

Hépatites virales en prison : où en est-on en 2018 ?

*Viral hepatitis in jail:
Where are we in 2018?*

André-Jean Remy

Centre Hospitalier de Perpignan, Hépatogastroentérologie et médecine sociale, Service expert de lutte contre les hépatites virales, 20 avenue du Languedoc, 66046 Perpignan cedex, France

e-mail : <andre.remy@ch-perpignan.fr>

Résumé

En France, les soins aux personnes détenues sont assurés par des unités sanitaires appartenant au service public hospitalier. L'hépatite C et l'hépatite B y sont beaucoup plus fréquentes qu'en population générale. Le dépistage, le diagnostic et le traitement des hépatites virales chroniques est identique mais soumis aux contraintes de l'organisation pénitentiaire. L'efficacité des traitements de l'hépatite C est identique mais un nombre insuffisant de détenus accède aux antiviraux d'action directe. Les traitements courts doivent être privilégiés. L'hépatite B est plus difficile à prendre en charge du fait du traitement antiviral au long court. L'ensemble des hépatologues doit s'y impliquer en partenariat avec les équipes soignantes des unités sanitaires.

■ **Mots clés** : hépatite C, hépatite B, prison

Abstract

In France, medical care of inmates is performed by sanitary units belonging to public hospital service. Hepatitis C and hepatitis B are more frequent in jail than in general population. Screening, diagnostic screening and treatment of chronic viral hepatitis are identical but submitted to constraints of prison organization. Efficiency of HCV treatments is identical but an insufficient number of prisoners reaches to direct acting antivirals. Hepatitis B is more difficult to set in charge due to long lasting treatments. All hepatologists have to get involved on their practice, in partnership with the medical teams of the sanitary units.

■ **Key words**: hepatitis C, hepatitis B, jail

Introduction

L'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) constitue un problème de santé publique en milieu carcéral avec une prévalence augmentée par rapport à la population générale, estimée à 4,8 % dans l'étude PREVACAR [1]. La prise en charge de l'hépatite C dans la population carcérale a toujours été considérée comme devant être priorisée que ce soit dans la littérature [2, 3] ou dans les rapports d'experts [4-6]. Pourtant, la dernière étude de pratique parue en 2017 met en évidence un retard de prise en charge thérapeutique et de réelles disparités

entre les différents établissements pénitentiaires français [7]. Pourquoi ce retard persiste-il et quelles sont les spécificités de prise en charge des hépatites virales en milieu carcéral ?

“ La prévalence du VHC en milieu carcéral est estimée à 4,8 % ”

La santé en prison : principes généraux

Au 1^{er} janvier 2018, 68 974 personnes étaient en prison en France (figure 1). Sur 186 établissements

**HEPATO-GASTRO
et Oncologie digestive**

Tirés à part : A.J. Remy

Pour citer cet article : Remy AJ. Hépatites virales en prison : où en est-on en 2018 ? *Hépatogastro* 2018 ; 25 : 869-876. doi : 10.1684/hpg.2018.1675

pénitentiaires, 98 établissements ou quartiers ont une densité carcérale supérieure à 120 %. Ces structures surpeuplées hébergent à ce jour plus de la moitié des personnes détenues (taux d'encellulement individuel de 39 %). Tout praticien généraliste ou spécialiste compte de fait, dans sa patientèle, plusieurs personnes ayant connu une période d'incarcération. La médecine en milieu pénitentiaire doit être connue de tous.

La prise en charge sanitaire des personnes détenues relève depuis la loi fondatrice du 18 janvier 1994 d'une unité fonctionnelle hospitalière spécifique, appelée Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire (USMP). Le principe général posé dans cette loi était que « *le service public hospitalier (identifié par un centre hospitalier de rattachement) assure les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier* ». Depuis cette date, la prise en charge sanitaire a fait l'objet et/ou est citée dans de nombreux textes de lois ou circulaires. L'égalité des soins « dedans-dehors », la fin de la médecine pénitentiaire et le transfert de la prise en charge sanitaire du ministère de la Justice vers le ministère de la Santé ont été actés à de nombreuses reprises y compris dans la loi pénitentiaire de 2009. Les principes d'intervention des unités sanitaires sont détaillés dans un volumineux guide méthodologique actualisé en 2018. Les moyens de contrôle et de surveillance sont nombreux (encadré 1).

