

Prise en charge de l'hépatite C en détention

Mélanie Bouteille-Gaillet / Service de médecine, EPSNF, Fresnes

L'arrivée des nouveaux antiviraux d'action directe (NAAD), plus efficaces et plus courts, devrait révolutionner le traitement des personnes incarcérées. Opportunité de traitement pour une population précaire et très souvent désinsérée socialement, la mise en œuvre reste difficile du fait de moyens humains et matériels insuffisants. Mélanie Bouteille-Gaillet de l'Établissement pénitentiaire national de Fresnes (EPSNF) fait le point pour Swaps.

Particularités de la population carcérale

La population carcérale est précaire et compte un grand nombre d'usagers de drogues¹ où la prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) y est majeure². Elle se compose également de migrants venant de région de forte endémie³.

La prévalence du VHC chez les adultes détenus en France est cinq fois plus élevée qu'en population générale: 11,8 % pour les femmes et 4,5 % pour les hommes.

Les *polymerase chain reaction* (PCR) sont positives dans la moitié des cas attestant de la chronicité de la maladie. La prévalence du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) y est de 2 % et nombreuses sont les co-infections VIH-VHC⁴.

Les lieux de détention, aux programmes de réduction des risques encore insuffisants, constituent des lieux à risque de transmission de l'infection⁵. Les détenus infectés par le VHC participent à l'entretien du réservoir viral alors qu'ils sont nombreux à être exclus des systèmes de soins classiques; 13 % sont sans couverture sociale⁶.

Il existe en Île-de-France onze établissements pénitentiaires (EP) fermés dont huit maisons d'arrêt (MA) ou centres pénitentiaires (CP). Les

MA et les CP accueillent les 10 970 détenus prévenus ou condamnés à des peines inférieures à deux ans, sur 12 854 personnes écrouées. La rotation y est importante: la durée moyenne de détention est de 10,4 mois, 78 % des peines sont inférieures à un an et 31 % à trois mois⁴.

Prise en charge difficile en milieu carcéral

Organisation des soins en détention

Depuis la loi de janvier 1994⁷, la prise en charge sanitaire et l'organisation des soins en milieu carcéral relèvent du ministère de la Santé et sont confiées au service public hospitalier et tous les détenus sont immatriculés et affiliés à la Sécurité sociale. Pour remplir leur mission, les centres hospitaliers ont créé des US dans chaque EP. Elles assurent les soins ambulatoires et dépendent d'un hôpital de proximité⁸. Un dépistage VHC est proposé systématiquement par les médecins des US à tout entrant⁹. En cas de sérologie VHC positive et d'une chronicité confirmée, un parcours de soins est proposé au patient après une annonce diagnostique.

Ce parcours n'est pas standardisé; si les bilans biologiques courants sont réalisés au sein des US, les bilans complémentaires d'imagerie sont le plus souvent réalisés dans l'hôpital de rattachement. Selon les ressources disponibles localement, les consultations spécialisées sont menées au sein des CP ou en consultation externe.

¹ Rapport sur la commission d'enquête sur les conditions de détention en France, créé en vertu d'une résolution adaptée par le Sénat le 10 février 2000.

² Enquête ANRS-Coquelicot 2011.

³ Chiffres clés de l'administration pénitentiaire, 1^{er} décembre 2015.

⁴ Enquête Prevaear 2010.

⁵ IDSA 2015. Published on Recommendations for Testing, Managing, and Treating Hepatitis C.

⁶ Conseil économique et social, données de la Direction de l'administration pénitentiaire, 2006.

⁷ Recommandations AFEF sur la prise en charge des hépatites virales C Juin 2015.

⁸ Recommendations on Treatment of Hepatitis C 2015 - EASL.

⁹ Lettre d'instruction relative à l'organisation de la prise en charge de l'hépatite C par les nouveaux anti-viraux d'action directe (29/12/2014).



Tableau 1. Addictions

Addictions		n	%
Tabac	actif	122	87,1
	sevré	1	0,7
	non consommateur	10	7,1
	non renseigné	7	5,0
Cannabis	actif	90	64,3
	sevré	2	1,4
	non consommateur	41	29,3
	non renseigné	7	5,0
Cocaïne	actif	71	50,7
	sevré	32	22,9
	non consommateur	31	22,1
	non renseigné	6	4,3
Héroïne	actif	61	43,6
	sevré	37	26,4
	non consommateur	36	25,7
	non renseigné	6	4,3
Alcool	actif	94	67,1
	sevré	5	3,6
	non consommateur	34	24,3
	non renseigné	7	5,0

