

HUG: Hôpital cantonal de Genève

mardi 27 février 2024

Contrôle de l'hépatite C: Les détenus, un groupe-clef pour l'objectif 2030?

Dr Laurent Gétaz, médecine pénitentiaire, tropicale et humanitaire

Epidémiologie

Le mode de transmission principal est le partage de matériel souillé entre personnes s'injectant des drogues. Au niveau mondial, la stérilisation incomplète du matériel médical ainsi que la transfusion de produits sanguins sans dépistage restent des facteurs importants.

La prévalence mondiale d'hépatite C virémique est estimée à 0.7%. La variabilité géographique est importante, avec certaines zones à > 3%. ([Carte](#))

L'Europe compte > 10 millions de personnes porteuses, pour 58 millions au niveau global. 1,5 millions de personnes s'infectent et 290 mille décèdent de complications chaque année.

Un quart des personnes infectées connaissent leur diagnostic. 16% ont déjà reçu des antiviraux à action directe, soit moins de 10 millions de personnes.

En Suisse, la prévalence de HCV virémique est estimée à $\leq 0.1\%$.

Physiopathologie

30% des hépatites aiguës guérissent spontanément et ~70% deviennent chroniques. Parmi celles-ci, 15 à 30% progressent vers la cirrhose en une vingtaine d'années.

Parmi les facteurs de progression rapide, certains sont modifiables: consommation d'alcool, co-infection HBV ou VIH, stéatose, résistance à l'insuline, ainsi que la co-infection à la schistosomiase, un parasite souvent retrouvé chez les personnes migrantes (20% des détenus venant d'Afrique à Genève), facilement identifiable et traitable.

Dépistage et diagnostic

Le dépistage se fait en deux étapes: Après une sérologie positive et une virémie par PCR, l'atteinte hépatique est évaluée par scores et par fibroscan pour guider la prise en charge.

Traitement

Les nouveaux antiviraux à action directe (AAD, 2014) permettent une guérison chez plus de 95% des personnes infectées. Ils ont peu d'effets indésirables, mais coûtent cher, à raison de 30 000 CHF pour 3 mois de traitement.

Stratégies d'élimination de l'HCV

L'OMS en 2016 l'objectif d'éliminer l'HCV comme une menace majeure pour la santé publique d'ici 2030, soit de réduire les nouvelles infections de 90% et la mortalité de 65%.

Bien que l'éradication soit impossible sans un vaccin, l'élimination est possible avec les bons outils, à présent en notre possession: diagnostic simple, traitement efficace et stratégies de prévention comme l'échange de seringues et les traitements agonistes aux opioïdes.

Cibles définies par l'OMS: ≤ 5 nouvelles transmissions/an/100 000 habitants pour la population générale et $\leq 2\%$ pour les usagers de drogues injectables (UDI).
Réduction de la mortalité à ≤ 2 décès/an/100 000 habitants.

La Suisse publie un programme national NAPS, pour la mise en œuvre de l'arrêt de la transmission de HCV, HBV et du VIH.

Elle doit faire face à des défis structurels, puisque certains groupes sociaux ont un accès au dépistage et au traitement difficile. La migration a également un impact important.

3 aspects clefs sont relevés:

- Concentration: s'adresser aux groupes clefs et leur faciliter l'accès aux soins
- Flexibilité: selon les changements épidémiologiques et les avancées médicales
- Intégration: HCV, HBV, VIH et autres IST → information, dépistage, traitement, soutien psy, assistance sociale et aide juridique au même endroit physique.

4 champs d'action mettent un accent sur les groupes-clefs: Surveillance continue, information et sensibilisation, Offres performantes intégrées, égalité d'accès à la prévention et au traitement, coordination et gouvernance.

Les groupes clés rassemblent les personnes: consommatrices de drogues (IV, sniff), HSH et transgenres, provenant de pays à haute prévalence, avec des rapports sexuels tarifés, en détention.

Un grand nombre de personnes en détention cumulent plusieurs des 8 facteurs de risque pour une infection: Précarité socio-économique, passé migratoire, liens de dépendance, bas niveau de formation, isolement social et affectif, statut de séjour précaire...