“ L'égalité des soins « dedans-dehors » est actée par la loi ”

La population carcérale se caractérise par une surreprésentation des catégories sociales les moins favorisées, cumulant avant l'incarcération les facteurs de vulnérabilité : difficultés socio-économiques, niveau d'éducation faible, absence de logement stable, addictions. La santé en prison reste mal connue en France [8-10]. Excepté l'étude PREVACAR, les données dans cette population sont anormalement anciennes : études générales sur les dépendances et handicaps en 2001, l'état de santé des entrants en détention en 2003, la prévalence des troubles psychiatriques en 2004. Seules les études sur le VIH, le VHC et les dépendances ont été actualisées en 2010.

“ La population carcérale cumule les facteurs de vulnérabilité ”

Les dossiers médicaux des personnes détenues ne sont pas directement exploitables lorsqu'on se place dans une perspective de veille épidémiologique fiable. Très peu d'USMP sont informatisées et lorsqu'elles le sont, elles utilisent le logiciel de leur hôpital de rattachement.

Le parcours de soins est très standardisé : à l'incarcération, une visite d'entrée avec un médecin généraliste est réalisée dans les 48 heures. Une proposition systématique de dépistage est faite : VIH, hépatites virales, syphilis, chlamydiae, tuberculose. Une consultation de « sortie » est réalisée un mois avant la date prévue de libération. Il n'y a pas d'autre consultation « obligatoire » sauf dans les quartiers spécifiques (isolement, disciplinaire) où deux visites par semaine doivent être réalisées.

L'organisation des soins à l'extérieur de la prison

Les consultations externes sont réalisées au centre hospitalier de rattachement sous escorte pénitentiaire mais avec un quota journalier d'extractions, ce qui privilégie les consultations les plus urgentes. Les hospitalisations urgentes ou programmées d'une durée inférieure à 48 heures sont effectuées à l'hôpital rattachement sous escorte policière. Les hospitalisations programmées d'une durée supérieure à 48 heures sont faites dans les huit UHSI (unités hospitalières sécurisées inter-régionales) existantes : Lille, Nancy, Rennes, Paris, Lyon, Bordeaux, Toulouse, Marseille et dans les Unités hospitalières sécurisées aménagées (UHSA) pour les hospitalisations psychiatriques.

La protection sociale

La loi de 1994 précise que « *les personnes détenues sont affiliées obligatoirement aux assurances maladie et maternité du régime général à compter de leur date*

Abréviations

AAD	antiviraux d'action directe
AAH	Allocation adulte handicapé
ALD	Affection de longue durée
AME	Aide médicale d'Etat
ARS	Agence régionale de santé
CeGGID	Centre gratuit d'information, dépistage et diagnostic des infections sexuellement transmissibles
CIDAG	Centre d'Information et de Dépistage Anonyme et Gratuit
CMU(c)	Couverture médicale universelle (complémentaire)
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
MIGAC	Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
UCSA	Unité de consultations et de soins ambulatoires
UHSA	Unité hospitalière sécurisée aménagée
UHSI	Unité hospitalière sécurisée interrégionale
US (MP)	Unité sanitaire (en milieu pénitentiaire)
TSO	traitement de substitution aux opiacés
TROD	test rapide d'orientation diagnostique

