peines aménagées (54 places). L'autre quartier comprend une maison d'arrêt (137 places d'hommes, 34 places de femmes et 17 places pour mineurs), un centre de détention (230 places) et une maison centrale (50 places). Il existe aussi 15 places d'accueil et 15 places au SMPR.

En 2008, l'effectif moyen de l'établissement était de 821 personnes (+ 175% depuis 1996, soit 14,58% d'augmentation de l'effectif moyen par année entre 1996 et 2008 (48)). On comptait 812 entrées sur l'année (dont 642 prévenus) et 733 sorties (dont 57 transferts dans d'autres établissements pénitentiaires). La densité de la population par rapport à la capacité d'accueil était de l'ordre de 146%, des variations importantes étant observées selon les quartiers (250% à la maison d'arrêt des hommes et 400% au quartier d'accueil) (47).



Illustration 4 : Vue aérienne du centre pénitentiaire de Ducos

(source : www.tout-sur-google-earth.com)

L'Ucsa a été créée dès l'ouverture du centre pénitentiaire de Ducos. C'est une unité fonctionnelle rattachée au pôle de « médecine-spécialités médicales » du CHU de Fort-de-France (services de médecine interne, rhumatologie, dermatologie, hépato-gastro-entérologie, maladies infectieuses et tropicales et centre de dépistage anonyme et gratuit). Les soins somatiques au sein de l'Ucsa sont dispensés par une équipe pluridisciplinaire, composée de personnel hospitalier placé sous l'autorité médicale du praticien hospitalier responsable de l'unité fonctionnelle (Docteur QUIST). Cette équipe comprend des personnels médicaux (médecins généralistes, médecins spécialistes hors psychiatres, chirurgiens dentistes et

pharmacien) et non médicaux (infirmiers, aide-soignant, préparateur en pharmacie, kinésithérapeutes, manipulateurs en électroradiologie, secrétaire et assistante sociale). Les médecins généralistes réalisent 11 demi-journées de consultations par semaine alors que les médecins spécialistes interviennent ponctuellement. Le manque d'effectif fait que ces plages de consultations ne peuvent être mises en place de manière régulière. Les soins psychiatriques sont dispensés au sein du service médico-psychologique régional (SMPR). Lorsque l'état de santé d'une personne requiert une hospitalisation, celle-ci est réalisée dans le service de « dermatologie-détenus » du CHU de Fort-de-France (Docteur QUIST), en chambre sécurisée. Il n'existe pas d'unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) en Martinique. En 2008, 743 extractions pour raisons médicales ont été réalisées, soit 26,33% des extractions, les autres étant réalisées pour raisons judiciaires (47).

Lors de la consultation médicale d'entrée obligatoire, le médecin propose systématiquement un dépistage pour les infections virales chroniques (VIH, VHB, VHC) et pour la syphilis. L'accord de la personne doit toujours être sollicité. Le virus T lymphotrope humain de type 1 (HTLV1) est endémique en Martinique et son dépistage est proposé au même titre que les autres à l'entrée en détention. Les deux complications de cette infection virale chronique sont la paraparésie spastique tropicale (49) et le lymphome T associé au HTLV1 (lymphome ATL) (50). La co-infection VIH/HTLV1 ne semble pas être un facteur de risque d'évolution plus rapide vers ces complications (51). En 2009, sur les 858 entrants au centre pénitentiaire de Ducos, 641 (74,71%) ont été dépistés. Le délai médian du dépistage par rapport à la date d'entrée au centre pénitentiaire était alors de 21 jours [intervalle interquartile 25-50 (IQR) : 9-31]. Le dépistage de la tuberculose la même année a concerné 495 personnes (57,59%).

Dès la mise en service de l'Ucsa, une consultation spécialisée de maladies infectieuses et tropicales a été mise en place. Un médecin du CHU de Fort-de-France réalise ces consultations pour répondre à plusieurs objectifs : effectuer la prise en charge et le suivi des personnes porteuses d'infections virales chroniques (VIH, VHB, VHC, HTLV1), que l'infection soit ancienne ou découverte lors d'un dépistage à l'Ucsa, donner un avis spécialisé pour toute autre pathologie infectieuse et recevoir les personnes ayant refusé le dépistage proposé lors de la consultation médicale d'entrée. Le médecin réalise également les consultations pour la vaccination contre la fièvre jaune avant les transferts à Cayenne. (44)

1.5.3. Toxicomanie au crack/VIH/prison

L'une des autres particularités de la Martinique par rapport à la France métropolitaine concerne la consommation de drogues illicites.

Dans différentes enquêtes sur la toxicomanie en Martinique réalisées depuis 1999 (52-54), on retrouve la prédominance du cannabis et du crack, souvent utilisés sous forme de poly toxicomanie. Concernant les modalités d'usage, la voie fumée demeure prépondérante et semble être une des caractéristiques des consommateurs de la zone Caraïbe. Le crack se consomme sous forme de poudre, mélangée à du tabac, roulée dans du papier à cigarette (« black joint ») ou sous forme de caillou dans une pipe (« tire »).

Les drogues habituellement utilisées par voie intraveineuse ne sont pas disponibles sur l'île. Néanmoins, des personnes ayant vécu en France métropolitaine y ont consommé de l'héroïne, le plus souvent par voie intraveineuse, et profitent de leur séjour en Martinique pour se sevrer, le produit n'étant pas disponible localement.

Le crack représente un problème de santé publique croissant en Martinique depuis plusieurs années.

Apparu au début des années 80 aux Etats-Unis, cette cocaïne-base s'est très vite répandue à travers le pays de par son faible coût.

Le marché du crack en Martinique s'est développé à partir des années 90 pour plusieurs raisons. L'existence d'usagers potentiels et le niveau de vie plus élevé en Martinique que dans les îles environnantes ont amené à considérer l'île comme très rentable par les dealers étrangers. De plus, le contexte économique a favorisé la recherche d'argent facile par la vente du crack. Enfin, l'augmentation de la demande de cocaïne au cours des années 90 en Europe a eu pour conséquence une augmentation de la production en Colombie, et le marché martiniquais, sur le passage vers l'Europe, s'est trouvé mieux approvisionné.

Ainsi, en 2005, en Martinique, la proportion d'usagers problématiques de drogues (principalement des consommateurs de crack) a été estimée à 2 000 personnes environ, soit une prévalence dans la population totale de 5 pour 1 000 habitants, et de 1% dans la tranche d'âge des 15-44 ans (52, 53).

Une étude réalisée en 2008 par l'Observatoire régional de la santé de la Martinique et le centre d'information et de ressources sur les drogues et les dépendances a permis de faire une description des caractéristiques des consommateurs de crack de la Martinique (53).

Ces consommateurs étaient majoritairement des hommes, en situation sociale instable ou précaire (activité professionnelle et/ou logement provisoires ou inexistantes). Pour près de deux tiers des usagers, la consommation était quotidienne. Moins de la moitié de ces personnes étaient prises en charge par un médecin ou une structure spécialisée. En revanche, près de 80% des usagers avaient déjà réalisé une sérologie pour le VIH. La prévalence dans cette population ne pouvait être estimée car une personne sur cinq ayant effectué le dépistage ignorait son statut vis-à-vis de l'infection. Toutefois, elle semblait plus élevée que dans la population générale.

Si le risque d'infection par le VIH est bien connu lors de l'injection de drogues intraveineuses avec échange de matériel, l'usage de crack est aussi un facteur de risque. En effet, plusieurs comportements sexuels à risque en lien avec cette toxicomanie ont été observés : des rapports sexuels avec partenaires multiples ou en échange d'une dose de crack ou d'argent, sans préservatif dans la majorité des cas (55, 56). Ces comportements à risque existent malgré la connaissance par la personne de son statut positif vis-à-vis du VIH (57), mettant encore plus en lumière la nécessité de prendre des mesures de réduction des risques autour de cette addiction. Enfin, une étude récente a démontré que l'usage quotidien de crack était un facteur de risque d'infection par le VIH indépendant chez les usagers de drogue intraveineuse (58).

En plus de la désocialisation et des comportements sexuels à risque observés, la consommation de cette substance semble avoir un impact sur l'évolution de l'infection par le VIH, par le biais d'une moins bonne observance au traitement pour les personnes sous thérapie antirétrovirale d'une part, et par une progression de la maladie plus rapide indépendamment de la thérapie antirétrovirale d'autre part (59). Des résultats similaires ont été observés en Guyane, la consommation de crack étant associée à une augmentation de l'incidence de certaines affections classant SIDA (60).

L'interaction crack-VIH nécessite de porter une attention particulière à cette consommation, afin de mettre en place les mesures sociales, psychologiques ou psychiatriques adaptées et d'orienter au mieux la personne concernant l'aide au sevrage.

Parmi les consommateurs de crack en Martinique en 2008, plus de la moitié avait déjà été incarcérée et pour deux tiers d'entre eux, la première prise de crack avait eu lieu avant l'incarcération. Un cinquième seulement des usagers de crack ayant un antécédent d'incarcération pensait que la prison était dissuasive (53).

La problématique de la toxicomanie au crack semble donc bien réelle dans la population carcérale martiniquaise, au même titre que l'infection par le VIH.

Néanmoins, les données manquent quant à l'importance de l'impact de cette toxicomanie, tant dans la cohorte martiniquaise de patients infectés par le VIH que chez les personnes détenues infectées par le VIH, sur le suivi, la réponse au traitement et l'évolution de la maladie.

1.6. Objectifs de l'étude

Ainsi, la Martinique est l'une des régions françaises les plus touchées par l'infection par le VIH et présente des spécificités épidémiologiques rendant les actions de prévention, de dépistage et la prise en charge difficiles pour certains groupes à risque. La population carcérale est une population clé dans ce contexte d'épidémie de faible niveau et les personnes concernées ont droit au même niveau de soins que la population générale. Leur prise en charge au sein de l'Ucsa doit néanmoins prendre en compte les difficultés dues aux spécificités du milieu carcéral. L'absence de données épidémiologiques concernant cette population est un écueil national. L'importance de la toxicomanie au crack et ses intrications avec l'infection par le VIH d'une part et le milieu carcéral d'autre part méritent d'être soulignées.

L'objectif principal de notre étude était donc de décrire les particularités des personnes infectées par le VIH prises en charge dans une Ucsa en Martinique et d'estimer l'impact de l'incarcération sur le suivi, la prise en charge thérapeutique et l'évolution de la maladie. L'objectif secondaire était d'évaluer l'influence de la toxicomanie au crack sur ces paramètres. Notre étude portait sur une cohorte de patients suivis à l'Ucsa du centre pénitentiaire de Ducos entre janvier 1996 et décembre 2009. Les comparaisons ont été réalisées par rapport à la cohorte de patients infectés par le VIH du CHU de Fort-de-France.

2. MATERIEL ET METHODES

2.1. Schéma d'étude

Il s'agissait d'une étude de cohorte (61), unicentrique.

2.2. Lieu de l'étude

L'étude a été menée parallèlement à l'Ucsa du centre pénitentiaire de Ducos et dans le service de Maladies Infectieuses et Tropicales du CHU de Fort-de-France (Docteur CABIE). Ce dernier service a une activité de consultation et d'hospitalisation de jour.

2.3. Population étudiée

Les patients infectés par le VIH suivis dans le service de maladies infectieuses et tropicales du CHU de Fort-de-France font partie de la cohorte Dat'Aids[®]. Il s'agit d'une cohorte ouverte multicentrique de patients infectés par le VIH1 ou le VIH2 suivis dans les 7 centres français participants (62). Des données épidémiologiques, cliniques, biologiques et thérapeutiques sont collectées à l'aide du logiciel Nadis[®], un dossier patient informatisé, au moment de l'inclusion et à chaque consultation ou hospitalisation. Cette base de données est approuvée par la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL), les patients inclus ayant donné leur consentement éclairé. Les données figurants dans ce logiciel sont soumises à un contrôle de qualité validé par le conseil scientifique de la cohorte (62). Le service de maladies infectieuses et tropicales du CHU de Fort-de-France utilise le dossier patient informatisé Nadis[®] depuis juin 2004.

La base de données du DMI2 a été mise à la disposition des centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH) en 1989 par le ministère de la santé (63). Les trois critères d'inclusion dans la base étaient une infection par le VIH1 ou le VIH2, être suivi dans un centre participant et avoir donné un consentement éclairé. Des données cliniques, biologiques et thérapeutiques y ont été notées prospectivement par des Techniciens d'Etudes Cliniques (TEC) depuis 1992. Certaines données issues du logiciel DMI2 ont été intégrées au logiciel Nadis[®] en juin 2004 au CHU de Fort-de-France. L'ensemble des patients figurant ainsi dans la base de données de Nadis[®] forment la cohorte Dat'Aids[®].

Le dossier patient informatisé Nadis[®] est aussi utilisé à l'Ucsa du centre pénitentiaire de Ducos depuis octobre 2004. Seul le médecin réalisant les consultations de maladies infectieuses et tropicales a un code d'accès à ce dossier sécurisé.

La population source de cette étude était représentée par les patients inclus dans la cohorte Dat'Aids® du site de la Martinique et ayant été pris en charge en consultation de maladies infectieuses et tropicales de l'Ucsa du centre pénitentiaire de Ducos depuis sa création.

L'inclusion dans l'étude concernait les patients inclus dans la cohorte Dat'Aids®, dont l'infection par le VIH était prouvée biologiquement quelque soit le délai de prise en charge par rapport à la première sérologie positive, ayant un antécédent d'incarcération et vus en consultation de maladies infectieuses et tropicale au moins une fois à l'Ucsa entre le 1^{er} janvier 1996 et le 31 décembre 2009.

Etaient exclues de l'étude les personnes ayant un antécédent d'incarcération et n'ayant pas été prises en charge en consultation de maladies infectieuses et tropicales à l'Ucsa pendant la période d'étude.

La consultation à l'Ucsa était repérée à l'aide d'une requête sur le logiciel Nadis® de la façon suivante : dans l'item « conclusion », puis dans le codage « PMSI » étaient renseignés le service « dermato-détenus » et l'unité fonctionnelle « 2840 ». Pour la période de 1996 à octobre 2004, cette donnée a été obtenue à partir des agendas de rendez-vous de consultations à l'Ucsa du médecin de maladies infectieuses et tropicales.

L'antécédent d'incarcération était notifié dans l'item « antécédents » (« difficultés liées à un emprisonnement et autre incarcération »).

La population de comparaison était représentée par les autres patients inclus dans la cohorte Dat'Aids® du site de la Martinique, ayant été pris en charge au CHU de Fort-de-France au moins une fois entre le 1^{er} janvier 1996 et le 31 décembre 2009. Il pouvait s'agir de consultation, d'hospitalisation de jour ou d'hospitalisation classique. La mise à jour des dates et des causes de décès est régulièrement assurée pour cette cohorte.

2.4. Définition et modalités pratiques des mesures

2.4.1. Définition des variables explicatives

2.4.1.1. Le suivi des patients

Le suivi. Cette variable était définie à partir du délai entre les recours. Elle était regroupée en deux classes : bon suivi et mauvais suivi. Un bon suivi était défini par un délai inférieur à 7 mois entre 2 recours en « maladies infectieuses et tropicales » ou « dermato-détenus » pour les patients non traités ayant plus de 500 CD4/mm³, inférieur à 5 mois pour ceux ayant moins

de 500 CD4/mm³ ou prenant un traitement depuis plus de 4 mois et inférieur à 1,5 mois après le début d'un traitement antirétroviral (45).

L'impact de l'incarcération sur le suivi. Cette variable a été étudiée à trois moments clés de l'incarcération : l'entrée en détention, le séjour en détention et la sortie de détention. L'impact de l'entrée en détention était évalué sur la première incarcération durant laquelle un recours à l'Ucsa était notifié. L'impact du séjour en détention était évalué sur la dernière incarcération durant laquelle un recours à l'Ucsa était notifié. L'impact de la sortie du centre pénitentiaire était évalué sur la dernière incarcération durant laquelle un recours à l'Ucsa était notifié et sur l'année suivant le retour en milieu ouvert. L'impact de l'incarcération a été défini selon les modalités explicitées en annexe 1 pour chaque moment clé. Un regroupement en trois classes a été effectué : impacts positif, négatif et aucun impact.

Le devenir. Il s'agissait de la situation des patients au 31 décembre 2009. Il était regroupé en quatre classes : « suivi » pour les patients ayant eu au moins un recours entre le 1^{er} janvier 2009 et le 31 décembre 2009, « suivi ailleurs » lorsqu'un transfert dans un autre établissement pénitentiaire ou un déménagement hors du département était connu, « perdu de vue » lorsque la personne n'avait pas été revue depuis 1 an au 31 décembre 2009 et « décédé » pour les patients dont le décès était renseigné.

2.4.1.2. La prise en charge thérapeutique

Le succès virologique. Il était défini par une charge virale plasmatique du VIH indétectable 6 mois ou moins après l'introduction d'un traitement antirétroviral.

Le succès thérapeutique. Il était défini par une charge virale plasmatique du VIH indétectable et un taux de lymphocytes CD4 supérieur à 500/mm³ sous traitement antirétroviral.

L'impact de la détention sur la prise en charge thérapeutique. Cette variable a été évaluée lors de la première incarcération durant laquelle le patient était exposé à un traitement antirétroviral. L'impact de l'incarcération a été défini selon les modalités explicitées en annexe 2 pour chaque moment clé. Un regroupement en trois classes a été effectué : impacts positif, négatif et aucun impact.

2.4.1.3. L'évolution de la maladie

L'évolution vers le stade C de la classification CDC (Centers for Diseases Control) de 1993 correspondait au délai entre la date de découverte de l'infection par le VIH et la date de l'événement classant sida.

L'évolution vers le décès correspondait au délai entre la date de découverte de l'infection par le VIH et la date du décès.

2.4.2. Définition des autres variables mesurées

La date d'inclusion dans l'étude correspondait à la date du premier recours à l'Ucsa.

