

Dépistage et traitement de l'hépatite C chez les usagers des CSAPA et CAARUD

Novembre 2019

Contexte national

L'élimination de l'infection par le VHC est rendue possible par l'amélioration des traitements antiviraux. Elle est définie comme une diminution de 90 % des nouvelles infections, associée à une réduction de la mortalité liée au VHC de 65 %. Elle est envisagée en France au plus tard en 2025. Cette élimination est devenue l'affaire de tous, l'enjeu étant de dépister et de traiter toutes les personnes VHC+ par une prise en charge adaptée. Les usagers de drogues sont particulièrement à risque d'infection par le VHC. Il convient de les dépister systématiquement et de traiter les personnes positives¹. Ce parcours de soins doit être adapté à la majorité des usagers VHC + accueillis dans les structures addictologiques qui ne présentent pas de complications graves. Dans ce cas, tout ce qui simplifie et améliore l'observance du traitement doit être privilégié. Il doit aussi permettre un suivi spécifique par un hépatologue des usagers présentant des complications graves ou des problèmes spécifiques. Dans ce cas, l'intensité du suivi hépatologique est déterminée pour chaque personne par l'hépatologue.

En 2016², la prévalence de l'hépatite chronique C (HCC) dans la population générale âgée de 18 à 75 ans vivant en France métropolitaine a été estimée à 0,30% soit 133 466 individus.

On retrouve des proportions similaires pour l'hépatite chronique B (HCB) dans la population générale âgée de 18 à 75 ans vivant en France métropolitaine dont la prévalence a été estimée à 0,30%, ce qui correspond à 135 706 individus.

Après le préalable de construction d'un parcours de soins coordonnés entre addictologues et hépatologues, quatre étapes sont nécessaires :

1. Dépistage
2. Bilan pré-thérapeutique
3. Initiation du traitement
4. Suivi

Préalable : construire un parcours de soins coordonnés addictologues-hépatologues pour les personnes avec une ou des conduites addictives

➤ Un parcours adapté aux besoins de chaque personne

Ce parcours a comme objectif, d'une part, le dépistage et la prise en charge de l'hépatite C chez les personnes présentant une conduite addictive, et, d'autre part, la prise en charge la réduction des risques de réinfection par le VHC en particulier liés aux modalités d'administration des drogues.

Ce parcours de soins doit être adapté à la majorité des personnes VHC+ accueillies dans les structures addictologiques qui ne présentent pas de complications graves. Dans ce cas, tout ce qui simplifie et améliore l'observance du traitement doit être privilégié. Il doit aussi permettre un suivi spécifique par un hépatologue des personnes présentant des complications graves ou des problèmes spécifiques. Dans

¹ Tout dépistage ou traitement est soumis à l'accord de la personne concernée.

² Saboni L, Brouard C, Gautier A, Chevaliez S, Rahib D, Richard JB, 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. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/24-25/2019_24-25_1.html

ce cas, l'intensité du suivi hépatologique est déterminée pour chaque personne par l'hépatogastro-entérologue.

Comme le propose l'AFEF dans ses recommandations, pour être efficace chez ces personnes, plusieurs objectifs doivent être atteints :

- Proposer des parcours de soins très simples et faciles à respecter limitant au maximum les contraintes pour les usagers et les équipes.
- Proposer un dépistage à toutes les personnes accueillies en CSAPA et CAARUD, compte-tenu de leurs facteurs de risques (voir infra) et donc faciliter la diffusion d'outils simples et efficaces comme les TROD³ dans les lieux où sont accueillis les usagers.
- Favoriser une prise en charge de proximité et donc permettre la prescription des traitements aux médecins suivant ces usagers.
- Recommander des schémas thérapeutiques simples, efficaces et bien tolérés.
- Limiter le recours aux Réunions de Concertations Pluridisciplinaires (RCP).

Pour atteindre ces objectifs, le mieux est de centrer ces parcours sur les structures addictologiques, au plus proche du lieu de vie des usagers et dans un lieu où ils sont suivis régulièrement, avec une connexion forte avec les hépatologues, connexion d'intensité variable et adaptée selon les besoins de chaque personne.

Un certain nombre de conditions sont nécessaires pour atteindre l'objectif d'élimination du VHC.

