



Un parcours de santé “bas seuil” pour atteindre le foyer viral de l’hépatite C

An HCV low-threshold care pathway intended for the most vulnerable people in Ile-de-France region

S. Creusillet*

Nouveaux traitements, plus courts et mieux supportés, nouveaux outils de diagnostic, non invasifs et plus accessibles, nouveaux tests de dépistage... La prise en charge de l’hépatite C connaît sa révolution médicale. Mais elle peine encore à atteindre les populations constituant la plus grande partie du réservoir viral : les usagers de drogue, les migrants, les détenus et, dans une moindre mesure, les HSH (hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes), soit des populations en situation de grande précarité ou de vulnérabilité et souvent éloignées du système de soin. En Île-de-France, un “Parcours de santé VHC”, conçu sur le modèle de la cascade de soins du VIH, proposera aux sujets concernés, à partir de mars 2016, des consultations précoces (intervenant 24 à 72 heures après l’annonce d’une séropositivité au VHC) dans une douzaine de centres intra- et extrahospitaliers, ainsi que dans 8 établissements pénitentiaires d’Île-de-France (à Paris, en Seine-Saint-Denis et dans le Val-de-Marne).

New treatments, shorter and better tolerated by patients, new diagnosis tools, non invasive and accessible to everyone, new screening tests... The management of chronic hepatitis C is experiencing a revolution.

But all those medical breakthroughs struggle to reach the populations comprising most of the reservoir of infection: drug users, migrants, prisoners and, to a lesser extent, men having sex with men. That is to say populations in very precarious or vulnerable situations, people who are the furthest outside the health care system.

In the Île-de-France region, 3 departments (Paris, Seine-Saint-Denis and Val-de-Marne), a HCV care pathway will propose them from March 2016 early consultations (between 24 to 72 hours after a positive test), in 14 hospitals or specialized medical centers as well as 8 prison facilities.

L’avènement de nouveaux outils de diagnostic, comme le **FibroScan**® remplaçant la redoutée ponction-biopsie hépatique, et la validation par la Haute Autorité de santé (HAS), en mai 2014, des **tests rapides d’orientation diagnostique (Trod)**, dont la mise sur le marché est, 2 ans plus tard, on l’espère, imminente, a ouvert la voie à un meilleur ciblage des dépistages de l’hépatite C : avec une seule goutte de sang recueillie au bout du doigt, ces Trod permettent d’obtenir, en quelques minutes (30 maximum), un résultat fiable, selon le type de test utilisé, comme pour les Trod VIH. En outre, la mise à disposition en janvier 2014 de **nouveaux antiviraux d’action directe**, dont le coût a fait couler beaucoup d’encre, a considérablement

amélioré l’adhésion des patients au traitement. En 12 semaines, parfois 8 dans certaines situations, ils permettent d’obtenir une réponse virologique soutenue chez plus de 90 % des malades, et ce quasiment sans effets indésirables.

185 MILLIONS DE PERSONNES DANS LE MONDE

Selon l’Organisation mondiale de la santé (OMS), **185 millions de personnes** vivent avec le virus de l’hépatite C (VHC), soit **2,2 % de la population mondiale**. Le VHC et ses complications seraient responsables de **350 000 décès par an**. En France, pays de faible endémicité où le taux de prévalence du VHC est de 0,84 %, **200 000 personnes sont porteuses**

Mots-clés : Hépatite C chronique, usagers de drogues, migrants, prisonniers, rapports homosexuels masculins, outils de diagnostic, parcours de santé, bas seuil
Keywords : Chronic hepatitis C, drug users, migrants, prisoners, men having sex with men, diagnosis tools, care pathway, low-threshold services

d’une hépatite C chronique. Une part importante est ou a été usagère de drogues.