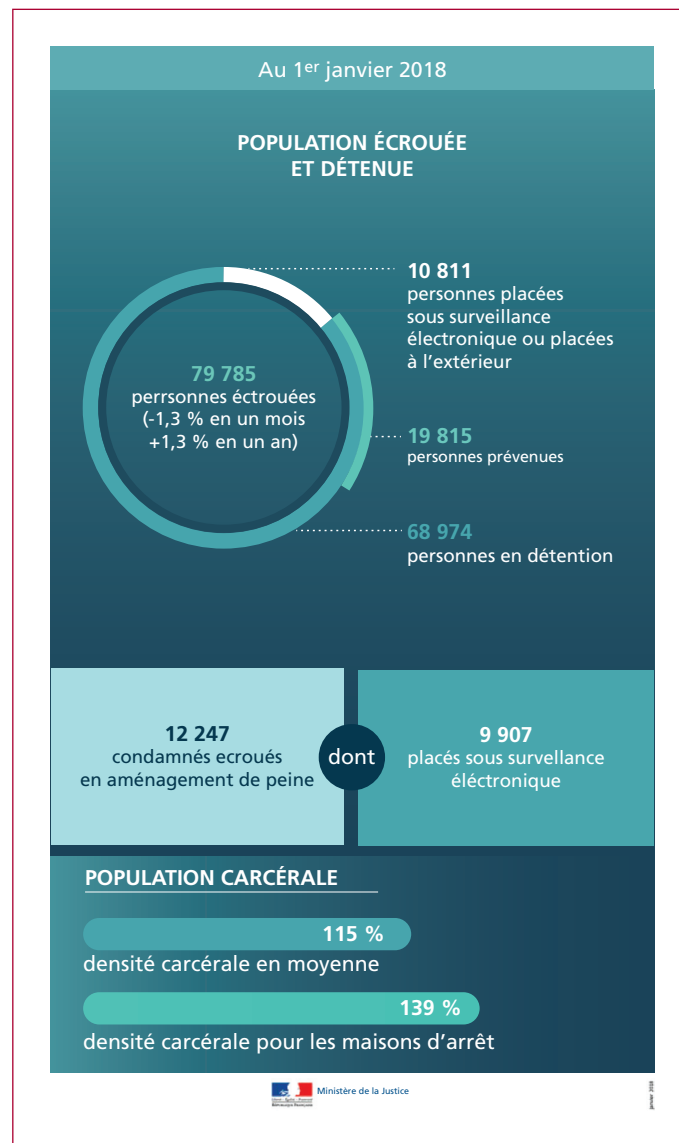


Figure 1. Les chiffres-clés 2018 de l'administration pénitentiaire (Source : Ministère de la Justice).

d'incarcération » et ceci, quelle que soit leur affiliation antérieure, y compris auprès d'un régime spécial. L'accès à l'ALD et à la CMU(c) est possible depuis 2002. À leur sortie, les personnes bénéficient en droit des prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime obligatoire dont elles relevaient avant l'incarcération. Dans les autres cas, elles continuent à bénéficier du régime général pendant 12 mois au titre de l'affiliation spécifique « détenu ».

Le circuit du médicament est géré par la pharmacie hospitalière propre à chaque centre hospitalier, avec des médicaments remboursés et agréés aux collectivités. La distribution des médicaments se fait en cellule par infirmier(e)s sauf exception, notamment pour les

traitements de substitution aux opiacés (près de 10 % des détenus en 2013). La délivrance des antiviraux d'action directe (AAD) suit le circuit de la rétrocession avec des règles identiques de prescription et une facturation séparée.

“ La délivrance des antiviraux d'action directe suit le circuit de la rétrocession avec des règles identiques de prescription ”

Selon une enquête de la DREES en mars 2005 portant sur un échantillon de 6 087 entrants en maison d'arrêt, le détenu « type » était un homme de 18 à 44 ans en bon

Encadré 1

Les moyens de contrôle.

- Direction de l'établissement de santé.
- Comité (annuel) de coordination (instance santé justice présidée par le préfet.
- ARS avec MISP dédié et une commission régionale ARS santé justice.
- Mission pénitentiaire de l'IGAS.
- Parlementaires (députés, sénateurs, députés européens) : droit d'accès illimité.
- Contrôleur(e) Général(e) des lieux privatifs de liberté.
- Défenseur des Droits.
- Observatoire International des Prisons (association loi 1901).

état général dans 80 % des cas ; 33,3 % étaient usagers de drogue (6,5 % par voie intraveineuse) ; 19 % nécessitaient une prise en charge psychiatrique ; 0,8 % avaient une sérologie VHB positive mais seulement 20 % avaient été testés et 31,3 % étaient vaccinés [8]. Une autre étude plus récente publiée en 2016 incluant des personnes nouvellement détenues en Picardie mettait en évidence que 20 % des hommes bénéficiaient d'un suivi psychiatrique avant l'incarcération, 85 % étaient fumeur de tabac et 24 % étaient consommateur régulier de drogue ; 12,5 % étaient en situation précaire avant l'incarcération ; 60 % des répondants à l'enquête indiquaient avoir bénéficié d'un dépistage sérologique avant l'incarcération : VHC (62,9 %), VIH (62,6 %), VHB (61,8 %) et syphilis (59,6 %) ; 55 % ne connaissaient pas leur statut vaccinal vis-à-vis de l'hépatite B et 36,4 % déclaraient être à jour dans leur vaccination [11].

