



Maladies infectieuses : dépistage et prise en charge des personnes sous main de justice

Fadi Meroueh
Médecin, unité
sanitaire de la
maison d'arrêt de
Villeneuve-lès-
Maguelone (USMAV)

La prévalence et la transmission des maladies infectieuses sont plus élevées chez les personnes incarcérées qu'en population générale, en France comme en Europe, selon le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies¹. Préoccupation majeure pour les personnes incarcérées, c'est également un problème de santé publique pour la société qui devra les réaccueillir à leur sortie.

Le repérage de ces pathologies est fondamental pour réussir la « cascade » : dépistage précoce, diagnostic, traitement, prévention de la transmission de ces maladies. La consultation médicale à l'arrivée en détention² est l'occasion de proposer cette « recherche active de cas »³.

En France, un milieu à risque et une population fragilisée

Si les vulnérabilités préexistent en milieu ouvert, il existe bien des facteurs de risque particuliers en milieu carcéral : promiscuité, surpopulation, comportements à risque (la consommation de drogues injectables, le tatouage, le piercing et les relations sexuelles entre hommes...), amplifiés par la mauvaise hygiène corporelle et alimentaire. Mais c'est la méconnaissance des sérologies et des maladies par les professionnels et les détenus eux-mêmes qui constitue un enjeu majeur en milieu carcéral.

En juillet 2018, on compte plus de 70 000 personnes détenues (dont 30 % en détention provisoire), soit une surpopulation carcérale globale de 120 % (150 % pour les maisons d'arrêt). Comparativement au milieu ouvert, les personnes incarcérées ont une prévalence plus élevée d'infections par le VIH, les hépatites, la tuberculose, et les infections sexuellement transmissibles (IST). La majorité des unités sanitaires propose un dépistage sérique, plus ou moins exhaustif, et souvent seulement à l'arrivée en détention. Contre toute attente, ce dépistage n'est pas renouvelé durant le séjour ou avant la sortie.

L'étude Prévacar⁴ de 2010 a pu documenter l'incidence et la prévalence de certaines de ces pathologies en prison ; les données recueillies ont porté uniquement sur certaines maladies – hépatites virales B et C, et VIH. La prévalence de la tuberculose est très peu étudiée,

et les infections sexuellement transmissibles sont très peu dépistées, en dehors de la syphilis.

Maladies infectieuses

Les hépatites⁵

L'hépatite A (HVA), très répandue, transmissible par voie fécale-orale, est corrélée à une mauvaise situation socio-économique et à la précarité. Elle est souvent asymptomatique mais sa gravité augmente avec l'âge (hépatite fulminante et décès) et dans certains groupes vulnérables (hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes). Parmi les très rares études menées, celle de la séroprévalence faite à Montpellier en 2017 trouvait près de 70 % de porteurs d'anticorps dans la prison de Villeneuve-lès-Maguelone (versus 10 % sur le plan national). L'absence de prise en charge du vaccin par la Sécurité sociale contribue à la négligence de ce dépistage.

L'hépatite B (HVB) se propage par voie sexuelle ou exposition au sang. En Europe, la prévalence de l'antigène HBs parmi les populations incarcérées varie de 0,3 % en Irlande à 25,2 % en Bulgarie. En France, on l'estime autour de 2 %. Il existe un traitement suspensif et illimité qui prévient le risque de survenue de cirrhose et de carcinome hépatocellulaire, mais il n'est que très rarement proposé aux prisonniers. La vaccination est proposée en l'absence d'anticorps (Ac) antiHBs. De nombreux services proposent un schéma court de vaccination, permettant au patient de terminer sa vaccination avant sa libération.

L'hépatite C (HVC) se transmet par contact sanguin, principalement chez les usagers de drogues (partage de seringues, de matériels). Dans de nombreux pays de l'Union européenne, plus de la moitié des personnes qui s'injectent des drogues ont été infectées. Cette épidémiologie du HVC se retrouve également en prison en Europe, la prévalence en 2016 variait de 4,9 % en Hongrie à 86,3 % au Luxembourg. En France l'étude Prévacar de 2010 trouvait une prévalence de 4,8 %. Dans les prisons françaises, on compte près de 10 % de la population détenue sous traitement de substitution aux opiacés ; plus d'un tiers des personnes ayant recours à l'injection en prison ont partagé au moins une fois leur matériel.

Cette pathologie a bénéficié d'une révolution thérapeutique ces quatre dernières années : fin de l'interféron injectable et de la ribavirine avec leur cortège d'effets secondaires. La durée de traitement est désormais de

1. <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/Systematic-review-on-communicable-diseases-in-prison-settings-final-report.pdf>

2. En France, depuis la loi du 18 janvier 1994 (<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000728979>), les unités sanitaires (US) placées sous la responsabilité du ministère de la Santé ont pour missions en milieu carcéral de : prodiguer des soins équivalents à ceux à l'extérieur, prendre en charge à 100 % les soins, développer l'éducation à la santé et la prévention.

3. Définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la recherche active de cas est « la recherche systématique de cas pour un nombre d'affections pertinentes, sans se limiter aux maladies transmissibles ».

4. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2013/35-36/2013_35-36_3.html

5. Maladies du foie causées par une infection par les virus A (HVA), B (HVB) ou C (HVC) pour les infections les plus fréquentes.

douze semaines, voire huit semaines en fonction de la sévérité de la fibrose hépatique. La baisse des prix des médicaments antiviraux directs (AVD) du HVC permet un large accès aux soins quel que soit le stade de fibrose hépatique. Mais, en prison, malgré deux circulaires et un coût des traitements n'incombant plus à l'unité sanitaire, un trop grand nombre de détenus ne bénéficient pas encore des traitements par AVD. Le manque de formation des professionnels de santé reste la principale cause de cette défection. De plus, un programme de réduction des risques et des dommages (RDRD) en prison, en particulier des programmes d'échange de seringues équivalents à ceux en milieu ouvert, serait déterminant pour limiter la recontamination après la guérison et permettre une meilleure prise en charge des addictions en milieu carcéral. Il est en effet possible aujourd'hui de concevoir « une prison sans hépatite C », à l'instar du programme de soins mis en place à la prison de Villeneuve-lès-Maguelone.

Le VIH

Le VIH se transmet par le sang, le sperme, les sécrétions vaginales ou le lait maternel. Le traitement prévient les manifestations de l'immunodépression. L'observance est donc un enjeu majeur individuel et pour la prévention de la transmission.

Selon les études, la prévalence du VIH en population carcérale en Europe occidentale est de 4,2 %, et de 2 % en France. Dès 1989, les premières conventions sont signées entre les structures hospitalières et les prisons les plus touchées par l'épidémie, avec généralisation progressive à tous les établissements depuis la loi du 14 janvier 1994, avec une prise en charge assez homogène et complète. Les échecs sont davantage liés aux mauvaises conditions de sortie : pas de poursuite des traitements antirétroviraux par les personnes en grande précarité (défaut d'hébergements, droits sociaux).

La tuberculose

La tuberculose est une maladie infectieuse causée par la bactérie *Mycobacterium tuberculosis*. Elle est souvent asymptomatique, et deux cas de figure se présentent habituellement : l'infection tuberculeuse latente (ITL) et la tuberculose active (TA). La tuberculose se transmet par une personne atteinte de tuberculose active. On note une recrudescence des cas de tuberculose chez les personnes dont le système immunitaire est affaibli (personnes vivant avec le VIH).

La déclaration étant obligatoire, l'InVS recense les cas de tuberculose survenus en milieu carcéral : en 2013, 1,4 % de tous les cas déclarés en France concerne des détenus (61 cas dont 53 cas potentiellement contagieux). La date possible de contamination est inconnue. Les enquêtes de cas se font aussi auprès de personnes extérieures (famille, forces de l'ordre, magistrats, avocats...).

Les prisons des régions Ile-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur sont les plus touchées, avec une prévalence de 107 cas de tuberculose pour 100 000 détenus. Le

dépistage se fait essentiellement par radiographie pulmonaire (après anamnèse et examen clinique depuis 2012), et parfois par une intradermoréaction à la tuberculine (IDR).

Les malades atteints d'une tuberculose active bénéficient d'une prise en charge associant traitement médicamenteux et prévention (isolement du patient et port de masques). Le traitement des infections tuberculeuses latentes ne fait pas consensus à l'heure actuelle, surtout que la poursuite de la prise en charge à la sortie de prison n'est pas toujours convenablement assurée. Un partenariat avec le centre de lutte antituberculeuse est alors nécessaire et mis en place dans de nombreuses unités sanitaires.

Les infections sexuellement transmissibles

Parmi les huit infections sexuellement transmissibles les plus courantes, quatre se prêtent à des traitements curatifs relativement simples :

- la syphilis, causée par la bactérie *Treponema pallidum*. En l'absence de traitement, de nombreuses années après l'infection initiale, des lésions viscérales de syphilis tertiaire (neurosyphilis) peuvent finalement apparaître. Son dépistage en prison est particulièrement pertinent pour une population jeune, c'est actuellement la seule infection sexuellement transmissible dont le dépistage est systématiquement proposé en prison ;
- l'infection à *Chlamydia Trachomatis*, d'origine bactérienne, fréquente. Les complications chez la femme peuvent entraîner une stérilité. Malgré une prévalence élevée dans les prisons (8 % à Villeneuve-lès-Maguelone et dans le Nord, 13 % à Nantes), contre 1 à 3 % en France, cette infection sexuellement transmissible n'est pas dépistée ;
- la gonorrhée et la trichomoniose, qui ne sont non dépistées.

Parmi les obstacles individuels au dépistage et les motifs de refus, on peut invoquer un dépistage déjà effectué récemment, une mauvaise appréciation du risque, mais aussi l'absence de sensibilisation, la peur de la maladie, le souci du manque de confidentialité et la stigmatisation.

Les obstacles institutionnels relèvent du manque de confiance dans l'institution, de la durée de l'incarcération, et de l'inadéquation des procédures (pas de restitution d'examen négatif donc absence de conseil préventif).

Conclusion

L'objectif de l'équivalence des soins entre le milieu carcéral et la population générale est de diminuer le risque de perte de chance d'accès aux soins pour les détenus et d'offrir une possibilité de détecter et de traiter ces pathologies, et de réduire le nombre de cas de transmission dans un milieu à fort risque de contagiosité. Les unités sanitaires doivent être mieux impliquées dans les dépistages et les traitements des maladies infectieuses pour une meilleure réactivité aux épidémies, à l'instar de la rougeole, et appliquer une véritable politique de réduction des risques et des dommages. ●