La prison comme lieu d'intervention prioritaire

Il y a 160 000 détenus en Europe de l'ouest, dont 25% sont originaires de pays extra-européens.

En Suisse, on trouve 6000 personnes en détention à un temps T, mais cela représente 20 000 entrées/sorties par an, avec 20x plus d'hommes que de femmes.

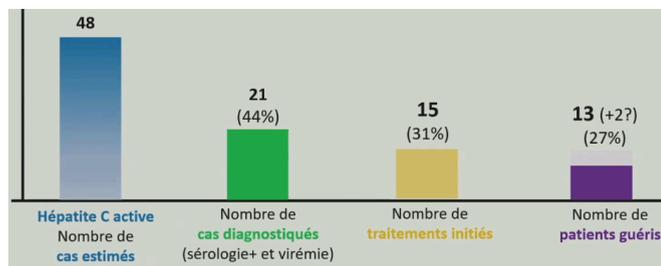
70% des détenus sont extra-européens en Suisse et 92% à Genève. La moitié viennent d'Afrique et deux tiers n'ont pas de permis de séjour, et donc pas d'assurance avant/après incarcération. Durant la détention, leur accès aux soins est garanti par la loi.

La population carcérale cumule des déterminants sociaux négatifs pour la santé et présente mondialement comme en Suisse une prévalence augmentée de maladies infectieuses, de dépendances et de maladies psychiatriques.

Hépatite C à champ-Dollon

En 2013, la prévalence de sérologie positive est de 6% et d'HCV virémique de 4%. En 2023, 5,5% et 2,5% respectivement. C'est 26x plus que la population générale.

7% des personnes avec une HCV active entrent en détention chaque année, c'est donc une bonne occasion pour les soigner, en sachant que ce sont des personnes avec moins d'accès au dépistage et au traitement.



Depuis le reprise du [Buyer's club](#) en automne 2022, une cascade de soins a été mise en place.

En 2023, sur les 21 personnes diagnostiquées, 3 ont refusé le traitement, 1 est sortie avant le bilan et 2 présentent des résistances ne pouvant être traitées à travers le Buyer's club.

Parmi les 15 personnes traitées, 13 sont guéries et 2 sont sorties en cours de traitement avec de quoi le compléter, mais la virémie de trois mois n'a pas pu être confirmée.

Le dépistage systématique par stratégie "opt-out" permet d'augmenter l'acceptation de 42%-73%. C'est dire que "c'est pour tout le monde, sauf si vous refusez."

Le dépistage est proposé durant la consultation systématique d'entrée en détention. La prise de sang est immédiate ou faite dans la semaine si l'entrée se fait après 17h (facteur limitant). Une lettre d'info est transmise en cas de refus de dépistage ou de consultation.

des stratégies pilotes proposent:

- Un test rapide en cas de refus de prise de sang, un facteur de refus important.
- Une virémie réflexe sur le même échantillon si la sérologie est positive.
- Optimiser les délais en cas d'entrée après 17h ou de refus initial.
- Itinéraire clinique permettant l'analyse régulière d'indicateurs de performance

Un bilan complémentaire avant traitement a lieu au sein de la prison: fibroscan par interniste-généraliste, consultation d'infectiologie, contact avec les gastro-entérologues.

L'accès au traitement est facilité par le Buyer's club.

En 2017, malgré la levée des restrictions de remboursement du traitement (fibrose stade 4, sinon 60 à 100 000 CHF), le prix reste trop élevé pour les groupes clefs.

Le club formé par les HUG et d'autres partenaires assiste l'importation à titre personnel de médicaments génériques pour les personnes non assurées.

En 2024 : Sofosbuvir-Velpatasvir 3 mois	
Prix Buyer's club	Prix LAMAL
882 CHF	31'000 CHF

Ce dispositif de type "Buyer's Club" (ayant vu le jour lors de l'épidémie VIH-SIDA), respecte les normes commerciales et légales en vigueur et permet de commander à l'étranger, auprès de fournisseurs agréés par l'OMS, des traitements à prix très faibles. ([Pour en savoir plus](#))

La continuité des soins à la libération est un facteur essentiel de la guérison: AAD donnés à la libération par les médecins, suivi en infectiologie/CAMSCO, coordination avec d'autres cantons/pays.

