



Parcours de soins des patients ayant une hépatite : recommandations CNS ANRS

Dr Sophie Métivier

Service expert de lutte contre les hépatites virales, COHEP

Service d'hépatologie CHU Rangueil Toulouse.

| Vendredi 26 Avril 2024



Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données

Grade des recommandations

A	Preuve scientifique établie Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées.
B	Présomption scientifique Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.
C	Faible niveau de preuve Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).
AE	Accord d'experts En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

- ✓ **Patient atteint d'hépatite C en population générale**
- ✓ **Populations vulnérables et précaires (dont migrants)**
- ✓ **Parcours de soins du patient ayant une problématique addictive**
- ✓ **Organisation de la prise en charge thérapeutique et du suivi des personnes détenues infectées par le virus de l'hépatite C**
- ✓ **Personnes ayant des troubles psychiatriques**



Patient atteint d'hépatite C en population générale

prise en charge avant traitement, parcours de soins et suivi après traitement

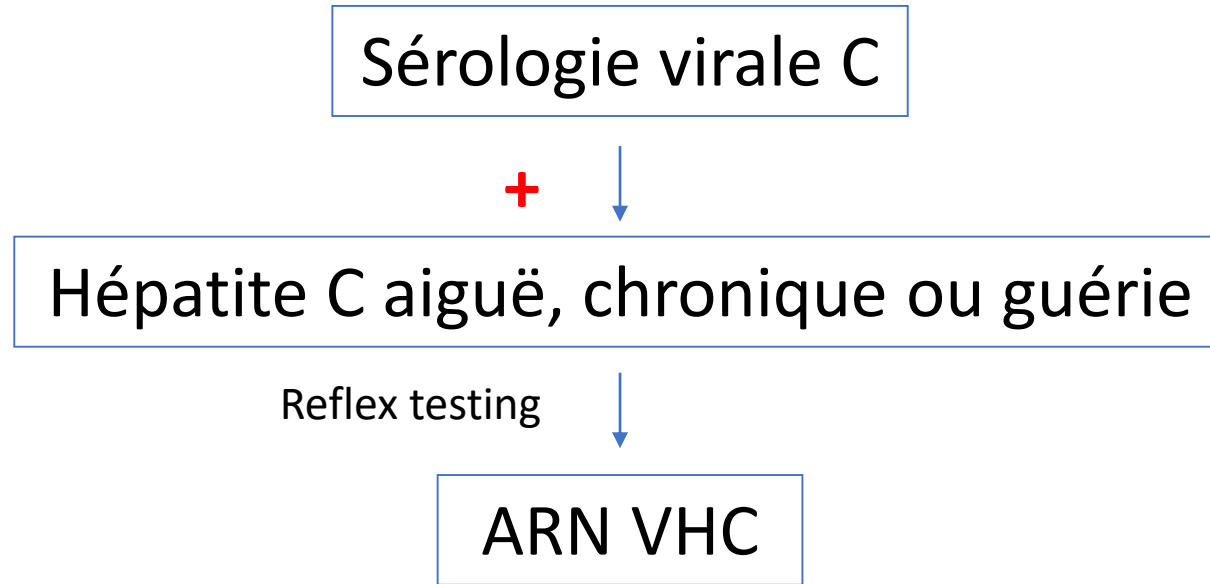
Tests virologiques

Sérologie virale C



Pas de contact
avec le VHC

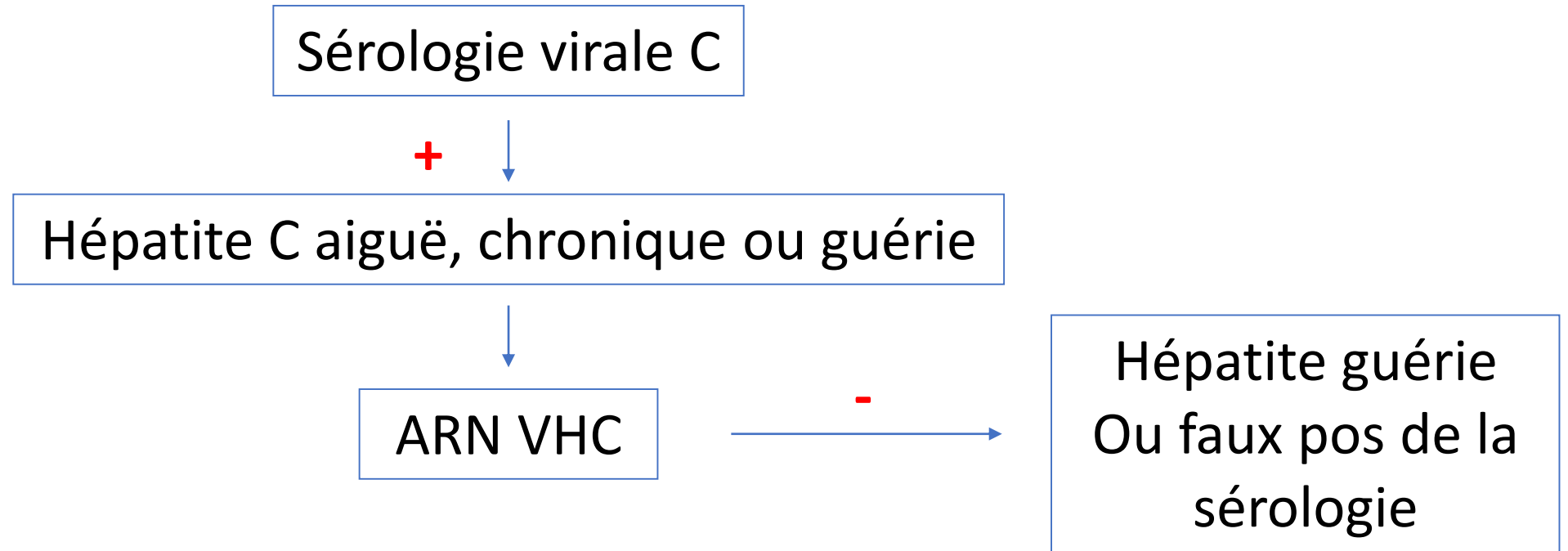
Tests virologiques



La recherche systématique de l'ARN VHC sur le même prélèvement par le médecin biologiste lors de la découverte initiale d'une sérologie C positive (test réflexe) n'est actuellement pas autorisée par les autorités sanitaires.

