



HAL
open science

Evaluation de l'état des connaissances des détenus du Centre de détention de Toul à propos du VIH/sida et des hépatites B et C

Perrine Lemoy

► **To cite this version:**

Perrine Lemoy. Evaluation de l'état des connaissances des détenus du Centre de détention de Toul à propos du VIH/sida et des hépatites B et C. Médecine humaine et pathologie. 2019. hal-03298553

HAL Id: hal-03298553

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03298553>

Submitted on 23 Jul 2021

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

2019

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

D.E.S de MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement le 17 Septembre 2019

Par

Perrine LEMOY

**ÉVALUATION DE L'ÉTAT DES CONNAISSANCES
DES DÉTENUS DU CENTRE DE DÉTENTION DE TOUL
À PROPOS
DU VIH/SIDA ET DES HÉPATITES B ET C**

Membres du jury :

M. le Professeur Christian Rabaud	Président
M. le Professeur Jean-Pierre Bronowicki	Juge
Mme. la Docteure Hélène Jeulin	Juge
Mme. la Docteure Sandrine Bresciani	Juge et co-directrice
M. le Docteur Olivier Hanriot	Juge et directeur



Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyenne
Pr Laure JOLY

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Julien SCALA-BERTOLA

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Laure JOLY

SIDES : Dr Julien BROSEUS

Formation à la recherche : Pr Nelly AGRINIER

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

CUESIM : Pr Stéphane ZUILY

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Mathias POUSSEL

International : Pr Jacques HUBERT

Vie Facultaire : Dr Philippe GUERCI

Président de Conseil Pédagogique : Pr Louise TYVAERT

Président du Conseil Scientifique : Pr Jean-Michel HASCOET

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY – Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL -
Claude CHARDOT Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER – Henry COUDANE –
Jean-Pierre CRANCE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean-Bernard DUREUX –
Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER -
Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ -
Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET -
Michèle KESSLER - François KOHLER - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE
Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS –
Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN – François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL – Yves MARTINET -
Pierre MATHIEU Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET – Patrick NETTER –
Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU
- Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND –
Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC
Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT –
Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT –
Michel WEBER – Denis ZMIROU

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Pierre BEY - Henry COUDANE - Serge BRIANÇON - Jean-Pierre CRANCE - Gilbert FAURE
Bernard FOLIGUET - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Michèle KESSLER –
François KOHLER - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Yves MARTINET - Patrick NETTER –
Jean-Pierre NICOLAS – Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Pierre VILLEMOT

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^e sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV

3^e sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^e sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD –

Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER – Professeur Damien MANDRY –

Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44^e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^e sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL

3^e sous-section (*Biologie cellulaire*)

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4^e sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIÉWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^e sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^e sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Bruno HOEN - Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI –

Professeur Christian RABAUD

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

4^e sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^e sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT –

Professeur Frédéric MARCHAL

3^e sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^e sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^e sous-section : (*Médecine intensive-réanimation*)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^e sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^e sous-section : (*Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie*)

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL –
Professeur Faiez ZANNAD

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{re} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD –
Professeur Luc TAILLANDIER Professeure Louise TYVAERT

2^e sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS –
Professeur Olivier KLEIN

3^e sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

4^e sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)

Professeur Bernard KABUTH

5^e sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean PAYSANT

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^e sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^e sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^e sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{re} sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^e sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET –

Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

3^e sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^e sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^e sous-section : (*Chirurgie viscérale et digestive*)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD –

Professeure Adeline GERMAIN

3^e sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^e sous-section : (*Urologie*)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{re} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

3° sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54° Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{re} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2° sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3° sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4° sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2° sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3° sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

61° Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeure associée Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

43° Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Antoine VERGER

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Catherine MALAPLATE –
Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2° sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2° sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2° sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3° sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D’AVENI (stagiaire)

2° sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN

4° sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D’URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1° sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)

Docteur Philippe GUERCI (stagiaire)

2° sous-section : (*Médecine intensive-réanimation*)

Docteur Antoine KIMMOUN

3° sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

4° sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3° sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4° sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire*)

Docteure Nicla SETTEMBRE (stagiaire)

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ

2° sous-section : (*Chirurgie viscérale et digestive*)

Docteur Cyril PERRENOT

54° Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L’ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

4° sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale*)

Docteure Eva FEIGERLOVA (stagiaire)

5° sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^e Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^e Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^e Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64^e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Madame Ketsia HESS –
Monsieur Christophe NEMOS

66^e Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

69^e Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Cédric BERBE - Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical Sciences de
Kyoto (JAPON)*

Professeure Maria DELIVORIA-
PAPADOPOULOS (1996) *Université de
Pennsylvanie (U.S.A)*
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

À notre Maître et Président de thèse

Monsieur le Professeur Christian Rabaud
Professeur de Maladies Infectieuses et Tropicales

Vous nous faites l'honneur de juger et présider cette thèse. Nous vous remercions de la confiance et de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce travail. Veuillez trouver ici le témoignage de notre profonde reconnaissance.

À notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Jean-Pierre Bronowicki
Professeur en Hépatologie, Gastrologie et Entérologie

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Veuillez trouver dans cette thèse l'expression de notre gratitude et de notre respect.

À notre Maître et Juge

Madame la Docteure Hélène Jeulin

Maître de Conférences Universitaire et Praticien Hospitalier du laboratoire de virologie

Vous nous faites l'honneur de participer au jury de cette thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de notre profonde reconnaissance.

À notre Juge et Directeur de Thèse

Monsieur le Docteur Olivier Hanriot

Chef de Clinique au Département Universitaire de Médecine Générale

Vous nous avez fait l'honneur de diriger cette thèse. Nous vous remercions pour votre patience, vos conseils et votre disponibilité. Merci de la confiance que vous avez bien voulu nous accorder. Veuillez trouver en ces lignes l'expression de notre plus profonde gratitude et de notre profond respect.

À notre Juge et Co Directrice de thèse

Madame la Docteure Sandrine Bresciani
Médecin généraliste au Centre de Détention de Toul

Vous nous avez fait l'honneur de co-diriger cette thèse. Nous vous remercions de nous avoir accompagnés tout au long de ce travail dont vous aurez grandement facilité la réalisation. Merci pour votre écoute, vos conseils et votre entière disponibilité. Veuillez recevoir l'expression de notre profonde reconnaissance.

Je remercie tous ceux qui ont contribué directement ou indirectement à ce travail et en particulier :

La Direction Pénitentiaire du Centre de Détention de Toul

Pour m'avoir accordé les autorisations nécessaires pour accéder à l'USMP du Centre de Détention de Toul, recevez le témoignage de ma gratitude.

L'équipe de l'USMP du Centre de Détention de Toul

Merci de m'avoir accueillie parmi vous avec votre bonne humeur permanente !

Je remercie tous les médecins et professionnels de santé auprès desquels je me suis formée au cours de mon internat :

Au service d'accueil d'urgences de Neufchâteau

En gynécologie à la maternité de Nancy

En gériatrie à St Dié des Vosges

Chez mes maitres de stages en médecine générale

A l'UMPS au CPN

Un grand Merci ...

À ma famille

A mes parents : Si j'en suis là aujourd'hui, c'est en grande partie grâce à vous. Vous avez su m'inculquer le goût du travail et l'unité familiale qui sont les deux plus belles valeurs à mes yeux. Merci infiniment

A mon Gautier : L'amour de ma vie

A mes frères, Lucas et Louis : Pour leur soutien depuis toutes ces années et leur patience pour nos face-times répétés de ces derniers mois !

Et leurs + 1, Monika et Charlotte : Bienvenue dans la famille !

A Marie-Pierre : Pour nos escapades parisiennes et tes desserts Pierre Hermé jamais égalés

A Philippe : Pour ta disponibilité et tes avis téléphoniques. La relève est là tonton !

A Pierre : En souvenir des Paris-Cancale. Merci pour ton aide si précieuse et tes relectures attentives.

A Paul : Mon agent de sécurité préféré

A Mamie Pierrette et Papi : J'espère que vous serez fiers de moi

A Mamily : J'attends toujours tes signes

A Florence et Yves : Merci de m'avoir accueillie si généreusement dans votre famille

A toute ma famille merci pour tous les merveilleux moments passés ensemble !

À mes amis

Julianne et Sabrina : Loin des yeux mais si près de mon cœur ! Vivement nos prochaines escapades bordelaises. Les dunes et les huitres les pieds dans l'eau m'ont beaucoup trop manqué cette année ! Merci pour votre écoute et vos précieux conseils, vous êtes mes petits cœurs à moi !

Léa : Qui partage mon quotidien, jamais un jour ne passe sans avoir de tes nouvelles, tu es bien la seule à savoir ce que je mange à chaque repas !
Merci pour tes innombrables avis téléphoniques (et merci d'avance pour les futurs !). Sans toi et ton Spritz d'été 2018 je n'en serais pas là aujourd'hui... Tu es une amie en or !

Pauline : C'est grâce à nos tic et tac que nous nous sommes rencontrées mais aussi grâce et à cause d'eux que nous avons déjà tant partagé ! Tu es l'une de mes plus belles rencontres !

Honorine : Mon amie de toujours, merci pour tous les bons moments que nous avons passés ensemble. Et vivement les prochains !

Chloé : Sur qui nous comptons beaucoup trop pour nos soirées annales pré-exam !
Merci pour ton soutien et ta gentillesse

Sandra : Qui sera bientôt la plus belle des mariées

Hélène : Ma poire belle-Hélène que j'apprends à connaître de jour en jour

Eugénie : Sans toi notre DU serait si ennuyeux, dépêche-toi de passer ta thèse je ne veux pas être la seule à payer la CARMF !

Kooki : Le seul capable de supporter notre ribambelle de gonzesses en vacances !
Merci pour ta gentillesse et ton soutien

Robin : Qui me pose une colle depuis quelques années avec son prurit A. « J'veux te dire » c'est psychologique !

Michael et Guillaume : Je vous remercie d'avance pour mes futures liposuccions et abdominoplasties gratis du post-partum !

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

TABLE DES MATIERES

TABLE DES TABLEAUX	21
TABLE DE FIGURE	21
ACRONYMES	22
INTRODUCTION GÉNÉRALE	23
PARTIE 1 : CONTEXTE	24
I. Le milieu carcéral français.....	24
1. Les catégories d'Établissements Pénitentiaires	24
1.1. Les Maisons d'Arrêt	24
1.2. Les Établissements pour Peine.....	24
1.2.1. Les Maisons Centrales	24
1.2.2. Les Centres de Détention	24
1.2.3. Les Établissements pour Mineurs.....	24
1.2.4. Les Centres de Semi-Liberté	24
1.2.5. Les Centres Pénitentiaires.....	25
1.3. Le Centre de Détention de Toul	25
2. Démographie carcérale.....	25
2.1. Évolution	25
2.2. Répartition.....	25
2.2.1. Sexe	25
2.2.2. Caractéristiques de la population carcérale nationale	25
2.2.3. Spécificités de la population de Toul	26
3. Le système de soins	26
3.1. Législation.....	26
3.1.1. Loi N° 94-43 du 18 Janvier 1994 (10).....	26
3.1.2. Loi N°2002-303 du 4 Mars 2002 – Kouchner (11)	27
3.1.3. Loi pénitentiaire du 24 Novembre 2009 (12).....	27
3.2. Les USMP.....	27
3.2.1. Le rôle des USPM.....	27
3.2.2. L'USMP de Toul.....	27

II. Le VIH/Sida et les Hépatites B et C	29
1. Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	29
1.1. Définition VIH/Sida.....	29
1.2. Épidémiologie	29
1.2.1. Le VIH dans le monde	29
1.2.2. Le VIH en France.....	29
1.3. Dépistage et diagnostic.....	29
1.3.1. Recommandations.....	30
1.3.2. Modalités de dépistage et diagnostic biologique.....	30
1.4. Modes de transmission	30
1.5. Traitement.....	31
1.5.1. La prophylaxie pré-exposition (PrEP)	31
1.5.2. Le traitement post- exposition (TPE)	31
1.5.3. Le traitement des patients séropositifs	32
2. L'hépatite C	32
2.1. Définition	32
2.2. Épidémiologie	32
2.3. Dépistage et diagnostic.....	33
2.3.1. Les différents tests de dépistage diagnostique	33
2.3.2. Évaluation de la fibrose hépatique	33
2.4. Modes de transmission	34
2.5. Traitement.....	35
3. L'hépatite B	36
3.1. Définition	36
3.2. Épidémiologie	36
3.3. Dépistage et diagnostic.....	36
3.3.1. Le dépistage sérologique.....	36
3.3.2. Les tests rapides d'orientation diagnostique : TROD	38
3.4. Modes de transmission	38
3.5. Traitement.....	38
3.5.1. Vaccination	38
3.5.2. Traitement de l'hépatite B chronique	39

PARTIE 2 : ARTICLE	40
RÉSUMÉ.....	40
INTRODUCTION.....	41
MATERIEL ET METHODE.....	43
1. Description de l'étude.....	43
1.1. Autorisations.....	43
1.2. Lieu de l'étude.....	43
1.3. Population étudiée.....	43
1.3.1. Les critères d'inclusion.....	43
1.3.2. Les critères d'exclusion.....	43
1.4. L'objectif de l'étude.....	43
2. Élaboration et description du questionnaire.....	44
2.1. Description.....	44
2.2. Élaboration.....	44
3. Score de connaissance.....	44
4. Distribution du questionnaire.....	45
5. Analyse des données.....	45
RESULTATS.....	46
6. Caractéristiques de la population étudiée.....	46
6.1. Âge et sexe.....	46
6.2. Niveau d'étude.....	46
6.3. Prévalence des dépistages pour le VIH et les hépatites B et C.....	46
7. Connaissances du VIH/Sida.....	47
7.1. Séropositivité pour le VIH.....	47
7.2. Espérance de vie.....	47
7.3. Modes de Transmission.....	47
7.4. Prévention.....	47
7.5. Traitement et vaccination.....	48
8. Connaissances de l'Hépatite C.....	48
8.1. Modes de transmission.....	48
8.2. Traitement et Vaccination.....	48
9. Connaissances de l'hépatite B.....	49
9.1. Modes de transmission.....	49
9.2. Traitement et vaccination.....	49

10. Moyennes des niveaux de connaissances pour le VIH/Sida et les hépatites B et C	49
11. Connaissances théoriques et connaissances observées	50
11.1. VIH/Sida.....	50
11.2. VHB	50
11.3. VHC	50
12. Facteurs associés aux connaissances des détenus	51
12.1. Influence de l'âge.....	51
12.2. Influence du niveau d'étude	52
DISCUSSION	54
CONCLUSION	61
BIBLIOGRAPHIE	62
ANNEXES	67
Annexe 1	67
Annexe 2 :	68
Annexe 3 :	69
Annexe 4	73

TABLE DES TABLEAUX

<i>Tableau 1</i> : Score Métavir de fibrose.....	34
<i>Tableau 2</i> : Récapitulatif de l'interprétation des marqueurs sérologiques de l'infection VHB.....	37
<i>Tableau 3</i> : Connaissances sur les modes de transmission du VIH.....	47
<i>Tableau 4</i> : Connaissances sur les modes de transmission du VHC.....	48
<i>Tableau 5</i> : Connaissances sur les modes de transmission du VHB.....	49
<i>Tableau 6</i> : Tableau de contingence concernant la répartition des détenus en fonction de leur âge, selon leurs scores obtenus sur les parties VIH/Sida – VHB et VHC du questionnaire.....	51
<i>Tableau 7</i> : Tableau de contingence concernant la répartition des détenus en fonction de leur niveau d'étude, selon leurs scores obtenus sur les parties VIH/Sida – VHB et VHC du questionnaire.....	52

TABLE DE FIGURE

<i>Figure 1</i> : Diagramme de flux des questionnaires inclus.....	46
--	----

ACRONYMES

AAD : Antiviraux à Action Directe
ADVIH : Autotest de Dépistage de l'Infection à VIH
AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues
CD : Centre de Détention
CDT : Centre de Détention de Toul
CeGIDD : Centre Gratuit d'Information de Dépistage et de Diagnostic
CHC : Carcinome Hépatocellulaire
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
HCSP : Le Haut Conseil de la Santé Publique
HAS : Haute Autorité de Santé
HSH : Homme(s) ayant des rapports Sexuels avec un (des) autre(s) Homme(s)
IF : Inhibiteur de la Fusion
INI : Inhibiteur de l'Intégrase
INNTI : Inhibiteur Non Nucléosidique de la Transcriptase Inverse
INTI : Inhibiteur Nucléosidique/Nucléotidique de la Transcriptase Inverse
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PrEP : Prophylaxie Pré-Exposition
QD : Quartier Disciplinaire
QI : Quartier d'Isolement
RTU : Recommandation Temporaire d'Utilisation
SIDA : Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SMPR : Service Médico-Psychologique Régional
TPE : Traitement Post-Exposition
TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostique
TSO : Traitement de Substitution aux Opiacés
UCSA : Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires
UD : Usager de Drogue
UDIV : Usager de Drogue par Voie Intraveineuse
UHSA : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée
UHSI : Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale
USMP : Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire
UVF : Unité de Vie Familiale
VHB : Virus de l'Hépatite B
VHC : Virus de l'Hépatite C
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION GÉNÉRALE

La population carcérale française est en constante augmentation. De nombreuses études font état de séroprévalences élevées du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et des hépatites virales dans les établissements pénitentiaires. Cette situation est inquiétante et la lutte contre ces maladies est devenue une des principales préoccupations des pouvoirs publics.

