

# Prisons

**Insuffisance des dépistages VIH, VHB et VHC dans les établissements pénitentiaires français : impact sur l'accès effectif des personnes détenues atteintes d'une infection chronique à VHC aux traitements par AAD**

# 1. Avis et rapport du CNS sur la prévention, le dépistage et le traitement de l'hépatite C chez les personnes détenue : éléments de contexte

- **Antiviraux d'action directe (AAD) mis à disposition depuis 2014**
  - Nouvelle génération de traitements contre le VHC plus efficaces, plus courts et mieux tolérés → **Changement de paradigme**
  - Santé individuelle : Guérison (>95% des patients) en 8 à 12 semaines de traitement
  - Santé publique : possibilité d'élimination du VHC au travers d'une stratégie 'Test & Treat'
- **Objectif du gouvernement : élimination du VHC d'ici à 2025**
  - Stratégie nationale de santé 2018-2022 > Plan 'Priorité Prévention' (mars 2018)
  - > mesure phare n°15
- **Personnes détenues : population-clé pour le succès de cette stratégie**
  - Prévalence VHC & facteurs d'exposition au risque +++ / éloignement du système de soins
  - Le passage en détention représente une opportunité de dépistage, d'accès au traitement et de guérison**

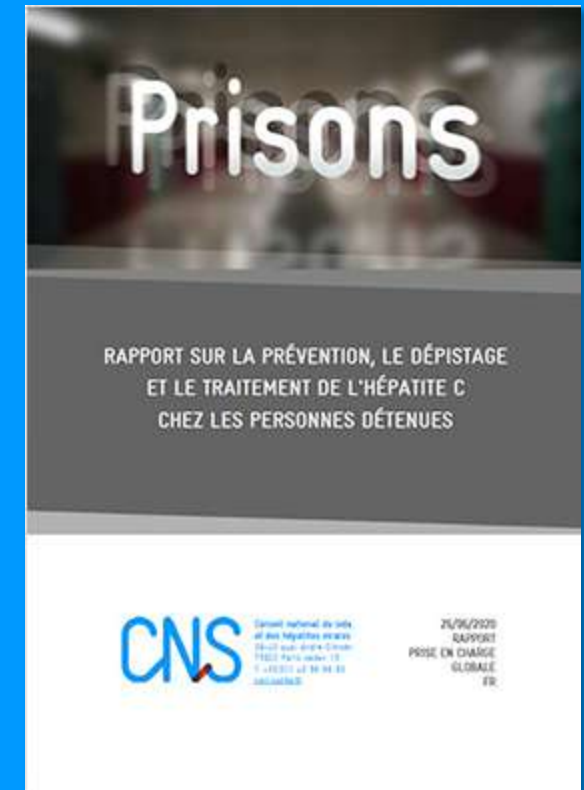
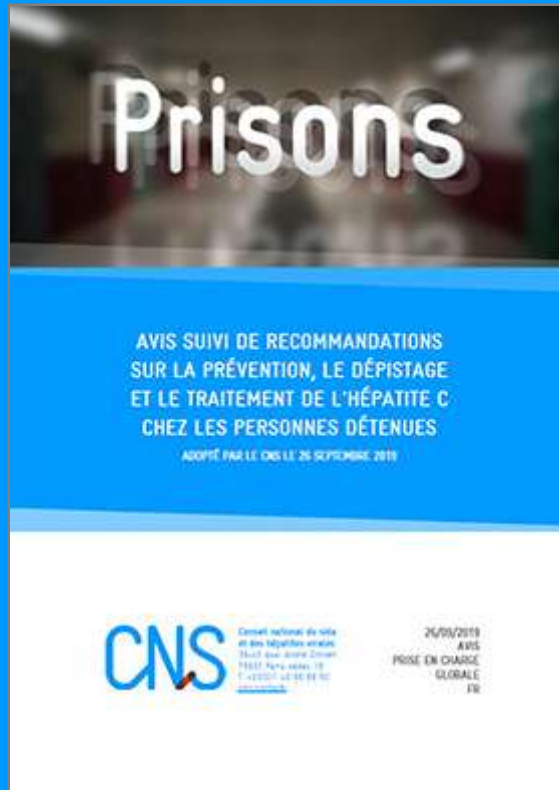
- **Saisine du CNS conjointement par DAP-DGS-DGOS (13/11/2018) :**
  - > **produire un état des lieux de la prise en charge par les AAD** des patients infectés par le VHC en milieu pénitentiaire au regard du parcours de soins (dépistage, évaluation, suivi thérapeutique et post-thérapeutique, prévention)
  - > **proposer des pistes d'amélioration du dépistage VHC (& VIH, VHB) et du traitement de l'infection par le VHC** afin de contribuer à la stratégie d'élimination de l'épidémie de VHC d'ici 2025