Mais... dans le cadre de l'accréditation Cofrac obligatoire pour tous les labos (privés ou publics), il existe la notion de prestation de conseil qui peut « autoriser » cet ajout

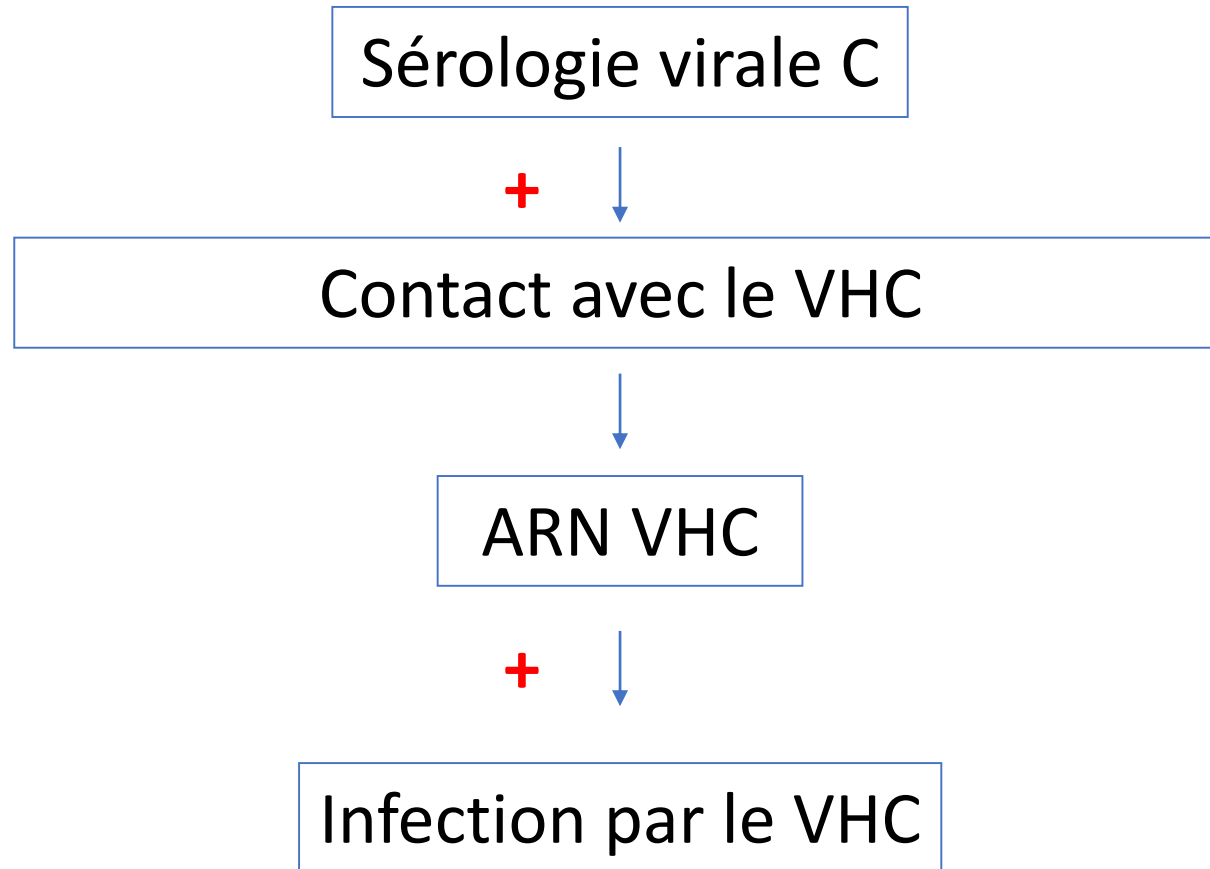
Tests virologiques



Il est cependant essentiel :

- de communiquer ces résultats au patient et d'en expliquer la signification
- de déterminer, lorsque cela est possible, les modes de contamination afin de prévenir une éventuelle recontamination
- de dépister, si cela n'a pas été fait, d'autres pathologies virales partageant le même mode de contamination (VHB, VIH)
- de rechercher si d'autres facteurs de risque d'hépatopathie existent (consommation excessive d'alcool, syndrome métabolique ...),

Tests virologiques



Quel bilan complémentaire avant traitement antiviral C?

- rechercher la présence de comorbidités hépatiques qui pourraient influencer le suivi de la maladie hépatique:
 - La **consommation d'alcool** actuelle ou passée et les **éléments du syndrome métabolique** (diabète, surpoids ou obésité, dyslipidémie, HTA) doivent être recherchés.
- Il est également nécessaire de recueillir **les traitements** habituellement ou ponctuellement pris
- Examens complémentaires:

Numération formule sanguine, plaquettes	indispensable
ASAT, ALAT, GGT	indispensable
Créatininémie / débit de filtration glomérulaire	recommandé
Ag HBs, Ac HBs, Ac HBc	indispensable
Sérologie VIH	indispensable
génotypage du VHC	optionnel Si risque de recontamination
Echographie-doppler hépatique	recommandé
Evaluation non invasive de la fibrose hépatique	indispensable

Fibrotest fibrometre fibroscan
Une seule de ces méthodes est préconisée

Le parcours de soins

parcours de soins simplifié

- maladie hépatique peu sévère
- absence de comorbidités hépatiques
- Clairance créat > 30 ml/minute
- l'absence de coinfection VIH ou VHB
- conditions psycho-sociales et environnement compatibles avec une bonne observance

Le parcours de soins spécialisé

-
- Et échec d'une première ligne de traitement

Le traitement

- ✓ **Le but du traitement antiviral est l'éradication définitive du VHC (guérison)**
 - ✓ -> arrêt du processus de fibrogénèse et/ou son ralentissement
 - ✓ effet bénéfique sur la qualité de vie du patient
- ✓ **Une demande d'exonération du ticket modérateur n'est plus nécessaire (ALD)**
- ✓ **La prescription du traitement antiviral est ouverte à tous les médecins en cas de parcours simplifié**
- ✓ **le traitement est disponible dans toutes les officines de ville**

▶ Après instauration du traitement

- ✓ Il n'est pas indispensable que le malade soit revu en cours de traitement
- ✓ une recherche de l'ARN viral C doit être effectuée 12 semaines après la fin du traitement.
 - ✓ Si l'ARN du VHC est indétectable, il s'agit d'une réponse virologique soutenue signant la guérison virologique
- ✓ Le praticien expliquera la persistance d'anticorps anti VHC après guérison virologique
- ✓ Le patient sera également informé du droit à l'oubli pour les assurances afin d'obtenir un crédit immobilier

Synthèse recos Parcours de soin en pop générale

1. Il est recommandé un délai rapide de prise en charge du patient présentant une infection active à VHC, adaptée au patient et à sa potentielle compliance au suivi (AE)
2. Il est recommandé d'effectuer la recherche systématique de l'ARN VHC sur le même prélèvement (test réflexe) lors de la découverte initiale d'une sérologie C positive (AE)
3. Il est recommandé d'intégrer au bilan initial une évaluation de la fibrose hépatique, une recherche des comorbidités hépatiques et des coinfections virales (VHB ±VHD, VIH) (A)
4. En population générale, en l'absence de fibrose hépatique sévère et de comorbidités, il est recommandé une prise en charge dans un parcours simplifié (prescription d'un traitement de 8 à 12 semaines par le médecin traitant après vérification de l'absence d'interactions médicamenteuses) (A)
5. En population générale, en présence de comorbidités et/ou de fibrose hépatique sévère, il est recommandé une prise en charge dans un parcours spécialisé (A)
6. Il est recommandé de s'assurer de la réponse virologique soutenue au moins 12 semaines après la fin du traitement anti-viral (A)
7. En cas de fibrose initiale sévère (F3 ou F4) ou de comorbidités, il est recommandé d'assurer un suivi du patient après guérison virologique, afin de dépister les complications de la maladie hépatique sous-jacente (en particulier dépistage semestriel du carcinome hépato-cellulaire par imagerie hépatique)



