

**Observatoire RECAMS**  
***Suivi de l'évolution de la prise  
en charge de patients porteurs  
du virus de l'hépatite C et  
incarcérés en maison d'arrêt  
[2006-2010]***

**Jean-Noël MARZO Ludovic LEVASSEUR**  
**Maison d'Arrêt de la Seine-Saint-Denis**

**THS 8 Biarritz 23-26 octobre 2007**

# Contexte

---

- Une population plus fréquemment contaminée par le virus de l'hépatite C
  - Prévalence du VHC en France : de 500 000 à 650 000
    - 1 % de la population générale
  - Prévalence estimée en milieu carcéral à 7,3 %\*
    - \*Résultat d'une enquête réalisée en 2003 dans les centres pénitentiaires français
- Intérêt d'évaluer de façon précise la prise en charge du VHC en milieu carcéral et son évolution
  - C'est un réel problème de santé publique

# Sommaire

---

1. Objectifs
2. Méthodologie
3. Données générales
4. Organisation des soins
5. Moyens humains et matériels dans les UCSA
6. Organisation des soins à la sortie
7. Hépatite C chronique et co-infection VIH-VHC
  - Dépistage et prise en charge
8. Addictions
9. L'éducation du patient
10. La prise en charge sanitaire et sociale
11. Bilan 2006 2007 et discussion : quelles améliorations possibles ?
12. Conclusion

# Objectif principal

---

- Suivi de l'évolution de la prise en charge du VHC en milieu carcéral\*
  - Impact de l'organisation des soins au sein d'une UCSA sur la prise en charge de l'hépatite C
  - Existence de consultations spécialisées
  - Participation de l'unité médicale à un réseau de santé
  - Impact de l'instauration du futur "dossier médical personnel" (DMP)

\*Le dépistage et le traitement du patient infecté par le VHC sont retenus comme marqueurs pour évaluer une organisation de soins

## Objectifs secondaires

---

- Prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite C en maison d'arrêt
- Évaluation du suivi et du traitement de l'infection virale C

# Méthodologie

---

- Étude épidémiologique nationale, prospective et multicentrique
  - Cet observatoire a été proposé à toutes les UCSA au niveau de la métropole
- Population étudiée:
  - Patients atteints d'hépatite C incarcérés en Maison d'arrêt
- Durée totale l'étude : 5 ans [2006-2010]
- Modalités de recueil des données:
  - Un questionnaire est envoyé au médecin responsable de l'UCSA
  - Le recueil des données se fait « un jour donné » du 1<sup>er</sup> trimestre de chaque année\*

\*Aucune donnée individuelle concernant les patients n'est recueillie dans le cadre de cette étude

---

# RÉSULTATS 2006-2007

# Données générales

---

- Envoi d'un questionnaire dans le courant de la dernière semaine de mars
- Qui a répondu ?

En 2006

- 130 questionnaires envoyés : 36 de réponses (27%)

