

Groupe de travail de la Fédération Française d'Addictologie* et de l'Association Française pour l'Étude du Foie**

* FFA, c/o ANPAA, 20, rue Saint-Fiacre, F-75002 Paris. Site : <http://www.addictologie.org>

** AFEF, Société Française d'Hépatologie, 79, boulevard du Montparnasse, F-75006 Paris. Site : <https://afef.asso.fr>
Décembre 2018

Éliminer l'infection par le virus de l'hépatite C

Construire un parcours de soins coordonnés addictologues- hépatogastroentérologues pour les patients addicts

Parcours adapté aux besoins de chaque patient

L'élimination de l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC), définie par la diminution de 90 % de l'incidence des nouveaux cas, repose sur quatre piliers :

- 1) dépistage du VHC ;
- 2) réduction des risques associés aux modes de transmission du VHC ;
- 3) traitement du VHC et de ses comorbidités ;
- 4) prévention de l'infection et de la réinfection par le VHC associées aux mauvaises pratiques d'administration des drogues.

Il est essentiel que ces quatre éléments soient au même niveau pour que l'efficacité de cette démarche puisse être atteinte : son niveau ne sera que celui du maillon le plus faible.

Ce parcours de soins entre addictologues et hépatogastroentérologues (HGE) n'a pas pour seul objectif de dépister et traiter l'infection par le VHC chez les patients avec une conduite addictive, mais de prendre en charge le patient addict dans sa globalité.

Grâce à ce genre de démarche originale, l'élimination du VHC pourrait être associée à une réduction de la

mortalité associée au VHC de 65 % et atteinte d'ici 2025.

Pour cela, il convient de proposer un dépistage universel de l'hépatite C et de ses comorbidités et d'offrir pour les populations précaires ou en situation d'addictions des modalités de dépistage et de prise en charge adaptées.

Comme le propose l'AFEF dans ses recommandations (1), pour être efficace chez ces patients, plusieurs objectifs doivent être atteints :

- Proposer des parcours de soins très simples et faciles à respecter limitant au maximum les contraintes pour les patients et les équipes.
- Dépister toutes les personnes et donc faciliter la diffusion d'outils simples et efficaces comme les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans les lieux où sont accueillis les patients.
- Dépister les patients à risque de progression de la maladie du foie vers les complications.
- Favoriser une prise en charge de proximité et donc permettre la prescription des traitements aux médecins de ces patients.
- Recommander des schémas thérapeutiques simples, efficaces et bien tolérés.
- Limiter le recours aux réunions de concertations pluridisciplinaires (RCP).

Parcours proposé conformément aux recommandations de l'AFEF de mars 2018 :
<https://afef.asso.fr/recommandations/recommandations-afef/>

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

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

1. Réaliser un entretien avant le dépistage pour expliquer les enjeux aux patients.

2. Le dépistage : les TRODS sont particulièrement bien adaptés car ils permettent une approche rapide de la problématique, notamment pour les nouveaux arrivants sans statut sérologique connu ou négatifs au test précédent et pour les actions de prévention hors les murs. Ils nécessitent une formation large des professionnels de santé concernés. Les buvards sont également utiles pour l'évaluation initiale et le suivi des patients traités (dépistage d'une réinfection).

3. Le bilan doit pouvoir être facilement réalisé :

- Pour la biologie : prélèvements sur place ou accès facile à un laboratoire d'analyse médicale. Les résultats doivent être disponibles rapidement.

- Pour l'évaluation de la fibrose hépatique : accès facile aux méthodes préconisées (FibroScan®, Fibrotest®, Fibromètre®).

Des moyens financiers spécifiques doivent être alloués aux structures addictologiques pour l'achat ou la location de matériel.

4. Réaliser un entretien d'annonce des résultats avec remise de matériel de réduction des risques et des domages (RdRD) (injection, inhalation).

5. Améliorer l'accès aux soins : le traitement doit être facile à mettre en œuvre.

Pour les cas simples, délégation de prescription des antiviraux aux médecins non HGE prenant en charge des patients addicts en lien avec l'HGE référent.

Une formation aux nouveaux traitements doit être disponible (tutoriel AFEF disponible).

Ceux-ci doivent être remboursés à 100 % et délivrés facilement dans les pharmacies de ville.

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

Chaque structure addictologique doit disposer d'au moins un médecin addictologue référent pour les patients vivant avec le VHC.

