

Hépatite C : Micro-élimination dans les populations à risque

François Bailly

Service d'hépatologie et d'Addictologie

Hôpital de la Croix-Rousse, Lyon

Liens d'intérêt

- Abbvie : EPU, congrès, financement de projets
- Gilead : EPU, congrès, financement de projets
- Mayoli : EPU

Introduction

- Traitements anti VHC efficaces et accessibles à tous les patients ayant un accès aux droits
 - Le traitement n'est plus un problème
- **En 2019 : 94000 patients restaient à traiter dont la moitié ne seraient pas dépistés (1)**
 - **50% population à risque (migrants 29000, UDIV : 27000, détenus) (2)**
 - **50% sans risque identifié**

➤ **Ou sont les patients ?**

- Dépister en population générale à l'échelle d'un territoire ?
- **Faire accéder au traitement les sujets déjà dépistés et non pris en charge (Reconvoc, Reelink)**
- **Dépister ou « re-dépister » les populations à risque et les accompagner vers le traitement : stratégies de micro élimination.**

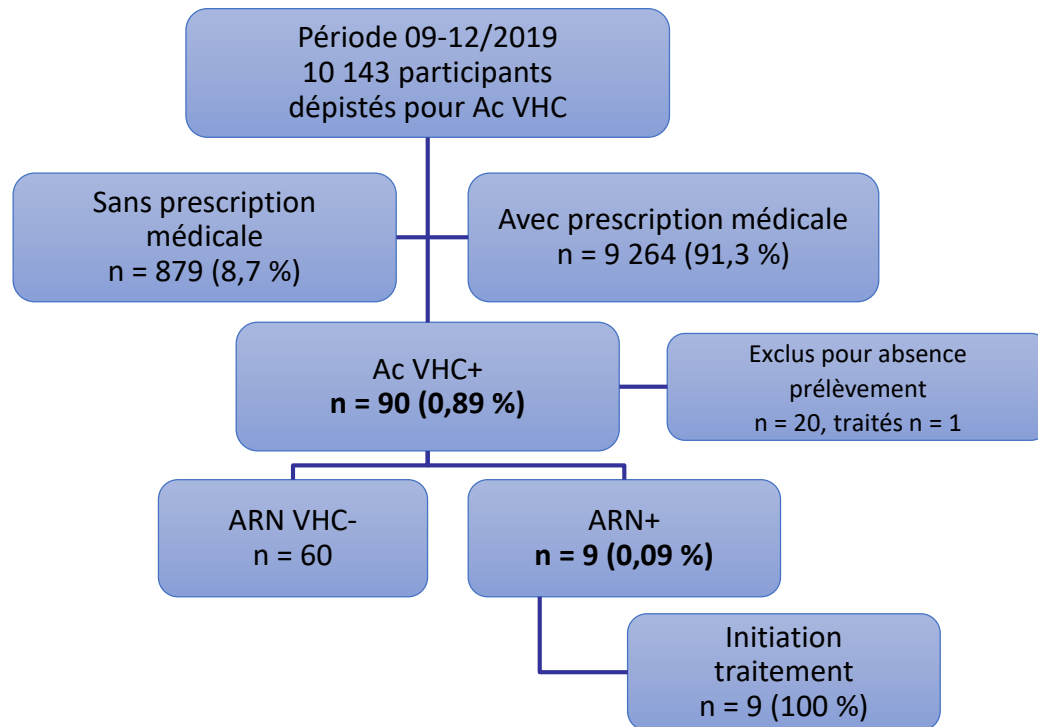
1 Brouard C et al. BMC Infect Dis 2019 ; 19 : 896.

2 BEH 13-14 mai 2016

Campagne de dépistage : Montpellier sans hépatites C

- Dernier trimestre 2019
- Campagne de dépistage sérologique du VHC en population générale avec ou sans prescription médicale + proposition dépistage combiné
- Questionnaire sur facteurs de risque

Dépistage en population générale



+22 % tests réalisés par rapport même période 2018
Baisse prévalence VHC par rapport 2018 (1,12 %)
70 % personnes testées âge 20-49 ans
83 % personnes Ac VHC+ > 40 ans

VHB	0,57 %
VIH	0,34 %
Syphilis	1,42 %

5 220 questionnaires remplis

Principaux facteurs de risque
33 % iatrogénie avant 1992
33 % divers : tatouage, piercing, scarifications
37 % ont déclaré 0 facteur de risque

Pertinence du dépistage isolé du VHC, en population générale ?



