



Le Courrier

DES ADDICTIONS

■ Parcours de soin et dépistage de l'hépatite C

Coordination:

Dr Alice Deschenau (Villejuif)

Rédacteur scientifique:

Dr Jean-Philippe Madiou (Paris)

Experts interviewés:

Danièle Bader (Strasbourg)

Dr Jean-Michel Delile (Bordeaux)

Dr Clémence Dardenne (Nancy)

Dr André-Jean Rémy (Perpignan)

Dr Jean-Baptiste Trabut (Paris)

Benjamin Rosa Moreno

(Charleville-Mézières) - Par vidéo

Catherine Duplessy (Paris) - Par vidéo



EDIMARK

PRESSE COFFRON MEDIA

Société éditrice: EDIMARK SAS

CPPAP: 0421 T 78631 - ISSN: 1294-2561

PÉRIODIQUE DE FORMATION
EN LANGUE FRANÇAISE

Suppl. au Vol. XXII au n° 4
Décembre 2020

Ceci est un contenu scientifique issu de la revue de la littérature et dont l'objectif est de fournir des informations sur l'état actuel de la recherche; ainsi, certaines données présentées sont susceptibles de ne pas être validées par les autorités de santé françaises et ne doivent donc pas être mises en pratique. Le contenu est sous la seule responsabilité du coordonnateur, des auteurs et du directeur de la publication qui sont garants de son objectivité.

Avec le soutien institutionnel de



Éditeur : Edimark SAS
Siège social : 44, rue de Prony, CS 10107, 75017 Paris
Société détenue à 100 % par la SAS PHILI@MEDICAL ÉDITIONS
Représentant légal et Directeur des publications :
Claudie Damour-Terrasson

Président et Directeur de la publication : Claudie Damour-Terrasson

Rédacteur en chef : Dr Didier Touzeau (Bagneux)

Rédacteur en chef adjoint :
Pr Alain Dervaux (Amiens)

Comité de rédaction

Dr P. Arvers (Lyon) - Pr N. Authier (Clermont-Ferrand)
Dr I. Berlin (Paris) - Dr R. Berthelier (Arpajon)
Pr B. Christophorov (Paris) - Dr F. Cohen (Créteil)
Dr A. Deschenau (Villejuif) - Dr C. Lucet (Paris) - F. Noble (Paris)

Comité scientifique

Pr J. Adès (Colombes) - Pr M. Auriacombe (Bordeaux)
Pr A. Charles-Nicolas (Fort-de-France) - Dr J. Cornuz (Lausanne)
E. Fellinger (Strasbourg) - Pr Ph. Jeamment (Paris)
L. Lanfumey-Mongrédien (Paris) - Pr C. Lejeune (Colombes)
Pr H. Loo (Paris) - Dr M. Mallaret (Grenoble)
Pr D. Marcelli (Poitiers) - Pr R. Molimard (Villejuif)
V. Nahoum-Grappe (Paris) - Dr C. Orsel (Paris)
Pr Ph. Parquet (Lille) - Pr J.L. Venisse (Nantes)

Comité de lecture

Dr H.J. Aubin (Limeil-Brévannes) - Dr N. Ballon (Tours)
Dr P. Chossegros (Lyon) - Dr D. Cœur-Joly (Malakoff)
Dr J.J. Déglon (Genève) - Dr Y. Edel (Paris) - Dr L. Gibier (Tours)
Dr Ph. Jaury (Paris) - Dr X. Laqueille (Paris)
Dr W. Lowenstein (Paris) - Dr G.H. Melenotte (Strasbourg)
Dr P. Melin (Saint-Dizier) - Dr D. Richard (Poitiers)
Dr S. Robinet (Strasbourg) - Dr J. Vignau (Lille)

Fondateur : Claudie Damour-Terrasson

Rédaction - Infographie - Média

Directeur des rédactions : Magali Pelleau
Secrétaire général de rédaction : Laurence Ménardais
Premiers secrétaires de rédaction : Anne-Claire Blanchet,
Virginie Condamine
Premier rédacteur graphiste : Dino Perrone
Chef de service infographie : Hélène Burczynski
Rédacteurs graphistes : Stéphanie Dairain, Thibault Menguy,
Romain Meynier
Infographiste : Claire Thiboumery
Dessinateur de création : Maud Prunier
Infographiste multimédia : Christelle Ochin
Webmaster : Mouna Issaadi-Allem

Commercial

Directeur des opérations : Béatrice Malka-Tisserand
Directeur du développement commercial :
Sophia Huleux-Netchevitch
Directeur commercial : Chantal Géribi

Régie publicitaire et annonces professionnelles

Valérie Glatin – Tél. : 01 46 67 62 77

Abonnements

Responsable/responsable adjoint :
Badia Mansouri/Florence Lebreton
Tél. : 01 46 67 62 74/87 – Fax : 01 46 67 63 09



Tél. : 01 46 67 63 00
E-mail : contacts@edimark.fr
Site Internet : www.edimark.fr

© décembre 1998 - EDIMARK SAS
Imprimé en France - Bialec
54180 Heillecourt
Dépôt légal : à parution.

Imprimé sur papier issu de forêts gérées durablement



Adhérent au SPEPS
Revue indexée dans la base ICMJE

Dépistage et parcours de soins dans l'hépatite C

Coordination Dr Alice Deschenau

Rédaction Dr Jean-Philippe Madiou

- **Avant-propos** 3
Une révolution thérapeutique oui, mais encore faut-il y accéder
Dr Alice Deschenau
- **Épidémiologie : épidémiologie du VHC en France – prévalence du VHC chez les usagers de drogue** 4
- **Informations pratiques sur le dépistage (outils de bilan pour parcours de soins, TRODs, "buvards") – bilan initial et traitement** 5
– Interview du Dr Jean Michel Delile
– Interview du Dr Jean Baptiste Trabut
– Interview de Benjamin Rosa-Moreno
- **Réduction des risques, soutien au dépistage et accompagnement vers le soin en CAARUD et CSAPA** 7
– Interview du Dr Jean Michel Delile
– Interview du Dr Jean Baptiste Trabut
– Interview de Benjamin Rosa-Moreno
- **Équipes mobiles et dépistage "hors les murs"** 12
Interview du Dr André-Jean Rémy
- **Associations** 13
Interview de Catherine Duplessy – Directrice de l'association SAFE
Interview du Dr Clémence Dardenne
Interview de Mme Bader

AVIS AUX LECTEURS

Les revues Edimark sont publiées en toute indépendance et sous l'unique et entière responsabilité du directeur de la publication et du rédacteur en chef.

Le comité de rédaction est composé d'une dizaine de praticiens (chercheurs, hospitaliers, universitaires et libéraux), installés partout en France, qui représentent, dans leur diversité (lieu et mode d'exercice, domaine de prédilection, âge, etc.), la pluralité de la discipline. L'équipe se réunit 2 ou 3 fois par an pour débattre des sujets et des auteurs à publier.

La qualité des textes est garantie par la sollicitation systématique d'une relecture scientifique en double aveugle, l'implication d'un service de rédaction/révision in situ et la validation des épreuves par les auteurs et les rédacteurs en chef.

Notre publication répond aux critères d'exigence de la presse :

- accréditation par la CPPAP (Commission paritaire des publications et agences de presse) réservée aux revues sur abonnements,
- adhésion au SPEPS (Syndicat de la presse et de l'édition des professions de santé),
- indexation dans la base de données internationale ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors), partenariats avec les sociétés savantes SAF et SFT,
- déclaration publique de liens d'intérêts demandée à nos auteurs,
- identification claire et transparente des espaces publicitaires et des publiédactionnels en marge des articles scientifiques.

Une révolution thérapeutique oui, mais encore faut-il y accéder



Dr Alice Deschenau

*Cheffe du service Addictions,
Csapa Liberté, groupe hospitalier Paul
Guiraud, Villejuif*

La prise en charge de l'hépatite C a connu une révolution thérapeutique comme il en est peu à l'arrivée des antiviraux d'action directe (AAD). Avec une dizaine d'années d'exercice au compteur, c'est une révolution à laquelle il m'a été donné d'assister ; en premier lieu avec des usagers suivis pour leurs hépatites, notamment ceux qui ont intégré les premiers protocoles et nous ont familiarisés avec ces nouveaux traitements, puis en lien avec les confrères hépatogastroentérologues.

En tant que psychiatre, j'ai été sensible aux récits des usagers qui ont connu les options thérapeutiques antérieures et leur cortège de dépressions, aux symptômes parfois séquellaires. Dorénavant, dépister, diagnostiquer une hépatite paraît facile étant donné la tolérance et l'efficacité des AAD. D'autant que l'accès aux traitements s'est amélioré jusqu'à la mise en place du parcours simplifié, impliquant les acteurs de premier recours, notamment en addictologie, même s'il y a encore beaucoup d'hétérogénéité.

