

COMMISSION PRISON

REUNION DU 9 FEVRIER 2011

SECRETAIRE DE SEANCE :

Audrey BLATIER

PERSONNES PRÉSENTES :	REPRÉSENTANT DE :
Yoann BERROUET	AIDES 52 – délégué d'action
Audrey BLATIER	COREVIH PDL – <i>coordinatrice</i>
Valérie BRIEND	Centre fédératif CHU de Nantes - <i>médecin</i>
Virginie BRULET	UCSA CHU Nantes - <i>médecin</i>
Gaël CABELGUEN	AIDES 44 - <i>délégué d'action</i>
Laurent CHABOT	SAU CH Laval – chef de service
Laurent FEDERKEIL	ANITEA – <i>délégué régional</i>
Laurie GOUGUET	AIDES 72- déléguée d'action
Marie HORSPENGER	AIDES 44 - <i>déléguée d'action</i>
Bertrand LE GEAY	CSAPA CHU de Nantes - <i>médecin</i>
Marie LOUANGES	CAARUD AIDES 85 – <i>déléguée d'action</i>
Damien MAUILLON	UCSA CHU Angers - <i>médecin</i>
Olivier MOUNOURY	UCSA et SMIT CHU Nantes - <i>médecin</i>
Valérie PONDAVEN	DR administration pénitentiaire – <i>action sanitaire</i>
EXCUSÉS :	REPRÉSENTANT DE :
Yves BLEHER	UCSA CHD La Roche sur Yon - <i>médecin</i>
Laurent FLET	CHU de Nantes - <i>Pharmacien</i>
Thomas GUYMARD	UCSA CHD La Roche sur Yon - <i>médecin</i>
Karelle ISOARDO	AIDES 53-72 - <i>coordinatrice</i>
Clotilde MAILLARD ROUGER	Médecine légale CHU Angers – <i>chef de service</i>
Marnelle MALINGE DUBRE	SMIT CHU d'Angers – <i>cadre IDE</i>
Claire MANEVILLE	Sida Info Service – chargée d'animation

L'ordre du jour est le suivant :

- I. Présentation du COREVIH des Pays de la Loire
- II. Présentation du Plan d'action stratégiques 2010-2014 : Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice.
- III. Discussion / réflexion / échanges
- IV. Définition des priorités de travail
- V. Ordre du jour prévisionnel de la prochaine réunion

I. Présentation du COREVIH

Audrey BLATIER présente le diaporama suivant :

Des CISIH aux COREVIH

les CISIH (Centre d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine) :

- création en 1988
- = offre de soins hospitalière multidisciplinaire

les COREVIH :

- Remplace les CISIH depuis 2007
- Fonction élargie → volonté d'adapter l'organisation de la prise en charge des PVIH (Personnes vivant avec le VIH) = Prise en charge globale
- Composition des membres plus diversifiés : intra et extra hospitalier (implication des associations de patients et d'usagers du système de santé)

COREVIH Pays de la Loire 03/03/2011

Les missions des COREVIH

- Favoriser la **coordination des professionnels** de soin, de l'expertise, de la prévention, de la recherche, de la formation, de l'action médicosociale et des associations impliqués dans la prise en charge des PVIH (Personnes Vivant avec le VIH)
- Participer à l'**amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la prise en charge des patients**, à l'évaluation de cette prise en charge et à l'harmonisation des pratiques.
- Procéder au **recueil et à l'analyse des données médico-épidémiologiques** relatives aux patients infectés par le VIH et suivis dans les structures sur le territoire du COREVIH.

COREVIH Pays de la Loire 03/03/2011

Répartition géographique des COREVIH

- **28** COREVIH en France
 - 5 en Île de France
 - 23 en province et Dom-Tom.
- Correspondent à une seule région administrative, sauf pour 3.


COREVIH Pays de la Loire 03/03/2011

Mise en place du COREVIH des Pays de la Loire

Installation le **24 janvier 2008** la DRASS des Pays de la Loire avec élection du Président, du Vice-président et des 9 membres du Bureau.