Projet de reconvoction des patients VHC+ et non traités et /ou non guéris au sein de cohortes hospitalières

Mme Marianne KOMBOU
Dr François BAILLY
Dr Marianne MAYNARD-MUET
Mme Bénédicte POUMAROUX
Dr Caroline SCHOLTES
Pr Fabien ZOULIM

Présentation et objectifs

- Projet initié dans le but de « reconvoquer » des patients VHC+ non traités et/ou non guéris, “perdus de vue” par les services d’hépatologie et les autres services cliniques des établissements hospitaliers.
- Objectif : Identifier les patients atteints d’une hépatite C chronique, perdus de vue au cours des 15 dernières années afin de les réinscrire dans le circuit de soins pour leur permettre d’être traités.
- Deux projets multicentriques avec des méthodologies proches

Identification des patients VHC+

1

Fichier Sérologie (2003-2013) : n= 41206 lignes

Patients identifiés VHC+ : n= 4833

HEPATOLOGIE
n= 1931

HORS-HEPATOLOGIE
n= 2902

Guéris
n= 975

Décédés
n= 303

À recontacter
n= 653

Guéris
n= 1128

Décédés
n= 718

À recontacter
n= 1056

= 2103

= 1021

= 1709

Identification des patients VHC+

2

Fichier Charge Virale (2013-2018) : n= 19167 lignes

Patients identifiés VHC+ : n= 1325

HEPATOLOGIE
n= 757

HORS-HEPATOLOGIE
n= 568

Guéris
n= 217

Guéris
n= 278

= 495

Décédés
n= 18

Décédés
n= 146

= 164

À recontacter
n= 522

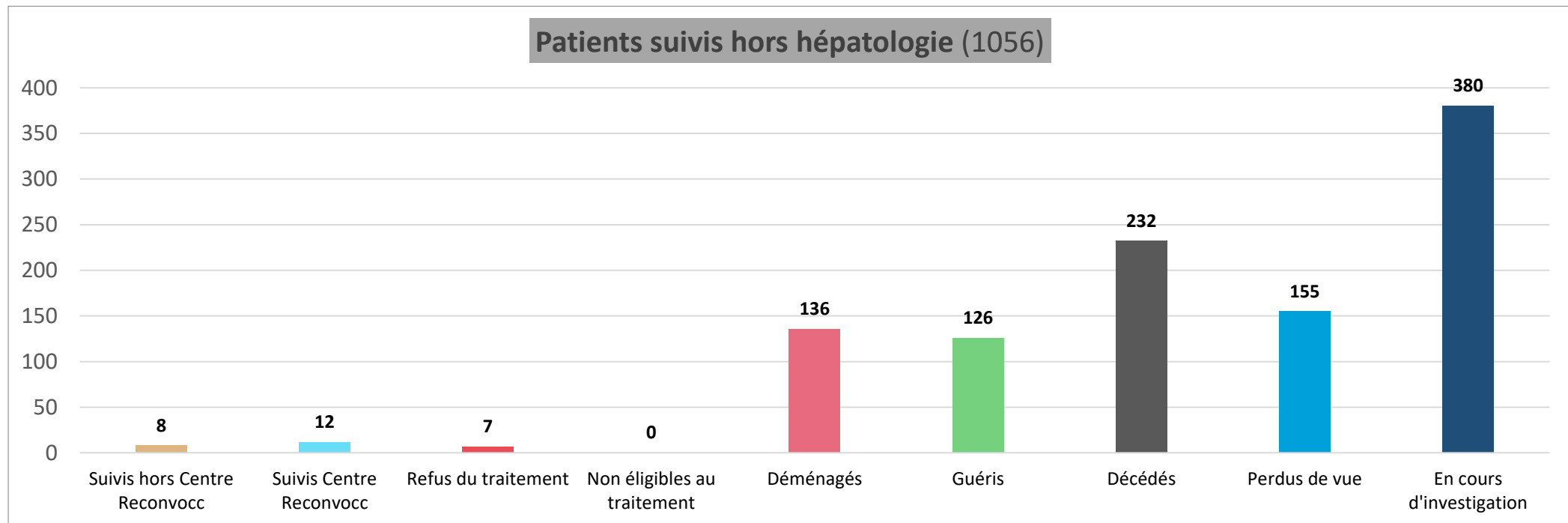
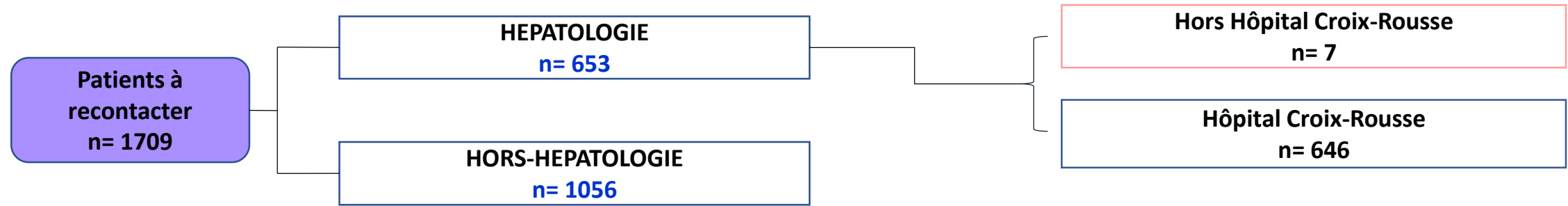
À recontacter
n= 144