En 2007

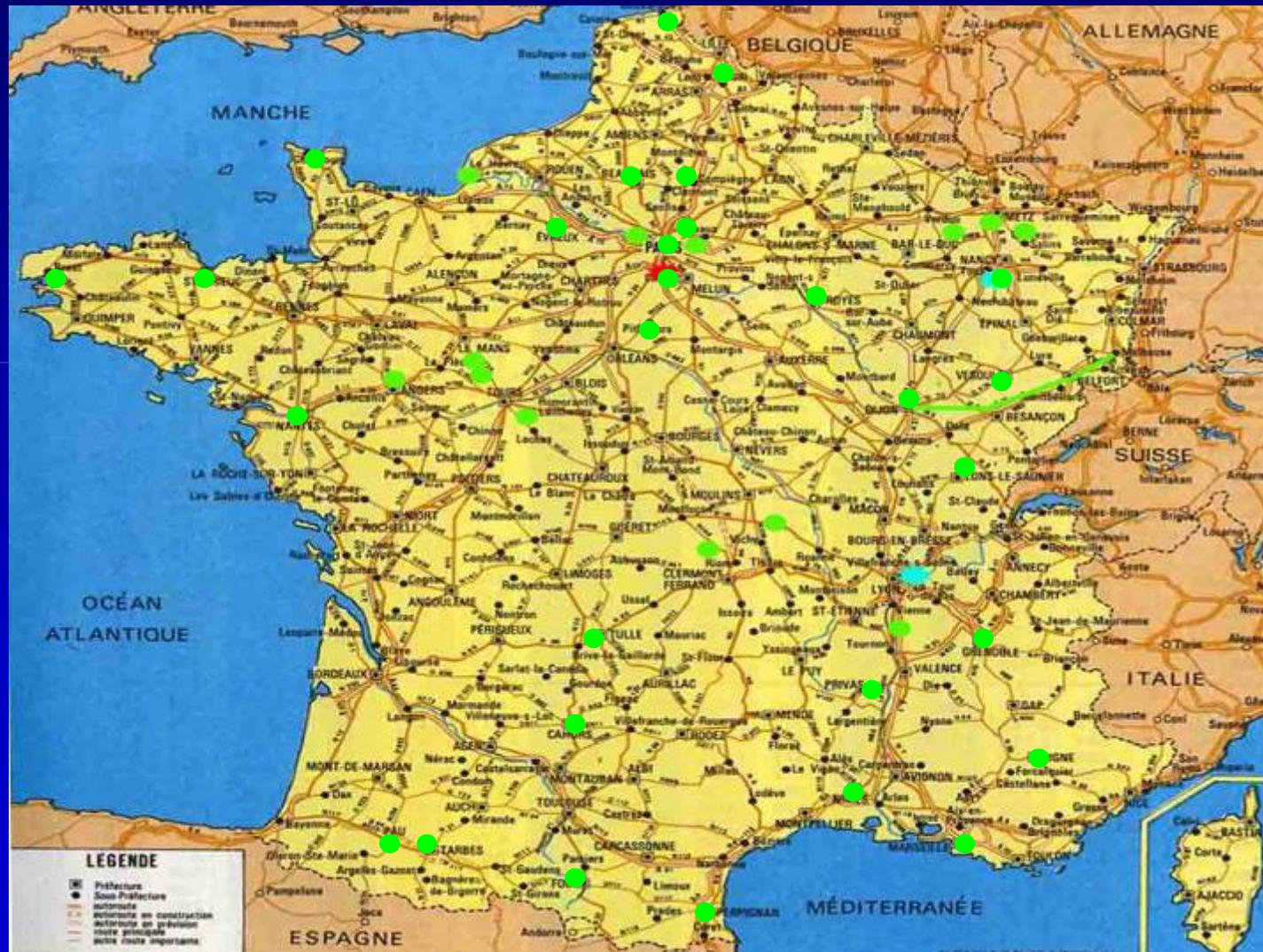
- 36 questionnaires envoyés en 2007 : 22 réponses (61%)  
9 documentés par téléphone (25%)  
au total 31 documents exploités (86%)

# Données générales

---

- Nombre de détenus à la date de remplissage des questionnaires
  - En 2006 : 11 466 dans 36 Maisons d'arrêt
  - Moyenne par établissement : 318 [38-1700]
- 
- En 2007 : 10 175 dans 31 Maisons d'arrêt
  - Moyenne par établissement : 328 [41-1722]
- Pas de discrimination entre les personnes en détention préventive des personnes condamnées