Chaque année, le Centre de Détention de Toul (CDT) organise une journée Sidaction. A cette occasion est organisé un tournoi sportif au cours duquel les détenus participants sont questionnés sur le VIH et les hépatites B et C. Bien que ces virus représentent un problème majeur de santé publique, ils demeurent mal connus.

Parti de ce constat, ce travail se donne pour but d'évaluer l'état des connaissances des détenus du Centre de Détention de Toul sur le VIH/Sida et les hépatites B et C. Travail qui s'inscrit dans les axes de travail préconisés par la feuille de route « Santé des personnes placées sous main de justice 2019-2022 » rédigée par les Ministères de la Justice et de la Santé. (Annexe 1)

La première partie s'attachera à décrire le contexte de cette étude. Pour cela, nous décrirons le milieu carcéral français en abordant les différents types d'établissements pénitentiaires, sa démographie et son système de soins. Puis nous aborderons l'épidémiologie, le dépistage, la transmission et le traitement de chaque virus.

La seconde partie est constituée de l'étude réalisée au sein du CDT qui est un établissement pour peine de 427 places destiné aux hommes majeurs condamnés.

PARTIE 1 : CONTEXTE

I. Le milieu carcéral français

1. Les catégories d'Établissements Pénitentiaires

Les prisons sont des lieux où s'exécutent les décisions de justice soit à la suite d'un jugement qui clôture le procès où la détention est prononcée à titre de peine, soit en attente du procès pendant l'instruction et il s'agit alors d'une détention provisoire. Les établissements sont classés en deux grandes catégories : les Maisons d'Arrêt et les Établissements pour Peine (1). (Article D70 du Code de Procédure Pénale).

1.1. Les Maisons d'Arrêt

Elles sont au nombre de 86 et reçoivent les personnes prévenues en détention provisoire ainsi que les personnes condamnées dont la peine ou le reliquat de peine n'excède pas deux ans. (Article 714 du Code de Procédure Pénale).

1.2. Les Établissements pour Peine

Ils sont au nombre de 101 et sont subdivisés en Maisons Centrales, Centres de Détention, Établissements pour Mineurs, Centres de Semi-Liberté en fonction du type de population pénale qu'ils accueillent.

1.2.1. Les Maisons Centrales

Elles accueillent les personnes détenues condamnées à une longue peine, et/ou les détenus les plus difficiles et les plus violents. L'organisation et le fonctionnement de ces structures sont principalement axés sur la sécurité. (Article D71 du Code de Procédure Pénale).

1.2.2. Les Centres de Détention

Ils accueillent les personnes détenues condamnées à une peine supérieure à deux ans et qui présentent les meilleures perspectives de réinsertion sociale. (Article D72 du Code de Procédure Pénale).

1.2.3. Les Établissements pour Mineurs

Comme leur nom l'indique, ce sont des établissements pour les personnes détenues âgées de moins de 18 ans au moment de leur incarcération. Il s'agit d'un régime de détention qui privilégie l'éducation et la formation professionnelle.

1.2.4. Les Centres de Semi-Liberté

Ils reçoivent des personnes condamnées admises au régime du placement extérieur ou de la semi-liberté. Ainsi, la personne condamnée détenue a le droit de s'absenter

de l'établissement durant la journée pour exercer une activité professionnelle et/ou suivre une formation. (Article D72-1 du Code de Procédure Pénale).

1.2.5. Les Centres Pénitentiaires

Ce sont des établissements mixtes, qui comprennent au moins deux quartiers différents (Maison d'Arrêt, Centre de Détention et/ou Maison Centrale).

1.3. Le Centre de Détention de Toul

Il est situé sur l'emplacement d'une ancienne caserne militaire (caserne NEY). Il existe depuis 1949, d'abord sous un statut de Maison Centrale puis sous la dénomination de Centre de Détention depuis mai 1975.

Il est doté d'une capacité théorique d'accueil de 427 places, et n'accueille que des hommes majeurs.

De part son historique de Maison Centrale, il accueille beaucoup de longues peines. Actuellement, les 2/3 des détenus purgent une peine supérieure à 10 ans. Neuf d'entre eux sont condamnés à la réclusion criminelle à perpétuité.

Depuis 2012, l'établissement fait partie des 22 structures destinées à accueillir les auteurs d'infraction à caractère sexuel. Au CDT ils représentent 65,58 % des personnes détenues.

2. Démographie carcérale

2.1. Évolution

Au 1^{ER} Septembre 2018 l'Administration Pénitentiaire française enregistrait 81336 personnes sous écrou. Dont 11172 écroués non détenus (placement sous surveillance électronique par exemple) et 70164 écroués détenus, ces derniers étaient répartis sur les 187 Établissements Pénitentiaires (2).

Ce chiffre est en constante augmentation. En Septembre 2010, on dénombrait 66629 personnes sous écrou soit une majoration de 22% en dix ans (3) avec pour principale conséquence une surpopulation carcérale dans les Maisons d'Arrêt.

En Septembre 2018, la densité carcérale était de 117,2%, ce ratio s'obtient en rapportant le nombre de détenus présents à la capacité opérationnelle (2).

2.2. Répartition

2.2.1. Sexe

Parmi les 70164 détenus écroués, on dénombre 2533 femmes et 67631 hommes. Le taux de féminité est de 3,6 %.

On recense 799 mineurs soit 1,1 % de l'effectif total (2).

2.2.2. Caractéristiques de la population carcérale nationale

A ce jour, nous savons peu de chose sur la population carcérale. C'est une population jeune avec une moyenne d'âge de 31,7 ans en 2017 (4), contre 40,4 ans dans la population générale (5).

Les prisonniers sont majoritairement issus de milieux défavorisés. Selon un rapport du Ministère de la Justice, 49% n'ont aucun diplôme (6). La population entrant en prison est plus pauvre, en moins bon état de santé et en plus grande difficulté sociale que la population générale (7). La consommation de substances psychoactives est très fréquente en détention, l'étude Sahajian menée en 2017 à la prison de Lyon-Corbas retrouvait une consommation supérieure à la population générale (tabac 74,4%, cannabis 36,8%, alcool 30,4%, héroïne 7,7% et cocaïne 10,3%) (8). Les conduites à risques des détenus avant et pendant leur incarcération s'accompagnent de taux importants d'infection par le VIH et par les virus des hépatites B et C. Selon l'enquête Prevacar réalisée en 2010, la prévalence du VIH en milieu pénitentiaire (2%) était 3 à 5 fois supérieure à celle constatée en milieu libre, et celle du VHC (4,8%) 4 à 6 fois supérieure (9).

2.2.3. Spécificités de la population de Toul

Selon le Comité d'Évaluation du Centre de Détention de Toul de Juin 2019, la moyenne d'âge était de 49,5 ans.

Sa population pénale est vieillissante puisque 45% des personnes détenues ont plus de 50 ans et 20% plus de 60 ans. Cela s'explique, par le vieillissement global de la population, un allongement des peines de manière générale, et par son historique de Maison Centrale.

3. Le système de soins

3.1. Législation

3.1.1. Loi N° 94-43 du 18 Janvier 1994 (10)

Avant 1994, la prise en charge sanitaire des détenus était assurée par des médecins et des infirmiers relevant de l'Administration Pénitentiaire.

La loi N°94-43 du 18 Janvier 1994 révolutionne le système de santé en milieu carcéral en confiant l'organisation des soins en prison au service public hospitalier. Elle a ainsi permis de faire « rentrer l'hôpital dans les prisons ». Cette réforme a été rendue nécessaire du fait de l'importance des besoins sanitaires de la population pénale, du vieillissement de la population carcérale mais surtout des épidémies de VIH et d'hépatites.

Cette loi a permis une amélioration indéniable des soins. D'une part en assurant aux détenus un accès à des soins comparables à ceux dispensés en milieu libre et d'autre part en leur accordant une protection sociale dès leur entrée en détention.

Depuis, l'accès aux soins est assuré dans chaque établissement par une Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA), unité hospitalière rattachée à un établissement de santé de proximité. En 2012, elles ont été rebaptisées Unités Sanitaires en Milieu Pénitentiaire (USMP), subdivisées en un Dispositif de Soins Somatiques et un Dispositif de Soins Psychiatriques.

3.1.2. Loi N°2002-303 du 4 Mars 2002 – Kouchner (11)

Cette loi garantit l'égal accès de chaque personne aux soins, le consentement libre et éclairé du patient aux actes et traitements qui lui sont proposés, le droit d'être informé sur son état de santé et le droit d'accès à son dossier médical.

Elle autorise également des suspensions de peines pour les détenus les plus malades. Ces suspensions peuvent être ordonnées, quelle que soit la nature de la peine ou la durée de la peine restant à subir, pour les condamnés dont le pronostic vital est engagé et lorsque leur état de santé est durablement incompatible avec le maintien en détention. (Article 720-1-1 du Code de procédure pénale).

3.1.3. Loi pénitentiaire du 24 Novembre 2009 (12)

Cette loi garantit aux prisonniers l'usage de certains droits : au travail et à la formation, au maintien des liens familiaux grâce aux visites et au téléphone et la domiciliation à l'établissement pénitentiaire leur permettant d'obtenir des papiers d'identité, le droit de vote et l'obtention de prestations sociales. Par ailleurs, elle développe des alternatives à la détention provisoire (bracelets électroniques) et des aménagements de peine dans le but de diminuer le surpeuplement des prisons.

3.2. Les USMP

3.2.1. Le rôle des USPM

Elles regroupent les soins ambulatoires au sein de la prison sous l'égide d'un médecin coordinateur et se composent d'un Dispositif de Soins Psychiatriques et d'un Dispositif de Soins Somatiques.

Les USMP assurent l'ensemble des consultations de médecine générale et de psychiatrie. Elles sont chargées de coordonner des actions de prévention primaire (hygiène, éducation, vaccination), secondaire (dépistages) et tertiaire (éducation thérapeutique) et de promotion de la santé (13).

Ces unités sanitaires sont composées de personnel médical (médecin généraliste, psychiatre, dentiste), paramédical (infirmier, kinésithérapeute) et administratif. Elles disposent des mêmes moyens matériels, logistiques et administratifs que les unités hospitalières.

En dehors des horaires d'ouvertures de l'unité sanitaire, la continuité des soins est régulée par le 15.

3.2.2. L'USMP de Toul

Des consultations de médecine générale sont proposées du lundi au vendredi de 8h à 18h. Une permanence infirmière y est associée, se prolongeant le samedi et le dimanche de 8h à 12h. Les infirmiers assurent les soins, trient les demandes et peuvent recevoir les patients avant de les orienter vers un médecin. Ils peuvent aussi délivrer les médicaments de première nécessité.

La présence de dentistes et d'une assistante dentaire permet d'assurer les consultations d'odontologie. Un kinésithérapeute et un podologue assurent des

vacations. Les soins psychiatriques sont assurés par des psychiatres, psychologues et infirmiers psychiatriques.

Trois surveillants pénitentiaires sont chargés d'assurer la sécurité du service à tour de rôle.

Un infirmier du Centre Gratuit d'Information de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD) intervient au CDT deux fois par mois. Il est chargé d'effectuer des consultations d'information à l'arrivée des détenus en détention. Elles se font de manière individuelle et assurent :

- La prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH et des hépatites ainsi que l'accompagnement dans la recherche de soins appropriés.
- La prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement ambulatoire des infections sexuellement transmissibles.
- Le prévention des autres risques liés à la sexualité dans une approche globale de santé sexuelle (contraception).
- La vaccination contre l'hépatite B.

Un médecin spécialisé en addictologie et une infirmière du Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) interviennent hebdomadairement. Ils ont pour mission d'assurer les actions de prévention et de soins aux personnes atteintes d'addiction. Ils assurent le sevrage et son accompagnement, la prescription et le suivi des traitements de substitution aux opiacés.

II. Le VIH/Sida et les Hépatites B et C

1. Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

1.1. Définition VIH/Sida

Le virus de l'immunodéficience humaine est un rétrovirus appartenant à la famille des Retroviridae et au genre des Lentivirus. Il en existe deux grands types : le VIH-1 et le VIH-2, eux-mêmes subdivisés en trois et huit groupes. Le VIH-1 est le plus répandu, il est responsable de l'épidémie mondiale.

Le virus s'attaque aux cellules du système immunitaire en les détruisant ou les rendant inefficaces. L'infection par le virus se traduit donc par une détérioration progressive du système immunitaire, entraînant une immunodéficience. Dès lors, le malade ne peut plus lutter contre les infections et les maladies.

Aux premiers stades de l'infection le sujet ne présente pas ou peu de symptômes. Le syndrome de l'immunodéficience acquise (Sida) est le dernier stade de l'infection à VIH, il est défini par la survenue d'une ou plusieurs infections opportunistes (14).

1.2. Épidémiologie

1.2.1. Le VIH dans le monde

L'infection par le VIH constitue un problème de santé publique majeur à travers le monde. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le VIH a causé plus de 35 millions de morts à ce jour (14).

Selon l'ONUSIDA, en 2017, on comptait dans le monde environ 36,9 millions de personnes vivant avec le VIH, dont 1,8 millions d'enfants. 21,7 millions de personnes étaient sous traitement antirétroviral (15). Il existe cependant une grande variabilité géographique : près de 70% des individus infectés se trouvent en Afrique subsaharienne (14) (15).

1.2.2. Le VIH en France

En France, 150 000 personnes vivent avec le VIH et parmi elles 25 000 l'ignorent. On estime à 6000 le nombre de personnes nouvellement contaminées par le VIH chaque année (14) (16).

Selon l'étude récente de Marty et al (17), en France, ces nouvelles contaminations surviennent : chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) (45%), les femmes (23%) et les hommes (16%) hétérosexuels nés hors de France, les hommes (8%) et les femmes (6%) hétérosexuels nés en France, les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDIV) (2%).

1.3. Dépistage et diagnostic

L'objectif du dépistage de l'infection à VIH est de diagnostiquer les personnes vivant avec le VIH le plus tôt possible afin de les traiter précocement. Le but étant d'une part de réduire la morbi-mortalité à l'échelle individuelle et d'autre part de diminuer la transmission du VIH à l'échelle de la collectivité (18).

1.3.1. Recommandations

En 2009, la Haute Autorité de Santé (HAS) a formulé de nouvelles recommandations de stratégies de dépistage de l'infection à VIH. Il s'agissait de proposer un dépistage à l'ensemble de la population générale âgée de 15 à 70 ans « au moins une fois dans la vie » lors d'un recours aux soins en dehors de toute notion d'exposition à un risque de contamination par le VIH. Et ce, en parallèle du maintien et du renforcement d'un dépistage régulier chez les populations les plus exposées (HSH, multipartenaires, UDIV, personnes originaires de zone à forte prévalence ...) (19).