Populations vulnérables et précaires (dont migrants)

▶ Dépistage

- ✓ **L'accès au soin est particulièrement compliqué pour les populations vulnérables**
 - ✓ absence fréquente de protection maladie,
 - ✓ situation de séjour irrégulière,
 - ✓ absence de maîtrise de la langue française,
 - ✓ peur par croyances religieuses ou représentations culturelles...
- ✓ **Il faut promouvoir le travail pluridisciplinaire et favoriser le déplacement des professionnels vers ces populations afin de proposer des dépistages réguliers et répétés**
- ✓ **L'organisation de dépistage au sein des structures recevant ce public vulnérable doit être facilitée par l'utilisation des TROD (Test Rapide d'Orientation Diagnostique) et de « buvards » combinés pour les virus VHB, VHC et VIH**
- ✓ **Le nombre de formations à la réalisation des TROD doit être augmenté afin de démultiplier l'accès au dépistage**



dispositifs facilitant l'accès aux soins et à la prévention des migrants

- ✓ **Aller vers**
 - ✓ services mobiles intervenant à domicile, dans la rue ou dans d'autres lieux d'hébergement
 - ✓ permettent de favoriser et maintenir l'accès aux droits sociaux et aux soins
 - ✓ d'informer la personne
 - ✓ de mobiliser les partenaires en fonction des besoins
 - ✓ d'assurer le lien par des contacts réguliers
- ✓ **Parcours de santé spécifique**
 - ✓ objectif : diminuer le délai entre le dépistage et la prise en charge des hépatites B et C, limitant ainsi le risque de perdus de vue ou le renoncement aux soins
 - ✓ Ex du VHC: La disponibilité du FibroScan® avec résultat immédiat autorise un début de traitement le jour de la première consultation médicale dans le cas de l'hépatite C sans fibrose sévère, ce parcours de santé pourra se terminer rapidement grâce au Test and Treat et à l'efficacité des traitements par antiviraux directs
- ✓ **Suivi des traitements**
 - ✓ La délivrance quotidienne ou au moins régulière des médicaments par les structures d'appui à la précarité type Samu Social

Facilitation de l'accès aux soins et à la prévention

- ✓ **L'interprétariat**
- ✓ **La médiation en santé**
- ✓ **Droit au séjour pour raison médicale**
 - ✓ VHC avec ou sans comorbidité
 - ✓ VHB (hépatite ou infection)
- ✓ **Cas particulier de l'hépatite Delta**
 - ✓ atteinte hépatique plus sévère avec une évolution plus rapide de la maladie vers une cirrhose
 - ✓ Il est donc particulièrement important que les patients coinfectés B-Delta puissent bénéficier d'un traitement.
 - ✓ Les traitements sont sous forme d'injections cutanées quotidiennes et ou hebdo
 - ✓ Ne peuvent se faire que dans des conditions d'hébergement stable et salubre avec accès à un réfrigérateur.
 - ✓ Les patients issus de populations vulnérables doivent pouvoir bénéficier d'un accès facilité à un hébergement sous peine de perte de chance dans l'évolution de leur maladie

Recos

8. Il est recommandé d'organiser et développer des parcours spécifiques avec un accompagnement, interdisciplinaire et pluri-professionnel adapté pour les personnes vulnérables en vue de faciliter l'accès à une prise en charge spécialisée et aux traitements (AE)
9. Il est recommandé d'inclure le diagnostic social dans la pratique médicale en utilisant des grilles d'analyse pertinentes pour apprécier les vulnérabilités sociales. (AE)
10. Il est recommandé de faciliter l'accès aux services d'interprétariat en sensibilisant l'ensemble des professionnels (personnel administratif et social) sur l'importance de l'interprétariat et mettre en place un dispositif public d'interprétariat médico-social professionnel accessible à l'ensemble des professionnels en attribuant un financement qui renforce les moyens actuels (AE)
11. Il est recommandé d'appliquer, pour les personnes infectées par le VIH, le VHC et le VHB, l'arrêté ministériel du 05/01/2017, relatif aux recommandations pour émettre les avis médicaux concernant les étrangers malades atteints de pathologies graves et clarifier la procédure « étranger malade » en centre de rétention administrative (AE)
12. Il est recommandé de développer des programmes d'éducation thérapeutique adaptés pour favoriser le suivi à long terme et diminuer le risque de perdus de vue (AE)
13. Il est recommandé d'améliorer l'accessibilité au dépistage (prise en charge à 100%) et à la vaccination de l'entourage des porteurs chroniques de l'antigène HBs (gratuité du vaccin contre l'hépatite B) (AE)
14. Il est recommandé de développer, y compris par l'établissement de dispositifs pérennes financés par l'Etat, les stratégies de dépistages combinés (hépatites virales, IST, VIH) à l'aide de tests rapides d'orientation diagnostique (TROD), de buvards et de PCR délocalisées dans une unité de temps et de lieu (stratégie dite de guichet unique) (AE)
15. Il est recommandé d'utiliser le dépistage, la prévention des IST, la prise en charge d'une hépatite virale comme autant d'opportunités de rattrapage vaccinal, en particulier contre le VHB (AE)
16. Il est recommandé de favoriser l'accès à l'hébergement en cas de traitement de gestion délicate ou avec effets indésirables invalidants (AE)
17. Il est recommandé de soutenir les personnes infectées chroniquement par les virus des hépatites B ou C dans leurs demandes de titre de séjour pour raisons médicales, ayant ou non une indication de traitement, en tenant compte de leur situation individuelle et/ou des complications hépatiques actuelles ou potentielles. (Hébergement en cas de traitement de gestion délicate ou avec effets indésirables invalidants (AE)



Parcours de soins du patient ayant une problématique addictive

La population de patients ayant une problématique addictive est hétérogène, regroupant des patients ayant un mode de vie, une insertion sociale et des consommations de produits très variables

▶ Hépatite B/C

✓ VHB

- ✓ L'infection chronique par le virus de l'hépatite B pose peu de problèmes chez les patients ayant une problématique addictive, avec une prévalence faible de l'antigène HBs, estimée à 1,4% *
- ✓ le risque d'hépatite aiguë B chez les usagers de drogues est 20 fois plus important que dans la population générale
 - ✓ **prévalence de l'anticorps anti-HBc estimée à 41,6%**
- ✓ Cette population est à risque et devrait faire l'objet d'une vaccination systématique en raison du risque d'hépatite sévère

✓ VHC

- ✓ Prévalence élevée mais en baisse (12% **en 2016)

