

.....

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

ARGUMENTAIRE

.....

Parcours de soins des hépatites virales B, C et Delta

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.

Les RBP sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifique. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient, qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient.

Les objectifs de cette recommandation, la population et les professionnels concernés par sa mise en œuvre sont brièvement présentés en dernière page (fiche descriptive) et détaillés dans l'argumentaire scientifique.

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.

Descriptif de la publication

Titre	Parcours de soins des hépatites virales B, C et Delta
Méthode de travail	Recommandation pour la pratique clinique (RPC)
Objectif(s)	Proposer un parcours de soins pour les malades atteints d'une hépatite virale C ou B
Cibles concernées	Patients concernés : Personnes infectées par les virus de l'hépatite C et de l'hépatite B Professionnels concernés : hépatologues, gastro-entérologues, infectiologues, internistes, addictologues, médecins généralistes, psychiatres
Demandeur	Conseil National du Sida et des hépatites virales (CNS) et Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS) Maladies infectieuses émergentes
Promoteur(s)	Conseil National du Sida et des hépatites virales (CNS) et Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS) Maladies infectieuses émergentes
Pilotage du projet	Coordinateur : Françoise Roudot-Thoraval Dr Grando Lemaire Véronique, CHU Avicenne, Bobigny
Auteurs	Rédacteurs : Antoine Bachelard, François Bailly, Camille Barrault, Muriel Bocquentin, Carole Damien, Hélène Delaquaize, Thierry Fontanges, Juliette Foucher, Véronique Grando, Marianne l'Henaff, Olivier Lefebvre, Alexandra Pham, Christine Silvain, Jean-Baptiste Trabut, Wanda Yekhlif
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la direction générale de la Santé (DGS). Elles sont consultables sur le site https://dpi.sante.gouv.fr . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts définie par la DGS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Version du 12/07/2023
Actualisation	15/11/2023

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.cns.sante.fr et www.anrs.fr

Conseil national du sida et des hépatites virales
39-43 quai André Citroën
75902 Paris cedex 15

ANRS | Maladies infectieuses émergentes
PariSanté Campus - 2, rue d'Oradour-sur-Glane
75015 Paris

Sommaire

Introduction	7
1. Patient atteint d'hépatite C en population générale : prise en charge avant traitement, parcours de soins et suivi après traitement	8
1.1. Comment déterminer l'activité de la maladie virale C ?	8
1.1.1. L'ARN du VHC est indétectable	8
1.1.2. L'ARN du VHC est détectable	9
1.2. Quel bilan complémentaire avant traitement antiviral C ?	9
1.3. Comment évaluer la fibrose hépatique avant traitement antiviral C ?	10
1.4. Le parcours de soins	10
1.4.1. Le parcours de soins simplifié	10
1.4.2. Le parcours de soins spécialisé	11
1.5. Objectif du traitement et prescription	11
1.6. Suivi pendant le traitement	12
1.7. Suivi après le traitement	12
1.7.1. Comment définir la guérison virologique ?	12
1.7.2. Suivi après guérison virologique	12
1.7.3. Suivi après échec du traitement	13
2. Parcours de soins et accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité et populations particulières	14
2.1. Accès aux droits sociaux et aux soins sur le territoire	14
2.2. Populations vulnérables et précaires (dont migrants)	14
2.2.1. Caractérisation des populations & déterminants sociaux de la santé	14
2.2.2. Dépistage et prise en charge, dont dispositifs facilitant l'accès aux soins et à la prévention des migrants	14
2.2.2.1. <i>Dépistage des hépatites virales</i>	15
2.2.2.2. <i>Aller vers</i>	15
2.2.2.3. <i>Parcours de santé spécifique</i>	15
2.2.2.4. <i>Suivi des traitements</i>	16
2.2.2.5. <i>Cas particulier de l'hépatite Delta</i>	16
2.2.3. Facilitation de l'accès aux soins et à la prévention	16

2.2.3.1.	<i>L'interprétariat</i>	16
2.2.3.2.	<i>La médiation en santé</i>	16
2.2.4.	Droit au séjour pour raison médicale et protection contre l'éloignement	16
2.2.4.1.	<i>Droit au séjour pour raison médicale</i>	16
2.2.4.2.	<i>Protection contre l'éloignement</i>	17
2.2.5.	Assurer une prise en charge globale	17
2.3.	Parcours de soins du patient ayant une problématique addictive	19
2.3.1.	Les acteurs et structures concernés	20
2.3.2.	Que dépister ?	21
2.3.2.1.	<i>Les virus</i>	21
2.3.2.2.	<i>La fibrose extensive et la cirrhose</i>	21
2.3.2.3.	<i>Les comorbidités hépatiques</i>	21
2.3.3.	Qui dépiste et avec quels outils ?	22
2.3.3.1.	<i>Les virus</i>	22
2.3.3.2.	<i>La fibrose et la cirrhose</i>	22
2.3.3.3.	<i>Les complications de la cirrhose</i>	23
2.3.3.4.	<i>Les autres complications liées à l'alcool et au tabac</i>	23
2.3.4.	Qui traite l'hépatite C ?	23
2.3.5.	Surveillance après traitement anti-viral	24
2.3.6.	Intérêt de l'aide par les pairs et patients experts	25
2.4.	Organisation de la prise en charge thérapeutique et du suivi des personnes détenues infectées par le virus de l'hépatite C	27
2.4.1.	Dépistage	28
2.4.2.	Évaluation des patients infectés par le virus de l'hépatite C	30
2.4.3.	Accès aux antiviraux à action directe (AAD). Initiation et suivi du traitement	30
2.4.4.	Après le traitement	31
2.4.5.	Continuité des soins pendant et après la détention	31
2.5.	Personnes ayant des troubles psychiatriques	34
2.5.1.	Santé physique des personnes ayant des troubles psychiatriques, difficultés et organisation de la prise en charge	34
2.5.1.1.	<i>L'état de santé des personnes ayant des troubles psychiatriques, un constat toujours aussi préoccupant</i>	34
2.5.1.2.	<i>Organisation de la prise en charge somatique</i>	35
2.5.2.	Données épidémiologiques	37
2.5.2.1.	<i>Prévalence du VHC chez les personnes ayant des troubles psychiatriques</i>	37