1.3.2. Modalités de dépistage et diagnostic biologique

Différents types de tests de dépistages sont disponibles : le test sérologique Elisa de 4^{ème} génération, les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD), et les autotests de dépistage de l'infection à VIH (ADVIH) (20).

- Le test sérologique reste la référence et repose sur une stratégie en deux temps : une analyse de dépistage (par un test Elisa) et une analyse de confirmation (par un Western Blot). L'infection à VIH est établie lorsque les tests de dépistage et de confirmation sont positifs et que ces résultats sont confirmés sur un deuxième prélèvement distinct.
- Le TROD peut être réalisé sur sang total, fluide gingival, sérum ou plasma. Il est conçu pour donner un résultat dans un délai court (moins de 30 min) et peut être réalisé par toute personne exerçant dans un établissement médico-social. Tout résultat positif doit être confirmé par un test Elisa.
- L'ADVIH est un test pour lequel le prélèvement, la lecture et l'interprétation des résultats se font par l'individu lui-même. Il peut être réalisé sur sang total ou fluide gingival. Il fournit un résultat dans un délai court (moins de 30 min). Tout résultat positif doit être confirmé par un test Elisa.

Les TROD et les ADVIH n'ont pas pour objectif de remplacer les tests de dépistage sérologiques existants, mais de faciliter l'accès au dépistage. Ils sont des outils complémentaires adaptés aux populations les plus exposées et qui n'ont pas ou peu accès aux structures de soins et aux dispositifs de prévention.

1.4. Modes de transmission

Le VIH peut se transmettre par l'échange de divers liquides corporels provenant de personnes infectées tels que : sang, lait maternel, sperme et sécrétions vaginales.

C'est un virus fragile et sensible, qui n'a aucune résistance à l'extérieur du corps humain.

La quasi-totalité des contaminations se produit lors de rapports sexuels non protégés. Les autres modes de transmission sont : le partage de seringues ou de matériel d'injections chez les UDIV et la transmission materno-fœtale lors de la grossesse, de l'accouchement ou de l'allaitement.

1.5. Traitement

Aucun vaccin n'est disponible pour prévenir le VIH. En revanche l'existence de traitements antirétroviraux en prophylaxie pré-exposition ou en prophylaxie post-exposition peut prévenir l'infection au VIH.

1.5.1. La prophylaxie pré-exposition (PrEP)

La PrEP consiste en une utilisation préventive de traitements antirétroviraux chez les personnes non-infectées afin de réduire le risque de contamination par le VIH dans le cadre d'une exposition sexuelle. Cependant, elle ne prévient pas les autres infections sexuellement transmissibles telles que : syphilis, gonococcie, chlamydiae, herpès génital, hépatite B...

Elle est actuellement indiquée pour toutes les personnes de plus de 15 ans qui n'utilisent pas systématiquement le préservatif lors de leurs rapports sexuels et qui sont à haut risque d'acquisition du VIH par voie sexuelle (HSH, transgenres, UDIV, personnes en situation de prostitution, personnes ayant des rapports avec des personnes appartenant à un groupe à prévalence du VIH élevée) (21).

L'accès au Truvada® (association fixe d'emtricitabine et de fumarate de ténofovir disoproxil) dans la PrEP a été possible en France en Janvier 2016 à travers la mise en place d'une recommandation temporaire d'utilisation (RTU). Cette dernière a pris fin en février 2017 car depuis mars 2017 le Truvada® bénéficie d'une extension d'AMM. Il est le seul médicament autorisé en France pour la PrEP (21).

Il existe deux modalités d'administration, seule la prise en continue a été validée par une autorisation de mise sur le marché (AMM) :

- La prise continue : un comprimé de Truvada® tous les jours. L'OMS recommande de considérer que la protection optimale est obtenue après 7 jours de prise quotidienne chez l'homme et 21 jours chez la femme.

- La prise discontinue (hors AMM) : deux comprimés de Truvada® dans les 24h précédant le rapport sexuel, puis un comprimé toutes les 24h pendant l'activité sexuelle et ce jusqu'à 48h après le dernier rapport sexuel.

La France est le 1^{er} pays Européen à autoriser l'utilisation du Truvada® pour un usage en PrEP, et le premier à la prendre intégralement en charge.

La PrEP fait partie intégrante de la stratégie de l'ONUSIDA pour mettre fin à l'épidémie en 2030.

1.5.2. Le traitement post- exposition (TPE)

Aussi appelé le traitement d'urgence. Il associe trois antirétroviraux (deux inhibiteurs nucléotidiques de la transcriptase inverse et un inhibiteur de protéase). Il est donné à une personne séronégative après un risque de contamination élevé pour éviter le développement du virus. Le TPE doit être pris au plus vite après le risque. Après 72h il ne sera plus efficace (18).

1.5.3. Le traitement des patients séropositifs

Il s'agit d'un traitement antirétroviral combiné comportant l'association d'au moins trois antirétroviraux différents. Il ne permet pas d'éliminer l'infection par le VIH, mais permet d'empêcher la multiplication du virus, de réduire le taux de décès, de réduire la survenue d'infections opportunistes, de supprimer le virus circulant dans le sang (charge virale) donc de réduire le risque de transmission (18).

Grâce à l'amélioration des traitements antirétroviraux, l'infection par le VIH est désormais une maladie chronique avec une espérance de vie des personnes infectées similaire à celle de la population générale.

Actuellement plus de 20 antirétroviraux répartis en six classes médicamenteuses sont disponibles : Les inhibiteurs nucléosidiques/nucléotidiques de la transcriptase inverse (INTI), les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI), les inhibiteurs de la protéase (IP), les inhibiteurs de l'intégrase (INI) et les inhibiteurs de la fusion (IF) antagonistes du CCR5 (anti-CCR5).

En 2018, une trithérapie de 1^{ère} ligne reste une association de 2 INTI en raison de leur efficacité, leur tolérance et leur simplicité d'emploi, et d'un 3^{ème} agent (18).

2. L'hépatite C

2.1. Définition

L'hépatite C est une maladie du foie causée par un agent infectieux de la famille des Flaviviridae et du genre Hepacivirus appelé le virus de l'hépatite C (VHC) (22). Il a une variabilité génétique importante à l'origine de plusieurs génotypes et sous types. Six principaux génotypes ont été officiellement classifiés, les génotypes 1 et 3 sont les plus fréquents en France (23).

La détermination du génotype, auparavant importante pour le choix du traitement, est devenue inutile depuis l'apparition des nouveaux antiviraux à action directe (AAD) pangénotypiques.

Environ 15 à 30 % des personnes infectées par le VHC se débarrassent spontanément du virus dans les 6 mois qui suivent l'infection sans aucun traitement. Pour les autres, soit 70% à 85% des personnes infectées, l'infection évoluera vers la forme chronique de la maladie, avec comme principales complications : la cirrhose et le carcinome hépatocellulaire (CHC) (24).

2.2. Épidémiologie

L'hépatite C est un problème majeur de santé publique. Selon l'OMS, en 2018 il y avait 71 millions d'individus porteurs chroniques de l'hépatite C, ce qui représente 1% de la population mondiale. Environ 399 000 personnes en meurent chaque année, la plupart du temps par cirrhose ou CHC (24).

Cependant, il existe de grandes variations géographiques, la prévalence est plus forte en Asie et en Afrique qu'en Europe occidentale et Amérique du Nord (25).

En France en 2011, la prévalence des Ac anti-VHC a été estimée à 0,75% ce qui correspond à 344 500 personnes infectées par le VHC. La prévalence de 0,42% pour l'ARN VHC correspond à 192 700 personnes ayant une infection chronique. Environ 75000 personnes infectées ne connaissent pas leur statut (26).

Les patients usagers de drogues (UD) et les patients incarcérés constituent les principaux réservoirs du VHC en France. L'enquête Coquelicot menée en 2011 (27) auprès des UD a permis d'estimer la séroprévalence du VHC à 44% et l'enquête Prevacar réalisée en 2010 estimait cette prévalence à 4,8% dans la population carcérale (9).

2.3. Dépistage et diagnostic

Le dépistage est absolument essentiel, il concourt à la réduction de l'incidence. En effet, la connaissance de la sérologie favorise une réduction des comportements à risque. De plus, il permet d'identifier les personnes infectées pouvant bénéficier d'un traitement, ce qui concourt à réduire l'incidence des contaminations par la guérison liée au traitement.

Le diagnostic de l'hépatite C repose sur la détection des Ac anti-VHC. Si ceux-ci sont positifs, ils prouvent une contamination par le VHC. Il faut alors rechercher l'ARN du VHC qui, si elle est positive, témoigne d'une hépatite C active. C'est la persistance de cet ARN VHC au-delà de 6 mois qui définit une infection chronique (23).

2.3.1. Les différents tests de dépistage diagnostique

- Le test ELISA : c'est un test immunoenzymatique de 3^{ème} génération. Il repose sur la détection d'Ac anti-VHC réalisée sur un prélèvement veineux. Ils témoignent d'un contact avec le virus de l'hépatite C. En cas de positivité, il doit être confirmé par un second test et être associé à la mesure de la charge virale (ou ARN VHC quantitatif). Cette dernière sert à déterminer la quantité de virus présente dans le sang. Positive elle signifie une hépatite C active, négative une hépatite C guérie.
- Les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) : ils sont capables de détecter les Ac anti-VHC dans un grand nombre de matrices biologiques telles que le sang total veineux ou capillaire, le sérum, le plasma, la salive ou le liquide cravicaire (liquide sécrété entre le sillon antérieur de la gencive et de la lèvre). Compte tenu de leur facilité d'accès et d'emploi, la HAS les positionne comme une offre de dépistage complémentaire intéressante pour certains individus éloignés des structures habituelles de dépistage. Néanmoins, en cas de positivité, ils nécessitent une confirmation systématique par un test ELISA (28).

2.3.2. Évaluation de la fibrose hépatique

En cas d'hépatite C chronique active, il faut évaluer le degré de fibrose hépatique. La biopsie hépatique a longtemps été l'examen de référence, mais il s'agit d'une procédure invasive. C'est pour cette raison que des techniques non invasives ont été développées et sont désormais à privilégier (29) :

- Le Fibrotest® : C'est un test sanguin qui estime le degré de fibrose hépatique d'après les valeurs de dosages de 5 paramètres (alpha-2-macroglobuline, haptoglobine, apolipoprotéine-A1, bilirubine totale, g-glutamyl-transpeptidase) avec un ajustement sur le sexe et l'âge. Le score varie de 0 à 1.
- Le Fibroscan® : Elastographie impulsionnelle ultrasonore, c'est une technique qui permet d'évaluer le degré de fibrose hépatique en mesurant le degré d'élasticité du foie grâce à une sonde d'échographie adaptée.
- Le Fibromètre® : C'est un test sanguin qui estime le degré de fibrose hépatique d'après les valeurs de dosages de 9 paramètres (alpha-2-macroglobuline, l'acide hyaluronique, ASAT, ALAT, bilirubine totale, GGT, plaquettes, taux de prothrombine urée) avec un ajustement sur le sexe et l'âge. Le score varie de 0 à 1.
- Le score Fibrosis-4 (FIB-4) :
$$\frac{\text{Age (ans)} \times \text{ASAT (UI/L)}}{\text{Nombre de plaquettes (10}^9\text{/L)} \times \sqrt{\text{ALAT (UI/L)}}}$$

Les valeurs obtenues sont converties en score Métavir dont dépendra le choix du traitement.

Tableau 1 : Score Métavir de fibrose

Fibrose absente	F0
Fibrose minime	F1
Fibrose modérée	F2
Fibrose sévère	F3
Cirrhose	F4

2.4. Modes de transmission

Le VHC est un virus qui se transmet essentiellement par voie sanguine :

Avant 1992, la transmission du virus par transfusion de produits sanguins a joué un rôle majeur dans la diffusion de l'infection. Depuis la mise en place du dépistage systématique des Ac anti-VHC et de la recherche de l'ARN du VHC lors des dons de sang, l'hépatite post-transfusionnelle est devenue extrêmement rare.

Actuellement, l'usage de drogue par voie intraveineuse est le mode de contamination le plus fréquent (23) (26) : partage des seringues et/ou du matériel de préparation. La transmission par usage de drogue par voie nasale (le sniff) gagne du terrain, directement liée au partage de paille.

La transmission de la mère à l'enfant est rare (< 5%), elle est dépendante de la charge virale de la mère au moment de l'accouchement.

La transmission par voie sexuelle est moindre mais est accrue lors de rapports traumatiques et/ou si il y a une co-infection VIH (25).

2.5. Traitement

Aucun vaccin n'est encore disponible pour prévenir l'infection au VHC, mais après une longue évolution thérapeutique des traitements existent désormais pour traiter de manière curative l'infection et prévenir les dommages chroniques (25) (30) (31) (32) (33).

En 2004 : L'association d'interféron pégylé et de ribavarine était la bithérapie de référence. Avec une durée de traitement de 24 à 48 semaines, elle était efficace dans seulement 40% des cas et causait de lourds effets indésirables (anémie, hyperuricémie, asthénie, anorexie, insomnie).

En 2011 : La bithérapie (interféron pégylé et ribavarine) associée à un anti-protéase (télaprévir ou bocoprévir) offrait une nouvelle option thérapeutique. Cette trithérapie permettait d'atteindre des taux de guérison de 70%.

En 2014 : Les antiviraux à action directe (AAD) sont arrivés sur le marché. Ils sont prescrits pour une durée de 8 à 12 semaines, ils sont d'utilisation simple, efficaces et excessivement bien tolérés avec un taux de guérison virologique (ARN du VHC indétectable 12 semaines après la fin du traitement) atteignant 90-95%. Cependant, ils sont très onéreux. En 2014, leurs indications restaient limitées aux stades de fibrose F2 sévère et F3-F4, manifestations extra-hépatiques, patients dialysés, co-infection avec le VIH et lymphome B.

En 2016 : Arrivée des AAD pangénotypiques. Seuls les patients à haut risque de transmission (UD, détenus...) pouvaient être traités quel que soit leur stade de fibrose.

En 2017 : Accès universel aux AAD pour tous les patients, quel que soit le stade de gravité de leur maladie. Cette décision est importante tant au niveau individuel, car chaque patient peut désormais accéder librement au traitement, que collectif puisque cette décision a pour objectif l'éradication du VHC en éliminant ses réservoirs (30).

En 2018 : Le Professeur Salomon, Directeur Général de la Santé (DGS), a annoncé lors du colloque national du 15 Mai qu'il souhaitait ouvrir la prescription des AAD à tous les médecins afin de simplifier les parcours de soins de proximité pour les patients atteints d'hépatite C sans complications. Cette mesure s'inscrit dans une perspective d'élimination de l'hépatite C en France à l'horizon de 2025 (34).

En 2019 : Élargissement de la prescription des traitements pangénotypiques aux généralistes dans le cadre d'un parcours de soins simplifié pour les patients naïfs de traitement antiviral antérieur et sans comorbidités (coinfection VIH-VHB, insuffisance rénale sévère DFG < 30 ml/min, cirrhose décompensée, ATCD de transplantation, CHC).

Deux options thérapeutiques pangénotypiques sont recommandées :

- EPCLUSA® : 1 comprimé / jour pendant 12 semaines
- MARIVET® : 3 comprimés / jour pendant 8 semaines

La mesure de l'ARN VHC 12 semaines après l'arrêt du traitement est indispensable. Si cette dernière est indétectable elle signe la guérison. Néanmoins, il est important d'informer les patients du risque de réinfection possible en cas de persistance de comportements à risque.

3. L'hépatite B

3.1. Définition

C'est une infection hépatique causée par le virus de l'hépatite B (VHB), appartenant à la famille des Hepadnavirus.

A l'âge adulte, dans 90 à 95% des cas on obtient une guérison spontanée après une infection aiguë. Dans les 5 à 10% des cas restants, l'évolution se fait vers une hépatite B chronique. A l'inverse chez l'enfant, en cas de contamination à la naissance ou dans la petite enfance, on obtient dans moins de 5% des cas une guérison spontanée après une infection aiguë (35).