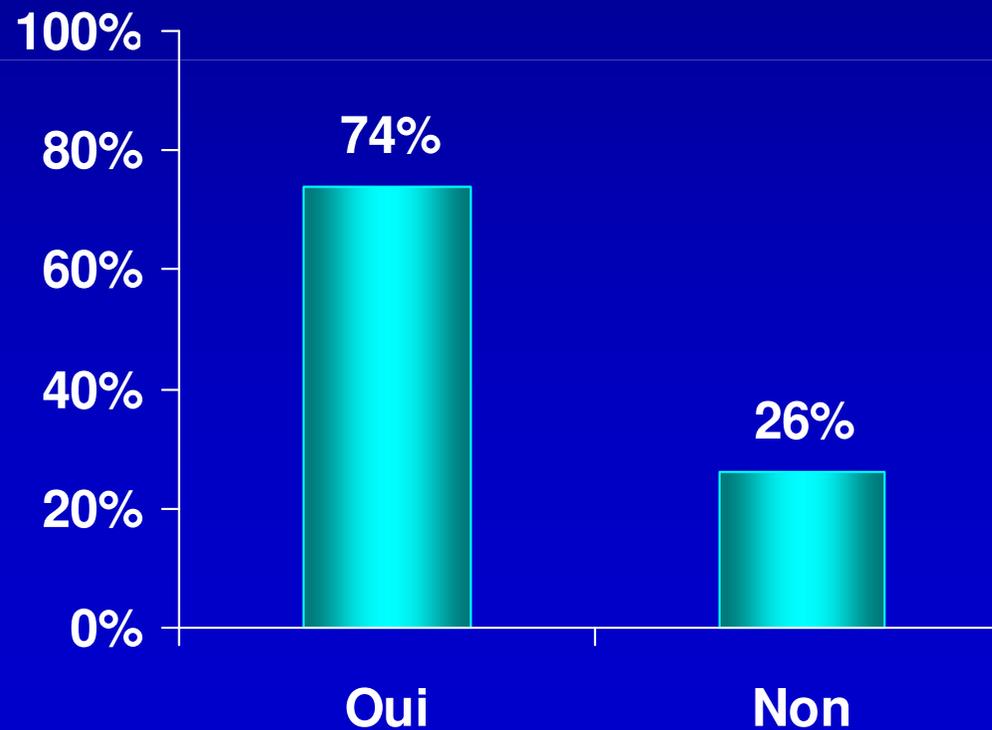
# Données générales



# Organisation des soins

---

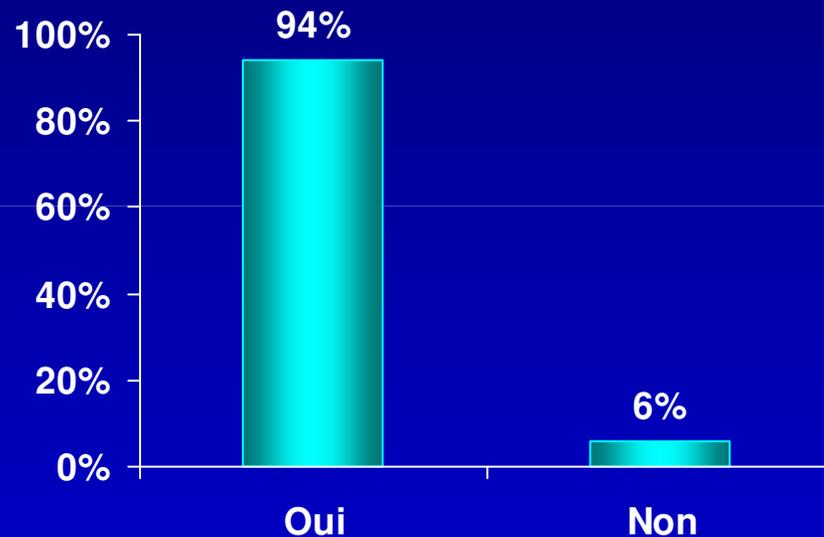
- Dossiers médicaux à l'UCSA  
Pas de changement de 2006 à 2007



# Organisation des soins

---

- Procédure de communication des dossiers en cas de transfert : pas de changement de 2006 à 2007

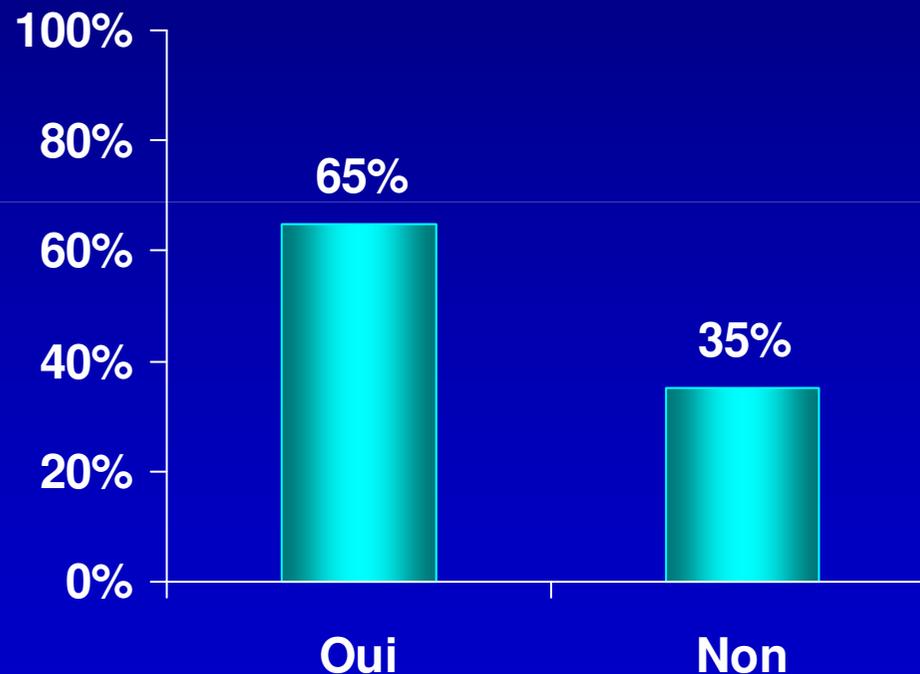


- Modalités pratiques
  - Photocopie du dossier : 48 %
  - Dossier original : 30 %
  - Photocopie+autres : 22 %