De là à dire que tout est fait, non. L'objectif de santé publique est l'éradication du virus. Il faut donc lui courir après lui et pouvoir traiter tous les porteurs au plus vite, tout en prévenant les infections. Maintenant que l'accès au traitement est simplifié (et pourrait peut-être l'être encore), les addictologues doivent participer à sa mise en œuvre. Il nous faut encore informer, expliquer, accompagner les parcours de soins spécialisés et non spécialisés pour l'hépatite C.

Et pour traiter, encore faut-il diagnostiquer ! Là aussi, l'arrivée des tests de dépistage et diagnostics rapides (TROD, PCR sur site) ou sans prise de sang sur place (buvards) a été extrêmement précieuse pour les structures de soins ou de réduction des risques (RDR) d'addictologie. Les outils sont là, les financements et les stratégies de tests, pas toujours. Cela repose beaucoup sur l'engagement des professionnels. Partager ensemble ce qui nous a permis d'améliorer nos pratiques de tests et de traitements, qu'il s'agisse des connaissances, des compétences, des organisations, des financements, est donc essentiel.

Enfin, améliorer les soins ne doit pas faire perdre de vue les enjeux de RDR. Les moyens déployés pour éradiquer l'hépatite C doivent concerner l'information des usagers, l'amplification des programmes d'échanges de seringues, le développement des kits de consommations (shoot, inhalation, etc.) et des accompagnements aux usages (Caarud, envoi de matériel, salles de consommations, etc.). Il est aussi fondamental de garder une approche globale en incluant l'hépatite B, le VIH, la syphilis...

Tout usager, même en milieu fermé, en situation irrégulière, devrait pouvoir accéder à du matériel, des tests et des soins. Bref, on a encore du travail!

Parcours de soin et dépistage de l'hépatite C

J.P. Madiou (Paris)

Épidémiologie du VHC en France : prévalence du VHC chez les usagers de drogue

En 2016, le volet virologique "BaroTest" du Baromètre santé 2016 a permis d'estimer, dans la population générale adulte (18-75 ans) vivant en France métropolitaine, la prévalence de l'ARN VHC à 0,30 % (IC₉₅ : 0,13-0,70), ce qui correspondait à 133 466 personnes (IC₉₅ : 56 880-312 616) ayant

une hépatite C chronique. Parmi ces personnes, 81 % (IC₉₅ : 44,2-95,6) connaissaient leur infection (figure 1). En raison des différences de méthodes utilisées, la comparaison de ces estimations de prévalence de l'hépatite C chronique doit être prudente. Néanmoins, une baisse – non significative – de la prévalence est constatée entre 2004 et 2016 (figure 1). Ceci est probablement lié à la diminution du nombre de personnes infectées par transfusion avant 1992, aux antiviraux à action directe (AAD) disponibles depuis fin 2013, ainsi qu'à la baisse de l'incidence du VHC. Entre mi-2016 et le 1^{er} Janvier 2019, sur 40 465 patients traités par AAD, 38 400 ont été guéris et 13 000 nouvelles infections chroniques ont été recensées (sans tenir compte des flux migratoires).

Chez les usagers de drogues (UD), les infections à VHC restent à des niveaux de prévalence particulièrement élevés, atteignant les deux tiers des UD ayant déjà eu recours à l'injection en 2011. Il faut néanmoins souligner que la prévalence biologique du VHC apparaît en baisse par rapport à 2004 chez les usagers de drogues par voie injectable (UDVI) (64 % versus 74 % dans l'enquête ANRS-Coquelicot, réalisée en 2011 parmi les UD âgés d'au moins 18 ans enquêtés dans des structures de prise en charge et de réduction des risques (Bordeaux, Lille, Marseille, Paris, Strasbourg, Seine-Saint-Denis et Seine-et-Marne) ; le taux de participation était de 75 % en 2011 avec 1568 personnes enquêtées) [2]. Ces tendances sont identiques aux évolutions des prévalences déclarées du VHC parmi les UDVI vus en Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie – CSAPA – (de 55 % en 2005 à 46,4 % en 2010) [3] et dans les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues – CAARUD – (de 47,6 % en 2006 à 33,3 % en 2012) [4]. En CSAPA, la prévalence du VHC semble poursuivre sa baisse de 2010 à 2016, bien qu'à un rythme moindre que précédemment, et se stabilise en 2017. En CAARUD, entre 2012 et 2015, les prévalences déclarées sont stables, tant pour le VIH que pour le VHC. Cette stabilité marque un arrêt de la baisse de la prévalence du VHC parmi les UDVI observée depuis le début des années 2000.

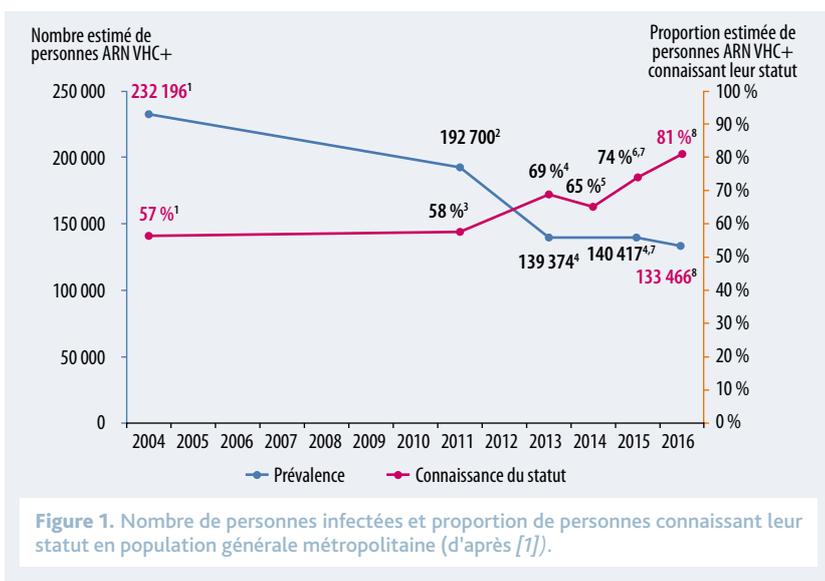


Tableau. Estimation d'incidence du VHC (d'après [1]).

Population	Incidence	Taille des populations	Prévalence ARN VHC	Nombre de susceptibles	Nb de nouvelles infections chroniques/an
Population à faible risque d'exposition	0,5/10 000 PA chez les donneurs de sang ¹	52 603 578 (18-70 ans)	0,3 % ²	52 470 112	550
UDI au cours du dernier mois	11,2/100 PA ³	86 000 ⁴	35 % ⁵	55 900	4 400
HSH VIH+	1,2/100 PA ⁶	65 000 ⁷	2,3 % ⁶	63 500	530
HSH sous PrEP	1,2/100 PA ⁶	8 148 ⁸	0,3 % ⁶	8 124	68

1 Meffre, J Med Virol 2010 ; 2 Ploche, BEH 2016; 3 SpFrance, données non publiées ; 4 Razavi, J Viral Hepatitis; 5 Deuffic-Burban, Gastroenterology 2012; 6 Polaris Observatory CV Collaborators, Lancet Gastroenterol Hepatol 2017; 7 European Union HCV Collaborators, Lancet Gastroenterol Hepatol 2017; 8 Brouard, BMC Inf Dis (sous presse); Saboni, BEH 2019.

Au total, les projections font état de plus de 5 500 nouvelles infections chroniques à VHC en France, largement portées par les UD par voie intraveineuse puisqu'ils représentent 4 400 de ces nouvelles contaminations (**tableau, encadré 1**) [1].

Cette enquête fait suite à celle déjà réalisée en 2011 et 2004 et est portée par l'Inserm-Cermes [2] en partenariat avec SpFrance et le laboratoire VIH du CHU de Tours, avec un financement de l'ANRS. La nouvelle édition reprend les mêmes partenaires en y ajoutant l'IPLESP-Inserm et des cofinancements des ARS, de la DGS et de la Mildeca. La responsabilité scientifique de l'enquête est assurée par Marie Jauffret-Roustide, sociologue à l'Inserm.

L'objectif principal est d'évaluer la situation sanitaire (prévalence du VIH, du VHB, du VIC et incidence de la co-infection VIH/VHC) et les situations à risque liées à l'usage de drogues chez les usagers de drogues. Le recrutement comprend 2 250 UD dans des CSAPA et CAARUD à Lille, Amiens, Creil, Strasbourg, Paris, Saint-Denis, Bobigny, Montreuil, Athis-Mons, Sevran, Bondy, Aubervilliers, Juvisy, Lyon, Annemasse, Clermont-Ferrand, Bordeaux, Toulouse, Marseille, Montpellier, Nîmes, Avignon, Nice, Saint-Laurent-du-Maroni, Cayenne et Nantes, incluant des usagers non francophones, afin de pouvoir accéder à des usagers ayant récemment migré en France. Il s'agit d'une enquête épidémiologique avec des prélèvements sanguins déposés sur buvard + volet anthropologique auprès des UD et des professionnels avec des axes nouveaux : accès et besoins, mesures de réduction des risques, accès et perception, traitement de l'hépatite C, prévention des overdoses, santé mentale, discriminations. La collecte des données devrait avoir eu lieu à partir de mai 2021 et les premiers résultats sont attendus pour début 2022. Si vous souhaitez contacter l'équipe : coquelicot@inserm.fr.