Etape I : dépistage

Objectif : toute personne doit pouvoir bénéficier d'un dépistage VHC, mais aussi VIH et VHB

La HAS, dans sa communication d'octobre 2019⁴, propose en annexe des éléments relatifs aux « **personnes à risque d'infection par le virus de l'hépatite C devant être dépistées** » :

- Personnes ayant eu avant 1992 :
 - Une transfusion. La transfusion n'étant pas toujours connue, il convient de dépister le VHC chez les sujets ayant pu être transfusés, du fait de l'importance des traitements médicaux ou chirurgicaux effectués :
 - ✓ Intervention chirurgicale lourde (cardiaque, vasculaire, cérébrale, digestive, pulmonaire, gynéco-obstétricale, rachidienne, prothèse de hanche ou de genou, etc.),
 - ✓ Séjour en réanimation,
 - ✓ Accouchement difficile,
 - ✓ Hémorragie digestive,
 - ✓ Des soins à la naissance en néonatalogie ou en pédiatrie (grand prématuré, exsanguino-transfusion) ;
 - Une greffe de tissu, cellules ou organe.
- Patients hémodialysés.
- Personnes ayant utilisé une drogue par voie intraveineuse ou pernasale (partage du matériel de préparation et d'injection, partage de paille).
- Enfants nés de mère séropositive pour le VHC.
- Partenaires sexuels des personnes atteintes d'hépatite chronique C.
- Hommes ayant eu des rapports sexuels avec des hommes (HSH).
- Membres de l'entourage familial des personnes atteintes d'hépatite chronique C (partage d'objets pouvant être souillés par du sang tels qu'un rasoir ou une brosse à dents).

³ TROD : test rapide d'orientation diagnostique. Fiche Repères ANPAA - [ici sur internet](#).

⁴ HAS - Hépatite C : prise en charge simplifiée chez l'adulte - Mise à jour Septembre 2019 – Recommandation de bonne pratique - Mis en ligne le 08 octobre 2019 - [ici sur le site HAS](#)

- Personnes incarcérées ou l'ayant été (partage d'objets coupants, pratiques addictives).
- Personnes ayant eu un tatouage ou un piercing, de la mésothérapie ou de l'acupuncture, réalisés en l'absence de matériel à usage unique ou personnel.
- Personnes originaires ou ayant séjourné plusieurs années ou ayant reçu des soins (médicaux ou dentaires) dans des pays à forte prévalence du VHC.
- Patients ayant un taux d'alanine-aminotransférase (ALAT) supérieur à la normale, sans cause connue.
- Patients séropositifs pour le VIH ou porteurs du VHB.
- Professionnels de santé en cas d'accident d'exposition au sang.

Compte-tenu des risques des personnes en difficulté avec leurs conduites addictives accueillies en CSAPA et CARRUD, il est préconisé de leur faire une proposition systématique, et au moins annuelle, de dépistage VHC, mais aussi VIH et VHB.

En outre, il s'agit d'« aller vers » les populations les plus vulnérables en proposant un dépistage systématique et répété de manière régulière notamment dans les structures addictologiques qui ont une culture de réduction des risques et des dommages (RDRD).

Sur le plan addictologique, il convient de proposer outre le dépistage et le soin de l'hépatite C une approche holistique médico-psycho-sociale centrée sur les personnes en prenant en considération leur liberté de choix, leur capacité d'autonomie et leur capacité à élaborer leur projet de vie.

Il convient d'être particulièrement attentif aux personnes aux conduites les plus à risques que sont notamment les personnes usagères de drogues (par injection, sniff, inhalation...) et/ou ayant des pratiques sexuelles à risques. Le repérage systématique de ces pratiques à risques doit s'intégrer dans une démarche de réduction des risques et dommages.

Comment se faire dépister ?

Tout professionnel de CSAPA et CAARUD est en mesure de proposer un dépistage, pas uniquement les médecins. Il est conseillé de tracer dans le dossier de l'utilisateur toute proposition de dépistage, et son éventuel refus par l'utilisateur.