Généralités

- ✓ **l'élimination du VHC repose sur le dépistage, le traitement et la prévention de l'infection et de la réinfection**
- ✓ **Le dépistage du VHC implique celui de la fibrose hépatique et des comorbidités fréquentes**
- ✓ **Comment dépister:**
 - ✓ Dans une unité de lieu et de temps, de préférence sur le site des soins addictologiques suivant le principe de « l'aller vers »
 - ✓ En utilisant des outils rapides et non invasifs
- ✓ **Faciliter une orientation rapide des patients (filrière de consultation dédiée), les accompagner aux consultations ou à l'inverse proposer des consultations d'hépatologue sur les lieux de soins addictologiques**
 - ✓ Chaque structure addictologique devrait disposer d'un HGE référent
- ✓ **Intérêt de l'aide par les pairs et patients experts**

Les acteurs et structures concernés

Médecine de ville	Médecin généraliste (MG), médecin addictologue libéral, médecin d'une microstructure. Deux tiers des injecteurs ne sont suivis qu'en ville. Ces MG seront sans aucun doute aussi les prescripteurs des antiviraux. Il peut aussi s'agir d'infirmiers (IDE) : par exemple, le réseau Asalée regroupe des IDE formés en éducation thérapeutique (ETP) intervenant auprès de médecins généralistes.
Structures addictologiques	Il est important de s'appuyer sur le maillage territorial des structures addictologiques : centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD), consultations jeunes consommateurs (CJC), microstructures, structures sanitaires : consultations et hospitalisation, équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA), soins de suite et de réadaptation en addictologie (SSRA).
Structures d'insertions	Centres d'hébergement et de réinsertion sociale(CHRS). Certains sont à orientation addictologique, il peut également s'agir de lits halte soins santé, appartements de coordination thérapeutique dont de nombreux résidents ont des problèmes d'addiction.
Unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP)	La prévalence des usagers de drogue à risque infectieux est très importante en prison. Cela peut être un moment privilégié pour dépister et traiter les patients (unité de temps et de lieu).
Les interventions "hors les murs"	Elles doivent être renforcées pour aller vers les personnes à risque dans les lieux où elles sont (CSAPA/CAARUD vers les squats, centres d'accueil de demandeurs d'asile (CADA), lieux de prostitution...).
Les CEGIDD (Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic)	C'est un lieu de dépistage des IST et des hépatites pour les populations vulnérables, mais aussi un lieu ressource pour compléter le bilan virologique après un TROD positif réalisé « hors les murs ».
Les hépato-gastroentérologues libéraux ou hospitaliers	L'accès aux consultations spécialisées est souvent difficile pour un certain nombre de patients dépendants et précaires. Les délais longs, les contraintes administratives, les horaires fixes, la distance sont autant de facteurs susceptibles de mettre en échec l'accès aux soins et expliquent des « cascades de soins » très médiocres dans de nombreuses études s'intéressant aux usagers de drogue.
Les infectiologues libéraux ou hospitaliers	Ils sont amenés à prendre en charge des patients ayant une infection par le VIH ou qui ont recours à la PrEP.

Que dépister?

✓ Les virus:

- ✓ Les virus de l'hépatite B (et VHD si Ag HBs positif), de l'hépatite C et le VIH
- ✓ En cas d'absence d'AcHBc, il **faut** vacciner les patients contre l'hépatite B
- ✓ En cas de pratique du chemsex, dépistage +/-vaccination contre l'hépatite virale A (VHA)

✓ La fibrose extensive et la cirrhose

✓ Les comorbidités hépatiques:

- ✓ Les troubles liés à l'usage d'alcool (par ex questionnaires AUDIT-C, AUDIT)
- ✓ Les éléments du syndrome dysmétabolique : obésité, hypertension artérielle, diabète de type 2, dyslipidémie.

Comment dépister?

✓ Les virus:

- ✓ Dépistage sur place
- ✓ **Par TROD** par le personnel du service formé, permettant le dépistage conjoint des sérologies des virus VHB, VHC et VIH
 - ✓ Tout TROD positif sera complété par une recherche du génome viral (ARN ou ADN par PCR) et une éventuelle recherche sérologique complémentaire (VHD en cas d'AgHBs positif).
- ✓ Recherche du génome viral :
 - ✓ buvar permettant la réalisation d'une sérologie et une recherche de l'ARN VHC d'emblée sans prélèvement veineux mais dont le résultat demande un délai
 - ✓ automate de biologie moléculaire « léger » de type GEneXpert (Cepheid) (Toutefois les accréditations pour utiliser le GeneXpert hors les murs (biologie délocalisée) sont complexes et rendent difficiles son utilisation dans ce cadre)
 - ✓ Soit par prélèvement veineux

Comment dépister?

- ✓ **La fibrose: avant la mise en place du traitement ++**
- ✓ Par un test non invasif sanguin (FibroTest ou FibroMètre)
- ✓ Par une élastométrie, de préférence sur place.
 - ✓ développer le partage d'appareil (FibroScan), de nouveaux appareils portatifs très légers étant disponibles mais coûteux.
 - ✓ La délégation de tâche à un infirmier est possible
- ✓ Lors d'une échographie en centre de radiologie si l'appareil est équipé d'un module d'élastométrie

Qui traite l'hépatite C ?

- ✓ En l'absence de fibrose extensive (définie par une élasticité < 10 kPa ou FibroTest ≤ 0,58 ou FibroMètre ≤ 0,786), sans comorbidité significative
- ✓ le traitement du VHC peut être prescrit et suivi sur place **par le médecin habituel** (addictologue ou médecin traitant) sans nécessité de consultation spécialisée
- ✓ **Les interactions médicamenteuses** devront être vérifiées en utilisant l'application et/ou le site internet HEP Drug interactions (*)
- ✓ Il peut y avoir un intérêt, pour les populations les plus précaires, d'une **distribution quotidienne ou hebdomadaire du traitement antiviral** (par exemple, en même temps que la substitution) au CSAPA.

Qui traite l'hépatite C ?

- ✓ En l'absence de fibrose extensive mais en présence de comorbidité hépatique de type mésusage d'alcool et/ou syndrome dysmétabolique
 - ✓ privilégier le plus souvent possible une prise en charge de proximité qui est plus pertinente et efficace
 - ✓ Les médecins addictologues ont vocation à prendre en charge les comorbidités addictives (prise en charge médico-psycho-sociale et éventuellement médicamenteuse d'un mésusage d'alcool).
 - ✓ Il n'y a pas d'interaction entre AAD et médicaments anti-craving habituels : acamprosate, naltrexone, nalméfène, baclofène, disulfirame (*)
 - ✓ Si syndrome dysmétabolique (antidiabétiques oraux, traitement antihypertenseur, traitement hypolipémiant, règles hygiéno-diététiques, etc.) pas d'intervention systématique d'un hépatologue ou d'un spécialiste , suivi assuré par l'addictologue avec l'aide éventuelle du médecin traitant ou par le médecin traitant lui-même

Qui traite l'hépatite C ?