= 666

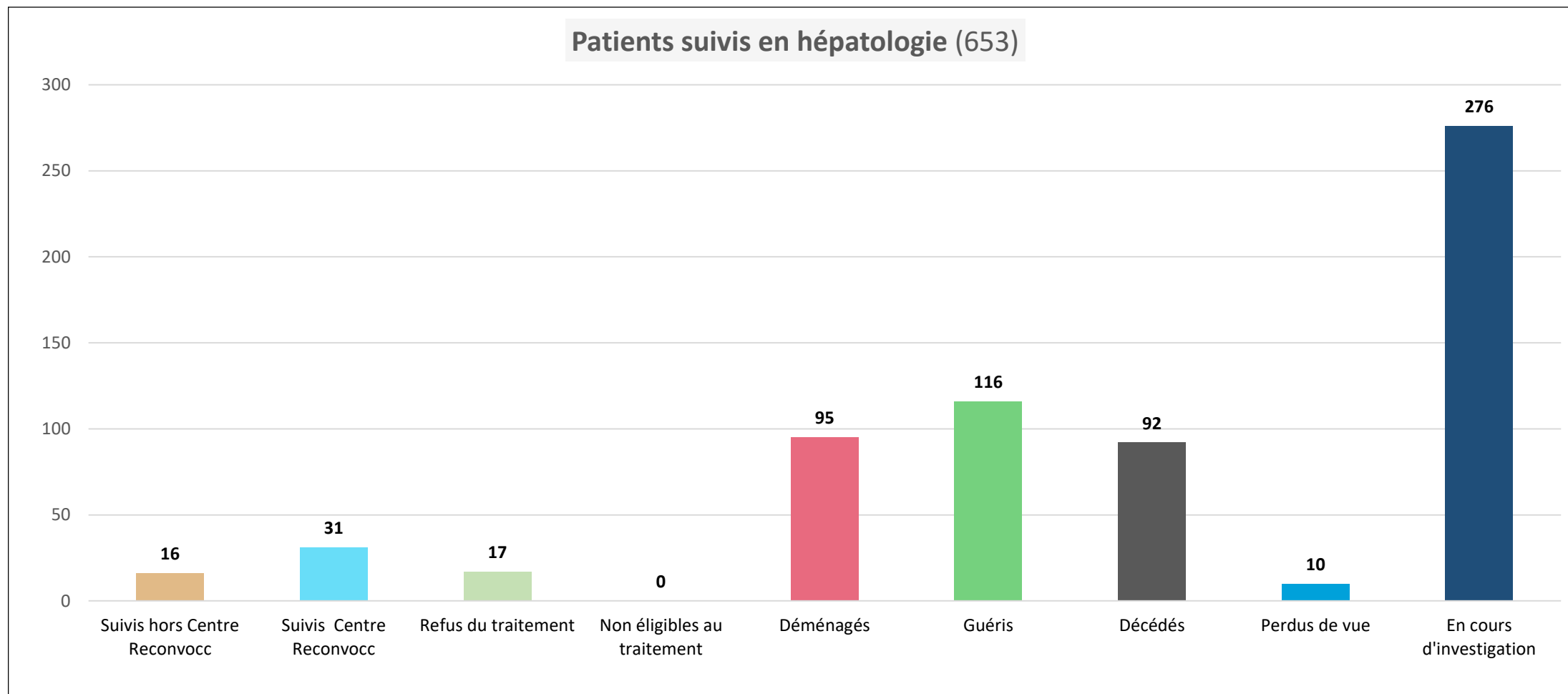
Profil des patients (Données de 2003 à 2018)