Encadré 1. Renouveau de l'enquête Coquelicot en 2020 : prévalence des hépatites B et C chez les usagers de drogues.

Informations pratiques sur le dépistage (outils de bilan pour parcours de soins, TROD, "buvards") : bilan initial et traitement [5]

L'OMS a fixé pour objectif l'élimination de l'infection par le VHC pour 2030. L'élimination est définie comme une diminution de 90 % des nouvelles infections, associée à une réduction de la mortalité liée au VHC de 65 %. L'élimination du virus de l'hépatite C en France à l'horizon 2025 est une des mesures phares du Plan priorité prévention 2018-2022. Le renforcement de l'accessibi-

lité aux traitements de l'hépatite C s'articule avec l'intensification des actions de prévention et de dépistages. Pour répondre à cet objectif de santé publique, une prise en charge adaptée à chaque patient doit pouvoir être proposée. La prise en charge simplifiée est idéalement réalisée au plus proche du lieu de vie du patient ou dans un lieu où le patient est déjà suivi. Elle s'adresse aux patients ayant une infection chronique par le VHC en l'absence de co-infection VHB et/ou VIH, d'insuffisance rénale sévère (DFGe < 30 mL/min/1,73 m²), de comorbidité (consommation d'alcool à risque, diabète, obésité) mal contrôlée, de maladie hépatique sévère, d'antécédent de traitement de l'hépatite C. Elle peut conduire à une prise en charge spécialisée avec RCP en fonction des données cliniques ou paracliniques.

Dépistage

Il est recommandé de pratiquer un dépistage de l'hépatite C chez toute personne à risque d'infection par le VHC (**encadré 2**), ou estimant qu'elle a pu avoir un contact avec le VHC, ou pour laquelle le professionnel de santé pense qu'il y a un risque.

- Dépistage ciblé des populations à risque = réservoirs
 - Transfusés (ou potentielle transfusion) et greffés avant 1992
 - Hémodialysés
 - **UDIV ou nasale***
 - Nés de mère VHC+
 - **Risque sexuel (HSH)***
 - Entourage familial de VHC+
 - **Prisonniers ou anciens prisonniers***
 - Tatouage/piercing/mésothérapie/acupuncture
 - **Originaires/anciens résidents/soins dans pays à forte prévalence***
 - SDF
 - VIH+ ou VHB+
 - AES

* À répéter si risque persistant.

HAS. Recommandation de bonne pratique. Hépatite C : prise en charge simplifiée chez l'adulte. Mise à jour septembre 2019.

Encadré 2. En France, qui dépister ?

La méthode classique recommandée pour effectuer le dépistage est la recherche des anticorps anti-VHC sériques par un test immuno-enzymatique (EIA ou ELISA) de 3^e génération sur un prélèvement sanguin veineux.

Lorsqu'une sérologie virale est négative, le résultat à annoncer est l'absence de contact avec le VHC, sauf :

- infection récente avant séroconversion : dans ce cas, refaire le dosage des anticorps anti-VHC 3 mois après ;
- immunodépression sévère : dans ce cas, réaliser une recherche quantitative de l'ARN du VHC (pour détecter une infection active) sur le même prélèvement.

Lorsqu'une sérologie virale est positive, une recherche quantitative de l'ARN du VHC doit être prescrite.

➤ **Un résultat négatif du TROD** exclut une infection par le VHC, sauf en cas de suspicion d'infection récente : dans ce cas, une nouvelle détection des anticorps anti-VHC doit être faite 3 mois après, soit par TROD, soit par test biologique.

➤ **Lorsqu'un TROD est positif**, une sérologie de contrôle par EIA sur un prélèvement veineux doit être prescrite. En cas d'anticorps anti-VHC positifs, la recherche quantitative de l'ARN du VHC pourra être faite sur ce même prélèvement. Si la recherche de l'ARN est négative, un suivi régulier est nécessaire.

Le dépistage par test rapide d'orientation diagnostique (TROD)

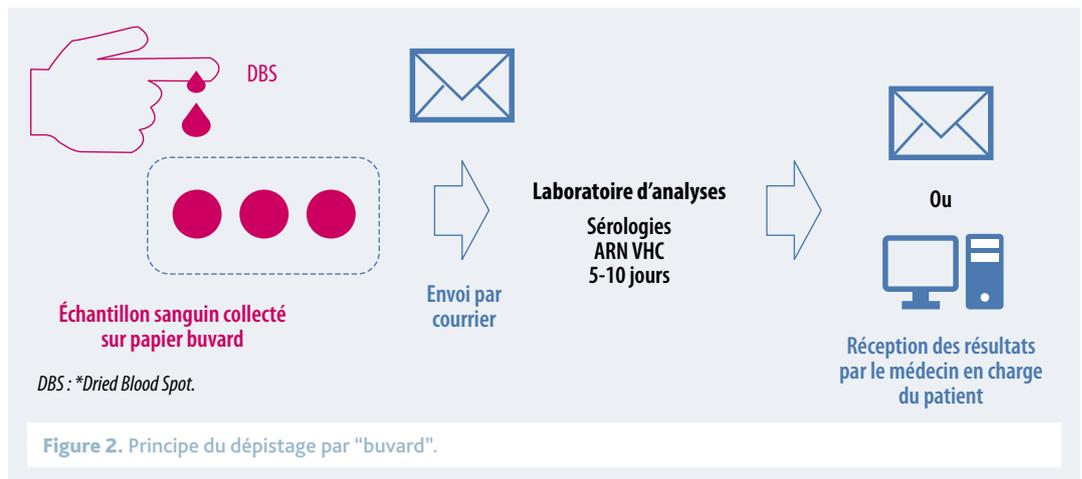
Le TROD permet de détecter une sérologie positive mais ne détecte pas, à l'heure actuelle, l'ARN du virus de l'hépatite C : les résultats positifs doivent ainsi systématiquement être confirmés par un bilan sanguin réalisé en laboratoire. En effet, environ 30 % des personnes infectées par l'hépatite C guérissent spontanément sans avoir besoin d'être traitées. Un TROD VHC positif révèle uniquement que le patient a déjà été infecté par le virus ; il doit être complété à l'aide d'une analyse par PCR pour vérifier si l'hépatite C est chronique et si un traitement est nécessaire. L'intérêt du TROD réside dans un résultat quasi immédiat (environ 15 minutes), et il peut être utilisé chez les personnes à risque éloignées des structures d'accès commun, et chez les personnes à risque non ou insuffisamment dépistées, qui seraient plus facilement convaincues de l'intérêt d'un dépistage immédiat par les avantages du TROD. Il est particulièrement adapté pour les structures peu médicalisées et pour les actions hors les murs (unités mobiles, actions en milieu festif, en squat).

Le dépistage par buvard

Il est diffusé de manière plus confidentielle que le TROD car il n'existe pas de politique nationale assurant son financement. Facile à réaliser, il dispose d'une valeur diagnostique complète en informant sur l'existence de l'ARN+. Toutefois, il impose un délai de plusieurs jours avant de connaître le résultat d'analyse, ce qui peut générer des pertes de vue. Il constitue ainsi un bon outil de dépistage en première intention dans les structures comme les CSAPA, qui revoient régulièrement les usagers, ou bien en complément des TROD positifs pour les CAARUD ou actions hors les murs.

Il se fait sur sang capillaire, permet plusieurs dépistages (VIH, VHB, syphilis) et la recherche de l'ARN, avec une annonce différée du résultat par le médecin en charge de l'usager (figure 2).

Le médecin informera le patient sur sa maladie, en particulier sur les risques de transmission à d'autres personnes, et il fera la démarche pour la prise en charge en ALD (protocole de soins). Il informera le patient de l'existence d'associations de lutte contre



les hépatites virales et de l'intérêt de les contacter. Lors de la réalisation d'un dépistage de l'infection par le VHC, il est recommandé de réaliser aussi, en fonction des facteurs de risque, un dépistage de l'infection par le virus de l'hépatite B et le VIH : antigène HBs, anticorps anti-HBs, anticorps anti-HBc et sérologie VIH par un test Elisa de 4^e génération.

Si une infection par le VIH ou par le VHB est associée à l'infection par le VHC, le patient doit être orienté vers une prise en charge spécialisée. Une vaccination contre l'hépatite B sera proposée aux patients ayant une infection par le VHC qui ne sont pas protégés.

Bilan initial d'une hépatite C

Lors du diagnostic (charge virale du VHC détectable), le médecin doit rechercher et évaluer les comorbidités : consommation d'alcool ; surpoids ou obésité, diabète, syndrome métabolique ; co-infection VHB et/ou VIH ou insuffisance rénale sévère.