L'hépatite B représente un problème majeur de santé publique de part son caractère endémique. La morbidité et la mortalité de l'hépatite B sont liées au risque d'évolution vers une cirrhose ou un carcinome hépatocellulaire (36).

3.2. Épidémiologie

Dans le monde, on estime à 2,5 milliards le nombre de personnes infectées ou ayant été infectées par le virus de l'hépatite B, soit 1/3 de la population mondiale.

Selon l'OMS, 257 millions de personnes vivent avec une infection par le virus de l'hépatite B (36).

En France, l'hépatite B chronique touche environ 0,65% des adultes âgés de 18 à 80 ans, soit environ 280 000 personnes (36) (37). Avec approximativement 2500 nouveaux cas par an (35) (37).

Il existe une grande disparité géographique, c'est dans les régions du Pacifique occidental et de l'Afrique que les prévalences sont les plus élevées (36).

3.3. Dépistage et diagnostic

L'objectif du dépistage de l'hépatite B est double, d'une part il s'agit de réduire sa morbi-mortalité et d'autre part son incidence.

3.3.1. Le dépistage sérologique

Il s'effectue en laboratoire sur un prélèvement veineux, la sérologie est le seul moyen d'évaluer le statut immunologique du patient et de différencier un patient immunisé d'un patient infecté ou guéri.

Selon la HAS, le dépistage de l'hépatite B passe par la recherche concomitante de trois marqueurs (38) :

- L'antigène HBs (Ag HBs) : l'antigène de surface qui indique la présence du virus et est le témoin d'une infection en cours.
- L'anticorps anti HBs (Ac anti HBs) : il reflète une immunité, secondaire à une vaccination ou à une guérison.
- L'anticorps anti HBc (Ac anti HBc) : il reflète un contact avec le virus sans présager de l'évolution vers le chronicité ou la guérison. Les IgM sont le témoin d'une hépatite aiguë et les IgG persistent à vie après le contact.

Tableau 2 : Récapitulatif de l'interprétation des marqueurs sérologiques de l'infection VHB.

Ag HBs -	Ac anti HBs -	Ac anti HBc -	Pas d'hépatite, pas de vaccin
Ag HBs -	Ac anti HBs +	Ac anti HBc -	Anticorps dus au vaccin
Ag HBs +	Ac anti HBs -	Ac anti HBc +	Hépatite B évolutive
Ag HBs -	Ac anti HBs +	Ac anti HBc +	Hépatite B guérie

L'hépatite B chronique est définie par la persistance pendant plus de 6 mois de l'Ag HBs. Elle est en règle générale asymptomatique jusqu'au stade de complications. Cela explique pourquoi la plupart des porteurs chroniques du VHB ne sont pas diagnostiqués ni pris en charge ou traités.

3.3.2. Les tests rapides d'orientation diagnostique : TROD

Le prélèvement s'effectue sur le sang total capillaire, le résultat est obtenu en moins de 30 minutes. Les TROD ne détectent que l'Ag HBs, permettant d'identifier les personnes infectées par le virus, mais pas celles qui n'ont jamais été contaminées par le VHB et qui pourraient bénéficier d'une vaccination. C'est pourquoi, ce dépistage ne peut aucunement se substituer au dépistage sérologique classique en raison de l'indisponibilité de tests rapides permettant de détecter l'ensemble des trois marqueurs de l'hépatite B (39).

3.4. Modes de transmission

Le virus de l'hépatite B est un agent infectieux très contagieux, il est transmis par contact avec les liquides biologiques d'une personne infectée (sang, sperme, sécrétions vaginales, lait maternel). Cette contagiosité est liée à la résistance du virus dans le milieu extérieur et à sa capacité de garder son pouvoir infectieux pendant plus de sept jours (36).

Il existe quatre modes de transmission classiquement identifiés :

- La voie sexuelle, lors de rapports sexuels non protégés.
- La voie parentérale, chez les usagers de drogue par voie intraveineuse ou par voie nasale lors du partage de matériels d'injections ou de sniff. Mais aussi lors de tatouages, piercings par défaut de stérilisation du matériel.
- La voie périnatale, transmission de la mère à l'enfant lors de l'accouchement.
- La transmission horizontale, chez les individus habitant sous le même toit. La transmission se fait le plus souvent par le partage d'objets de toilette ou par lésions cutanées.

3.5. Traitement

3.5.1. Vaccination

L'hépatite B est une pathologie évitable par la prévention et la vaccination.

Depuis 1982, on dispose d'un vaccin contre l'hépatite B. Ce dernier est efficace à 95% (36).

Depuis le 1^{er} Janvier 2018, huit vaccinations, (coqueluche, haemophilus influenzae de type B, pneumocoque, méningocoque C, rubéole, oreillons, rubéole, hépatite B) auparavant recommandées, sont devenues obligatoires et la vaccination contre l'hépatite B en fait partie.

Pour les nourrissons, l'utilisation d'un vaccin combiné hexavalent comprenant l'hépatite B permet son immunisation grâce à une seule injection aux âges de 2, 4 et 11 mois (40). Après une vaccination bien conduite, la durée de protection contre le VHB est longue (>20 ans), aucun rappel n'est nécessaire.

Le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) recommande l'application d'un schéma accéléré comportant l'administration de trois doses en 21 jours (J0-J7-J21 pour ENGERIX B® 20 µg ou J0-J10-J21 pour GENHEVAC B Pasteur®) avec un rappel indispensable à M12 pour les populations adultes, non préalablement vaccinées, sans marqueur de l'hépatite B, devant être rapidement protégées. Les personnes détenues en font partie.

3.5.2. Traitement de l'hépatite B chronique

L'objectif du traitement est de diminuer la réplication virale du VHB afin de freiner l'activité de la maladie et prévenir l'évolution vers la cirrhose et le carcinome hépatocellulaire. A l'heure actuelle, il n'y a pas de guérison possible.

Le traitement de l'hépatite B chronique repose sur deux grands types d'antiviraux : l'interféron alpha pégylé ou les analogues nucléosidiques/nucléotidiques (23).

- L'interféron : il permet d'obtenir une réponse virologique (négativation de l'ADN du VHB) prolongée après l'arrêt du traitement, d'une durée d'un an, mais est efficace chez seulement ¼ des patients et a de lourds effets secondaires (syndrome pseudo grippal, insomnie, irritabilité, baisse de la libido...).
- Les analogues nucléosidiques/nucléotidiques : ils permettent d'obtenir une réponse virologique stable dans le temps et chez la majorité des patients. Ils sont sans effets secondaires mais se prennent à vie.

PARTIE 2 : ARTICLE

RÉSUMÉ

Contexte : Les prisons françaises sont des lieux à forte prévalence du VIH/Sida et des hépatites virales. La surpopulation carcérale, elle-même surreprésentée par des catégories socioprofessionnelles démunies ayant un niveau éducatif peu élevé, et l'existence de pratiques à risques au sein des établissements font du milieu carcéral un lieu à haut risque de transmission virale.

Objectif : Il était d'évaluer l'état des connaissances des détenus du Centre de Détention de Toul à propos du VIH/Sida et des hépatites B et C.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude unicentrique, descriptive, quantitative et transversale qui a été réalisée à partir d'un questionnaire individuel, anonyme et auto-administré. Ce dernier explorait les connaissances sur les modes de transmission, et les possibilités de prévention et de traitement de ces maladies. Pour faciliter la comparaison des résultats, trois scores sur 15 points ont été calculés, évaluant le niveau de connaissance des détenus concernant les trois virus.

Résultats : Sur les 400 questionnaires distribués, 156 ont été retournés à l'USMP. Au total, l'analyse a été réalisée sur 135 questionnaires, soit un taux de 33,75%. L'échantillon se composait exclusivement d'individus de sexe masculin tous âgés de plus de 18 ans.

Les modes de transmission du VIH/Sida et des hépatites B et C étaient mal connus des participants puisque, respectivement, les taux de bonnes réponses étaient de 64,07%, 50,19% et 51,11%. La possibilité de recourir à une vaccination pour se protéger de l'hépatite B était connue de seulement un détenu sur deux (53,33%) et seul un détenu sur cinq (20%) savait qu'aucun vaccin n'était encore disponible pour prévenir l'hépatite C. Ils étaient encore 45,93% à croire à l'existence d'un traitement pour guérir l'hépatite B et une petite minorité (43,7%) à connaître l'existence d'un traitement pour guérir l'hépatite C. Enfin, la majorité des répondants (67,41%) estimait à juste titre qu'il n'existait pas de traitement pour guérir du VIH/Sida et pour 71,11%, aucun vaccin n'était encore disponible.

D'une manière générale, les détenus du CDT avaient de meilleures connaissances sur le VIH/Sida que sur les hépatites virales mais le niveau de connaissance globale au sujet de ces trois virus restait globalement insatisfaisant. Le calcul de moyenne des scores de connaissances obtenu pour chaque virus était de 10,35/15 pour le VIH, et de respectivement 7,5/15 et 7,7/15 pour les hépatites B et C.

Que ce soit pour le VIH/Sida ($p=0,00056$) ou les hépatites B ($p=0,01142$) et C ($p=0,0040$), l'existence d'un lien statistiquement significatif ($p < 0,05$) entre le niveau d'étude des répondants et leurs connaissances vis à vis de ces maladies a été démontrée. En revanche, aucune association statistiquement significative ($p > 0,05$) entre l'âge des participants et leurs connaissances n'a été mise en évidence.

Conclusion : Les connaissances des détenus du CDT sur le VIH/Sida et les hépatites B et C sont insuffisantes et justifient un renforcement de la sensibilisation, l'information et l'éducation des détenus sur ces maladies afin d'en réduire le risque de transmission.

INTRODUCTION

Le VIH ainsi que les hépatites B et C constituent un problème majeur de santé publique. En France, la dernière estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH était de 149 000. Parmi ces personnes, 20% ignoraient leur séropositivité (14) (16). Par ailleurs, les prévalences des hépatites B et C étaient respectivement de 0,65% et 0,75% (36) (26).

Les prisons sont des lieux à haute prévalence du VIH et des hépatites virales. Une comparaison des données existant entre le milieu libre et le milieu carcéral permet d'estimer que la prévalence du VIH en milieu pénitentiaire est 3 à 5 fois supérieure à celle constatée en milieu libre, et celle du VHC 4 à 6 fois supérieure (9). Cependant, aucune comparaison n'a encore été effectuée pour le VHB car il n'existe pas de données nationales de prévalence de portage de l'Ag HBs chez les personnes détenues (23).

Les différentes études s'accordent à dire que ces écarts de prévalences sont liés d'une part à la surpopulation carcérale, elle-même surreprésentée par des catégories socioprofessionnelles démunies ayant un niveau éducatif peu élevé ; d'autre part, à l'existence de pratiques à risques au sein des établissements majorant le niveau de transmission, telles que : les rapports sexuels non protégés, la forte proportion d'usagers de drogues par voie intraveineuse et nasale, le partage de matériels (rasoir, brosse à dents...) mais aussi les tatouages et les piercings réalisés dans des conditions d'asepsie précaires.

L'enjeu de santé publique représenté par ces virus a contribué à la mise en œuvre de la réforme du système de soins en milieu pénitentiaire, initiée par la loi n°94-43 du 18 Janvier 1994 (10). Cette dernière avait pour but d'offrir aux détenus une qualité et une continuité de soins équivalentes à celles dont dispose l'ensemble de la population. Depuis, chaque établissement pénitentiaire est doté d'une Unité Sanitaire assurant les soins somatiques et psychiatriques.

Afin de lutter contre le VIH et les hépatites virales dans les prisons françaises, une politique de réduction des risques a été mise en place. D'après une circulaire conjointe des ministères de la Santé et de la Justice datant de Décembre 1996 (41) et le Guide Méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice actualisé en 2017 (13), les principales mesures de prévention préconisées vis-à-vis de ces affections virales passent par leurs dépistages sérologiques systématiques, la mise à disposition des traitements de substitution aux opiacés, la disponibilité du traitement post-exposition, le libre accès aux préservatifs et la distribution d'eau de Javel. Par ailleurs, la vaccination contre l'hépatite B est systématiquement proposée chez les patients non immunisés.

Cependant, la disponibilité et l'accessibilité à ces mesures de réduction des risques restent limitées et font toujours de la prison un lieu à haut risque de transmission virale (42).

Aucune étude en France ne s'est encore penchée sur les connaissances des détenus concernant ces maladies. Et pourtant, il serait intéressant de disposer de ces données afin d'améliorer la prévention du risque infectieux et ainsi de réduire la prévalence de ces pathologies infectieuses en passant par la sensibilisation des personnes détenues.

L'objectif principal de ce travail était d'évaluer l'état des connaissances des détenus du Centre de Détention de Toul à propos du VIH/Sida et des hépatites B et C.

MATERIEL ET METHODE

1. Description de l'étude

Il s'agissait d'une étude unicentrique, descriptive, quantitative et transversale qui a été réalisée à partir d'un questionnaire anonyme et auto-administré.

1.1. Autorisations

Une déclaration auprès de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) a été déposée en Juillet 2018 (Annexe 2) et la Directrice du Centre de Détention de Toul a autorisé la réalisation de l'étude.

1.2. Lieu de l'étude

L'enquête a été réalisée au Centre de Détention de Toul du 22 au 25 Février 2019. Cette prison a une capacité théorique d'accueil de 427 places, n'accueillant que des hommes majeurs. Elle se compose de deux bâtiments principaux (A et C), d'un quartier disciplinaire (QD) et d'isolement (QI) ainsi que d'une unité de vie familiale.

1.3. Population étudiée

1.3.1. Les critères d'inclusion

Nous avons inclus tous les détenus du Centre de Détention de Toul séjournant dans les bâtiments A et C ainsi que ceux placés au quartier disciplinaire et d'isolement au moment de l'étude.

1.3.2. Les critères d'exclusion

Nous avons décidé d'exclure les détenus en permission de sortie ou en unité de vie familiale au moment de l'étude.

En l'absence de liste exhaustive, il nous a été impossible d'exclure les hommes ne parlant pas ou ne lisant pas le français.

1.4. L'objectif de l'étude

L'objectif principal de notre travail était d'étudier les connaissances des détenus du Centre de Détention de Toul concernant le VIH/Sida et les Hépatites B et C.

L'une des retombées attendues de ce travail serait d'adapter l'information délivrée aux détenus à leurs connaissances et les éduquer de la façon la plus pertinente qui soit afin de réduire le risque de transmission.

2. Élaboration et description du questionnaire

2.1. Description

Puisqu'aucun questionnaire dans la littérature ne correspondait à notre étude, nous en avons élaboré un en nous appuyant sur des tests utilisés lors de précédentes études sur le VIH/Sida et les hépatites B et C.

Il était anonyme et individuel, il explorait les connaissances au sujet des modes de transmissions des virus des hépatites B et C et du VIH, et des possibilités de prévention et de traitement de ces maladies.

Le questionnaire était précédé d'une page de garde avertissant les répondants de l'intérêt de l'étude et de son anonymat.

Un exemplaire du test a été envoyé à la Directrice et à la Directrice Adjointe du Centre de Détention et validé par leurs soins.

2.2. Élaboration

Avant sa distribution, une ébauche de questionnaire a été testée auprès de proches. Le but était d'estimer la durée du test et d'évaluer son niveau de compréhension.

L'échantillon était représenté par vingt personnes, toutes âgées de 20 à 60 ans. Aucune d'entre elles n'était issue du milieu médical.

Il a fallu pour chacune d'entre elles entre 5 et 10 minutes pour répondre à la totalité des questions. En tenant compte de leurs remarques constructives, la version finale du questionnaire a été élaborée (Annexe 3).

L'anonymat a été respecté du fait qu'aucun nom, prénom ou date de naissance n'ont été demandés.

Au total, le questionnaire ne comportait que des questions à réponses fermées, toutes étaient à choix unique.

Les 6 premières servaient à établir le profil des détenus. Pour chacun des trois virus, 15 questions et/ou sous questions étaient posées.

3. Score de connaissance

Afin de pouvoir évaluer et comparer les résultats obtenus, il a été décidé d'attribuer un score évaluant le niveau de connaissance des détenus concernant le VIH/Sida et les hépatites B et C.