	Hépatologie		Hors-Hépatologie		Total
	2003 à 2013	2013 à 2018	2003 à 2013	2013 à 2018	2003 à 2018
Patients au départ de la file active	2570	1537	4325	2248	10680
Dossiers investigués	1931	757	2902	568	6158
Patients guéris	975	217	1128	278	2598
Patients décédés	303	18	718	146	1185
Patients à recontacter	653	522	1056	144	2375

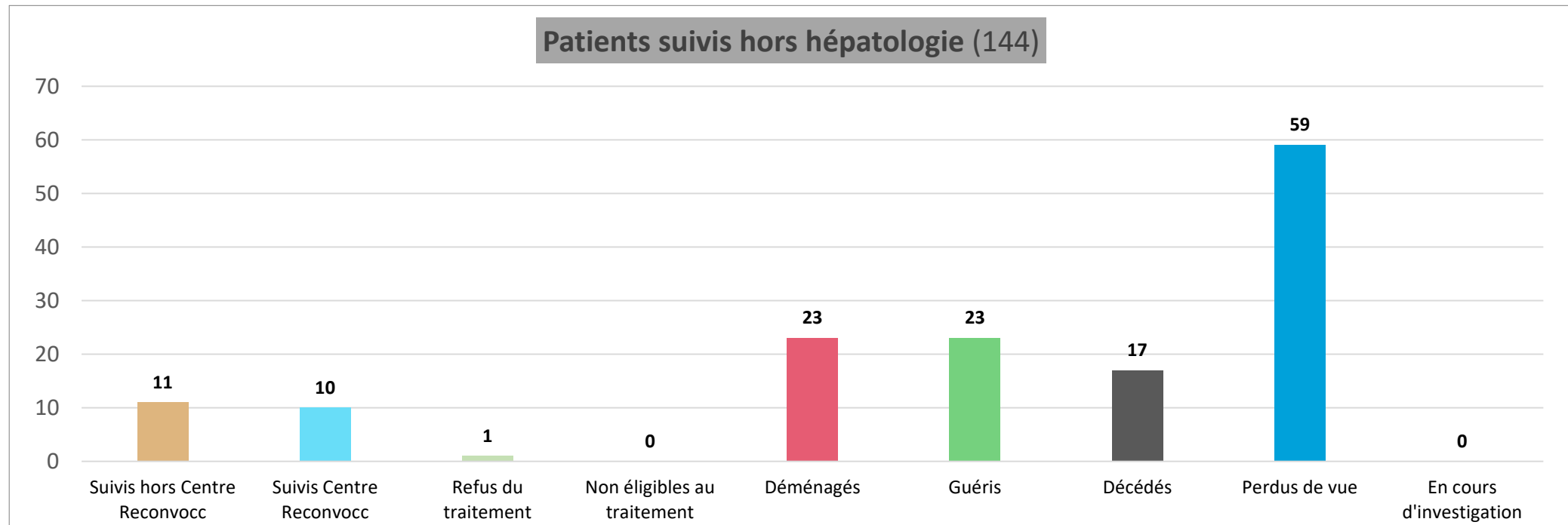
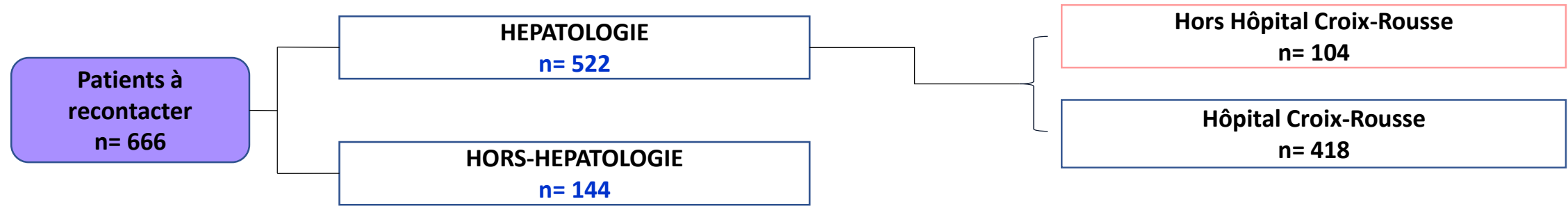
Patients à recontacter (période 2003-2013) (1)



Patients à recontacter (période 2003-2013) (2)