# Organisation des soins

---

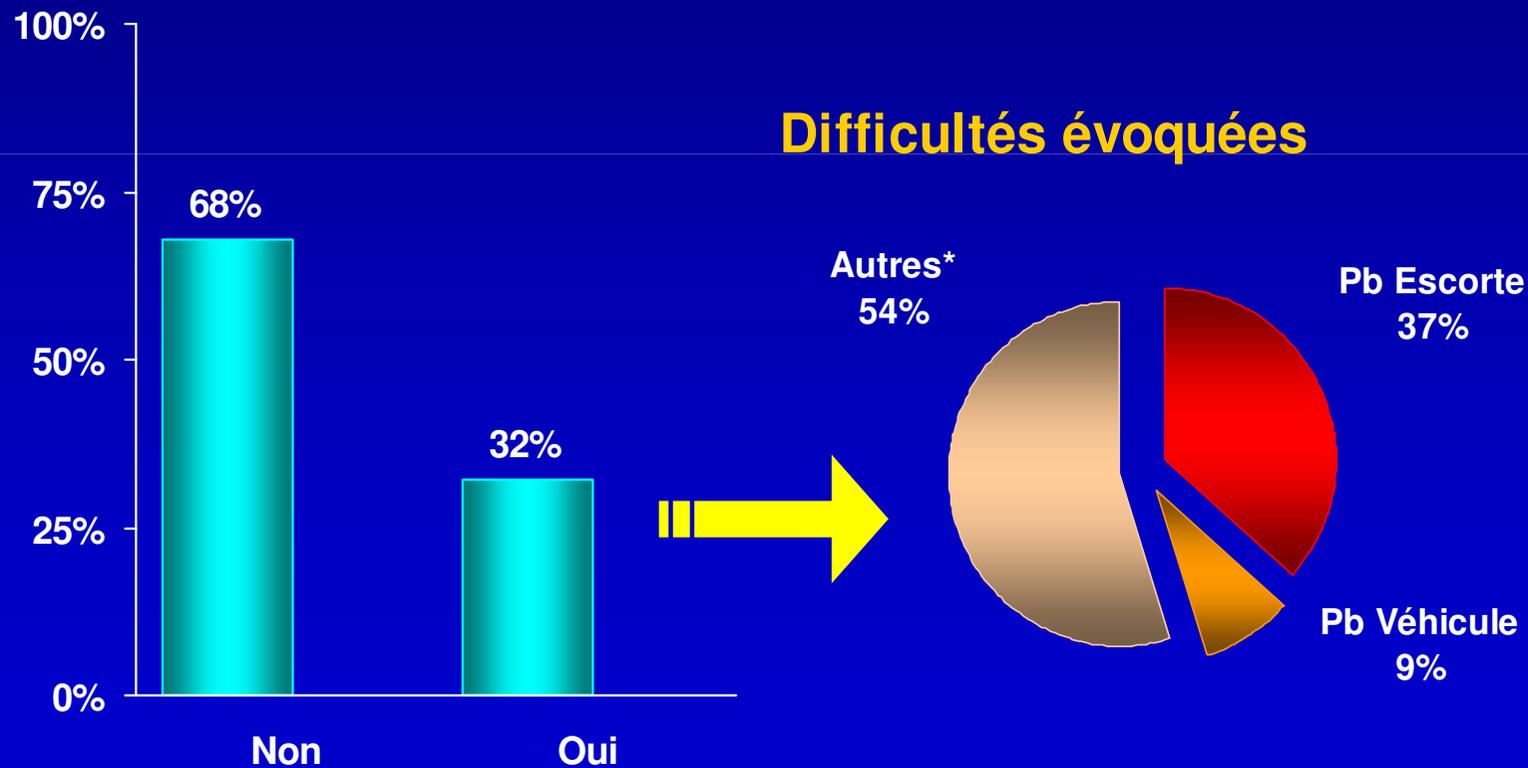
- Hospitalisation avec une procédure préétablie: pas de changement de 2006 à 2007



- Modalités : Courrier ou Courrier + dossier

# Organisation des soins

- Difficultés pour obtenir une consultation ou une hospitalisation dans l'établissement de proximité



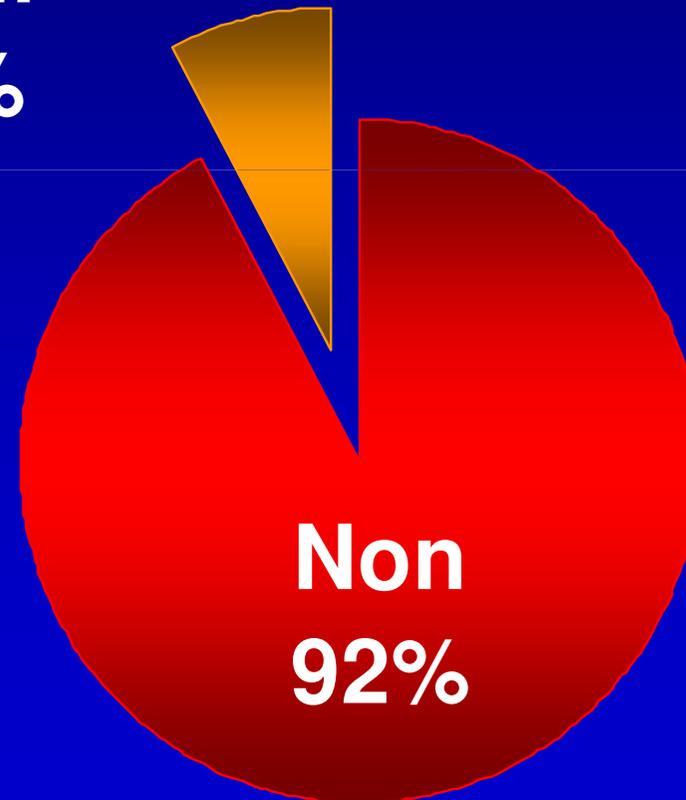
\* Contraintes pénitentiaires...