# Avis suivi de recommandations sur la prévention, le dépistage et le traitement de l'hépatite C chez les personnes détenue :

- *réponse opérationnelle à la saisine : constats synthétiques + 14 recommandations*
- *adopté en séance plénière du CNS le 26 septembre 2019 et communiqué aux autorités commanditaires*

## Rapport

- *présentation détaillée des constats et analyses de la mission*
- *produit pour information sous la responsabilité de la commission*



# Structure de l'avis : 6 messages-clés

|  |                  |
|--|------------------|
| 1. L'arrivée des traitements AAD a radicalement transformé le paradigme de lutte contre le virus de l'hépatite C   |                  |
| 2. La prise en compte de la population clef des personnes détenues dans la stratégie d'élimination de l'épidémie de VHC à l'horizon 2025 est un enjeu déterminant pour son succès  | <i>Reco n°1</i>  |
| 3. Le renforcement du dépistage du VHC, et conjointement du VHB et du VIH, à l'entrée et au cours de la détention, représente le principal défi à relever  | <i>Reco n°2</i>  |
|  | <i>Reco n°3</i>  |
|  | <i>Reco n°4</i>  |
|  | <i>Reco n°5</i>  |
| 4. Les délais aux différentes étapes du parcours post dépistage des personnes détenues découvertes séropositives au VHC peuvent être optimisés   | <i>Reco n°6</i>  |
|  | <i>Reco n°7</i>  |
| 5. Il est par ailleurs indispensable de renforcer la prévention et notamment de mettre fin à l'incohérence des limitations d'accès aux outils de réduction des risques en milieu pénitentiaire                                       | <i>Reco n°8</i>  |
|  | <i>Reco n°9</i>  |
|  | <i>Reco n°10</i> |
|  | <i>Reco n°11</i> |
|  | <i>Reco n°12</i> |
| 6. La mise en place d'une stratégie efficace de lutte contre le VHC en milieu pénitentiaire requiert un pilotage multiniveaux renforcé et un effort conséquent de coordination et d'accompagnement des professionnels sur le terrain | <i>Reco n°13</i> |
|  | <i>Reco n°14</i> |

# Structure de l'avis : 6 messages-clés

|  |  |
|--|--|
| 1. L'arrivée des traitements AAD a radicalement transformé le paradigme de lutte contre le virus de l'hépatite C   |  |
| 2. La prise en compte de la population clef des personnes détenues dans la stratégie d'élimination de l'épidémie de VHC à l'horizon 2025 est un enjeu déterminant pour son succès  | <i>Reco n°1</i>  |
| 3. Le renforcement du dépistage du VHC, et conjointement du VHB et du VIH, à l'entrée et au cours de la détention, représente le principal défi à relever  | <i>Reco n°2</i><br><i>Reco n°3</i><br><i>Reco n°4</i><br><i>Reco n°5</i>                       |
| 4. Les délais aux différentes étapes du parcours post dépistage des personnes détenues découvertes séropositives au VHC peuvent être optimisés   | <i>Reco n°6</i><br><i>Reco n°7</i>   |
| 5. Il est par ailleurs indispensable de renforcer la prévention et notamment de mettre fin à l'incohérence des limitations d'accès aux outils de réduction des risques en milieu pénitentiaire                                       | <i>Reco n°8</i><br><i>Reco n°9</i><br><i>Reco n°10</i><br><i>Reco n°11</i><br><i>Reco n°12</i> |
| 6. La mise en place d'une stratégie efficace de lutte contre le VHC en milieu pénitentiaire requiert un pilotage multiniveaux renforcé et un effort conséquent de coordination et d'accompagnement des professionnels sur le terrain | <i>Reco n°13</i><br><i>Reco n°14</i>   |

## **2. Mise en œuvre des dépistages (VIH-VHB-VHC) et des traitements par AAD en détention : état des lieux quantitatif**