Le bilan sanguin initial doit comprendre : NFS, plaquettes, glycémie à jeun, ASAT, ALAT, GGT, bilirubine, débit de filtration glomérulaire (et antigène HBs, anticorps anti-HBs, anticorps anti-HBc et sérologie VIH si non réalisés lors du dépistage).

La recherche du génotype du VHC n'est pas nécessaire dans le cadre d'une prise en charge simplifiée (figure 3). L'infection par le VHC peut évoluer vers une maladie hépatique sévère avec risque de cirrhose et de ses complications : hypertension portale, carcinome hépatocellulaire (CHC).

Plusieurs méthodes non invasives permettent d'évaluer la sévérité de la maladie hépatique : un score de fibrose (FIB-4 : $(\text{âge} \times \text{ASAT}) / (\text{plaquettes} \times \sqrt{[\text{ALAT}]})$) peut être calculé à partir de l'âge du patient, du taux de plaquettes et de celui des ASAT et des ALAT. Il est rassurant en cas de valeur inférieure à 1,45. En ce qui concerne les tests de fibrose spécifiques, l'élastométrie (FibroScan[®]) est le seul test réellement non invasif avec des résultats immédiats et l'avantage de concrétiser la maladie pour le patient. Les tests sanguins (FibroTest[®], Fibromètre[®]) possèdent quant à eux une bonne reproductibilité. La ponction biopsie hépatique n'a pas sa place dans le cadre d'une prise en charge simplifiée. Le diagnostic de maladie hépatique sévère est écarté si les valeurs sont inférieures aux seuils suivants :

- FIB-4 < 1,45 ;
- ou Fibrotest[®] ≤ 0,58 ;
- ou Fibromètre[®] ≤ 0,786 ;
- ou FibroScan[®] < 10 kPa.

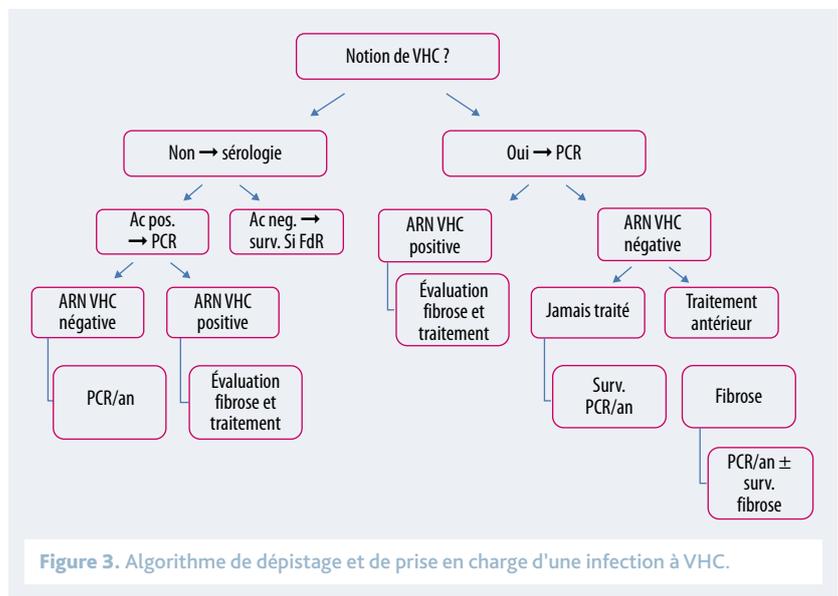


Figure 3. Algorithme de dépistage et de prise en charge d'une infection à VHC.

Traitement et suivi dans le cadre d'une prise en charge simplifiée

Avant de débuter le traitement : rechercher d'éventuelles interactions médicamenteuses (www.hep-druginteractions.org ou application smartphone HEP iChart) ; enquêter sur le recours à l'automédication et à la médecine naturelle (millepertuis, compléments alimentaires) ; insister sur la nécessité d'une observance optimale du traitement.

Deux options thérapeutiques pangénotypiques par voie orale sont recommandées, d'une durée de 8 ou 12 semaines, en l'absence de maladie hépatique sévère, de traitement antérieur par AAD et de comorbidités (co-infection VHB et/ou VIH, insuffisance rénale sévère, etc.). Ils peuvent être prescrits par un non-spécialiste dans la mesure où il n'existe pas de fibrose extensive (élasticité hépatique < 10 kPa, stade fibrose < F3), où il n'y a pas eu de traitement antérieur par antiviraux directs et où il n'existe pas de comorbidités lourdes non contrôlées ni de co-infection VHB ou VIH.

La recherche quantitative de l'ARN du VHC 12 semaines après l'arrêt du traitement est indispensable. Si l'ARN du VHC est indétectable, le patient est considéré en réponse virologique soutenue, c'est-à-dire guéri. Si l'ARN du VHC est détectable, le patient doit être orienté vers une prise en charge spécialisée. Les patients doivent être informés de la persistance des anticorps anti-VHC après guérison virologique. La persistance de comportements à risque (UD actifs, comportements sexuels à risque) expose au risque de réinfection. Chez ces patients, une recherche quantitative régulière de l'ARN du VHC doit être proposée. Les patients ayant des comorbidités

hépatiques (consommation d'alcool à risque, syndrome métabolique) doivent continuer à bénéficier d'un suivi régulier, et une éducation à la santé adaptée doit leur être proposée.

Réduction des risques, soutien au dépistage et accompagnement vers le soin en CAARUD et CSAPA [6]

Les CAARUD et les CSAPA sont des structures médico-sociales engagées dans l'accompagnement des personnes concernées par les usages de substances psychoactives. Leur rôle est de tout premier plan en termes de réduction des risques, de soutien au dépistage et d'accompagnement vers le soin dans l'infection à VHC.

Le contexte : augmentation des prises de risque et repli du dépistage dans la population fréquentant les CAARUD

L'enquête ENa-CAARUD conduite en 2015 [4] a rassemblé 3 129 questionnaires recueillis auprès des UD fréquentant 143 CAARUD en France (86 % des CAARUD existant sur le territoire national). Par rapport aux 6 études précédentes menées régulièrement depuis 2006, cette enquête révèle une "hausse du partage de la seringue" et "un dépistage en repli" du VIH et du VHC. En 2015, 14 % des injecteurs déclaraient avoir partagé leur seringue au moins une fois au cours du dernier mois avant l'enquête alors qu'ils n'étaient que 9 % en 2008. Parmi les 36 % d'usagers ayant pratiqué l'inhalation à chaud avec un doseur ou une pipe à crack au cours des 30 derniers jours, la moitié rapportait avoir partagé son matériel (comme en 2012). Les taux d'usagers n'ayant jamais pratiqué de dépistage, qu'il s'agisse du VIH ou du VHC, ne diminuent plus en 2015 : cette proportion se stabilise à 10 % pour le VIH et, concernant le VHC, elle s'est élevée de 3 points depuis 2012 pour atteindre 17 %. Chez les seuls injecteurs au cours de la vie, on observe également une augmentation significative de la part des usagers affirmant n'avoir jamais été dépistés pour l'hépatite C (de 8 % en 2012 à 11 % en 2015). Toutes les classes d'âge semblent touchées, mais l'écart le plus important concerne les plus de 34 ans (+4 points). La part des tests négatifs datant de moins de 6 mois (ce qui témoigne de la régularité de la pratique des dépistages) stagne également sur la période 2012-2015, à 47 % pour le VIH et 46 % pour le VHC.

Nouveaux outils de dépistage, mise à disposition et accès universel aux nouveaux traitements

Le dépistage par prélèvement veineux peut faire obstacle à l'engagement dans une démarche de soin, du fait de son caractère invasif et douloureux ou des délais importants pour obtenir le résultat. Il est donc limitant pour les structures peu médicalisées, notamment les CAARUD. À l'inverse, les nouvelles techniques – TROD ou buvards – dynamisent l'entrée dans le soin : leur utilisation peut être immédiate (dès l'expression d'une demande de dépistage) et dans un premier temps, elles permettent d'éviter le prélèvement sanguin aux personnes dont le capital veineux est abîmé et/ou difficile d'accès. Les traitements de l'hépatite C ont également considérablement gagné en efficacité (taux de guérison > 95 %), en tolérance, avec une observance facilitée par un nombre réduit de comprimés, et une durée raccourcie de traitement. Ces nouvelles conditions rendent moins indispensable l'accès à un logement ou un hébergement pour bénéficier du traitement qui, depuis l'accès "universel"¹, n'exige plus de critères de sélection pour y accéder (VHC avec ARN+ quel que soit le stade d'avancement de la fibrose hépatique).

Des financements additionnels et spécifiques pour les CSAPA et les CAARUD

Afin de développer un dépistage rapide de proximité et une orientation diagnostique immédiate, les TROD VIH et VHC ont été déployés en CSAPA et CAARUD sur la base d'un financement additionnel et spécifique. Pour bénéficier de ce dispositif et de ce financement, ces structures doivent déposer un dossier de demande d'autorisation auprès de leur ARS, ce qui demande du temps pour constituer les dossiers, former les professionnels et mettre en œuvre les actions dépendantes de l'attribution ou non de financements, variables selon les ARS, ce qui peut ralentir le déploiement des outils. Ce dépôt suppose en effet que le personnel non médical réalisant les TROD ait bénéficié d'une formation de 2 jours auprès d'un organisme agréé.