COREVIH Pays de la Loire 03/03/2011

Le territoire du COREVIH des Pays de la Loire



- ✓ 1 région
- ✓ 5 départements
- ✓ Superficie : 32 082 km²
- ✓ Nombre de PVIH estimé sur notre COREVIH en 2009 : 3000
- 2.46 % / France (120 000)

COREVIH Pays de la Loire 03/03/2011

Les moyens du COREVIH

- Le **siège** du COREVIH des Pays de la Loire est situé au **CHU de Nantes**
- Le budget de financement **MIGAC** versé par l'ARS des Pays de la Loire au CHU de Nantes

Ce budget permet notamment d'avoir une **équipe de salariés** :

- 0.3 ETP de coordinateur médical
- 1 ETP de coordinatrice administrative
- 4 ETP de Technicien d'Etude Clinique (Nantes +Angers)
- 1 Data manager
- 0.4 ETP de secrétariat

Le COREVIH devrait recruter en 2010 2,5 ETP de TECs répartis sur les autres centres hospitaliers de la région

COREVIH Pays de la Loire 03/03/2011

Acteurs du COREVIH

- Collège 1
 - Représentant des établissements de santé, sociaux ou médico-sociaux
 - Praticiens hospitaliers, directeurs d'hôpitaux, chefs de service, cadre de santé, IDE, sage femme
- Collège 2
 - Représentant des professionnels de santé et de l'action sociale
 - Réseaux ville hôpital, fédération nationale des IDE, Syndicats dentaires, planning familial, Sida Info service
- Collège 3
 - Représentant des malades et des usagers du système de santé
 - AIDES, SOS Hépatites, UDAF, Actif Santé
- Collège 4
 - Personnes qualifiées

Bureau du COREVIH

- Président : Dr. Eric BILLAUD, CHU de Nantes
- Vice-Président : Dr. Jean MARIONNEAU, centre hospitalier du Mans

Membres du Bureau :

- Mme Sandrine BRU, Aides 44
- Mme Sophie CAMUT, REVIH 49
- Dr. Jean Luc ESNAULT, CHD La Roche sur Yon
- Mme Carine SOULARD, Sida Info Service
- Dr. Christophe MICHAU, centre hospitalier de St Nazaire
- M. Pierre-Emmanuel NICOLAU, association Aurore - l'Entrac't
- Pr. François RAFFI, CHU de Nantes

Les commissions de travail du COREVIH

- Éducation thérapeutique
- Accident d'exposition au sang
- Bilan de l'activité des structures
- Communication
- E-Nadis
- Dépistage
- Qualité de vie
- Prison

Site Internet

www.corevih-pdl.fr

- A l'intention des professionnels de santé et du grand public.
- Descriptif des missions et de la composition du COREVIH.
- Mise en ligne de l'agenda, comptes rendus, annuaire des ressources du COREVIH
- Actualités législatives et réglementaires
- Formulaire de demande de remboursement des frais de déplacement
- Onglet spécifique sur le dépistage VIH, les AES, l'épidémiologie
- Un espace pour les associations

Lien ARS – COREVIH

Le COREVIH =

- Fonction d'observatoire
- Organiser la coordination des acteurs
- Garant de la qualité et de l'harmonisation des PEC
- Pouvant décliner le plan national 2010-2014
- Contribuer au diagnostic local et régional,
- Aider à la décision
- Optimiser l'existant (offre de soins, opérateurs)
- Susciter des programmes ou des actions

LES ARS (Agences Régionales de Santé) DOIVENT S'APPUYER SUR LES COREVIH POUR L'INTÉGRATION DES VOLETS VIH/SIDA DANS LES DIVERS SCHÉMAS RÉGIONAUX

Conclusion


- Composition très diverse, hospitalière, extra-hospitalière, et pluriprofessionnelle
- Participation des représentants des patients
- Grande hétérogénéité des sites avec 6 établissements prenant en charge le VIH
- Des priorités : Harmonisation/coordination des pratiques et de la qualité notamment sur Dépistage, ETP, AES...