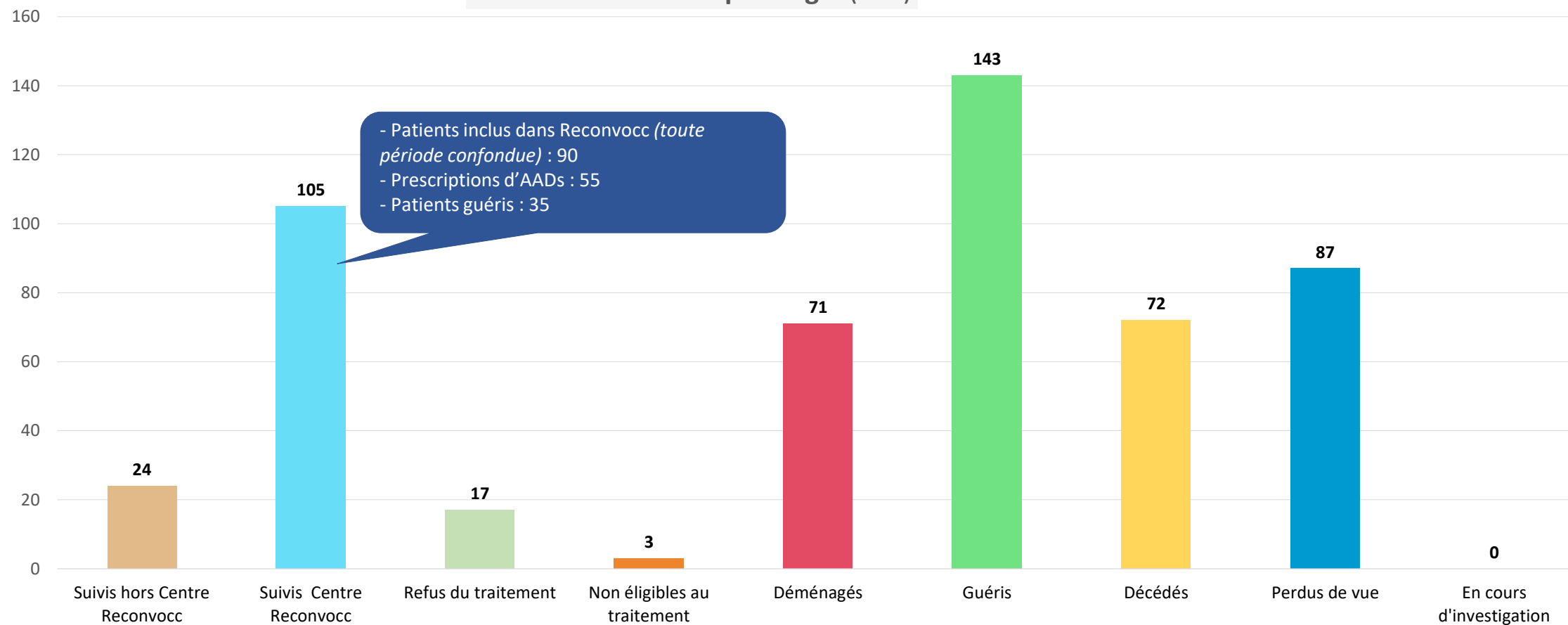


Patients à recontacter (période 2013-2018) (3)



Patients à recontacter (période 2013-2018) (4)

Patients suivis en hépatologie (522)



Traitement du VHC au sein du CSAPA de l'Hôpital de la Croix Rousse

- CSAPA hospitalier au sein d'un service d'hépatologie
 - « Culture du VHC » et implication des acteurs médicaux dans la prise en charge des pathologies associées aux addictions (VIH, Hépatites, cirrhoses...)
- Médecins somaticiens formés à l'hépatologie présents au sein du CSAPA
- IDE formés à l'éducation thérapeutique et à la pratique des TROD
- Accès à la biologie au sein du CSAPA
- Fibroscan accessible au CSAPA et réalisé par un IDE ou un médecin du CSAPA
- Délivrance à l'hôpital des antiviraux
- Accompagnement du traitement parallèle à la délivrance des TSO