2.5.2.2. <i>Prévalence des troubles psychiatriques chez les patients traités pour le VHC</i>	38
2.5.3. Le VHC peut induire des symptômes d'allure neuro-psychiatrique	39
2.5.4. Dépistage	40
2.5.4.1. <i>En hospitalisation</i>	40
2.5.4.2. <i>En ambulatoire</i>	40
2.5.4.3. <i>En cas de sérologie VHC positive</i>	41
2.5.5. Parcours de soins	41
2.5.5.1. <i>Parcours simplifié – parcours coordonné avec les médecins spécialistes en hépato-gastro-entérologie</i>	41
2.5.5.2. <i>PCR VHC</i>	42
2.5.5.3. <i>Evaluation de la fibrose</i>	42
2.5.5.4. <i>Rôle du psychiatre dans la lutte contre l'hépatite C</i>	42
2.5.5.5. <i>Autres intervenants</i>	43
2.5.6. Le traitement et son financement	43
3. Intérêt de l'éducation thérapeutique au cours de l'infection virale C	46
4. Parcours de soins des patients ayant une infection virale B et non traités	51
Sujets de recherche	53
Références bibliographiques	54
Abréviations et acronymes	61

Introduction

Si l'efficacité des traitements des hépatites virales, en particulier de l'hépatite C et leur tolérance se sont considérablement améliorées ces dernières années, l'objectif d'élimination de l'hépatite C n'est pas encore atteint. Cette élimination doit impérativement passer par une amélioration de l'accessibilité aux soins, particulièrement pour les personnes les plus vulnérables.

Ce chapitre a pour but de faire un état des lieux sur le parcours de soins proposé en fonction des populations concernées et préciser la répartition des interventions des différents acteurs de santé et des structures de proximité afin d'améliorer l'accessibilité au dépistage et au traitement de ces populations vulnérables.

1. Patient atteint d'hépatite C en population générale : prise en charge avant traitement, parcours de soins et suivi après traitement

Lorsqu'une sérologie de l'hépatite C se révèle positive (anticorps anti-VHC positifs), le premier examen complémentaire à effectuer est la recherche de l'ARN du VHC par PCR, afin de confirmer ou non une réplication virale. Un ARN VHC positif signe en effet l'activité de la maladie ⁽¹⁾.

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. Elle présente néanmoins un véritable intérêt, après contact avec le médecin prescripteur, en particulier chez certains malades (patient difficile à prélever, en situation de précarité ou pour lequel un deuxième prélèvement sanguin pourrait engendrer un risque de rupture de soins). La réalisation de ce test réflexe nécessiterait un ajustement technique (prélèvement d'un volume sanguin suffisant) et une adaptation réglementaire.

Ce résultat permet ensuite d'orienter rapidement la poursuite de la prise en charge.

1.1. Comment déterminer l'activité de la maladie virale C ?

Deux situations se présentent :

1.1.1. L'ARN du VHC est indétectable

Il n'y a pas d'hépatite C active et le patient peut être rassuré. Il s'agit alors d'une infection virale C spontanément résolutive ou d'un faux positif.

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 en raison de l'absence d'immunisation vis-à-vis de ce virus ;
- 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 ...), cette découverte peut être l'occasion d'évaluer la fibrose hépatique par des méthodes non invasives ⁽²⁾ et adapter la prise en charge justifiant un suivi hépatique.

1.1.2. L'ARN du VHC est détectable

Il s'agit d'une infection virale C active.

Après étude du contexte psycho-social, des conditions de vie et des comorbidités, un bilan complémentaire et une prise en charge adaptée sont indiqués.

Il est nécessaire de rechercher la présence de comorbidités hépatiques qui pourraient accélérer la progression de la maladie virale et 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 par le patient sur prescription ou en automédication, y compris les compléments alimentaires et la phytothérapie, dans la perspective de futures interactions avec le traitement antiviral C.

Ces potentielles interactions pourront être étudiées à l'aide de sites internet tels que www.hep-druginteractions.org ⁽³⁾ ou l'application pour smartphone Liverpool HEP iChart.

1.2. Quel bilan complémentaire avant traitement antiviral C ?

Il est nécessaire de compléter le bilan avant traitement par les examens suivants (1) :

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
Echographie-doppler hépatique	recommandé
Evaluation non invasive de la fibrose hépatique	indispensable

La réalisation d'un génotypage du VHC n'est pas indispensable ⁽¹⁾ car les traitements utilisés sont pangénotypiques ⁽⁴⁻⁸⁾. Il peut néanmoins être utile de déterminer le génotype viral C en cas de risque de recontamination, afin de différencier rechute et réinfection virale. Ce risque de recontamination doit donc être évalué. La détermination du génotype peut également se discuter en première intention en cas de risque d'atteinte par un virus non usuel dans des populations originaires de Chine, Asie du Sud-Est ou Afrique sub-saharienne.

1.3. Comment évaluer la fibrose hépatique avant traitement antiviral C ?

L'évaluation du degré de fibrose hépatique est essentielle avant de débiter le traitement. Cette évaluation permettra de déterminer la sévérité de la maladie hépatique ^(9,10) et ainsi, les modalités de suivi du malade après guérison virologique.

La biopsie hépatique n'est pas nécessaire chez la majorité des malades sans comorbidité. En effet, de nombreux tests non invasifs, sanguins ou physiques, ont été validés.