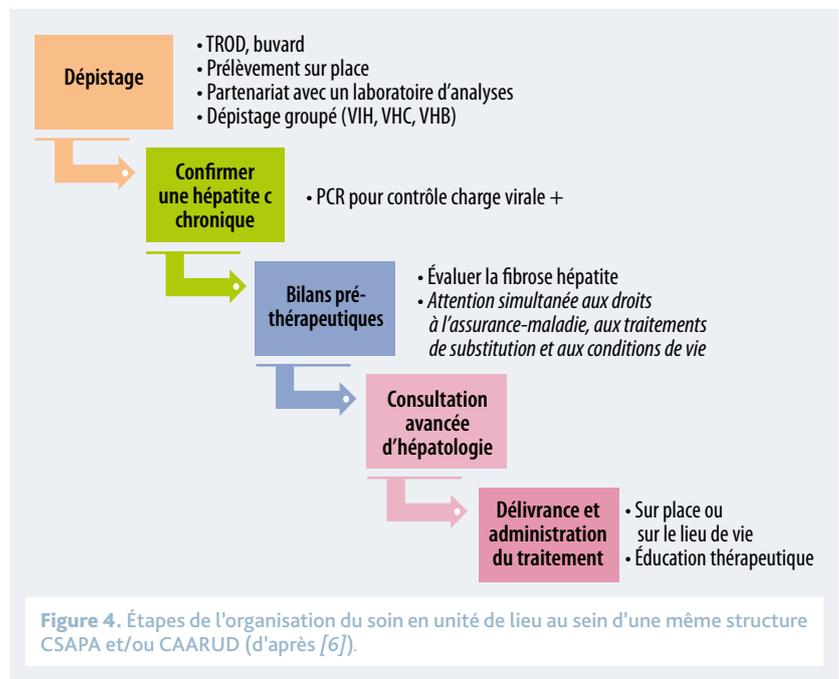
Le dépistage par buvard constitue également un bon outil de dépistage en première intention. Le buvard permet de rechercher l'ARN VHC ou VIH,

¹ http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/08/cir_42484.pdf

voire l'ADN VHB et de confirmer la sérologie positive. La technique du buvard ne demande qu'une formation simplifiée et n'exige pas d'agrément. Elle permet de dépister le VIH, le VHB et le VHC et d'analyser la charge virale en cas de dépistage positif. En pratique, le prélèvement par buvard appelé "Dried Blood Spot" (ou DBS) est basé sur le dépôt de 5 à 10 gouttes de sang sur plusieurs segments (cercles) d'un papier buvard adapté. Le résultat transmis par un laboratoire labellisé requiert un délai de 3 à 5 jours. La recherche des 3 virus avec confirmation dans le même panel coûte environ 50 euros. Actuellement, certaines ARS ont pris l'initiative de financer le dépistage par buvard.

Le dépistage : un outil de réduction des risques en CAARUD

Le décret n° 2005-1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des CAARUD et modifiant le code de la santé publique a défini "l'incitation au dépistage" comme étant l'une des missions essentielles de ces établissements. Cependant, jusqu'à l'arrivée des TROD, ils n'étaient pas pourvus de moyens permettant de la placer au cœur de leur activité : ils devaient donc orienter – sauf de rares exceptions – vers les CeGIDD (ex. CDAG) ou autres dispositifs de droit commun. De plus, le temps requis pour l'accompagnement physique des personnes dans un laboratoire d'analyse et le délai nécessaire à l'obtention des résultats rendaient le dépistage chronophage et nuisaient à son efficacité. Désormais, le TROD et le buvard permettent de faire du dépistage des hépatites virales un axe central de l'action de réduction des risques dans tous les CAARUD. En effet, le dépistage n'est jamais uniquement un acte technique : le protocole d'utilisation du TROD le définit comme nécessairement précédé par un entretien de *counseling* et de RDR (entretien prétest). Le dépistage par buvard doit également s'inscrire dans cette double approche. Un dialogue doit ainsi être engagé en amont pour vérifier et compléter les connaissances sur les hépatites, leurs modes de transmission, les traitements actuels et faire le point sur les consommations et les pratiques de réutilisation ou de partage de matériel.



L'unité de lieu ou les conditions de réussite pour l'accompagnement du dépistage à la guérison

L'unité de lieu raccourcit voire abolit les délais entre chaque étape du parcours de soin (figure 4). Cela consiste à mettre en place un "guichet unique" qui regroupe, au sein d'un CSAPA ou d'un CAARUD, l'ensemble des composantes de la prise en charge des hépatites virales : prévention, dépistage, FibroScan®, consultation d'hépatologie, mise en place et suivi du traitement.

Le fonctionnement en unité de lieu facilite la prise en charge de l'hépatite C car les personnes sont déjà habituées à venir régulièrement au CAARUD ou au CSAPA pour leur accompagnement en addictologie et l'accès à des ressources de RDR. Il permet aux équipes de mieux prendre en compte les contraintes et les angoisses dont sont synonymes l'annonce de la maladie et la mise sous traitement, mais aussi de travailler plus facilement avec l'hépatologue. En l'occurrence, la prescription conjointe d'un traitement de substitution facilite l'observance du traitement de l'hépatite C. ■



Interview du Dr Jean-Michel Delile (Bordeaux)

“Parcours simplifié et rôle de chacun dans les CSAPA et les CAARUD”

Dans le cadre du parcours de soins simplifié dans le dépistage et de la prise en charge de l'infection à VHC, quel est le rôle de chacun dans les CSAPA et les CAARUD ?

Les CSAPA sont des centres de soins médico-sociaux prenant en charge les addictions chez des personnes volontaires avec des équipes pluridisciplinaires, alors que les CAARUD sont des lieux de réduction des risques de 1^{er} accueil pour des usagers de drogues, notamment injecteurs, non encore demandeurs de soins par rapport à leur addiction. Ces centres permettent la délivrance de matériels (seringues, etc.) afin de réduire les risques de contamination (VIH, hépatites), mais également d'établir des premiers liens pouvant les faire évoluer vers une dynamique de soins. Les CAARUD ont souvent des équipes très légères qui n'ont pas de ressources internes sur le plan médical ou paramédical.

Au sein de ces CSAPA dotés de ressources médicales et paramédicales, le parcours de soins simplifié dans la prise en charge de l'infection à VHC est-il aujourd'hui devenu une réalité ?

Historiquement, après des premières expériences locales, nous avons été, en effet, sollicités au plan national (rapports Dhumeaux) [1] pour promouvoir une approche intégrée, permettant aux usagers de drogues fréquentant les CSAPA ou les CAARUD de bénéficier dans les mêmes lieux des possibilités de dépistage, de diagnostic et de soins pour l'infection à VHC. Avec les progrès des techniques de dépistage-bilan et les nouveaux traitements, l'approche est devenue toujours plus intégrative. Au départ par

exemple, une hépatologue du CHU, le Dr Juliette Foucher, venait dans notre CAARUD équipé de TROD (sérologie), d'un FibroScan® (fibrose) et d'un GeneXpert® (ARN), puis avec l'avancée majeure qu'a représenté l'élargissement de la prescription, la possibilité de prescrire par les médecins du centre un traitement antiviral dans les formes non compliquées, a permis de simplifier encore plus le parcours de soin, d'en améliorer l'accessibilité et de réduire encore les délais de prise en charge. Ceci nous a permis d'élargir les possibilités d'offres complètes de soin également dans des zones où, du fait de leur éloignement géographique des grands centres urbains, le recours à une consultation d'hépatologie demeurait difficile. D'un point de vue Santé Publique, on sait très bien que les réservoirs de contamination potentielle sont représentés par ces usagers de drogue, injecteurs actifs, quand ils n'ont pas été diagnostiqués et traités. L'idée était donc d'aller au-devant d'eux et de limiter l'orientation obligatoire vers l'hôpital qui pour beaucoup ne se concrétisait jamais ou très tardivement et constituait donc une perte de chance.

Pour les CAARUD, équipes plus légères non dotées de personnel médical, comment cela se passe-t-il en pratique ?

La Fédération Addiction regroupe environ 80 % des CSAPA et des CAARUD en France. Souvent, leurs organismes gestionnaires sont les mêmes, des associations comme le CEID en Nouvelle-Aquitaine, ce qui facilite les interactions entre les structures : les médecins des CSAPA interviennent régulièrement dans les CAARUD et peuvent mener à bien sur place le dépistage et la mise sous

traitement. Parfois même, les structures sont volontairement placées dans le même bâtiment, dans la même logique intégrative. C'est la cas à Bordeaux, par exemple, avec le centre Planterose... Le but est toujours de simplifier le parcours au bénéfice des patients. Certains CAARUD peuvent être de gestion autonome, par exemple par des organismes communautaires. Dans ce cas ils peuvent passer des conventions avec les CSAPA pour promouvoir une coordination étroite, c'est ce que nous faisons également dans un autre domaine avec la dispensation de naloxone.