Malgré le travail de réduction des risques (RdR) effectué autour du VIH (les usagers représentent désormais moins de 1 % de nouvelles contaminations annuelles) et les progrès du dépistage ciblé (90 % d’entre eux ont fait au moins 1 fois un test), le VHC concerne **toujours 44 % des usagers de drogue** selon l’enquête *Coquelicot 2013*. Le taux de perdus de vue est dû à de multiples facteurs : la grande précarité et son éloignement du système de soin, le mauvais souvenir d’un traitement par interféron, la fatalité d’une contamination par l’hépatite C dans le parcours d’un usager par voie i.v., etc., obstacles auxquels il faut parfois ajouter des problèmes d’ouverture de droits et de langue dans le cas des populations migrantes. Ces dernières, particulièrement exposées aux facteurs de précarité sociale et administrative, sont également concernées par le VHC. Selon une enquête menée par le centre de santé du Comité médical pour les exilés (Comede) sur tous les patients accueillis en médecine entre 2007 et 2013, le taux de prévalence globale était de 1,9 %, soit plus de 2 fois la prévalence moyenne nationale. Problèmes de communication, absence de papiers, situation de survie... Les migrants, venant parfois de zones géographiques à forte endémicité, demeurent éloignés de l’accès aux soins.

En Île-de-France, première région pénitentiaire de France, comptant 13 établissements et représentant 30 % de la file active des unités sanitaires, les détenus constituent également une importante population à risque en raison de la proportion plus élevée en milieu carcéral qu’en milieu libre d’usagers de drogues et de migrants originaires de pays à forte prévalence. L’enquête **PREVACAR**, menée en 2010 par l’InVS (Institut de veille sanitaire) et la DGS (Direction générale de la Santé), a estimé la prévalence des anticorps anti-VHC chez les détenus en France à 4,8 %, soit presque 6 fois la moyenne nationale.

Même si les contaminations par voie sexuelle restent rarissimes, sauf, éventuellement, en cas de pratiques occasionnant des lésions avec présence de sang, les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) sont également ciblés, notamment du fait d’un fort taux de prévalence (6,4 %) de co-infections par le VIH et le VHC. En 2007, l’étude **HEPAIG** (hépatites aiguës C chez des homosexuels) a mis en évidence une incidence du VHC de 0,5 % par an dans la population d’HSH prise en charge pour une infection par le VIH et souligné le rôle de la consommation de drogues liée à l’activité sexuelle dans la transmission du virus (pratique du *slam*). En 2009, l’étude **PREVAGAY** de séroprévalence du VIH auprès des HSH fréquentant les établissements de convivialité gays parisiens, mise en place par l’InVS, a estimé à 1 % le taux de prévalence du VHC parmi les HSH.

* Médiatrice santé, membre de l’équipe du Parcours VHC Île-de-France.



PARCOURS ADAPTÉ À DES POPULATIONS PRÉCAIRES

Le foyer viral de l'hépatite C en France (hors personnes contaminées par transfusion ou geste chirurgical) se trouve donc parmi les populations les plus précaires et les plus éloignées de toute démarche de soin. En 2004, le taux de prévalence des anticorps anti-VHC chez les bénéficiaires de la CMU était de 2,65 %, un taux alors 3 fois plus élevé que chez les assurés sociaux du régime général.

Aussi le Parcours VHC Île-de-France, piloté par le CHU Henri-Mondor de Créteil, avec l'implication de 14 centres de prise en charge, se donne-t-il pour objectif de dépister 10 000 hépatites C sur 3 ans dans une soixantaine de centres de ressources franciliens : Centres de soins d'accompagnement et de

prévention en addictologie en ambulatoire (CSAPA), Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues (CAARUD), associations de migrants, unités sanitaires de prisons, centres de dépistages, centres de santé de proximité (Centres municipaux de santé [CMS]), médecins généralistes...

En cas de dépistage positif, le patient se verra proposer rapidement (entre 24 et 72 heures) une consultation précoce pour un entretien, un examen clinique et des prélèvements biologiques dans l'un des 14 centres référents où lui seront remis les résultats de ses analyses une semaine plus tard. Le traitement est indiqué en cas de fibrose supérieure à F2 et, indépendamment du stade de fibrose, en cas de co-infection par le VIH. Le patient sera alors présenté en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) en vue de l'instauration de la prise en charge et de la surveillance thérapeutique (tous les 6 mois).

Par-delà la prise en charge médicale, assurée par un médecin, ce parcours prendra aussi en compte tous les aspects sociaux et administratifs liés à la vie avec le VHC.