Programmes de réduction des risques

C'est le troisième volet des stratégies de l'OMS et du NAPS. A Champ-Dollon, on retrouve le traitement d'agoniste aux opioïdes (TAO), l'échange de matériel d'injection et l'accès aux préservatifs.

Le TAO réduit de 75% le taux d'overdoses à 4 semaines de la libération et donc la mortalité, réduit le risque de réincarcération et le risque infectieux.

Son coût-efficacité est très avantageux (>30), lorsque l'activité criminelle, les incarcérations ultérieures, le chômage, les hospitalisations et le suivi médical sont pris en compte.

Le programme d'échange de seringue diminue l'échange et la transmission entre détenus, sans augmentation de la consommation ni d'utilisation de ces seringues comme des armes (programme en place depuis > 20ans). Il facilite également l'inclusion dans d'autres programmes liés aux dépendances.

En rouge, échange possible hors détention. En noir, échange également possible en détention. →

... Même si la loi impose depuis 2016 l'accès à l'échange de seringues, ce n'est toujours pas le cas dans une majorité des prisons en Suisse...



[Cette étude australienne](#) montre comment le manque d'échange de seringues en prison provoque un taux de ré-infection post traitement important (12,5cas /100 UDI). L'Australie étant pourtant pionnière dans de nombreux domaines concernant l'hépatite C en prison, avec un accès au traitement et au TAO, mais l'échange de seringues n'est pas possible pour des raisons politiques...

Conclusions

Les personnes avec un passage en détention cumulent une haute prévalence de HCV, des facteurs de risque de transmission, d'infection et de ré-infection ainsi que des barrières d'accès aux soins. Leur faciliter l'accès aux soins est bénéfique pour la société dans son ensemble.

Pour les soignants dans la communauté: penser dépistages chez les personnes faisant partie des groupes-clefs.

Questions-réponses

Les personnes détenues qui ont été traitées et sont guéries pourraient aider à convaincre ceux qui sont réfractaires au dépistage et au traitement. Champ-Dollon étant une prison de haute sécurité, il y a toutefois des barrières physiques pour réunir les détenus. Dans d'autres prisons, cela améliore l'accès.

Le taux de retour des seringues est proche de 100%. Il n'est pas à 100% car certains sortent sans s'y attendre et n'ont pas le temps de repasser par le service médical. Ces seringues-là sont donc retrouvées mais pas comptées dans le taux de retour.

Quel est le risque qu'un soignant fasse un dépistage à l'insu du patient?

C'est à proscrire absolument! Un patient qui se sait positif mais qui a été dépisté en secret ira partager l'information et cela mettra le programme et la santé publique en danger.

C'est évidemment punissable par la loi... et les avocats sont déjà dans le bâtiment!

La cascade de soins pour l'HCV est mauvaise en Suisse, avec un taux de patients indétectables vers 25% contre près de 90% pour le VIH. Pourquoi? Que faire?

Beaucoup de médecins ne font pas de dépistage systématique des personnes à risque et certains n'ont pas connaissance du traitement efficace à 95%.

Il n'y a pas de solution miracle... En parler entre soignants, profiter de toutes les opportunités pour dépister, même lors d'une consult pour fracture! A Genève, beaucoup de gens sont à risque, même en étant d'origine italienne (iatrogénie durant les années 50-70).

Quelles stratégies pour traiter les patients avec des résistances et éviter la dissémination?

Pas de problème pour les personnes assurées. Pour les autres...sur la table du conseil fédéral cette année, une proposition pour une obligation à l'assurance de base pour toute personne vivant en Suisse étant également en détention. Le traitement systémique de l'HCV est un argument fort dans cette direction.



Compte-rendu de Valentine Borcic

valentine.borcic@gmail.com

Transmis par le laboratoire MGD

colloque@labomgd.ch