Des tests sanguins non commerciaux, gratuits et facilement réalisables sur smartphone ou tablette sont disponibles (FIB-4 par exemple). L'interprétation de ces tests doit cependant être prudente et tenir compte de possibles biais (âge du patient pour le FIB-4 par exemple) ⁽¹¹⁾

L'AFEF recommande l'utilisation de 3 types de tests validés et remboursés ⁽¹⁾ :

- Fibrotest® (test sanguin)
- Fibromètre® (test sanguin)
- Mesure de l'élasticité hépatique par Fibroscan®

Une seule de ces méthodes est préconisée. En cas de discordance clinique, biologique ou morphologique, un second test, idéalement par une technique différente, peut être proposé.

1.4. Le parcours de soins

A l'issue de ce bilan complémentaire, le patient sera orienté vers une prise en charge dans :

- un parcours de soins simplifié OU
- un parcours de soins spécialisé

1.4.1. Le parcours de soins simplifié

Le patient sera orienté vers le parcours de soins simplifié s'il présente :

- une maladie hépatique peu sévère définie comme suit :
 - Fibrotest® $\leq 0,58$
 - Fibromètre® $\leq 0,78$
 - Fibroscan® <10 kPa
- l'absence de comorbidités hépatiques (obésité et/ou diabète de type 2, consommation d'alcool supérieure à 30 g par jour chez l'homme et 20 g par jour chez la femme, binge drinking...)
- l'absence d'insuffisance rénale définie par un débit de filtration glomérulaire < 30 ml/minute ou de dialyse ;
- l'absence de coinfection VIH ou VHB ;
- des conditions psycho-sociales et un environnement permettant d'envisager une bonne observance du futur traitement antiviral C (notamment barrière linguistique nécessitant l'aide d'un interprète professionnel).

Une prise en charge simplifiée de proximité est alors proposée.

Dans cette situation, tout médecin peut alors prescrire le traitement antiviral par antiviraux directs (AAD) s'il en maîtrise les modalités. Dans le cas contraire, il pourra confier le patient au praticien hospitalier ou libéral de son choix, aguerri dans la prise en charge de l'infection virale C.

1.4.2. Le parcours de soins spécialisé

Le malade sera orienté vers un parcours de soins spécialisé dans les situations suivantes :

- comorbidités hépatiques associées au VHC avec fibrose hépatique sévère (Fibrotest®>0,58 ou Fibromètre ® > 0,78 ou Fibroscan® ≥ 10 kPa) ;
- échec d'un précédent traitement par antiviraux directs ;
- hépatopathie au stade de cirrhose décompensée ;
- hépatopathie compliquée de cancer du foie ;
- patient en attente de transplantation hépatique ou autre organe ;
- coinfections virales (VHB, VIH) ;
- insuffisance rénale avec débit de filtration glomérulaire <30 ml/minute ou dialyse ;
- contexte psycho-social complexe (précarité, toxicodépendance, barrière linguistique...).

Dans toutes ces situations, le patient sera orienté vers des professionnels hospitaliers ou libéraux ayant l'habitude de la prise en charge des patients atteints par le VHC.

La présentation du patient au cours d'une réunion de concertation pluridisciplinaire est alors recommandée.

1.5. Objectif du traitement et prescription

Le but du traitement antiviral est l'éradication définitive du VHC (guérison), ce qui a pour conséquence l'arrêt du processus de fibrogénèse et/ou son ralentissement lorsqu'il existe d'autres facteurs de comorbidités hépatiques.

L'éradication virale peut aussi avoir un effet bénéfique sur la qualité de vie du patient ⁽¹²⁾.

Le traitement est universel en France depuis 2017 et la proposition systématique du traitement antiviral C aux patients infectés est la règle.

L'âge n'est pas un frein au traitement qui peut être envisagé de l'enfant à la personne âgée en évaluant chaque fois le bénéfice potentiel.

La décision du traitement dépend du choix éclairé du patient, compte tenu de sa perception de la maladie et du traitement dont le médecin doit exposer les avantages et les inconvénients.

En revanche, le traitement de la femme enceinte ou allaitante n'est pas recommandé. Par principe de précaution, le traitement sera alors décalé en post-partum ou après l'allaitement.

Une demande d'exonération du ticket modérateur n'est plus nécessaire.

La prescription du traitement antiviral est ouverte à tous les médecins en cas de parcours simplifié et le traitement est disponible dans toutes les officines de ville.

1.6. Suivi pendant le traitement

La consultation initiale avant la mise en route du traitement permettra d'évaluer les capacités de compréhension du projet thérapeutique, en insistant sur l'intérêt de l'observance et les potentielles interactions médicamenteuses.

Il n'est pas indispensable que le malade soit revu systématiquement en cours de traitement. Les visites de suivi seront adaptées à chaque situation et peuvent être réalisées par du personnel soignant non médical formé à l'éducation thérapeutique si ces visites sont nécessaires. Une charge virale C en cours de traitement pourra être prescrite selon le contexte, notamment en cas de doute sur l'observance du traitement.

1.7. Suivi après le traitement

1.7.1. Comment définir la guérison virologique ?

Idéalement, 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 ⁽¹⁾.

Si ce délai n'est pas respecté, un ARN VHC indétectable effectué au-delà de 12 semaines après l'arrêt du traitement permettra d'affirmer la guérison virologique.

1.7.2. Suivi après guérison virologique

Le suivi sera conditionné par l'évaluation initiale de la fibrose hépatique, de l'existence de comorbidités hépatiques et du risque de réinfection ⁽¹⁾.

En cas de fibrose initiale peu sévère, en l'absence de comorbidité hépatique et de risque de recontamination, le patient est considéré comme guéri de son infection virale C et aucun suivi spécifique n'est plus nécessaire ⁽¹⁾.

En cas de fibrose sévère, le suivi du patient reste indispensable, y compris après guérison virologique, afin de dépister les éventuelles complications de la maladie hépatique sous-jacente ⁽¹³⁾.