## Objectifs

- **Concernant la mise en œuvre des dépistages VIH / VHB / VHC :**

*Contexte : recommandation de proposition systématique des 3 dépistages lors de la visite médicale obligatoire à l'entrée en détention (Guide méthodologique)*

- Estimer le nombre de dépistages (VIH / VHB / VHC) réalisés par les USMP (2012 – 2017)
- Estimer de la proportion des détenus entrants effectivement dépistés (2017)

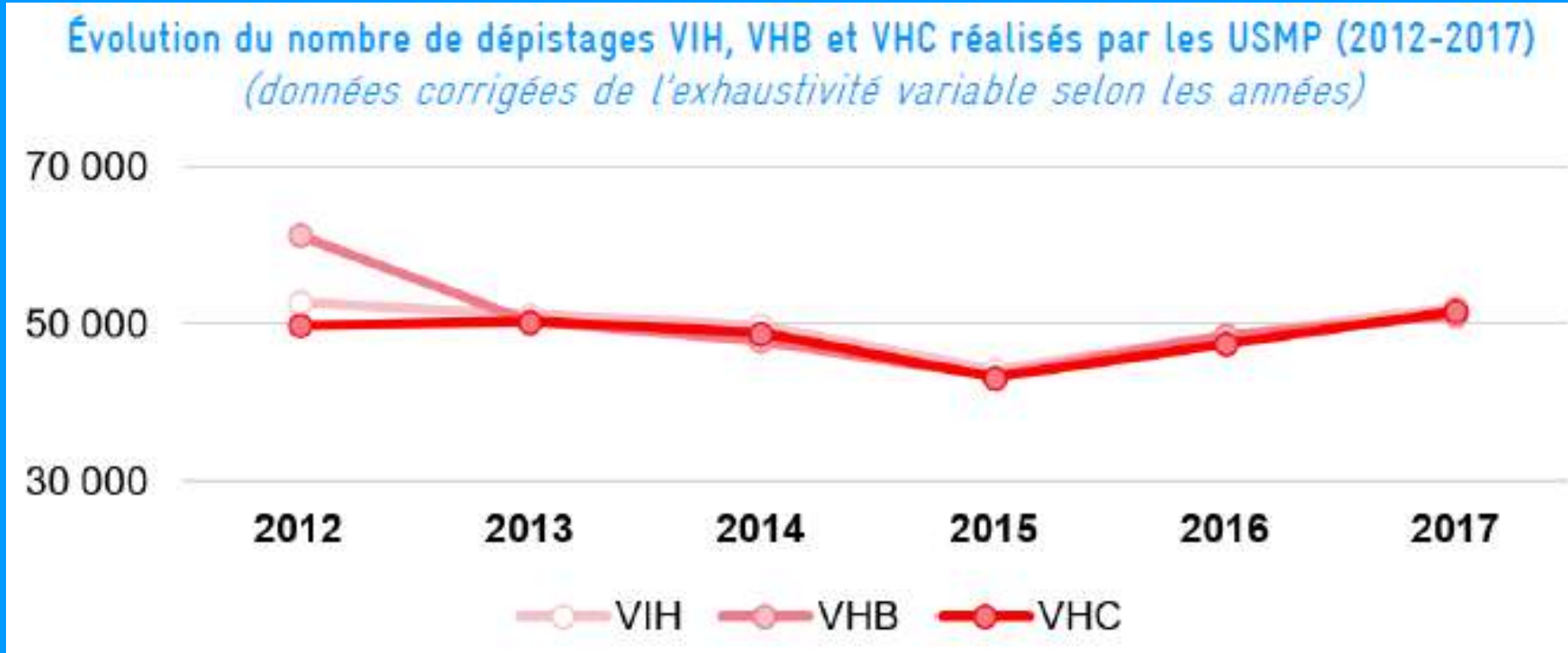
- **Concernant la mise en œuvre des traitements par AAD chez les détenus atteint d'une infection chronique par le VHC**

*Contexte : levée des obstacles financiers (04/2015 : rétrocession) + recommandation de traitement par AAD de toutes les personnes détenues présentant une infection à VHC active, quelque soit le stade de fibrose (07/2016) + simplification du parcours de prise en charge (08/2017 : suppression RCP sauf situations médicales complexes)*

- Estimer le nombre de traitements AAD dispensés en milieu pénitentiaire (2016 - 2018)
- Estimer la cascade de l'accès au traitement des personnes entrées en détention (2017)