Chaque structure addictologique doit disposer d'un HGE référent (qui peut être référent de plusieurs structures) pour avis, dépistage des patients à risque de complication hépatique, conseil, orientation et prise en charge des situations complexes. Celui-ci doit proposer des consultations dédiées et une équipe pluridisciplinaire comprenant notamment une infirmière pouvant proposer aux patients un programme d'éducation thérapeutique sur l'infection par le VHC et, si besoin, assurer un suivi.

L'addictologue doit pouvoir repérer les patients à risque de progression de la maladie hépatique associée au VHC vers une complication, notamment après guérison du VHC.

L'HGE doit pouvoir repérer les patients ayant des conduites addictives et les orienter vers un addictologue référent et une prise en charge adaptée.

6. Dans le cadre du suivi, mettre à disposition des structures des outils de rappel permettant de programmer des évaluations à distance.

Ce parcours de soins doit être adapté à la majorité des patients vivant avec le VHC accueillis dans les structures addictologiques, qui ne présentent pas de complication grave. 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 HGE des patients à risque de maladie grave du foie ou de complication extra-hépatique. Dans ce cas, un éventuel bilan complémentaire, le protocole thérapeutique, l'intensité du suivi sont déterminés pour chaque patient par l'HGE.

Sur le plan addictologique, il convient de proposer outre le dépistage et le soin de l'infection par le VHC une approche holistique médico-psychosociale 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 patients les plus à risque que sont les patients injecteurs de drogues, les crackers, les patients sans domicile et les patients en difficulté avec l'alcool. Le repérage systématique de ces pratiques à risque doit s'intégrer dans une démarche de RdRD.

Étape 1 : dépistage universel

Le dépistage ciblé en fonction des facteurs de risque présente des limites et contribue à la persistance d'une épidémie cachée de l'infection par le VHC (2). Un dépistage universel doit donc être réalisé chez chaque adulte au moins une fois dans sa vie. Cela s'applique évidemment aux patients addicts et tout spécialement à ceux présentant des pratiques à risque infectieux comme les injecteurs, les crackers et ceux qui sont sans domicile.

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 RdRD.

Les acteurs intervenant en addictologie

Médecine de ville

Médecin généraliste (MG), médecin addictologue libéral, médecin d'une microstructure... Les MG expriment souvent que le dépistage est compliqué pour eux, de même que les liens avec les structures addictologiques. Un petit nombre de médecins (5 % ?) semblent voir 90 % des usagers de drogue. De plus, deux tiers des injecteurs ne sont qu'en ville. Ces MG seront sans aucun doute aussi les prescripteurs des antiviraux. Il convient donc d'être très attentif à leur intégration dans le parcours de soins.

Infirmier (IDE) : par exemple, réseau Asalée qui regroupe des IDE formés en éducation thérapeutique du patient (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)...

À noter que les CSAPA/CAARUD pourraient aller davantage dans les lieux particulièrement à risque :

rue, squats, centres d'accueil de demandeurs d'asile – CADA, lieux de prostitution...

Complémentaire, la réduction des risques à distance portée en région permet information, sensibilisation, dépistage et accompagnement des usagers, hommes et femmes, ne fréquentant pas les CSAPA ou les CAARUD.

Structures d'insertions

Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) dont certains sont à orientation addictologique, lits halte soins santé, appartements de coordination thérapeutique...

De nombreux résidents ont des problèmes d'addictions. Un lien fort doit être proposé entre les structures d'hébergement et les structures addictologiques pour permettre, au-delà du dépistage, une prise en soin adaptée et complète.

Unités de consultations et de soins ambulatoires – UCSA

La prévalence des usagers de drogue à risque infectieux est très importante en prison.

Il n'y a pas lieu de faire d'exception dans certaines structures ou chez certains patients, ce qui aboutirait à rendre moins efficace ce dépistage.

Le dépistage peut être réalisé par des non-médecins.

De façon générale, il faut privilégier le décroisement des professionnels pour une meilleure coopération.

Les interventions "hors les murs" doivent être renforcées pour aller vers les personnes à risque dans les lieux où elles sont (CSAPA/CAARUD vers les squats, CADA, lieux de prostitution...).

Les moyens

Sérologie par prélèvement sanguin standard, TRODS, buvards, PCR type Cepheid.

L'hépatogastroentérologue

Il doit exister un HGE référent de plusieurs structures offrant une consultation dédiée pluridisciplinaire. Un accès facile et rapide des équipes addictologiques à un

avis est un vrai plus. Il propose un rendez-vous pour avis, confirmer une orientation, aider si besoin à l'évaluation et à la prise en charge.