Ainsi, trois scores sur 15 points ont été calculés séparément pour établir les niveaux de connaissances au sujet de chaque virus.

De cette façon :

- 1 point a été accordé en cas de bonne réponse
- 0 point a été accordé en cas d'absence de réponse ou de mauvaise réponse

Nous avons prédéfini trois niveaux de connaissance pour chaque virus en fonction du nombre de points obtenus. Nous estimions arbitrairement qu'un score :

- Entre 0 et 7,5 points reflétait une mauvaise connaissance du VIH/Sida et/ou des hépatites virales
- Entre 8 et 11,5 points reflétait une connaissance partielle du VIH/Sida et/ou des hépatites virales
- Entre 12 et 15 points reflétait une bonne connaissance du VIH/Sida et/ou des hépatites virales

4. Distribution du questionnaire

Préalablement à sa distribution, pour inciter un maximum de détenus à participer à l'étude, des affiches ont été placardées au sein de l'établissement et des messages audio-visuels ont été diffusés sur le canal vidéo interne afin que les répondants soient avertis de notre travail (Annexe 4).

Le 22 Février 2019, lors de la distribution des repas en cellule, les auxiliaires d'étages ont remis aux 400 détenus de l'étude un exemplaire du questionnaire. Ils disposaient alors d'un délai 4 jours pour y répondre. Les détenus avaient le choix entre restituer le questionnaire directement au sein de l'USMP ou le déposer dans une des boites aux lettres du Centre.

La participation à l'enquête n'avait pas de caractère obligatoire.

5. Analyse des données

Chaque questionnaire reçu a été nommé par la mention « patient » suivie d'un numéro. L'analyse des données et le calcul des scores ont été consignés dans une base de données créée grâce au logiciel Microsoft Excel.

Le test du Khi 2 a été utilisé pour les analyses comparatives à l'aide du site BiostaTGV.

- Conditions de validité du test : effectifs théoriques ≥ 5
- Risque $\alpha = 0,05$ (5%)
- Le seuil de significativité des tests statistiques choisi est $p < 0,05$
- O_i = Effectifs observés
- T_i = Effectifs théoriques
- Calcul de la statistique : $\sum \frac{(O_i - T_i)^2}{T_i}$

RESULTATS

Sur les 400 questionnaires distribués, 156 ont été retournés à l'USMP, soit un taux de réponses de 39%.

Au total, l'analyse a été réalisée sur 135 questionnaires (33,75%).

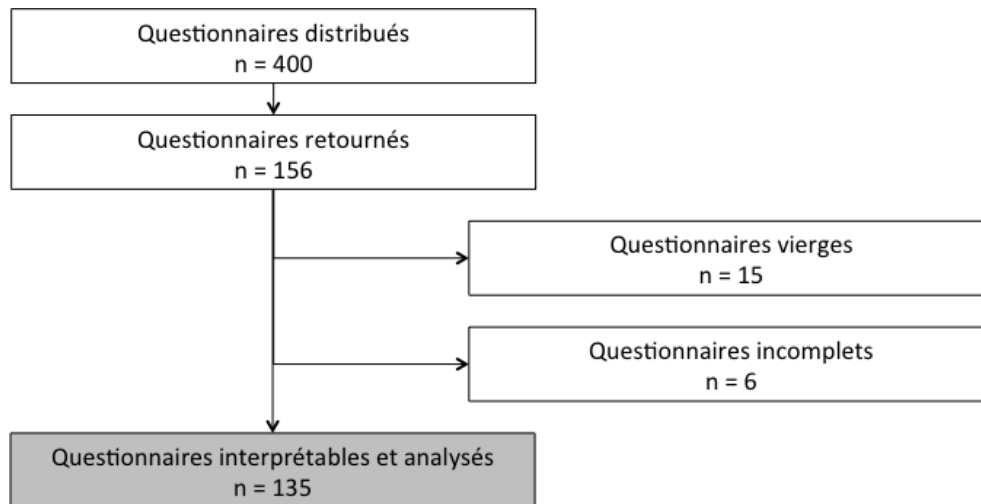


Figure 1 : Diagramme de flux des questionnaires inclus

6. Caractéristiques de la population étudiée

6.1. Âge et sexe

Le Centre de Détention de Toul n'accueille que des hommes majeurs, l'échantillon se composait donc exclusivement d'individus de sexe masculin tous âgés de plus de 18 ans. Notons que 26,67% d'entre eux avaient entre 20 et 40 ans; 45,19 % entre 40 et 60 ans et 28,15% plus de 60 ans.

6.2. Niveau d'étude

On observe que 27,41% des participants étaient sans diplôme ; 42,22% avaient un CAP ; 15,56% avaient obtenu le baccalauréat et 14,81% avaient suivi des études supérieures.

6.3. Prévalence des dépistages pour le VIH et les hépatites B et C

La majorité des détenus déclarait avoir déjà effectué des dépistages pour ces trois maladies. Nous notons une prédominance pour le dépistage du VIH (74,81%) suivi par l'hépatite B avec un taux de 66,67% et 56,3% pour l'hépatite C.

7. Connaissances du VIH/Sida

7.1. Séropositivité pour le VIH

51,1% de l'échantillon étudié savaient que la séropositivité correspondait à la présence dans le sang d'anticorps spécifiques au VIH.

Cependant, certaines fausses idées persistaient. Pour 16,3% des détenus, la séropositivité signifiait que l'on était porteur d'un groupe sanguin rhésus positif, 22,96% la percevaient comme l'absence de la maladie et 9,63 % ne savaient pas répondre à la question.

7.2. Espérance de vie

42,96% des détenus affirmaient qu'une personne séropositive traitée avait la même espérance de vie qu'une personne non malade.

7.3. Modes de Transmission

Sur les huit questions posées à propos des modes de transmission du VIH, aucun détenu n'a réussi à répondre correctement à l'ensemble des items. Nous observons un taux de réponses justes à 64,07%.

Tableau 3 : Connaissances sur les modes de transmission du VIH

Connaissances sur les modes de transmission du VIH	OUI	NON	Ne sait pas
Rapport sexuel non protégé	131 (97,04 %)	1 (0,74 %)	3 (2,22 %)
Salive	23 (17,04 %)	80 (59,26 %)	32 (23,7 %)
Partage de seringue	124 (91,85 %)	2 (1,48 %)	9 (6,67 %)
Contact cutané	9 (6,67 %)	95 (70,37 %)	31 (22,96 %)
Piqûre de moustique	44 (32,59 %)	43 (31,85 %)	48 (35,56 %)
Usage commun d'une brosse à dent	74 (54,81 %)	30 (22,22 %)	31 (22,96 %)
Tatouage / Piercing	96 (71,11 %)	15 (11,11 %)	24 (17,78 %)
Usage commun d'une paille pour un « sniff »	49 (36,3 %)	37 (27,41 %)	49 (36,3 %)

7.4. Prévention

L'utilisation de préservatifs s'avérait bien connue pour la lutte contre la transmission du VIH (94,81%).

Cependant, 16,3% des détenus ne savaient pas si la pilule contraceptive protégeait contre la transmission du VIH, et 6,67% l'affirmaient. De plus, 18,52% des répondants s'interrogeaient quant à l'utilisation de la pilule du lendemain comme moyen de lutte.

7.5. Traitement et vaccination

Pour 67,41% des patients, il n'existait pas de traitement pour guérir du VIH/Sida ; 20,74% ne savaient pas répondre à la question ; et 11,85% affirmaient qu'il existait un traitement curatif.

Pour 71,11% des patients, il n'existait pas de vaccin contre le VIH ; 19,26% ne savaient pas répondre à la question mais 9,63% affirmaient qu'on pouvait être vacciné contre le VIH.

8. Connaissances de l'Hépatite C

Concernant les cinq questions posées sur les généralités de l'hépatite C, le taux de réponses justes était de 59,19%. 72,59% des répondants pensaient qu'il était possible d'avoir une hépatite C sans s'en apercevoir et 79,26% affirmaient que son dépistage s'effectuait par une simple prise de sang. Ils étaient 66,67% à savoir que le VHC était un virus.

Néanmoins, seulement 54,07% des détenus déclaraient que l'hépatite C augmentait le risque de cirrhose et de cancer du foie, et seuls 25,93% savaient que l'hépatite C ne correspondait pas à un stade avancé de l'hépatite B.

8.1. Modes de transmission

Sur les huit questions posées sur les modes de transmission de l'hépatite C. Le taux de bonnes réponses était de 51,11%.

Tableau 4 : Connaissances sur les modes de transmission du VHC

Connaissances sur les modes de transmission du VHC	OUI	NON	Ne sait pas
Rapport sexuel non protégé	80 (59,26 %)	15 (11,11 %)	40 (29,63 %)
Salive	43 (31,85 %)	37 (27,41 %)	55 (40,74 %)
Partage de seringue	97 (71,85 %)	9 (6,67 %)	29 (21,48 %)
Contact cutané	8 (5,93 %)	89 (65,93 %)	38 (28,15 %)
Piqûre de moustique	32 (23,7 %)	45 (33,33 %)	58 (42,96 %)
Usage commun d'une brosse à dent	69 (51,11 %)	24 (17,78 %)	42 (31,11 %)
Tatouage / Piercing	81 (59 %)	13 (9,63 %)	41 (30,37 %)
Usage commun d'une paille pour un « sniff »	54 (40 %)	24 (17,78 %)	57 (42,22 %)

8.2. Traitement et Vaccination

43,7% des participants affirmaient l'existence d'un traitement pour guérir l'hépatite C ; 15,56% déclaraient qu'il n'en existait pas et 40,74% ne se prononçaient pas.

Seulement 20% des détenus assuraient qu'aucun vaccin n'était encore disponible pour contrer le virus de l'hépatite C

9. Connaissances de l'hépatite B

Sur les cinq questions portant sur les généralités de l'hépatite B, on notait 57,19 % de réponses justes. La notion de virus était connue par 66,67% de l'échantillon ; 69,63% affirmaient qu'il était possible d'avoir une hépatite B sans s'en apercevoir et 80,74% savaient que son dépistage s'effectuait par une prise de sang.

Ils étaient une minorité (40,74%) à déclarer que l'hépatite B augmentait le risque de cirrhose et de cancer du foie. Et seulement 28,15% savaient que l'hépatite B ne correspondait pas à un stade précédant l'hépatite C.

9.1. Modes de transmission

Huit questions ont été posées sur les modes de transmission de l'hépatite B, on observait 50,19 % de réponses exactes.

Tableau 5 : Connaissances sur les modes de transmission du VHB

Connaissances sur les modes de transmission du VHB	OUI	NON	Ne sait pas
Rapport sexuel non protégé	84 (62,22 %)	17 (12,59%)	34 (25,19 %)
Salive	38 (28,15 %)	45 (33,33 %)	52 (38,52 %)
Partage de seringue	95 (70,37 %)	7 (5,19 %)	33 (24,44 %)
Contact cutané	13 (9,63 %)	78 (57,78 %)	44 (32,59 %)
Piqûre de moustique	36 (26,67 %)	44 (32,59 %)	55 (40,74%)
Usage commun d'une brosse à dent	70 (51,85 %)	20 (14,81%)	45 (33,33 %)
Tatouage / Piercing	77 (57,04 %)	20(14,81 %)	38 (28,15 %)
Usage commun d'une paille pour un « sniff »	49 (36,3 %)	24 (17,78 %)	62 (45,93 %)

9.2. Traitement et vaccination

La possibilité de recourir à une vaccination pour se protéger de l'hépatite B était connue chez 53,33% des participants.

Ils étaient 45,93% à croire à l'existence d'un traitement pour guérir l'hépatite B et 45,19% des répondants ne savaient pas répondre à la question.

10. Moyennes des niveaux de connaissances pour le VIH/Sida et les hépatites B et C

Un calcul de moyenne des scores de connaissance a été réalisé pour chaque virus. Ainsi, nous retrouvons une moyenne de 10,35/15 pour la partie concernant le VIH/Sida ; de 7,5/15 pour l'hépatite B et de 7,7/15 pour l'hépatite C.

11. Connaissances théoriques et connaissances observées

Concernant les questions 3,4 et 5 du questionnaire, les détenus devaient évaluer le niveau de connaissance qu'ils pensaient avoir concernant le VIH/Sida et les hépatites B et C. Ils avaient le choix entre 3 réponses : Aucun, Partiel ou Total.

Pour chaque patient, nous avons pu comparer leurs connaissances théoriques à leurs connaissances réelles (à l'aide des scores obtenus).

11.1. VIH/Sida

Plus de la majorité (57,04 %) des répondants avaient une bonne appréciation de leurs connaissances concernant le VIH/Sida.

42,96 % n'avaient pas su s'évaluer, parmi eux : 18,52 % s'étaient sous-évalués et 24,44 % surévalués.

11.2. VHB

Ils étaient 57,78 % à avoir une bonne évaluation de leurs connaissances concernant le virus de l'hépatite B. Parmi les 42,22 % restants, 10,37 % s'étaient sous-évalués et 31,85 % surévalués.

11.3. VHC

Concernant le virus de l'hépatite C, ils étaient 46,67 % à s'être mal évalués. Parmi eux, 14,07 % s'étaient sous-estimés et 32,60 % surestimés. Néanmoins, 53,33 % des répondants avaient une bonne appréciation de leurs connaissances.

12. Facteurs associés aux connaissances des détenus

12.1. Influence de l'âge

Un test de Khi 2 d'indépendance a été réalisé pour étudier l'existence d'un lien entre l'âge des participants et leurs connaissances sur le VIH/Sida et les hépatites B et C.

Tableau 6: Tableau de contingence concernant la répartition des détenus en fonction de leur âge, selon leurs scores obtenus sur les parties VIH/Sida – VHB et VHC du questionnaire.

VIH \ Âge	20-40 ans	40-60 ans	> 60 ans	Total
Score 0-7,5	4 (5,333)	25 (28,467)	10 (5,63)	20
Score 8-11,5	19 (18,933)	33 (32,081)	19 (19,985)	71
Score 12-15	13 (11,733)	22 (19,881)	9 (12,385)	44
VHB \ Âge	20-40 ans	40-60 ans	> 60 ans	Total
Score 0-7,5	20 (16,8)	25 (28,467)	18 (17,733)	63
Score 8-11,5	8 (13,333)	27 (22,593)	15 (14,074)	50
Score 12-15	8 (5,867)	9 (9,941)	5 (6,193)	22
VHC \ Âge	20-40 ans	40-60 ans	> 60 ans	Total
Score 0-7,5	18 (16,267)	23 (27,563)	20 (17,17)	61
Score 8-11,5	12 (14,667)	30 (24,852)	13 (15,481)	55
Score 12-15	6 (5,067)	8 (8,585)	5 (5,348)	19
Total	36	61	38	135

- Concernant le VIH/Sida

Statistique observée : 6,110

Valeur seuil de la table : 9,488

Degré de liberté : 4

Risque α : 0,05 (5%)

p-value : 0,191

p > 0,05 : Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre l'âge des répondants et leurs connaissances sur le VIH/Sida.

- Concernant le VHB

Statistique observée : 5,184

Valeur seuil de la table : 9,488

Degré de liberté : 4

Risque α : 0,05 (5%)

p-value : 0,269

p > 0,05 : Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre l'âge des répondants et leurs connaissances sur l'hépatite B.

- Concernant le VHC

Statistique observée : 3,590

Valeur seuil de la table : 9,488

Degré de liberté : 4

Risque α : 0,05 (5%)

p-value : 0,464

p > 0,05 : Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre l'âge des répondants et leurs connaissances sur l'hépatite C.

12.2. Influence du niveau d'étude

Un test de Khi 2 d'indépendance a été réalisé pour étudier l'existence d'un lien entre le niveau d'étude des participants et leurs connaissances sur le VIH/Sida et les hépatites B et C.

Tableau 7: Tableau de contingence concernant la répartition des détenus en fonction de leur niveau d'étude, selon leurs scores obtenus sur les parties VIH/Sida – VHB et VHC du questionnaire.