Traitement du VHC au sein du CSAPA de l'Hôpital de la Croix Rousse

Juillet 2014 à mars 2019 74 traitements VHC, 81% instauré par médecin du CSAPA

Age moyen (année) à l'initiation AAD	45 (+/- 9,2)	
Homme	90,5 %	
Femme	9,5 %	
Infection VIH	10,8 %	
Addiction à l'origine de la prise en charge:		
Opiacés	85 %	
Cocaïne	8 %	
Cathinones (chemsex)	7 %	
Traitements de Substitution Opiacés	86,5 %	
Dont		
Méthadone	62,5 %	
Buprénorphine	37,5 %	
Benzodiazépine	36,5 %	
Neuroleptique	15 %	
Antidépresseur	9,5 %	
PrEP VIH	3 %	
Schémas thérapeutiques	Nombre de patients	%
PEG-INF/ribavirine/Sofosbuvir	1	1,3
Sofosbuvir/Daclatasvir/Ribavirine	2	2,3
Sofosbuvir/Daclatasvir	15	20,3
Sofosbuvir/Simeprevir	4	5,4
Sofosbuvir/Ledipasvir/Ribavirine	1	1,3
Sofosbuvir/Ledipasvir	26	35,1
Sofosbuvir/Velpatasvir	16	21,6
Glecaprevir/Pibrentasvir	7	9,5
Grasoprevir/Elbasvir	1	1,3
Sofosbuvir/Velpatasvir/Voxilaprevir	1	1,3

17,5% prétraités, 2 hépatites aiguës
 36,5% F3/F4
RVS 12 : 94%
 2/70 réinfections
 Parcours simplifié possible : 54%

Année	Nombre de patients traités
2014	8
2015	8
2016	22
2017	15
2018 – 19	21
Fibrose	%
F0/F1	33,8
F2	29,7
F3	13,5
F4	23
Génotypes	%
G1	48,6
G2	2,7
G3	33,7
G4	15

Prévalence ARN VHC + passé de 13% (2013) à 2,4% (2019)

Traitement du VHC au sein du CSAPA de l'Hôpital Edouard Herriot

Une histoire « Hépatante » en 5 étapes

- ★ 2014 : CSAPA de l'hôpital Edouard Herriot à Lyon
Equipe: 3 infirmiers temps plein et 4 médecins à temps partiels: 3 généralistes et 1 psychiatre
- ★ Etat des lieux: quelques dépistages VHC par biologie, aucune prise en charge sur place
- ★ **ETAPE 1: réduction des risques et des dommages (2015)**
 - Formation de l'équipe via un partenariat avec le CAARUD voisin Pause Diabolo
 - Mise à disposition de matériel (kit+, pipes à crack, roule ta paille) au CSAPA
 - Prise de conscience des pratiques à risque des patients et de leur fréquence



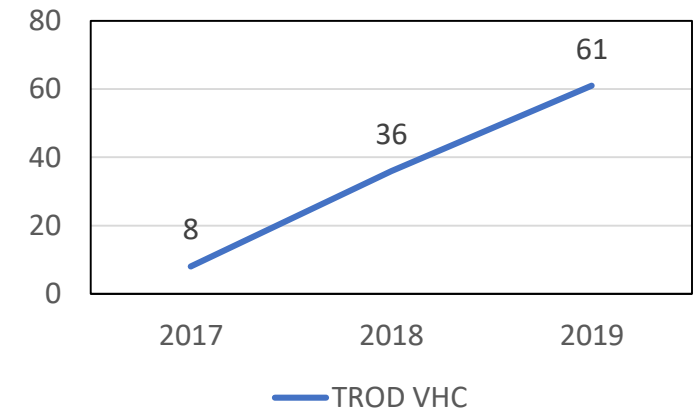
★ **ETAPE 2: Dépistage (2016-2017)**

- Formation TROD : infirmiers, médecins du CSAPA et équipe du CAARUD
- Habilitation officielle du centre
- Intervention d'une infirmière d'éducation thérapeutique VHC du réseau (AVHEC) sur les premières journées TROD afin d'accompagner l'équipe dans ces premiers pas
- Actuellement, dépistage par TROD proposé à tous les nouveaux patients du CSAPA
- Difficulté dans le renouvellement du dépistage de façon annuelle
- 2019: création du mois des TROD en mars: dépistage pour tout le monde!

> 1 an de pratique minimum pour avoir une équipe confortable

★ Création de la filière de soin VHC:

- Rencontre avec l'équipe d'HGE de l'hôpital
- Médecin référent VHC



★ **ETAPE 3:** (juin 2018) : Présentation **Mon CSAPA sans hépatite C** (SOS Hépatite - Congrès de l'Albatros)

- Élément motivationnel et cadre de travail pour la suite
- Objectif: CSAPA «Hépatant » !