Un "point social" sera effectué lors de la première visite. Par ailleurs, le patient pourra être accompagné à ses différentes visites par un des membres de l'équipe, composée d'une coordinatrice et de 3 médiateurs, afin de l'orienter dans un hôpital, de le faire éventuellement bénéficier d'une traduction, de lui faire passer des messages de prévention et de RdR ou encore d'organiser des consultations d'éducation thérapeutique. On s'efforcera, aussi, de faire baisser le nombre de perdus de vue et d'amener au traitement les populations les plus concernées par l'hépatite C, qui sont aussi les plus vulnérables et dites "difficiles à traiter".

S. Creusillet déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Brèves

DOPAGE : UN BON BLOG

Médecin du sport depuis 4 bonnes décennies, le **Dr Jean-Pierre de Mondenard**, collaborateur fidèle du *Courrier des addictions*, a exercé à l'Institut national des sports de 1974 à 1979 et suivi, en tant que médecin, la plupart des grandes épreuves cyclistes, notamment le Tour de France, à 3 reprises de 1973 à 1975-Paris-Roubaix, Paris-Tours, Paris-Bruxelles, le Tour de l'Avenir, etc. Il a pratiqué des contrôles antidopages dans des compétitions d'amateurs et de professionnels. Il a été chargé de cours pour plusieurs diplômes de médecine parmi lesquels, depuis 2003, le diplôme interuniversitaire "Dopage et toxicomanie: lutte et prévention" (hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris). Il est l'auteur de nombreux articles et ouvrages sur le dopage, dont : *36 histoires du Tour de France* (éditions Hugo et C^{ie}, 2010), *Dopage dans le football. La loi du silence* (éditions J.C. Gawsewitch, 2010), *Tour de France: 33 vainqueurs face au dopage* (éditions Hugo et C^{ie}, 2011), *Tour de France - Histoires extraordinaires des géants de la route* (éditions Hugo-Sport, 2012) et *Les dopés du foot: un siècle de potions magiques* (Revue *Quel Sport ?* 201(18/19), juin 2012).

C'est dire s'il connaît la médecine du sport, la pharmacologie, la physiologie de l'effort, la réglementation antidopage et les techniques d'analyses des laboratoires agréés. Et l'histoire du dopage depuis le XIX^e siècle ! C'est donc pour aider tous ceux qui ont mission d'informer, mais aussi les passionnés qui veulent garder un esprit critique face à la désinformation, à la

fois du milieu sportif et de celui de l'antidopage, qu'il a ouvert son blog **dopagedemondenard.wordpress.com** sur lequel il attend tous les commentaires.

LES USAGES DE DROGUES EN ESPACE RURAL : INVESTIGATION DE TREND

Le dispositif *Tendances récentes et nouvelles drogues* (TREND) de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) s'est penché, entre 2012 et 2014, sur les problématiques liées au développement de l'usage des drogues dans les espaces ruraux. Résolument centrées sur les espaces urbain et festif, les observations de TREND avaient en effet progressivement mis en lumière plusieurs phénomènes convergents concernant des migrations de populations consommatrices vers des zones périurbaines et rurales et l'apparition de jeunes issus du monde rural dans les espaces festifs alternatifs. Cinq des 7 sites locaux du dispositif TREND (**Bordeaux, Marseille, Metz, Rennes et Toulouse**) ont participé à cette investigation spécifique. Ces analyses sont présentées dans le numéro 104 de *Tendances*, rédigé par **Michel Gandilhon et Agnès Cadet-Tairou**, avec l'appui des différents auteurs et responsables des sites concernés. Il décrit les populations consommatrices rencontrées dans les communes rurales, qu'il s'agisse des différents groupes de "néoruraux" ou de "populations autochtones". Il se penche également sur la disponibilité des substances psychoactives qui ne diffère pas fondamentalement de celle observée en ville.

Enfin, le numéro traite des difficultés spécifiques liées à la prise en charge en matière de soins et de réduction des risques dans ces espaces.

• Gandilhon M, Cadet-Tairou A, avec Lazès-Charmetant A, Zurbach E, Schléret Y, Pavic G, Sudérie G. *Tendances* n° 104. OFDT, novembre 2015.