L'hépatite C en milieu carcéral

La prévalence de l'hépatite virale C est accrue en milieu carcéral par rapport à la population générale (*tableau 1*). La contamination dans cette population est due presque exclusivement à l'usage de drogues avec ou sans pratiques d'injection. Le dépistage systématique du VHC chez tous les entrants en détention est recommandé en France depuis plus de 20 ans (*figure 2*).

“ La contamination par le VHC dans la population carcérale est due presque exclusivement à l'usage de drogues ”

En Australie, dans une enquête sur un jour donné incluant 30 000 détenus, 30 % étaient porteurs du VHC et

Encadré 2

Recommandations du rapport d'experts « Dhumeaux » 2016.

- 1) Proposer et réaliser un dépistage à tous les détenus qui l'acceptent lors de la consultation médicale d'entrée, se donner les moyens d'informer dans un délai rapide les détenus dépistés de leur statut sérologique et renouveler cette proposition de dépistage chez les personnes incarcérées de façon prolongée.
- 2) Donner un accès aux TROD afin de ne pas différer la réalisation du dépistage et accélérer la phase du diagnostic à toutes les unités sanitaires qui en expriment le besoin et former le personnel soignant à leur réalisation.
- 3) Utiliser ce temps du dépistage pour promouvoir l'éducation à la santé et la réduction des risques par des méthodes pragmatiques et donner accès, au sein de tous les établissements, aux outils de réductions des risques (seringues, TSO, traitement rapide du VHC).
- 4) Identifier un spécialiste référent pour chaque US et créer un lien formalisé entre les équipes médicales des unités sanitaires et ce spécialiste qui aura pour mission de :
 - D'accompagner les médecins des US dans la réalisation du bilan complémentaire et son interprétation.
 - De former ces médecins à la prise en charge des hépatites C au suivi des traitements par antiviraux directs.
 - De présenter la fiche de RCP au sein d'un service expert tant que cette démarche sera nécessaire ou lors d'indications thérapeutiques complexes.
 - De prescrire le traitement et de contribuer à sa mise en œuvre soit lors de consultations au sein de la prison, soit par un soutien aux équipes des unités sanitaires.
- 5) Développer des programmes d'éducation thérapeutique et d'accompagnement des patients traités pour favoriser la compréhension et l'adhésion au traitement au sein des établissements pénitentiaires.
- 6) Anticiper les libérations en évaluant les problématiques sociales des patients sous traitements et en préparant des dossiers déposés à la fouille des patients contenant les informations nécessaires à la poursuite du traitement et 1 semaine de traitement.
- 7) Identifier les professionnels et les associations vers lesquels pourront être orientés les patients transférés ou libérés durant leur traitement ou nécessitant suivi après guérison et en informer les détenus.

Tableau 1. Les facteurs de risque de l'hépatite C (d'après Meffre et al. INVS 2006 et [12]).

Facteur de risque	Risque relatif
Transfusion	9
Usage de drogue IV	90
Usage de drogue voie nasale	15
Alcoolisme chronique	20
Séjour en prison	10
Séjour en psy/médicosocial	4
CMU	3
Tatouages	3
Percings	2
Population générale	1

seulement 313 avaient été traités. La mobilisation des équipes a permis d'identifier les deux principaux obstacles à l'initiation d'un traitement antiviral : la poursuite de l'usage de drogues et la présence d'une comorbidité psychiatrique [13, 14]. La prison constitue un lieu de contamination par le VHC. En 2012, 1 % des détenus français déclaraient s'injecter de la drogue en milieu carcéral [15]. Une étude a mis en évidence une incidence de 11,4 cas d'infections par

le VHC pour 1 000 personnes-années dans un suivi d'une cohorte de 320 détenus usagers de drogue initialement séronégatifs, soit 93 primo-infections sur 10 ans. L'échange de seringues était le premier mode de contamination [16]. Une étude française monocentrique avait abouti au même résultat en 2015 [17] ainsi que deux méta-analyses successives récentes [18, 19].