Étape 2 : bilan pré-thérapeutique

Il est réalisé dans la structure addictologique.

- Évaluation médico-psychosociale globale.
- Bilan minimum pré-thérapeutique réalisé selon les ressources et la couverture santé de la personne : en médecine de ville, en consultation d'addictologie, en laboratoire d'analyse médicale.

- Biologie :

Charge virale du VHC, recherche de l'antigène de l'hépatite B (Ag HBs), recherche des anticorps dirigés contre le core de l'hépatite B (Ac anti-HBc) et des anticorps anti-HBs, recherche des anticorps dirigés contre le virus de l'hépatite A (VHA), sérologie VIH.

NFS plaquettes, ASAT, ALAT, GGT, bilirubine, albumine, taux de prothrombine, INR, créatininémie pour calculer le débit de filtration glomérulaire.

- Évaluation de la sévérité de la maladie hépatique :

Développer l'accès aux méthodes non invasives d'évaluation de la fibrose :

- . FibroScan® ;
- . Fibromètre® ;
- . Fibrotest®.

Tout doit être fait pour évaluer la fibrose avant de démarrer le traitement.

L'accès à ces méthodes doit aussi être laissé à l'appréciation des partenaires en fonction de considérations pragmatiques locales et économiques. Beaucoup d'initiatives existent déjà : recours à un FibroScan® à proximité chez l'HGE, FibroScan® itinérant, mais aussi utilisation de Fibrotest® et Fibromètre®...

- Rechercher des facteurs de risque de maladie grave du foie et des facteurs de complexité : insuffisance rénale, cirrhose, difficultés sociales, traitement antiviral antérieur, co-infection VHB-VIH, éléments de sévérité addictologique, notamment vis-à-vis de l'alcool...

- L'HGE référent peut intervenir à ce stade pour une prise en charge optimale de l'infection par le VHC dans les cas complexes. Il donne un rendez-vous rapide pour confirmer une orientation, proposer/réaliser un bilan complémentaire, prendre en charge le traitement ou du

moins superviser l'équipe addictologique, assurer le suivi hépatologique, éventuellement par télémedecine.

Des RCP sont organisées seulement quand cela s'avère nécessaire.

Concernant les organisations locales, si un cadre général est proposé, il faut laisser de la souplesse à toutes les structures pour s'organiser en fonction de leurs possibilités locales. Des contacts et des expériences existent déjà, soit que les HGE viennent régulièrement consulter dans la structure addictologique, soit que les patients leur soient adressés, soit encore qu'ils soient emmenés par du personnel de la structure addictologique... En tout état de cause, il est essentiel d'organiser dès que possible l'interface et les procédures de fonctionnement entre le dispositif addictologique et les HGE référents.

Facteurs de complexité impliquant le recours à l'hépatologue :

- Insuffisance rénale sévère (DGF_e < 30 ml/min/1,73m²).
 - Facteur de risque de progression de la maladie du foie : facteurs métaboliques (diabète, dyslipidémie, surpoids) en raison du risque de stéatohépatite non alcoolique, mésusage d'alcool, co-infection par le VHB et/ou le VIH.
 - Maladie grave du foie.
- Pour écarter le diagnostic de maladie hépatique sévère, le résultat d'une des méthodes suivantes doit être utilisé : FibroScan® < 10 kPa (A) ; Fibrotest® ≤ 0,58 (AE) ; Fibromètre® ≤ 0,786 (AE).
- Exposition antérieure à des antiviraux contre le VHC.
 - Interactions médicamenteuses complexes.

Étape 3 : initiation du traitement

Elle est réalisée par un médecin addictologue formé à la prescription et au suivi des antiviraux. Des antiviraux pangénotypiques sont prescrits.

Améliorer l'accès aux soins et rendre plus fluide le parcours :

- HGE référent identifié ;
- addictologue référent identifié ;
- pour les cas complexes ou si situation particulière, consultation spécifique d'HGE avec accès simplifié et rapide (délai d'attente court). Dans ces cas, c'est l'HGE

qui peut être amené à assurer le traitement et le suivi HGE ;

- si besoin, l'usager peut être accompagné aux rendez-vous d'HGE.

Un suivi conjoint addictologue – HGE est proposé.

La prise en charge s'effectue autour d'une équipe pluridisciplinaire : infirmière en HGE et/ou en addictologie.

Étape 4 : le suivi

Cette étape comprend à la fois le suivi virologique et HGE et le suivi addictologique.