# Organisation des soins

---

- Mise en place en interne d'un dossier médical personnel

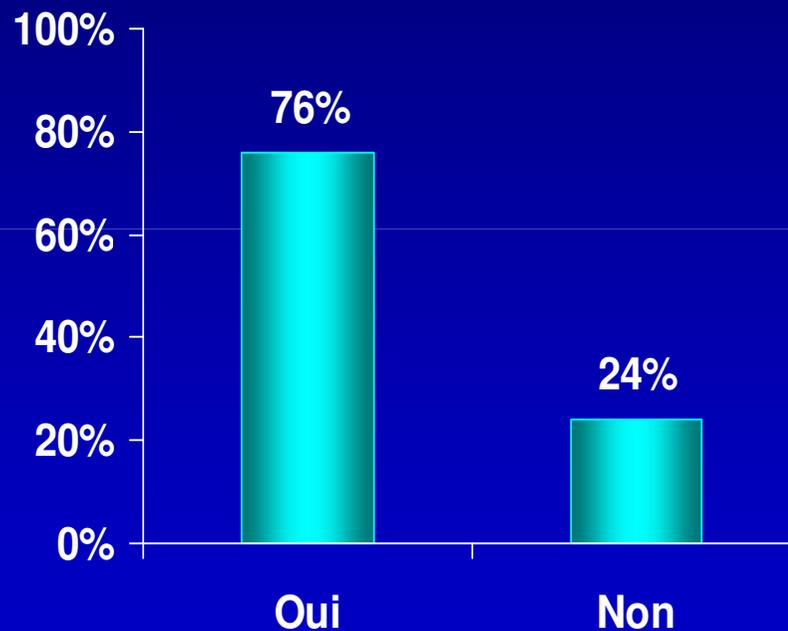
**Oui**  
**8%**



# Moyens humains et matériels

---

- Présence d'un surveillant dédié à l'UCSA



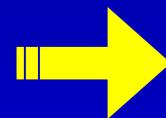
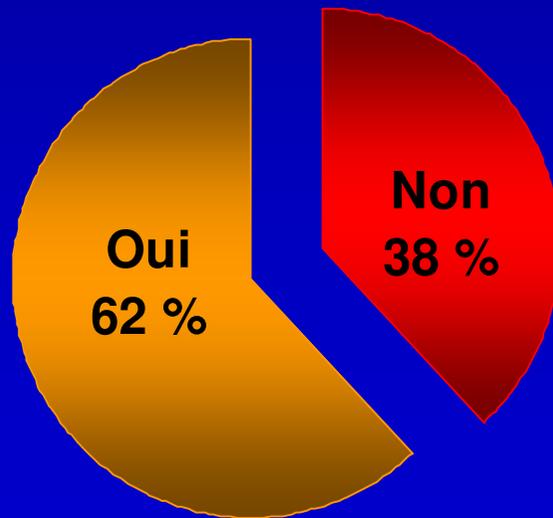
➔ Impact sur le secret médical et sur la prise en charge ?

# Moyens humains et matériels

---

- Mise en place d'une procédure pour les soins d'urgence : pas d'écart entre 2006 et 2007

**Il existe une procédure de soins d'urgences**



Impact sur la mise en route d'un traitement?