- ✓ En présence d'une fibrose extensive définie par une élasticité hépatique ≥ 10 kPa ou un Fibrotest $\geq 0,58$ ou un Fibromètre $\geq 0,786$) ou d'une cirrhose
- ✓ il convient d'orienter vers l'hépatologue pour :
 - ✓ Le dépistage des complications de la cirrhose
 - ✓ Le traitement antiviral (maladie hépatique non compensée)
- ✓ Du fait du délai pour cs spé, en l'absence de décompensation de la cirrhose (insuffisance hépatocellulaire sévère, ascite, hémorragie digestive, carcinome hépatocellulaire), le traitement par AAD peut être débuté par le médecin non hépato-gastroentérologue

Après traitement

- ✓ La guérison de l'hépatite C sera vérifiée en recherchant le génome viral au moins 12 semaines après la fin du traitement
 - ✓ Il faudra **informer** les patients de la persistance des anticorps anti-VHC après guérison virologique (plus de TROD)
 - ✓ **Les programmes de réduction des risques et des dommages** (RdRD) permettent de modifier les pratiques à risque et de diminuer le risque de réinfection
 - ✓ Il est essentiel d'informer les patients et de faciliter l'accès au matériel de RdRD
- ✓ La poursuite du dépistage du VHC après guérison sera adaptée aux facteurs de risque de réinfection, par recherche au moins annuelle de l'ARN VHC
- ✓ Il reste indispensable de poursuivre le dépistage régulier des comorbidités
 - ✓ En cas de comorbidité (troubles liés à l'usage d'alcool ou syndrome dysmétabolique), il faut poursuivre annuellement la surveillance de la fibrose et orienter vers l'hépatologue en cas de fibrose extensive.

Recos

18. Il est recommandé de renforcer et systématiser le dépistage des virus des hépatites dans tous les lieux recevant un public usager de drogue ou ancien usager de drogue (C)

19. Il est recommandé de promouvoir le principe de « l'aller-vers », indispensable pour atteindre ce public souvent marginalisé (AE)

20. Dans cette population d'usagers de drogues, il est recommandé de dépister les virus des hépatites B (+/-D) et C associé au dépistage du VIH. En l'absence des 3 marqueurs du VHB (Ag HBs, Ac anti HBc et Ac anti HBs négatifs), la vaccination contre le VHB est recommandée. La vaccination contre le VHA est recommandée chez les personnes pratiquant le chemsex. (A)

21. Il est recommandé d'utiliser le TROD pour les 3 virus (VHB, VHC, VIH) en première ligne de dépistage chez les patients ayant une problématique addictive (C)

22. En cas d'infection par le VHB et/ou le VHC, il est recommandé de dépister la fibrose hépatique et une éventuelle cirrhose, ce qui déterminera le parcours de soins, le traitement et le suivi ultérieur (A)

23. En cas d'infection à VHC, il est recommandé d'évaluer la fibrose hépatique de façon non invasive avant de débiter le traitement anti-viral, soit par test sanguin, soit par une élastométrie dont l'accès devrait être facilité et étendu (A)

24. Il est recommandé de dépister les comorbidités hépatiques car elles augmentent le risque de progression vers la cirrhose et le CHC (usage d'alcool et syndrome métabolique) (A)

25. Il est recommandé, pour chaque structure addictologique, d'avoir un HGE référent pour répondre à une demande d'avis, de bilan complémentaire, de suivi hépatologique et de prise en soins des situations complexes (AE)

26. Il est recommandé, en cas de sérologie virale positive B ou C, de rechercher par PCR l'ADN VHB ou l'ARN VHC, sans génotypage. Cette pratique est nécessaire et suffisante et peut être réalisée soit par prélèvement veineux permettant alors de réaliser également un bilan préthérapeutique, soit sur buvard en cas de difficulté de prélèvement veineux (C)

27. Il est recommandé d'adapter le cadre réglementaire de la pratique de biologie moléculaire délocalisée pour faciliter et étendre l'accès à un automate permettant la réalisation de l'ARN VHC sur sang capillaire pour les populations marginalisées (AE)


Recos

28. Il est recommandé, pour tout patient ayant une fibrose extensive ou une cirrhose, une consultation semestrielle avec un hépato-gastroentérologue pour dépistage des complications de la cirrhose et en particulier du CHC, y compris après élimination du virus C (AE)
29. En l'absence de fibrose extensive, d'insuffisance rénale, de coinfection VHB ou VIH, de mésusage d'alcool et/ou de syndrome dysmétabolique, il est recommandé de favoriser le traitement de proximité par un non-hépatologue en tenant compte d'éventuelles interactions médicamenteuses (AE)
30. En cas d'insuffisance rénale sévère, de coinfection VHB, VHD et/ou VIH, d'exposition antérieure à des antiviraux contre le VHC ou d'interactions médicamenteuses complexes, il est recommandé d'orienter le patient vers un hépato-gastro-entérologue et de s'assurer de la réalisation de la consultation (AE)
31. En cas de cirrhose compensée et en l'absence de décompensation antérieure et de carcinome hépatocellulaire, compte-tenu des délais de consultation en hépatologie, il est recommandé, que le traitement par antiviraux directs puisse être débuté par un médecin de proximité non hépato-gastroentérologue habitué à la prise en charge des hépatites virales. La prise en charge se fera idéalement en collaboration étroite avec un hépatologue vers qui le malade sera ensuite orienté (AE)
32. Après traitement du VHC, il est recommandé de vérifier la guérison virologique en recherchant l'ARN du VHC au moins 12 semaines après la fin du traitement (A)
33. Après guérison du VHC, il est recommandé de prévenir le risque de réinfection grâce aux programmes de réduction des risques et des dommages (C)
34. En cas de persistance des facteurs de risque après traitement du VHC, il est recommandé de poursuivre le dépistage du VHC par recherche de l'ARN VHC à un rythme au moins annuel. Un ARN du VHC doit également être effectué devant toute nouvelle anomalie du bilan hépatique (C)
35. Afin d'augmenter les chances d'accès au dépistage, au traitement, à la confirmation de la guérison et limiter les risques de recontamination, il est recommandé de promouvoir l'implication des patients experts ou pairs dans les équipes soignantes (C)

Organisation de la prise en charge thérapeutique et du suivi des personnes détenues infectées par le virus de l'hépatite C



▶ L'accès aux soins des détenus repose sur les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP)

- ✓ prévalence élevée de l'infection virale C chez les personnes détenues /la population générale -> la population des personnes détenues constitue un « réservoir » pour cette infection
 - ✓ Enquête Prevacar * 2010: 4,8 % de séro + 2,5 % de PCR +
 - ✓ Enquête coquelicot** : 12% des UD se sont injectés à l'occasion d'un séjour en détention
 - ✓ spécificités de prise en charge liées à la détention pouvant complexifier l'accès au traitement des sujets infectés
- 
- ✓ Le parcours simplifié doit pouvoir s'appliquer particulièrement à ces patients