PRÉVENIR LES CONDUITES DOPANTES DES ÉLÈVES

À l'agenda de l'Éducation nationale de novembre dernier, dans l'ensemble des académies métropolitaines, avec le soutien de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca) et du ministère de la Ville, de la Jeunesse et des Sports: une campagne de formation des personnels de l'Éducation nationale à la prévention des conduites dopantes chez les collégiens et les lycéens. Le but en était de sensibiliser les collégiens et lycéens à la consommation de produits psychoactifs liée à la recherche des performances sportives, intellectuelles ou relationnelles dans leur vie scolaire et leurs loisirs. Durant ce mois, les cadres de l'Éducation nationale en charge de la politique de prévention des conduites addictives dans les académies ont donc reçu une formation de 2 jours articulée autour des axes suivants : identifier les déterminants des conduites dopantes, connaître les dispositions légales en matière de dopage, intégrer la prévention des conduites dopantes en milieu scolaire, définir la notion d'affirmation de soi et son intérêt en prévention.

HÉPATITE C : TRAITER AVEC UN AAD TOUS LES USAGERS DE DROGUES I.V.

Pour abaisser de façon nette la prévalence de l'hépatite C parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDIV), la seule bonne solution est de les traiter, tous, avec **un antiviral d'action directe (AAD)** sur le virus de l'hépatite C (VHC), quel que soit le niveau de leur fibrose (aujourd'hui, le traitement dans cette population est pris en charge à partir d'une fibrose modérée). Telle est la conclusion d'une modélisation française publiée en ligne en novembre dernier dans *Hepatology*, étude financée par l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS) et présentée lors du Congrès mondial d'hépatologie du 23 septembre dernier¹. Selon **Antony Cousien** (unité Inserm UMR1137, université Paris-Diderot), auteur de ces communications et article (1), la prévalence de l'hépatite C est passée de 60 à 44 % entre 2004 et 2011 chez les usagers de drogues avec l'association interféron-ribavirine. Avec les nouvelles molécules, très puissantes (comme le *sofosbuvir*), elle chuterait de 43 % à 25 % seulement, si l'on maintenait l'accès au médicament uniquement au-dessus des stades F2. En traitant tous les malades, la prévalence dans cette population pourrait passer à 12 %. Toutefois, il faudra attendre plus longtemps pour voir diminuer les complications de la cirrhose².

¹ redaction@apmnews.com

² Cf. *Prise en charge de l'hépatite C par les médicaments antiviraux à action directe (AAD) – Recommandations du collège de la Haute Autorité de santé (HAS)*, juin 2014.

1. Cousien A, Tran VC, Deuffic-Burban S, Jauffret-Roustide M, Dhersin JS, Yazdanpanah Y. Hepatitis C treatment as prevention of viral transmission and liver-related morbidity in persons who inject drugs. *Hepatology* 2015; *Epub ahead of print*.



POUR AMÉLIORER LA GOUVERNANCE DES POLITIQUES "ADDICTIONS"

Alice-Rap, cet acronyme de "Addictions and lifestyles in contemporary European societies – Reframing Addictions Project", recouvre un beau projet insuffisamment connu : Alice-Rap réunit **plus de 70 instituts de recherche et près de 200 chercheurs issus de 25 pays européens**, des expertises de

très nombreuses disciplines (anthropologie, économie, épidémiologie, histoire, neurobiologie, science politique, sociologie, toxicologie, etc.), mobilisées pour améliorer les politiques de santé. Financé par la Commission européenne, dans le cadre d'un appel d'offres consacré aux "Addictions et styles de vie dans les sociétés européennes contemporaines", il se propose, en effet, d'aider les pouvoirs publics et acteurs de la vie politique à mieux appréhender le phénomène multidimensionnel des addictions, son ancrage, ses ressorts et son impact à l'échelon européen. Le projet est structuré en **6 grands axes de recherche** et se déroule **sur 5 ans** (2011-2016). Il couvre les addictions, avec et sans substance (jeu pathologique, désordres alimentaires, internet). Les éléments de connaissance qui seront produits permettront de redéfinir les modalités de gouvernance et les réponses publiques adoptées face au phénomène des addictions.

En France, l'**Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)** est plus particulièrement impliqué dans une étude consacrée aux procédés de recensement des addictions, première étape visant à une redéfinition de leur concept et une réorientation de leur prise en charge. L'OFDT contribue, par ailleurs, à l'analyse comparée des différents modèles de gouvernance des addictions en Europe, via une étude qualitative comparant les politiques françaises et néerlandaises en matière de tabac et de jeux. L'étude se penche sur les contextes des prises de décisions politiques dans ces 2 domaines, les acteurs impliqués ainsi que sur les processus par lesquels ces politiques sont mises en application.