Niveau d'étude VIH	Sans diplôme	CAP	Etudes supérieures + BAC	Total
Score 0-7,5	11 (5,481)	8 (8,444)	1 (6,074)	20
Score 8-11,5	20 (19,459)	33 (29,978)	18 (21,563)	71
Score 12-15	6 (12,059)	16 (18,578)	22 (13,363)	44
Niveau d'étude VHB	Sans diplôme	CAP	Etudes supérieures + BAC	Total
Score 0-7,5	19 (17,267)	32 (26,6)	12 (19,133)	63
Score 8-11,5	15 (13,704)	19 (21,111)	16 (15,185)	50
Score 12-15	3 (6,03)	6 (9,289)	13 (6,681)	22
Niveau d'étude VHC	Sans diplôme	CAP	Etudes supérieures + BAC	Total
Score 0-7,5	17 (16,719)	33 (25,756)	11 (18,526)	61
Score 8-11,5	19 (15,074)	19 (23,222)	17 (16,704)	55
Score 12-15	1 (5,207)	5 (8,022)	13 (5,77)	19
Total	37	57	41	135

- Concernant le VIH/Sida

Statistique observée : 19,711

Valeur seuil de la table : 9,488

Degré de liberté : 4

Risque α : 0,05 (5%)

p-value : 0,00056

p < 0,05 : Il existe un lien statistiquement significatif entre le niveau d'étude des répondants et leurs connaissances sur le VIH/Sida.

- Concernant le VHB

Statistique observée : 12,969

Valeur seuil de la table : 9,488

Degré de liberté : 4

Risque α : 0,05 (5%)

p-value : 0,01142

p < 0,05 : Il existe un lien statistiquement significatif entre le niveau d'étude des répondants et leurs connaissances sur l'hépatite B.

- Concernant le VHC

Statistique observée : 20,491

Valeur seuil de la table : 9,488

Degré de liberté : 4

Risque α : 0,05 (5%)

p-value : 0,00040

p < 0,05 : Il existe un lien statistiquement significatif entre le niveau d'étude des répondants et leurs connaissances sur l'hépatite C.

DISCUSSION

Limites et biais de l'étude

- Limites

Initialement, la distribution et la collecte des questionnaires devaient être effectuées par les membres de l'USMP. Ce choix de recueil avait été privilégié car il nous permettait d'inciter un maximum de détenus à répondre aux questions, mais aussi d'aider ceux qui rencontraient des difficultés à remplir le test (illettrisme, barrière de la langue...).

Or, pour des raisons d'organisation et de sécurité, cette mission a été confiée aux détenus auxiliaires d'étages sous l'égide des Chefs de Bâtiments.

Pour assurer la réussite de l'étude, il était indispensable de proposer aux détenus un questionnaire de taille raisonnable. Cela limitait le nombre de questions posées. De ce fait, l'exploration approfondie de chaque virus était impossible. Les questions concernant l'histoire naturelle de la maladie, la prévention, les modes de transmission et les traitements de ces maladies ont été privilégiées.

Le Centre de Détention de Toul n'accueille que des hommes majeurs, c'est pourquoi le questionnaire utilisé n'a pu être testé sur la population féminine. Mais, cette population est sous-représentée dans les prisons françaises où le taux de féminité est de 3,6%.

Les résultats obtenus concernant les connaissances des détenus du Centre de Détention de Toul à propos du VIH/Sida et des Hépatites B et C n'ont pas pu être entièrement comparés à ceux de la population générale puisqu'aucune étude n'utilisait l'ensemble des questions posées dans ce questionnaire. Il serait intéressant de pouvoir les comparer lors d'une prochaine étude.

- Biais

Le biais de sélection résultait du fait que les détenus ne sachant pas lire ou parler le français n'avaient pas la possibilité de répondre aux questions.

Cependant, nous n'avions pas en notre possession de liste exhaustive permettant de convoquer en entretien individuel ces patients afin qu'ils aient le choix de participer à l'étude.

L'existence de cellules doubles au sein du Centre de détention de Toul ainsi que le délai de 4 jours laissé aux personnes interrogées pour remplir le questionnaire autorisaient les échanges d'informations et de connaissances entre les différents répondants.

Puisqu'aucun questionnaire dans la littérature ne correspondait à cette étude, nous en avons élaboré un en nous appuyant sur d'autres tests utilisés lors de précédentes études sur le VIH/Sida et les hépatites B et C. Notre test n'est donc ni standardisé ni validé.

Pour étudier et comparer les connaissances des détenus à propos du VIH/Sida et des hépatites virales, un score de connaissance a été créé. Bien qu'il ait été réfléchi et fixé de la manière la plus juste possible, il a été difficile d'établir des critères objectifs d'évaluation, de ce fait le barème de points reste subjectif.

La participation à l'enquête n'avait pas de caractère obligatoire. Au total, 135 détenus ont répondu à la totalité des questions, cela nous amène à nous questionner sur la motivation des répondants et l'abstention des autres. Nous pouvons supposer que ce sont les détenus les plus concernés et les plus informés sur ces virus qui ont répondu au test, ce qui rend possible une surestimation des résultats et limite leur extrapolation.

Analyse des résultats

D'une manière générale, les répondants semblent avoir de meilleures connaissances sur le VIH/Sida que sur les hépatites. En effet, les moyennes calculées à partir des quinze questions posées sur chaque virus sont de 10,35/15 pour le VIH/Sida et de seulement 7,7/15 pour le VHC et 7,5/15 pour le VHB.

Les résultats contrastés entre ces trois infections qui présentent pourtant de nombreuses similitudes, notamment dans leurs modes de transmission et leur histoire naturelle, pourraient s'expliquer par l'importance de la couverture médiatique et des campagnes d'information et de prévention dont l'épidémie du VIH/Sida a fait l'objet depuis sa survenue en 1980.

Concernant le VIH/Sida

- **Transmission**

En ce qui concerne ses différents modes de transmission, nous observons un taux de réponses justes à 64,07%.

Les modes de contamination les plus fréquents sont bien assimilés, puisque la transmission du virus lors de rapports sexuels non protégés est connue chez 97,04% des détenus et lors du partage de seringue par 91,85%.

Ces résultats sont comparables à ceux retrouvés dans la population générale, dans les études KABP 2010 (99%) (43) et LMDE 2012 (97,5 %) (44), mais aussi à ceux obtenus chez les détenus de Ouagadougou au Burkina Faso (97%) (45).

La multiplication de messages nationaux, de campagnes d'information, de sensibilisation et de prévention depuis de nombreuses années peut expliquer ces bons résultats.

Néanmoins, les participants ne sont pas assez sensibilisés sur la transmission du virus lors de l'usage commun d'une paille pour un sniff ou d'une brosse à dent, ni lors de la réalisation de tatouages et piercings. On retrouve respectivement seulement 36,3%, 54,81% et 71,11% des détenus qui connaissent ces modes de transmission. Et pourtant, les conditions de promiscuité, d'hygiène et d'inactivité qui sont propres au milieu carcéral peuvent favoriser ces modes de transmission.

De fausses idées persistent quant à la transmission du virus par piqûre de moustique chez 32,59% des répondants. Ce résultat diffère de celui retrouvé dans l'étude KABP 2010 (43) concernant la population générale d'Ile de France où ces croyances ne

représentent que 21% des opinions. Il est nettement inférieur à celui retrouvé chez les détenus de Ouagadougou au Burkina Faso (57,6 %) (45).

Les détenus interrogés sont 94,81% à indiquer que le préservatif est un moyen efficace de lutte contre la transmission du VIH. Ce savoir se retrouve dans la population générale, dans l'étude KABP 2010, une large majorité des Franciliens reconnaît l'efficacité du préservatif pour se protéger du VIH (43).

La sexualité en prison est un sujet peu abordé et complexe. Selon l'article de loi R 57-7-2 du Code de Procédure Pénale (CPP) « constitue une faute disciplinaire du deuxième degré le fait, pour une personne détenue (...) d'imposer à la vue d'autrui des actes obscènes ou susceptibles d'offenser la pudeur ». C'est pourquoi, dans les prisons françaises, les rapports sexuels sont autorisés exclusivement au sein des unités de vie familiale, sinon ils sont susceptibles d'être sanctionnés. La réalité est tout autre, puisque des relations intimes ont lieu aux parloirs (bébés parloirs) et les rapports sexuels consentis ou forcés entre détenus sont fréquents.

Parmi les différentes mesures de réduction des risques infectieux préconisées chez les détenus, l'accès au préservatif est au premier plan. Cependant, selon l'enquête Pri2de (42), les préservatifs seraient bien distribués dans 95% des établissements pénitentiaires, mais uniquement au sein des USMP, rendant leur accessibilité limitée et contraignante. La quasi-totalité des nouvelles contaminations étant due à un contact sexuel et les HSH représentant la population la plus touchée (17), il est primordial que l'accès à ce moyen de prévention essentiel et peu coûteux soit facilité.

Encore 16,3% des détenus ne savent pas si la pilule contraceptive protège du VIH, et 18,52% s'interrogent toujours quant à l'utilisation de la pilule du lendemain comme moyen de lutte. Il paraît important d'insister sur le fait que la pilule contraceptive ne joue aucun rôle dans la lutte contre le VIH.

- Dépistage

La signification du terme « séropositif pour le VIH », qui correspond dans notre item « à la présence dans le sang d'anticorps spécifiques au VIH », est connue de la moitié des répondants (51,11 %). 16,3 % des détenus l'associent au fait d'avoir un groupe sanguin rhésus positif.

En France, environ 6000 personnes découvrent chaque année leur séropositivité VIH et les diagnostics à un stade avancé de l'infection en représentent plus d'un quart (14) (16). L'accès au dépistage est un des axes majeurs de la lutte contre le VIH.

L'ONUSIDA se fixe pour objectif premier que 90% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique d'ici 2020 (15). Il est important d'améliorer la connaissance et l'accès à l'offre de dépistage du VIH qui s'est énormément élargie ces dernières années en termes de lieux (CAARUD, CSAPA, CeGIDD) mais aussi d'outils de dépistage.

- Traitement et vaccination

La majorité des répondants (67,41%) estiment à juste titre qu'il n'existe pas de traitement pour guérir du VIH/Sida et pour 71,11%, aucun vaccin n'est encore disponible. Cependant, 9,63% affirment l'existence d'un vaccin contre le VIH et 19,26 % ne savent pas répondre à la question.

Il paraît important de rappeler que les traitements ne permettent pas de guérir de l'infection au VIH mais qu'ils en contrôlent l'évolution. L'observance en conditionne le succès tout en limitant les risques d'échec et de résistance.

Seulement 42,96 % de l'échantillon pensent qu'une personne séropositive traitée a la même espérance de vie qu'une personne non malade. Et pourtant, c'est le cas grâce à des antiviraux de plus en plus performants et un suivi médical poussé.

Concernant les hépatites B et C

Selon les résultats obtenus, nous sommes forcés de constater que les détenus ont des connaissances insuffisantes et superficielles vis-à-vis de ces virus. Les moyennes obtenues sont basses : 7,5/15 pour l'hépatite B et de 7,7/15 pour l'hépatite C.

Les résultats recueillis pour l'hépatite B sont très proches de ceux obtenus pour l'hépatite C ce qui pourrait s'expliquer par la difficulté qu'ont les détenus à différencier les deux maladies. Certains de nos résultats appuient cette hypothèse :

- La proportion importante de détenus qui pensent à tort qu'une vaccination contre l'hépatite C existe (43,7%). Ce résultat est comparable à celui obtenu dans la population générale (42,4%) d'après l'enquête Nicolle (46).
- La transmission du virus de l'hépatite B par le partage de seringue (70,37 %) est mieux connue que sa transmission lors d'un rapport sexuel non protégé (62,22 %), ce qui suggère une confusion avec le virus de l'hépatite C qui se transmet principalement par usage de drogue intraveineuse et plus rarement lors de rapports sexuels.
- Encore 45,93% des détenus croient à tort à l'existence d'un traitement pour guérir de l'hépatite B alors qu'une minorité (43,7%) reconnaît à raison l'existence du traitement efficace de l'hépatite C. Ce résultat reste tout de même supérieur à celui retrouvé dans la population générale (46) qui déclare à seulement 33,7 % connaître l'existence d'un traitement curatif pour ce virus.
- La proportion non négligeable d'individus qui estime que l'hépatite C correspond à un stade avancé de l'hépatite B (18,52%) ou inversement (19,26%).

- Généralités

Cinq questions ont été posées sur les généralités des hépatites B et C, nous retrouvons respectivement des taux de réponses justes de 57,19 % et 59,19%.

Ils étaient 66,67 % à affirmer que les hépatites étaient causées par des virus, 71,11 % à savoir qu'il était possible d'avoir une hépatite B ou C sans s'en apercevoir et 80% à déclarer que leurs dépistages pouvaient s'effectuer par une simple prise de sang. Ces résultats témoignent d'une bonne connaissance de l'agent infectieux par les détenus.

Néanmoins, seulement 47,41 % des répondants affirmaient que les hépatites B et C augmentent le risque de cirrhose et de cancer du foie, sous-estimant de façon importante le risque que représentent les hépatites. Et pourtant, en 2001, 4000 personnes en sont décédées (47).

- Transmission

En ce qui concerne les huit questions posées sur leurs modes de transmission, les taux de bonnes réponses avoisinent les 50% (50,19% pour le VHB et 51,11% pour le VHC). Ces résultats sont décevants car même les modes de contamination les plus fréquents sont méconnus d'une proportion importante de détenus.

Ils sont seulement 62,22 % à savoir que la transmission du virus de l'hépatite B peut avoir lieu lors de rapports sexuels non protégés. Ce résultat est proche de celui retrouvé dans la population générale (69,7%) (48). Comparativement au résultat obtenu pour le VIH (97,04%), nous constatons que ce mode de transmission est nettement moins bien connu pour l'hépatite B. Et pourtant selon l'OMS, le VHB est 50 à 100 fois plus contagieux, de par sa présence dans la plupart des liquides biologiques des sujets infectés, mais également du fait de sa résistance dans le milieu extérieur et de sa capacité à garder son pouvoir infectieux pendant plus de 7 jours (36) (37). Il paraît donc indispensable que les détenus y soient davantage sensibilisés, d'autant qu'en France ce sont les transmissions par voies sexuelles qui sont les plus fréquentes (49).

La transmission du virus de l'hépatite C par le partage de seringue est connue chez 71,85% des participants. Ce résultat, bien qu'il soit encourageant, reste insatisfaisant, puisqu'il s'agit du principal mode de contamination. En effet, 80% des nouvelles contaminations sont liées à l'usage de drogue (23).

En France, les usagers de drogue constituent la population la plus touchée avec une séroprévalence estimée à 44% (27).

La surreprésentation d'usagers de drogues et la limitation d'outils de réduction de risque dans les prisons Françaises exposent tout particulièrement les détenus au risque de transmission du VHC (50) (51).

Comme pour le VIH, les risques de contamination des hépatites B et C liés aux tatouages et piercings (58,02 %) ou à l'usage commun d'une brosse à dent (51,02 %) et d'une paille pour un sniff (38,15%) sont mal connus. Pourtant, la prison est propice à ces modes de transmission.

- Traitements et vaccination

Seul un détenu sur cinq (20%) sait qu'il n'existe pas de vaccin disponible pour prévenir l'hépatite C. Ce résultat diffère de celui retrouvé dans l'étude Nicolle 2006 (46) où 38,3% des Français en avaient la notion.

L'existence d'un vaccin efficace contre l'hépatite B est connue chez seulement un détenu sur deux (53,3%). Et pourtant, le vaccin est devenu obligatoire chez tous les nourrissons nés depuis le 1^{er} Janvier 2018 et il est efficace à plus de 95% dans la prévention de l'infection, du développement d'une hépatite chronique et d'un CHC dû à l'hépatite B (40). Nous pouvons supposer que la polémique sur le vaccin contre l'hépatite B et la sclérose en plaque a perturbé les esprits.