Le risque de carcinome hépatocellulaire diminue chez le patient guéri ⁽¹⁴⁾ mais persiste d'autant plus que la fibrose hépatique initiale est sévère et qu'il existe des comorbidités hépatiques ⁽¹⁵⁾. Le dépistage par échographie hépatique semestrielle est donc recommandé chez tout malade dont la fibrose hépatique initiale était sévère (F3 ou F4) ⁽¹⁾. La place d'une imagerie en coupes (IRM hépatique) reste à définir mais peut être proposée chez des patients peu échogènes.

Le suivi de l'hypertension portale sera effectué selon les recommandations nationales de l'AFEF, en fonction de la situation pré-thérapeutique. Après guérison virologique, la décision d'une nouvelle endoscopie s'appuie sur la numération plaquettaire et le résultat annuel du Fibroscan®, permettant d'éviter la réalisation d'une endoscopie systématique chez les patients à faible risque de progression de l'hypertension portale ⁽¹⁶⁾.

Dans tous les cas, 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, selon un décret paru au *Journal officiel* du 1^{er} mars 2022, dans l'intérêt du patient guéri.

Enfin, il importe d'informer le patient sur les risques de réinfection, en particulier chez les patients avec persistance de comportements à risque (usagers de drogues, hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes) ⁽¹⁷⁾. Dans cette situation, il est recommandé d'effectuer une recherche d'ARN du VHC au moins annuelle ⁽¹⁾.

L'éducation thérapeutique est un levier fondamental pour éviter les contaminations à répétition.

1.7.3. Suivi après échec du traitement

L'efficacité thérapeutique des AAD permet de considérer la situation d'échec virologique comme très rare. Dans ce cas, l'observance du traitement et les interactions thérapeutiques méconnues ou négligées doivent être considérées.

Si l'échec est retenu formellement, et après avoir éliminé une réinfection, un recours auprès d'un centre expert est indispensable pour adapter au mieux et au cas par cas le nouveau traitement antiviral basé sur la recherche de variants de résistance.

RECOMMANDATIONS

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 antiviral (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) (A)

2. Parcours de soins et accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité et populations particulières

2.1. Accès aux droits sociaux et aux soins sur le territoire

⇒ Se référer aux [Recommandations de prise en charge transversale \(à paraître en 2024\)](#)

2.2. Populations vulnérables et précaires (dont migrants)

2.2.1. Caractérisation des populations & déterminants sociaux de la santé

De nombreuses recommandations se sont focalisées et se centrent encore sur les comportements à risque et l'administration de vaccins contre l'hépatite B, la délivrance d'un traitement antiviral, une bonne observance, sans pour autant prendre pleinement la mesure du poids des déterminants sociaux de l'état de santé des personnes pour prévenir la transmission des hépatites et les soigner avec un accompagnement adapté. La caractérisation de la vulnérabilité sociale des personnes (⇒ Se référer aux [Recommandations de prise en charge transversale \(à paraître en 2024\)](#)) a permis de dépasser le concept de groupes à risques qui a participé à la stigmatisation de populations et limité la prévention et le soin. Cette caractérisation permet une responsabilisation individuelle.

Les obstacles aux soins et à la prévention des personnes atteintes par les hépatites virales, qu'il s'agisse d'erreurs de droit manifestes, de refus de soins, ou encore de méconnaissance des dispositifs, nécessitent de préciser ce qui fonde le droit à la santé en France, comme de proposer des améliorations. Enfin, des dispositifs et des expériences innovantes sont développés aujourd'hui, sur lesquels il faudrait davantage s'appuyer, comme la médiation en santé, l'interprétariat professionnel, les hébergements avec accompagnement, et les stratégies avancées.

2.2.2. Dépistage et prise en charge, dont dispositifs facilitant l'accès aux soins et à la prévention des migrants

Le plan Priorité Prévention présenté en 2018 demande d'intensifier les actions de prévention et de dépistage à destination des publics les plus exposés pour contribuer à l'élimination du virus de l'hépatite C à l'horizon 2025 ⁽¹⁸⁾. En mai 2018, le Directeur Général de la Santé a précisé les grandes lignes de ce plan :

- Il faut reconsidérer notre modèle de prise en charge thérapeutique hospitalière spécialisée pour rapprocher prévention, dépistage, traitement et suivi au plus près des personnes.

- L'offre d'un traitement de proximité pour l'hépatite C sera dépendante des actions d'amont, de sensibilisation, de prévention et de dépistage ; il faut avant tout s'appuyer sur et renforcer les dispositifs existants auprès des publics les plus vulnérables.

2.2.2.1. *Dépistage des hépatites virales*

La prise en charge des hépatites virales commence par une évaluation des facteurs de vulnérabilité et un dépistage intégré idéalement à un bilan de santé plus complet proposé à titre systématique.

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 convient donc de promouvoir le travail pluridisciplinaire pour surmonter ces obstacles sociojuridiques et de 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 ⁽¹⁹⁾. Le nombre de formations à la réalisation des TROD doit être augmenté afin de démultiplier l'accès au dépistage.

2.2.2.2. *Aller vers*

L'intervention des équipes d'accompagnement sous la forme de services mobiles intervenant à domicile, dans la rue ou dans d'autres lieux d'hébergement sont déjà en place sur certains territoires métropolitains ⁽²⁰⁾. Elles doivent être développées et généralisées. Elles 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, et d'assurer le lien par des contacts réguliers. Un appui auprès des associations communautaires favorisera les échanges et renforcera les actions.

2.2.2.3. *Parcours de santé spécifique*

La mise en place d'un parcours de santé simplifié dédié aux personnes migrantes et aux personnes en situation de précarité a pour objectif de 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.

Plusieurs parcours simplifiés ont déjà été mis en place dans différentes villes françaises ⁽²¹⁾.