Modalités possibles, avec l'information et l'accord de la personne concernée :

- TROD,
- PCR⁵ sur buvard,
- Prélèvement en CSAPA/CAARUD (dans le respect d'un protocole) et convention avec laboratoire d'analyse médicale.
- Prélèvement et analyse en laboratoire d'analyse médicale (LAM) – exemple d'ordonnance ci-dessous
- En CeGIDD⁶ : orientation par le CSAPA/CAARUD vers un CeGIDD ou présence CeGIDD sur site CSAPA/CAARUD.

Le TROD est particulièrement bien adapté car il permet une approche rapide de la problématique et nécessite une formation large des professionnels et bénévoles des établissements et services de prévention concernés, avant obtention de l'autorisation complémentaire ou habilitation délivrée par l'ARS.

Le TROD n'a pas d'intérêt chez une personne ayant une sérologie VHC positif : dans ce cas, il faut prescrire une recherche de virus de l'hépatite C dans le sang en prescrivant une mesure de charge virale VHC.

Si le dépistage est négatif penser à renouveler le dépistage tous les 6 mois.

⁵ PCR signifie en anglais Polymerase chain reaction. Il s'agit d'une méthode de biologie moléculaire d'amplification génique in vitro

⁶ CeGIDD : centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic

Le rendu des résultats : il est préconisé que l'annonce du résultat fasse l'objet d'une procédure spécifique et d'un « counselling », avec des conseils de réduction des risques et des dommages appropriés à la singularité de chaque personne.
Il est préconisé que les professionnels inclus dans le dispositif TROD aient suivi des formations au « counselling ».

Proposition d'ordonnance de bilan biologique

- Sérologie VHC
- Si positif merci de faire charge virale VHC
- Sérologie VIH
- Sérologie VHB : agHBs ac anti-HBc, anti-HBs
- NFS + plaquette
- ALAT ASAT Bilirubine
- Fonction rénale
- Fibromètre, Fibrotest⁷ – autre test selon recommandation HAS

Etape 2 : bilan pré-thérapeutique

Objectif : réaliser une évaluation médico-psycho-sociale avant la mise en route du traitement

Ce bilan pré-thérapeutique est réalisé dans la structure addictologique et consiste en une évaluation médico-psycho-sociale globale.

- Bilan minimum pré-thérapeutique réalisé selon les ressources : en médecine de ville, en consultation d'addictologie, dans un service d'hépatologie.
- Biologie : Charge virale du VHC, Sérologie VHB : ag HBs, ac anti-HBc, anti-HBs, sérologie VIH, NFS plaquettes, ASAT, ALAT, GGT, bilirubine, créatinine (fonction rénale)
- Evaluation de la sévérité de la maladie hépatique.
Pour cela, développer l'accès aux méthodes non invasives d'évaluation de la fibrose :
 - Fibroscan®
 - Fibromètre® (*bilan biologique*)
 - Fibrotest® (*bilan biologique*)
 D'autres méthodes sont également possibles mais non recommandées par l'AFEF à ce jour : FIB-4, APRI.
- Recherche des comorbidités et facteurs de complexité : insuffisance rénale, cirrhose, difficultés sociales, traitement antiviral antérieur, co-infection VHB VIH, éléments de sévérité addictologique...

➤ L'hépto-gastro-entérologue référent peut intervenir à ce stade pour confirmer une orientation, proposer/réaliser un bilan complémentaire, aider si besoin à la prise en charge, proposer un rendez-vous rapide pour une prise en charge optimale du VHC dans les cas complexes.

➤ Des réunions de concertation pluridisciplinaire « RCP » sont organisées si nécessaire.

➤ Penser à la vaccination contre l'hépatite B si la personne n'est pas protégée⁸.

Facteurs prédictifs de la fibrose

- Sexe masculin
- Age de contamination
- Co-infection VIH/VHB

⁷ Le FibroTest® et Fibromètre® correspondent à un index de fibrose qui combine le dosage dans le sang de marqueurs indirects de fibrose, avec un ajustement selon l'âge et le sexe de la personne.

⁸ La vaccination VHB s'effectue en trois injections à 0, 1, 6 mois (M0, M1, M6), par un médecin ou IDE en présence d'un médecin dans l'établissement.



