

L'HÉPATITE C EN MILIEU CARCÉRAL EN FRANCE : ENQUÊTE NATIONALE DE PRATIQUES 2015

// HEPATITIS C IN PRISON SETTINGS IN FRANCE: A NATIONAL SURVEY OF PRACTICES FOR 2015

André-Jean Remy¹ (andre.remy@ch-perpignan.fr), Valérie Canva², Frédéric Chaffraix³, Carmen Hadey⁴, Laura Harcouet⁵, Nicolas Terrail⁶, Nathalie Vallet⁷, Arnaud Happiette¹, Mélanie Gaillet⁸, Olivier Sannier⁹, Christine Silvain¹⁰

¹ Unité sanitaire et équipe mobile hépatites, Centre hospitalier de Perpignan, France

² Service d'hépatogastroentérologie, Centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Lille, France

³ Service expert de lutte contre les hépatites virales d'Alsace, CHRU de Strasbourg, France

⁴ SOS Hépatites Alsace-Lorraine, Strasbourg, France

⁵ Service de pharmacie clinique, Hôpitaux Paris Centre, Paris, France

⁶ Unité sanitaire de Villeneuve-lès-Maguelonne, CHRU de Montpellier, France

⁷ Casp Arapej, Aulnay-sous-Bois, France

⁸ Service de médecine, Hôpital pénitentiaire de Fresnes, France

⁹ Bureau des politiques sociales, d'insertion et d'accès aux droits (Mi2), Direction de l'administration pénitentiaire, Paris, France

¹⁰ Fédération des pôles et réseaux hépatites, service d'hépatogastroentérologie, CHRU de Poitiers, France

Soumis le 16.11.2016 // Date of submission: 11.16.2016

Résumé // Abstract

Introduction – En France, l'hépatite C est cinq fois plus fréquente en milieu carcéral qu'en population générale. La prise en charge par les agents antiviraux d'action directe (AAD) est possible pour toutes les personnes détenues depuis 2014. Il n'existait pas de données récentes sur les pratiques de prise en charge de l'hépatite en milieu carcéral.

Objectif – Établir un état des lieux national des pratiques diagnostiques et thérapeutiques de l'hépatite C dans la population détenue en France en 2015.

Méthodologie – Enquête déclarative par courriel auprès des 168 unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) prenant en charge des personnes détenues.

Résultats – Parmi les USMP, 64 (38%) ont participé à cette enquête, représentant 39% de la population carcérale. Le dépistage était effectif pour 70% des détenus, avec un rendu systématique des résultats dans 72% des USMP. Les méthodes non-invasives d'évaluation de la fibrose hépatique étaient réalisées dans 84% des USMP, et 56% des USMP bénéficiaient d'une consultation spécialisée sur site ; 66% des USMP ont initié au moins un traitement par AAD en 2015, et 130 patients ont été traités. Un programme d'éducation thérapeutique existait dans 16% des USMP.

Discussion – conclusion – La prise en charge de l'hépatite C en milieu carcéral en France s'organise malgré les contraintes pénitentiaires et sanitaires et les disparités entre les USMP.

Introduction – Hepatitis C is five times more frequent in France in prison settings than in the general population. Treatment by direct-acting antiviral agents (DAAs) is possible for all persons detained since 2014. There were no recent data on the practices of coverage of the hepatitis in prison.

Objective – To establish a national situational analysis of the diagnostic and therapeutic practices of the hepatitis C in the population detained in France in 2015.

Methodology – Declarative study by e-mail among 168 sanitary units in prison (USMP) settings in charge of prisoners.

Results – 38% of the USMP participated in this investigation representing 39% of the prison population. Screening was actual for 70% of the prisoners with systematic reporting of the results in 72% of USMP; non-invasive methods of evaluation of hepatic fibrosis were realized in 84% of the USMP; 56% of the USMP benefited from an on-site specialized consultation. 66% of the USMP introduced at least one DAAs treatment in 2015, but only 130 patients were treated; 16% of the USMP had therapeutic educational program.

Discussion and conclusions – Healthcare management of hepatitis C in prison in France was organized in spite of detention and sanitary constraints, as well as disparities between USMP.