Caractéristiques sociodémographiques

Les variables retenues étaient :

Le sexe.

L'âge. Il s'agissait de l'âge lors du dernier recours. La variable a été décrite en six classes : 15-20 ans, 21-30 ans, 31-40 ans, 41-50 ans, 51-60 ans et plus de 60 ans.

L'origine géographique. Elle correspondait au pays de naissance. Pour les patients nés à l'étranger, les difficultés dues à la barrière linguistique ont été recherchées dans l'item « antécédents ».

La situation matrimoniale. Il s'agissait de la situation au dernier recours. Un regroupement en quatre classes a été réalisé : célibataire, divorcé/séparé, marié/concubin et veuf.

Le nombre d'enfants. Il correspondait au nombre d'enfants signalé par le patient au dernier recours, qu'ils soient à sa charge ou non. Un regroupement en quatre classes a été réalisé : 0, 1, 2 et ≥ 3 .

Le logement. Il s'agissait du dernier logement en milieu ouvert. Un regroupement en trois classes a été réalisé : logement personnel, hébergé et sans logement.

Le niveau d'étude. Il correspondait au diplôme le plus élevé obtenu. Un regroupement en quatre classes a été réalisé : sans diplôme, brevet des collèges, baccalauréat et études supérieures. L'analphabétisme a été recherché dans l'item « antécédents ».

La situation face à l'emploi. Il s'agissait de la dernière situation en milieu ouvert. Un regroupement a été effectué en six classes : actif, chômeur, autre inactif, en formation, invalide et retraité.

La dernière activité professionnelle. Elle correspondait au dernier emploi occupé, quel que soit le délai entre celui-ci et la situation au dernier recours. Elle a été définie en six classes :

agriculteur, artisan/commerçant/chef d'entreprise, employé, ouvrier, profession intermédiaire et aucune.

Caractéristiques des incarcérations

Les variables retenues étaient :

Le nombre d'incarcérations. Il était défini par le nombre de séjours au centre pénitentiaire de Ducos. Un regroupement en cinq classes a été effectué : 1, 2, 3, 4 et ≥ 5 .

La durée de la dernière incarcération. Un regroupement en quatre classes a été effectué : < 1 mois, de 1 mois à 1 an, de 1 an à 5 ans et > 5 ans.

Les motifs d'incarcération. Ils correspondaient aux infractions pour lesquelles les patients étaient condamnés ou prévenus.

Antécédents personnels

Les variables retenues étaient :

Les antécédents d'addictions. Cinq substances ont été étudiées en variables oui/non : l'alcool, le cannabis, la cocaïne, l'héroïne et le tabac. Le caractère actif ou sevré lors du dernier recours a aussi été noté.

Les antécédents psychiatriques. Un regroupement en cinq classes a été effectué : l'anxiété généralisée, la schizophrénie, les autres psychoses, les troubles dépressifs et aucune. Les tentatives d'autolyse ont également été étudiées.

Les pathologies médicales chroniques. Huit pathologies ont été retenues et étudiées en variables oui/non : accident vasculaire cérébral, asthme, cardiopathie, diabète, dyslipidémie, HTA, insuffisance rénale chronique et néoplasies.

Les antécédents traumatologiques. Il s'agissait des lésions traumatologiques et des étiologies de ces lésions.

Les antécédents d'infections sexuellement transmissibles. Cinq infections ont été retenues : la gale, les condylomes et dysplasies du col de l'utérus, l'herpès génital, la syphilis et l'urétrite à gonocoque. La prévalence de la syphilis était définie par la présence d'un TPHA positif et son taux d'incidence annuel était défini par un VDRL > 4 dans l'année suivant le dernier recours.

Les antécédents de pratiques à risque. Deux pratiques ont été retenues : les tatouages et l'implantation de billes péniennes.

La tuberculose pulmonaire.

Les co-infections virales chroniques

Trois co-infections virales chroniques ont été étudiées :

HTLV1. L'infection par le HTLV1 était définie par une sérologie plasmatique positive en technique ELISA, confirmée par immunoblot.

VHB. L'hépatite B chronique était définie par la présence d'un antigène (Ag) HBs positif en sérologie et confirmé par séroneutralisation depuis plus de 6 mois. L'hépatite B guérie était définie par la présence d'anticorps (Ac) anti HBc isolés ou associés à des Ac anti HBs. La vaccination contre l'hépatite B était définie par la présence isolée d'Ac anti HBs ou précisée dans l'onglet « antécédents ». Une sérologie négative était définie par un Ag HBs, un Ac anti HBc et un Ac anti HBs négatifs. Une charge virale du VHB détectable correspondait à la présence de génome viral dans le plasma mesurée par une technique de PCR (Polymerase Chain Reaction) en temps réel.

VHC. L'hépatite C chronique était définie par une sérologie positive, c'est-à-dire la présence d'Ac anti VHC, et une charge virale plasmatique du VHC positive, mesurée par une technique de RT-PCR (Retro Transcriptase-Polymerase Chain Reaction) en temps réel. Le génotype du virus correspondait au séquençage du génome viral. Il a été regroupé en quatre classes : 1, 2, 3 et 4.

Autres variables d'étude des hépatites virales chroniques. Nous avons étudié les facteurs de risque de transmission. Ils ont été regroupés en quatre classes : hétérosexuel, homo/bisexuel, toxicomanie par voie intraveineuse et transfusion. Le score histologique d'activité et de fibrose était évalué selon une méthode invasive (ponction biopsie hépatique) ou non invasive (Fibrotest-Actitest). Les résultats étaient indiqués selon le score METAVIR (de A0 à A4 pour l'activité et de F0 à F4 pour la fibrose). Les débuts et arrêts de traitement ont été étudiés en variable oui/non. Le lieu du début du traitement était regroupé en deux classes : milieu ouvert et milieu fermé. Les motifs de non traitement et d'arrêt ont été étudiés de manière exhaustive.

L'infection par le VIH

La date de découverte. Elle correspondait à la date de la première sérologie positive, quel que soit le laboratoire dans lequel elle avait été réalisée.

La circonstance de découverte. Tout premier recours dans la base Nadis[®] ayant eu lieu à l'Ucsa était considéré comme étant une découverte lors d'un dépistage en milieu carcéral. Les autres circonstances de découverte ont été regroupées en trois classes : le dépistage systématique, la primo-infection et les pathologies opportunistes.

Le mode de contamination. Il correspondait au facteur de risque principal de transmission du VIH. Cette variable était regroupée en huit classes : hétérosexuel, homosexuel, bisexuel, toxicomanie par voie intraveineuse, transfusion, hémophilie, materno-fœtal et autre.

Le taux de lymphocytes CD4 à la découverte. Il était défini par le taux de lymphocytes CD4 dans les 3 mois suivant la découverte.

Le dépistage tardif. Il était défini par un taux de lymphocytes CD4 inférieur à 200/mm³ ou par la présence d'une affection classant stade C dans les 3 mois suivant la découverte.

Le sous type viral. Il était regroupé en deux classes : B et non B.

Le génotypage du VIH. Il a été étudié en variable en oui/non.

La durée d'évolution de la maladie. Elle était définie par le délai entre la date de découverte de l'infection par le VIH et la date du dernier recours.

Le nadir du taux de CD4. Il était défini comme étant le taux de lymphocytes CD4 le plus bas observé durant le suivi d'un patient.

Les causes de décès. Elles étaient définies selon la classification internationale des maladies (CIM-10) de l'organisation mondiale de la santé (OMS).

Les infections opportunistes. Cette variable a été définie comme étant les infections classant stade C dans la classification CDC de 1993.

Variables biologiques

Le taux de lymphocytes CD4. Cette variable était regroupée en quatre classes : < 200, 200 à 350, 350 à 500 et > 500. Elle était exprimée en cellules/mm³ et était évaluée par une technique de cytométrie de flux.

La charge virale plasmatique du VIH. Elle était regroupée en deux classes : détectable et indétectable. Une charge virale indétectable signifiait < 400, < 200, <50, <40 ou <20 selon la date à laquelle elle était mesurée. Elle était exprimée en copies/ml et évaluée par une technique de RT-PCR (Retro-Transcriptase Polymerase Chain Reaction) en temps réel. Cet examen n'a été réalisé qu'à partir de 1997 au CHU de Fort-de-France.

Variables thérapeutiques

L'indication de traitement. Un traitement était considéré comme indiqué lorsque le taux de CD4 était inférieur à 350/mm³.

Le taux de lymphocytes CD4 préthérapeutique. Il correspondait au dernier taux de lymphocytes CD4 précédant le début du premier traitement antirétroviral.

Le nombre de ligne de traitements. Cette variable était définie comme étant le nombre de périodes durant lesquelles un traitement antirétroviral était prescrit.

La durée d'exposition aux antirétroviraux. Elle correspondait au nombre de mois effectifs sous traitement, toutes lignes de traitements prises en compte.

Le dernier schéma thérapeutique. Il correspondait à la dernière thérapie antirétrovirale. Trois classes de molécules ont été étudiées : les inhibiteurs nucléosidiques (ou nucléotidiques) de la transcriptase inverse (INTI), les inhibiteurs de protéase (IP) boostés ou non et les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI).

Le motif d'arrêt de traitement.

Le statut thérapeutique au dernier recours. Il était regroupé en trois classes : traitement antirétroviral en cours, jamais traité et arrêt de traitement.

Le taux de CD4 au dernier recours. Il était défini comme étant le dernier taux de lymphocytes CD4 mesuré dans les 9 mois précédents le dernier recours.

La charge virale plasmatique du VIH au dernier recours. Elle était définie comme étant la dernière charge virale plasmatique mesurée dans les 9 mois précédents le dernier recours.

2.5. Circuit des données

Le recueil des données a été réalisé à partir du dossier patient informatisé Nadis[®].

Le recueil rétrospectif des données manquantes et des données concernant les patients suivis à l'Ucsa avant 2004 a été réalisé à partir des dossiers des archives de l'Ucsa du centre pénitentiaire de Ducos et des archives du CHU de Fort-de-France, entre le 20 novembre 2009 et le 20 février 2010.

Les données ont été saisies dans le logiciel Nadis[®], selon la procédure d'utilisation appliquée dans le service de maladies infectieuses et tropicales du CHU de Fort-de-France. Les données déjà disponibles ont également été harmonisées selon cette procédure d'utilisation, soumise à un contrôle de qualité annuel.

Les données concernant l'incarcération ont été recueillies à partir des dossiers médicaux des archives de l'Ucsa du centre pénitentiaire de Ducos.

Les autorisations d'accès au centre pénitentiaire ont été délivrées par le directeur de l'établissement pénitentiaire à la demande du responsable de l'Ucsa, selon le règlement en cours (40).

2.6. Analyse statistique

Une description de la population d'étude a tout d'abord été réalisée en calculant les effectifs et pourcentages pour les variables qualitatives et les médianes et intervalles interquartiles [IQR 25-75] ou les moyennes et écart-types selon la distribution pour les variables quantitatives (64).

Les comparaisons de pourcentages ont été faites à l'aide de tests du Chi-2 d'indépendance ou de tests de Fisher selon les effectifs. Les intervalles de confiance à 95% des pourcentages ont été estimés à l'aide de la loi binomiale.

Les comparaisons de moyennes ont été faites à l'aide de tests de Mann et Whitney.

L'estimation de la fonction de survie a été réalisée à l'aide de la méthode de Kaplan-Meier.

Les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel Stata[®] (Version10).

3. RESULTATS

3.1. Description de la population

3.1.1. Population incluse

Parmi les patients appartenant à la cohorte Dat'Aids® du site de la Martinique, 84 patients ont été inclus entre le 1^{er} janvier 1996 et le 31 décembre 2009. Cinq patients avaient un antécédent d'incarcération mais n'avaient pas eu de recours à l'Ucsa du centre pénitentiaire de Ducos. Ils ont donc été exclus.

Les analyses descriptives ont porté sur un total de 79 patients. Les comparaisons ont été faites par rapport à 1504 patients inclus dans la cohorte Dat'Aids® du site de la Martinique entre le 1^{er} janvier 1996 et le 31 décembre 2009.

3.1.2. Caractéristiques sociodémographiques

L'âge médian lors du dernier recours était de 42 ans [35-49] avec des extrêmes allant de 17 à 81 ans et trois quarts avaient entre 31 et 50 ans. Il s'agissait d'hommes en majorité (89%), ayant un faible niveau d'étude puisque plus de la moitié n'avait aucun diplôme et 12% étaient analphabètes. Les personnes ayant une activité professionnelle représentaient 12% de l'échantillon.

La majorité des personnes (89%) était née en France et pour 2 patients nés à l'étranger il a été noté des difficultés dues à la barrière linguistique.

Près de trois quarts des personnes (75%) vivaient seules et pour la plupart (57%) dans des logements provisoires ou de fortune. La majorité (61%) avait des enfants (médiane du nombre d'enfants 1 [0-2], avec des extrêmes allant de 0 à 7).

Ces caractéristiques sont indiquées dans le tableau I.

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques des personnes infectées par le VIH suivies à l'Ucsa du centre pénitentiaire de Ducos

		n (N=79)	%
Age médian [IQR]	42 ans [35-49]		
Tranches d'âge	15-20 ans	1	1
	21-30 ans	6	8
	31-40 ans	30	38
	41-50 ans	29	37
	51-60 ans	10	13
	>60 ans	3	4
Sexe	Hommes	70	89
	Femmes	9	11
Pays de naissance	France	70	89
	Dominique	1	1
	Espagne	2	3
	Etats-Unis	1	1
	Haïti	1	1
	Sainte-Lucie	1	1
	Saint-Vincent et les Grenadines	2	3
	Sint-Maarten	1	1
Situation familiale*	Célibataire	48	64
	Divorcé (e)/Séparé (e)	7	9
	Marié (e)/concubin (e)	19	25
	Veuf (ve)	1	1
Nombre d'enfants	0	31	39
	1	19	24
	2	12	15
	≥ 3	17	22
Niveau d'étude*	Sans diplôme	38	55
	Brevet des collèges	23	33
	Baccalauréat	4	6
	Etudes supérieures	4	6
Emploi*	Actif	8	12
	Chômeur	6	9
	Autre inactif (au foyer, RMI...)	46	68
	En formation	1	1
	Invalide	5	7
	Retraité	2	3
Dernière activité*	Agriculteur, exploitant	1	2
	Artisan, commerçant, chef d'entreprise	10	16
	Employé	5	8
	Ouvrier (y compris agricole)	6	10
	Profession intermédiaire	1	2
	Aucune	39	63
Logement*	Aucun	8	12
	Hébergé	31	45
	Domicile personnel	29	43

*données manquantes : situation familiale 4, niveau d'étude 10, emploi 11, dernière activité 17, logement 11.

3.1.3. Caractéristiques des incarcérations

Environ trois quart des personnes incluses dans l'étude avaient été incarcérées à plusieurs reprises. Le nombre médian d'incarcérations par individu était de 4 ([1-5]) avec des extrêmes allant de 1 à 25. La durée de la dernière incarcération était de moins de 1 an pour la majorité (70%) des personnes. La médiane de la durée de la dernière incarcération était de 6,5 mois [4-13,5] avec des extrêmes variant de 0,5 à 69 mois. Cette donnée n'était pas renseignée pour 10 personnes étant toujours en détention à la fin de notre étude (tableau II).

Pour 53 personnes, les motifs d'incarcération étaient connus. Pour chacune d'entre elles, il y avait de une à trois infractions. Trente-huit personnes (72%) étaient condamnées ou prévenues pour une infraction, 13 (25%) pour deux et 2 (4%) pour trois. Les 70 motifs d'incarcération pour ces 53 patients sont détaillés dans le tableau III.

Tableau II : Nombre d'incarcérations et durée de la dernière incarcération au centre pénitentiaire de Ducos

		n (N=79)	%
Nombre d'incarcérations	1	22	28
	2	13	16
	3	3	4
	4	7	9
	≥ 5	34	43
Durée de la dernière incarcération*	1 mois ou moins	4	6
	De 1 mois à 1 an	44	64
	De 1 an à 5 ans	19	28
	Plus de 5 ans	2	3

*données manquantes pour 10 personnes incarcérées à la fin de l'étude

Tableau III : Motifs d'incarcération des personnes infectées par le VIH détenues au centre pénitentiaire de Ducos

	n (N=70)*	%
Vol simple	18	26
Vol qualifié	11	16
Escroquerie, abus de confiance, recel, faux et usage de faux	6	9
Trafic de stupéfiant	19	27
Viol, agression et atteinte sexuelle	5	7
Violence volontaire	4	6
Crime de sang	1	1
Infraction à la législation sur les étrangers	2	3
Homicide et atteinte volontaire à l'intégrité de la personne	2	3
Autres	1	1

*70 motifs d'incarcération concernant 53 personnes

3.1.4. Antécédents personnels

3.1.4.1. Addictions

La fréquence des addictions, toutes substances confondues, était de 89%. L'addiction la plus fréquemment retrouvée était la toxicomanie au crack (70%), suivie de celle au cannabis (54%) et de l'alcoolisme chronique (28%). Un antécédent de toxicomanie par voie intraveineuse aux opiacés était retrouvé pour 10 patients (13%). Ces résultats sont illustrés dans le tableau IV. Parmi les patients usagers de drogues, 63% présentaient une poly toxicomanie (tableau V).