- Consommation d'alcool >20-30g/j
- Surpoids
- Consommation de cannabis

➤ Des moyens financiers spécifiques sont demandés par les CSAPA aux CAARUD, dans le cadre de leur dotation globale.

➤ Dans chaque territoire un hépato-gastro-entérologue ressource doit être identifier pour prise avis et si besoin prise en charge adapté à la sévérité de la maladie.

Etape 3 : initiation du traitement

Objectif : améliorer l'accès aux soins : le traitement doit être facile à mettre en œuvre

Pour les cas simples, il y a délégation de prescription des antiviraux aux médecins non hépatologues prenant en charge des personnes ayant des conduites addictives en lien avec l'hépatologue référent.

Des antiviraux pangénotypiques sont prescrits dans les cas simples.

Deux options sont disponibles quel que soit le génotype du VHC (juillet 2018) :

- EPCLUSA® Sofosbuvir + Velpatasvir pendant 12 semaines. La posologie est de 1 comprimé 1 fois par jour, avec ou sans nourriture.
- MAVIRET® Glecaprevir + Pibrentasvir pendant 8 semaines. La posologie est de 3 comprimés pris oralement, une fois par jour avec de la nourriture.

Depuis le 20 mai 2019, la Haute Autorité de Santé autorise tout médecin (généraliste y compris, notamment en CSAPA) à prescrire ces deux types de traitements antiviraux à action directe suivants (cf. EPCLUSA® et MAVIRET®).

Pour les cas complexes, le recours aux hépato-gastro-entérologues est recommandé. Un suivi conjoint (hépatologue-addictologue) est organisé selon chaque personne et ressource présente dans le territoire.

Facteurs de complexité impliquant le recours à l'hépatogastro-entérologue (AFEF 2018)

- Co-infection VHB et/ou VIH
- Insuffisance rénale sévère (DFG < 30 ml/min/1,73m²)
- Comorbidité hépatique mal contrôlée
- Maladie hépatique sévère (cirrhose...)
- Traitement antiviral C antérieur
- Pour écarter le diagnostic de maladie hépatique sévère, le résultat d'une des méthodes suivantes doit être utilisé
 - FibroScan®⁹ < 10 kPa (A)
 - Fibrotest® ≤ 0,58 (AE)
 - Fibromètre® ≤ 0,786 (AE)

Les récentes recommandations¹⁰ mettent l'accent sur l'accès universel aux traitements. Ainsi, toutes les personnes avec hépatite chronique et ARN+ peuvent y prétendre quel que soit le stade de la fibrose hépatique.

➤ **Le pharmacien a un rôle important dans la délivrance des médicaments**, mais aussi dans l'information et le renforcement motivationnel de la personne pour une adhésion et une observance optimale du traitement.

⁹ Recommandations AFEF pour l'élimination de l'infection par le virus de l'hépatite C en France. Mars 2018

¹⁰ Hépatite C, renouvellement des stratégies en CAARUD et CSAPA - Guide Fédération Addiction, mai 2018

- Tout CSAPA doit créer des **partenariats** assurant la fluidité du parcours de soin de l'usager :
 - En disposant a minima d'un médecin addictologue référent pour les personnes VHC +.
 - En disposant d'un hépato-gastro-entérologue référent (qui peut être référent de plusieurs structures) pour avis, conseil, orientation et prise en charge des situations complexes.
 - En formant ses professionnels aux nouveaux traitements (notamment médecins et IDE) en lien avec les hépato-gastro-entérologues.
- L'hépatologue pourra orienter vers l'addictologue référent pour une prise en charge adaptée les usagers pour lesquels il aura repéré des conduites addictives.

Etape 4 : le suivi

Objectif : des évaluations à distance

Dans le cadre du suivi, pour une réduction des risques et dommages, il convient de mettre à disposition des structures des outils de rappel permettant de programmer des évaluations à distance.

Le suivi peut être assuré par un professionnel, notamment IDE, qui peut être formé à l'Education Thérapeutique du Patient (ETP).

Ce parcours de soins doit être adapté à la majorité des personnes VHC + accueillis dans les structures addictologiques qui ne présentent pas de facteurs de complexité. Dans ce cas, tout ce qui simplifie et améliore l'observance du traitement doit être privilégié.