Les patients dépistés et traités dans le cadre du parcours simplifié présentent-ils généralement des formes non compliquées ? Quid de la réinfection par le VHC ?

Globalement, la grande majorité des patients que nous prenons en charge – du fait de leur jeune âge, du diagnostic précoce et de l'absence de comorbidités associées – ne nécessitent pas de recours à un hépatologue mais, si nécessaire, nous obtenons très vite un avis, d'autant que nous avons maintenu les consultations avancées d'hépatologie quand elles existaient, et en tout cas d'étroits liens partenariaux.

La plupart des réinfections observées surviennent dans des populations particulières, comme les chemsexuels, les slameurs avec exposition à des risques répétés et récurrents par injections de produits stimulants en contexte sexuel. Les taux de réinfections y sont supérieurs à ceux observés dans la population “habituelle” des usagers de drogue par voie i.v. Dans ces cas de réinfections, le retraitement est de mise.



Interview du Dr Jean-Baptiste Trabut (Créteil)

Évolution du parcours de soin, du dépistage et de la prise en charge du VHC en addictologie

Comment voyez-vous, sur ces dernières années, l'évolution du parcours de soins, du dépistage et du traitement de l'infection à VHC pour les professionnels de l'addictologie ?

C'est une évolution majeure permise, certes, par l'évolution des traitements pharmacologiques, mais aussi par une dynamique préexistante et la volonté depuis une vingtaine d'années d'adapter le parcours de soins au patient. Une synergie particulièrement favorable s'est ainsi créée lors de la mise à disposition des antiviraux directs depuis maintenant 6 ans. Deux obstacles existaient auparavant : réussir le parcours de soins et avoir un traitement anti-VHC efficace et bien toléré. Avec des traitements désormais efficaces pour la très grande majorité des patients, le parcours de soin devient l'enjeu principal. Depuis plusieurs années, la volonté de nombreuses équipes était que le maximum d'étapes de la prise en charge puisse se faire au sein des centres d'addictologie. Avec les progrès techniques des outils mis à disposition, le parcours de soins, même s'il n'est pas unique et dépend des équipes et des structures, s'est considérablement simplifié. Le développement des techniques capillaires (TROD, "buvards", appareils permettant de faire un test PCR sur prélèvement capillaire) permet aujourd'hui de faire un bilan complet de façon invasive, en évitant le passage au laboratoire et en l'espace de 2 heures. Avec l'extension de la

prescription, on peut concevoir qu'un patient puisse repartir – à l'issue de ce bilan et sous certaines conditions – avec une ordonnance de traitement. Techniquement, un parcours de soins extrêmement simplifié est donc possible dans une majorité de situations. Mon expérience est que cette approche nous aura permis de traiter des patients que nous n'aurions pas pu ou eu beaucoup de mal à traiter.

Que regroupe pour vous le terme de Centres d'addictologie ?

Les 2 grands types de structures que l'on peut identifier sont, d'une part, les Centres hospitaliers d'addictologie avec consultations et souvent lits d'hospitalisation et, d'autre part, les structures ambulatoires type CSAPA. Les parcours très simplifiés en "tout capillaire" sont typiquement particulièrement bien adaptés aux structures ambulatoires, même si accélérer le bilan peut aussi être intéressant dans un contexte hospitalier, les techniques capillaires ayant un intérêt certain chez les patients avec un mauvais état veineux.

Comment positionnez-vous le FIB-4 par rapport au FibroScan® ou au FibroTest® ?

Le FIB-4, certes aisé à calculer sur un bilan sanguin récent, est un test un peu moins performant que des tests plus spécifiques tels que l'élastométrie ou les tests sanguins (FibroTest®, Fibromètre®) et pose le problème de la "zone grise" où il est difficile

de conclure. Pour les valeurs très élevées de FIB-4 très en faveur d'une cirrhose et d'une fibrose extensive, le patient doit être vu par un hépatologue et aura de toute façon un FibroScan®. En revanche, la place du FIB-4 est légitime en cas de valeurs basses, situation relativement fréquente notamment dans les populations jeunes fréquentant les CSAPA. Les performances sont alors suffisantes pour initier un traitement si d'autres techniques ne sont pas aisément accessibles.

Quel a été l'impact de la pandémie de Covid-19 sur l'activité de votre Centre d'addictologie ?

Cela dépend probablement des structures. Je peux citer l'exemple du CSAPA EGO avec lequel je travaille. L'équipe y est particulièrement impliquée dans la prise en charge de l'hépatite C. C'est notamment le cas du Dr Anne Bourdel, médecin généraliste qui a acquis une autonomie suffisante pour initier le traitement dans la majorité des situations. Du fait de leur proximité avec les patients sur le terrain, ils ont pu garder le contact y compris au moment du 1^{er} confinement avec, en particulier, le maintien de la substitution. Dans un tel contexte, le dépistage du VHC et la mise sous traitement antiviral a pu continuer malgré l'épidémie. Ceci étant, on peut imaginer que certains centres ont eu un fonctionnement beaucoup plus compliqué sur cette période.

Équipes mobiles et dépistage "hors les murs"

L'objectif et la principale plus-value de l'unité mobile sont d'aller vers celles et ceux qui ne se déplacent pas ou très peu vers les services de soins et/ou vers lesquels aucun service ne va pour proposer un soutien dans les démarches de soin. Sa pertinence dépend de sa capacité à ne pas faire doublon avec le dispositif médicosocial, sanitaire et social local : il ne s'agit pas de se substituer au travail des partenaires. En ce qui concerne les hépatites virales, il peut s'agir d'une unité mobile dédiée au dépistage des hépatites virales ou d'une unité mobile de réduction des risques et des dommages (RDRD) qui intègre cette activité. Dans les 2 cas, l'unité mobile s'investit dans la mise en réseau des acteurs de santé et des acteurs médicosociaux pré-

sents sur un territoire, comme dans leur mobilisation autour de la prévention et du dépistage des hépatites virales, afin d'optimiser la fluidité des parcours de soin et des orientations.

Malgré toutes les possibilités de dépistage et de traitement, des barrières persistent tant chez les usagers que chez les soignants. La priorité est rarement faite au traitement de l'hépatite, les comorbidités psychiatriques freinent encore les soignants, la peur archaïque du traitement, etc. Il est important de continuer à sensibiliser et informer les soignants et les usagers afin de faciliter le dépistage et l'accès aux traitements. Parmi les actions possibles, on peut citer la diversification des modalités de dépistage (par exemple, dépistage infirmier par "buvards" en addictologie intra-muros), le décroisement via des actions "hors les murs" et la sensibilisation de l'ensemble de la population (actions "grand public").



Interview du Dr André-Jean Rémy (Perpignan)

Équipe mobile hépatites (EMH) : l'expérience du centre hospitalier de Perpignan

Quelles sont aujourd'hui les populations cibles visées par les équipes mobiles dans le cadre du dépistage du VHC ?

Après une période "historique", où nous avons traité tous les patients des files actives hospitalières, s'est posé le problème des patients "manquants" ne connaissant pas leur sérologie ou ceux en ayant connaissance mais étant sortis du système de soins. Depuis la mise à disposition des anti-viraux directs efficaces et bien tolérés, en prise orale et sur une durée limitée, le seul réel problème est le dépistage et il va falloir aller chercher les patients hors les murs : aller vers les centres prenant en charge les UD (CSAPA/CAARUD), les unités de soins en médecine pénitentiaire (USMP) ou les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) pour les sans-papiers ou les migrants constitue une 1^{re} étape, sans oublier la population des patients psychiatriques (CHRS). La 2^e consiste à aller vers les populations précaires (SDF, anciens toxicomanes...) et à s'adresser aux différentes associations sociales (logement, domiciliation postale,

restaurants sociaux, etc.) leur venant en aide. Enfin, l'équipe mobile, avec un véhicule aménagé, permet d'aller directement au contact des populations.

Vous rapportez au congrès international de l'AASLD 2020 un poster sur votre expérience de "test to treat" en équipe mobile hépatites (EMH) ?

Notre EMH existe depuis 2013 et a ciblé successivement les populations précédemment citées. Notre expérience de "test to treat" a débuté par une phase expérimentale (mars-juin 2018) avec dépôt d'un dossier au titre de l'article 51 et la 2^e phase a débuté fin 2019. Cette approche est désormais possible grâce aux dispositifs de mesure de l'ARN VHC en direct avec un résultat en temps réel : elle nous permet en une seule session (4 à 5 h) de sélectionner des patients (sérologie VHC ou TROD positifs, CV inconnue ou ancienne, contact à risque récent) et de mesurer la charge virale C, d'évaluer la fibrose hépatique par FibroScan®, de faire une évaluation sociale, un diagnostic

éducatif partagé, de faire bénéficier les patients d'ateliers collectifs d'éducation thérapeutique en insistant sur la réduction des risques et d'une téléconsultation spécialisée auprès d'un hépatologue (figure 5). Le traitement antiviral C peut ainsi être débuté le jour même.