Le suivi multidisciplinaire se fait en addictologie et si besoin en HGE en lien avec le médecin traitant.

Suivi virologique après le traitement

Un dosage de l'ARN du VHC doit être réalisé 12 semaines après l'arrêt du traitement. Si l'ARN du VHC est indétectable, le patient a une réponse virologique soutenue (RVS) et est considéré guéri.

Les patients doivent être informés de la persistance des anticorps anti-VHC après guérison virologique.

Le dépistage de la réinfection par le VHC est nécessaire en cas de poursuite des comportements à risque.

Suivi de la maladie du foie associée au VHC

Après guérison, les patients à risque de progression vers une complication hépatique (patients avec des lésions de fibrose sévère) doivent entreprendre un dépistage semestriel des complications de la cirrhose, notamment du cancer du foie.

Suivi addictologique

Il est essentiel. Il permet, outre le suivi du bon déroulement du traitement, de poursuivre le projet addictologique construit avec le patient.

La question de la consommation d'alcool associée est cruciale. 70 % des personnes hospitalisées avec une complication hépatique associée au VHC ont un problème avec l'alcool. Les complications hépatiques observées après guérison de l'hépatite C par les anti-

viraux à action directe sont essentiellement dues à l'alcool. Sa prise en charge est très associée au pronostic des patients avec des anticorps anti-VHC.

Les programmes de RdRD permettent de modifier les pratiques à risque des patients et de diminuer le risque de réinfection. Il est essentiel d'informer les patients et de faciliter l'accès au matériel de RdRD.

Dans tous les cas, l'information ou mieux des programmes d'ETP sont indispensables.

Des consultations de télémedecine peuvent être mises en place dans les territoires peu médicalisés.

La guérison virologique n'est pas la guérison hépatique, les lésions hépatiques pouvant justifier un suivi prolongé. La prise en charge des facteurs de risque associés est essentielle. Elle est encore moins la "guérison" addictologique qui implique un accompagnement prolongé de ces patients pour les aider à tourner la page de leur addiction, éviter les complications post-traitement antiviraux et éviter les réinfections : faciliter autant que faire se peut l'accès au matériel et aux outils de réduction des risques. ■

Groupe de travail de la FFA et de l'AFEF
Éliminer l'infection par le virus de l'hépatite C. Construire un parcours de soins coordonnés addictologues-hépatogastroentérologues pour les patients addicts. Parcours adapté aux besoins de chaque patient

Alcoologie et Addictologie. 2019 ; 41 (1) : 46-51

Références bibliographiques

- 1 - Association Française pour l'Étude du Foie. Recommandations AFEF pour l'élimination de l'infection par le virus de l'hépatite C en France. Paris : AFEF ; 2018. <https://afef.asso.fr/wp-content/uploads/2018/06/VF-INTERACTIF-RECO-VHC-AFEF-v2103.pdf>.
- 2 - Haute Autorité de Santé. Prise en charge de l'hépatite C par les médicaments antiviraux d'action directe (AAD). Élargissement du périmètre de remboursement 2016. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2016. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-12/recommandation_college_hepatite_c.pdf.

Annexe – Repérage et prise en charge de l'hépatite C chez les patients addicts***Groupe de travail FFA-AFEF**

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 en 2025.

Cette élimination est devenue l'affaire de tous, l'enjeu étant de dépister et de traiter tous les patients 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 patients positifs.

Ce parcours de soins doit être adapté à la majorité des patients 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 hépatogastroentérologue des patients présentant des complications graves ou des problèmes spécifiques. Dans ce cas, l'intensité du suivi hépatologique est déterminé pour chaque patient par l'hépatogastroentérologue.

Facteurs de complexité impliquant le recours à l'hépatologue :

- Co-infection VHB et/ou VIH
- Insuffisance rénale sévère (DGFe < 30 ml/min/1,73m²)
- Comorbidité hépatique mal contrôlée
- Maladie hépatique sévère (cirrhose...)
- Traitement antiviral C antérieur
- Interactions médicamenteuses complexes

Pour écarter le diagnostic de maladie hépatique sévère, le résultat d'une des méthodes suivantes doit être utilisé : FibroScan® < 10 kPa ; Fibrotest® ≤ 0,58 ; Fibromètre® ≤ 0,786.

* D'après les recommandations AFEF pour l'élimination de l'infection par le virus de l'hépatite C en France. Mars 2018.

Parcours de soins des patients addicts présentant une hépatite C