Tableau IV : Fréquence des différentes addictions

	n (N=79)	%	n (N=79)	%	n (N=79)	%
	active		sevrée		total	
Alcool						
Oui	18	23	4	5	22	28
Non					57	72
Cannabis						
Oui	36	46	6	8	42	54
Non					37	46
Cocaïne sniffée						
Oui	1	1	0	0	1	1
Non					78	99
Crack						
Oui	44	56	11	14	55	70
Non					24	30
Héroïne						
Oui	0	0	10	13	10	13
Non					69	87

Tableau V : Répartition des patients selon leur consommation de drogues psychoactives

		n (N=79)	%
Toxicomanie simple	Cannabis	7	9
	Crack	13	16
	Alcool	3	4
	Héroïne	2	3
Sous total		25	32
Polytoxicomanies	Crack et alcool	7	9
	Crack et cannabis	22	28
	Cocaïne sniffée et héroïne	1	1
	Crack et héroïne	1	1
	Cannabis et alcool	1	1
	Cannabis et héroïne	1	1
	Alcool et héroïne	1	1
	Crack, alcool et cannabis	7	9
	Crack, cannabis et héroïne	2	3
	Crack, cannabis, alcool et héroïne	2	3
Sous total		45	57
Autres	Aucune toxicomanie	9	11
Sous-total		9	11

La date du début de la toxicomanie au crack était postérieure à 1980 dans 94% des cas (tableau VI).

Tableau VI : Année du début de la toxicomanie au crack

	n (N=31)*	%
Entre 1975 et 1979	2	6
Entre 1980 et 1989	8	26
Entre 1990 et 1999	14	45
A partir de 2000	7	23

*donnée manquante pour 24 patients

La fréquence du tabagisme parmi les 79 patients était de 70%. Il était observé exclusivement chez des patients présentant une addiction à une autre substance. Les caractères actif ou sevré du tabagisme sont signalés dans le tableau VII.

Tableau VII : Tabagisme au dernier recours chez les personnes infectées par le VIH incarcérées au centre pénitentiaire de Ducos

	n (N=79)	%
Fumeur < 10 cigarettes/jour	20	25
Fumeur 11 à 20 cigarettes/jour	11	14
Fumeur 21 à 30 cigarettes/jour	3	4
Fumeur > 30 cigarettes/jour	5	6
Fumeur quantité indéterminée	8	10
Ex-fumeur	8	10
Non fumeur	24	30

3.1.4.2. Antécédents psychiatriques

La fréquence des pathologies psychiatriques dans notre population était de 23%, les plus représentées étant les troubles dépressifs. La fréquence de chaque pathologie est présentée dans le tableau VIII.

Tableau VIII : Fréquence des pathologies psychiatriques

	n (N=79)	%	Toxicomanie au crack	
			oui	non
			n	n
Trouble dépressif	14	18	10	4
Psychose	2	3	1	1
Schizophrénie	1	1	0	1
Anxiété généralisée	1	1	1	0
Aucune	61	77	43	18

Onze patients (14%) ont fait une ou plusieurs tentatives d'autolyse lors de leur détention. Les moyens les plus fréquemment utilisés étaient la phlébotomie (36%), l'intoxication médicamenteuse volontaire (21%) et l'immolation (21%). Environ les deux tiers présentaient une pathologie psychiatrique sous-jacente et une grande majorité (82%) avait un antécédent d'addiction au crack (tableau IX).

Tableau IX : Caractéristiques des tentatives d'autolyse

		n (N=14)*	%
Lieu	Centre pénitentiaire	12	86
	Hospitalisation lors d'une incarcération	2	14
Moyen	Défenestration†	1	7
	Immolation	3	21
	Ingestion de caustique	1	7
	Intoxication médicamenteuse volontaire	3	21
	Pendaison	1	7
	Phlébotomie	5	36
		n (N=11)*	%
Pathologie psychiatrique	Oui	7	64
	Non	4	36
Toxicomanie au crack	Oui	9	82
	Non	2	18

*N=14 tentatives d'autolyses et N=11 patients ayant fait des tentatives d'autolyses †lors d'une hospitalisation hors des chambres sécurisées

3.1.4.3. Antécédents de pathologies médicales chroniques

La fréquence des pathologies médicales chroniques était de 25% (20 patients). Les plus fréquentes étaient représentées par l'asthme, l'hypertension artérielle, le diabète, l'insuffisance rénale chronique et les néoplasies (tableau X).

Tableau X : Fréquence des pathologies médicales chroniques

	n (N=79)*	%
Accident vasculaire cérébral		
Oui	2	3
Non	77	97
Asthme		
Oui	6	8
Non	73	92
Cardiopathie		
Oui	2	3
Non	77	97
Diabète		
Oui	4	5
Non	75	95
Dyslipidémie		
Oui	3	4
Non	76	96
Hypertension artérielle		
Oui	4	5
Non	75	95
Insuffisance rénale chronique		
Oui	4	5
Non	75	95
Néoplasie		
Oui	4	5
Non	75	95

*certains patients avaient plusieurs pathologies

3.1.4.4. Antécédents traumatologiques

La fréquence des antécédents traumatologiques dans notre population était de 44% (35 patients). Les lésions les plus fréquentes étaient les plaies profondes (33%) et les fractures (28%). Les traumatismes crâniens représentaient 9% des lésions traumatiques. Les étiologies de ces lésions étaient dominées par les agressions par armes blanches (42%), suivies des accidents de la voie publique (27%) et des agressions par arme à feu (18%). Les résultats sont présentés dans le tableau XI.

Tableau XI : Fréquence des antécédents traumatologiques et de leurs étiologies

		n (N=54)*	%
Lésions	Brûlure second ou troisième degré	4	7
	Fracture	15	28
	Hémopéritoine	2	4
	Lésion traumatique de la rate	2	4
	Lésion traumatique oculaire	1	2
	Lésions traumatiques multiples	6	11
	Plaies	18	33
	Pneumothorax traumatique	1	2
	Traumatisme crânien	5	9
		n (N=33)	%
Etiologies	Agression par arme à feu	6	18
	Agression par arme blanche	14	42
	Agression par la force physique	4	12
	Accident de la voie publique	9	27

*certains patients avaient présenté plusieurs lésions différentes

3.1.4.5. Antécédents d'infections sexuellement transmissibles autres que les infections virales chroniques

La syphilis était l'infection sexuellement transmissible la plus fréquemment retrouvée. Sa prévalence dans notre population sur notre période d'étude était de 19%. Le taux d'incidence annuel était de 4%. Parmi les 15 cas de syphilis observés, 6 (40%) faisaient partie de l'épidémie qui touche la Martinique depuis 2007. Ces 6 patients présentaient tous une toxicomanie au crack et 5 avaient pour facteur de risque de la transmission du VIH l'hétérosexualité (pour le dernier il s'agissait d'une toxicomanie par voie intraveineuse). La fréquence des autres infections sexuellement transmissibles est indiquée dans le tableau XII.

Tableau XII : Fréquence des différentes infections sexuellement transmissibles*

	n (N=38)	%
Condylomes	4	11
Dysplasie du col de l'utérus	2	5
Gale	2	5
Infection génitale à Herpès Virus Simplex (HSV)	5	13
Syphilis	15	39
Urétrite à gonocoque	8	21
Autres (salpingite, trichomonas...)	2	5

*lieu de contamination non précisé (milieu ouvert ou milieu fermé)

3.1.4.6. Antécédents de pratiques à risque

Un antécédent de tatouage était renseigné pour 1 patient (1%) et la présence de billes péniennes pour 3 patients (4%).

3.1.4.7. Antécédent de tuberculose

Dans notre étude, un patient (1%) avait un antécédent de tuberculose et il s'agissait d'une tuberculose miliaire.

3.1.5. Co-infections virales chroniques

Parmi les 79 patients, 16 (20%) avaient une ou plusieurs co-infections virales chroniques, dont 14 (18%) une hépatite virale chronique (tableau XIII).

Tableau XIII : Prévalence des différentes co-infections virales chroniques

	n (N=79)	%
HTLV1	2	3
VHB	5	6
VHC	6	8
HTLV1 et VHB	1	1
HTLV1, VHB et VHC	2	3
Aucune	63	80

3.1.5.1. Co-infection par le HTLV1

La prévalence de la co-infection par le HTLV1 était de 6%. Aucune complication neurologique ou hématologique de cette infection virale chronique n'a été observée dans notre population.

3.1.5.2. Co-infection par le VHB : prévalence, statut sérologique, facteurs de risque et prise en charge

La prévalence de la co-infection par le VHB était de 48%. Pour 8 patients (10%), il s'agissait d'une hépatite B chronique et pour 30 patients (38%) d'une infection ancienne (tableau XIV). Parmi les patients ayant une sérologie pour l'hépatite B négative, 10 (33%) ont débuté une vaccination.

Tableau XIV : Dernier statut virologique pour l'hépatite B

	n (N=79)	%
Hépatite B chronique	8	10
Hépatite B guérie	30	38
Vaccination	11	14
Sérologie négative	30	38

Concernant les patients porteurs d'une hépatite B chronique, le facteur de risque principal de l'infection était les rapports sexuels non protégés (88%) (Tableau XV).

Les données histologiques concernant l'activité et la fibrose étaient manquantes pour tous les patients.

Deux patients étaient en cours de traitement lors de leur dernier recours et avaient une charge virale du VHB indétectable. Les autres patients étaient décédés ou perdus de vue sans avoir reçu de traitement. Nous avons noté que l'année du début de la prise en charge se situait entre 1996 et 2000 pour ces patients.

3.1.5.3. Co-infection par le VHC : prévalence, facteurs de risque et prise en charge

La prévalence de la co-infection par le VHC était de 10% (8 patients).

Le facteur de risque principal était représenté par la toxicomanie par voie intra veineuse (63%) (Tableau XV).

Les génotypes viraux retrouvés étaient le 1a (57%), le 2 (14%) et le 3 (29%). Cette donnée était manquante pour un patient.

Les données histologiques ou biologiques pour estimer l'activité et la fibrose hépatique étaient renseignées pour 6 patients. Les méthodes utilisées étaient la ponction biopsie hépatique (méthode invasive) pour 3 patients et le Fibrotest-Actitest (méthode non invasive) pour les 3 autres. Les différents scores METAVIR observés étaient A1F0 (1/6), A1F1 (2/6), A2F2 (2/6) et A2F4 (1/6). Le patient au stade de cirrhose hépatique était le seul à avoir une addiction à l'alcool.

Parmi ces 8 patients, 4 ont reçu des traitements et tous ont été débutés à l'Ucsa. Un patient a refusé le traitement proposé et 2 étaient en attente de traitement au moment de leur transfert dans un autre établissement pénitentiaire. Cette donnée était manquante pour un patient.

Sur les 4 traitements débutés en détention, 3 ont été arrêtés à la sortie (effets secondaires pour un patient, transfert d'un autre et perte de vue du troisième).

Tableau XV : Facteurs de risque de transmission des hépatites virales chroniques

	VHB		VHC	
	n (N=8)	%	n (N=8)	%
Bisexuel	4	50	1	12
Hétérosexuel	3	38	0	0
Toxicomanie IV	1	12	5	63
Transfusion	0	0	1	12
Inconnu	0	0	1	12

3.2. Suivi des patients et impact de l’incarcération

3.2.1. Découverte de l’infection par le VIH

L’âge médian à la découverte de l’infection était de 34 ans [27-38], avec des extrêmes allant de 14 à 63 ans. Parmi les 79 patients inclus dans l’étude, 48 (61%) ont été dépistés positif pour l’infection par le VIH lors d’une incarcération au centre pénitentiaire de Ducos (46 dépistages systématiques et 2 primo-infections symptomatiques). Les autres circonstances de découvertes sont indiquées dans le tableau XVI.

Le mode de contamination le plus fréquemment observé était la contamination par voie sexuelle, avec plus de deux tiers de transmissions hétérosexuelles. La toxicomanie par voie intraveineuse était retrouvée dans moins de 1 cas sur 10 (tableau XVI).

La médiane des taux de CD4 à la découverte était de $610,6/\text{mm}^3$ [458-815,2] avec des extrêmes allant de $35/\text{mm}^3$ à $1461/\text{mm}^3$. La répartition des taux de CD4 à la découverte pour les 79 patients est indiquée dans le tableau XVI. Les dépistages tardifs représentaient 11% des découvertes.

Pour 33 patients, le sous-type viral avait été recherché. Il s’agissait de 33 infections par le VIH-1 de sous-type B. Douze patients (15%) ont bénéficié de la réalisation d’un génotype viral.

Tableau XVI : Principales caractéristiques à la découverte de l'infection par le VIH

		n (N=79)	%
Circonstances de découverte*	Dépistage systématique en milieu pénitentiaire	46	64
	Dépistage systématique ailleurs	13	18
	Pneumocystose inaugurale	1	1
	Primo-infection symptomatique	3	4
	Accouchement	1	1
	Bilan d'anémie	1	1
	Bilan préopératoire	1	1
	Centre de dépistage anonyme et gratuit	2	3
	Don de sang	1	1
	Infection génitale à HSV	1	1
	Partenaire dépisté positif	2	3
Facteurs de risque	Bi/homosexuel	14	18
	Hétérosexuel	55	69
	Toxicomanie IV	7	9
	Inconnu	3	4
Taux de CD4 au dépistage†	< 200/mm ³	4	9
	200 à 350/mm ³	4	9
	350 à 500/mm ³	7	15
	>500/mm ³	30	67

*données manquantes=7 †données manquantes=34

3.2.2. Lieu de suivi des patients

Le rapport des recours à l'Ucsa et des recours dans le service de maladies infectieuses et tropicales du CHU par patient était en moyenne de 42,43% (écart type 30,47).

Sur la totalité des recours, ceux réalisés à l'Ucsa ou dans le service d'hospitalisation dédié aux détenus au CHU représentaient 27,30%. Sur notre période d'étude, nous avons noté 541 recours à l'Ucsa (figure 1).

Vingt-neuf patients (37%) ont été suivis majoritairement à l'Ucsa. Parmi ces patients, 17 (59%) ont eu des recours uniquement à l'Ucsa, 7 (24%) ont eu un seul recours dans le service de maladies infectieuses et tropicales du CHU, 3 (10%) n'ont eu que deux consultations dans ce service et 2 (7%) ont eu des recours dans d'autres services du CHU mais jamais dans le service spécialisé.

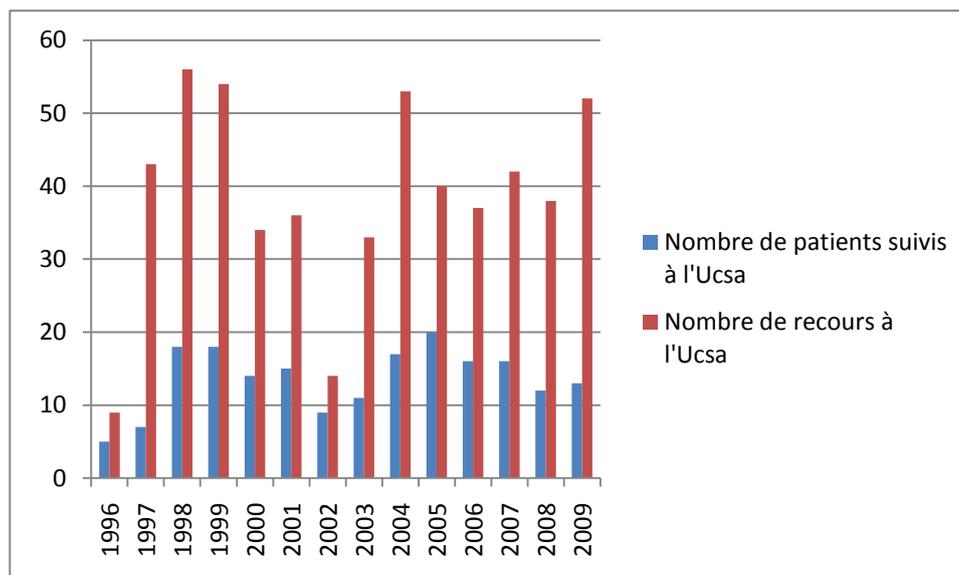


Figure 1 : Nombre de patients suivis et de recours à l'Ucsa par année de 1996 à 2009

3.2.3. Impact de l'incarcération sur le rythme du suivi

3.2.3.1. L'entrée en détention

L'impact de l'entrée en détention était positif pour 63 patients (81%). Parmi les 15 patients connaissant leur statut positif avant l'incarcération et n'ayant eu aucun recours dans les 6 mois précédents, 12 avaient déjà été suivis dans le service de maladies infectieuses et tropicales du CHU de Fort-de-France et 3 avaient été dépistés dans d'autres services du CHU mais jamais suivis pour l'infection par le VIH. Le temps écoulé entre la dernière consultation ou hospitalisation au CHU et la première consultation à l'Ucsa est résumé dans le tableau XVII.

Tableau XVII : Délai entre le dernier recours au CHU et la première consultation à l'Ucsa

	Effectif (N=15)	Médiane [IQR]*	Extrêmes*
SMIT	12	36 [21,25-60,25]	8-118
Bloc opératoire	1	112	
Réanimation polyvalente	1	1	
Urgences	1	7	

*délai en mois

L'entrée au centre pénitentiaire n'a eu aucun impact pour 15 patients (19%) suivis antérieurement dans le service de maladies infectieuses et tropicales. Le nombre de mois écoulé entre la dernière consultation au CHU et la première consultation à l'Ucsa allait de 0,5 à 4 mois (médiane 2 mois [1-3]).

Pour 1 patient, cette donnée était manquante, le service dans lequel avaient eu lieu les précédents recours n'étant pas notifié.

3.2.3.2. Le séjour au centre pénitentiaire de Ducos

L'incarcération a eu un impact positif sur le suivi pour 57 patients (73%). Il s'agissait des patients dépistés ou ayant repris ou débuté un suivi lors de l'entrée au centre pénitentiaire. Ces patients ont eu un bon suivi durant la période d'incarcération.

Aucune modification de suivi n'a été observée chez 14 patients (18%). Treize d'entre eux avaient un bon suivi en milieu ouvert comme en milieu fermé et 1 patient un mauvais suivi quelque soit le milieu considéré.

En revanche, 4 patients (5%) ont eu un impact négatif de l'incarcération sur le suivi. Il s'agissait de patients dépistés à l'Ucsa.