- **Obstacle du manque de données :**
  - absence de dispositif organisé de collecte en routine dans les USMP des données épidémiologiques et de prise en charge des détenus (*nb de sérologies, de sérologies positives, de diagnostics d'infection VHC active confirmés, de traitements AAD initiés / complétés avec succès*)
  - données des grandes études nationales de santé en milieu pénitentiaire obsolètes (*Prévacar = 2010*)
- **Implique de développer des méthodes d'estimation indirectes, en assumant leur caractère imparfait**
  - exploitation de données d'activité des USMP : rapports d'activité annuels standardisés remontés à l'administration centrale (DGOS) à des fins de suivi budgétaire : bases de données OSSD puis PIRAMIG → nb de consultations d'entrée, nb de sérologies VIH / VHB / VHC réalisées
  - enquête CNS auprès des PUI de rattachement des USMP dans 3 régions (≈ 38% pop. détenue en France) → nb de traitements AAD délivrés
  - données de prévalence du VHC en pop. carcérale issues d'enquêtes ponctuelles
  - données de l'administration pénitentiaire

## ■ Résultats 1 – Nombre de dépistages VIH, VHB et VHC réalisés par les USMP



sources :  
données OSSD et  
PIRAMIG,  
exploitation CNS

### Env. 50 000 dépistages / an, stable depuis 2013

- pas de progrès sensibles du dépistage (effectifs détenus globalement stables dans la période)
- nb de dépistages globalement très similaire pour VIH / VHB / VHC (se vérifie aussi à l'échelon des EP )  
→ les 3 dépistages sont proposés, acceptés et réalisés conjointement

## ■ Résultats 2 – Proportion des détenus entrants effectivement dépistés

Taux de dépistage du VHC à l'entrée en détention (2017)  
(par interrégions pénitentiaires)

| DISP                     | Région administrative                        | Taux de dépistage à l'entrée en détention |
|--------------------------|--|---|
| Bordeaux                 | Nouvelle Aquitaine                           | 39,5 %                                    |
| Dijon                    | Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val-de-Loire | 44,3 %                                    |
| Lille                    | Hauts-de-France                              | 62,0 %                                    |
| Lyon                     | Auvergne-Rhône-Alpes                         | 36,5 %                                    |
| Marseille                | Sud, Corse                                   | 58,7 %                                    |
| <i>Mission Outre-Mer</i> | DROM   | 67,2 %                                    |
| Paris                    | Ile-de-France                                | 57,1 %                                    |
| Rennes                   | Bretagne, Normandie, Pays-de-la-Loire        | 53,4 %                                    |
| Strasbourg               | Grand Est                                    | 51,6 %                                    |
| Toulouse                 | Occitanie                                    | 46,8 %                                    |
| Ensemble                 |  | 51,6 %                                    |