Il doit aussi permettre un suivi spécifique par un hépato-gastro-entérologue des personnes présentant des complications graves ou des problèmes spécifiques. Dans ce cas, l'intensité du suivi hépatologique est déterminée pour chaque personne par l'hépatologue.

Suivi virologique après le traitement

- Une charge virale du VHC doit être réalisée 12 semaines après l'arrêt du traitement. Si la charge virale du VHC est indétectable, l'usager est considéré comme en rémission virale soutenue (RVS).
 - Les usagers doivent être informés de la persistance des anticorps anti-VHC après guérison virologique.
 - Après une réponse virologique soutenue (RVS), les personnes avec maladie hépatique sévère doivent bénéficier de la poursuite du dépistage semestriel du CHC¹¹, même si le risque de CHC diminue par rapport aux personnes sans RVS.
- Soulignons que la guérison virologique n'est pas la guérison hépatique, les lésions hépatiques pouvant justifier un suivi prolongé.

En résumé :

- Le CSAPA et CARRUD (mais aussi les établissements de soins résidentiels destinés aux personnes en difficultés spécifiques : ACT, LLHSS, LAM), doivent favoriser le dépistage, le traitement des parcours simples et le suivi de l'infection au VHC en interne.
- L'établissement doit favoriser la mise en place d'équipes pluridisciplinaires comprenant notamment IDE pouvant assurer un accompagnement.
- L'établissement doit nouer des partenariats forts avec des structures partenaires¹² : CHRS¹³, ACT¹⁴, LHSS¹⁵, LAM¹⁶, SSRA¹⁷, service hospitalier, microstructure, médecin généraliste, ...

¹¹ CHC : carcinome hépato cellulaire

¹² Voir fiche Repères ANPAA « Soins résidentiels pour les personnes en difficultés spécifiques de santé » – [ici sur internet](#)

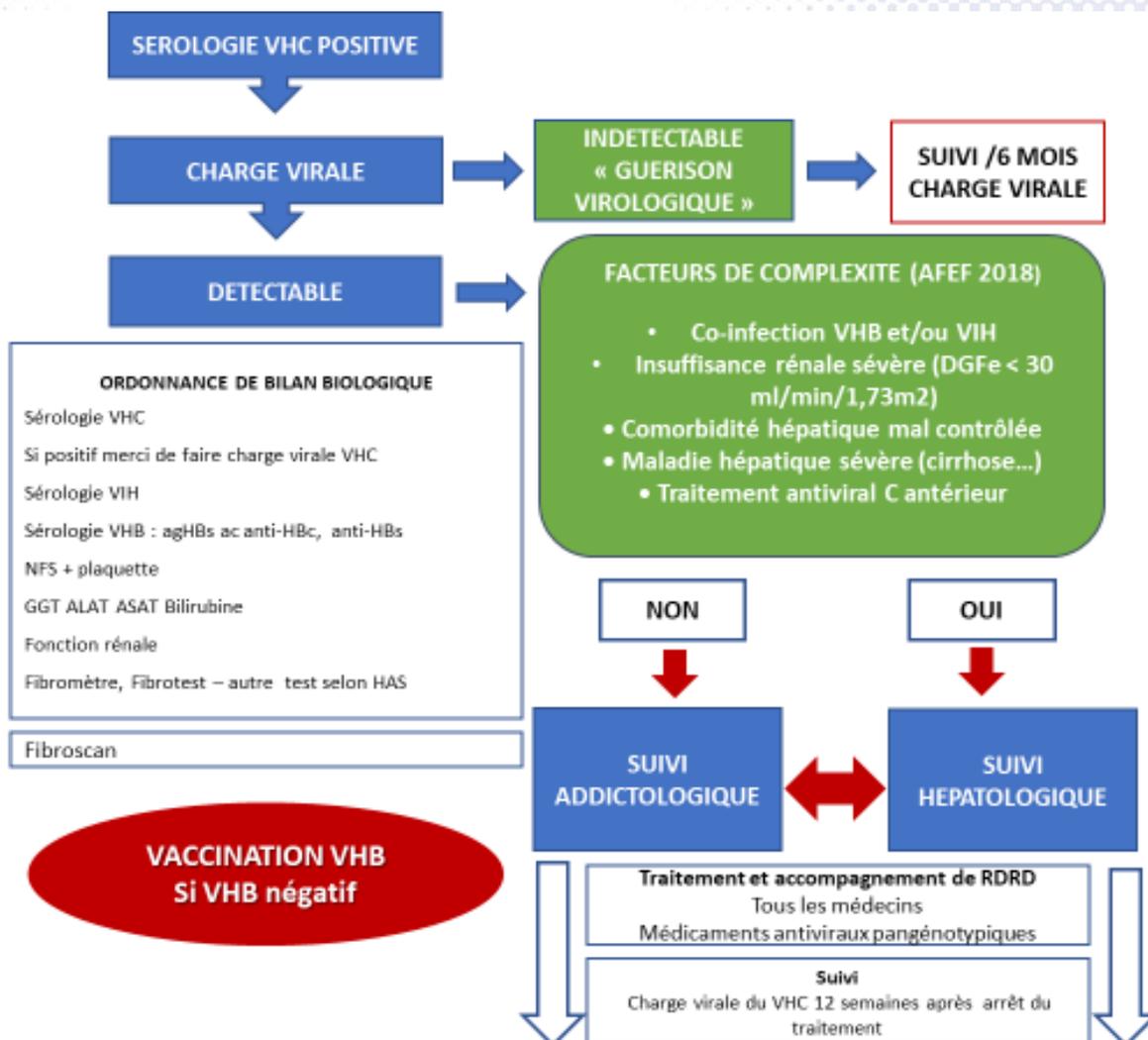
¹³ CHRS : centre d'hébergement et de réinsertion sociale