Pour 3 patients, cet item n'a pu être renseigné car ils ont eu une seule consultation à l'Ucsa.

3.2.3.3. La sortie du centre pénitentiaire

Pour 22 patients (28%), le suivi durant l'année qui suit la sortie du CPD s'est poursuivi en milieu ouvert comme en milieu fermé. Il s'agissait de bons suivis.

On notait un impact négatif pour 37 patients (47%) à la sortie. Il s'agissait de 24 patients dépistés en milieu fermé, dont 19 n'ont jamais été revus en consultation de maladies infectieuses et tropicales, 4 ont été revus une seule fois et 1 a été revu 2 fois dans l'année suivant le retour en milieu ouvert. Parmi les 10 patients ayant repris ou débuté un suivi durant l'incarcération et ayant eu impact négatif de la sortie, 4 n'ont jamais été revus en consultation, 4 ont été revus une fois et 2 ont été revus deux fois durant l'année suivant leur libération. Enfin, 3 patients bien suivis avant leur incarcération retournaient en milieu ouvert et avaient un mauvais suivi (aucune consultation dans l'année pour 2 patients et une consultation pour 1 patient).

Les données manquantes concernaient les 10 patients encore incarcérés, les 8 patients ayant été transférés dans un autre établissement pénitentiaire et 1 patient étant sorti moins de 1 an avant le 31 décembre 2009.

Nous avons noté une suspension de peine pour raison médicale pour un patient.

Les différents impacts de l'incarcération sur le suivi sont résumés dans le tableau XVIII et plus détaillés en annexe 3.

Tableau XVIII : Impact de l'incarcération au centre pénitentiaire de Ducos sur le suivi des patients infectés par le VIH

	Entrée au CPD		Séjour au CPD		Sortie du CPD	
	n (N=78)*	%	n (N=75)†	%	n (N=60)‡	%
Impact positif	63	81	57	76	1	2
Aucun impact	15	19	13	17	22	37
Impact négatif	0	0	5	7	37	62

*donnée manquante pour 1 patient †donnée manquante pour 4 patients ‡ donnée manquante pour 19 patients

3.2.4. Devenir des patients à la fin de l'étude

Parmi les 79 patients inclus dans l'étude, 33 (42%) étaient suivis au CHU de Fort-de-France ou à l'Ucsa du centre pénitentiaire de Ducos au 31 décembre 2009. Un peu plus de 1 patient sur 5 était suivi ailleurs, après un transfert ou un déménagement hors du département. Un patient sur 5 était décédé. Les autres étaient perdus de vue (tableau XIX).

Tableau XIX : Situation des patients au 31 décembre 2009

	n (N=79)	%
Suivi	33	42
Suivi ailleurs	18	23
Décédé	16	20
Perdu de vue	12	15

3.3. Prise en charge thérapeutique et impact de l'incarcération

3.3.1. Prise en charge thérapeutique

3.3.1.1. Situation sur l'ensemble de la prise en charge

Durant la prise en charge, 47 patients (59%) ont été à un moment ou à un autre sous traitement antirétroviral. Cinq patients (6%) ont débuté un traitement avant 1996. Les taux de CD4 avant le début du premier traitement sont indiqués dans le tableau XX. Le taux d'échec virologique à 6 mois du début du premier traitement était de 23%. Le nombre de lignes de traitement variait entre 1 et 10 (médiane 2 [1-5]) pour ces 47 patients. La médiane de la durée d'exposition aux antirétroviraux était de 45 mois [9-89]. Le schéma de la dernière ligne de traitement comportait 2 INTI et 1 IP boosté dans 57% des cas ou un IP non boosté dans 15% des cas. Le schéma comportant 2 INTI et 1 INNTI était prescrit dans 13% des cas (tableau XXI).

Tableau XX : Répartition des taux de lymphocytes CD4 préthérapeutiques

	n (N=45)*	%
< 200/mm ³	20	44
200 à 350/mm ³	15	33
350 à 500/mm ³	7	16
>500/mm ³	3	7

*données manquantes=2

Tableau XXI : Derniers schémas antirétroviraux prescrits

	n (N=47)	%
1 INTI	1	2
1 INTI + 1 IP	1	2
2 INTI	2	4
2 INTI + IP	7	15
2 INTI + IP boosté	27	58
2 INTI + 1 INNTI	6	13
3 INTI	3	6

3.3.1.2. Situation au dernier recours

Lors de leur dernier recours, 35 patients (44%) étaient sous traitement antirétroviral, 12 (15%) en arrêt de traitement et 32 (41%) n'avaient jamais été traités.

Le statut thérapeutique des patients selon les taux de lymphocytes CD4 est résumé dans le tableau XXII. Le taux de succès thérapeutique était de 43% (15/35) et le taux de succès virologique de 54% (19/35). Parmi les 12 patients ayant arrêté leur traitement, le motif d'arrêt le plus fréquent était une décision du patient (67%).

Tableau XXII : Statut thérapeutique des patients en fonction du taux de CD4 au dernier recours

	Taux de CD4								Total	
	<200		200 - 350		350 - 500		> 500		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	(N=18)		(N=13)		(N=12)		(N=30)		(N=73)*	
Statut thérapeutique										
Arrêt	8	44	2	15	0	0	1	3	11	15
Jamais traité	1	6	2	15	10	83	14	47	27	37
Traitement en cours	9	50	9	69	2	17	15	50	35	48

*données manquantes = 6 patients pour lesquels il n'y avait pas de CD4 renseignés dans les 9 mois suivant le dernier recours

3.3.2. Impact de l'incarcération sur la prise en charge thérapeutique

Parmi les 79 patients inclus dans l'étude, 33 (42%) ont reçu un traitement antirétroviral durant une incarcération. Parmi ces patients, 22 (67%) ont débuté un traitement en milieu pénitentiaire, qu'il s'agisse d'une première ligne de traitement ou non, et 11 (33%) ont poursuivi un traitement débuté en milieu ouvert.

Sur les 33 patients en cours de traitement lors de leur détention, 12 (36%) ont arrêté leur traitement durant l'incarcération. Il s'agissait de 7 patients pour qui le traitement avait été débuté lors de la même incarcération et de 5 patients traités avant la détention. Cinq patients (2 nouvellement traités et 3 anciennement traités) ont repris un traitement avant la sortie.

Sur les 22 traitements débutés lors de l'incarcération, la moitié sont poursuivis plus de 6 mois après la sortie du centre pénitentiaire.

Pour 29 patients, l'impact de la sortie n'est pas renseigné, soit parce qu'ils ont été transférés, soit parce qu'ils n'ont pas été revus en consultation, soit parce qu'ils sont toujours incarcérés.

Les différents impacts de l'incarcération sur la prise en charge thérapeutique sont résumés dans le tableau XXIII et plus détaillés en annexe 4.

Sur les 46 personnes non traitées en milieu pénitentiaire, 10 (22%) avaient une indication de traitement lors de la détention.

Tableau XXIII : Impact de l'incarcération au centre pénitentiaire de Ducos sur la prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH

	Entrée au CPD		Séjour au CPD		sortie du CPD	
	n (N=79)	%	n (N=79)	%	n (N=50)*	%
Impact positif	18	23	16	20	4	8
Aucun impact	59	75	57	72	37	74
Impact négatif	2	2	6	8	9	18

*données manquantes pour 29 patients (10 incarcérés, 8 transferts, 11 perdus de vue)

3.4. Evolution de la maladie

La médiane de la durée de l'infection par le VIH était de 7 ans [3-12] dans notre population. Elle s'étendait de quelques mois à 24 ans.

La médiane du nadir des taux de CD4 était de 213,65/mm³ [48,2-461].

3.4.1. Evolution vers le stade sida

Dix-huit patients sont passés en stade sida pendant la durée de notre étude. Le délai de passage en stade sida par rapport à la date de découverte de l'infection par le VIH s'étendait de 0 jour à 13 ans (médiane 5,28 ans [3,71-8,87], moyenne 6,4554 ans, écart type 3,8988).

La répartition des patients selon la classification CDC lors du dernier recours est indiquée dans le tableau XXIV.

Vingt-six infections opportunistes classant sida ont été notées concernant les 18 patients en stade C. Il s'agissait dans plus de deux tiers des cas de toxoplasmoses cérébrales, de candidoses œsophagiennes et de pneumocystoses. Le nombre d'infections opportunistes

classant sida pour chaque patient était de 1 à 3 (médiane 1 [1-2]). La fréquence des différentes infections opportunistes est indiquée dans le tableau XXV.

Tableau XXIV : Stade selon la classification CDC de 1993, lors du dernier recours

	n (N=79)	%
Stade A	48	61
Stade B	13	16
Stade C	18	23

Tableau XXV : Fréquence des infections opportunistes classant sida

	n (N=26)	%
Toxoplasmose cérébrale	8	31
Candidose œsophagienne	6	23
Pneumopathie à <i>Pneumocystis jiroveci</i>	4	15
Cryptococcose neuro-méningée	2	8
Cryptococcose disséminée	1	4
Histoplasmose disséminée à <i>Histoplasma capsulatum</i>	1	4
Infection extra-pulmonaire à <i>Mycobacterium avium</i>	1	4
Kaposi cutané	1	4
Pneumopathie récurrente à <i>Streptococcus pneumoniae</i>	1	4
Tuberculose miliaire	1	4

3.4.2. Evolution vers le décès

Seize patients (20%) sont décédés durant la période de l'étude.

Les décès étaient liés au VIH dans 56% des cas. Les autres causes de décès dans notre population d'étude étaient les pathologies tumorales (19%) et les causes cardiaques (13%). Les autres causes étaient inconnues.

3.5. Rôle de la toxicomanie au crack dans les résultats observés

3.5.1. Variables sociodémographiques

La répartition des consommateurs de crack pour chaque sexe était la suivante : 67% des femmes et 71% des hommes ($p = 0,767$). L'âge médian de ces personnes était de 40 ans [35-40] contre 45 ans [39-45] chez les non consommateurs de crack ($p = 0,07$).

3.5.2. Les co-infections avec les virus des hépatites chroniques

Les prévalences des co-infections par le VHB et le VHC étaient de 26% dans la population n'ayant pas de toxicomanie au crack et de 14% dans celle en ayant une ($p = 0,21$). Ces résultats sont présentés dans le tableau XXVI.

Tableau XXVI : Répartition des co-infections par les hépatites virales chroniques chez les personnes ayant un antécédent de toxicomanie au crack et chez les personnes non consommatrices de crack

	Toxicomanie au crack*		Pas de toxicomanie au crack		p
	n (N=56)	%	n (N=23)	%	
Pas de coinfection	48	86	17	74	0,21
Coinfection VHB et/ou VHC	8	14	6	26	

*la toxicomanie à la cocaïne sniffée est incluse dans le groupe toxicomanie au crack

3.5.3. Le suivi

3.5.3.1. Le dépistage

Chez les personnes consommant du crack, le facteur de risque d'infection par le VIH le plus fréquemment retrouvé était les rapports sexuels hétérosexuels non protégés (72%). La transmission lors de rapports homosexuels représentait 26% des facteurs de risque dans la population n'ayant pas d'addiction au crack et 14% dans la population ayant une addiction au crack (tableau XXVII).

La médiane des taux de lymphocytes CD4 au dépistage était de $635/\text{mm}^3$ [471-824] chez les personnes ayant un antécédent de toxicomanie au crack et de $524,5/\text{mm}^3$ [215,75-734,6] chez celles n'en ayant pas ($p = 0,20$).

Tableau XXVII : Facteurs de risque d'infection par le VIH chez les personnes ayant un antécédent de toxicomanie au crack et chez les personnes non consommatrices de crack

	Toxicomanie au crack*		Pas de toxicomanie au crack		p
	n (N=56)	%	n (N=23)	%	
Bi/homosexuel	8	14	6	26	0,46
Hétérosexuel	40	72	15	65	
Inconnu	3	5	0	0	
Toxicomanie IV	5	9	2	9	

*la toxicomanie à la cocaïne sniffée est incluse dans le groupe toxicomanie au crack

3.5.3.2. Le suivi

La répartition des personnes infectées par le VIH et ayant une toxicomanie au crack en fonction de l'année du premier recours à l'Ucsa est illustrée dans la figure 2.

La durée d'évolution de la maladie était en moyenne de 10,17 ans chez les personnes n'ayant pas d'antécédent de toxicomanie au crack et de 7,57 ans chez celles en ayant un ($p = 0,20$).

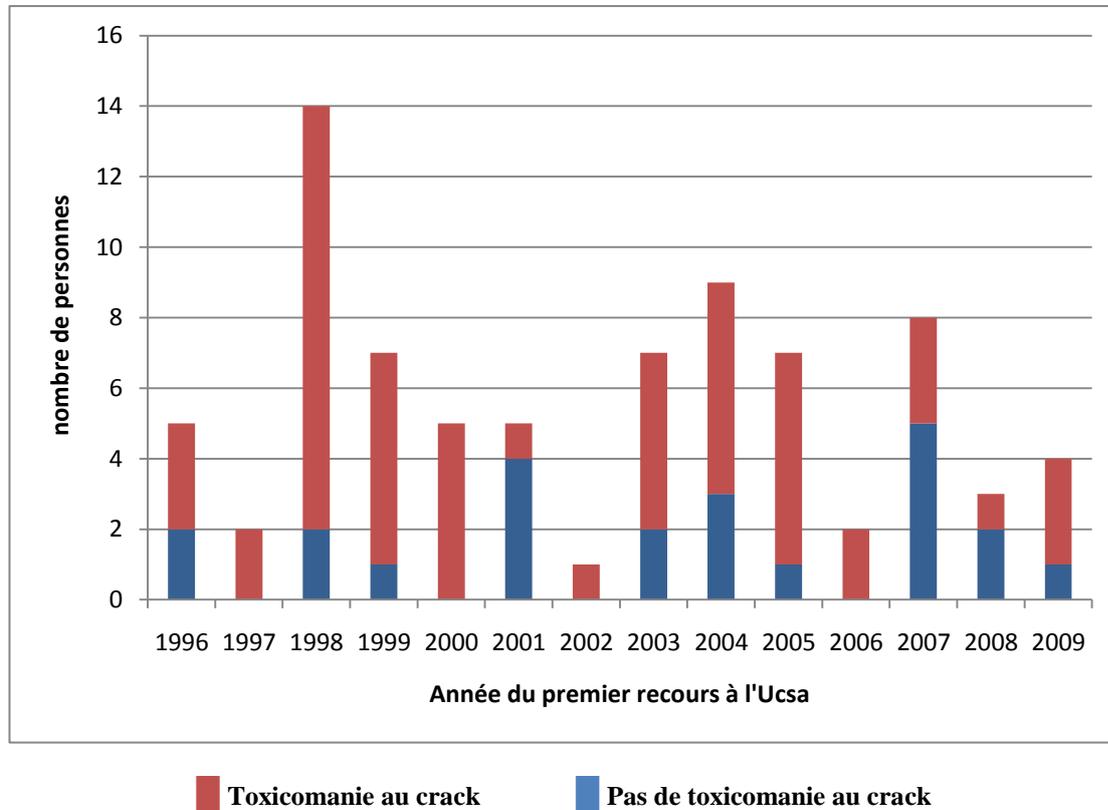


Figure 2 : Répartition des patients selon l'année de leur premier recours à l'Ucsa et selon la présence d'un antécédent de toxicomanie au crack

3.5.3.3. Le devenir

Concernant la situation au 31 décembre 2009, 11 patients (38%) toxicomanes au crack étaient perdus de vue et 1 (6%) parmi les non consommateurs de crack. Étaient exclus les patients décédés et ceux suivis ailleurs. Ces résultats sont présentés dans le tableau XXX.

3.5.4. La prise en charge thérapeutique

La situation thérapeutique au dernier recours dans chaque groupe est résumée dans le tableau XXVIII. La médiane du nombre de lignes de traitement était de 2 [1-4] chez les personnes ayant un antécédent de toxicomanie au crack et de 4 [2-7] chez les personnes non consommatrices de crack ($p = 0,02$).

Tableau XXVIII : Statut thérapeutique lors du dernier recours chez les personnes ayant un antécédent de toxicomanie au crack et chez les personnes non consommatrices de crack

	Toxicomanie au crack*		Pas de toxicomanie au crack		p
	n (N=56)	%	n (N=23)	%	
Arrêt	12	21	0	0	<0,01
Jamais traité	25	45	7	30	
Traitement en cours	19	34	16	70	

*la toxicomanie à la cocaïne sniffée est incluse dans le groupe toxicomanie au crack

3.5.5. L'évolution de la maladie

3.5.5.1. Evolution vers le stade C

Parmi les personnes ayant un antécédent de toxicomanie au crack, 12 (21%) étaient passées en stade sida durant l'étude (tableau XXIX).

Tableau XXIX : Evolution vers le stade sida chez les personnes ayant un antécédent de toxicomanie au crack et chez les personnes non consommatrices de crack

	Toxicomanie au crack*		Pas de toxicomanie au crack		p
	n (N=56)	%	n (N=23)	%	
Sida	12	21	6	26	0,65
Non sida	44	79	17	74	

*la toxicomanie à la cocaïne sniffée est incluse dans le groupe toxicomanie au crack

3.5.5.2. Evolution vers le décès

Parmi les seize personnes décédées, 15 (94%) avaient un antécédent de toxicomanie au crack. Les résultats sont illustrés dans le tableau XXX.

Tableau XXX : Devenir des personnes de chaque groupe au 31 décembre 2009

	Toxicomanie au crack*		Pas de toxicomanie au crack		p
	n (N=56)	%	n (N=23)	%	
Suivi	18	32	15	65	0,02
Suivi ailleurs	12	21	6	26	
Décédé	15	27	1	4	
Perdu de vue	11	20	1	4	

*la toxicomanie à la cocaïne sniffée est incluse dans le groupe toxicomanie au crack

3.6. Comparaisons entre la cohorte Ucsa et la cohorte CHU

3.6.1. Caractéristiques sociodémographiques

Parmi les variables sociodémographiques, seuls l'âge et le sexe ont pu être comparés à ceux de la cohorte du CHU. L'âge moyen au dernier recours était de 41,8 ans (écart type (ET) = 9,8) dans la cohorte Ucsa et de 45,5 ans (ET = 12,6) dans la cohorte CHU ($p = 0,02$). Il y avait 63,10% d'hommes dans la cohorte du CHU et 88,61% dans la cohorte Ucsa ($p < 0,01$).