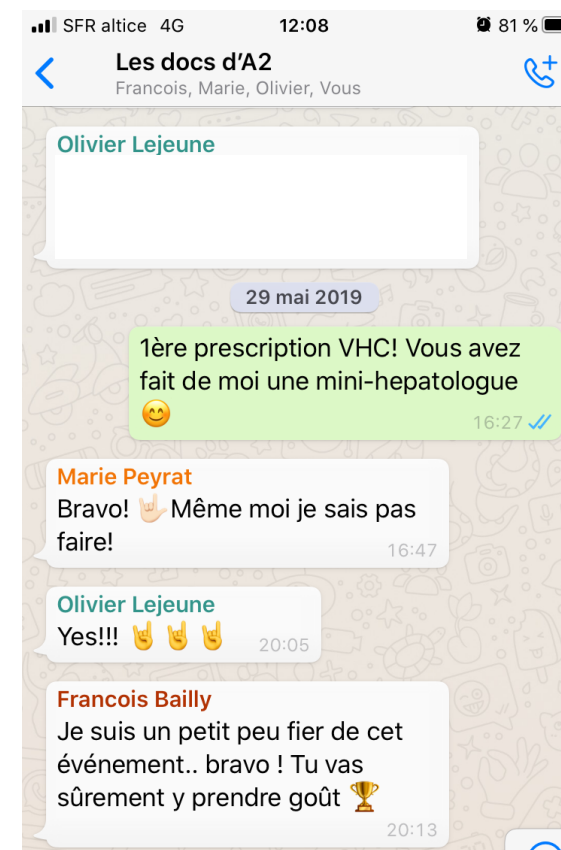
ETAPE 4: Fibroscan (2019)

- Fibroscan mobile mis à disposition par le réseau AVHEC (FPRH)
- Formation d'1 médecin, 1 pharmacien et 2 infirmiers
- Juin 2019: Fibroscan au CSAPA tous les jeudis
- **12 patients dépistés en 2019**



ETAPE 5: Prescription universelle des AVD (mai 2019)

- Formation des médecins
- Parcours simplifié entièrement réalisable au CSAPA :
 - TROD positif > bilan biologique pré-thérapeutique
 - Fibroscan
 - Prescription médicale lors d'une consultation dédiée
 - Délivrance en ville ou à l'hôpital
 - Fractionnement de la délivrance possible par les infirmiers au CSAPA (Délivrance de la Méthadone)
- **Projets futurs :**
 - Mise à disposition vaccin VHB
 - Programme ETP



← Psychiatre

← Généraliste

← Hépatologue

← Hépatologue





Traitement du VHC au sein d'un CSAPA associatif

- Structure associative portée par une grosse association nationale
- **CSAPA et CAARUD**
- MG ou psychiatres addictologues et IDE au sein du CSAPA – Délivrance TSO
- **Etape 1** : mise en place du dépistage
 - Sensibilisation et formation aux TROD – Plusieurs IDE formés dont une expérimentée
 - Compagnonnage par IDE réseau AVHEC
 - Sensibilisation institutionnelle
- **Etape 2** :
 - Formation à la prise en charge et à l'orientation : parcours RCP, aise à la prescription et au suivi...
- **Etape 3** : Prescription universelle
 - Formation des médecins au cours de journées d'échanges, d'une formation INHSU, de staffs...
- **Etape 4** :
 - Départ des deux médecins formés et impliqués dans cette prise en charge
 - Turn over important des soignants
 - Démobilisation des équipes dans le contexte COVID
- Actuellement activité de dépistage très faible et pas (ou très peu) d'initiation et de suivi de traitement

Populations précaires : Expérience de l'ADHEC

Evaluation opérationnelle d'une stratégie du dépistage du VIH et des hépatites B et C par TROD dans des lieux de vie des populations précaires de la région lyonnaise.

Populations précaires : expérience de l'ADHEC



Méthodologie d'action

- **Recrutement et sélection** des lieux d'intervention (équipe ADHEC)
- **Formation** professionnels (personnes relais) : IDE ADHEC (2,9 ETP /AVHEC)
- **Information collective** bénéficiaires : IDE ADHEC/AVHEC/partenaires
- **Permanences** IDE ADHEC au sein des lieux de vie
 - Communication (affiches, tract)
 - Orientation des bénéficiaires par les personnes relais
 - Proposition et réalisation du dépistage
 - Entretien individuel : Approche globale santé/prévention
 - Prévention VIH, hépatites = counseling, FR
 - TROD + rendu résultat +
 - Suivi du dépistage (ADHEC/AVHEC): orientation et accompagnement
 - pour le test de confirmation
 - Pour la prise en charge médicale
 - Pour la vaccination hépatite B
- **Evaluation** action (équipe ADHEC)