“ La prison est un lieu de contamination par échange de seringues ”

Le risque infectieux dans les prisons françaises a été étudié au moyen d'une évaluation de l'accessibilité aux mesures de prévention préconisées dans les textes dans l'étude PRIDE (programme de recherche et intervention pour la prévention du risque infectieux chez les détenus) [20]. Un faible niveau d'accès aux mesures de prévention a été globalement constaté, plus particulièrement pour l'eau de Javel, les traitements de substitution aux opiacés, les préservatifs, la prophylaxie post-exposition pour le VIH et le coiffage. Le dispositif français de prévention du risque infectieux en prison, déjà limité réglementairement comparativement à celui existant en milieu libre, est insuffisamment déployé.

L'étude française PREVACAR qui portait sur un échantillon de 1 876 détenus a mis en évidence que la prévalence du VHC était de 4,9 % (11,8 % chez les femmes et 4,5 % chez les hommes) et celle du VIH de 2 % ; 44 % étaient traités ou déjà traités antérieurement ; 46 % étaient ARN

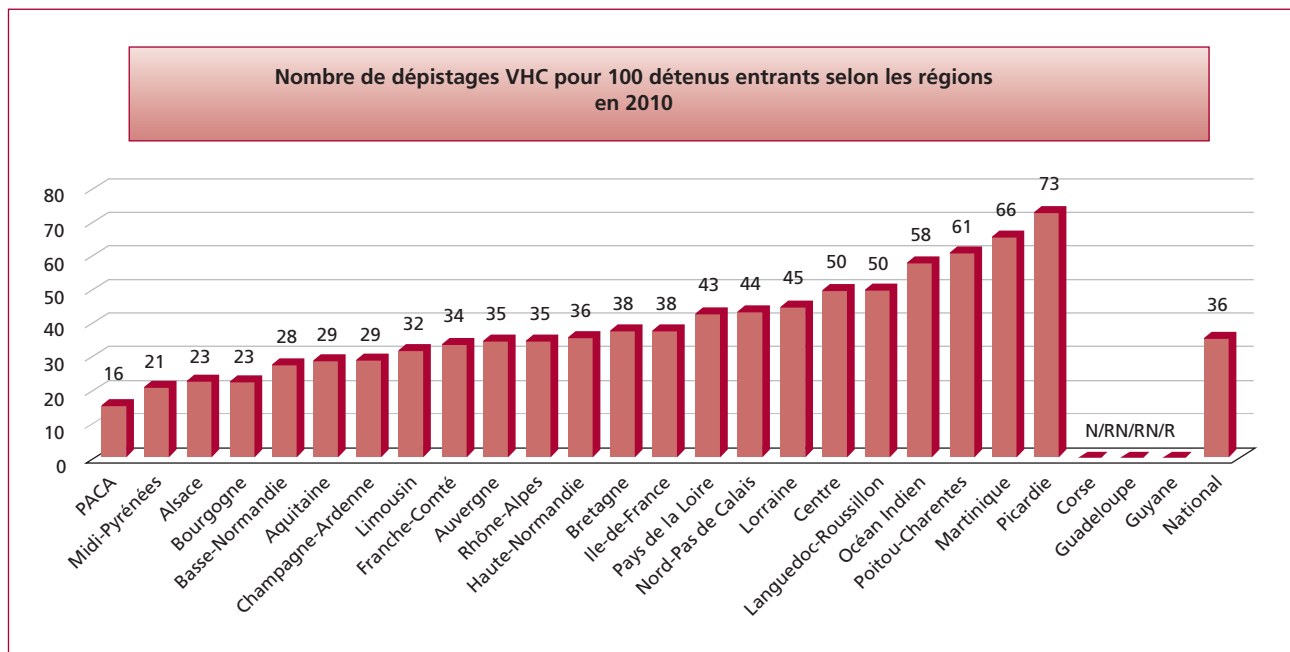


Figure 2. Nombre de dépistages par région et taille d'établissement pénitentiaire (d'après [9]).

négatif (soit 2,5 % de détenus virémiques) ; 41 % avaient eu une évaluation de la fibrose hépatique et seulement 36 % des patients ARN positif étaient en cours de traitement.