II. Présentation du Plan d'action stratégiques 2010-2014 : Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice.

Le docteur Olivier MOUNOURY présente le diaporama suivant :

Établissements pénitentiaires en Pays de Loire

		effectifs théoriques
85	MAH de La Roche/Yon	40
	MAH de Fontenay Le conte	39
53	MAH de Laval	73
49	MAH d'Angers	245
72	MAH du Mans	400
44	EPM d'Orvault	60
	CP de Nantes	MAH 275 CD 448 MAF 30



Préambule

- 60789 personnes écrouées détenues au 1^{er} septembre 2010
- 28% de personnes prévenues
- 67% en maison d'arrêt
- Durée moyenne de détention de 9.4 mois (2009)
- Taux d'occupation en maison d'arrêt de 122% (jusqu'à 200%)

Santé des personnes détenues :

- Prise en charge sanitaire des personnes détenues au sein des Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA), dépendant directement d'un établissement de santé (loi du 18 janvier 1994)
- Prévalence des infections par le VIH, le VHC et le VHB plus élevée qu'en population générale : 1,04% pour le VIH, 4,2% pour le VHC (enquête « un jour donné », juin 2003)
- Proportion de personnes détenues sous TSO en augmentation constante
- Couverture vaccinale mal connue

3 grands principes

- Même qualité et continuité de soin que la population générale
- Mise en œuvre en milieu carcéral des plans et programmes de santé publique
 - Plan VIH/IST
 - Plan hépatites
 - Plan de lutte contre les drogues et les toxicomanies
- Maintien et amélioration de l'état de santé
- 6 axes, 18 mesures, 40 actions

Axe I : connaissance de l'état de santé

Mesure 1 : mettre en place un système national d'informations stratégiques

*Pas de dispositif effectif de surveillance de la santé des personnes détenues
Manque de données d'activité et de données épidémiologiques fiables*

- Définition d'un corpus commun de données nécessaire au suivi de la santé des détenus
- Identification des items pertinents à suivre au niveau national (ex : tests de dépistage du VIH)

Axe I : connaissance de l'état de santé

Mesure 2 : mener un programme d'étude et de recherche spécifique

- Enquête sur la prévalence des infections VIH, VHC et TSO en milieu carcéral et la prise en charge médicale des personnes atteintes

Enquête PREVACAR : 2 volets

- Prévalence VIH, VHC et TSO (recueil de données de dossiers patients tirés au sort dans 27 établissements)
- Offre de soin vis à vis du VIH et des hépatites (questionnaires adressés à toutes les UCSA)

Axe II : prévention et promotion de la santé

Mesure 4 : évaluer l'application des recommandations de la politique de RDR infectieux en milieu carcéral

Recommandations de la mission santé justice en matière de RDR (rapport 2001) : développement des TSO, mise à disposition de préservatifs, gel, distribution d'eau de javel, mise en œuvre des traitements post exposition, actions d'éducation pour la santé

Recommandations du groupe d'expert « RDR chez les UD » (INSERM 2010) : application du principe d'équité d'accès aux soins et aux mesures de RDR entre prison et milieu libre, correction des carences constatées en France, prise en compte des risques infectieux liés à certains comportements (tatouages) et accès au matériels stériles de RDR liés à la toxicomanie

- État des lieux : Prevacar, Pri²de (programme de recherche et intervention pour la prévention du risque infectieux chez les détenus, ANRS)
- Analyse et synthèse
- Actualisation des recommandations de RDR (2012-2013)

Partenaires : COREVIH

Axe II : prévention et promotion de la santé

Mesure 5 : agir sur les déterminants de la santé des personnes détenues

- Développement d'actions d'éducation et de promotion de la santé
L'établissement public de santé coordonne les actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans l'établissement pénitentiaire
Financement par GRSP et DAP
Des actions existent mais absence d'informations précises
 - Réalisation d'un état des lieux des actions d'éducation et de promotion de la santé en milieu pénitentiaire : recensement et caractérisation des actions menée en 2009 (enquête UCSA)
 - Élaboration d'un référentiel d'intervention en éducation et promotion de la santé en milieu pénitentiaire
 - Échanges de pratiques (journées de prévention de l'INPES)
 - Expériences pilotes : soutien à des programmes d'intervention en région de 3-5 ans (appel à participation auprès des établissements volontaires au sein de 2 régions pilotes)