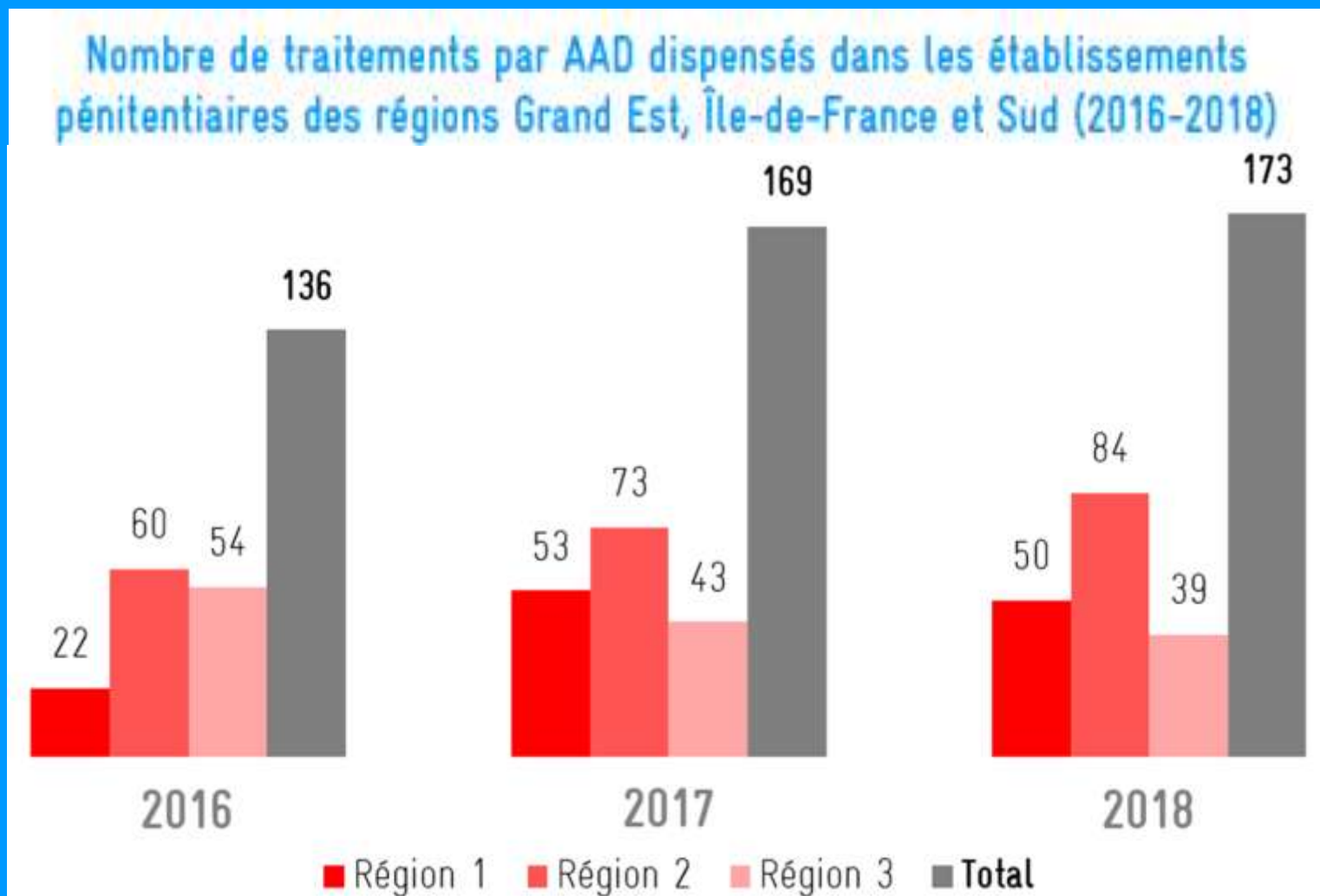
**Seulement une personne détenue sur deux est dépistée à l'entrée en détention**

- *Disparités régionales*
- *Disparités +++ selon les établissements*

sources : données PIRAMIG, exploitation CNS

remarque : la méthode de calcul des Tx de dépistage à l'entrée tend à produire des résultats surestimés