Mots-clés : Hépatite C, Milieu carcéral, Dépistage, Diagnostic, Traitement

// **Keywords**: Hepatitis C, Prison, Screening, Diagnosis, Treatment

Introduction

L'hépatite virale C constitue un problème de santé publique important en France, avec une prévalence

accrue en milieu carcéral par rapport à la population générale. Cette prévalence avait été estimée à 4,8% des détenus dans l'étude Prévacar^{1,2}, parmi lesquels la moitié avaient une charge virale positive. Les facteurs

de risque incluait l'origine géographique et le sexe féminin (prévalence de 11,8% pour les femmes et 4,5% pour les hommes mais avec un nombre faible de femmes). Le mode de contamination probable était l'usage de drogues dans 70% des cas, lié à une transfusion ou à un tatouage pour 8%, et inconnu pour 22% des personnes détenues. Le dépistage systématique du VHC chez tous les entrants en détention est recommandé en France depuis plus de 20 ans³. L'incidence en milieu carcéral est mal connue, reposant uniquement sur des études locales⁴. Le dépistage dans cette population semble effectif, y compris avant l'incarcération : 69% des entrants en Picardie en 2013 avaient déjà été testés pour l'hépatite C⁵.

La prise en charge sanitaire des personnes détenues relève, depuis la loi du 18 janvier 1994, d'une unité fonctionnelle hospitalière spécifique, appelée d'abord UCSA (Unité de consultations et de soins ambulatoires) et devenue Unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP). Les principes d'intervention sont détaillés dans un guide méthodologique actualisé en 2012⁶. Le personnel médical, soignant et administratif, est hospitalier et dépend d'un hôpital de rattachement, mais leurs autorisations d'accès dépendent de l'administration pénitentiaire. Du personnel pénitentiaire de surveillance est affecté au sein de l'USMP et gère les mouvements des détenus vers et à partir de l'USMP. Un détenu n'a pas d'accès direct au médecin ou au dentiste, mais doit formuler une demande, le plus souvent écrite, auprès de l'USMP. Les médicaments dispensés sont limités à ceux référencés dans la pharmacie hospitalière.

L'hépatite C est une maladie virale dont les principales conséquences somatiques sont hépatiques, avec une évolution vers une fibrose sévère, puis une cirrhose. L'évaluation de la fibrose hépatique par biopsie, méthode agressive, a laissé place à des méthodes non-invasives physiques (élastométrie impulsionnelle par Fibroscan[®]) ou biologiques (tests non invasifs type Fibrotest[®] ou Fibromètre[®]). Les indications de traitement sont fonction des résultats de cette évaluation non-invasive de la fibrose.

Le traitement de l'hépatite C a connu une avancée majeure depuis 2014 avec l'arrivée des antiviraux d'action directe (AAD), très efficaces, ayant peu d'effets indésirables mais dont le coût est très élevé. Ils ne nécessitent qu'une seule prise orale par jour (deux en cas d'association avec la ribavirine). L'accès au traitement antiviral C pour les personnes détenues a toujours été difficile en France, comme dans de nombreux autres pays, que ce soit pour le traitement par interféron et ribavirine ou lors de l'utilisation des antiprotéases de première génération, avec moins de 20% de patients traités⁷⁻⁹. Dans l'étude UCSAScan¹⁰, parmi 73 patients ayant une sérologie positive (prévalence de 6,5%) et un Fibroscan[®], 9 seulement avaient bénéficié d'un traitement, soit 12%.

Le principal obstacle identifié initialement en 2014-2015, pour que les personnes détenues accèdent aux AAD, était financier : ces médicaments très coûteux devant être facturés sur l'enveloppe

contrainte des Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac), celle-ci ne pouvait les prendre en charge. Une circulaire ministérielle du 29 avril 2015¹¹ a permis de délivrer ces médicaments en rétrocession, levant cet obstacle théorique majeur. L'accès aux AAD, pour la population détenue, n'est donc plus restreint sur le plan financier depuis cette date.

L'objectif de l'étude présentée ici était d'évaluer la mise en œuvre du dépistage, du diagnostic et de la prise en charge de l'hépatite virale C en milieu carcéral en France en 2015.

Méthodologie

Dans le cadre d'un groupe de travail réunissant des professionnels de santé et du travail social et des représentants de l'association SOS Hépatites, une enquête nationale des pratiques a été réalisée, en juin 2016, auprès des 168 USMP⁽¹⁾ contactées par courriel, avec deux relances et vérification par téléphone des adresses courriel. Étaient exclus les établissements pour mineurs et les centres de semi-liberté. Le questionnaire était présenté sous forme d'un fichier Word en pièce jointe ou à remplir directement dans le corps du courriel. Le questionnaire comprenait 42 questions fermées, binaires ou chiffrées (questionnaire détaillé en annexe), qui permettaient de recueillir des données sur la taille de l'établissement pénitentiaire, la file active de patients atteints d'hépatite C en 2015, l'organisation du dépistage, l'évaluation de la fibrose, les liens existant avec les services d'hépatologie, le traitement antiviral, l'éducation thérapeutique et le suivi post-thérapeutique et post-carcéral. Les résultats présentés sont ceux obtenus auprès des établissements qui ont répondu.