¹⁴ ACT : appartement de coordination thérapeutique

¹⁵ LHSS : lits halte soins de santé

¹⁶ LAM : lits d'accueil médicalisé

¹⁷ SSRA : soins de suite et de réadaptation en addictologie



Ressources documentaires

- Plan d'action de l'ANPAA 2015-2019 - [ici sur le site ANPAA](#)
- Hépatite C : prise en charge simplifiée chez l'adulte, Recommandation de bonne pratique, HAS, mise à jour septembre 2019, mise en ligne le 08 octobre 2019 - [ici sur le site HAS](#)
- Recommandations AFEF pour l'élimination de l'infection par le virus de l'hépatite C en France. Mars 2018 - [ici sur le site AFEF](#)
- Diaporama - Mise au point des recommandations AFEF pour l'élimination de l'infection par le virus de l'hépatite C en France. Février 2019 – [ici sur le site AFEF](#)
- Diaporama – Présentation des recommandations AFEF pour l'élimination de l'infection par le virus de l'hépatite C en France. Février 2019 – [ici sur le site AFEF](#)
- Instruction no DGOS/PF2/DGS/SP2/DSS/IC/2017/246 du 3 août 2017 relative à l'élargissement de la prise en charge par l'assurance maladie du traitement de l'hépatite C par les nouveaux agents antiviraux d'action directe (AAD) à tous les stades de fibrose hépatique pour les indications prévues par l'autorisation de mise sur le marché et à la limitation de la tenue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire pour les initiations de traitement à des situations particulières listées – [ici sur Légifrance](#)
- Hépatite C, renouvellement des stratégies en CAARUD et CSAPA - Guide Fédération Addiction, mai 2018 – [ici sur le site FA](#)

- Simplification de l'accès au traitement contre l'hépatite C chronique – communiqué de presse du Ministère de la santé du 20 mai 2019 – [ici sur le site du Ministère de la santé](#)
- Bulletin Hebdomadaire Thématique n°24-25, Santé Publique France, Numéro thématique - Journée nationale de lutte contre les hépatites virales, 24 septembre 2019 : Saboni L, Brouard C, Gautier A, Chevaliez S, Rahib D, Richard JB, 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. – [ici sur le site du BEH](#)
- Dessauce C, Semenzato L, Rachas A, Barthélémy P, Lavin L, Comboroure JC, et al. Les antiviraux à action directe dans le traitement de l'hépatite C chronique : retour sur quatre ans de prise en charge par l'Assurance maladie (janvier 2014-décembre 2017). Bull Epidemiol Hebd. 2019;(24-25):502-9. [Ici sur le site du BEH](#)