## ■ Résultats 3 – Nombre de traitements AAD dispensés en milieu pénitentiaire [dans 3 régions]



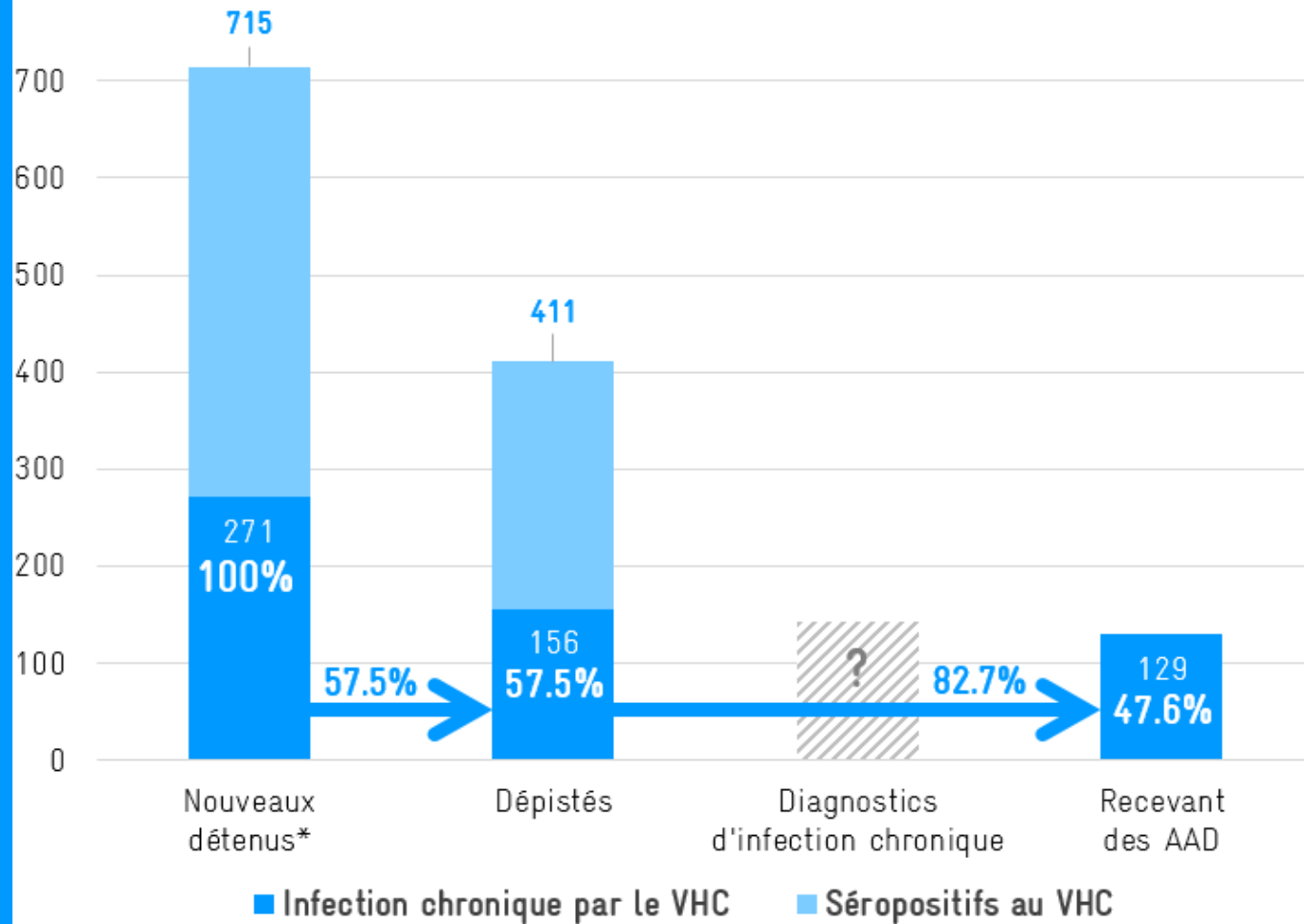
- **Augmentation modérée du nb total de traitements AAD dispensés dans les trois régions**
- *Schémas d'évolution différents selon les régions*

Source : Enquête CNS auprès des PUI de 3 régions (38% pop. pénitentiaire totale). Données pour 37 USMP rattachées à 29 PUI. Traitements AAD rapportés à l'année de leur initiation

## ■ Résultats 4 – Cascade de l'accès au traitement AAD des personnes détenues

[dans 3 régions]

Cascade de l'accès aux traitements par AAD des personnes entrées en détention en 2017 dans les EP des régions Grand Est, Île-de-France et Sud



- **Moins d'un détenu atteint d'une infection chronique à VHC sur deux (47,6%) accède au traitement AAD dans les régions d'étude**
- *Le défaut de dépistage est le principal obstacle*
- *En revanche, une fois dépistés, plus de 8 détenus sur 10 accèdent au traitement*

\* Séroprévalence et prévalence inf. chronique parmi les entrants estimées en 2017 à resp. 2,9% et 1,1% (données de la littérature)



## Discussion

- Malgré l'absence de données épidémiologiques et de prise en charge médicale les méthodes indirectes utilisées ont permis de produire des estimations :
  - du taux de détenus effectivement dépistés pour le VIH, le VHB et le VHC à l'admission en prison
  - de la cascade d'accès au traitement par AAD pour les détenus infectés par le VHC
- Mais ces résultats présentent plusieurs limites :
  - qualité et exhaustivité des données utilisées problématiques malgré les traitements opérés
  - taux de dépistage à l'entrée en prison possiblement surestimés (calcul sur le nombre total de tests réalisés par les USMP qui inclut ceux effectués en cours de détention)
  - cascade portant sur seulement 3 régions : résultats difficilement extrapolables (notamment au regard des tendances régionales divergentes dans le nombre de traitements par AAD délivrés )
  - cascade incomplète : pas d'estimation possible de la 4<sup>ème</sup> barre