Résultats

Données générales

Au 30 juin 2016, 64 questionnaires validés étaient disponibles, soit une participation de 38% des USMP, totalisant 25 962 détenus incarcérés un jour donné (taux d'occupation moyen : 128%) et un nombre d'entrées annuel de 62 725, soit 39% de la population carcérale française⁽²⁾. La capacité des établissements pénitentiaires variait de 78 à 2 857 détenus ; 25 établissements sur 64, soit 39%, avaient une capacité inférieure à 200 places théoriques.

La file active de patients ayant une hépatite C en 2015 était de 1 115, avec une moyenne de 20 par établissement (extrêmes 0-245).

Dépistage

Le dépistage des hépatites virales était systématiquement proposé à l'entrée dans 63 USMP sur 64, soit 98% (tableau). Le taux moyen de réalisation

⁽¹⁾ Source : Statistique mensuelle de la population détenue et écrouée, direction de l'administration pénitentiaire. <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-chiffres-clefs-10041/>

⁽²⁾ 66 678 détenus au 31 décembre 2015. Source : administration pénitentiaire.

Offre de soins de l'hépatite C dans les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP), France, 2015

	% des USMP concernées
Dépistage	
Proposition systématique du dépistage du VHC	98%
Taux de réalisation effective	70%
Rendu systématique des résultats	72%
Réalisation de TROD	12,5%
Évaluation de la fibrose hépatique	
Fibrotest® réalisable	84%
Fibroscan® réalisable	80%
Fibroscan® réalisé à l'USMP	23%
Prise en charge et traitement antiviral	
Consultation d'hépatologie à l'USMP	56%
Initiation d'au moins un traitement AAD en 2015	66%
Accès facile à une RCP hépatites	75%
Délivrance d'AAD quotidienne	79%
Délivrance d'AAD hebdomadaire	17%
Délivrance d'AAD mensuelle	4%
Délivrance de ribavirine quotidienne	57%
Délivrance de ribavirine hebdomadaire	17%
Délivrance de ribavirine mensuelle	26%
Existence d'un programme d'éducation thérapeutique validé	16%
Initiation d'un traitement même si sortie de prison prévue	59%
Post-traitement et préparation à la sortie	
Consultation post-thérapeutique à l'USMP	69%
Consultation de réduction des risques à l'USMP	38%
Consultation extérieure dédiée aux sortants de prison	28%
Existence de liens entre USMP et :	
Caarud	41%
Csapa	69%
CHRS	41%
LHSS	22%
ACT dédiés	22%
Autres ACT	23%

TROD : test rapide d'orientation diagnostique. AAD : antiviraux d'action directe. RCP : réunion de concertation pluridisciplinaire. Caarud : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues. Csapa : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie. CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale. LHSS : lits halte soins santé. ACT : appartements de coordination thérapeutique.

effective était de 70%. Les sérologies étaient réalisées par l'USMP dans 74% des cas et, dans 20%, par un CDAG/CeGIDD (consultations de dépistage anonyme et gratuit devenues en 2016 centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic). Le rendu de résultats était systématique dans 72% des USMP, sans différence significative en cas de présence d'un CeGIDD. Le questionnaire ne permettait pas d'identifier les raisons du non-rendu systématique des résultats. Des tests de dépistage et d'orientation diagnostique (TROD) étaient réalisés dans 8 USMP sur 64 (12,5%) : TROD VIH dans 8 cas sur 8 et TROD VHC dans 3 USMP ; 30 USMP sur les 56 n'en réalisant aucun étaient potentiellement intéressées pour en bénéficier sous réserve d'un financement.

Évaluation de la fibrose hépatique

Concernant les méthodes d'évaluation non-invasive de la fibrose, le Fibrotest® était réalisable pour 80% des USMP et le Fibroscan® pour 84%, mais rarement sur site (23%). Dans les autres USMP, cela nécessitait l'extraction de la personne détenue vers l'hôpital de rattachement ; 675 Fibroscan® ont été réalisés en 2015.

Liens avec les services d'hépatologie

Il existait une consultation spécialisée dans les maladies du foie dans 56% des USMP, tenue en moyenne 3,4 fois par mois. Cinq unités avaient mis en place un protocole de coopération interprofessionnelle, l'une à Perpignan sur la réalisation du Fibroscan® par

un personnel infirmier et les autres sur des procédures de délégation de tâches autour du rendu des résultats de dépistage et de suivi des traitements antiviraux. Ces protocoles ont bénéficié à 269 détenus. D'autres liens existaient avec les services d'hépatologie : deux expériences de télémedecine en Alsace et 21 staffs communs USMP-service d'hépatologie.