3.6.2. Découverte de l'infection par le VIH

Les modes de contamination dans les deux populations sont indiqués dans le tableau XXXI.

La moyenne des taux de CD4 au dépistage était plus élevée dans notre population d'étude que dans le reste de la cohorte ($656,83/\text{mm}^3$ [IC95 : 552,29-761,36] contre $379,94/\text{mm}^3$ [305,96-359,05], $p < 0,01$). La répartition des taux de CD4 est indiquée dans le tableau XXXI et illustrée dans la figure 3. La fréquence des dépistages tardifs était de 11,11% dans notre population et de 35,91% dans la cohorte CHU ($p < 0,01$).

Tableau XXXI : Quelques particularités des personnes infectées par le VIH prises en charge à l'Ucsa par rapport à la cohorte du CHU

		Cohorte CHU		Cohorte Ucsa		p
		n (N=1504)*	%	n (N=79)†	%	
Sexe	Femmes	555	36,90	9	11,39	<0,01
	Hommes	949	63,10	70	88,61	
Facteur de risque de transmission	AES	6	0,40	0	0,00	0,89
	Bi/homosexuel	349	23,20	14	17,72	
	Hémophile	6	0,40	0	0,00	
	Hétérosexuel	973	64,69	55	69,62	
	Materno-fœtal	4	0,27	0	0,00	
	Toxicomanie	100	6,65	7	8,86	
	IV					
	Transfusion	15	1,00	0	0,00	
	Autre	3	0,20	0	0,00	
Inconnu	48	3,19	3	3,80		
Taux de CD4 au dépistage	<200/mm3	257	31,08	4	8,89	<0,01
	200 à 350/mm3	170	20,56	4	8,89	
	350 à 500/mm3	157	18,98	7	15,56	
	>500/mm3	243	29,38	30	66,67	

*677 données manquantes (45,01%) pour le taux de CD4 au dépistage †34 données manquantes (43,04%) pour le taux de CD4 au dépistage

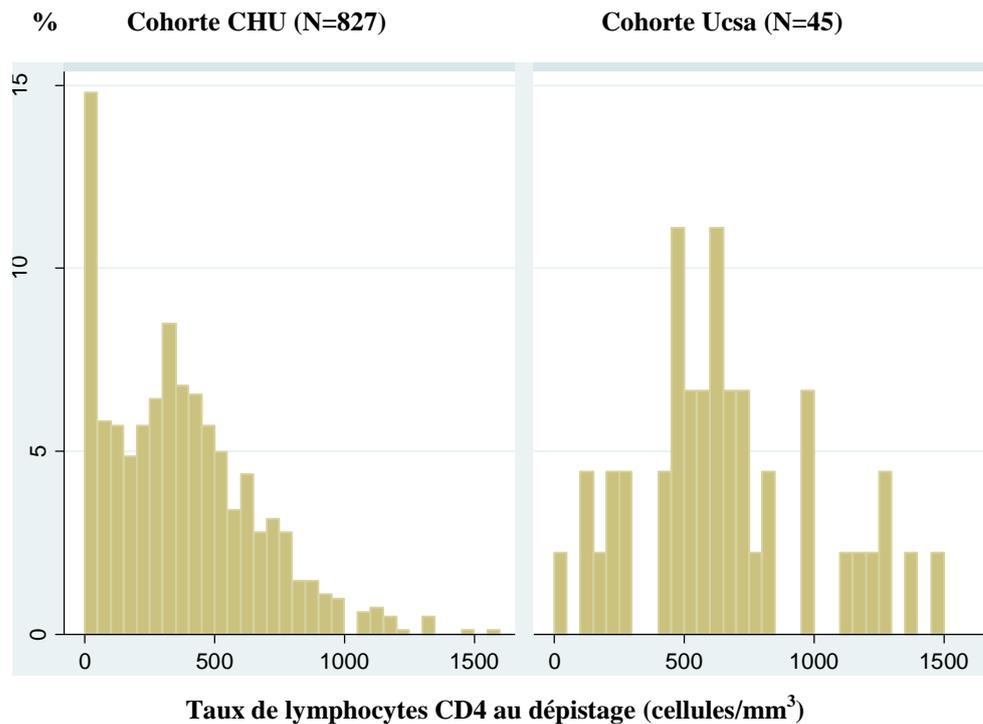


Figure 3 : Répartition des taux de lymphocytes CD4 au dépistage dans la cohorte CHU et dans la cohorte Ucsa

3.6.3. Prise en charge thérapeutique

La durée d'exposition aux antirétroviraux était plus importante dans la cohorte CHU que dans la cohorte Ucsa (médiane 76 mois [29-127] contre 45 mois [9-89], $p < 0,01$). La comparaison des succès thérapeutiques et virologiques n'a pas pu être réalisée, les disparités dans les schémas et dans les indications de traitement étant trop importantes sur la durée de l'étude. Il en est de même pour le nombre de lignes de traitements et les schémas au dernier recours.

3.6.4. Evolution de la maladie

La durée d'infection par le VIH était comparable dans nos deux populations (moyenne 8,54 ans contre 8,33 ans, $p = 0,95$).

La médiane du nadir des CD4 était plus élevée dans notre population carcérale que dans le reste de la population ($213,65/\text{mm}^3$ [48,2-461] contre $172/\text{mm}^3$ [37,2-328], $p = 0,02$).

Les évolutions vers le stade sida et vers le décès dans notre cohorte de patients et dans la cohorte CHU sont illustrées dans les figures 4 et 5.

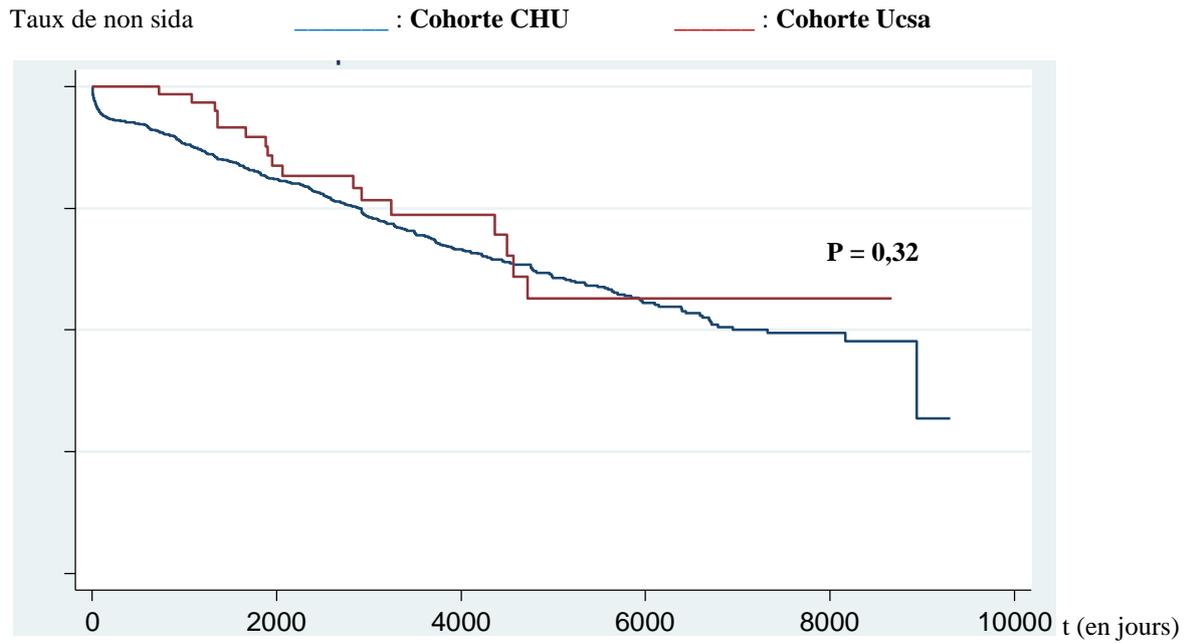


Figure 4 : Evolution vers le stade C dans la cohorte CHU et dans la cohorte Ucsa

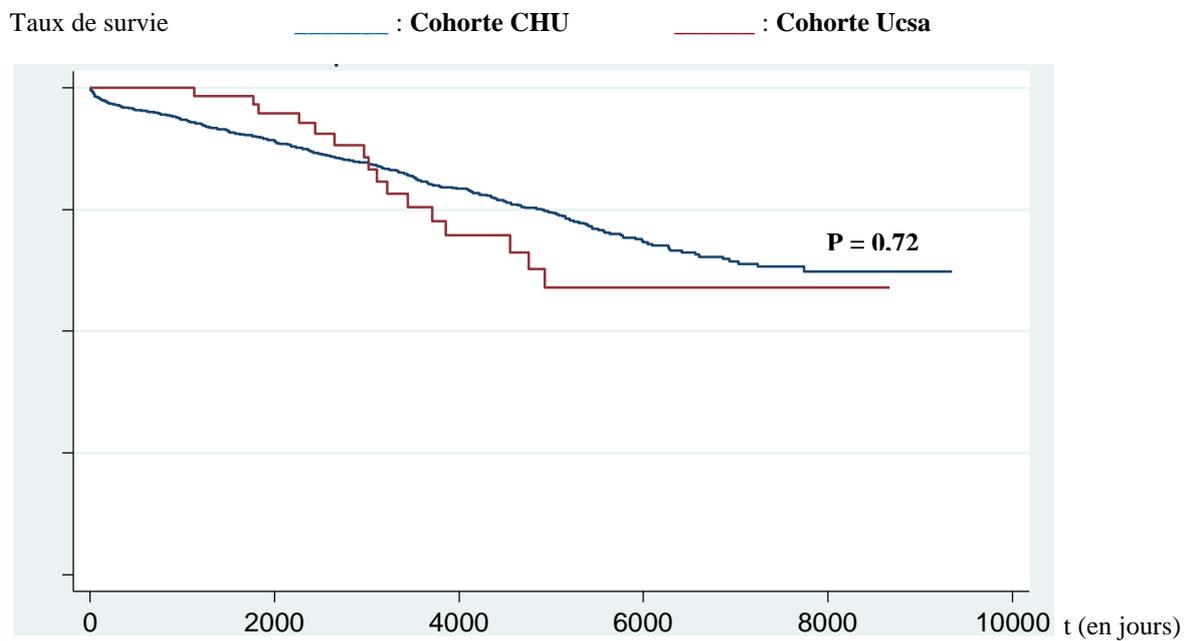


Figure 5 : Evolution vers le décès dans la cohorte CHU et dans la cohorte Ucsa

4. DISCUSSION

Notre étude a permis de réaliser une description des personnes infectées par le VIH et ayant été incarcérées dans un centre pénitentiaire situé dans un département français d'Amérique. L'analyse de leur prise en charge a pu être effectuée à la fois en milieu fermé et en milieu ouvert. Nous nous sommes aussi attachés à mettre en lumière quelques caractéristiques différentes observées chez les personnes ayant une addiction au crack. A ce jour, aucune étude de ce type n'a été réalisée à notre connaissance.

4.1. Les personnes infectées par le VIH suivies à l'Ucsa du centre pénitentiaire de Ducos : une population carcérale particulière ?

Notre population d'étude appartenait à une catégorie socioculturelle particulière. Il s'agissait principalement d'hommes, d'âge moyen, nés en France, ayant un faible niveau d'étude et se trouvant, la plupart du temps, en situation économique précaire. Ce profil démographique et social est à peu près similaire à celui de la population carcérale martiniquaise, qui présente de nombreux points communs avec l'ensemble de la population carcérale française (19, 47). Nous avons toutefois noté quelques différences. Le sex-ratio hommes/femmes était plus faible dans notre population que dans les populations carcérales martiniquaise et française (7,77/1, 50/1 et 30/1 respectivement). Par ailleurs, alors que l'on observe un vieillissement de la population carcérale en France (65), les tranches d'âges les plus représentées, aussi bien au niveau national qu'en Martinique, restent les 20-40 ans. Dans notre population d'étude il s'agissait des 30-50 ans. Enfin, les personnes nées à l'étranger (11%) étaient moins représentées que dans la population carcérale française (18%), les chiffres observés en Martinique étant identiques aux chiffres nationaux.

Dans notre étude, la récidive tenait une place importante. Les motifs d'incarcération les plus fréquents étaient les vols et le trafic de stupéfiants alors qu'il s'agit des violences pour les populations carcérales martiniquaise et française (19, 47). De ce fait, les durées d'incarcération étaient plutôt courtes dans notre population d'étude. En effet, la durée de la majorité des peines était inférieure à 1 an alors qu'elle est de 1 à 3 ans au niveau national. Ainsi, les séjours de ces personnes au centre pénitentiaire de Ducos se faisaient souvent en pointillés. Les transferts, les extractions et les interactions dedans/dehors ont amené de nombreux biais à notre étude. Lorsqu'une personne était transférée dans un autre établissement pénitentiaire, le dossier médical était transmis à l'équipe médicale de l'établissement d'accueil et quelquefois, aucune copie n'était conservée aux archives de l'Ucsa. Ceci explique une partie des données manquantes. Associés aux personnes perdues de

vue à la sortie du centre pénitentiaire, les transferts rendent délicate l'interprétation des résultats observés concernant l'impact de la sortie de l'incarcération sur la prise en charge de nos patients. Les interactions dedans/dehors étaient aussi représentées au travers des nombreuses extractions pour de simples consultations, essentiellement avant 1998, ce qui participe à la sous-estimation des recours lors de l'incarcération. En revanche, les motifs d'incarcération étaient renseignés pour 67% de nos patients, alors que le médecin n'est pas sensé connaître systématiquement les infractions pour lesquelles les personnes sont détenues, entre autres pour éviter toute discrimination (66). Il appartient au médecin de juger de l'opportunité de le demander au détenu et à ce dernier de le renseigner ou non. Le dossier médical des patients est un dossier commun partagé par les médecins de l'Ucsa et par les psychiatres du SMPR (47). Les psychiatres ont connaissance des motifs d'incarcération de manière plus systématique, cela leur permettant sans doute de mieux évaluer les besoins de la personne et de mieux la prendre en charge. L'existence de ce dossier commun partagé nous a aussi permis de faire un recueil relativement exhaustif des addictions et des pathologies psychiatriques.

De ce fait, la fréquence des addictions dans notre population était très élevée (89%). Cependant, le caractère actif ou sevré des différentes toxicomanies n'était pas toujours noté. Pour la toxicomanie par voie intraveineuse, étant donné l'absence, encore d'actualité, de ce mode de consommation sur l'île, nous avons extrapolé en considérant que les 3 patients pour lesquels le sevrage n'était pas noté étaient effectivement sevrés. Pour les autres toxicomanies, nous les avons considérées comme étant actives lorsque celui-ci n'était pas clairement mentionné. Il est donc possible que les sevrages soient sous-estimés.

Dans la population carcérale française, les addictions concerneraient entre 10,8% et 33,33% des détenus selon les études (67-69), les substances les plus utilisées étant le cannabis et l'alcool. La consommation de ces deux substances était plus fréquemment retrouvée dans notre population. En revanche la consommation tabagique était sensiblement identique. L'estimation de l'injection de drogues par voie intraveineuse est très inégale selon les études françaises. Elle varie de 6,1% dans l'enquête de la DRESS de 2003 (70) à 20% dans une étude marseillaise (71). Les chiffres européens se rapprochent plus de la situation observée dans le Sud-est de la France (27% (72)). Nous la retrouvons dans 12,6% des cas, ce qui n'est pas négligeable compte-tenu de l'absence de ce mode de toxicomanie sur l'île. Enfin, la toxicomanie au crack semble être une particularité de la population carcérale martiniquaise.

En 2008, la détention de stupéfiants et de substances illicites représentaient 40,43% des fautes disciplinaires au centre pénitentiaire de Ducos. Le personnel pénitentiaire a saisi 25 kg de stupéfiants à l'intérieur des murs. Ceci met en lumière la poursuite des conduites addictives en détention.

Le problème de la santé mentale chez les détenus est bien connu et reste un problème majeur dans les prisons françaises. Des résultats similaires aux nôtres concernant la fréquence de la dépression (18%) ont été observés dans la population carcérale (67). Il semble d'ailleurs étonnant de ne pas retrouver des chiffres plus élevés dans notre étude puisque les pathologies psychiatriques sont connues pour être des facteurs associés à des comportements à risque pour l'infection par le VIH (73). En revanche, les chiffres observés pour les tentatives d'autolyse sont bien plus élevés que dans la population carcérale française. Ils étaient de 13,92% dans notre population contre 2,65% répertoriés par le ministère de la justice en 2009 (19).

Les actes de violence en milieu carcéral sont communément rapportés et nos patients n'en sont pas exclus, comme le montre la fréquence des lésions traumatiques. Cette violence se retrouve aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur des établissements pénitentiaires et peut mener à la transmission de virus (74). Sur l'année 2008, 118 cas de violences à l'encontre d'un membre du personnel ou d'un codétenu ont été notés au centre pénitentiaire de Ducos (47).

La fréquence des infections sexuellement transmissibles était plus importante dans notre population que dans une population carcérale de Caen non infectée par le VIH. La répartition de ces pathologies était aussi différente (75). La syphilis avait une forte prévalence dans notre population, essentiellement depuis 2007. Ceci s'inscrit dans le contexte de réémergence de cette pathologie sur l'île (76), initialement chez des hommes infectés par le VIH ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, puis chez des personnes hétérosexuelles, ayant le plus souvent une toxicomanie au crack.