Figure 1. Stade de fibrose hépatique

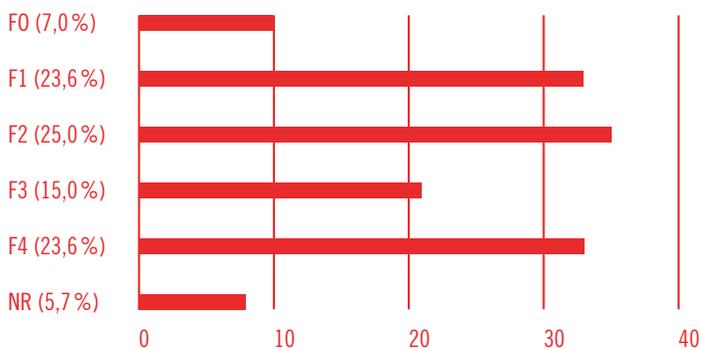
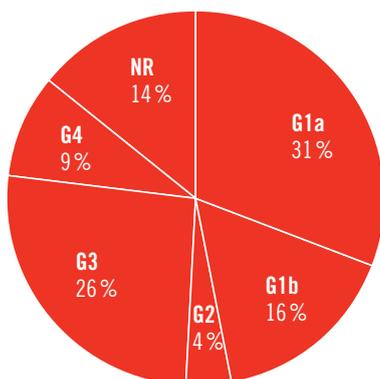


Figure 2. Distribution des génotypes viraux



Contraintes spécifiques aux transfèrements

Tout transfèrement de patients détenus, en consultation ou en radiologie dans l'hôpital de rattachement par exemple, impose des règles de sécurité strictes. Les patients sont extraits individuellement, menottés ou entravés, et accompagnés de surveillants pénitentiaires. Dans un contexte de moyens contraints, le temps de mobilisation de ces escortes est vecteur de retards de prise en charge.

En Île-de-France, sur les onze EP fermés pour adulte, quatre disposent d'une consultation spécialisée d'hépatologie ou d'infectiologie, un seul possède un Fibroscan® pour évaluer le stade de fibrose. Or, seuls deux établissements ont organisé un circuit coordonné avec l'hôpital de proximité impliquant l'extraction des patients pour des examens.

Dépistage insuffisant et freins réglementaires au traitement

Le dépistage systématique du VHC chez tous les entrants en détention est recommandé en France depuis plus de 20 ans. Le diagnostic est fait dans un cas sur cinq en détention⁵. Les experts français, européens et américains^{5,10,11} s'accordent sur l'importance de prendre en charge et de traiter tous les détenus présentant une infection chronique quel que soit le stade de fibrose hépatique, dans le but notamment de réduire le réservoir viral. Cependant, le taux de dépistage chez les entrants en détention reste insuffisant ; il était de 46,9 % en moyenne en Île-de-France (données non publiées).

L'application des recommandations est par ailleurs contrainte par le cadre légal de remboursement des NAAD, molécules très onéreuses. De plus, l'organisation réglementaire de la prise en charge de l'hépatite C a constitué un frein à leur prescription en détention¹². À titre d'exemple, la facturation par rétrocession des NAAD en détention n'a été autorisée qu'à partir du 29 avril 2015¹³.

Offre de soins centralisée par l'EPSNF en Île-de-France

L'EPSNF, établissement de santé unique sous double tutelle, à vocation nationale, réunit un plateau de consultation doté d'un Fibroscan® et d'un service de radiologie complet. Cet hôpital carcéral propose depuis 2014 une consultation d'infectiologie prenant en charge les détenus d'Île-de-France infectés par le VHC. En un seul transfèrement, le patient bénéficie d'une échographie abdomino-pelvienne, d'une évaluation de la fibrose et d'une consultation d'infectiologie. Au terme de cette prise en charge, une synthèse est proposée et les dossiers éligibles sont discutés en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) à l'hôpital Paul Brousse. La mise en place du traite-

ment et le suivi sont coordonnés avec les médecins des US à l'aide d'un cahier de suivi personnalisé.

Les traitements sont distribués quotidiennement et donnés sous surveillance infirmière. Cette prise en charge centralisée à l'EPSNF permet de grouper les transfère-ments par EP. De plus, l'EPSNF permet d'assurer une prise en charge dans le respect du secret médical et de la dignité du patient qui y circule sans entrave.

Origine des patients pris en charge

Entre juillet 2014 et fin septembre 2015, 140 patients ont bénéficié de cette prise en charge. La grande majorité des patients provenait des EP de Fresnes (44,3 %) et Fleury (43,6 %) qui représentent plus de 60 % de la population carcérale d'Île-de-France. L'EP d'Osny a adressé neuf patients. Les CP de Meaux, Melun, Réau, Villepinte et Nanterre ont envoyé peu de patients au regard de leur taille, en raison de l'organisation tardive du remboursement des NAAD en détention. Les MA de Versailles et Bois d'Arcy ont adressé les patients co-infectés VIH-VHC, les mono-infectés étant pris en charge localement.