## Discussion

- Cependant, rien n'indique que le profil de la cascade pourrait être significativement différent à l'échelle nationale :
  - la proportion de détenus recevant finalement un traitement par AAD dépend principalement des performances du dépistage
  - Or les taux de dépistage retrouvés dans les régions étudiées sont plus élevés qu'au niveau national (57,5 % vs 52 %)
  - → le taux d'accès au traitement pourrait être globalement plus faible au plan national que l'estimation produite dans l'enquête sur 3 régions



## Conclusions

- Le manque de données épidémiologiques et de prise en charge médicale concernant les infections à VIH, VHB et VHC au sein de la population carcérale en France est un obstacle majeur à l'évaluation et au suivi de la mise en œuvre des stratégies de dépistage et de traitement contre ces épidémies.

**→ Nécessité d'organiser la collecte, le traitement et l'analyse en routine de ces données, afin de mieux adapter la réponse sanitaire dans les EP**

*[reco 1]*

- Les faibles taux de dépistage du VIH, du VHB et du VHC en prison représentent le principal obstacle à l'accès à des soins adéquats : moins de la moitié des détenus chroniquement infectés par le VHC ont eu accès à un traitement par AAD en 2017

**→ Nécessité d'améliorer drastiquement le dépistage pour permettre une mise en œuvre efficace des stratégies *test-and-treat* de lutte contre les épidémies de VIH et de VHC auprès de la population détenue**

*[reco 2 à 5]*

### **3. Quelques éléments qualitatifs sur l'insuffisance du dépistage et l'organisation des parcours de prise en charge**

- **Le passage en détention représente une opportunité d'accès au dépistage et au traitement pour des personnes souvent éloignées du soin en milieu ouvert**
  - La brièveté et l'efficacité des traitements par AAD permet désormais de traiter et d'obtenir la guérison dans le temps de la détention pour une majorité des personnes...
  - ... mais à condition d'optimiser le parcours de soins :

- La majorité des personnes détenues porteuses d'une infection par le VHC active relèvent d'un parcours dit « simplifié » (recommandations HAS 2018)
- **Enjeux de dépister et traiter jusqu'à la guérison en moins de 4 mois à compter de l'entrée en détention**



**Compatible avec les courtes durées de détention**

- **A l'entrée en détention : les dépistages VHC, VHB et VIH sont généralement proposés mais très inégalement réalisés**
  - **proposition** : quasi systématique dans le cadre de la visite médicale obligatoire d'entrée
  - **acceptation** : mal mesurée, paraît globalement assez bonne (2/3 ?) mais variable selon EP (selon circonstances, qualité et temporalité de la proposition)
  - **réalisation** :
    - quasi exclusivement par sérologies
    - généralement différée par rapport à la proposition (notamment au-delà du séjour en quartier arrivant) : s'avère aléatoire et souvent peu priorisée
  - **rendu des résultats négatifs** : rarement systématique

***Mais certaines USMP ont repensé l'organisation du dépistage et mis en place des circuits courts***

- **Durant le séjour en détention et en prévision de la sortie : les opportunités de réitération du dépistage demeurent faibles voire inexistantes**
  - **dépistages à la demande de la personne détenue** : démarche très marginale
  - **reproposition systématique des dépistages à intervalle régulier** : pas organisée par les USMP
  - **pratique de reproposition opportuniste des dépistages en cas de repérage d'une situation d'exposition aux risques** : inégale et généralement limitée (réticences des personnels de santé, manque de formation)
  - **dépistages en fin de détention** : rarement proposés et réalisés (difficultés structurelles à assurer des consultations de sortie)

## ■ Principaux freins identifiés :

1. **Insuffisante prise de conscience par les équipes (*sauf exceptions !*) du changement de paradigme induit par l'arrivée des AAD et de ses implications**

### *Peu d'équipes ont entrepris de repenser :*

- l'intérêt et la place du dépistage dans le parcours de santé (stratégie Test & Treat)
- l'information et la promotion du dépistage et du traitement auprès des personnes détenues (l'opportunité de guérir)
- l'organisation du circuit de dépistage (effectivité des dépistages, réduction des délais)

### *→ interroge le rôle d'animation / de mobilisation / de formation :*

- des ARS
- des centres experts hépatites / des COREVIH
- des services spécialisés des hôpitaux de rattachement