Quels sont les principaux résultats ? La 1^{re} vague de l'épidémie à SARS-Cov-2 a-t-elle eu un impact sur cette expérience de "test to treat" en EMH ?

Entre octobre 2019 et septembre 2020, 98 sessions ont été réalisées sur 25 sites : 7 centres venant en aide aux UD, une prison et 17 associations sociales. Sur 512 patients avec des antécédents d'UD, 99 présentaient une sérologie VHC positive. 99 mesures par FibroScan® et 93 mesures de l'ARN VHC en temps réel ont été réalisées : la valeur moyenne de l'élasticité hépatique était de 7,1 et 15 patients étaient F3 ou F4. Le tiers des patients (n = 33) avaient un ARN VHC positif et le traitement a pu être débuté le jour même pour 32 patients. Au 30 sep-

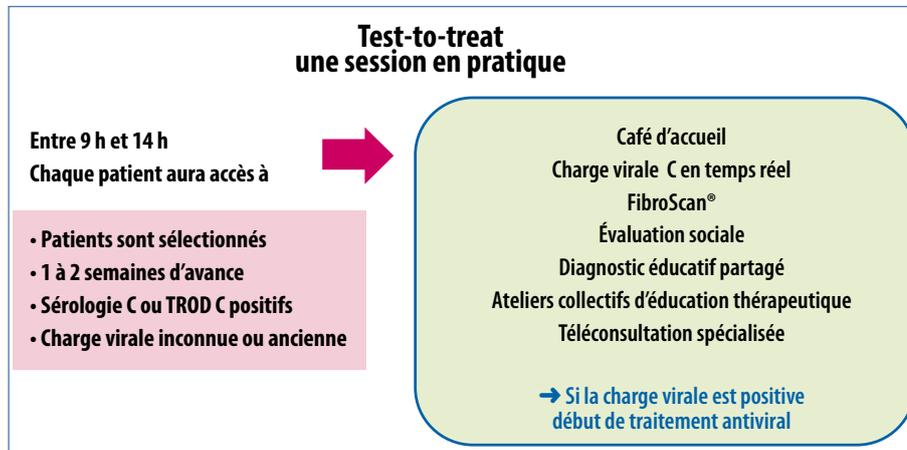


Figure 5. "Test to treat en EMH" : une session en pratique.

tembre 2020, 90 % des traitements antiviraux étaient complétés et 85 % des patients guéris. Le degré de satisfaction des patients était élevé vis-à-vis de ce type d'approche (89 %). L'étude se poursuit et est prévue sur une période totale de 2 ans. Pour répondre à la 2^e partie de votre question, le premier confinement a eu bien sûr un impact, avec un arrêt total entre le 15 mars et le 30 avril, et l'activité n'a vraiment repris qu'au mois de septembre. En revanche, le 2^e confinement récent n'a pas eu d'impact et les activités – en particulier pour les CSAPA/CAARUD et les associations sociales – ont pu se poursuivre de façon normale.

Associations

"Association SAFE : RDR à distance et dépistage de l'hépatite C grâce à l'envoi de kits de dépistage"

SAFE est une association destinée à favoriser l'accès aux matériels de consommation à moindres risques pour les UD. Elle assure le développement et la promotion des outils et des modalités d'intervention les plus adaptés en matière de lutte contre les contaminations virales, bactériennes et fongiques. Ses services permettent d'accéder gratuitement et 7 jours sur 7 aux matériels de consommation à moindre risque (injection, inhalation, sniff), aux préservatifs, aux kits de dépistage du VIH/SIDA et des hépatites B et C.

Les équipes peuvent également orienter les UD vers les professionnels de santé qui pourront les accompagner selon leurs besoins.

Le dispositif régional d'automates d'échange de seringues et de diffusion de kits d'inhalation en Île-de-France :

- SAFE assure la gestion d'un important parc d'automates (actuellement plus de 60 sites sur Paris, le 91, le 92, le 93 et le 95), qui inclut l'approvisionnement et la maintenance des machines, la gestion des containers de collecte de seringues usagées ; la distribution de matériels de prévention directement aux usagers ou par l'intermédiaires de pharmacies, associations et services hospitaliers partenaires.
- Le programme de réduction des risques à distance (www.rdr-a-distance.fr) est détaillé par Catherine Duplessy dans son interview.
- SAFE mène également plusieurs programmes de recherche sur les matériels de réduction des risques,

De nombreuses autres associations existent, parmi elles : SOS hépatites de la Fédération hépatites et maladies du foie ou nouvelle aube, groupe d'auto-support, d'action, d'expérimentation et de témoignage qui a pour objet la prévention, la RDRD ainsi que la promotion de la santé auprès d'un public jeune, fragilisé, stigmatisé, vivant en squat de rue ou en prison, exposé notamment à la transmission du VIH, des hépatites et des IST ainsi qu'à l'usage de produits psychoactifs.

la connaissance de l'hépatite C, du dépistage et des traitements chez les UD, l'objectivation des produits consommés par l'analyse des résidus de drogue présents dans les seringues usagées et expérimente également le dépistage combiné VIH-VHB-VHC à distance.

Hépatite C et univers carcéral

- En 2009, l'enquête ANRS-Coquelicot [2] révélait que 12 % des UD fréquentant les CAARUD et les CSAPA déclaraient s'être injecté une drogue lors d'une de leurs incarcérations et 30 % d'entre eux disaient avoir partagé leur matériel d'injection à cette occasion. Selon l'enquête Prévacar conduite par l'Institut de veille sanitaire (InVS) et la Direction générale de la santé (DGS) en 2010, 18 % du personnel pénitentiaire déclare avoir trouvé des seringues en détention au cours des 12 derniers mois. De même, selon l'enquête Pride, un tiers des soignants indiquait avoir traité des abcès chez des détenus, sans doute liés à des pratiques d'injection. Prévacar a également

estimé à 4,8 % la séroprévalence du VHC chez les personnes adultes détenues en France, soit 5 fois plus que la population générale. Cette prévalence varie en fonction de l'âge (0 % chez les 18-21 ans versus 11,6 % pour celle des 41-50 ans), du genre (11,8 % chez les femmes versus 4,5 % chez les hommes) et de l'origine géographique (5 % chez les personnes nées en France, 12,3 % chez celles nées dans un pays d'Europe de l'Est et 12,4 % chez celles nées en Asie). Enfin, la recherche de l'ARN viral était positive chez la moitié des détenus contaminés par le VHC. La prévalence de l'infection chronique par le VHC est donc en moyenne de 2,5 % en milieu carcéral.

► La sensibilisation au dépistage des personnes détenues ou sortant de prison s'inscrit dans une approche plus large de RDRD qui doit insister par-

ticulièrement sur une exposition plus élevée aux risques de contamination par le VHC en prison. Il est nécessaire de les informer sur le fait que la prévalence du VHC chez les personnes détenues est 5 fois supérieure à la prévalence en population générale et d'attirer leur attention sur les situations particulièrement à risque qu'elles peuvent ou ont pu connaître en détention : fréquence élevée des pratiques de partage et de réutilisation de seringues (introduites illégalement ou subtilisées à l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire – USMP), partage des pipes artisanales utilisées pour l'inhalation de crack et/ou de *free-base*, mais aussi pratiques de tatouages et piercings avec du matériel non stérile et partage d'objets de la vie quotidienne (rasoirs, ciseaux, brosses à dents).



Interview du Dr Clémence Dardenne (Nancy)

Dépistage et prise en charge de l'infection à VHC en milieu carcéral

Quelles sont les spécificités du dépistage et de la prise en charge de l'infection à VHC en milieu pénitentiaire ?

Dans les 48 heures qui suivent son incarcération, il est proposé de façon systématique au détenu un dépistage soit par TROD via l'association AIDES au quartier "arrivants", soit dans le service médical avec réalisation des sérologies – avec l'accord du patient – par le CÉGIDD, centre de prévention et de dépistage gratuit, (ex CDAG) ou le médecin du service : dépistage du VHB, VHC, VIH et syphilis. Ceci permet, par exemple, de vérifier la vaccination contre l'hépatite B et de la proposer le cas échéant. Ces sérologies sont refaites à la demande des patients en cours de détention de même que les TROD (association AIDES ou infirmières du service qui ont été formées), ou proposées à un rythme de 2 fois par an et à la demande en cas de prise de risques. En cas de dépistage VHC positif, il est demandé un ARN VHC et, en l'absence de complications au vu du bilan, le traitement anti-VHC peut être initié rapidement. Depuis début 2017, au moment de

la mise à disposition des AAD à l'ensemble des patients en détention, nous avons repris avec un hépatologue du CHU l'ensemble des dossiers des patients infectés par le VHC, mis en place de RCP par mail avec les éléments du dossier, envoi des ordonnances par le spécialiste, ce qui nous a permis de traiter environ 60 patients. Par rapport au Fibroscan®, qui nécessitait de faire sortir les patients en service extérieur, le Fibrotest®, puis le FIB-4 nous ont beaucoup simplifié les bilans à réaliser. Enfin, depuis mai 2019, du fait de l'extension des possibilités de prescription, je peux moi-même initier les traitements, toujours en accord avec le spécialiste du CHU (Pr Jean Pierre Bronowicki) pour les cas plus compliqués.