L'ensemble de ces résultats prouve l'existence de confusions et de lacunes chez les détenus du CDT à propos des hépatites virales. Mais cette méconnaissance n'est pas spécifique au milieu carcéral et touche aussi la population générale. Les données disponibles dans la littérature relatent qu'elle pourrait s'expliquer par un manque d'information et d'intérêt pour ces maladies (46) (52) (53). En effet, selon les enquêtes Nicolle et SOS Hépatites (46) (53), les hépatites ne font pas partie des maladies les plus redoutées, seulement une personne sur 5 (20,3%) déclare craindre les hépatites virales et seulement 26,4% des Français les citent parmi les trois maladies qu'ils appréhendent le plus. De plus, 61% estiment être « assez mal informés » et 19% « très mal informés » sur ces maladies.

Influence de l'âge et du niveau d'étude sur les connaissances

Dans cette enquête, nous avons observé que le niveau d'étude des détenus influait sur leurs connaissances. En effet, que ce soit pour le VIH/Sida ($p=0,00056$) ou les hépatites B ($p=0,01142$) et C ($p=0,0040$), les répondants ayant obtenu leur baccalauréat ou ayant effectué des études supérieures ont significativement ($p < 0,05$) de meilleures connaissances sur ces maladies. Dans la littérature, l'influence de ce facteur a été retrouvée dans les études KABP de 2010 (43) (48) et dans l'étude Nicolle en 2006 (46). Le niveau d'étude apparaît comme un déterminant important vis-à-vis des connaissances des répondants à propos de ces virus. Cela témoigne du rôle clé que l'Education Nationale joue auprès des jeunes en matière d'information, de sensibilisation et de prévention.

En revanche, aucun lien statistiquement significatif entre l'âge des répondants et leurs connaissances concernant le VIH/Sida et les hépatites B et C ($p > 0,05$) n'a été démontré dans notre étude.

Dans la littérature, les avis divergent. Pour les études KABP de 2004 concernant le VIH et de 2010 concernant l'hépatite B (48) ce sont les jeunes de 18 à 30 ans qui obtiennent les meilleurs scores de connaissances sur ces maladies. Alors que l'inverse a été retrouvé dans les études KABP 2010 et LMDE 2012 (43) (44).

Les perspectives

- Perspectives épidémiologiques

Au regard des résultats de cette étude, il serait intéressant d'en réaliser une de plus grande envergure incluant un large échantillon de détenus des deux sexes et provenant de tous les types d'établissements pénitentiaires français. Ce qui serait plus représentatif de la population carcérale et permettrait sûrement d'identifier d'autres facteurs significativement associés aux connaissances des détenus. Il serait également intéressant de pouvoir comparer les scores de connaissances obtenus à ceux de la population générale, cela permettrait d'évaluer l'état des connaissances des détenus de manière plus objective et d'adapter les actions de prévention et d'éducation conçues pour le grand public à la population carcérale.

- Perspectives et propositions pratiques

- Des avancées notables ont été réalisées ces dernières années en matière de lutte contre le VIH et les hépatites virales dans les prisons françaises. Notamment en matière de réduction des risques avec : les dépistages sérologiques systématiques à l'arrivée en détention, la distribution d'eau de Javel, la mise à disposition de préservatifs, la mise à jour des vaccinations et l'intervention hebdomadaire du CSAPA et du CeGIDD. Mais aussi en matière de traitement avec l'accès à la PrEP, aux TSO ou aux AAD.

Mais la mise en place de ces mesures est variable d'une prison à l'autre et dépend des moyens humains et financiers mis à disposition, et les détenus demeurent une population plus exposée et plus vulnérable face à ces maladies. Les mesures de prévention et de réduction des risques doivent donc être améliorées. Il pourrait s'agir de renforcer la collaboration entre les différents intervenants des structures pénitentiaires (Médecins généralistes, CSAPA, CeGIDD, Administration pénitentiaire...) par le biais de réunions pluridisciplinaires et d'actions communes afin de limiter le décalage entre les mesures préconisées et la réalité des pratiques.

- La consommation de substances psychoactives, bien qu'interdite en détention, est très fréquente. Elle s'effectue dans des conditions d'asepsie déplorables et favorise la transmission virale. Bien que ces consommations soient illégales, pour renforcer la politique de réduction des risques et respecter l'équité d'accès aux soins entre le milieu libre et le milieu carcéral préconisée par la loi du 18 Janvier 1994, on pourrait discuter de la généralisation de la distribution d'outils de réduction des risques, tels que : kits d'injection avec matériel à usage unique ou dispositif « roule ta paille » dans toutes les prisons françaises.

- Les patients atteints par le VIH, le VHB ou le VHC peuvent être confrontés à des problèmes de prise en charge de leurs maladies chroniques. Des séances d'éducation thérapeutique du patient (ETP) pourraient être aménagées en détention de manière individuelle ou collective selon le souhait de chacun, en tenant compte des contraintes des rythmes pénitentiaires. Il s'agirait d'informer au mieux le patient sur sa pathologie en se basant sur l'évaluation de ses connaissances initiales et de favoriser son observance thérapeutique.

CONCLUSION

Les détenus du Centre de Détention de Toul connaissent peu les hépatites et les confondent, la majorité d'entre eux ignore pour quelle hépatite il existe un traitement curatif ou une vaccination. En comparaison, leurs connaissances vis-à-vis du VIH/Sida sont meilleures même si elles demeurent insuffisantes. En effet, si les modes de contamination les plus fréquents sont bien connus de la quasi-totalité des détenus et que l'utilisation du préservatif est reconnue comme un moyen efficace de lutte contre le VIH, des lacunes persistent : une proportion non négligeable de détenus s'interroge toujours sur l'existence d'un traitement pour guérir du VIH/Sida et la possibilité de recourir à une vaccination contre ce virus.

Des efforts doivent être faits, d'autant qu'en milieu carcéral les séroprévalences du VIH/Sida et des hépatites B et C sont nettement supérieures à celles du milieu libre, ce qui fait des établissements pénitentiaires français des lieux à haut risque de transmission virale. Et, même si l'accès aux soins des personnes détenues n'a cessé de s'améliorer depuis la loi N°94-43 du 18 Janvier 1994, l'accessibilité aux mesures de réduction des risques pourtant prévue règlementairement reste à ce jour limitée et inégalement disponible dans les prisons françaises.

De ce fait, l'information, l'éducation et la sensibilisation des détenus sur ces maladies méritent d'être renforcées pour permettre à chacun d'évaluer ses propres risques et d'adapter ses comportements. La création de séances d'éducation thérapeutique du patient (ETP) permettrait aux détenus d'acquérir et de maintenir des compétences nécessaires pour gérer au mieux leurs maladies chroniques et d'être autonomes vis-à-vis de celles-ci. Ainsi, la détention pourrait contribuer à faciliter la réinsertion sociale de ces personnes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ministère de la Justice. Les structures pénitentiaires. Mars 2018. Disponible sur : <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/ladministration-penitentiaire-10037/les-structures-penitentiaires-14557.html>
2. Ministère de la Justice. Statistique mensuelle des personnes écrouées et détenues en France. 1^{er} Septembre 2018. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/mensuelle_septembre_2018.pdf
3. Ministère de la Justice. Statistique mensuelle des personnes écrouées et détenues en France. 1^{er} Septembre 2010. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/mensuelle_inTERnet_septembre10_OKOK.pdf
4. Ministère de la Justice. Statistiques trimestrielles des personnes écrouées. Situation Janvier 2017. N° 148. Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Trimestrielle_MF_janvier_2017.pdf
5. INSEE, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Age moyen et âge médian de la population en 2017. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381476>
6. IGAS, Inspection Générale des Affaires Sociales. Evaluation du dispositif d'hospitalisation en soins somatiques des personnes détenues. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000640>
7. DRESS. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation des Statistiques. Mouquet MC. La santé des personnes entrées en prison en 2003. Études et Résultats 2005. N°386. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er386.pdf>
8. Sahajian F, Berget-Vergiat A, Pot E. Use psychoactive substances in prison : Results of a study in the Lyon-Corbas prison, France. Rev Epidemiologie Santé Publique. 2017 ; 65(5) : 361-7
9. Chiron E, Jauffret-Roustide M, Le Strat Y, Chemlal K, Valantin MA, Serre P, et al ; et le groupe Prevacar. Prévalence de l'infection par le VIH et le virus de l'hépatite C chez les personnes détenues en France. Résultats de l'enquête Prevacar 2010. Bull Epidemiol Hebd. 2013;(35-36):445-50.
10. Loi n° 94-43 du 18 Janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. (JORF n° 15 du 19/01/1994).
11. Loi n°2002-203 du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. (JORF du 5 mars 2002 page 4118 texte n°1). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000227015&categorieLien=id>

12. Loi n° 2009-1436 du 24 Novembre 2009 pénitentiaire (JORF n°0273 du 25 Novembre 2009 page 20192 texte 1). Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021312171&ategieLien=id](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021312171&categorieLien=id)
13. Ministère de la Justice et le Ministère des Solidarités et de la Santé. Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. Décembre 2017.
14. Organisation mondiale de la Santé. Thème de santé, VIH/SIDA. Disponible sur : http://www.who.int/topics/hiv_aids/fr/
15. ONUSIDA 2018 directives. Rapport sur le suivi mondial de la lutte contre le SIDA 2018. Disponible sur : https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_fr.pdf
16. Supervie V, Ndawinz JD, Lodi S, Costagliola D. The undiagnosed HIV epidemic in France and its implications for HIV screening strategies. AIDS 2014;28 (12):1797-804.
17. Marty L, Cazein F, Pillonel J, Costagliola D, Supervie V. Mapping the HIV epidemic to improve prevention and care: the case of France. Abstract TUAC0203. 21th International AIDS Conference July 18-22, 2016 Durban, South Africa. 2016. <http://programme.aids2016.org/Programme/Session/975>
18. Initiation d'un premier traitement antirétroviral. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH– Recommandations du groupe d'experts, sous la direction du Pr Philippe Morlat et sous l'égide du CNS et de l'ANRS. Actualisation Octobre 2017. 28 p. Disponible sur : <https://cns.sante.fr/actualites/prise-en-charge-du-vih-recommandations-du-groupe-dexperts/>
19. Haute Autorité de Santé, Institut national de veille sanitaire, Centre hospitalier de Tourcoing, Cresge. Dépistage de l'infection par le VIH en France. Stratégies et dispositif de dépistage. Saint-Denis La Plaine : HAS; 2009. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/synthese_depistage_vih_volet_2_vfv_2009-10-21_16-48-3_460.pdf
20. Haute Autorité de Santé. Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France. Mars 2017. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/dir2/reevaluation_de_la_strategie_depistage_vih_-_recommandation.pdf
21. Haute Autorité de Santé. La prophylaxie pré-exposition au VIH par Truvada. Mars 2017. Disponible sur : https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/ct_eval_236_bum_truvada_cd_08032017_v4.pdf
22. Choo Q, Richman K, Han J, Berger K, Lee C, Dong C, et al. Genetic organization and diversity of the hepatitis C virus. Proc. Natl. Acad. Sci .USA 15 mars 1991; 88(6):2451-2455

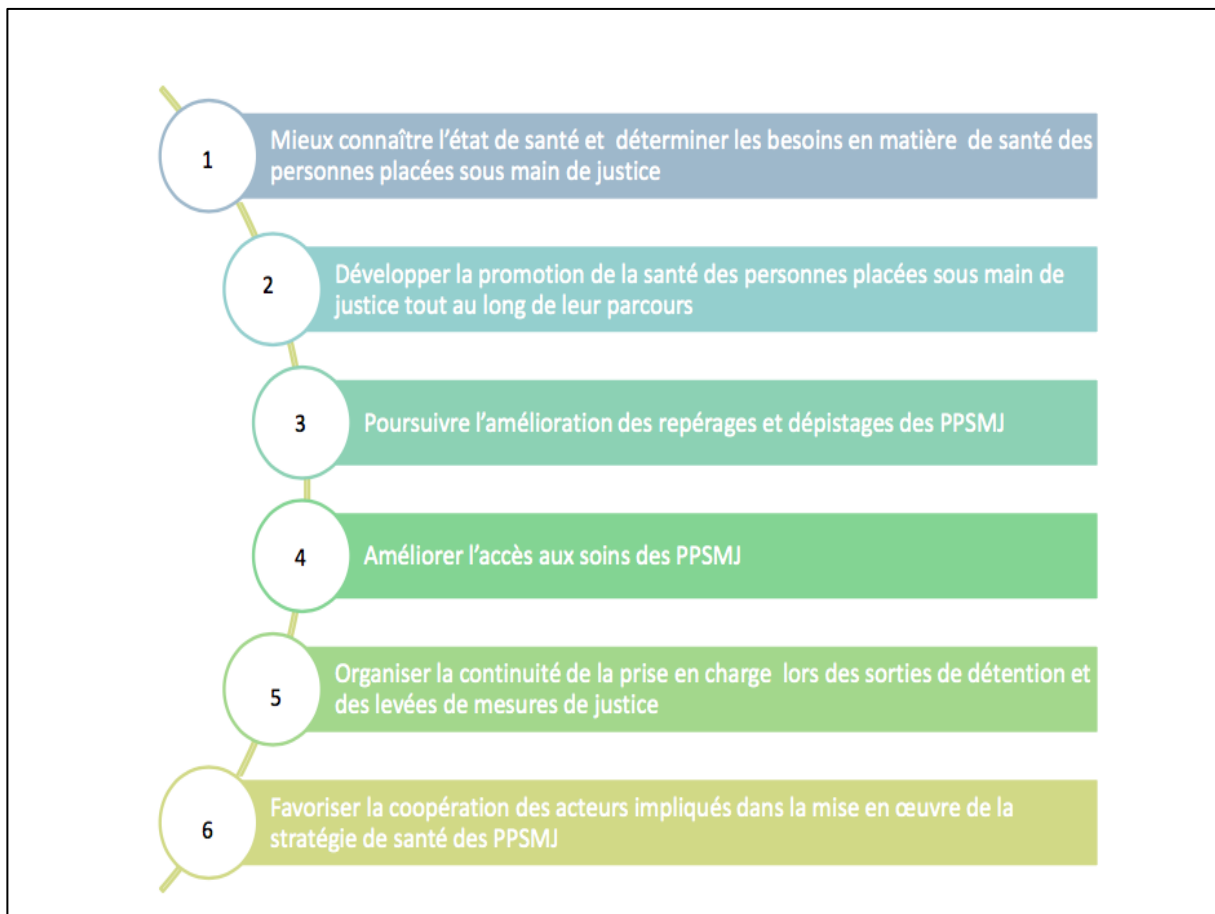
23. Dhumeaux D. Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C. Rapport de recommandations 2014. Paris: ANRS, AFEF; 2014. 527 p. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Prise_en_charge_Hepatitis_2014.pdf
24. Organisation mondiale de la santé. Hépatite C. Juillet 2018. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/fr/>
25. Collège des universitaires de maladies infectieuses et tropicales, Pulcini C, Rapp C, Tattevin P. ECN Pilly 2018. Maladies infectieuses et tropicales. Paris: Alinéa Plus; 2018.
26. Pioche C, Pelat C, Larsen C, Desenclos JC, Jauffret-Roustide M, Lot F, et al. Estimation de la prévalence de l'hépatite C en population générale, France métropolitaine, 2011. Bull Epidemiol Hebdo. 2016; 13-14:224-30.
27. Jauffret-Roustide M, Pillonel J, Weill-Barillet L, Léon L, Semaille C. Estimation de la séroprévalence du VIH et de l'hépatite C chez les usagers de drogues en France - Premiers résultats de l'enquête ANRS-Coquelicot 2011. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2013;(39-40):504-9.
28. Haute Autorité de Santé. Place des tests rapides d'orientation diagnostique dans la stratégie de dépistage de l'hépatite C. Recommandations en Santé public. 2014. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-05/place_des_trod_dans_la_strategie_de_depistage_de_vhc-_rapport.pdf
29. Haute Autorité de Santé. Méthodes non invasives de mesure de la fibrose hépatique/diagnostic de la cirrhose non compliquée. Décembre 2008. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-05/argumentaire_fibrose_cirrhose_dec_2008.pdf
30. Prise en charge thérapeutique et suivi de l'ensemble des personnes infectées par le virus de l'hépatite C. Rapport de recommandations 2016. Sous la direction du Pr Dhumeaux sous l'égide de l'ANRS et de l'AFEF.
31. Haute Autorité de Santé. HAS. Prise en charge de l'hépatite C par les médicaments anti-viraux à action directe (AAD). Elargissement du périmètre de remboursement. Recommandation du Collège. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-12/recommandation_college_hepatite_c.pdf
32. Martin N, Vickerman P, Foster G, Hutchinson S, Goldberg D, Hickman M. Can antiviral therapy for hepatitis C reduce the prevalence of HCV among injecting drug user populations? A modeling analysis of its prevention utility. J Hepatol 2011 ; 54 : 1137-44.
33. Martin N, Vickerman P, Miners A, Foster G, Hutchinson S, Goldberg D, et al. Cost- effectiveness of hepatitis C virus antiviral treatment for injection drug user populations. Hepatology 2012 ; 55 : 49-57.