Traitement antiviral

En 2015, 66% des USMP ont initié au moins un traitement AAD, avec 130 patients traités ; 18 patients ont également bénéficié d'une thérapie comprenant de l'interféron dans 13 USMP. L'accès à la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), obligatoire pour toute prescription de traitement AAD, a été estimé facile pour 75% des USMP. La délivrance des AAD était quotidienne (79%), hebdomadaire (17%) ou mensuelle (4%). Pour la ribavirine, la délivrance était quotidienne (57%), hebdomadaire (17%) ou mensuelle (26%) (figure). En cas de délivrance quotidienne, la prise médicamenteuse se faisait devant l'infirmier(ère) dans 61% des USMP. Il n'y avait pas de différence significative du mode de distribution selon la taille de l'établissement, ses caractéristiques pénitentiaires ou sa situation géographique.

Le traitement par AAD a été dispensé en milieu carcéral, même en cas de sortie programmée avant sa fin estimée, dans 59% des USMP, tandis que 41% préféraient le différer. Il existait un programme d'éducation thérapeutique validé dans 16% des USMP (soit 10 sur 64).

Période post-traitement et préparation à la sortie

Parmi les USMP ayant répondu à l'enquête, 65% organisaient systématiquement une consultation post-thérapeutique et 38% une consultation de prévention / réduction des risques. Après la sortie de l'établissement pénitentiaire, la personne atteinte était orientée soit vers une consultation dédiée (28%), soit vers une consultation d'hépatologie « généraliste » (72%).

Les liens extérieurs étaient les suivants, en pourcentage d'USMP concernées :

- places dédiées dans des appartements de coordination thérapeutique (ACT) : 22% ;
- autres ACT : 23% ;
- lits halte soins santé : 22% ;
- centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) : 41% ;
- centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) : 69% ;
- centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (Caarud) : 41%.

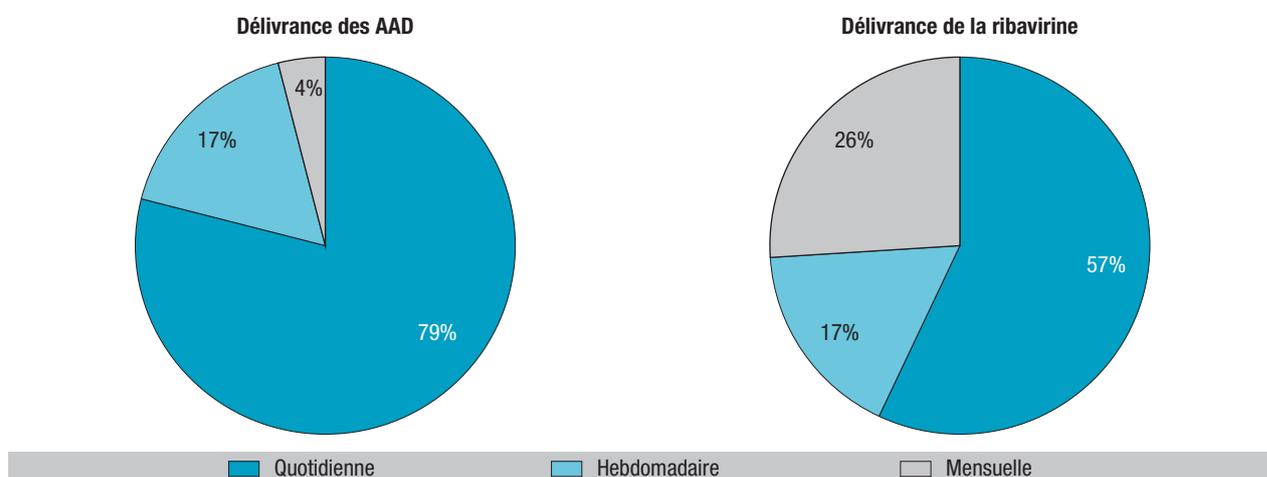
Discussion

La prise en charge de l'hépatite C en milieu carcéral s'organise malgré les contraintes pénitentiaires (capacité d'extractions médicales, gestion de mouvements), mais également sanitaires (disponibilité des personnels, modalités de distribution des traitements). Le taux de réponses à notre enquête nationale de pratiques est satisfaisant par rapport à ce type d'études, 38% des USMP couvrant 39% de la population carcérale, même s'il est inférieur au taux de participation de l'enquête Prévacar (86%) qui bénéficiait du soutien de la Direction générale de la santé (DGS)². Nous pouvons cependant supposer que ce sont les USMP les plus motivées et/ou les plus concernées par l'hépatite C, ce qui rend possible une surestimation des pratiques réelles et limite donc l'extrapolation des résultats à l'ensemble des USMP. Néanmoins l'échantillon est large, composé de petits et de grands établissements en proportion égale. Les caractéristiques en nombre de détenus et d'entrées annuelles des USMP n'ayant pas répondu sont similaires à celles des USMP qui ont répondu.