Le délai entre le dépistage et la prise en charge médicale peut être réduit à quelques jours. La réalisation de marqueurs non invasifs de fibrose type FibroScan® avec résultat immédiat autorise un début de traitement le jour de la première consultation médicale ⁽²²⁾.

Si, 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, il n'en est pas de même dans le cas d'une fibrose sévère ou en présence d'une hépatite virale B.

En effet, le suivi devra continuer, quelle que soit l'hépatite virale, en cas de fibrose sévère avec dépistage du carcinome hépato-cellulaire par imagerie semestrielle ⁽¹⁶⁾. De même, en cas d'hépatite B (chronique active ou infection virale), une surveillance au moins annuelle avec bilan sanguin est indispensable en raison du risque de réactivation virale grave ⁽¹⁶⁾. La compréhension par le patient de la nécessité de cette surveillance à vie est un enjeu majeur dans ces populations souvent mobiles.

2.2.2.4. *Suivi des traitements*

L'observance des traitements de l'hépatite B et de l'hépatite C est primordiale pour obtenir un contrôle de la maladie ou une guérison. Des conditions de vie dégradées peuvent interférer avec une prise régulière des traitements. La délivrance quotidienne ou au moins régulière des médicaments par les structures d'appui à la précarité type Samu Social permet d'aider à la régularité des prises et donc contribue à la réussite de la prise en charge.

2.2.2.5. *Cas particulier de l'hépatite Delta*

La particularité de l'hépatite Delta est de donner une atteinte hépatique plus sévère avec une évolution plus rapide de la maladie vers une cirrhose ⁽²³⁾. Il est donc particulièrement important que les patients coinfectés B-Delta puissent bénéficier d'un traitement.

Les thérapeutiques disponibles actuellement sont sous forme d'injections cutanées quotidiennes et/ou hebdomadaires pendant plusieurs mois ou années, au prix d'effets secondaires majeurs (syndrome pseudo-grippal, asthénie, irritabilité, syndrome dépressifs...) ⁽²⁴⁾. La réalisation de tels traitements ne peut 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.

2.2.3. **Facilitation de l'accès aux soins et à la prévention**

2.2.3.1. *L'interprétariat*

⇒ Se référer aux [Recommandations de prise en charge transversale \(à paraître en 2024\)](#)

2.2.3.2. *La médiation en santé*

⇒ Se référer aux [Recommandations de prise en charge transversale \(à paraître en 2024\)](#)

2.2.4. **Droit au séjour pour raison médicale et protection contre l'éloignement**

2.2.4.1. *Droit au séjour pour raison médicale*

⇒ Se référer aux [Recommandations de prise en charge transversale \(à paraître en 2024\)](#)

Chez une personne infectée par le VHC qui ne pourra pas « effectivement bénéficier dans son pays du traitement approprié » deux situations sont à considérer :

1. La personne présente une infection par le VHC, sans complication, ni fibrose significative, ni comorbidité.

Dans ce cas une régularisation est justifiée uniquement pendant la durée du traitement anti-VHC, y compris la durée du suivi nécessaire pour affirmer la guérison virologique. En pratique, la longue durée de la procédure en raison des obstacles rencontrés depuis le dépôt de la demande jusqu'à l'avis du collège de médecins de l'OFII puis la réponse des préfetures, implique que la personne est parfois guérie lors de la délivrance (ou non) d'un titre de séjour.

2. La personne présente des complications initiales, et/ou une fibrose hépatique sévère, et/ou des comorbidités, qui ont pu apparaître au décours du traitement antiviral et qui entraînent « des conséquences d'une exceptionnelle gravité ».

Ce patient nécessite un suivi au-delà de la guérison virologique et, le cas échéant, un traitement approprié. Il peut s'agir par exemple de la survenue d'un carcinome hépatocellulaire avant, ou au cours du traitement, ou encore du risque de survenue après la fin du traitement antiviral. Une régularisation pour raison médicale est alors justifiée, sans toujours pouvoir prévoir la durée du suivi et du traitement.

Une personne infectée par le VHB, originaire d'un pays en développement (caractérisé par un indice de développement humain bas ou moyen), présentant une hépatite (AgHBe +/-) ou une infection chronique (AgHBe +/-) remplit le plus souvent les conditions requises pour l'obtention d'un titre de séjour en raison de son état de santé, telles que recommandées par le groupe HAS sur ce sujet.

⇒ Se référer aux [Recommandations de prise en charge des personnes infectées chroniquement par le virus de l'hépatite B](#)

Les antécédents familiaux d'infection par le virus de l'hépatite B, l'ancienneté de la contamination et les facteurs environnementaux, tels l'exposition aux aflatoxines, sont autant d'éléments qui rendent particulièrement difficiles l'évaluation du pronostic individuel à moyen et long terme pour la majorité de ces patients. En l'état actuel des connaissances scientifiques, si les complications graves sont bien connues à moyen et long terme, l'évolution naturelle individuelle de ces infections reste inconnue. Cette incertitude confère à ces infections un caractère d'une extrême gravité potentielle et justifie la continuité et la régularité des soins et de l'accompagnement comme pour la population générale pour une durée indéterminée.

Dans la plupart des pays dit « en développement », les indicateurs de santé des institutions internationales font notamment état de non disponibilité des molécules de référence ou de ruptures fréquentes des stocks de médicaments lorsqu'ils sont présents, et de réactifs de laboratoire, de l'insuffisance de la maintenance et des procédures-qualité du matériel de suivi virologique et, dans une moindre mesure, de celle du suivi sérologique.

Les éléments d'appréciation de la disponibilité d'un traitement adapté dans le pays d'origine et de rédaction du rapport médical sont illustrés dans un Guide de soins et d'accompagnement des migrants/étrangers en situation précaire à destination des professionnels ⁽²⁵⁾ et nécessitent un travail en réseau.