Axe II : prévention et promotion de la santé

Mesure 5 (suite)

- Développement d'actions adaptées aux personnes mineures détenues
1.1% des personnes détenues
40% condamnés
Durée moyenne d'incarcération de 2.5 mois
Augmentation des condamnations pour viols et délits sexuels
 - Intervention d'éducation à la vie affective et sexuelle
 - Intervention de prévention des risques liés aux pratiques sexuelles
 - Etude socio-comportementale type CAP en matière de prévention des risques liés aux pratiques sexuelles
- Partenaires : associations spécialisées dans le domaines des IST/VIH, UCSA*

Axe II : prévention et promotion de la santé

Mesure 5 (suite)

- Préventions des risques infectieux liés à certaines pratiques (coiffure, tatouage, piercing)
pratiques liées à un risque de transmission VIH/hépatites et autres complications infectieuses (staphylocoque)
Pas de protocole national de décontamination du matériel de coiffure ; pas de formation
Pratiques tatouages et piercing clandestins : 20% des personnes détenues interrogées tatoués en prison, pratique statistiquement plus fréquentes chez les UDIV (étude multicentrique européenne 1997)
Quelques expériences avec tatoueurs professionnels
 - Coiffure : évaluation du risque/état des lieux des pratiques/protocole national/programme d'accompagnement
 - Modifications corporelles : étude sociologique/mise en place d'intervention de professionnels formés au milieu carcéral/étude faisabilité mise en place matériel RDR pour tatouage
- Partenaires : associations spécialisées dans le domaines des IST/VIH et RDR, UCSA*

Axe II : prévention et promotion de la santé

Mesure 5 (suite)

- Soutien aux personnes détenues atteintes de maladies chroniques dont VIH et hépatites virales
 - Intégration par l'ARS d'une approche spécifique au milieu carcéral pour l'adaptation et l'extension des programmes d'éducation thérapeutique
 - Construction d'un référentiel pour les interventions associatives en milieu carcéral
 - Développement, soutien et évaluation des interventions associatives auprès des personnes atteintes d'hépatite/VIH
- Partenaires : COREVIH*

Axe II : prévention et promotion de la santé

Mesure 6 : rendre les programmes de dépistage accessibles aux personnes détenues

- Amélioration du dépistage VIH/hépatites/IST à l'entrée et pendant la détention et amélioration de la vaccination hépatite B
Visite médicale systématique pour les personnes venant de l'état de liberté et dans le mois précédant la libération des personnes condamnées (loi pénitentiaire 2009)
Proposition du dépistage lors de la visite entrant éventuellement renouvelé en fonction de facteurs d'exposition ou sur demande : accès et rendu des résultats variables, renouvellement hétérogène
Recommandations HAS (2009) : dépistage VIH ciblé et répété pour UD, personnes détenues
Femmes d'avantage touchées par VIH et VHB et moins bien vaccinées (enquête DREES 2003); moins bon contact avec le système de soins avant l'incarcération
 - Amélioration de la proposition systématique dépistage VIH, VHB, VHC, syphilis lors de la visite entrant
 - Renouvellement systématique de la proposition de dépistage en cours de détention (au moins une fois par an), lors de l'entrée en établissement pour peine, lors de la visite «sortant»
 - Recueil du nombre de séroconversions
 - Proposition de dépistage systématique des chlamydiae et des HPV chez les femmes
 - Actualisation des recommandations (circulaire ou guide méthodologique)
- Partenaires : UCSA, COREVIH*

Axe III : accès aux soins

Mesure 10 : améliorer l'organisation, la gestion et le suivi des structures sanitaires de prise en charge des personnes détenues

- Exiguïté et manque de fonctionnalité des locaux*
Equipements très inégaux
Immobilier de la compétence de l'AP
Equipements de la compétence des établissements de santé de rattachement
- Recensement de l'états des locaux et des équipements biomédicaux et rénovations
 - Dotation en outils informatiques nécessaires à la production de soin (dossier médical informatisé du détenu) et à la collecte d'informations