“ Dans l'étude PREVACAR, seulement un tiers des détenus avec réplication virale C étaient traités ”

L'accès au traitement antiviral C pour les personnes détenues a toujours été difficile en France. À l'époque de l'utilisation de l'interféron, des études avaient mis en évidence un taux de guérison identique à la population non incarcérée, même si moins de 20 % de patients étaient traités y compris avec les premières trithérapies avec antiprotéases [21-24]. Plus récemment, l'étude observationnelle UCSAscan a mis en évidence que seulement 12 % des détenus VHC+ bénéficiaient d'un traitement [25]. L'enquête de pratiques 2015 [7] portait sur 38 % des USMP et incluait 1115 patients avec une hépatite C. Concernant le traitement, 66 % des USMP avaient initié au moins un traitement AAD en 2015 et 130 patients ont été traités, ce qui correspondait à 19 % des patients séropositifs VHC. Un programme d'éducation thérapeutique validé n'était effectif que dans 16 % des USMP. La délivrance des AAD était quotidienne dans 79 % des cas. Enfin, une étude multicentrique française présentée à la conférence monothématique EASL 2018 « Eradicate HCV infection » mettait en évidence que l'observance à un traitement antiviral de huit semaines était satisfaisante ; 106 patients avec une fibrose minimale ou modérée ont été inclus dans six USMP et traités huit semaines par une combinaison sofosbuvir/ledipasvir. Quarante-deux pour cent des patients ont terminé leur traitement et la charge virale était négative dans 95 % des cas trois mois après traitement [26]. La synthèse des études françaises est présentée au *tableau 2*.

“ L'accès au traitement antiviral en prison s'améliore mais reste bas en France ”

Prise en charge de l'hépatite C en milieu carcéral en pratique quotidienne

La proposition de dépistage se fait dès l'entrée : les sérologies sont proposées à tous les entrants après information et avec leur accord. En cas de résultat positif, le médecin annonce la séropositivité VHC et ses conséquences, prescrit un bilan biologique complémentaire et programme une évaluation de la fibrose par tests non invasifs (élastométrie ou tests sanguins) et une consultation spécialisée de préférence sur site. En cas de résultat négatif, la remise du résultat est l'occasion de conseils de prévention et de vaccination contre le VHB. La traçabilité du rendu des résultats est indispensable pour la prise en charge ultérieure de la personne détenue et éviter un problème médico-légal. Les consultations spécialisées existent dans environ la moitié des établissements, avec une fréquence variable, d'une fois par trimestre à un équivalent temps plein dans les très grands établissements. Le délai est très variable pouvant aller de quelques jours à plusieurs mois. Les obstacles à la prise en charge des personnes détenues sont liés : 1) à la structure et organisation pénitentiaire (transferts dans un autre établissement, remises en liberté anticipées, durée d'incarcération non connue), 2) au détenu lui-même (contre-indications somatiques, barrière de la langue).

L'hépatite B en milieu carcéral

La prévalence de l'hépatite B est mal connue en prison en France. Le problème essentiel de la prise en charge de l'hépatite chronique B n'est pas tant le diagnostic que la poursuite d'un traitement au long cours par analogues nucléosidiques chez des patients potentiellement perdus de vue après leur sortie de prison ou expulsés dans leur pays d'origine. Les données disponibles sont anciennes et rares. Une étude de pratique en 2005 a mis en évidence que 97,5 % des UCSA prenaient en charge l'hépatite B ; 63 % proposaient systématiquement une sérologie B, 28 %

Tableau 2. Synthèse des données nationales sur VHC et prison.

Année	Auteur	% VHC	CS spé	Dépistage	Nombre détenus	% détenus traités
2000	REMY	6,7 %	10 %	36 %	52 %	3,9 %
2003	REMY	6,9 %	22 %	64 %	49 %	13,9 %
2010 PREVACAR	CHIRON	4,9 %	57 %	93 %	86 %	46 % ARN+ 44 % traités ou déjà traités
2012 TRIPRI	REMY	4,5 %	49 %	78 %	59 %	29 %
2015	REMY	4,3 %	56 %	98 proposé 70 % réalisé	38 %	19 %

Take-home messages

- La prévalence des hépatites virales B et C est supérieure à la prévalence en population générale : un détenu sur 20 est infecté par le VHC.
- Le dépistage est encore insuffisant : systématiquement proposé mais non systématiquement réalisé.
- Les méthodes d'évaluation non invasives de la fibrose hépatique et les méthodes alternatives sérologiques et de mesure de la charge doivent être privilégiées.
- Le traitement de l'hépatite C est possible et efficace ; les schémas courts doivent être privilégiés ; le taux de réponse prolongée est identique ; les réinfections semblent peu fréquentes mais sont à dépister.
- Le traitement de l'hépatite B pose le problème de la durée et du suivi post-carcéral.
- Participer à la médecine en milieu pénitentiaire, comme pour l'exercice en Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie, est un défi à relever par l'ensemble des hépatogastroentérologues.