La procédure de demande de titre de séjour pour soins est détaillée en cliquant [ici](#).

2.2.4.2. *Protection contre l'éloignement*

⇒ Se référer aux [Recommandations de prise en charge transversale \(à paraître en 2024\)](#)

2.2.5. Assurer une prise en charge globale

Pivot de la prise en charge, le médecin est chargé d'assurer la continuité des soins.

Son projet thérapeutique ne saurait se construire sans :

- un dépistage des hépatites, du VIH et des IST intégré à un bilan de santé adapté proposé à titre systématique et un rattrapage vaccinal ;
- une évaluation des conditions de vie et des facteurs de vulnérabilité ;
- une prise en charge pluri-professionnelle conjointe afin de surmonter les obstacles liés aux facteurs de vulnérabilité ;
- un recours à l'interprétariat professionnel si besoin.

RECOMMANDATIONS

- 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)
 - ⇒ Se référer à l'annexe [Critères de vulnérabilité \(à paraître en 2024\)](#)
- 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. (AE)

2.3. 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. Il peut s'agir de patients avec trouble de l'usage d'alcool qui sont d'ailleurs parfois des anciens usagers de drogues substitués ou sevrés, des patients avec usage de drogue actif -par voie veineuse, nasale ou orale- parfois associé à des comportements sexuels à risque (*chemsex*)... Les problématiques et le parcours seront donc différents selon les patients et les structures de soins.

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% ⁽²⁶⁾. En revanche, le risque d'hépatite aiguë chez les usagers de drogues est 20 fois plus important que dans la population générale ⁽²⁶⁾, ce qui est confirmé par une prévalence de l'anticorps anti-HBc estimée à 41,6% ⁽²⁷⁾. Cette population est à risque et devrait faire l'objet d'une vaccination systématique en raison du risque d'hépatite sévère, surtout en cas de coinfection virale ou de maladie hépatique sous-jacente.

En revanche, cette population est à haut risque d'infection aiguë et chronique par le virus de l'hépatite C (VHC) et reste un important réservoir viral potentiel. Les usagers de drogues sont particulièrement à risque d'infection par le VHC même si la prévalence de la maladie a probablement diminué au cours des dernières années (30-35% en 2011 ⁽²⁸⁾ vs. 12% en 2016 ⁽²⁹⁾). Au plan individuel, il convient de dépister systématiquement et de traiter les patients infectés. En termes de santé publique, l'élimination du VHC repose sur le dépistage, le traitement et la prévention de l'infection et de la réinfection ⁽¹⁾. Le dépistage du VHC implique celui de la fibrose hépatique qui détermine le risque de progression vers la cirrhose et ses complications (insuffisance hépatocellulaire, hypertension portale et carcinome hépatocellulaire). Il peut être également l'occasion de dépister les autres causes de maladies hépatiques fréquentes dans ces populations. Grâce à la mise à disposition des antiviraux directs (AAD) ayant une excellente efficacité et très peu d'effets indésirables, le traitement de ces patients a été considérablement simplifié. Un groupe de travail FFA-AFEF associant addictologues et hépatogastroentérologues (HGE) a proposé en 2019 un parcours de soins coordonnés pour les patients addicts. Les propositions suivantes s'appuient sur ce travail ⁽³⁰⁾.

Il convient donc de proposer un dépistage des virus des hépatites B et C et du VIH, des comorbidités et de leurs complications et d'offrir des modalités de prise en charge adaptées. Pour cela les experts recommandent de s'appuyer sur des parcours de soins simples permettant : 1) une unité de lieu et de temps, de préférence sur le site des soins addictologiques suivant le principe de « l'aller vers », 2) un dépistage large utilisant des outils rapides et non invasifs. En pratique, il est recommandé une prise en charge adaptée aux ressources du lieu de soins et tenant compte de la situation des patients (abord veineux, capacité à aller à une consultation spécialisée) en privilégiant les soins sur site permettant de réduire au maximum les étapes du dépistage au traitement. Nous rappelons en effet que la filière addictologique rassemble des groupes de personnes ayant un mode de vie, une insertion sociale, des consommations de produits et un capital veineux très variables.

2.3.1. 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.

Faciliter une orientation rapide des patients (filiale de consultation dédiée), les accompagner aux consultations ou à l'inverse proposer des consultations d'hépatologue sur les lieux de soins addictologiques sont des solutions, parfois difficiles à mettre en œuvre, qui réduisent le nombre de patients perdus de vue et non pris en charge après un dépistage. Lorsqu'un médecin (MG, addictologue, psychiatre) est présent sur les lieux de dépistage, la possibilité d'avoir un contact rapide et simple avec un hépatologue identifié par téléphone, par mail ou à l'occasion d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) peut permettre la mise en route d'un traitement et la poursuite des soins au sein du centre d'addictologie. Le recours à l'hôpital de jour de médecine (ou unité de médecine ambulatoire) présente l'avantage de pouvoir réaliser des examens et la consultation hépatologique en une unité de temps et de lieu. Le groupe souligne également l'intérêt d'un « passeport maladie du foie », numérique ou papier, car il peut exister une réelle fracture numérique dans cette population.

2.3.2. Que dépister ?

2.3.2.1. Les virus

Les virus de l'hépatite B (et VHD si Ag HBs positif), de l'hépatite C et le VIH doivent être dépistés.

En raison de certains modes de transmission communs (exposition sexuelle, exposition à des liquides biologiques) et de facteurs de risque très fréquents chez les patients dépendants, les 3 virus doivent être dépistés. En cas d'absence des anticorps HBc, il faut vacciner les patients contre l'hépatite B. L'exposition sexuelle reste la 1^{re} exposition à risque (54%) pour l'hépatite B aiguë ⁽³¹⁾. Dans 90 % des cas, cette infection ne passe pas à la chronicité mais il faut vérifier la disparition de l'antigène HBs à 6 mois. En cas de persistance, il faut dépister régulièrement la sérologie du virus delta (VHD). Dans la population de personnes pratiquant le *chemsex*, le dépistage et la vaccination contre l'hépatite virale A (VHA) est également recommandée ⁽³¹⁾.