La comparaison avec l'offre de soins de l'enquête Prévacar fait apparaître des résultats identiques pour

Figure

Délivrance des antiviraux d'action directe (AAD) et de la ribavirine dans les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP), France, 2015



la proposition de dépistage (95% *versus* 98% dans notre enquête) et une absence de différence selon la présence ou non d'un CDAG/CeGIDD. Le nombre de consultations spécialisées est quasi-identique, 57% *versus* 56%. L'accès aux méthodes non-invasives d'évaluation de la fibrose hépatique est proche (90% avaient accès à au moins une de ces méthodes dans Prévacar *versus* 80% dans notre enquête), même si les questions, posées différemment, ne permettent pas une stricte comparaison item par item. Cela pourrait suggérer l'absence d'évolution des pratiques de dépistage et de prise en charge de l'hépatite C depuis 2010, malgré cette comparabilité limitée.

L'exploitation des rapports Migac, demandés aux USMP chaque année (extraction des tableaux Excel spécifiques) pourrait constituer une base de données utile pour un suivi épidémiologique.

Le dépistage des hépatites virales en milieu carcéral est organisé et proposé systématiquement, même si le taux effectif de réalisation dépasse à peine les deux tiers des entrants. Les raisons en sont multiples : dépistages déjà réalisés en structures d'addictologie ou lors d'une précédente incarcération, peines très courtes, jours dédiés aux prélèvements en nombre limité, notamment en cas de dépistage par un CDAG. Le rendu des résultats n'est pas systématique dans un quart des USMP. Bien que non documentées dans cette étude, les raisons pourraient en être un manque de temps et de moyens pour informer des résultats négatifs, la concentration des moyens sur les résultats positifs, et/ou la séparation entre USMP et CDAG/CeGIDD. Pour cette dernière donnée, l'analyse n'a pas montré de différence de rendu de résultats selon la présence ou pas d'un CeGIDD *intramuros*. Le risque de ne pas rendre certains résultats positifs existe, ce qui représente une perte de chance pour le patient. La place des TROD VHC reste à préciser en milieu carcéral, même si beaucoup d'USMP souhaiteraient les utiliser et que cela est recommandé par la Haute Autorité de santé qui estimait en 2013 que, sur une base d'environ 61 000 personnes détenues en France en mai 2010, 18 300 étaient susceptibles d'en bénéficier¹².

Les méthodes de diagnostic non-invasif de la fibrose hépatique, qu'elles soient biologiques ou physiques, sont très utilisées, avec cependant un accès restreint, en nombre, aux appareils de Fibroscan®. L'accès sur site pour tous les détenus au Fibroscan® est pourtant hautement souhaitable pour une évaluation de la fibrose hépatique immédiate et sans prélèvement sanguin, afin de diagnostiquer les malades cirrhotiques dont il faut poursuivre le suivi au-delà de la guérison virologique. La réalisation du Fibrotest® ne semble pas poser de difficultés, même si d'autres tests biologiques d'estimation de la fibrose hépatique validés sont disponibles gratuitement (score APRI, FAB4), mais ne sont pas utilisés car non référencés dans les recommandations. La réalisation de TROD couplée au Fibroscan® permettrait de donner deux résultats immédiats à la personne détenue et raccourcirait ainsi le délai de sa prise en charge et donc de son accès à un éventuel traitement antiviral.

Les liens des USMP ayant répondu à notre enquête avec les services hospitaliers d'hépatologie sont forts, notamment avec ceux devenus services experts de la lutte contre les hépatites virales (SELHV), *via* les réunions de concertation pluridisciplinaires obligatoires, à l'époque de l'enquête et sur l'année 2015 de référence, avant d'initier tout traitement. En additionnant les consultations sur site, les staffs en commun et les expériences de télé-médecine, ce sont 87% des USMP qui ont une connexion régulière avec un hépatologue référent pour la prise en charge des personnes détenues atteintes d'hépatite C chronique.

Le nombre de patients traités semble faible, même si deux tiers des USMP ont initié au moins un traitement en 2015, année où seuls les patients au stade F4, F3 ou F2 sévère pouvaient accéder au traitement AAD, ce qui en limitait les indications. L'extension du remboursement des AAD depuis juin 2016 à toutes les personnes détenues, quel que soit le stade de fibrose, dans un objectif collectif de diminution de transmission virale, devrait permettre l'augmentation du nombre de personnes traitées. La délivrance des AAD est très surveillée, du fait du coût élevé de ces traitements. Pourtant, il n'existe pas de données sur un éventuel trafic d'AAD en milieu carcéral. Le mode de délivrance des AAD devrait tenir compte de l'organisation de chaque USMP et de la personnalité de chaque patient. L'accès à un professionnel de l'éducation thérapeutique, critère majeur de prise en charge rappelé dans les circulaires successives du 29 décembre 2014, du 30 avril 2015 et du 10 août 2016 sur la délivrance des AAD, reste très faible en milieu carcéral. Par contre, le suivi post-thérapeutique et post-incarcération semble bien organisé par les professionnels des USMP. Reste à déterminer s'il est effectif. Il n'existe pas actuellement de données sur le suivi post-carcéral des détenus traités pour une hépatite C. La continuité des soins aurait été intéressante à explorer à la sortie de détention, mais relèverait dans ce cas d'une étude de cohorte.