Les initiations de traitement sont-elles nombreuses actuellement ? Comment celui-ci est-il dispensé ? Les cas où le recours au spécialiste hépatologue s'avère nécessaire sont-ils fréquents ?

Sur 3 ans, nous avons traité environ 80 patients et, de fait, les initiations sont beaucoup moins fréquentes, entre 5 et

10 par an actuellement. La pharmacie centrale du CHU de Nancy Brabois nous dispense les traitements au mois, par l'Assurance maladie, ce qui ne pose donc pas de problème de coût pour le service. Un patient détenu n'est en effet pas considéré comme un patient hospitalisé mais comme un patient à son domicile. Le choix se fait entre les 2 combinaisons d'AAD disponibles, en sachant que si la sortie est proche, le traitement le plus court (8 semaines) sera privilégié. La dispensation auprès des patients est quotidienne par les infirmières : beaucoup de ces patients viennent en effet à l'infirmerie pour leur méthadone tous les jours et cela évite les tentations quant aux "trafics" de médicaments. Le recours au spécialiste demeure, dans ma pratique actuelle, fréquent puisque cette année, il a représenté environ 50 % des cas : patients âgés, environ 60 ans, sortis pendant une dizaine d'années et qui reviennent en prison avec des antécédents de toxicomanie et une consommation d'alcool importante, ce qui, en sus de l'âge, a un impact sur le score FIB-4. Dans ces cas, le recours à la RCP reste nécessaire.



Interview de M^{me} Bader (Strasbourg)

Microstructures : Pourquoi ? Comment ?

"Microstructures : une unité de soins primaires qui s'inscrit dans le maillage territorial des soins de premier recours"
Un entretien avec M^{me} Danièle Bader, Présidente de la CNRMS (Coordination nationale des réseaux de microstructures), et le Dr François Brun, Vice-Président de la CNRMS.

Comment peut-on aujourd'hui définir les microstructures ? À partir de quel moment on-t-elles commencé à se développer ?

La microstructure est une équipe thérapeutique pluriprofessionnelle travaillant au sein du cabinet du médecin généraliste dans des centres de Santé ou des maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) : cette équipe est constituée par le médecin généraliste et au moins, un psychologue et un travailleur social. Elle assure le suivi régulier et constant du patient inclus dans la microstructure par le médecin. Le principe de fonctionnement de cette équipe repose sur la mise en équivalence des compétences. L'intervention de l'équipe a lieu au cabinet du médecin, libéral ou exerçant en centre de Santé. Le psychologue et le travailleur social reçoivent le patient à des plages horaires régulières hebdomadaires et l'équipe se réunit régulièrement pour des synthèses : analyse de la situation, de l'évolution des patients suivis. Selon les cas, un spécialiste (hépatologue, infectiologue, psychiatre, etc.) pourra être sollicité. Sa population cible est constituée de patients présentant des situations complexes, comme par exemple les conduites addictives avec des médecins prescripteurs de traitements de substitution (TSO) et les pathologies virales (VIH, VHC) qui accompagnent l'itinéraire des usagers de drogues. Historiquement, les premières microstructures ont été mises en place il y a 20 ans, au moment de l'épidémie de SIDA, pour rompre l'isolement des médecins face à des situations éminemment

difficiles et leur permettre de travailler en équipe avec un accès facilité aux structures hospitalières et médicosociales. L'expérimentation a donc débuté en 1999 dans l'Est de la France, à Strasbourg, avec un financement essentiellement public, pour une durée de 3 ans avec une étude de faisabilité à la clef. Une quinzaine de microstructures ont été créées dans un premier temps sur les 2 départements Alsaciens et très rapidement, cette initiative pilote issue du terrain s'est étendue à d'autres régions Françaises dont la région PACA, les Hauts-de-France et l'Île-de-France.

Comment en être venus à la prise en charge des hépatites chez les UDI ? Comment sont organisées les microstructures au niveau national et quelles sont les perspectives de développement ?

En 2006, une première journée nationale a été organisée avec la DGS Hépatites et le soutien de la MILDECA à l'initiative de la Coordination nationale des réseaux de microstructures, fédérant les différents réseaux qui existaient à l'époque, et, d'autre part, pour présenter nos premiers résultats. Après l'épidémie de SIDA chez les usagers de drogues, celle des hépatites était d'actualité et nous avons contacté les hépatologues hospitaliers et nous avons formé – grâce à un partenariat étroit – les médecins des microstructures à la prise en charge des hépatites (formation de tous les acteurs, passerelles pour réaliser des Fibroscan au cabinet médical, etc.),

dans l'objectif de faciliter l'accès aux traitements et de soutenir les patients dans leur démarche de soins grâce au travail conjoint des psychologues et des travailleurs sociaux, associés aux médecins. Les microstructures sont aujourd'hui regroupées en réseaux coordonnés : leur organisation permet la formation permanente de leurs équipes, l'évaluation de leurs activités et la mise en œuvre de recherches cliniques portant sur leur impact sanitaire. Cette organisation permet aussi de s'adapter au contexte épidémiologique comme celui de la pandémie de Covid-19 actuelle où nous avons décidé d'élargir notre offre de soins et de mettre notre expérience de terrain au service des patients suivis pour addiction et fragilisés par la Covid. Plusieurs régions sont aujourd'hui dotées du dispositif de microstructures avec un développement attendu dans 5 régions françaises dans le cadre du plan MILDECA 2018-2022 (développer les partenariats avec la médecine de 1^{er} recours) et d'une expérimentation ART 51 portée par 5 ARS (Occitanie, Bourgogne-Franche-Comté, Île-de-France, Grand-Est et Hauts-de-France). Fin 2022, plus de 200 microstructures seront créées sur le plan national en partenariat avec le secteur médicosocial en addictologie, l'hôpital et le champ de la santé mentale. Les microstructures médicales, lieu de premier recours, sont aussi et surtout adaptées à un accompagnement dans la durée des personnes qui s'y inscrivent : le temps nécessaire à chacun(e) restant une composante essentielle de l'intervention thérapeutique.

Références bibliographiques

1. Saboni L et al. Prévalence des hépatites chroniques C et B, et antécédents de dépistage en population générale en 2016 : contribution à une nouvelle stratégie de dépistage, Baromètre de Santé publique France-BaroTest. Bull Epidemiol Hebd 2019;(24-25): 469-77.

2. Jauffret-Roustide M et al. Estimation de la séroprévalence du VIH et de l'hépatite C chez les usagers de drogues en France : premiers résultats de l'enquête ANRS-Coquelicot 2011. Bull Epidemiol Hebd 2013;(39-40):504-9.

3. Palle C. Bilan RECAP 2017. Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Saint-Denis. 2018. 15 p.

4. Lermenier-Jeannet A et al. Profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2015. Tendances. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. 2017. N° 120. 6 pages. <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxalxa.pdf>

5. Haute Autorité de Santé. Hépatite C : prise en charge simplifiée chez l'adulte. Fiche mémo. Mars 2019. 4 p. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-03/fiche_memo_hepatite_c.pdf

6. Hoareau E, Reynaud-Maurupt C. Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale en partenariat avec le RESPADD et la Fédération Addiction. Hépatite C : renouvellement des stratégies en CAARUD et CSAPA. Mai 2018. https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2018/05/Manuelhepatites_GRVSPADDFEDE.pdf

7. Delile JM et al. Hepatitis C virus prevention and care for drug injectors: the French approach. Hepatology, medicine and policy 2018;3(7):1-9.

Jean-Philippe Madiou déclare avoir des liens d'intérêts avec BMS, Chiesi, Novo Nordisk.

Alice Deschenau déclare avoir des liens d'intérêts avec Pierre Fabre, Pfizer, Abbvie, Gilead, Ethypharm, Indivior, Boehringer.

Clémence Dardenne déclare avoir des liens d'intérêts avec Gilead Sciences.

Catherine Duplessy déclare avoir des liens d'intérêts avec Gilead.

André-Jean Rémy déclare avoir des liens d'intérêts avec Gilead, Abbvie, MSD, Mylan, Janssen et Biocodex.

Retrouvez les interviews d'experts sur :

➔ www.edimark.fr/courrier-addictions/itw/parcours-soin-depistage-hepatite-c



" Association SAFE : RDR à distance et dépistage de l'hépatite C grâce à l'envoi de kits de dépistage "

Interview de Catherine Duplessy (Paris)



" Dépistage et traitement du VHC : ma pratique au sein du CAARUD YOZ des Ardennes "

Interview de Benjamin Rosa Moreno (Charleville-Mézières)