Axe III : accès aux soins

Mesure 12 : améliorer la prise en charge des addictions et s'assurer de la continuité des soins

Forte prévalence des addictions

Nombre de personnes incarcérées sous TSO en augmentation

Forte majorité de prescription de buprénorphine haut dosage

Accès aux TSO non homogène

Risque d'augmentation des injections lors de la baisse ou de l'arrêt de TSO

- Amélioration de la coordination entre les différents intervenant
- Développement des traitements de substitution à tous les établissements
- Révision du guide de bonnes pratiques sur les TSO en milieu carcéral

Partenaires : professionnels de terrain, CSAPA

Axe III : accès aux soins

Mesure 13 : préparation et continuité des soins à la sortie en milieu pénitentiaire et à la sortie

Risques pour la santé individuelle en cas de rupture de prise en charge et de traitements

Défaut d'accompagnement et d'information concernant les structures cliniques de prise en charge (maladies chroniques, substitution)

Désignation d'une structure de prise en charge adaptée lors des demandes de suspension de peine

Défaut de coordination SPIP, CPAM, services médicaux (poursuites des droits, structures d'accueil)

- Renouvellement et transmission des protocoles ALD
- Mise en place et définition des objectifs de la consultation de sortie
- Délivrance du traitement à la sortie
- Recensement des structures d'accueil et d'hébergement

Axe IV : dispositif de protection sociale

Mesure 14 : clarifier l'accès aux droits des personnes détenues

- Prévenir le risque de rupture de droits à la sortie par le maintien d'affiliation à la caisse de rattachement de l'établissement pénitentiaire
- Prévenir le risque de rupture des droits sociaux relevant des conseils généraux (AAH, PCH, APA) à l'entrée et à la sortie : état des lieux et réformes

Mesure 15 : organiser l'articulation entre établissement pénitentiaire/CPAM/établissement de santé (protocole cadre)

- Accompagnement en amont des sorties de prison : information des détenus sur leurs droits, changement d'affiliation, mise à jour des droits (ALD, CMUc), demande AME pour les personnes étrangères en situation irrégulière

Axe V : formation

Mesure 16 : plan de formation

- Formation d'adaptation à l'emploi
- Plan de FMC et EPP
- Formation pluridisciplinaire et interprofessionnelle :
 - Formation spécifique : éducation pour la santé

Mesure 17 : promouvoir une démarche qualité et bonnes pratiques auprès des associations intervenant en prison

- Référentiel qualité
- Adaptation guide d'auto-évaluation inpes 2009

Axe VI : hygiène, sécurité et salubrité des établissements pénitentiaires

Mesure 18 : s'assurer du respect des normes et règlements relatifs aux conditions d'hygiène, de sécurité et de salubrité

Programme national d'inspection sanitaire des établissements pénitentiaires circulaire

Synthèses régionales élaborées par les ARS

- Expertise des rapports d'inspection et mise en œuvre des recommandations

Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH

Recommandations 2010 du groupe d'experts

Prisons

Dépistage et nouvelles stratégies de prévention de la transmission du VIH

- Le livret d'accueil délivré aux arrivants par l'administration pénitentiaire et le livret de présentation de l'UCSA doivent informer sur la prévention VIH/VHC/IST, l'accès aux préservatifs et au TPE.
- La proposition de dépistage doit être faite à l'entrée et renouvelée régulièrement au cours de l'incarcération, accompagnée d'un accès à de l'information et de l'éducation à la santé. Le rendu des résultats doit être amélioré.
- Le personnel des prisons doit être formé à la prévention et à l'intérêt du TPE.
- Les préservatifs doivent être en accès libre, des stratégies de substitution aux opiacés et des programmes d'échange de seringues doivent être assurés pour réduire la transmission du VIH, des hépatites et des IST.
- Le travail de prévention auprès des détenus gagnerait à impliquer les associations intervenant en détention, en coordination avec les UCSA.