Comme nous l'avons vu en introduction, la tuberculose est un problème de santé publique en Europe (77), alors que cela n'est pas le cas en Martinique, spécifiquement dans la population infectée par le VIH, plus vulnérable et pour laquelle elle est systématiquement recherchée.

Les tatouages sont retrouvés dans 20% des cas à peu près en France et en Europe (72, 78), ce qui est bien supérieur à ce que l'on observait dans notre étude. Ce résultat était très largement sous-estimé. En effet, la recherche des facteurs de risque représentés par les tatouages et

l'implantation de billes péniennes n'est réalisée que depuis fin 2009 à l'Ucsa du centre pénitentiaire de Ducos.

Ainsi, la population carcérale infectée par le VIH en Martinique présente des particularités par rapport à l'ensemble de la population carcérale française. Une attention particulière doit être portée aux femmes détenues. L'importance de la toxicomanie au crack a été confirmée dans notre population et pourrait être en lien avec d'autres facteurs spécifiques (incarcérations courtes pour vol ou trafic de stupéfiants, tentatives d'autolyses et syphilis). La toxicomanie par voie intraveineuse et la tuberculose n'étaient pas des problèmes de santé publique en milieu carcéral en Martinique durant notre période d'étude. Il est cependant important de rester vigilant, la toxicomanie par voie intraveineuse étant émergente dans de nombreux pays jusqu'ici indemnes.

4.2. Particularités de l'infection par le VIH dans la population carcérale martiniquaise.

La prévalence de l'infection par le VIH en milieu carcéral serait similaire pour l'ensemble de la France et la Martinique. Elle a été estimée à 1,56% en 2000 (78) et à 1,04% en 2003 (16) au niveau national et à 1% en Martinique depuis plusieurs années. Cela va être mis à jour avec l'étude nationale PREVACAR (« Prévalence de l'infection par le VIH et par le virus de l'hépatite C chez les personnes détenues et état des lieux relatif à la mise en œuvre des traitements de substitution au sein des Ucsa dans les établissements pénitentiaires en France métropolitaine et DOM »), qui devrait être réalisée en 2010.

La prévalence des co-infections par le VHB et le VHC était de 10% pour chacun des deux virus dans notre population. Il n'existe pas de données concernant la population carcérale française, mais il est très probable que les taux de co-infection soient proches de ceux observés dans la population générale infectée par le VIH. En 2004, ils étaient estimés à 7% pour le VHB et 24,3% pour le VHC (79). En 2006, dans la cohorte Dat'Aids[®], ces taux de co-infections étaient de 5,8% et 19,2% respectivement (62). Dans une étude italienne, les prévalences des co-infections par les virus de l'hépatite B et de l'hépatite C dans une population carcérale infectée par le VIH étaient de 6,7% et 90% respectivement. Cependant, la grande majorité des patients présentait un antécédent de toxicomanie par voie intraveineuse. Une infection ancienne par le virus de l'hépatite B était retrouvée dans 77,4% des cas (80). Hormis la prévalence de l'hépatite B chronique, ces chiffres étaient bien plus élevés que ceux observés dans notre étude. Aucune donnée française n'est disponible à ce jour

sur la couverture vaccinale de l'hépatite B des personnes infectées par le VIH et incarcérées. Nous avons observé une couverture vaccinale de l'ordre de 50% depuis 1996, ce qui est insuffisant pour cette population à haut risque, au regard des recommandations actuelles. Concernant les vaccinations débutées lors d'une incarcération, le schéma vaccinal s'avère en pratique difficile à réaliser lorsque la durée d'incarcération est inférieure à 6 mois, alors que cette mesure est bien acceptée par les détenus (71).

Il nous semble important de préciser qu'il n'existe pas de corrélation entre la toxicomanie au crack et la co-infection par les virus des hépatites chroniques dans notre population.

Le dépistage systématiquement proposé à l'entrée en détention permet de dépister les personnes plus précocement que pour le reste de la population. Les taux de lymphocytes CD4 au dépistage étaient significativement plus élevés dans la population carcérale et en conséquence les dépistages tardifs y étaient beaucoup plus rares que dans la cohorte du CHU. En 2007, dans la cohorte Dat'Aids[®], les dépistages tardifs représentaient 25,6% (46) (11% dans notre cohorte). Les modes de contamination n'étaient pas différents de ceux observés dans la population générale martiniquaise, la contamination par voie sexuelle prédominant largement. Ceci est différent de ce que l'on observe en France métropolitaine (62), bien que l'on ignore l'importance de chaque mode de transmission parmi la population infectée par le VIH en milieu carcéral. On suppose néanmoins que la toxicomanie par voie intraveineuse y joue un rôle important (81).

Notre population était moins exposée aux traitements antirétroviraux que le reste de la population infectée par le VIH suivie en Martinique. Ceci se vérifie au niveau national (62). Le fait d'être moins traité peut se concevoir, les taux de lymphocytes CD4 étant plus élevés, il n'existait pas d'indication de traitement. Mais lorsque les patients se voyaient prescrire un traitement antirétroviral, la durée effective de traitement était significativement plus courte que dans le reste de la population.

Certaines variables d'intérêt ont été définies par rapport aux recommandations sur la prise en charge des personnes infectées par le VIH datant de 2008. Hors, depuis 1996, ces recommandations ont largement évolué. Ainsi, les recommandations de traitement ont changé plusieurs fois sur la période de l'étude et le nombre de personnes ayant une indication de traitement et étant non traitées est probablement surestimé. Pour les mêmes raisons, les comparaisons de la prise en charge thérapeutique par rapport à la cohorte CHU n'ont pas pu

être réalisées, les disparités de prise en charge selon les périodes entre 1996 et 2009 étant trop importantes.

Il semble néanmoins troublant de ne trouver aucune différence significative de l'évolution de la maladie vers le stade sida ou vers le décès entre les deux populations étant admis que la population carcérale était moins bien suivie et moins bien traitée. Ceci pourrait être la conséquence du dépistage plus précoce qui ferait qu'à durée d'évolution de la maladie égale, les affections classant sida et les décès ne soient pas plus élevés dans notre population d'étude que dans la population générale.

Dans une étude espagnole ayant identifié des caractéristiques particulières des personnes infectées par le VIH et incarcérées par rapport à une population infectée par le VIH suivie en milieu ouvert (82), les différences significatives observées étaient une plus grande représentation des sujets masculins, une plus grande fréquence de la transmission par injection de drogues intraveineuse et de plus fortes prévalences de la co-infection par le VHC et de la tuberculose. Notre étude est en adéquation avec le premier point et infirme le deuxième. Les deux autres comparaisons n'ont pu être effectuées par rapport à la cohorte du CHU, trop de données étant non renseignées avant 2004.

4.3. L'incarcération : un moment clé

Le dépistage systématiquement proposé à l'entrée en détention est un très bon moyen de découvrir la maladie à un stade très précoce. Le suivi durant l'incarcération se fait généralement selon les bonnes pratiques cliniques. Il faut donc profiter de ce moment pour sensibiliser cette population et l'encourager à poursuivre sa prise en charge à l'extérieur. Ceci nécessite une information claire sur les modes de transmission, afin de réduire au maximum le risque de contamination lors de la détention et du retour en milieu ouvert. Les complications de la maladie, les indications et les bénéfices du traitement antirétroviral doivent être expliqués au patient afin de s'assurer d'une bonne adhésion à la prise en charge.

Le dépistage précoce est un atout sur lequel il faut travailler davantage car encore trop d'entrants n'y participent pas. L'intérêt et l'acceptabilité d'un test de dépistage systématiquement proposé à l'entrée par rapport à ceux réalisés devant la présence de facteurs de risque ou à la demande du détenu sont démontrés (83). La politique de santé en milieu carcéral en France préconise de proposer ce dépistage à tous les entrants, et de proposer ce test à nouveau à ceux l'ayant refusé (78). Des études devraient être menées pour tenter de déceler ce qui limite ces dépistages. Dans notre expérience, peu de personnes refusent ce test.

Il se pourrait alors que le délai entre l'entrée et la réalisation effective du prélèvement sanguin soit trop long. Les prévenus ne bénéficieraient donc pas du dépistage, leur durée de séjour au centre pénitentiaire étant trop court. Si tel est le cas, l'intérêt de l'utilisation des tests de diagnostic rapide pourrait être évalué (84). Néanmoins, l'entrée en détention est un événement traumatisant, et l'annonce de l'infection par le VIH à une personne vivant au quartier d'accueil surpeuplé est délicate.

Dans notre population d'étude, un quart des recours avaient eu lieu à l'Ucsa, bien que les peines soient courtes. Ceci peut être dû à la récurrence entraînant des réincarcérations ou au fait que ces personnes ne soient suivies que durant leur temps d'incarcération. La détention est un moment clé sur lequel il faut s'appuyer pour informer et éduquer ces personnes en matière de santé. Elle peut aussi être l'occasion de débiter un traitement ou de devenir observant, et ne semble pas avoir d'impact négatif sur la prise en charge thérapeutique. Plusieurs facteurs prédictifs d'une moins bonne observance au traitement durant la détention ont été identifiés dans une étude espagnole, mais celle-ci était globalement meilleure que dans la population générale. De plus, les variables liées au milieu carcéral, telles que les conditions de détention, n'étaient pas significativement associées à une moins bonne observance (85). Néanmoins dans quelques situations, la promiscuité et la peur du non-respect de la confidentialité poussent les patients à arrêter ou refuser le traitement.

La confidentialité est un élément clé d'une bonne prise en charge, essentiellement en Martinique, du fait de l'insularité et du petit territoire. C'est pour en partie éviter la non-confidentialité que le médecin de maladies infectieuses et tropicales a tenu à avoir des missions différentes au sein de l'Ucsa. La crainte du non-respect de celle-ci a été évoquée par un patient pour justifier l'omission de la déclaration de sa séropositivité par le VIH lors de la consultation d'entrée. Il a présenté une toxoplasmose cérébrale dans les mois qui ont suivi son entrée en détention. Un autre patient de notre cohorte a refusé de poursuivre son traitement. Il craignait que ses codétenus n'apprennent sa maladie s'ils le voyaient prendre son traitement dans leur cellule (voir annexe 5). Le patient a également refusé la distribution quotidienne du traitement à l'Ucsa de peur que le personnel pénitentiaire ne découvre sa maladie. Ceci illustre bien la nécessité de réaliser des actions de formation à la fois pour les détenus et pour les personnels pénitentiaires afin d'améliorer leurs connaissances sur le sujet et espérer voir ainsi la discrimination diminuer (86). Outre les connaissances sur la maladie et ses risques de transmission, ces formations devraient aussi porter sur les mesures de réduction des risques et la conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au sang ou sexuelle (AES).

Les mesures de réduction des risques concernent essentiellement les pratiques sexuelles dans la population carcérale martiniquaise. La sexualité en prison est un sujet très peu abordé, elle existe néanmoins. Des études devraient être menées dans ce domaine afin de mieux cibler les mesures de réduction des risques. Au centre pénitentiaire de Ducos, des préservatifs sont à disposition des détenus à l'Ucsa, ainsi que dans le kit d'accueil et dans le kit de sortie. Des interventions auprès des détenus sont menées par l'association « Action Sida Martinique », sous forme de réunions d'information par groupe et d'entretiens individuels (47). Un projet d'information sur l'infection par le VIH est en cours, par le biais de la création d'un canal télévisuel. Des spots seront diffusés sur une chaîne spécialement dédiée à l'éducation pour la santé à l'attention des détenus. Une autre mesure de réduction des risques au centre pénitentiaire de Ducos concerne les tatouages. Un tatoueur professionnel a été invité à venir plusieurs fois afin de réaliser ce geste dans de bonnes conditions pour les détenus le désirant. L'implantation de billes péniennes est aussi un geste à risque, mais cette pratique est mal connue, et aucune mesure de réduction des risques n'existe dans ce domaine.

Les AES sont probablement fréquents en milieu carcéral. Les détenus ainsi que le personnel pénitentiaire sont concernés. En 2009, cinq AES ont été pris en charge à l'Ucsa, ce qui est probablement bien en deçà de la réalité des faits. Des actions de formation concernant les situations à risque et la conduite à tenir doivent être réalisées. Ceci passera par le canal télévisuel pour les détenus et par une formation prévue en 2010 en Martinique pour le personnel pénitentiaire.

4.4. Dedans/dehors

Si l'entrée en détention avait un impact positif sur la prise en charge de notre population, la sortie, en revanche, avait un impact négatif. En effet, à la sortie du centre pénitentiaire, bon nombre de patients étaient perdus de vue, et ceci même si le suivi était régulier durant la détention. Les arrêts de traitement étaient aussi fréquents. Ceux-ci étaient pratiquement toujours secondaires à une décision du patient.

Il faut donc impérativement améliorer la préparation à la sortie. De nombreux progrès sont à réaliser dans ce domaine qui est la clé d'une bonne prise en charge. La préparation à la sortie doit débiter dès l'entrée en détention. Les antennes des SPIP en milieu fermé doivent théoriquement recevoir tous les entrants au cours d'un entretien d'accueil, afin de faire le point sur leur situation personnelle. Au centre pénitentiaire de Ducos, en 2009, 8 travailleurs sociaux réalisent ces entretiens, puis la prise en charge des détenus par unité de vie (47).

Dès l’incarcération, toute personne doit être affiliée au régime général d’assurance maladie et maternité de la sécurité sociale. Théoriquement, les détenus n’ont aucune démarche à effectuer eux-mêmes, celles-ci étant réalisées par le directeur de l’établissement pénitentiaire en lien avec les SPIP (87). Néanmoins, en pratique, un délai de plusieurs semaines peut exister entre l’entrée et la régularisation de cette situation et les détenus peuvent sortir sans assurance maladie. Lorsque l’affiliation au régime général de sécurité sociale est réalisée, elle reste valable quatre ans après la sortie, à condition que la personne mette à jour les droits en se présentant à la caisse primaire d’assurance maladie (CPAM) avec le billet de sortie qui lui a été remis lors de sa libération (87). Cette démarche n’est pas toujours effectuée.

La continuité des soins nécessite aussi une coordination entre les acteurs de santé du milieu pénitentiaire et ceux exerçant en milieu ouvert. Ceci reste difficile à mettre en place dans ce contexte. La configuration idéale serait axée autour de liens fonctionnels réactifs et positifs entre un référent CPAM, le SPIP, un médecin de l’Ucsa et le greffe de l’établissement pénitentiaire (87). Le greffe communiquerait à l’Ucsa la liste des personnes libérables selon un échéancier convenu entre le responsable de l’établissement pénitentiaire et le médecin responsable de l’Ucsa. Chaque détenu figurant sur cette liste devrait être reçu par un médecin de l’Ucsa avant sa libération, afin que lui soit remis une lettre comportant les éléments du dossier médicaux nécessaires à la continuité des soins, les coordonnées du médecin qui a assuré le suivi durant la détention et le cas échéant une ordonnance, ainsi que le traitement pour éviter toute rupture thérapeutique. L’ensemble de ces éléments serait placé sous pli confidentiel dans une enveloppe cachetée, déposée par l’Ucsa au greffe chargé de la remettre au détenu lors de sa levée d’écrou. En pratique, ceci n’est pas toujours réalisable, notamment pour les prévenus dont la sortie ne peut être anticipée (libération immédiate au retour du tribunal par exemple). Dans ce cas, le greffe devrait remettre à la personne un document mentionnant les démarches à suivre pour prendre contact avec le service médical de l’établissement pénitentiaire (87). En pratique, les anciens détenus ne reprennent pas contact.

Au centre pénitentiaire de Ducos, l’éducatrice spécialisée d’une association pour toxicomanes assure un entretien avec les personnes libérables en vue de préparer la sortie et de leur apporter l’aide nécessaire afin qu’elles se rendent à la première consultation au CHU.

Afin de s’assurer d’une bonne continuité des soins, il faut aussi appréhender socialement ces personnes défavorisées. Cela passe par un hébergement décent. En Martinique, trois associations accueillent des sortants de prison, soit un total de vingt places (47). Ceci est

insuffisant. Il n'existe que quelques appartements de coordination thérapeutique en Martinique, mais les personnes ayant une addiction au crack restent des personnes difficiles à loger. La réinsertion sociale nécessite aussi des actions dans les domaines de l'enseignement, de la lutte contre l'illettrisme et de la formation professionnelle. Ces actions se mettent en place au centre pénitentiaire de Ducos. Des efforts sont aussi réalisés pour l'emploi des personnes détenues. Cela reste difficile à mettre en œuvre devant les difficultés d'obtention des permissions de sortie (47).

Toutes ces mesures doivent prendre en compte le développement des placements sous surveillance électronique, qui vont aboutir à une réduction de la durée des incarcérations dans le but de faire face à la surpopulation carcérale et de favoriser la réinsertion sociale. Une attention particulière devra être portée à la continuité des soins après un temps de suivi très court à l'Ucsa.

Concernant l'infection par le VIH, l'existence d'un dossier patient informatisé participe à la continuité des soins. L'intérêt de ce dernier est démontré en milieu communautaire (88) et doit probablement être encore plus nécessaire pour les personnes incarcérées. En effet, le dossier est accessible à tout moment de l'Ucsa ou du service de maladies infectieuses et tropicales. Il aide à la prise en charge, notamment par la possibilité de présenter des données complètes, disponibles en temps réel lors d'un staff, ce qui permet une prise en charge identique à celle des patients suivis en milieu ouvert. Certains outils d'aide (calculs de formules, alertes pour les consultations annuelles, prescriptions optimisées) sont autant d'atouts pour le médecin qui a les moyens d'assurer une prise en charge de qualité (89). Des études peuvent aussi être menées plus facilement qu'à partir de données rétrospectives recueillies dans les dossiers médicaux papiers. Lorsque ces systèmes sont disponibles dans différents centres et que le recueil est harmonisé selon un contrôle de qualité rigoureux, l'étude des cohortes peut être envisagée (46, 62), ceci dans le but d'améliorer la prise en charge.