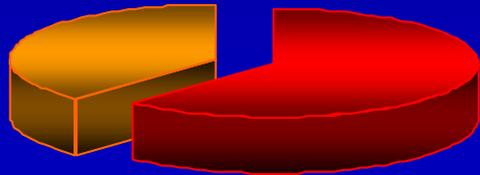
# Moyens humains et matériels

---

- Présence de consultations spécialisées

## Hépatologue

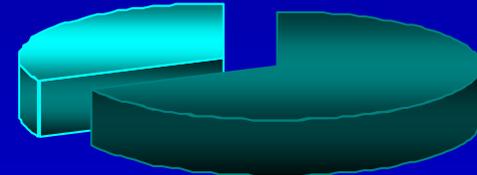
Oui  
38%



Non  
62%

## Médecine interne

Oui  
32%



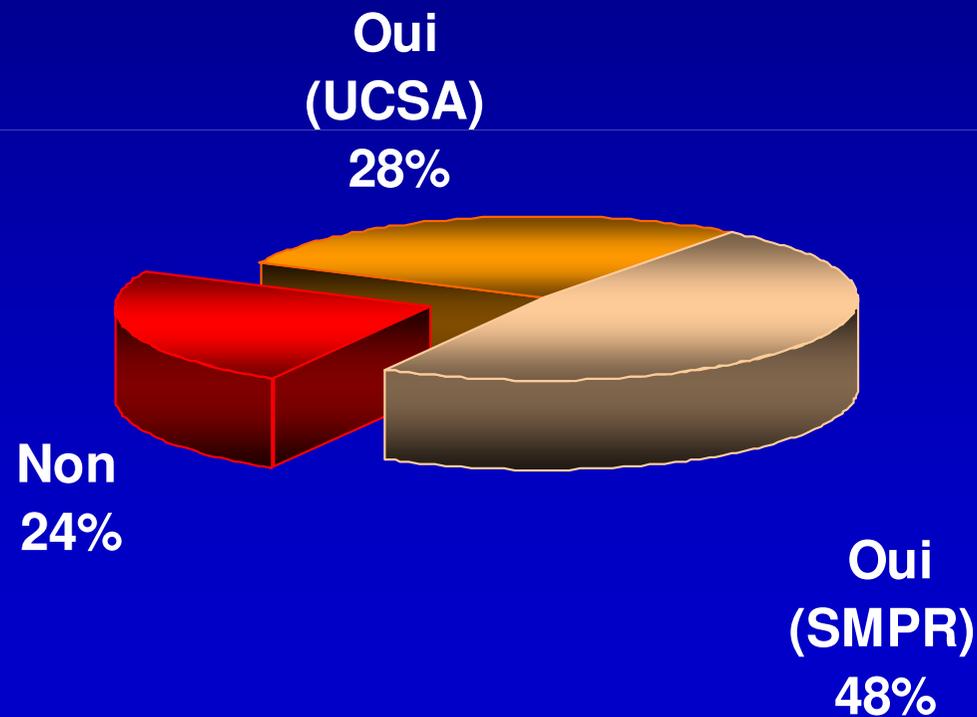
Non  
68%

→ Dans tous les cas, il existe des conventions permettant d'adresser le patient en consultation à l'hôpital

# Moyens humains et matériels

---

- Consultations spécialisées en psychiatrie



# Moyens humains et matériels

---

- Il existe une corrélation entre
  - la taille de la M.A. et la présence d'un hépatologue
  - Population carcérale

- < 300 : 38 %
- [300-599] : 71 %
- [600-900] : 70 %
- > 900 : 100 %

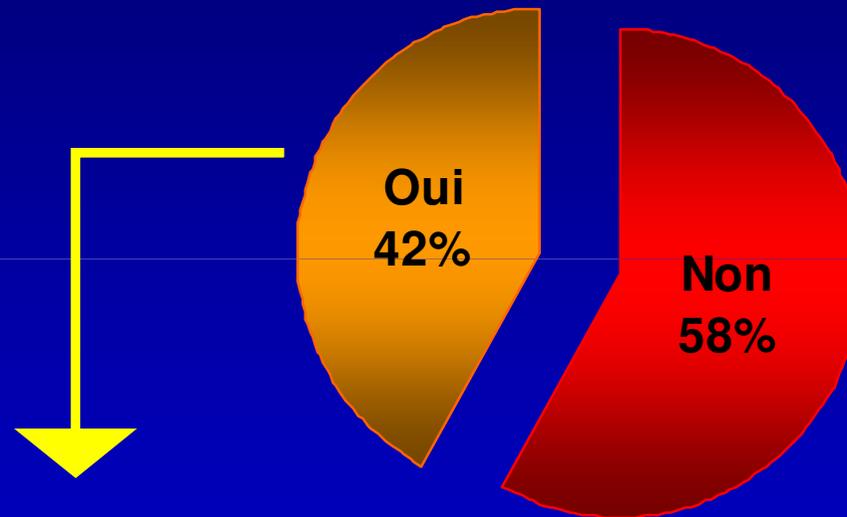
→ Il existe une corrélation entre la taille de la Maison d'arrêt et une consultation régulière d'un hépatologue\*

\*Test de Fisher significatif ( $p$ -value = 0.0029)