la réalisaient systématiquement ; 27 % des détenus avaient au moins un des marqueurs sérologiques du VHB ; 6,9 % des sujets antigène HBs+ avaient été biopsiés et 59 patients avaient débuté un traitement [27]. L'initiation et le suivi des antiviraux se faisait dans 77 % au sein des UCSA, à part équivalente entre médecins généralistes et spécialistes. La prévalence de l'hépatite B mesurée sur l'Ag HBs dans la population carcérale était plus élevée que dans la population générale, supérieure à celle trouvée chez les bénéficiaires de la CMU mais, contrairement à l'hépatite C, cette différence n'était pas significative.

“ La prévalence du portage de l'Ag HBs dans la population carcérale est plus élevée que dans la population générale ”

Conclusion

La prise en charge de l'hépatite C en milieu carcéral en France en 2018 se caractérise par un dépistage efficient et une organisation de la prise en charge conforme aux recommandations mais le nombre de détenus traités est insuffisant car des freins persistent en termes d'accès

au traitement AAD. Le milieu carcéral représente un lieu de soins singulier et de traitement de l'hépatite C pour une population vulnérable avec difficultés d'accès aux soins en milieu libre [28]. La durée moyenne d'incarcération en Maison d'Arrêt, qui est 3 à 4 mois est suffisante pour évaluer et traiter l'hépatite C, surtout si on privilégie des schémas thérapeutiques courts. La prison en France représente malheureusement un lieu de contamination virale et une exception à l'accès aux mesures de réduction des risques dont l'application est sans cesse différée. Le dernier guide méthodologique de prise en charge sanitaire des détenus paru en 2018 comprend une fiche pratique détaillant les bonnes pratiques (*encadré 2*) dont l'un des items principaux est l'établissement d'un lien fort entre services d'hépatologie et unités sanitaires.

Liens d'intérêts : l'auteur déclare avoir des liens d'intérêts avec AbbVie, BMS Gilead et MSD en tant que consultant et orateur ponctuel.

Références

Les références importantes apparaissent en gras.

1. Chiron E, Jauffret-Roustide M, Le Strat Y, et al. Prévalence de l'infection par le VIH et le virus de l'hépatite C chez les personnes détenues en France : résultats de l'enquête PREVCAR 2010. *Bull Epidemiol Hebd* 2013 ; 35-36 : 445-50.
2. Roudot-Thoraval F. L'hépatite C en prison : le dépistage est-il nécessaire ? *Gastroenterol Clin Biol* 1998 ; 22 (1) : 41-2.
3. Remy AJ. Pourquoi soigner l'hépatite C en prison ? *Gastroenterol Clin Biol* 2007 ; 31 (8-9) : 657-8.
4. Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B et ou de l'hépatite C : rapport de recommandations 2014 ANRS AFEF. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Prise_en_charge_Hepatitis_2014.pdf.
5. Recommandations AFEF sur la prise en charge des hépatites virales C - Avril 2016. <http://www.afef.asso.fr/ckfinder/userfiles/files/recommandations-textes-officiels/Recoavril2016.pdf>.
6. Prise en charge thérapeutique et suivi de l'ensemble des personnes infectées par le virus de l'hépatite C : rapport de recommandations 2016. EDP Sciences, Paris, septembre 2016, 108 pages. http://www.afef.asso.fr/RECOMMANDATIONS/recommandations_1.
7. Remy AJ, Canva V, Chaffraix F, et al. L'hépatite C en milieu carcéral en France : enquête nationale de pratiques 2015. *Bull Epidemiol Hebd* 2017 ; 14-15 : 277-84. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/14-15/2017_14-15_4.html
8. Mouquet MC. La santé des personnes entrées en prison en 2003. *Etudes et Résultats* 2005 ; 386 : 1-12.
9. Develay AE, Verdout C. Dispositif de surveillance de la santé des personnes détenues. Synthèse des connaissances et recommandations. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2015
10. Godin-Blandeau E, Verdout C, Dekevay AE. La santé des personnes détenues en France et à l'étranger : une revue de la littérature. *Bull Epidemiol Hebd* 2013 ; 35-36 : 434-40.
11. Fauchille E, Thienpont C, Sannier O, Faure R, Trugeon A. Description de l'état de santé et des caractéristiques sociales des personnes entrées en détention en Picardie en 2013. *Bull Epidemiol Hebd* 2016 ; 18-19 : 344-9.
12. Pioche C, Pelat C, Larsen C, Desenclos JC, Jauffret-Roustide M, Lot F, Pillonel J, Brouard C. Estimation de la prévalence de l'hépatite C en population générale, France métropolitaine, 2011. *Bull Epidemiol Hebd* 2016 ; 13-14 : 224-9.