34. Direction Générale de la Santé. Discours d'ouverture du Professeur Salomon. Journée nationale de lutte contre les hépatites virales. Mai 2018. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/discours_dgs_colloque15_mai_2018_def.pdf
35. Collège des universitaires de maladies infectieuses et tropicales, Rapp C, Pulcini C, Tattevin P. E. Pilly 2016. Maladies infectieuses et tropicales. Paris: Alinéa Plus; 2016.
36. Organisation mondiale de la santé. Hépatite B. Juillet 2018. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/fr/>
37. Institut de veille sanitaire. Prévalence des hépatites B et C en France en 2004. Saint-Maurice: InVS; 2007. Disponible sur : http://www.invs.sante.fr/publications/2006/prevalence_b_c/vhb_france_2004.pdf
38. Haute Autorité de Santé. Stratégies de dépistage biologique des hépatites virales B et C. Recommandation en santé publique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-05/strategies_de_depistage_biologique_des_hepatites_virales_b_et_c_-_argumentaire.pdf
39. Haute Autorité de Santé. Place des tests rapides d'orientation diagnostique dans la stratégie de dépistage de l'hépatite B. Juillet 2016. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-07/recommandatin_place_des_tests_rapides_dorientation_diagnostique_trod_dans_la_strategie_de_depistage_de_lhepatite_b.pdf
40. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales. Janvier 2018. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinations_2018.pdf
41. Ministère du Travail et des Affaires sociales ; Ministère de la justice. Circulaire DGS/DH/DAP n° 96-739 du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en milieu pénitentiaire : prévention, dépistage, prise en charge sanitaire, préparation à la sortie et formation des personnels. BO Santé n°96/52 du 25 janvier 1997, pp. 245-260.
42. Michel L, Jauffret-Roustide M, Blanche J, Maguet O, Calderon C, Cohen J, et al. Prévention du risque infectieux dans les prisons françaises. L'inventaire ANRS-PRI2DE, 2009.
43. Beltzer N, Saboni L, Sauvage C, Sommen C. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida dans la population générale adulte en Île-de-France en 2010. Situation en 2010 et 18 ans d'évolution Paris: Observatoire régional de santé d'Île-de-France; 2011 153 p http://www.wors-idf.org/dmdocuments/rapport_KABP_2011.pdf
44. Yvon C. 1er décembre 2012 - Journée Mondiale de Lutte contre le Sida. Enquête sur les connaissances et les comportements des jeunes. La Mutuelle des étudiants (LMDE). 2013

45. Ouédrogo O, Garanet F, Sawadogo S, Mesenge C. La vulnérabilité des détenus hommes face au VIH/Sida à Ouagadougou (Burkina Faso). Santé publique, volume 27/N°5. Octobre 2015.
46. Gautier A, Jauffret-Roustide M, Jestin C. Enquête Nicolle 2006. Connaissances, attitudes et comportements face au risque infectieux. Saint-Denis : Inpes, 2008.
47. Pequignot F, Hillon P, Antona D, Ganne N, Zarski JP, Mechain M et al. Estimation nationale de la mortalité associée et imputable à l'hépatite C et à l'hépatite B en France en 2001. Bull Epidemiol Hebd. 2008; 27:237-40.
48. Cécile Brouard, Arnaud Gautier, Leïla Saboni, Christine Jestin, Caroline Semaille, Nathalie Beltzer . Connaissances, perceptions et pratiques vis à vis de l'hépatite B en population générale en France métropolitaine en 2010.
49. Institut de veille sanitaire, Antona D, Letort MJ, Lévy-Bruhl D. Estimation du nombre annuel de nouvelles infections par le virus de l'hépatite B en France, 2004-2007. Bull Épidémiol Hebdo 2009;(20- 21):196-9.
50. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. Etat du phénomène de la drogue dans l'Union Européenne et en Norvège : Rapport Annuel 2004. Disponible sur : <http://ar2004.emcdda.europa.eu/download/ar2004-fr.pdf>
51. Office des Nations Unies Contre la Drogue et le Crime. Rapport mondial sur les drogues 2005. Disponible sur : https://www.unodc.org/pdf/research/wdr_volume1_fr.pdf
52. Vignier N, Jestin C, Arwidson P. Étude Quali VHB Ipsos 2008. Perceptions de l'hépatite B et de sa prévention. Premiers résultats d'une étude qualitative. Numéro thématique. Surveillance et prévention des hépatites B et C en France : bilan et perspectives. Bull Epidemiol Hebd 20-21 : 212.
53. Ifop-SOS Hépatites. Les Français et l'hépatite C. Paris : Ifop, 2013. Disponible sur : <http://www.soshepatites.org/wp-content/uploads/2013/03/2013-ifop-les-francais-et-lhepatite-c.pdf>

ANNEXES

Annexe 1



Annexe 2 :



RÉCÉPISSÉ

Monsieur LEMOY Perrine
11 RUE DE MALZEVILLE
54130 DOMMARTEMONT

DÉCLARATION DE CONFORMITÉ À UNE MÉTHODOLOGIE DE RÉFÉRENCE

Numéro de déclaration

2203431 v 0

du 24 juillet 2018

ALIRE IMPERATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « Informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : www.cnil.fr.

Organisme déclarant

Nom : Monsieur LEMOY Perrine

Service :

Adresse : 11 RUE DE MALZEVILLE

Code postal : 54130

Ville : DOMMARTEMONT

N° SIREN ou SIRET :

Code NAF ou APE :

Tél. : 0786784309

Fax. :

Traitement déclaré

Finalité : MR3 - Recherches dans le domaine de la santé sans recueil du consentement

Transferts d'informations hors de l'Union européenne : Non

Fait à Paris, le 24 juillet 2018
Par délégation de la commission

Isabelle FALQUE PIERROTIN
Présidente

Annexe 3 :

Questionnaire : Quelles sont les connaissances des détenus du Centre de Détention de Toul concernant le VIH/SIDA et les Hépatites B et C ?

1) Quel âge avez vous ?

- < 20 ans
- entre 20 et 40ans
- entre 40 et 60ans
- > 60 ans

2) Quel est votre niveau d'étude ?

- Sans diplôme
- CAP - BEP - BEPC
- Baccalauréat
- Etudes supérieures (Études post baccalauréat)

3) Quel niveau de connaissance pensez-vous avoir sur le VIH/SIDA ?

- Aucun
- Partiel
- Total

4) Quel niveau de connaissance pensez-vous avoir sur l'hépatite B ?

- Aucun
- Partiel
- Total

5) Quel niveau de connaissance pensez-vous avoir sur l'hépatite C ?

- Aucun
- Partiel
- Total

6) Avez-vous déjà effectué des tests de dépistage concernant ces maladies ?

a- Pour le VIH ?

- OUI
- NON
- Je ne sais pas

b- Pour l'hépatite B ?

- OUI
- NON
- Je ne sais pas

c- Pour l'hépatite C ?

- OUI
- NON
- Je ne sais pas

7) Concernant le VIH/SIDA, selon vous que signifie être séropositif ? (Cocher la bonne réponse)

- Que l'on a trouvé dans le sang des anticorps spécifiques au VIH
- Que l'on n'est pas porteur du VIH
- Qu'on a un groupe sanguin positif
- Je ne sais pas

8) Concernant le VIH/SIDA, selon vous : Une personne séropositive traitée a une espérance de vie plus courte qu'une personne non malade ?

- OUI
- NON
- Je ne sais pas

9) Concernant le VIH/SIDA, selon vous il peut se transmettre par :

- a- Un rapport sexuel non protégé :
 - OUI NON Je ne sais pas
- b- La salive :
 - OUI NON Je ne sais pas
- c- Le partage de seringue :
 - OUI NON Je ne sais pas
- d- Le contact cutané : (serrer la main ou faire la bise par exemple)
 - OUI NON Je ne sais pas
- e- Piqûre de moustique :
 - OUI NON Je ne sais pas
- f- L'usage commun d'une brosse à dent :
 - OUI NON Je ne sais pas
- g- Tatouage / Piercing :
 - OUI NON Je ne sais pas
- h- L'usage commun d'une paille pour un « sniff »
 - OUI NON Je ne sais pas

10) Selon vous, lutter contre la transmission du VIH/SIDA c'est :

- a- Utiliser des préservatifs
 - OUI NON Je ne sais pas
- b- Utiliser les pilules contraceptives
 - OUI NON Je ne sais pas
- c- Utiliser la pilule du lendemain
 - OUI NON Je ne sais pas

11) Selon vous, existe t-il un traitement pour guérir du VIH/SIDA ?

- OUI
- NON
- Je ne sais pas

12) Selon vous, existe t-il un vaccin contre le VIH/SIDA ?

- OUI
- NON
- Je ne sais pas

13) Concernant l'hépatite C, selon vous :

- a- C'est un virus
 OUI NON Je ne sais pas
- b- Il est possible d'avoir une hépatite C sans s'en apercevoir
 OUI NON Je ne sais pas
- c- L'hépatite C augmente le risque de cirrhose et de cancer du foie
 OUI NON Je ne sais pas
- d- Son dépistage s'effectue par une simple prise de sang dans un laboratoire
 OUI NON Je ne sais pas
- e- L'hépatite C correspond à un stade avancé de l'hépatite B
 OUI NON Je ne sais pas

14) Selon vous, l'hépatite C peut se transmettre par :

- a- Un rapport sexuel non protégé
 OUI NON Je ne sais pas
- b- La salive
 OUI NON Je ne sais pas
- c- Le partage de seringue
 OUI NON Je ne sais pas
- d- Le contact cutané (serrer la main ou faire la bise par exemple)
 OUI NON Je ne sais pas
- e- Piqûre de moustique
 OUI NON Je ne sais pas
- f- L'usage commun d'une brosse à dent
 OUI NON Je ne sais pas
- g- Tatouage / Piercing
 OUI NON Je ne sais pas
- h- L'usage commun d'une paille pour un « sniff »
 OUI NON Je ne sais pas

15) Selon vous, existe t-il un traitement pour guérir l'hépatite C ?

- OUI
- NON
- Je ne sais pas

16) Selon vous, existe t-il un vaccin contre l'hépatite C ?

- OUI
- NON
- Je ne sais pas

17) Concernant l'hépatite B, selon vous :

- a- C'est un virus
 - OUI NON Je ne sais pas
- b- Il est possible d'avoir une hépatite B sans s'en apercevoir
 - OUI NON Je ne sais pas
- c- L'hépatite B augmente le risque de cirrhose et de cancer du foie
 - OUI NON Je ne sais pas
- d- Son dépistage s'effectue par une simple prise de sang dans un laboratoire
 - OUI NON Je ne sais pas
- e- L'hépatite B correspond un stade qui précède l'hépatite C
 - OUI NON Je ne sais pas

18) Selon vous, l'hépatite B peut se transmettre par :

- a- Un rapport sexuel non protégé
 - OUI NON Je ne sais pas
- b- La salive
 - OUI NON Je ne sais pas
- c- Le partage de seringue
 - OUI NON Je ne sais pas
- d- Le contact cutané (serrer la main ou faire la bise par exemple)
 - OUI NON Je ne sais pas
- e- Piqûre de moustique
 - OUI NON Je ne sais pas
- f- L'usage commun d'une brosse à dent
 - OUI NON Je ne sais pas
- g- Tatouage / Piercing
 - OUI NON Je ne sais pas
- h- L'usage commun d'une paille pour un « sniff »
 - OUI NON Je ne sais pas

19) Selon vous, existe t-il un traitement pour guérir de l'hépatite B ?

- OUI
- NON
- Je ne sais pas

20) Selon vous, existe t-il un vaccin contre l'hépatite B ?

- OUI
- NON
- Je ne sais pas



**Ancienne interne au Centre de
Détention, je réalise ma thèse de
médecine générale !**

**Pour m'aider, un questionnaire
ANONYME vous sera prochainement
distribué**

**Il ne vous prendra que 5 minutes de
votre temps pour y répondre... Alors ...**

Je compte sur vous !!!!

VU

NANCY, le **10 juillet 2019**

Le Président de Thèse

Professeur Christian RABAUD

NANCY, le **12 juillet 2019**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ **10784**

NANCY, le **16 juillet 2019**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RÉSUMÉ

Contexte : Les prisons françaises sont des lieux à forte prévalence du VIH/Sida et des hépatites virales. La surpopulation carcérale, elle-même surreprésentée par des catégories socioprofessionnelles démunies ayant un niveau éducatif peu élevé et l'existence de pratiques à risques au sein des établissements font du milieu carcéral un lieu à haut risque de transmission virale.

Objectif : Il était d'évaluer l'état des connaissances des détenus du Centre de Détention de Toul à propos du VIH/Sida et des hépatites B et C.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude unicentrique, descriptive, quantitative et transversale qui a été réalisée à partir d'un questionnaire individuel, anonyme et auto-administré. Ce dernier explorait les connaissances sur les modes de transmission, et les possibilités de prévention et de traitement de ces maladies.

Résultats : Au total, l'analyse a été réalisée sur 135 questionnaires, soit un taux de 33,75%. L'échantillon se composait exclusivement d'individus de sexe masculin tous âgés de plus de 18 ans.

Les modes de transmission du VIH/Sida et des hépatites B et C étaient mal connus des participants puisque, respectivement, les taux de bonnes réponses étaient de 64,07%, 50,19% et 51,11%. La possibilité de recourir à une vaccination pour se protéger de l'hépatite B était connue de seulement un détenu sur deux (53,33%) et seul un détenu sur cinq (20%) savait qu'aucun vaccin n'était encore disponible pour prévenir l'hépatite C. Ils étaient encore 45,93% à croire à l'existence d'un traitement pour guérir l'hépatite B et une petite minorité (43,7%) à connaître l'existence d'un traitement pour guérir l'hépatite C. Enfin, la majorité des répondants (67,41%) estimait à juste titre qu'il n'existait pas de traitement pour guérir du VIH/SIDA et pour 71,11%, aucun vaccin n'était encore disponible.

Le calcul de moyenne des scores de connaissances obtenu pour chaque virus était de 10,35/15 pour le VIH, et de respectivement 7,5/15 et 7,7/15 pour les hépatites B et C. Que ce soit pour le VIH/Sida ($p=0,00056$) ou les hépatites B ($p=0,01142$) et C ($p=0,0040$), l'existence d'un lien statistiquement significatif ($p < 0,05$) entre le niveau d'étude des répondants et leurs connaissances vis à vis de ces maladies a été démontrée. En revanche, aucune association statistiquement significative ($p > 0,05$) entre l'âge des participants et leurs connaissances n'a été mise en évidence.

Conclusion : Les connaissances des détenus du CDT sur le VIH/Sida et les hépatites B et C sont insuffisantes et justifient un renforcement de la sensibilisation, l'information et l'éducation des détenus sur ces maladies afin d'en réduire le risque de transmission.

TITRE EN ANGLAIS : Knowledge assessment about HIV/AIDS and Hepatitis of detainees from the Toul Detention Center.

THÈSE DE MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2019

MOTS CLEFS :

Français : Prisons, détenus, France, VIH/Sida, hépatite B, hépatite C, connaissances, dépistage, transmission, traitement

Anglais : Prisons, detainees, France, HIV/AIDS, hepatitis, knowledge, screening, transmission, treatment

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9 Avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