Dans la prise en charge de l'hépatite C en milieu carcéral en France en 2015, le dépistage reste à améliorer^{13,14}, l'organisation globale de la prise en charge devant être conforme aux recommandations. Les difficultés rencontrées pour organiser un parcours de soins efficient en milieu carcéral peuvent expliquer en partie les réticences de professionnels à initier les traitements en prison ; une volonté d'organiser le suivi post-thérapeutique existe mais son efficacité n'est pas démontrée. La marge de progrès reste très importante. Cependant, l'extrapolation de nos résultats à l'ensemble des USMP doit être prudente et justifierait une nouvelle enquête, portant notamment sur l'année 2017, première année pleine où l'ensemble de la population détenue pourra avoir un accès non restreint aux AAD, et portant aussi sur les mesures de prévention de la transmission du VHC mises en œuvre en prison.

Conclusion

Après avoir pu traiter prioritairement les patients les plus graves, au stade de cirrhose ou de fibrose avancée, les hépatologues, grâce aux deux arrêtés du 11 juin 2016, peuvent désormais soigner toutes les personnes détenues quel que soit leur stade de fibrose, conformément aux avis d'experts et de sociétés savantes^{14,15}. En effet, la prison est, et reste, un lieu de contamination⁵. Toutes les personnes détenues ayant une hépatite chronique C peuvent et doivent être traitées, ceci d'autant plus que le traitement est entièrement pris en charge par

l'assurance maladie. Les AAD sont bien tolérés et le suivi biologique minimal pendant la durée du traitement. Par ailleurs, la durée de plus en plus courte des traitements AAD disponibles (8 à 12 semaines) permet de soigner les personnes concernées pour des séjours en détention de moins de six mois. Même si le contrôle virologique de guérison, recommandé trois mois après la fin du traitement, ne peut être réalisé durant l'incarcération, le seul fait de terminer le traitement AAD est synonyme à 97% d'une guérison virologique. C'est pourquoi le milieu carcéral pourrait représenter un lieu de soins et de traitement de l'hépatite C pour une population vulnérable ayant des

Encadré

Recommandations du rapport d'experts 2016 sur la prise en charge thérapeutique et le suivi des personnes infectées par le VHC, chapitre détenus¹⁵

1. Proposer et réaliser un dépistage de l'infection à VHC (associé à celui des infections par le VHB et le VIH) à toutes les personnes détenues lors de la consultation médicale d'entrée, se donner les moyens d'informer dans un délai rapide chaque détenu de son statut sérologique, renouveler la proposition de dépistage chez les personnes incarcérées de façon prolongée et s'assurer du rendu des résultats.
2. Permettre un accès aux TROD à toutes les USMP qui en expriment le besoin et former le personnel à leur réalisation.
3. Utiliser le temps du dépistage pour promouvoir l'éducation à la santé et à la réduction des risques par des méthodes pragmatiques et donner accès, au sein de tous les établissements, aux outils de réduction des risques (seringues, traitement de substitution aux opiacés, traitement rapide de l'infection à VHC).
4. Initier précocement les démarches nécessaires à l'ouverture des droits sociaux, en particulier pour les détenus sans prise en charge sociale à la libération.
5. Identifier dans chaque USMP un médecin spécialiste du traitement de l'infection à VHC, présent ou non au sein des USMP. Ce médecin spécialiste aura pour mission :
 - d'accompagner les médecins des USMP dans la réalisation du bilan complémentaire et son interprétation ;
 - de former ces médecins à la prise en charge des hépatites C et au suivi des traitements par AAD ;
 - de faciliter la présentation des fiches de RCP pour les patients qui en relèvent (les présentations se limiteront aux cas complexes) ;
 - de prescrire le traitement par les AAD et contribuer à sa mise en œuvre soit lors de consultations au sein de l'établissement pénitentiaire, soit par un soutien (téléphonique ou visioconférence) aux équipes des USMP.
6. Faire autoriser et mettre en place des programmes d'éducation thérapeutique concernant les patients infectés par le VHC accessibles aux personnes en détention pour favoriser leur compréhension et leur adhésion au traitement.
7. Garantir les moyens d'assurer un dépistage échographique semestriel du carcinome hépatocellulaire chez tous les patients détenus dont l'atteinte hépatique le justifie.
8. Promouvoir de façon pragmatique les programmes de réduction des risques au sein de tous les établissements pénitentiaires (groupes de pairs, interventions associatives...) et y déployer l'ensemble des outils de réduction des risques qui sont disponibles à l'extérieur (accès aux seringues, traitement de substitution aux opiacés, traitement rapide de l'infection au VHC).
9. Identifier les professionnels et les associations vers lesquels pourront être orientés les patients transférés ou libérés durant leur traitement ou nécessitant un suivi après guérison.
10. Pour les détenus libérés alors qu'ils sont encore sous traitement, préparer un dossier de suivi comportant une fiche de synthèse, la fiche d'une éventuelle RCP et un exemplaire de la prescription ; prévoir également la remise par la pharmacie à usage intérieur d'une ou quatre semaines de traitement, qui sera délivrée au détenu au moment de sa sortie.
11. Mettre en place une surveillance sanitaire régulière du nombre de patients détenus ayant été traités par les AAD pour une infection à VHC. Coupler cette disposition à une évaluation régulièrement actualisée de la prévalence de l'infection par le VHC en milieu pénitentiaire.