Contacts : Pr Peter Anderson, "Substance Use, Policy and Practice", Institut Santé et société, université de Newcastle, coresponsable de Alice-Rap, email: peteranderson.mail@gmail.com ; Fleur Braddick, Alice-Rap Science Communication Officer, fleur.braddick@gmail.com, tél. : +34 93 227 5400 (ext. 4777). <http://www.alicerap.eu>

RENFORCER LA MOTIVATION DE L'AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE : ÇA MARCHE !

Plus de la moitié des fumeurs souhaitent arrêter de fumer, chacun pour ses propres raisons, mais ils craignent souvent de ne pas y parvenir. Pour aider les patients fumeurs à exprimer leurs motifs et soutenir leur motivation au changement, l'Institut national de la prévention et de l'éducation pour la santé (**Inpes**), et **Tabac Info Service** mettent à la disposition des professionnels différents outils et conseillent, au préalable, de toujours

engager le dialogue en favorisant l'expression des patients¹. Déjà, il est possible de poser les questions : "Vous êtes fumeur, avez-vous déjà envisagé d'arrêter ? Voulez-vous qu'on prenne le temps d'en parler ?" ou, au moins de conseiller l'arrêt et de signifier sa disponibilité pour en reparler ultérieurement. On peut aussi inviter le patient à exprimer, avec ses propres mots, ce qu'il envisage, ses croyances et ses attentes par rapport à l'arrêt, les perceptions et attitudes de son entourage : "Vous m'avez dit que le fait de fumer vous posait problème. C'est-à-dire ?". Bien sûr, il est intéressant d'aider le patient à évaluer, par exemple sur une échelle de 0 à 10, "sa position par rapport au tabac" : l'importance qu'il accorde au fait d'arrêter de fumer, la confiance qu'il a en ses chances de réussite... "Il est alors possible de réfléchir avec lui à ce qui pourrait l'aider à choisir un chiffre un peu plus élevé sur chacun de ces 2 points de discussion. À noter que ce dialogue peut faire apparaître que le manque de confiance est le reflet de craintes, qu'il s'agit de ne pas esquiver ni minimiser", explique l'Inpes.

D'autres questions peuvent encourager le patient à exprimer ses raisons d'arrêter, et peuvent être mises à profit pour soutenir sa motivation au changement : "Pour quelles raisons aimeriez-vous arrêter de fumer ?", "Au contraire, qu'est-ce qui vous freine ?", "Que redoutez-vous ?", etc. Ensuite, les explications peuvent porter sur les risques du tabac, y compris sur le tabagisme passif, mais aussi sur les bénéfices d'un arrêt. Enfin, on peut également faire au patient des offres de soutien complémentaire, en l'adressant à un réseau social de soutien, en lui prescrivant des traitements substitutifs, etc. (cf. "24^e séminaire du Groupe d'étude sur le sevrage tabagique [Gest], page 27). Et ça marche ! Les données de la littérature montrent qu'un entretien motivationnel conduit par un médecin augmenterait les chances de succès d'au moins 50 %

Les outils d'aide pour soutenir la motivation des patients : **Tabac Info Service**, accessible au **39 89** (0,15 €/mn depuis un poste fixe, du lundi au samedi de 8 h 00 à 20 h 00), le site **tabac-info-service.fr** ou le téléchargement gratuit de son application pour smartphones. Les patients pourront ainsi bénéficier d'un suivi gratuit par un tabacologue ainsi que d'un programme de coaching personnalisé, trouver des réponses à leurs questions et partager leur expérience. L'Inpes diffuse également le *Guide pratique – J'arrête de fumer*².

¹ Pour se procurer le kit "Tabac : ouvrons le dialogue" de l'Inpes, aller sur l'espace "Professionnels de santé" de www.tabac-info-service.fr

² Gratuit, dans la limite des stocks. Email : edif@inpes.sante.fr; fax : 01 49 33 23 91 ; courrier : Inpes, service diffusion, 42, boulevard de la Libération, 93203 Saint-Denis Cedex.