2.3.2.2. La fibrose extensive et la cirrhose

La fibrose extensive, pour en prévenir l'évolution, et la cirrhose, pour en prévenir les complications liées à l'hypertension portale et à l'insuffisance hépatocellulaire : hémorragie digestive, ascite, infections bactériennes ainsi que le carcinome hépatocellulaire (CHC) doivent être dépistés.

2.3.2.3. Les comorbidités hépatiques

Les comorbidités hépatiques doivent être dépistées autant que possible car elles augmentent le risque de progression vers la cirrhose et de CHC ⁽³²⁾. Elles devraient être recherchées chez les patients les plus âgés, substitués, sevrés, en cas de contexte clinique (par exemple, obésité) ou en cas de fibrose extensive ; ce sont :

- Les troubles liés à l'usage d'alcool (TUA) (à l'aide des questionnaires AUDIT-C, AUDIT ou interrogatoire habituel des addictologues) ;
- Les éléments du syndrome dysmétabolique : obésité, hypertension artérielle, diabète de type 2, dyslipidémie.

2.3.3. Qui dépiste et avec quels outils ?

Chaque structure addictologique devrait disposer d'un HGE référent (qui peut être référent de plusieurs structures) pour donner un avis, proposer ou réaliser un bilan complémentaire, assurer le suivi hépatologique, éventuellement par télémedecine et prendre en charge des situations complexes. Il est essentiel d'organiser dès que possible l'interface et les procédures de fonctionnement entre le dispositif addictologique et les HGE référents ⁽³⁰⁾.

2.3.3.1. Les virus

- Dépistage sur place
- Dépistage sérologique par un test rapide à orientation diagnostique (TROD) par tout personnel du service qui a été 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 :
 - Soit au moyen d'un buvard 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
 - Soit grâce à un automate de biologie moléculaire « léger » de type GEnEXpert (Cepheid®) permettant d'obtenir en environ une heure, sans ponction veineuse, une recherche d'ARN ou d'ADN viral et pouvant éventuellement être utilisé par une équipe mobile. 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, réalisé par un soignant présent au sein du centre. Ce prélèvement permet alors de rechercher le génome viral, d'effectuer un bilan sérologique complémentaire (VHD), de réaliser un bilan hépatique, des marqueurs sériques de fibrose (FibroTest® ou FibroMètre®), un bilan pré thérapeutique (NFS, plaquettes, fonction rénale) et de rechercher des comorbidités (diabète, dyslipidémie)

Il n'est pas nécessaire de réaliser un génotypage du VHC avant de traiter le patient.

- Dépistage au laboratoire à partir d'une ordonnance
- Dépistage prescrit par le médecin traitant vers qui le patient aura été orienté

Il faudra également avoir vérifié que les droits sociaux sont ouverts.

2.3.3.2. La fibrose et la cirrhose

Le degré de fibrose doit être évalué avant de débiter le traitement antiviral C ⁽¹⁾.

- Par un test non invasif sanguin (FibroTest® ou FibroMètre® remboursé une fois par an pour le VHC, lors d'un prélèvement veineux) ;
- Par une élastométrie, de préférence sur place. Le groupe suggère de 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 mais nécessite des procédures compliquées et contraignantes et il est souhaitable de les simplifier ;

- Lors d'une échographie en centre de radiologie si l'appareil est équipé d'un module d'élastométrie, ce qui est aléatoire et doit être spécifié sur la prescription ;
- En centre hospitalier : éventuellement en accompagnant le patient (accompagnement par un membre d'une association ou par un patient pair)

2.3.3.3. Les complications de la cirrhose

Tout patient ayant une cirrhose doit bénéficier d'une consultation semestrielle avec un hépatogastroentérologue pour un dépistage clinique, biologique et radiologique +/- endoscopique des complications de la cirrhose. Le CHC doit impérativement être dépisté par une échographie semestrielle en cas de cirrhose ou de fibrose extensive, même après élimination du virus C.

2.3.3.4. Les autres complications liées à l'alcool et au tabac

Si la situation médico-sociale est suffisamment stable, la prise en charge de l'hépatite C et de la Maladie du foie liée à l'Alcool (MFLA) peut être l'occasion de dépister également les autres complications liées à l'alcool et au tabac : 1) oncologiques : cancers des voies aéro-digestives supérieures et broncho-pulmonaire et 2) cardio-vasculaires, même si ce n'est pas la priorité chez certains patients.

2.3.4. 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) **et a fortiori de cirrhose**, 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. On souligne l'intérêt d'une formation des médecins et des soignants en addictologie aux nouveaux traitements antiviraux : un tutoriel est disponible sur le site de l'AFEF (33). Chaque structure addictologique devrait disposer d'au moins un médecin addictologue référent et d'un infirmier référent pour les patients infectés par le VHC ⁽³⁰⁾.

Les interactions médicamenteuses devront être vérifiées avant de prescrire le traitement en utilisant l'application et/ou le site internet *HEP Drug interactions* ⁽³⁾.

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.

En l'absence de fibrose extensive mais en présence de comorbidité hépatique de type mésusage d'alcool et/ou syndrome dysmétabolique qui sont fréquents, il convient de 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 faut noter qu'il n'y a pas d'interaction entre AAD et médicaments anti-craving habituels : acamprosate, naltrexone, nalméfène, baclofène, disulfirame). ⁽³⁾
- La prise en charge d'un syndrome dysmétabolique (antidiabétiques oraux, traitement antihypertenseur, traitement hypolipémiant, règles hygiéno-diététiques, etc.) ne nécessite pas

forcément l'intervention d'un hépatologue ou d'un spécialiste et pourra souvent être assuré par l'addictologue avec l'aide éventuelle du médecin traitant ou par le médecin traitant lui-même.