difficultés d'accès aux soins en milieu libre. Le dépistage en milieu carcéral est largement proposé, même si le rendu des résultats peut être amélioré. Les liens avec les services d'hépatologie, les services experts de lutte contre les hépatites virales et les réunions de concertation pluridisciplinaire existent. Des freins persistent pour l'accès au traitement AAD : une durée d'incarcération courte, avec une sortie possible avant la fin du traitement, des effets indésirables redoutés par les patients et certains soignants, la question des prix élevés des traitements sont des facteurs présents à l'esprit des prescripteurs et des pharmaciens hospitaliers. Il reste à franchir un cap pour traiter ces patients, qui ont un état de santé et/ou une situation sociale complexe, dans la perspective d'un bénéfice individuel et collectif. Le dernier rapport d'experts, paru en octobre 2016¹⁵, reprend ces recommandations (voir encadré) et définit une prise en charge idéale dans un chapitre spécifique. ■

Remerciements

Les auteurs remercient l'ensemble des équipes des USMP qui ont répondu à l'enquête.

Déclaration d'intérêt

Les réunions du groupe de travail ont bénéficié du soutien institutionnel du laboratoire ABBVIE. Celui-ci n'a pas participé directement ou indirectement au recueil ou à l'analyse des données ni à la rédaction de l'article, et aucun de ses représentants n'a assisté aux réunions du groupe de travail.

Références

- [1] Chiron E, Jauffret-Roustide M, Le Strat Y, Chemlal K, Valentin MA, Serre P, *et al.* Prévalence de l'infection par le VIH et le virus de l'hépatite C chez les personnes détenues en France: résultats de l'enquête Prévacar 2010. *Bull Epidémiol Hebd.* 2013;(35-36):445-50. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=11794
- [2] Chemlal K, Bouscaillou J, Jauffret-Roustide M, Semaille C, Barbier C, Michon C, *et al.* Offre de soins en milieu carcéral en France : infection par le VIH et les hépatites. *Enquête Prévacar 2010. Bull Epidémiol Hebd.* 2012;(10-11):131-6. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=10527
- [3] Remy AJ. Pourquoi soigner l'hépatite C en prison ? *Gastroentérol Clin Biol.* 2007;(31):566-8.
- [4] Remy AJ. Incidence of the hepatitis C in prison in France: results of a study by POCT. Abstract, 2nd International Conference on Hepatology, May 09-11, 2016 Chicago, USA. *J Liver.* 2016, 5:2(Suppl).
- [5] Fauchille E, Thienpont C, Sannier O, Faure R, Trugeon A. Description de l'état de santé et des caractéristiques sociales des personnes entrées en détention en Picardie en 2013. *Bull Epidémiol Hebd.* 2016;(18-19):344-9. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=12979

[6] Circulaire interministérielle N°DGOS/DSR/DGS/DGCS/DSS/DAP/DPJJ/2012/373 du 30 octobre 2012 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir_36019.pdf

[7] Remy AJ, Serraf L, Galinier A, Hedouin V, Gosset D, Wagner P, *et al.* Treatment for hepatitis C in jailhouses is doable and successful: definitive data of first national French study (POPHEC). *Heroin Add & Rel Clin Probl.* 2006;8(2):47-9.

[8] Remy AJ et les UCSA de France. Amélioration du dépistage et du traitement de l'hépatite C en prison. *Enquête comparative 2000-2003. Presse Médicale.* 2006; 35(9-C1):1249-54.