▶ Dépistage: principal frein à la prise en charge

- ✓ **En milieu carcéral, un dépistage du VHB, du VHC et du VIH est systématiquement proposé à l'occasion de la visite médicale d'entrée**
 - ✓ Par les USMP
 - ✓ Par des antennes du Cegidd
- ✓ **Renouvelé pendant le séjour (++) si longue peine)?**
- ✓ **L'estimation du taux de dépistage effectif à l'entrée en détention en 2017 est de 51,6%**
- ✓ **lorsque le prélèvement est réalisé, le rendu du résultat, qu'il soit positif ou négatif, n'est pas toujours effectué**

▶ Dépistage: principal frein à la prise en charge

- ✓ **délai entre l'acceptation des dépistages et leur réalisation extrêmement variable, parfois de une à plusieurs semaines, ce qui le rend aléatoire**
 - ✓ Une partie des dépistages prévus ne sont finalement jamais réalisés
 - ✓ Organisation du rendu systématique des résultats négatifs
 - ✓ mise en place de dispositif structuré de réitération systématique de la proposition de dépistage, par exemple sur une base annuelle
 - ✓ l'enquête UCSASCAN montre que seuls 12,6 % des détenus dépistés et ayant bénéficié d'un FibroScan© ont été vus à la consultation de rendu des résultats (*)
- ✓ **Interêt des TRODs: pratiqué par du personnel non médical, rapidité des résultats etc...**

Prise en charge

- ✓ **Bilan suite à la découverte d'une sérologie +**
 - ✓ bilan virologique et marqueurs non invasifs de fibrose : tests sanguins ou Fibroscan®
 - ✓ En cas de cirrhose, une échographie abdominale est nécessaire, à répéter tous les 6 mois
- ✓ **réalisation rapide et complète du bilan**
 - ✓ soutien du médecin spécialiste de la prise en charge des infections à VHC référent de l'équipe
 - ✓ 50 % des détenus sont incarcérés pour des peines de moins de 6 mois
- ✓ **Stratégie proposée:**
 - ✓ TROD-> Si + -> Le même jour charge virale par bilan sanguin ou Genexpert et fibroscan (dispo des Fibroscans et Genexpert...), MEP traitement
 - ✓ dépistage par prélèvement sanguin et, lors du rendu des résultats, réalisation du bilan virologique et biologique pré-thérapeutique et d'un FibroScan® permettant la décision thérapeutique

traitement

- ✓ **Tout patient infecté par le VHC en détention a accès à un traitement antiviral, quelle que soit la sévérité de son atteinte hépatique**

- ✓ **La RCP se limite à la présentation des cas complexes**

- ✓ **La prescription du traitement peut être effectuée par tout médecin, quelle que soit sa spécialité.**
 - ✓ ouverture des droits sociaux, systématique à l'entrée en incarcération
 - ✓ délivrance du traitement par la pharmacie à usage intérieur (PUI) de l'hôpital de rattachement

- ✓ **parmi les personnes dont on estime qu'elles sont porteuses d'une infection par le VHC active lors de leur entrée en détention, moins d'une sur deux (47,6%) débute un traitement par AAD durant son incarcération***
 - ✓ L'insuffisance du dépistage constitue de loin le principal obstacle
 - ✓ 82,7% des détenus éligibles au traitement par AAD y accèdent*

▶ Continuité des soins pendant et après la détention

- ✓ malgré l'obligation réglementaire de réaliser une consultation de sortie, les transferts ou les libérations peuvent intervenir sans anticipation
- ✓ La libération expose aussi à des interruptions de traitement
- ✓ Lorsque les AAD sont initiés et que les changements de situation sont anticipés, la PUI peut délivrer des traitements pour une durée d'une à 4 semaines

Recos

36. Il est recommandé de produire de façon suivie des estimations épidémiologiques relatives aux hépatites B et C aux niveaux national et régional pour permettre aux acteurs concernés d'adapter les mesures en fonction des différences et/ou des inégalités observées selon les régions (C)
37. Il est recommandé de proposer le dépistage combiné des infections virales B, C et VIH à l'entrée en détention et de donner les résultats des sérologies (VHB, VHC, VIH) pendant le séjour en détention (B)
38. Il est recommandé de renouveler la proposition de dépistage pour les personnes ayant refusé les tests à l'entrée en détention (C)
39. Il est recommandé de renouveler le dépistage pour les personnes en longue détention/peine prolongée et/ou après toute prise de risque. Ce suivi du dépistage sera adapté en fonction de la notion d'infection antérieure par le VHC (indication d'une recherche par PCR de l'ARN VHC), par le VHB ou le VIH. Les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) en alternative à la ponction veineuse pourraient être proposés (C)
40. Il est recommandé d'évaluer la fibrose hépatique par des techniques non invasives (élastométrie impulsionnelle, prélèvement pour tests biologiques) dans chaque unité médicale (B)
41. Il est recommandé de débiter le traitement de l'hépatite C dès le diagnostic et l'évaluation de la fibrose : soit dans le cadre du parcours simplifié en favorisant la formation des médecins des USMP, soit dans le cadre du parcours avec avis spécialisé (B)
42. Il est recommandé de développer les partenariats avec les psychiatres, les addictologues, les centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), les pharmaciens et les associations pour optimiser la prise en charge pendant l'incarcération et pour préparer la sortie (AE)
43. Il est recommandé de développer le recours à l'interprétariat professionnel pour le rendu des résultats et l'annonce du diagnostic quelle que soit la proposition thérapeutique (AE)
44. Il est recommandé de diffuser en milieu carcéral les outils de réduction des risques prévus par le code de la santé publique (art L3411-8), et prioritairement les programmes d'échange de seringues (C)



Personnes ayant des troubles psychiatriques

- ✓ **En France, la prévalence du VHC chez les personnes ayant des troubles psychiatriques est plus de dix fois supérieure à celle de la population générale**
- ✓ **La mise en place d'un parcours simplifié en établissements autorisés en psychiatrie et le partenariat avec les hépato-gastro-entérologues devraient à terme améliorer ces indicateurs**



Santé physique des personnes ayant des troubles psychiatriques

- ✓ mortalité des patients souffrant de schizophrénie 4,5 fois supérieure à celle de la population générale, tous âge, sexe et causes confondus
- ✓ espérance de vie diminuée de près de 20 ans
- ✓ parcours de soins caractérisé par de nombreuses ruptures dans le suivi
- ✓ l'amélioration de la prise en charge somatique des personnes suivies en psychiatrie est l'un des six axes prioritaires du projet territorial de santé mentale

Prévalence VHC et troubles psy en France

- ✓ **Prévalence de la séropositivité du VHC : environ 3,5 %***
 - ✓ Dépistage pas forcément suivi d'une charge virale
 - ✓ Le dépistage est de plus en plus souvent proposé
- ✓ **Prévalence des troubles psychiatriques chez les patients traités pour le VHC**
 - ✓ Etude BARO C** (étude observationnelle de cohorte s'appuyant sur le Système National des Données de Santé (SNDS)):
 - ✓ **27% des personnes ayant une hépatite C chronique avaient des troubles psychiatriques**
 - ✓ **32% recevaient un traitement psychotrope au long cours**
 - ✓ **21 % étaient utilisatrices ou ex-utilisatrices de drogues**
- ✓ **Diminution du nombre d'hospitalisation en psy après guérison du VHC/ avant traitement**

*Pham A,. Dépistage de l'hépatite C dans le plus grand hôpital psychiatrique français. JFHOD. 17 mars 2022;Paris communication orale.

