

Prise en charge des patients détenus d'Île-de-France infectés par le virus de l'hépatite C



Établissement Public de Santé
National de Fresnes

Madeline Schmidt, Mathilde Ouachée, Anne dulioust, Mélanie Bouteille Gaillet¹

INTRODUCTION

La prévalence de l'hépatite C est particulièrement importante en détention comme l'a montré l'enquête PREVACAR². Elle concerne 4,8% des détenus. On dénombre 14 309 détenus³ en Île-de-France répartis dans 11 centres pénitentiaires⁴ fermés (CP). Le turnover y est très important, 2/3 des peines sont inférieures à 1 an.

Les unités sanitaires (US⁵) déplorent un manque de moyens humains et matériels pour une prise en charge optimale des infections virales C alors que la prescription des NAAD (Nouveaux Antiviraux d'Action Directe) s'organise de façon particulièrement contraignante pour la détention.

Une prise en charge des hépatites virales chroniques B, C et co infections VIH, centralisée et adaptée aux patients détenus d'Île-de-France est proposée depuis juillet 2014 dans le service de consultation de l'Établissement Pénitentiaire National de Fresnes⁶ (EPSNF). En un seul transfert, le patient bénéficie d'une échographie abdomino-pelvienne, d'une évaluation de la fibrose par Fibroscan⁷ et d'une consultation d'infectiologie. Aux termes de cette prise en charge, une synthèse est proposée et les dossiers éligibles à un traitement sont discutés en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). La mise en place du traitement et le suivi se font de façon coordonnée avec les US.

Nous proposons un retour sur cette activité pour la période de juillet à décembre 2014.

² Enquête PREVACAR, volet offre de soins VIH, hépatites et traitements de substitution en milieu carcéral, 2010.

³ Chiffres de l'administration pénitentiaire au 1^{er} janvier 2015.

⁴ Centres pénitentiaires de Bois d'Arcy, Fleury Mérogis, Fresnes, Meaux-Chauconin, Melun, Nanterre, Osny, Poissy, Réau, Versailles, Villepinte.

⁵ Les US assurent au sein des CP le suivi médical des personnes incarcérées, ainsi que des activités de prévention et d'éducation à la santé.

⁶ L'EPSNF est une structure hospitalière unique en France sous double tutelle ministérielle santé/justice comprenant entre autre un service de médecine, un service de consultation et un service de radiologie.

⁷ Disponible depuis janvier 2015

DESCRIPTION DE LA PRISE EN CHARGE

La consultation

Soixante-neuf patients infectés par le virus de l'hépatite C ont bénéficié d'une prise en charge entre juillet et décembre 2014. L'un d'entre eux était guéri de son infection.

Tableau I. Centres pénitentiaires d'origine des patients

Centre pénitentiaire	Nombre de patients	Pourcentage
Fleury-Mérogis	33	47,8%
Fresnes	28	40,6%
Osny	5	7,2%
Autres (LHSA, Versailles, Réau)	3	4,35%
Total	69	100%

¹ Unité Hospitalière Spécialisée Aménagée dont la mission est d'accueillir les personnes détenues nécessitant des soins psychiatriques construits.

Les CP de Poissy, Nanterre et Versailles/Bois d'Arcy organisent la prise en charge localement.

Les CP de Versailles/Bois d'Arcy adressent exclusivement les patients co infectés par le VIH.

Les CP de Meaux, Villepinte et Melun n'ont pas adresse de patient entre juillet et décembre 2014.

Prise en charge des patients nécessitant un traitement

Le stade de fibrose était évalué à F3-F4 pour 24 patients. Un patient présentait un lymphome en rapport avec son hépatite C. Vingt-trois dossiers ont été présentés en RCP sur les 25, un dossier nécessitant un complément de bilan et un autre dossier concernait un patient présentant des troubles psychiatriques graves de nature à compromettre la prise en charge immédiate.

Deux patients ont rapidement été libérés et ont bénéficié d'un début de traitement après leur libération. Un patient a été transféré à au CP de Lille où son traitement a été débuté. Neuf traitements ont été suivis dont 4 ont été menés à leur terme après libération.

Dix patients ont été libérés précocement et n'ont pas pu bénéficier de traitement. Pour la grande majorité de ces derniers, ils ne réunissaient pas les conditions sociales suffisantes pour envisager une mise sous traitement après leur libération (couverture sociale/titre de séjour). Par ailleurs, une patiente est perdue de vue (PDV) en détention.

Durée de la peine restante au moment de la prise en charge

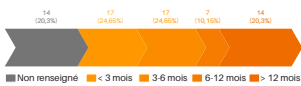


Figure 1. Durée de la peine restante

D'après les chiffres de l'administration pénitentiaire au 1er janvier 2015, 82 % des peines (personnes jugées) sont inférieures à 1 an, dont 2/3 sont inférieures à 6 mois.

Quatorze patients étaient prévenus et ne connaissaient pas la durée de la peine restante au moment de la consultation.

CARACTERISTIQUES SOCIO-EPIDEMIOLOGIQUES DES PATIENTS

Sexe, âge et origine des patients

Les consultants étaient majoritairement des hommes (64/69 = 92,8%), âges en moyenne de 42,3 ans (médiane à 43 ans).

La patients étaient originaires d'Europe et d'ex-URSS (52/69 = 74,7%). Les 3/4 des européens (27/37 = 72%) étaient français.

Une grande majorité (12/15 = 80%) des patients d'ex-URSS étaient géorgiens.

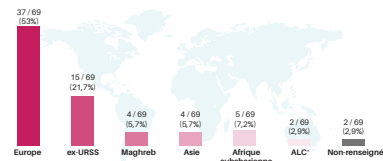


Figure 4. Origine des patients détenus infectés par le VHC ayant bénéficié de la prise en charge à l'EPSNF entre juillet et décembre 2014

Lieu du diagnostic

La plupart des diagnostics ont été faits en détention.