[9] Remy AJ et les UCSA de France. Treatment of the hepatitis C in prison in France in 2011-2012: more patients treated in fewer medical jailhouse units. Results of a national practice survey. *United European Gastroenterology Week 2014, October 18-22, 2014, Vienna, Austria*

[10] Vergniol J, Capdepon M, El Aouadi S, Le-Port G, Gatineau-Sailliant G, Hédouin V, *et al.* Prévalence des hépatites virales et de la fibrose hépatique chez les entrants en établissement pénitentiaire. 75^e Journées de l'Association Française de l'Étude du Foie, Paris 26-28 septembre 2014.

[11] Circulaire DGOS/R1/R4/DSS/1A/1C/2A n° 2015-148 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. http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-06/ste_20150006_0000_0065.pdf

[12] Place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans la stratégie de dépistage de l'hépatite C. Saint-Denis La Plaine: Haute Autorité de santé, 2014. 106 p. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1615995/fr/place-des-tests-rapides-d-orientation-diagnostique-trod-dans-la-strategie-de-depistage-de-l-hepatite-c

[13] Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B et ou de l'hépatite C : rapport de recommandations 2014, sous la direction du Pr Daniel Dhumeaux et sous l'égide de l'ANRS et de l'AFEF. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Prise_en_charge_Hepatitis_2014.pdf

[14] Recommandations AFEF sur la prise en charge des hépatites virales C. Février 2016. <http://www.afef.asso.fr/ckfinder/userfiles/files/recommandations-textes-officiels/Recoavril2016.pdf>

[15] 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 Daniel Dhumeaux, sous l'égide de l'ANRS et du CNS et avec le concours de l'AFEF. <http://www.afef.asso.fr/ckfinder/userfiles/files/recommandations-textes-officiels/recommandations/rapportDhumeaux2.pdf>

Citer cet article

Remy AJ, Canva V, Chaffraix F, Hadey C, Harcouet L, Terrail N, *et al.* L'hépatite C en milieu carcéral en France : enquête nationale de pratiques 2015. *Bull Epidémiol Hebd.* 2017;(14-15):277-84. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/14-15/2017_14-15_4.html

NB : l'année de référence est l'année 2015**Données à recueillir**

- Nom de l'US (en clair)
- MAISON ARRET / CENTRE DE DETENTION
- Nombre de places théoriques / nombre réel de détenus
- Nombre d'entrants en 2015
- File active VHC en 2015
- Dépistage
 - Proposition systématique à l'entrée oui/non
 - Taux de réalisation effectif (%)
 - Rendu de résultats systématique oui/non
 - si non, raison :*
 - Sérologie réalisée par : CDAG/CeGIDD ou USMP
 - TROD oui/non
 - VIH oui/non
 - VHC oui/non
 - si les TROD étaient disponibles et financés, seriez-vous intéressés pour en faire ? oui/non
- Diagnostic de l'hépatite C
 - FIBROTEST oui/non
 - difficultés de réalisation / de prise en charge oui/non
 - FIBROSCAN oui/non
 - sur site à l'US
 - au Centre Hospitalier
 - autre lieu :
 - nombre par an (2015)
 - consultation spécialisée hépatites sur site à l'US oui/non
 - si oui : fréquence/mois ?*
 - Protocole de délégation de tâches oui/non
 - objet du protocole (en clair) :
 - nombre de patients concernés :
 - Autres liens avec service spécialisé hépatites :
 - télémédecine ?
 - staff commun ?
 - autre (en clair) :
- Traitement de l'hépatite C
 - Utilisation d'Agents Antiviraux Directs en 2015 oui/non combien ?
 - Interféron en 2015 oui/non combien ?
 - délivrance des AAD : quotidienne / hebdomadaire / mensuelle
 - délivrance de la ribavirine : quotidienne / biquotidienne / hebdomadaire / mensuelle
 - en cas de délivrance quotidienne, prise devant l'infirmière
 - Programme d'éducation thérapeutique validé AR/HAS
 - accès facile à une RCP ?
 - Initiez-vous un traitement en prison même si le patient risque de sortir avant la fin du traitement ? oui/non
- Période post traitement
 - Consultation post traitement oui/non
 - Consultation de prévention oui/non
 - Préparation à la sortie
 - Suivi post carcéral / lien formalisé
 - consultation hépatites généraliste hospitalière
 - spécialisée dédiée sortants de prison oui/non
 - places ACT dédiées sortants de prison oui/non
 - liens avec partenaires extérieurs oui/non
 - autres ACT
 - CHRS oui/non
 - CSAPA oui/non
 - CAARUD oui/non
 - LHSS oui/non
 - Autres partenaires (en clair)
- Commentaires

MERCI D'AVOIR REMPLI CE QUESTIONNAIRE