**Pol S, et al. Lancet Reg Health Eur. févr 2022;13:100281.

Symptômes neuro psy du VHC

✓ Les plus fréquents sont:

- ✓ - une symptomatologie dépressive (dans 10 à 60% des cas) ;
- ✓ - une symptomatologie anxieuse (entre 18 et 38% des patients) ;
- ✓ - des troubles cognitifs, regroupés sous le terme « brain fog » comprenant
 - ✓ **troubles des fonctions exécutives**
 - ✓ **troubles de l'attention, de la concentration, de la mémoire de travail, du raisonnement verbal, présents chez 50% des patients ayant une hépatite C**
- ✓ des troubles du sommeil (interruption du sommeil, apnée du sommeil, syndrome des jambes sans repos, etc.)

✓ **la fatigue est rapportée chez 20 à 92% des échantillons de patients souffrant d'hépatite chronique**

▶ Dépistage

✓ En hospitalisation :

- ✓ l'évaluation clinique initiale est le plus souvent assurée **par le médecin généraliste somaticien** ou praticien en médecine polyvalente
 - ✓ **les dépistages sérologiques sont proposés, voire systématisés à l'entrée du patient, selon les établissements.**
 - ✓ **Les dépistages proposés sont le plus souvent VHC, VHB, syphilis et VIH.**
- ✓ Dépistage en amont aux urgences
- ✓ A l'occasion de journées spécifiques d'actions de dépistages par TROD

✓ En ambulatoire:

- ✓ prescrits **par les psychiatres** en CMP, H de J, etc
 - ✓ **Dépistage insuffisant**
- ✓ Assez systématique en PASS Psy, avec **les ELSA, les équipes mobiles** santé précarité Psy
- ✓ Rôle des **IPA**

Parcours de soins

- ✓ **Parcours simplifié – parcours coordonné avec les médecins spécialistes en hépato-gastro-entérologie**
- ✓ **Une majorité des patients ont des facteurs de comorbidité** : surcharge pondérale, HTA, diabète pour lequel l'avis spécialisé est requis : ne devrait pas être un obstacle à la mise en place d'un parcours simplifié
- ✓ **avis hépato « à distance »** à chaque fois que possible

Freins:

PCR: souvent externalisée, délai de rendu long

Evaluation de la fibrose:

L'usage du FIB-4 par les praticiens n'est pas à recommander en psychiatrie

Leviers:

PCR: Genexpert

Evaluation de la fibrose:

acquisition d'un fibroscan

Rôle du Psychiatre

- ✓ **Connaît les facteurs de risques (actuels et vie entière) de son patient, des antécédents de dépistage (ainsi que de traitements antérieurs) du VHC, mais aussi du VHB et du VIH**
- ✓ **Participe au dépistage**
- ✓ **Peut traiter lui-même le patient ou aider le prescripteur**
 - ✓ *pour le choix de l'AAD le plus adapté aux traitements psychotropes qu'il prescrit à son patient*
 - ✓ *en optimisant l'observance du patient à l'AAD, par exemple en abordant le sujet lors de chaque rendez-vous psychiatrique*
 - ✓ *lors du suivi biologique à 12 semaines post-traitement, qui peut s'avérer de réalisation plus aléatoire chez des personnes ayant des troubles psychiatriques*
- ✓ **par une information personnalisée, compréhensible et recevable par son patient, contribue à éviter les réinfections par le VHC**

Le traitement et son financement

- ✓ **La mise en route d'un traitement pendant l'hospitalisation, garante d'une observance accrue, s'est heurtée jusqu'alors :**
 - ✓ au modèle de financement des établissements autorisés en psychiatrie publics et
 - ✓ aux enveloppes budgétaires des pharmacies hospitalières qui ne peuvent supporter ces coûts de traitement

- ✓ **Dans la très grande majorité des situations, le traitement est différé à la sortie du patient**

législation pour les établissements privés

En application des dispositions de l'article R. 162-31-2 du code de la sécurité sociale dans sa version antérieure au décret du 29 septembre 2021 susvisé, **font l'objet d'une prise en charge** par les régimes obligatoires de la sécurité sociale en sus des forfaits prévus à l'article R. 162-31-1 du même code dans sa version antérieure au décret du 29 septembre 2021 susvisé, **les frais afférents à la dispensation des médicaments nécessaires au traitement d'une pathologie différente de celle qui motive l'hospitalisation et survenue au cours de celle-ci, ou nécessaires au traitement d'une pathologie préexistante faisant déjà l'objet d'une prise en charge médicale.**

II. - Pour obtenir le remboursement des frais afférents à la dispensation des médicaments mentionnés au I, l'établissement de santé transmet à la caisse gestionnaire outre le bordereau de facturation, les documents suivants :

- a) La prescription médicale ;
- b) La copie de la facture du fournisseur sur laquelle doit figurer le prix d'achat toutes taxes comprises du médicament.

Personnes ayant des troubles psychiatriques

45. Il est recommandé de dépister l'hépatite C, l'hépatite B, le VIH et la syphilis chez tous les patients ayant des troubles psychiatriques, en hospitalisation temps complet, ainsi que dans les structures d'aval, tels les établissements médico-sociaux (C)

46. Il est recommandé d'améliorer le dépistage de l'hépatite C au sein des structures de soins psychiatriques ambulatoires (Centre médico-psychologique, Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel, Hospitalisation de jour, etc.) par une information et une sensibilisation des usagers et des professionnels médicaux et paramédicaux (AE)

47. Il est recommandé de renforcer le dépistage au sein de tout autre point d'accès aux soins pour les personnes ayant des troubles psychiatriques (consultation de médecine générale, de médecine spécialisée, de dentiste), par une large information auprès des professionnels sur l'augmentation du risque d'hépatite virale de ces publics vulnérables (AE)

48. Il est recommandé de mettre en place une alerte par les laboratoires de biologie médicale à destination des prescripteurs en cas de sérologie et PCR VHC positives (AE)

49. Il est recommandé de combattre les idées fausses concernant la prise en charge de l'hépatite C chez les personnes ayant des troubles psychiatriques et leur famille/entourage : le traitement de l'hépatite C est possible, efficace et bien toléré dans cette population (AE)

50. Il est recommandé d'informer les usagers par le biais des associations d'usagers ayant des troubles psychiatriques (FNAPS), des associations de familles de personnes ayant des troubles psychiatriques (UNAFAM, etc.) par une diffusion et une large communication sur l'hépatite C, son dépistage, sa prise en charge et son traitement (AE)

51. Il est recommandé de faciliter et financer l'acquisition de matériel tel que le Fibroscan® au sein des établissements psychiatriques et d'assurer la formation locale du personnel pour son utilisation (AE)