Co-infections par les virus des hépatites

- Dépistage**
Le dépistage du VIH, des hépatites virales C, B/D, ainsi que des IST doit être systématiquement proposé lors de l'entrée en prison et proposé à nouveau plusieurs fois lors du séjour au regard des pratiques à risque en détention (injections avec du matériel partagé, tatouages, piercing, rapports sexuels non protégés, retour de permission). Le vaccin anti-VHB doit être proposé en l'absence de marqueurs sérologiques.
- Bilan de l'infection et traitement**
La prise en charge diagnostique et thérapeutique des hépatites chroniques B et C et de la co-infection avec le VIH doit être la même qu'en milieu libre. En particulier, il ne doit pas y avoir de dérogation spécifique au secret médical... Quand l'état de santé le justifie, une période d'incarcération peut être utilisée par une personne détenue pour initier un traitement pour le VHC. Les expériences menées en France montrent que ...ces traitements peuvent être menés avec succès. L'incarcération peut être une occasion unique pour informer et initier un traitement sans pour autant l'imposer, en respectant les mêmes règles de diagnostic et de suivi qu'à l'extérieur.
- Prise en charge des effets indésirables**
On apportera une attention particulière aux troubles de l'humeur, aux troubles de la mémoire et de la concentration, aux insomnies ou aux états dépressifs. En effet, ces troubles peuvent avoir des conséquences sur le comportement du patient et des répercussions sur le statut de son incarcération. La collaboration avec les services psychiatriques est indispensable.

Prise en charge des situations d'exposition au risque viral chez l'adulte

- Les kits d'urgence doivent impérativement être disponibles dans l'UCSA de chaque établissement pénitentiaire. L'information des personnes incarcérées et des personnels soignants et pénitentiaires doit être assurée sur l'existence et l'utilisation de ces kits.

Conditions de vie pour un succès thérapeutique

- La récente loi pénitentiaire élargit très légèrement les possibilités de libération pour les malades incarcérés. Il existe des dispositions législatives non spécifiques qui permettent à des personnes détenues de bénéficier d'aménagements et de suspension de peines fondés sur des raisons relatives à la santé.
 - Des possibilités d'alternatives à l'incarcération sont prévues pour des personnes condamnées à des peines de prison ferme inférieures à deux ans (ou un an en état de récidive légale) lorsqu'elles justifient « de suivre un traitement médical ».
 - La permission de sortir...réduit les difficultés liées aux extractions...facilite ainsi l'accès à des consultations spécialisées ou à une hospitalisation de jour.
 - La libération conditionnelle ou la procédure rapide d'aménagement de fin de peine permettent d'organiser la continuité des soins à la sortie et l'orientation vers des structures adaptées ou la mise en place d'un projet de soins... aménagements de fin de peine pour les personnes justifiant « de la nécessité de suivre un traitement médical ».
 - La suspension de peine pour raison médicale qui permet la sortie des patients atteints de pathologies lourdes...état de santé « durablement incompatible avec la détention » ou « pronostic vital est engagé ».
- D'autres critères sont pris en compte dans la décision d'octroi de ces dispositions : la capacité d'insertion des détenus, l'existence d'un entourage stable ou l'accès au logement. Le manque de structures médico-sociales de type ACT ou sanitaires (soins palliatifs) susceptibles d'accueillir les personnes détenues qui pourraient bénéficier de la suspension de peine représente un frein considérable à son usage effectif