4.5. Le crack

Pour mener à bien le travail de réinsertion, il faut nécessairement porter une attention toute particulière à la toxicomanie au crack. L'enjeu est de taille puisque dans notre étude, les personnes ayant cette addiction évoluaient significativement plus souvent vers le décès que le reste de notre population. Les causes de décès étaient principalement dues au VIH. Ces personnes étaient pourtant plus jeunes et leurs taux de lymphocytes CD4 à la découverte

étaient plus élevés que ceux observés chez les autres personnes infectées par le VIH, cette différence n'étant cependant pas significative. Ces patients avaient une moins bonne observance au traitement et étaient plus souvent perdus de vue. Les comparaisons entre ces deux groupes étaient de faible puissance compte-tenu de l'importance de la toxicomanie au crack dans notre population d'étude et de notre faible effectif. Néanmoins, l'addiction au crack a des effets désocialisants (90), ce qui est un obstacle à une bonne prise en charge de l'infection par le VIH. Ceci a des implications tant au niveau individuel que collectif. L'étude des connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis de l'infection par le VIH chez des consommateurs de crack incarcérés peut sans doute être réalisée, afin de mieux cibler leurs besoins. L'aide au sevrage du crack pourrait aussi participer à la diminution de la récurrence. Des études doivent être menées pour tenter de trouver une prise en charge adaptée au sevrage de cette toxicomanie, en mettant en œuvre des thérapies médicamenteuses et comportementales (91), dont l'association semble prometteuse.

5. CONCLUSION

En Martinique, la prise en charge de l'infection par le VIH en milieu carcéral reste difficile du fait de différents facteurs liés ou non à l'incarcération. Des études doivent être menées dans d'autres régions françaises afin de décrire les caractéristiques sociodémographiques, cliniques, biologiques et thérapeutiques de cette population particulière. L'existence de consultations spécialisées de maladies infectieuses et tropicales ainsi que l'utilisation d'un dossier informatisé au sein des Ucsa peuvent aider à mettre cela en pratique. La création de telles cohortes pourrait permettre d'améliorer la prise en charge de ces personnes. Les particularités concernant entre autres les mesures de réduction des risques et la forte fréquence de l'addiction au crack dans la population carcérale en Martinique sont probablement des dénominateurs communs dans les DFA, ce qui devrait conduire à la création d'une cohorte Antilles-Guyane.

L'intérêt du dépistage à l'entrée en détention doit être de nouveau souligné et faire l'objet de recommandations.

Enfin, la préparation à la sortie doit faire l'objet de mesures protocolaires après concertation entre les médecins des Ucsa, les SPIP, les responsables des établissements pénitentiaires et les organismes institutionnels afin d'améliorer la continuité des soins.



Illustration 5 : Barbelés

(source : <http://prison.eu.org/article3805.html>)

TABLE DES TABLEAUX

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques des personnes infectées par le VIH suivies à l'Ucsa du centre pénitentiaire de Ducos.....	35
Tableau II : Nombre d'incarcérations et durée de la dernière incarcération au centre pénitentiaire de Ducos	36
Tableau III : Motifs d'incarcération des personnes infectées par le VIH détenues au centre pénitentiaire de Ducos	37
Tableau IV : Fréquence des différentes addictions.....	37
Tableau V : Répartition des patients selon leur consommation de drogues psychoactives	38
Tableau VI : Année du début de la toxicomanie au crack	38
Tableau VII : Tabagisme au dernier recours chez les personnes infectées par le VIH incarcérées au centre pénitentiaire de Ducos	39
Tableau VIII : Fréquence des pathologies psychiatriques	39
Tableau IX : Caractéristiques des tentatives d'autolyse.....	40
Tableau X : Fréquence des pathologies médicales chroniques.....	41
Tableau XI : Fréquence des antécédents traumatologiques et de leurs étiologies.....	42
Tableau XII : Fréquence des différentes infections sexuellement transmissibles*	43
Tableau XIII : Prévalence des différentes co-infections virales chroniques	44
Tableau XIV : Dernier statut virologique pour l'hépatite B	44
Tableau XV : Facteurs de risque de transmission des hépatites virales chroniques.....	46
Tableau XVI : Principales caractéristiques à la découverte de l'infection par le VIH	47
Tableau XVII : Délai entre le dernier recours au CHU et la première consultation à l'Ucsa.	48
Tableau XVIII : Impact de l'incarcération au centre pénitentiaire de Ducos sur le suivi des patients infectés par le VIH.....	50
Tableau XIX : Situation des patients au 31 décembre 2009.....	50
Tableau XX : Répartition des taux de lymphocytes CD4 préthérapeutiques	51
Tableau XXI : Derniers schémas antirétroviraux prescrits.....	51
Tableau XXII : Statut thérapeutique des patients en fonction du taux de CD4 au dernier recours	52
Tableau XXIII : Impact de l'incarcération au centre pénitentiaire de Ducos sur la prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH.....	53
Tableau XXIV : Stade selon la classification CDC de 1993, lors du dernier recours	54
Tableau XXV : Fréquence des infections opportunistes classant sida	54

Tableau XXVI : Répartition des co-infections par les hépatites virales chroniques chez les personnes ayant un antécédent de toxicomanie au crack et chez les personnes non consommatrices de crack	55
Tableau XXVII : Facteurs de risque d'infection par le VIH chez les personnes ayant un antécédent de toxicomanie au crack et chez les personnes non consommatrices de crack.....	56
Tableau XXVIII : Statut thérapeutique lors du dernier recours chez les personnes ayant un antécédent de toxicomanie au crack et chez les personnes non consommatrices de crack.....	57
Tableau XXIX : Evolution vers le stade sida chez les personnes ayant un antécédent de toxicomanie au crack et chez les personnes non consommatrices de crack.....	57
Tableau XXX : Devenir des personnes de chaque groupe au 31 décembre 2009	58
Tableau XXXI : Quelques particularités des personnes infectées par le VIH prises en charge à l'Ucsa par rapport à la cohorte du CHU.....	59

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Nombre de patients suivis et de recours à l'Ucsa par année de 1996 à 2009.....	48
Figure 2 : Répartition des patients selon l'année de leur premier recours à l'Ucsa et selon la présence d'un antécédent de toxicomanie au crack	56
Figure 3 : Répartition des taux de lymphocytes CD4 au dépistage dans la cohorte CHU et dans la cohorte Ucsa.....	60
Figure 4 : Evolution vers le stade C dans la cohorte CHU et dans la cohorte Ucsa	61
Figure 5 : Evolution vers le décès dans la cohorte CHU et dans la cohorte Ucsa	61

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : Méthode ayant permis d'évaluer l'impact de l'incarcération sur le suivi des patients.....	77
Annexe 2 : Méthode ayant permis d'évaluer l'impact de la détention sur la prise en charge thérapeutique.....	78
Annexe 3 : Impact de l'incarcération au centre pénitentiaire de Ducos sur le suivi.....	79
Annexe 4 : Impact de l'incarcération au centre pénitentiaire de Ducos sur la prise en charge thérapeutique.....	80
Annexe 5 : Courrier d'un détenu.....	81

ANNEXES

ANNEXE 1

Méthode ayant permis d'évaluer l'impact de l'incarcération sur le suivi des patients

L'entrée en détention : Un impact positif était noté si la découverte de l'infection avait eu lieu à l'UCSA, si tous les recours précédents concernaient des services du CHU autres que le service de maladies infectieuses et tropicales ou si le dernier recours dans le SMIT datait de plus de 7 mois, avec 3 consultations montrant un mauvais suivi avant l'incarcération. Un impact égal était noté lorsque le dernier recours dans le SMIT datait de moins de 5 ou 7 mois selon les taux de CD4, avec au moins 3 consultations montrant un bon suivi précédent l'incarcération. Un impact négatif était noté lorsque le dernier recours dans le SMIT datait de plus de 7 mois, avec 3 consultations montrant un bon suivi avant l'incarcération.

Le séjour en détention : Un impact positif était noté pour les personnes ayant eu impact positif ou négatif de l'entrée et ayant eu un bon suivi lors de la détention. Un impact égal était noté pour les personnes ayant eu un impact égal à l'entrée et ayant été bien suivies en détention. Un impact négatif était noté pour les personnes ayant eu un mauvais suivi lors de la détention.

La sortie du centre pénitentiaire : Un impact positif était noté pour les personnes ayant eu un mauvais suivi durant l'incarcération et un bon suivi durant l'année suivant la sortie. Un impact égal était noté pour les personnes ayant été bien suivies en détention et continuant de l'être à la sortie ou pour les personnes ayant été mal suivies durant la détention et continuant de l'être à la sortie. Un impact négatif était noté pour les personnes ayant eu un bon suivi en détention et un mauvais suivi dans l'année suivant la sortie. Nous avons noté également les suspensions de peine pour raisons médicales.

ANNEXE 2

Méthode ayant permis d'évaluer l'impact de la détention sur la prise en charge thérapeutique.

Entrée en détention : Un impact positif a été noté pour les patients ayant débuté un traitement moins de 6 mois après leur entrée en détention quelque soit la ligne de traitement et pour ceux étant traités en milieu ouvert mais ayant une charge virale détectable avant l'entrée et indétectable dans les 6 mois suivant l'entrée en détention. Un impact égal a été noté pour les personnes n'ayant reçu de traitement ni en milieu ouvert ni en milieu fermé et pour les patients traités en milieu ouvert n'ayant pas eu de modification significative de la charge virale dans les 6 mois suivant l'entrée en détention. Un impact négatif a été noté pour les patients traités en milieu ouvert et ayant arrêté leur traitement ou ayant eu une augmentation significative de la charge virale durant les 6 premiers mois de détention.

Séjour en détention : Un impact positif était noté pour les patients ayant débuté un traitement plus de 6 mois après leur entrée en détention et pour les patients ayant débuté le traitement au début de la détention et étant en succès virologique. Un impact égal a été noté pour les patients n'ayant reçu de traitement ni en milieu fermé ni en milieu ouvert, pour les patients ayant débuté un traitement lors de l'incarcération et n'étant pas en succès virologique, pour les patients ayant arrêté leur traitement 6 mois après le début de l'incarcération et l'ayant repris avant la sortie et les patients traités antérieurement n'ayant pas eu de modification de la charge virale. Un impact négatif a été noté pour les patients ayant arrêté leur traitement 6 mois après leur entrée en détention sans reprise de traitement avant la sortie et pour les patients traités au préalable et ayant eu une augmentation significative de la charge virale plus de 6 mois après l'entrée en détention.

Sortie du centre pénitentiaire : Un impact positif était noté pour les patients ayant débuté un traitement dans les 6 mois suivant leur sortie et pour les patients ayant une charge virale indétectable pour la première fois dans les 6 mois suivant leur sortie. Un impact égal a été noté pour les patients n'ayant reçu de traitement ni durant l'incarcération ni dans les 6 mois suivant la sortie et pour les patients traités n'ayant pas eu de modification de la charge virale dans les 6 mois suivants la sortie. Un impact négatif a été noté pour les patients ayant arrêté leur traitement dans les 6 mois suivant la sortie et pour les patients poursuivant le traitement mais ayant une augmentation significative de la charge virale.

ANNEXE 3

Annexe 3 : Impact de l'incarcération au centre pénitentiaire de Ducos (CPD) sur le suivi des patients

	Impact positif		Impact négatif		Aucun impact		Total
	n	%	n	%	n	%	
Entrée au CPD*							
Dépistage au CPD	48		NR		NR		48
Reprise ou début d'un suivi au CPD	15		NR		NR		15
Bon suivi antérieur	NR		0		15		15
Total	63	80,77	0	0,00	15	19,23	78
Séjour au CPD†							
Dépistage au CPD	43		4		0		47
Reprise ou début d'un suivi au CPD	14		1		0		15
Bon suivi antérieur	NR		0		13		13
Total	57	76,00	5	6,67	13	17,33	75
Sortie du CPD‡							
Dépistage au CPD	0		24		11		35
Reprise ou début d'un suivi au CPD	0		10		3		13
Bon suivi antérieur	1		3		8		12
Total	1	1,67	37	61,67	22	26,67	60

*données manquantes = 1, †données manquantes = 4, ‡données manquantes = 19

ANNEXE 4

Annexe 4 : Impact de l'incarcération au centre pénitentiaire de Ducos (CPD) sur la prise en charge thérapeutique des patients

	Impact positif		Impact négatif		Aucun impact		Total
	n	%	n	%	n	%	
Entrée au CPD	16						16
Début de traitement							1
Arrêt de traitement			1				51
Pas de modification thérapeutique*					51		2
Diminution de la charge virale**	2						1
Augmentation de la charge virale**			1				8
Pas de modification de la charge virale**					8		79
Total	18	22,78	2	2,53	59	74,68	
Séjour au CPD	6						6
Début de traitement							6
Arrêt de traitement			6				46
Pas de modification thérapeutique*					46		10
Diminution de la charge virale**	10						11
Augmentation de la charge virale**							79
Pas de modification de la charge virale**					11		
Total	16	20,25	6	7,59	57	72,15	
Sortie du CPD†	4						4
Début de traitement							8
Arrêt de traitement			8				29
Pas de modification thérapeutique*					29		1
Diminution de la charge virale**							8
Augmentation de la charge virale**			1				50
Pas de modification de la charge virale**					8		
Total	4	8,00	9	18,00	37	74,00	

*patients non traités, **patients sous traitement, une modification significative de la charge virale signifiant une variation de celle-ci de plus de 0,5 log/ml entre deux mesures,

†données manquantes = 29

ANNEXE 5

Courrier d'un détenu

→ UCSA

[] []

Monsieur le Directeur

Voilà les raisons majeures qui m'amenent à vous solliciter cette suivante requête

Monsieur le Directeur je voudrais être affecté à l'infirmerie pour les motif suivants

Je suis handicapé des deux mains et des jambes, en plus de cela je suis usé par suite d'une maladie qui me rend très dépressif depuis que l'en su et qui a fait de moi plusieurs hospitalisation spirituelle et je m'en donne la responsabilité à personne. Je souffre énormément de cela et si je suis encore la c'est parce que je n'ai pas le courage de me donner la mort ce qui serait une très très grande délivrance pour moi. Mais seul connaît l'étendu de ma souffrance et de ma douleur je suis très fatigué physiquement et très démoralisé et pour ce fait j'ai besoin de

tranquillité et de paix, car il y a des moments où je ressens l'envie de lui allonger de dormir et de faire le vide autour de moi sans le laisser le plus absolu. Là où je me trouve actuellement j'ai pu prendre mes médicaments il me faudrait attendre que que l'autre soit au bien qu'il soit au toilette pour aller au toilette c'est la même chose car à cause de ma maladie j'ai les selles qui puent et cela me gêne et m'empêche d'avancer. Monsieur le Directeur j'ai toujours été incompris avec les autres mais je pense dans vous une compréhension et une bonne satisfaction il y a aussi le fait que je suis très malade et que j'ai très souvent envie de pleurer et que je souffre beaucoup et là je ne pense pas le faire ma place est à l'hôpital car j'avez vu depuis quelque temps j'ai l'idée de cesser de prendre médicaments et de malade tout autant j'espère dans la vie, mais cette situation que je vis actuellement fait une jour si à le faire me n'en donner pas l'occasion. Dans l'attente d'une réponse satisfaisante recevez à l'avance mes sincères remerciements

BIBLIOGRAPHIE

1. Observatoire international des prisons. Lexique. [Consulté le 20/11/2009]. Disponible : URL: http://www.oip.org/component/option,com_glossary/Itemid,125/
2. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2008. Genève : ONUSIDA; Août 2008. Rapport n° : ONUSIDA/08.25F / JC1510F. 362p.
3. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida et Organisation mondiale de la santé. Le point sur l'épidémie de sida 2009. Genève : ONUSIDA; Décembre 2009. Rapport n° : ONUSIDA/09.36F / JC 1700. 100p.
4. Cazein F, Pillonel J, Imounga L, Le Strat Y, Bousquet V, Spaccaferri G, et al. Surveillance du dépistage et du diagnostic de l'infection VIH et du sida, France, 2008. BEHweb 2009(2). [Consulté le 30/11/2009]. Disponible : URL: <http://www.invs.sante.fr/behweb/2009/02/pdf/a-1.pdf>
5. Cabié A, Georger-Sow MT, Nacher M. Particularité de l'infection à VIH aux Antilles et en Guyane française en 2004. BEH. 2005;n°46-47:238-9.
6. Bouillon K, Lert F, Michelot F, Schmaus A, Spire B, Dray-Spira R. Les patients vivant avec le VIH-sida dans les départements français d'Amérique : résultats de l'enquête ANRS-VESPA, 2003. BEH. 2005;n°46-47:240-2.
7. Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales et Observatoire régional de santé d'Ile-de-France. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida aux Antilles et en Guyane en 2004. Etude ANRS-EN16-KABP-DFA; Avril 2006. 290p.
8. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Taux de chômage au 2ème trimestre 2009. [Consulté le 14/02/2010]. Disponible : URL : http://www.insee.fr/fr/themes/theme.asp?theme=3&sous_theme=1
9. Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Rapport 2005-2006. Paris : La documentation française; 2006. 163p.
10. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques Antilles-Guyane, Agence Nationale pour la Cohésion sociale et l'égalité des chances. Atlas des populations immigrées en Guadeloupe. INSEE; 2006.

11. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques Antilles-Guyane, Agence Nationale pour la Cohésion sociale et l'égalité des chances. Atlas des populations immigrées en Guyane. INSEE; 2006.
12. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques Antilles-Guyane, Agence Nationale pour la Cohésion sociale et l'égalité des chances. Atlas des populations immigrées en Martinique. INSEE; 2006.
13. Conseil national du sida. Repenser la politique de lutte contre le VIH/sida dans les départements d'outre-mer. Rapport suivi de recommandations. CNS; Adoptés le 11 mars 2003.
14. Conseil national du sida. Avis suivi de recommandations sur la lutte contre l'épidémie d'infection à VIH aux Antilles. CNS; Publié le 26 juin 2008.
15. Dolan K, Kite B, Black E, Aceijas C, Stimson GV. HIV in prison in low-income and middle-income countries. *Lancet Infect Dis.* 2007 Jan;7(1):32-41.
16. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Enquête un jour donné sur les personnes détenues atteintes par le VIH et le VHC en milieu pénitentiaire : résultats de l'enquête de juin 2003. Paris : DHOS; 2004. Référence n° : BDSP : 312089. 7p.
17. ONUSIDA. Personnes en milieu carcéral; 2008. [Consulté le 12/03/2010]. Disponible : URL: <http://www.unaids.org/fr/PolicyAndPractice/KeyPopulations/PeoplePrison/default.asp>
18. HIV transmission among male inmates in a state prison system--Georgia, 1992-2005. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2006 Apr 21;55(15):421-6.
19. Ministère de la justice et des libertés. Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire au 1^{er} janvier 2009; Juin 2009. [Consulté le 10/02/2010]. Disponible : URL: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Chiffresclesjanv2009.pdf
20. Ministère de la justice. Statistique mensuelle de la population écrouée et détenue en France. Situation au 1er janvier 2010. [Consulté le 10/02/2010]. Disponible : URL: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/mensuelle_inTERnet_janvier2010.pdf
21. Bick JA. Infection control in jails and prisons. *Clin Infect Dis.* 2007 Oct 15;45(8):1047-55.
22. Kranzer K, Houben RM, Glynn JR, Bekker LG, Wood R, Lawn SD. Yield of HIV-associated tuberculosis during intensified case finding in resource-limited settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis.* 2010 Feb;10(2):93-102.
23. Hanau-Bercot B, Gremy I, Raskine L, Bizet J, Gutierrez MC, Boyer-Mariotte S, et al. A one-year prospective study (1994-1995) for a first evaluation of tuberculosis transmission in French prisons. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2000 Sep;4(9):853-9.

24. Cochet A, Isnard H. Tuberculose dans les maisons d'arrêt en Ile-de-France. Enquête prospective, 1er juillet 2005-30 juin 2006. BEH. 2008;n°2:12-4.
25. Okie S. Sex, drugs, prisons, and HIV. N Engl J Med. 2007 Jan 11;356(2):105-8.
26. Abiona TC, Balogun JA, Adefuye AS, Sloan PE. Body art practices among inmates: Implications for transmission of bloodborne infections. Am J Infect Control. 2010 Mar;38(2):121-9.
27. Dolan K, Teutsch S, Scheuer N, Levy M, Rawlinson W, Kaldor J, et al. Incidence and risk for acute hepatitis C infection during imprisonment in Australia. Eur J Epidemiol. 2010 Feb;25(2):143-8.
28. Abildgaard N, Peterslund NA. Hepatitis C virus transmitted by tattooing needle. Lancet. 1991 Aug 17;338(8764):460.
29. Limentani AE, Elliott LM, Noah ND, Lamborn JK. An outbreak of hepatitis B from tattooing. Lancet. 1979 Jul 14;2(8133):86-8.
30. Freudenberg N. Jails, prisons, and the health of urban populations: a review of the impact of the correctional system on community health. J Urban Health. 2001 Jun;78(2):214-35.
31. Binswanger IA, Krueger PM, Steiner JF. Prevalence of chronic medical conditions among jail and prison inmates in the USA compared with the general population. J Epidemiol Community Health. 2009 Nov;63(11):912-9.
32. Wang EA, Pletcher M, Lin F, Vittinghoff E, Kertesz SG, Kiefe CI, et al. Incarceration, incident hypertension, and access to health care: findings from the coronary artery risk development in young adults (CARDIA) study. Arch Intern Med. 2009 Apr 13;169(7):687-93.
33. Rothbard AB, Wald H, Zubritsky C, Jaquette N, Chhatre S. Effectiveness of a jail-based treatment program for individuals with co-occurring disorders. Behav Sci Law. 2009;27(4):643-54.
34. Binswanger IA, Stern MF, Deyo RA, Heagerty PJ, Cheadle A, Elmore JG, et al. Release from prison--a high risk of death for former inmates. N Engl J Med. 2007 Jan 11;356(2):157-65.
35. Kariminia A, Law MG, Butler TG, Corben SP, Levy MH, Kaldor JM, et al. Factors associated with mortality in a cohort of Australian prisoners. Eur J Epidemiol. 2007;22(7):417-28.

36. Verger P, Rotily M, Prudhomme J, Bird S. High mortality rates among inmates during the year following their discharge from a French prison. *J Forensic Sci.* 2003 May;48(3):614-6.
37. Baillargeon J, Penn JV, Thomas CR, Temple JR, Baillargeon G, Murray OJ. Psychiatric disorders and suicide in the nation's largest state prison system. *J Am Acad Psychiatry Law.* 2009;37(2):188-93.
38. Duhamel A, Renard JM, Nuttens MC, Devos P, Beuscart R, Archer E. Social and health status of arrivals in a French prison: a consecutive case study from 1989 to 1995. *Rev Epidemiol Sante Publique.* 2001 Jun;49(3):229-38.
39. Glaser JB, Greifinger RB. Correctional health care: a public health opportunity. *Ann Intern Med.* 1993 Jan 15;118(2):139-45.
40. Ministère de la santé et de la protection sociale, Ministère de la justice. Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues; Septembre 2004.
41. Ministère de la justice. Le service pénitentiaire d'insertion et de probation. Mission : prévenir la récidive; Juin 2006.
42. Caisse Générale de Sécurité Sociale de la Martinique. Etudes statistiques. Plate-forme d'observation sanitaire et sociale de la Martinique. [Consulté le 19 mars 2010]. Disponible : URL:
<http://www.cgss-martinique.fr/images/stories/documents/organisme/statistiques/population>
43. COREVIH Martinique. Compte-rendu d'activité 2007. Caractéristiques des patients suivis au CHU de Fort-de-France en 2007; Mars 2008.
44. Abel S. Compte-rendu d'activité 2007 de l'unité de consultation et de soins ambulatoires. La prise en charge des patients au centre pénitentiaire de Ducos; Mars 2008.
45. Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Rapport 2008. Recommandations du groupe d'experts. Sous la direction de Pr. P. Yeni. Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. Ed. Flammarion Médecine-Sciences; 2008. 412p.
46. Pugliese P, Cuzin L, Cabie A, Poizot-Martin I, Allavena C, Duvivier C, et al. A large French prospective cohort of HIV-infected patients: the Nadis Cohort. *HIV Med.* 2009 Sep;10(8):504-11.
47. Centre pénitentiaire de Ducos. Rapport d'activité 2008.
48. Centre pénitentiaire de Ducos. Rapport d'activité 1996.

49. Smadja D, Cabre P, Bellance R, Vernant JC. [Paraplegia associated with HTLV 1 in Martinique. Study of 271 cases including 70 with neuromuscular involvement]. *Bull Soc Pathol Exot.* 1993;86(5 Pt 2):433-8.
50. Besson C, Gonin C, Brebion A, Delaunay C, Panelatti G, Plumelle Y. Incidence of hematological malignancies in Martinique, French West Indies, overrepresentation of multiple myeloma and adult T cell leukemia/lymphoma. *Leukemia.* 2001 May;15(5):828-31.
51. Cesaire R, Dehee A, Lezin A, Desire N, Bourdonne O, Dantin F, et al. Quantification of HTLV type I and HIV type I DNA load in coinfecting patients: HIV type 1 infection does not alter HTLV type I proviral amount in the peripheral blood compartment. *AIDS Res Hum Retroviruses.* 2001 Jun 10;17(9):799-805.
52. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003 : Tendances récentes sur le site de Martinique. OFDT; Octobre 2004.
53. Centre d'information et de ressources sur les drogues et les dépendances, Observatoire de la santé de la Martinique. Enquête CAME : crack à la Martinique : état des lieux. Point de vue de la population, profils et trajectoires des usagers. OSM; Septembre 2008.
54. Organisation régionale de la santé - Martinique. Toxicomanie en Martinique, indicateurs, évolution. Octobre 1999;Flash n°23. [Consulté le 12/12/2009]. Disponible :URL : http://www.ors-martinique.org/osm/telechargements/osm_flash_23.pdf
55. Edlin BR, Irwin KL, Faruque S, McCoy CB, Word C, Serrano Y, et al. Intersecting epidemics--crack cocaine use and HIV infection among inner-city young adults. Multicenter Crack Cocaine and HIV Infection Study Team. *N Engl J Med.* 1994 Nov 24;331(21):1422-7.
56. Booth RE, Kwiatkowski CF, Chitwood DD. Sex related HIV risk behaviors: differential risks among injection drug users, crack smokers, and injection drug users who smoke crack. *Drug Alcohol Depend.* 2000 Mar 1;58(3):219-26.
57. Campsmith ML, Nakashima AK, Jones JL. Association between crack cocaine use and high-risk sexual behaviors after HIV diagnosis. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2000 Oct 1;25(2):192-8.
58. DeBeck K, Kerr T, Li K, Fischer B, Buxton J, Montaner J, et al. Smoking of crack cocaine as a risk factor for HIV infection among people who use injection drugs. *CMAJ.* 2009 Oct 27;181(9):585-9.
59. Baum MK, Rafie C, Lai S, Sales S, Page B, Campa A. Crack-cocaine use accelerates HIV disease progression in a cohort of HIV-positive drug users. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2009 Jan 1;50(1):93-9.

60. Nacher M, Adenis A, Hanf M, Adriouch L, Vantilcke V, El Guedj M, et al. Crack cocaine use increases the incidence of AIDS-defining events in French Guiana. *AIDS*. 2009 Oct 23;23(16):2223-6.
61. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gotszche PC, Vandenbroucke JP. [The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies]. *Rev Esp Salud Publica*. 2008 May-Jun;82(3):251-9.
62. de la Tribonniere X, Pugliese P, Cabie A, Cuzin L, Billaud E, Poizot-Martin I, et al. [Demographic, clinical, immunovirological and therapeutic features of 8714 HIV infected French patients included in the Nadis Hospital Cohorte in 2006]. *Med Mal Infect*. 2008 Jun;38(6):299-308.
63. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), bureau E2. Groupe de travail sur l'évolution du DMI2, Proposition de rapport d'étape; Avril 2004. [Consulté le 2/02/10]. Disponible : URL: http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/dmi2/rapport_dmi2.pdf
64. *Annals of Internal Medicine*. Information for Authors. [Consulté le 3/03/2010]. Disponible : URL: <http://www.annals.org/site/misc/ifora.xhtml>
65. Cassan F, Kensey A, Toulemon L. L'histoire familiale des hommes détenus. *Insee Première*. 2000;n°706. 4p.
66. Conseil national de l'Ordre des médecins. Aspects déontologiques de la médecine en milieu pénitentiaire. Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins, juillet 2001. [Consulté le 2/02/10]. Disponible : URL: <http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/medpenitentiaire.pdf>
67. Falissard B, Loze JY, Gasquet I, Duburc A, de Beaurepaire C, Fagnani F, et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry*. 2006;6:33.
68. Lukasiewicz M, Falissard B, Michel L, Neveu X, Reynaud M, Gasquet I. Prevalence and factors associated with alcohol and drug-related disorders in prison: a French national study. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2007;2:1.
69. Sahajian F, Lamothe P, Fabry J. [Psychoactive substance use among newly incarcerated prison inmates]. *Sante Publique*. 2006 Jun;18(2):223-34.
70. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. La santé des personnes entrées en prison en 2003. *Etudes et résultats*. DREES; Mars 2005;n°386:1-12.

71. Rotily M, Vernay-Vaisse C, Bourliere M, Galinier-Pujol A, Rousseau S, Obadia Y. HBV and HIV screening, and hepatitis B immunization programme in the prison of Marseille, France. *Int J STD AIDS*. 1997 Dec;8(12):753-9.
72. Rotily M, Weilandt C, Bird SM, Kall K, Van Haastrecht HJ, Iandolo E, et al. Surveillance of HIV infection and related risk behaviour in European prisons. A multicentre pilot study. *Eur J Public Health*. 2001 Sep;11(3):243-50.
73. Baillargeon JG, Paar DP, Wu H, Giordano TP, Murray O, Raimer BG, et al. Psychiatric disorders, HIV infection and HIV/hepatitis co-infection in the correctional setting. *AIDS Care*. 2008 Jan;20(1):124-9.
74. Abel S, Cesaire R, Cales-Quist D, Bera O, Sobesky G, Cabie A. Occupational transmission of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus after a punch. *Clin Infect Dis*. 2000 Dec;31(6):1494-5.
75. Verneuil L, Vidal JS, Ze Bekolo R, Vabret A, Petitjean J, Leclercq R, et al. Prevalence and risk factors of the whole spectrum of sexually transmitted diseases in male incoming prisoners in France. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2009 Apr;28(4):409-13.
76. Cabié A, Rollin B, Pierre-Francois S, Abel S, Desbois N, Richard P, et al. Reemergence of syphilis in Martinique, 2001-2008. *Emerg Infect Dis*. Jan;16(1):106-9.
77. Organisation Mondiale de la Santé Europe. Santé en prison - VIH, drogues et tuberculose. Conférence de Copenhague et Madrid, 29 au 31 octobre 2009. [Consulté le 8/12/2009]. Disponible : URL : http://www.euro.who.int/prisons/topics/20091013_1?
78. Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH. Rapport 2004. Recommandations du groupe d'experts. Sous la direction du Pr. J-F Delfraissy, Ministère de la santé et de la protection sociale. Ed. Flammarion Médecine-Sciences; 2004. 280p.
79. Larsen C, Pialoux G, Salmon D, Antona D, Piroth L, Le Strat Y, et al. Prévalence des co-infections par les virus des hépatites B et C dans la population VIH+, France, juin 2004. *BEH*. 2005;n°23:109-12.
80. Pontali E, Ferrari F. Prevalence of Hepatitis B virus and/or Hepatitis C virus co-infections in prisoners infected with the Human Immunodeficiency Virus. *Int J Prison Health*. 2008 Jun;4(2):77-82.
81. Conseil National du Sida. Note valant avis sur l'expérimentation des programmes d'échange de seringues dans les établissements pénitentiaires. CNS; Publié le 10 septembre 2009.

82. Perez-Molina JA, Fernandez-Gonzalez F, Hernangomez S, Gonzalez C, Miralles P, Lopez-Bernaldo De Quiros JC, et al. Differential characteristics of HIV-infected penitentiary patients and HIV-infected community patients. *HIV Clin Trials*. 2002 Mar-Apr;3(2):139-47.
83. Liddicoat RV, Zheng H, Internicola J, Werner BG, Kazianis A, Golan Y, et al. Implementing a routine, voluntary HIV testing program in a Massachusetts county prison. *J Urban Health*. 2006 Nov;83(6):1127-31.
84. Spaulding AC, Arriola KR, Hammett T, Kennedy S, Tinsley M. Rapid HIV testing in rapidly released detainees: next steps. *Sex Transm Dis*. 2009 Feb;36(2 Suppl):S34-6.
85. Soto Blanco JM, Perez IR, March JC. Adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected prison inmates (Spain). *Int J STD AIDS*. 2005 Feb;16(2):133-8.
86. Rotily M, Prudhomme J, Pardal MS, Hariga F, Iandolo E, Papadourakis A, et al. [Knowledge and attitudes of prison staff towards HIV/AIDS: a European study]. *Sante Publique*. 2001 Dec;13(4):325-38.
87. Observatoire international des prisons (OIP). *Le guide du sortant de prison*. Editions la Découverte; 2006. 411p.
88. Pugliese P, Carles M, Farhad R, Boileau P, Dellamonica P. [Interest of computerized medical record and databases for chronic infectious diseases: Nadis and Ortho+]. *Med Mal Infect*. 2008 Jun;38 Suppl 2:S43-4.
89. Shea S, Hripcsak G. Accelerating the use of electronic health records in physician practices. *N Engl J Med*. Jan 21;362(3):192-5.
90. Cadignan R. *La pierre du diable*. 1^{ère} éd. Imprimerie DESORMEAUX; 1998. 40p.
91. Haas C, Karila L, Lowenstein W. [Cocaine and crack addiction: a growing public health problem]. *Bull Acad Natl Med*. 2009 Apr;193(4):947-62; discussion 62-3.

Titre de Thèse : L'infection par le VIH en milieu carcéral à la Martinique : étude descriptive au centre pénitentiaire de Ducos entre 1996 et 2009.

RESUME

L'infection par le VIH en milieu carcéral est un problème mondial. Les difficultés de prise en charge des personnes détenues nécessitent de connaître les particularités propres à chaque région afin de déterminer des priorités d'action. En France, l'organisation du système de soins en milieu carcéral s'articule autour des unités de consultations et de soins ambulatoires. Nous avons mené une étude de cohorte au centre pénitentiaire de Ducos en Martinique, ce département français d'Amérique étant particulièrement touché par l'épidémie due au VIH. L'âge médian à la découverte de l'infection était de 34 ans. La prédominance masculine (89%), le faible niveau socioéconomique (77%) et la récurrence (72%) caractérisaient la population étudiée. L'incarcération était l'occasion du dépistage de l'infection par le VIH dans 61% des cas, le taux de dépistage tardif était de 11% et le suivi était régulier durant la détention. La continuité des soins à la sortie restait problématique. L'addiction au crack concernait 70% de notre cohorte et semblait être associée à une moins bonne adhésion aux soins et à une mortalité accrue. De nombreux champs restent à explorer afin d'améliorer la prise en charge des personnes détenues, en milieu fermé comme en milieu ouvert.

MOTS-CLES

VIH, prison, études de cohorte, continuité des soins, crack, Martinique, unité de consultations et de soins ambulatoires