## ■ Principaux freins identifiés :

### 2. Absence quasi-générale de recours aux TROD (VHC, VHB, VIH) dans les USMP :

*avantages des TROD :*

- simplicité et rapidité de réalisation : mise en œuvre immédiate dès que la proposition est acceptée (> allège l'organisation et la charge de travail, limite les mouvements de personnes détenues)
- résultat immédiat, y compris négatif (> réduit drastiquement les délais de prise en soins si nécessaire)
- possibilité de déléguer entièrement la réalisation à des personnels infirmiers formés

*or :*

- méconnaissance et réticences fréquentes des équipes
- parfois obstacles logistiques (hôpitaux de rattachement)

## ■ Principaux freins identifiés :

### 3. Développement insuffisant ou déficient des partenariats avec d'autres services ou structures, internes ou externes, susceptibles de contribuer à diversifier l'accès au dépistage :

*intérêt des partenariats :*

- offre complémentaire à l'activité courante de dépistage (qui doit être assurée par les USMP)
- objectif de diversifier qualitativement les points d'entrée vers le dépistage, notamment pour :
  - atteindre ou « rattraper » des personnes détenues que l'offre médicale standard de l'USMP n'a pas réussi à capter
  - renforcer les opportunités de réitération des dépistages au cours de la détention
- en permettant de proposer et réaliser des dépistages dans le cadre des interventions plus larges opérées par les structures partenaires (prise en charge des addictions, santé sexuelle, ...), susceptible de donner du sens à la démarche



or :

- partenariats « historiques » avec les ex-CDAG devenues CeGIDD :
  - généralement conçus sur des bases obsolètes, offre inefficace et sans valeur ajoutée (prestation « sèche » de dépistage, délestage de l'activité de dépistage de l'USMP)
  - à *reconsidérer entièrement à partir des nouvelles missions des CeGIDD (offre globale de prévention et de santé sexuelle)*
- contribution des services et structures de prise en charge de la santé mentale et des addictions (personnels de soins psychiatriques au sein des USMP, SMPR, CSAPA internes ou CSAPA référents externes):
  - inégale, souvent insuffisante voire inexistante, trop peu coordonnée avec l'USMP
  - multiples freins : fonctionnement en silo des services, cultures/postures professionnelles différentes voire divergentes, faible mobilisation / capacité de coordination des USMP
- partenariats avec des associations (promotion de la santé, lutte contre le VIH, les hépatites & les IST, accompagnement à la RdRD, ...), notamment agréés TROD :
  - intérêt +++, mais trop rares et insuffisamment soutenus

- **Après le dépistage, les étapes jusqu'à l'initiation du traitement peuvent être simplifiées et les délais optimisés dans de nombreux établissements**

- L'organisation des phases du bilan initial pourrait être accélérée dans une partie des établissements
- Trop peu d'USMP ont mis en place un véritable circuit court de décision thérapeutique et de prescription pour les patients relevant d'une prise en charge simplifiée :

- Recommandations HAS 2018
- AAD pangénotypiques
- Prescription ouverte à tous les médecins



**la prise en charge peut désormais être entièrement internalisée à l'USMP pour la majorité des patients**

*→ les équipes des USMP doivent être davantage accompagnées dans la mise en place du parcours simplifié, notamment par les services spécialisés de rattachement (appui à la réorganisation, formation des médecins des USMP à la prescription des AAD et au suivi)*

- Une fois prescrits, les traitements sont délivrés rapidement et sans difficultés particulières  
***l'instauration du traitement dans les deux semaines suivant un dépistage positif est un objectif réaliste***

# Conclusions

- **Prendre conscience et tirer les conséquences du changement de paradigme dans la lutte contre le VHC**
- **Améliorer l'effectivité et la rapidité des dépistages doit être la première priorité**
- **La mise en place de circuits courts internalisant entièrement dans les USMP la prise en charge des patients relevant d'un parcours simplifié doit également permettre de réduire les délais d'initiation du traitement**
- *Et par ailleurs, créer les conditions d'une prévention efficace des risques infectieux en milieu pénitentiaire est indissociable de l'objectif de mettre en œuvre une stratégie 'Test & Treat' et une condition de son succès : le déblocage de la RdRD et la RdRS en prison sont plus que jamais à l'ordre du jour!*



Notification

Santé mondiale

Dépistage

Prisons

PrEP

Histoire de la lutte contre le VIH/sida

[cns.sante.fr](https://cns.sante.fr)

Merci de votre attention