Cinquante et un patients (51/69 = 73,9%) avaient déjà été incarcérés. Cette donnée était non renseignée pour 9 d'entre eux.

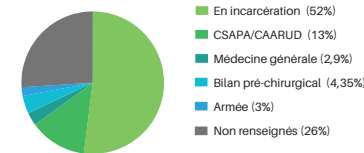


Figure 5. Lieux du diagnostic de l'infection chronique par le VHC

Mode de contamination

La quasi totalité des patients (58/69 = 84%) ont été contaminés suite à une consommation de drogue.

Concernant les 3 cas de transmission nosocomiale, il y avait 2 femmes transfusées en peri-partum avant 1988 et un militaire serbe transfusé sur le champ de bataille.

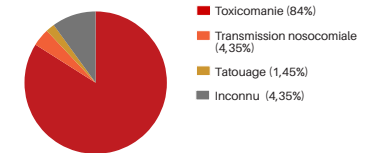


Figure 6. Modes de contamination présumés par le VHC

L'INFECTION PAR LE VHC

Le stade de fibrose a été évalué par fibrotest et a concerné 68 patients puisqu'un des patients était guéri. Quinze patients avaient bénéficié d'une co-évaluation par Fibroscan⁸, qui n'était alors pas disponible à l'EPSNF. Plus du tiers des patients étaient éligibles à un traitement au regard de l'avis d'expert de septembre 2014 et l'EASL 2014.

La distribution des génotypes était comparable à celle observée en population générale (INVS 2012)

Stade de fibrose hépatique

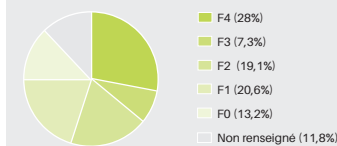


Figure 2. Répartition des stades de fibrose hépatique

Distribution des génotypes des virus

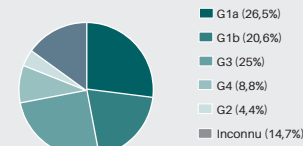


Figure 3. Distribution des génotypes des virus

Statut sérologique VIH, VHA et VHB des 69 patients

Tableau II. Statut sérologique pour le VIH et le VHA

	VIH	VHA
AC ⁺ Positifs	6 (8,7%)	26 (37,7%)
AC ⁻ Négatifs	61 (88,4%)	12 (17,4%)
Non renseigné	2 (2,9%)	31 (44,9%)

⁸ Anticorps

Tableau III. Statut sérologique pour le VHB

	VHB
Vaccinés	16 (23,2%)
Guéris	23 (33,3%)
AC ⁻ Négatifs	27 (10,1%)
Non renseigné	3 (4,3%)

Description des consommations de toxiques des patients

Une majorité de patients étaient fumeurs, aucun d'entre eux n'était sévré. Ils déclaraient en moyenne avoir déjà fumé 20,9 PA (paquet-année) et 3/4 d'entre eux consomment de façon abusive de l'alcool. Les patients présentaient majoritairement des facteurs de risque d'évolution péjorative de l'infection. Soixante-cinq des 69 patients présentaient une polytoxicomanie (association de plus de 2 toxicomanies).

Tableau IV. Principales addictions des patients

	Consommateurs			Non-consommateurs (%)	NR ¹ (%)
	Actifs (%)	Sevrés (%)	Total (%)		
Tabac	61 (88,4%)	0	61 (88,4%)	7 (10,1%)	1 (1,4%)
Cocaïne	37 (53,6%)	19 (27%)	69 (80,6%)	13 (18,8%)	0
Héroïne	31 (44,9%)	19 (27,5%)	50 (77,4%)	19 (27,5%)	0
Cannabis	45 (65,2%)	1 (1,4%)	46 (66,6%)	22 (31,9%)	1 (1,4%)
Alcool ²	48 (69,6%)	4 (5,8%)	52 (75,4%)	17 (24,6%)	0

¹ Non renseigné

² La consommation d'alcool a été considérée comme excessive au regard des seuils de toxicité définis par l'OMS

CONCLUSION

La prise en charge centralisée à l'EPSNF de l'infection par le VHC est adaptée aux patients incarcérés, particulièrement dans le contexte de l'organisation contrainte des prescriptions de NAAD.

Le mode de contamination est pour l'essentiel secondaire à un usage de drogue, le plus souvent non sévré, participant ainsi probablement au maintien de la pression épidémique de la maladie. La consommation tabagique et alcoolique, facteurs d'évolution péjorative de leur maladie, est majeure dans cette population. Le stade de fibrose est avancé au moment de leur prise en charge pour 1/3 d'entre eux.

Outre les évolutions thérapeutiques rapides en 2014 concourant à une certaine confusion initiale sur les prises en charge, la principale limite à ces dernières était, jusqu'à très récemment, liée à l'absence de définition du cadre de remboursement des NAAD en détention. Une circulaire ministérielle (DGOS/R1/R4/DSS/1A/1C/2A/2015/148 du 29 avril 2015) vient de clarifier les conditions de remboursement par rétrocession.

Des limites à la mise sous traitement apparaissent : les durées relativement courtes des peines ne permettent pas toujours de débuter un traitement. Par ailleurs les conditions sociales ne sont souvent pas réunies pour envisager la poursuite des traitements à la libération des patients (dont la date n'est pas toujours connue).

Pour mener à bien la prise en charge de ces patients précaires, porteurs de nombreuses co-morbidités et participant largement à la pérennisation du réservoir viral, il s'agit de repenser le parcours de soins en insistant sur l'importance d'un relais social à leur libération.