# Organisation des soins à la sortie

---

- Orientation du patient vers un réseau

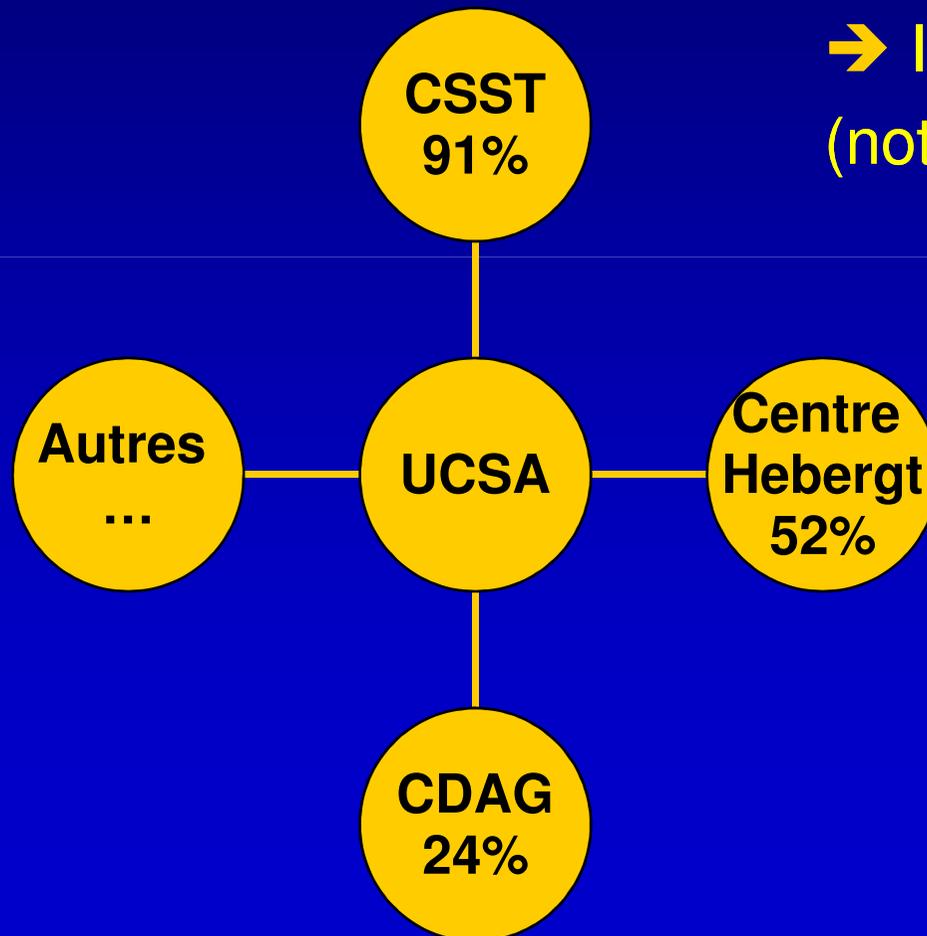


- Si le patient est orienté vers un réseau, il s'agit
  - D'un réseau Hépatologie : 32 %
  - D'un autre réseau ville-Hôpital : 25 %
  - Autres réseaux (alcoologie ...) : 43 %
  - Pas de modifications de 2006 à 2007

# Organisation des soins à la sortie

---

- Autres structures liées à l'UCSA



→ Intérêt d'une fiche de transfert (notamment pour les CSST)

# Organisation des soins à la sortie

---

- En l'absence de réseau, le patient est orienté vers
    - L'hôpital : 91 %
    - Un médecin de ville : 76 %
    - Pas de modifications entre 2006 et 2007
- ➔ Intérêt d'un annuaire pour un chaînage de la prise en charge à la sortie

# Hépatite C et co-infection VIH

---

- Prévalence VHC :
  - en 2006 (334/11466) soit 2,9 %
  - en 2007 (289/10175) soit 2,8 %
- en 2006 Prévalence VIH-VHC : (116 / 11403) soit 1,01 %  
en 2007 Prévalence VIH-VHC: (87 / 10175) soit 0,85%
- En 2006 Prévalence totale VHC et VIH-VHC : (444/11403) 3,9%  
En 2007 Prévalence totale VHC et VIH-VHC: (376/10175) 3,28%
- On observe une légère diminution de la prévalence de l'hépatite C en maison d'arrêt ( lié aux effort de ces dernières années ? )

# Hépatite C et co-infection VIH

---

- Sous-estimation de la séroprévalence en comparaison avec les autres études publiées
  - Cette « faible » prévalence est explicable par le décalage entre le début de l'incarcération et le dépistage (biais pour les courtes incarcérations)
- Nécessité d'une généralisation d'un dépistage rapide

# Hépatite C

---

- Lorsque le bilan de l'hépatite C est fait, le traitement est en général instauré
- Cependant, il reste un grand nombre de patients séropositifs pour le VHC qui ne bénéficient pas d'un bilan de l'hépatite C (génotypage, bilan hépatique...) et donc non pris en charge pour le VHC

# Éducation du patient

---

- Les patients candidats au traitement, reçoivent l'information suivante
  - Explications sur l'histoire naturelle de la maladie
  - Explications sur les possibilités thérapeutiques actuelles
  - Information sur la nécessité d'un suivi régulier
  - Informations sur les précautions à prendre
  - Conseils concernant les relations avec l'entourage