52. Il est recommandé de favoriser la montée en compétence des praticiens de médecine générale ou de médecine polyvalente exerçant en psychiatrie pour la mise en place du traitement antiviral C dans le cadre du parcours simplifié (AE)

53. Il est recommandé de développer et renforcer les réseaux avec les hépato-gastro-entérologues du territoire (rendez-vous coupe-file, téléconsultation ou télé-expertise) (AE)

54. Il est recommandé de favoriser le soutien et l'accompagnement (par les personnels soignants – psychiatres, IDE, IPA, les personnels éducatifs, les aidants, les familles, etc.) des personnes ayant des troubles psychiatriques repérées comme étant en difficulté d'accès aux soins, afin de faciliter le parcours simplifié ou coordonné avec l'hépatogastro-entérologue (AE)

55. Il est recommandé de simplifier la délivrance du traitement de l'hépatite C par les pharmacies à usage intérieur des établissements, quel que soit le nombre de patients à traiter, permettant ainsi la mise en route des traitements dès le diagnostic posé, facilitant ainsi le parcours simplifié (enveloppe financière dédiée hors budget) (AE)

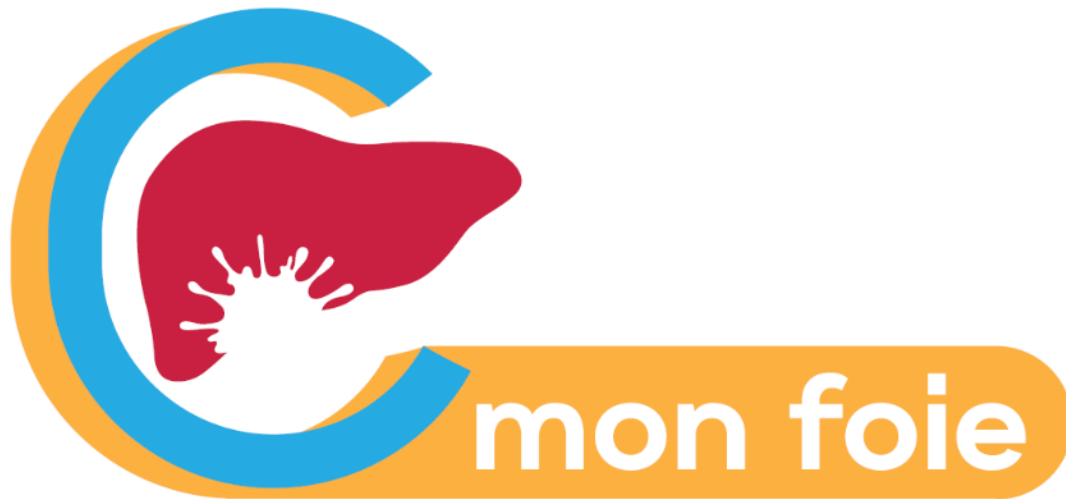


Intérêt de l'éducation thérapeutique au cours de l'infection virale C

L'ETP

- ✓ pourrait améliorer l'adhésion des patients atteints de fibrose hépatique sévère au dépistage semestriel du carcinome hépato cellulaire (20% en pratique)
- ✓ Les programmes d'ETP doivent donc être encouragés chez :
 - ✓ les patients ayant une fibrose hépatique sévère indiquant le dépistage du CHC +/- de l'hypertension portale
 - ✓ Les patients ayant des comorbidités (consommation excessive d'alcool, syndrome métabolique, coinfection virale B ou HIV) ;
 - ✓ Les patients à risque de réinfection (HSH, toxicomanie active) ;
 - ✓ Les patients dont l'observance peut être aléatoire (addiction ou barrière linguistique par exemple).

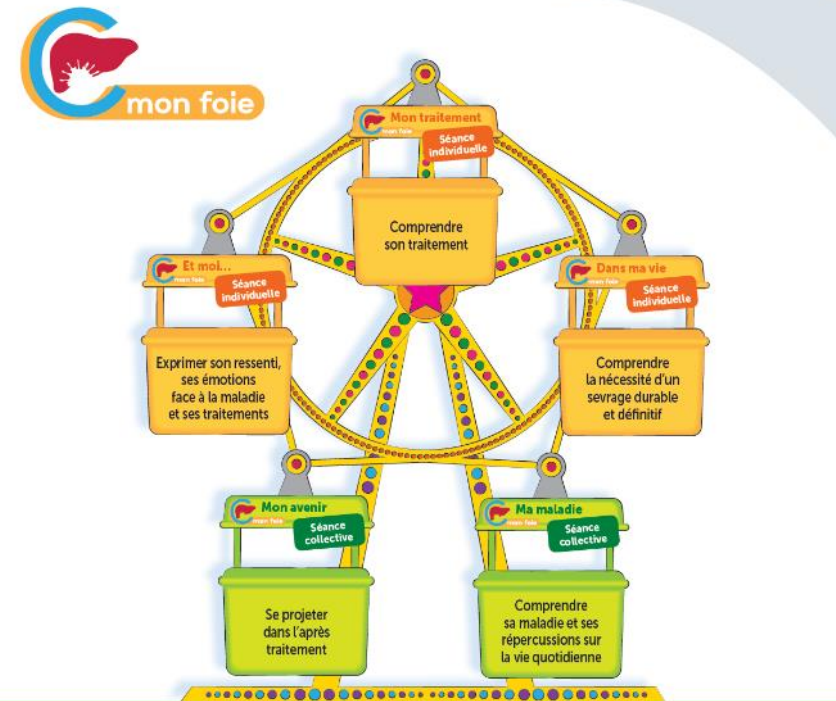
A Toulouse: « C mon foie »



Titre de la présentation

Un programme d'éducation thérapeutique

pour
**Mieux comprendre
et vivre sa maladie**



Mieux comprendre pour mieux vivre !

Une Équipe de professionnels de santé vous accompagne
grâce à des séances individuelles ou collectives

Renseignez-vous auprès de l'équipe éducative au 05 61 77 71 63 ou par mail à : etp-pu.ide@chu-toulouse.fr

Recos

- **56. Il est recommandé de proposer systématiquement un programme d'éducation thérapeutique à tous les patients :(AE)**
 - - ayant une fibrose hépatique sévère indiquant le dépistage du CHC +/- de l'hypertension portale ;
 - - ayant des comorbidités (consommation excessive d'alcool, syndrome métabolique, coinfection virale B ou VIH) ;
 - - à risque de réinfection (HSH, toxicomanie active) ;
 - - dont l'observance peut être aléatoire : barrière linguistique, précarité, addiction, personnes incarcérées ou ayant des troubles psychiatriques.
- **57. Il est recommandé de porter une attention particulière à la pérennité des intervenants formés prodiguant l'éducation thérapeutique au sein des établissements de soins. (AE)**
- **58. Il est recommandé que le financement de ces programmes soit développé, dédié et sanctuarisé. (AE)**

Merci



Centre hospitalier universitaire de Toulouse © 2024