Organisation des soins

- Certains COREVIH ont, d'ores et déjà, mis en place des groupes de travail spécifiques à la prise en charge du VIH en prison. L'intégration des conseillers d'insertion et de probation pour participer à la réflexion collective et à la recherche de solutions est une piste intéressante.
- Un des enjeux majeurs en matière de soins est la préparation à la sortie et l'accès aux soins. Le changement de statut entre détention et milieu libre, et le défaut de coordination entre les milieux carcéraux et médicaux, entre les diverses administrations, sont la cause de discontinuités dans le suivi médical et social des personnes, particulièrement des personnes étrangères.
 - ... améliorer la coordination entre les différents services et acteurs intervenant en détention (UCSA, SPIP, SMPR et associations)...faciliter l'accès dans les établissements pénitentiaires à des structures extérieures de soutien médico-social (CAF, CPAM, services de domiciliation...)
 - De très rares permanences d'accès aux soins de santé (PASS) interviennent en détention...Un recensement de ces initiatives reste à faire afin de les évaluer et de réfléchir à l'intérêt d'une généralisation à l'ensemble des prisons françaises
 - La situation des personnes séropositives incarcérées n'ayant pas la nationalité française est particulièrement problématique. L'ouverture des droits médicaux et sociaux ne peut se faire sans l'octroi ou le renouvellement d'un titre de séjour.
- Des difficultés particulières sont à souligner :
 - l'élaboration et le renouvellement des protocoles d'ALD...le médecin de l'UCSA n'est pas à proprement parler le médecin traitant au sens de l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale, ...le protocole n'est pas initié du fait de la couverture sociale « complète » pendant l'incarcération
 - l'accès aux soins de ville en cas de permission de sortie ou d'aménagement de peine pose également un problème : dispense d'avance de frais, ticket modérateur

III. Discussion / réflexion / échanges

Chacun est invité à exprimer ses attentes concernant la commission « Prison » du COREVIH.
Il faudra s'attacher à bien différencier ce qui peut être piloté par la région et ce qui est du fait du niveau national.

Plusieurs problématiques sont évoquées :

- La continuité des soins à la sortie de prison (manque de liaison et de circulation de l'information entre l'administration pénitentiaire, les caisses d'assurances maladies, les centres hospitaliers et les services d'insertion et de probation)
- Les messages de prévention concernant la réduction des risques, les accidents d'exposition au sang (AES), le dépistage du VIH (manque d'outils d'information, manque de formation des professionnels, circulation de l'information difficile, distribution d'eau de javel mal encadrée...)
- Les représentations liées à la sexualité
- La confidentialité

Les propositions / les attentes :

- Harmoniser la procédure de prise en charge des AES professionnels et hors champs professionnels
- Mise en place d'un protocole pour les activités de coiffure
- Encadrement pour les activités de tatouage (exp : intégrer des tatoueurs professionnels)
- Organiser des formations harmonisées sur la région à destination des professionnels de l'administration pénitentiaire et du personnel médical et para-médical des UCSA.
- Effectuer un état des lieux des pratiques du dépistage du VIH et harmoniser les pratiques dans ce domaine (Protocole harmonisé sur le déroulement d'une consultation « entrant », question du dépistage systématique à l'entrée, en cours d'incarcération, à la sortie)

IV. Définition des priorités de travail et ordre du jour de la prochaine réunion

Les priorités de travail de la commission seront les suivantes :

- La formation des détenus et du personnel (concernant la réduction des risques, les représentations liées à la sexualité et le dépistage du VIH) → Les réseaux Ville –Hôpital ayant l'agrément de formation ainsi que les associations de lutte contre le VIH seront contactés en ce sens.
- L'harmonisation des procédures de prise en charge des AES (Audrey BLATIER présentera lors de la prochaine réunion le dossier type de prise en charge des AES professionnels élaboré par la commission AES du COREVIH et les « livrets d'information patient sur le TPE »).
- L'état des lieux des pratiques de dépistage du VIH et l'harmonisation des pratiques (une demande d'extraction des données régionales issues des enquêtes nationales PEVA CARE et PRIDE 2 sera effectuée).

V. Allez plus loin ...

- « Plan d'action stratégiques 2010-2014 » : *Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice* (<http://www.sante.gouv.fr/plan-d-actions-strategiques-relatif-a-la-politique-de-sante-des-personnes-placees-sous-main-de-justice.html>)
- Rapport 2010 sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH sous la direction du Pr. Patrick Yéni (<http://www.sante.gouv.fr/rapport-2010-sur-la-prise-en-charge-medicale-des-personnes-infectees-par-le-vih-sous-la-direction-du-pr-patrick-yeni.html>)
- « Transversal » N°55 (pages 7 à 9)
- Site Internet du COREVIH des pays de la Loire www.corevih-pdl.fr

Prochaine réunion :

Jeudi 7 avril 2011 de 9h30 à 11h30
salle de réunion 7^{ème} étage Ouest
CHU de Nantes - Hôtel Dieu