Profil socio-démographique et carcéral des patients

Dans cette consultation, 92 % des patients étaient des hommes, âgés en moyenne de 42,9 ans. La durée moyenne de détention, lorsqu'elle était connue, était de 17,7 mois, soit presque deux fois plus que la moyenne et 43 patients (30 %) étaient prévenus. Parmi les 97 patients condamnés, 60 purgeaient une peine inférieure à 12 mois et 28 une peine inférieure à six mois. Cent cinq patients avaient déjà été incarcérés, et onze n'ont pas répondu à la question. Le diagnostic de l'infection a été fait en détention pour 77 patients, neuf dans un Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), un en Centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), 19 dans un autre lieu, 34 ne savaient pas répondre. Cela confirme le rôle clé de l'incarcération dans le dépistage.

Consommation de toxiques (Tableau 1)

Le mode de contamination était, dans la quasi-totalité des cas, secondaire à une toxicomanie. Une grande majorité de patients étaient tabagiques actifs, deux tiers fumaient quotidiennement du cannabis et/ou consommaient de l'alcool de manière excessive, cumulant ainsi des facteurs de risque d'évolution péjorative de la maladie. Trois quarts des patients avaient consommé de la cocaïne et de l'héroïne de manière régulière et un tiers se déclarait sevré au moment de la prise en charge.

Caractéristiques de la maladie hépatique (Figures 1 et 2)

Quatorze patients présentaient une co-infection VIH (10 %), deux étaient co-infectés VHB et

42 patients étaient guéris d'une infection virale B. Les patients présentaient des stades de fibrose élevés : 63,6 % de fibrose F2. Le génotype 1 était prédominant. Le génotype 3, d'évolution naturellement plus défavorable et plus difficile à traiter, représentait un quart des patients, soit plus qu'en population générale¹⁴.

Bilan de la prise en charge à l'EPSNF

Durant cette première année de prise en charge, 52 patients ont bénéficié d'une RCP sur les 55 éligibles à un traitement. En plus des patients présentant des stades de fibrose hépatique avancés et de ceux co-infectés par le VIH, un patient présentait un lymphome, un autre une cryoglobulinémie. Deux dossiers n'ont pas été présentés en raison d'une libération imminente. Un patient présentait des troubles psychiatriques graves de nature à compromettre la prise en charge immédiate. Deux patients ont rapidement été libérés et traités à l'extérieur, huit traitements ont été initiés en détention et terminés après la libération. Un patient a été transféré au CP de Lille où son traitement a été initié. Treize patients n'ont pu être traités malgré la RCP : deux ont refusé le protocole d'administration des traitements sous contrôle infirmier. Le traitement a été différé pour un patient traité par rifampicine. Dix patients dont la libération était proche ne réunissaient pas les conditions sociales suffisantes pour que le traitement puisse être poursuivi à leur libération. Vingt-huit patients ont été traités avec succès durant leur détention. À ce jour, aucun échec de traitement n'a été rapporté.

Conclusion

La prise en charge VHC en détention s'organise malgré les contraintes de la détention. En Île-de-France, l'EPSNF propose une solution efficace, adaptée aux détenus dans le respect de leur dignité. Les premiers résultats montrent que les patients sont souvent exclus des circuits de soins habituels et pris en charge de manière tardive alors qu'ils sont porteurs de nombreuses comorbidités risquant d'aggraver l'évolution naturelle de l'hépatopathie. Après une période initiale où l'absence de remboursement des NAAD en détention a retardé leur prescription, l'incarcération représente désormais une opportunité de prise en charge. Ce bilan laisse entrevoir des pistes d'amélioration au niveau du dépistage des entrants en incarcération. Les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) VHC pourraient permettre d'améliorer le taux de dépistage. Il s'agit également de faciliter le suivi social des patients libérés rapidement afin de ne pas manquer l'opportunité d'un traitement.

¹⁰ Circulaire DGOS du 29 avril 2015 relative à la facturation des antiviraux d'action directe (AAD) pour les patients pris en charge en ambulatoire dans des unités sanitaires en milieu pénitentiaire.

¹¹ Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.

¹² Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice.

¹³ Guide méthodologique 2012. Prise en charge sanitaire des personnes placées sous mains de justice.

¹⁴ Surveillance nationale de l'hépatite C à partir des pôles de référence volontaires. 2001-2007 INV3.