# Addictions

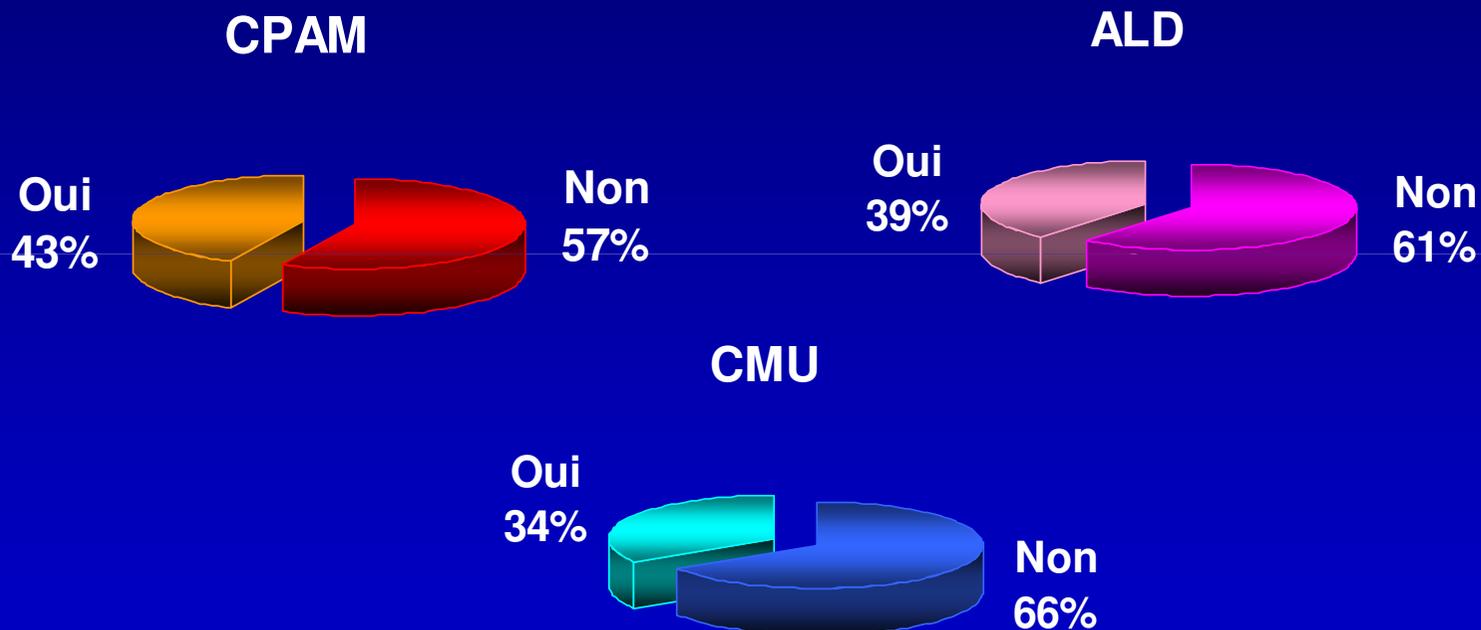
---

- Nécessité d'une prise en charge renforcée des addictions
  - La généralisation de la possibilité de prescrire des traitements substitutifs aux opiacés en prison ont changé la donne
  - La relation toxicomanie IV et sniffée et hépatite virale C n'est plus à démontrer
  - Intérêt d'une consultation d'alcoologie

# Prise en charge sanitaire et sociale

---

- Démarches pour la prise en charge sanitaire et sociale



→ Attente d'une meilleure coordination des actions des UCSA et des SPIP ?

# Bilan 2006-2007

---

- L'offre de soins en milieu carcéral reste encore aujourd'hui relativement hétérogène et dépend des moyens affectés aux U.C.S.A.
- Il existe un lien entre l'existence d'une consultation régulière de spécialistes et le nombre de prises en charge de l'hépatite C
- Ces consultations sont surtout présentes dans les M.A. de taille importante
- Le bilan hépatique des patients ayant une sérologie positive devrait être renforcé
- La prévalence du VHC retrouvée dans cette étude est certainement sous-évaluée
  - Dépistage insuffisant ?
  - Dépistage trop tardif pour les courtes incarcérations ?

# Discussion

---

- Quelles améliorations peut-on apporter ?
  - Dépistage plus précoce pour les patients à risque
  - Bilan complet chez les patients séropositifs
  - Diminuer la période d'attente entre le dépistage et le bilan hépatique
  - Améliorer le « chaînage » à la sortie du patient (réseaux, annuaire, fiches de liaison avec les CSST...)
  - Réduire les délais administratifs pour obtenir une couverture sociale

# Conclusion

---

- **Des traitements efficaces ne sont pas toujours mis en œuvre pour des raisons multiples**
  - Les soins en prison dépendent des contraintes pénitentiaires
  - L'absence de traitement peut être liée à l'organisation des soins
- **Nous faisons l'hypothèse que**
  - L'existence d'une consultation régulière de spécialiste au sein de l' UCSA permet une meilleure prise en charge de l'hépatite C
  - L'existence d'un réseau de prise en charge de l'hépatite C, ou d'une « filière » même informelle, est une « chance » pour le patient qui doit lui permettre, après sa sortie de prison, de poursuivre un traitement commencé en détention