ADHEC : actions en 2020



- **50 structures d'accueil ou d'hébergement des publics précaires des départements de l'Ain, la Drôme, l'Isère et du Rhône**
 - Accueil médicalisé (30 permanences)
 - Foyers CADA (60 permanences)
 - Accueils de jour non médicalisés (34 permanences)
 - Foyers (CHRS, FJT, Résidence sociale) (39 permanences)
 - Antennes des « Restos du Cœur » (71 permanences)
- 1044 bénéficiaires touchés (contact informel + IC)
- 745 entretiens individuels (+/- proposition de dépistage)
- 616 TROD acceptés et réalisés (616 VHC et VHB, 611 VIH)

ADHEC : résultats 2020

616 TROD VHC réalisés

	TROD VIH	TROD VHB	TROD VHC
Entretiens réalisés (n)	745		
Pas de proposition de dépistage (n)	118	118	118
Proposition de dépistage (n)	622	627	627
- dépistage accepté et réalisé (n)	611	616	616
- dépistage refusé (n)	11	11	11

TROD positifs:

	TROD VIH +	TROD VHB +	TROD VHC +	Total
Cas connus	0	14	2	16
Nouveaux cas dépistés	3*	17**	0	20
Total	3*	31**	2	36#

* dont 1 TROD faux positif VIH

** dont 1 TROD faux positif VHB

dont 1 TROD faux positif VIH et 1 TROD faux positif VHB

ADHEC : résultats 2017

- TROD positifs:

	TROD VIH +	TROD VHB+	TROD VHC +
Cas connus	1	13	6
Nouveaux cas dépistés	3 (1 faux +)	12	10
Total	4	25	16

Prévalences de TROD Positif en fonction de l'origine des patients dépistés

	France	Afrique sub saharienne	Maghreb	Europe de l'est	Autres pays
VIH	1,2%	0,9%	0%	0,9%	0%
VHB	1,2%	3,8%	0,7%	4,5%	1,2%
VHC	5,4%	0%	0%	3,6%	2,5%

ADHEC : résultats 2020

- Devenir des patients dépistés:

	Prise en charge en cours n	Pas d'information disponible sur la prise en charge n	Refus de prise en charge n	Perdus de vue n	Total n
TROD VIH+ nouveaux cas confirmés n=2	2 (2 traités)	0	0	0	2
TROD VHB+ cas connus confirmés n=14	14 (10 suivi en cours par hépatologue et/ou médecin traitant + 4 suivi en cours IDE ADHEC)	0	0	0	14
TROD VHB+ nouveaux cas confirmés n=16	15 (1 infection guérie spontanément + 8 suivi en cours par hépatologue et/ou médecin traitant + 6 suivi en cours IDE ADHEC)	0	0	1	16
TROD VHC+ nouveaux cas confirmés n=0	SO	SO	SO	SO	0
Total	31	0	0	1	32

ADHEC : les constats

- Le **VHB** est de loin le virus le plus prévalent au sein des populations précaires :
 - > Nécessité de formation et d'anticipation avant le déploiement des TROD VHB
- Très bonne acceptation des TROD avec une méthodologie de mise en œuvre spécifique
- Le fait de **renouveler une proposition de dépistage** peut être facteur qui amène aux soins
- Importance du lien avec les travailleurs médico-sociaux
- Mais **difficulté d'orienter vers le soins dans le contexte de la précarité**:
 - Patients perdus de vue
 - Refus
 - Malgré un accompagnement structuré
 - Rôle de la médiation +++
- Intérêt d'une stratégie « Test and Treat » avec une équipe mobile pouvant proposer toutes les étapes de la prise en charge.

Conclusions :

- Les stratégies de micro élimination reposant sur le dépistage et la prise en charge des hépatites « hors les murs » sont pertinentes pour les populations précaires et éloignées des soins.
- Ces prise en charge repose sur :
 - Une volonté institutionnelle
 - Des équipes motivées et stables
 - Des partenariats étroits
- Le dépistage n'est qu'une étape et l'accompagnement vers les soins doit être anticipé...
- La crise COVID a mis à mal beaucoup de projets associatifs
- Ces stratégies d'aller vers et la diffusion des TROD ramènent le VHB au premier plan dans ces populations.