- 13.** Mina MM, Herawati L, Butler T, Lloyd A. Hepatitis C in Australian prisons : a national needs assessment. *Int J Prison Health* 2016 ; 12 (1) : 3-16.
- 14.** Jack K, Islip N, Linsley P, Thomson B, Patterson A. Prison officers' views about hepatitis C testing and treatment : a qualitative enquiry. *Clin Nurs* 2017 ; 26 (13-14) : 1861-8.
- 15.** Sannier O, Verfaillie F, Lavielle D. Réduction des risques et usage de drogue en détention : une stratégie sanitaire déficitaire et inefficace. *Press Med* 2012 ; 41 (7-8) : 31-3.
- 16.** Cunningham EB, Hajarizadeh B, Bretana NA, Amin J, Betz-Stablein B, Dore GJ, Luciani F, Teutsch S, Dolan K, Lloyd AR, Grebely J, HITS-p investigators. Ongoing incident hepatitis C virus infection among people with a history of injecting drug use in an Australian prison setting, 2005-2014 : The HITS-p study. *J Viral Hepat* 2017 ; 24 (9) : 733-41.
- 17.** Remy AJ. Incidence of the hepatitis C in prison in France : results of a study by POCT. *J Liver* 2016 ; 5 (2) : 33.
- 18.** Larney S, Kopinski H, Beckwith C, et al. Incidence and prevalence of hepatitis C in prisons and other closed settings : results of a systematic review and meta-analysis. *Hepatology* 2013 ; 58 : 1215-23.
- 19.** Simmons B, Saleem J, Hill A, et al. Risk of Late relapse or reinfection with Hepatitis C virus after achieving a Sustained Virological Response : A Systematic Review and Meta-analysis. *Clin Infect Dis* 2016 ; 62 : 683-94.
- 20.** Michel L, Jauffret-Roustide M, Blanche J, et al. Prévention du risque infectieux dans les prisons françaises. L'inventaire ANRS PRI2DE 2009. *Bull Epidemiol Hebd* 2011 ; 39 : 409-12.
- 21.** Remy AJ, Benhaim S, Khemissa F. Prise en charge de l'hépatite C en prison. *Revue du Praticien* 2003 ; 17 : 1325-7.
- 22.** Remy AJ, Serraf L, Galinier A, Hedouin V, Gosset D, Wagner P, others POPHEC investigators. Treatment for hepatitis C in jailhouses is doable and successful : definitive data of first national french study (POPHEC). *Heroin Add & Rel Clin Probl* 2006 ; 8 : 47-9.
- 23.** Remy AJ, les UCSA de France. Amélioration du dépistage et du traitement de l'hépatite C en prison : Enquête comparative 2000-2003. *Press Med* 2006 ; 35 (9) : 1249-54.
- 24.** Remy AJ, UCSA de France. *Treatment of the hepatitis C in prison in France in 2011-2012 : more patients treated in fewer medical jailhouse units : results of national practice survey*. Vienne : UEGW Congress, 2014
- 25.** Vergniol J, Capdepon M, El Aouadi S, et al. *Prévalence des hépatites virales et de la fibrose hépatique chez les entrants en établissement pénitentiaire*. Paris : Journées de l'AFEF, 2014
- 26.** Remy AJ, Ruiz JM, Alarcon P, et al. PH8 a french national study on completion rate of hepatitis c treatment in prison. *Symposium monothématique EASL*, Berlin 2-3 février 2018.
- 27.** Remy AJ, les UCSA de France. Enquête nationale de pratiques sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'hépatite chronique virale B en milieu carcéral en France. *57es Journées de l'AFEF (Association Française pour l'Etude du Foie)*, Bordeaux 28 septembre - 1 octobre 2005.
- 28.** Hagege M. L'hépatite C et la prison : une opportunité de soins ? *Santé Publique* 2017 ; 29 : 563-7.