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**, définie par une élasticité ≥ 15 kPa), il convient d'orienter vers l'hépatologue ⁽¹⁾ pour :

- Le dépistage des complications de la cirrhose :
 - une hypertension portale (élastométrie et éventuellement endoscopie digestive haute selon les situations)
 - un CHC : dépistage semestriel sur une durée indéterminée par une échographie hépatique semestrielle, éventuellement associée au dosage sanguin de l'alpha-fœtoprotéine
 - d'autres complications moins fréquentes (thrombose portale...)

- L'initiation du traitement par un hépatologue.

Toutefois le délai de consultation est généralement assez long avec le risque que le patient ne se présente pas au rendez-vous. Il est souligné d'ailleurs ici l'intérêt d'un accompagnement du patient au Centre Hospitalier ainsi que l'intérêt d'une consultation avancée d'hépatologie en CSAPA / CAARUD. Il peut donc être proposé qu'en l'absence de décompensation de la cirrhose (insuffisance hépatocellulaire sévère, ascite, hémorragie digestive, carcinome hépatocellulaire), le traitement par AAD puisse être débuté par le médecin non hépato-gastroentérologue –éventuellement supervisé- et qu'en parallèle, une consultation spécialisée soit organisée pour le dépistage et la prise en charge des complications éventuelles de la cirrhose.

- Compte-tenu des spécificités psycho-comportementales des patients les plus précaires, il peut être proposé d'organiser ces examens en hôpital de jour de médecine afin de réaliser les examens nécessaires (biologie + échographie hépatique +/- endoscopie digestive haute +/- élastométrie + consultation avec un hépatologue).

En cas d'insuffisance rénale sévère (DFG < 30 ml/min), de coinfection VHB, VHD et/ou VIH, d'exposition antérieure à des antiviraux contre le VHC ou d'interactions médicamenteuses complexes, il est préférable d'orienter le patient vers un hépatologue et de s'assurer de la réalisation de la consultation.

2.3.5. Surveillance après traitement antiviral

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.

Les programmes de réduction des risques et des dommages (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.

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. Le dépistage d'une éventuelle réinfection après traitement est particulièrement indiqué en cas de persistance d'une exposition à risque. Il s'agit de la population des usagers actifs de drogues et des personnes pratiquant le *chemsex* qui ont un risque important de réinfection virale ⁽³⁴⁾.

Il reste indispensable de poursuivre le dépistage régulier des comorbidités en lien avec le vieillissement des patients et la modification éventuelle des conduites addictives, en particulier l'apparition d'un mésusage d'alcool, d'une prise de poids, d'un diabète ou d'une dyslipidémie après substitution des opiacés.

- En cas de syndrome dysmétabolique et a fortiori en cas de tabagisme associé, une consultation et un suivi cardiologique doivent être organisés (risque cardiovasculaire majeur)
- 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

En cas de cirrhose, **le dépistage semestriel du CHC** doit être poursuivi ainsi que le dépistage et la discussion du traitement de l'hypertension portale.

La mise à disposition d'outils de rappel pour les structures permettrait de programmer le dépistage d'une réinfection et d'une complication de la maladie du foie ⁽³⁰⁾.

2.3.6. Intérêt de l'aide par les pairs et patients experts

Le dépistage des hépatites virales et du VIH dans la population d'usagers de drogues est rendu complexe par la précarité et parfois un capital veineux endommagé et il est difficile de convaincre les personnes de l'intérêt du dépistage. Des expérimentations de dépistage des hépatites par des patients experts ou pairs sont convaincantes ^(35,36). Equipés de TROD, d'un FibroScan® et d'un GEnEXpert®, des patients experts guéris du VHC et un soignant peuvent proposer aux structures addictologiques de leur région de venir les aider à effectuer ces dépistages. Le deuxième intérêt de ce type d'actions est de confirmer les guérisons, et de dépister d'éventuelles recontaminations.

RECOMMANDATIONS

- 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 débuter le traitement antiviral, 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 géotypage. Cette pratique est nécessaire et suffisante et peut être réalisée soit par prélèvement veineux permettant alors de réaliser également un bilan pré-thérapeutique, 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)
- ⇒ Se référer aux Recommandations [Epidémiologie, Prévention, Dépistage des hépatites virales B, C et Delta \(à paraître 2023\)](#)
- 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)

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

Les constats qui avaient justifié ce chapitre dédié à la prise en charge des infections liées au virus de l'hépatite C (VHC) en milieu carcéral n'ont pas été significativement modifiés par rapport à ceux de 2016 soient : (a) la prévalence élevée de l'infection virale C chez les personnes détenues par rapport à celle de la population générale, qui conduit à considérer que la population des personnes détenues constitue un « réservoir » pour cette infection, (b) les spécificités de prise en charge liées à la détention qui peuvent complexifier l'accès au traitement des sujets infectés.

Le traitement anti-VHC dans le cadre du parcours simplifié doit pouvoir s'appliquer particulièrement à ces patients afin de raccourcir le plus possible l'intervalle de temps entre le diagnostic et le début du traitement.

Concernant l'épidémiologie, peu de données existent en dehors de celles d'enquêtes⁽³⁷⁻³⁹⁾ et d'études ciblées sur certaines régions. Les données de PREVACAR les plus robustes sont maintenant anciennes et devraient être renouvelées⁽⁴⁰⁾. L'enquête PREVACAR, conduite par l'Institut de veille sanitaire (InVS) et la Direction générale de la santé (DGS) en 2010, a permis d'estimer à 4,8 % la séroprévalence du VHC chez les personnes adultes détenues en France, soit cinq fois plus que la population générale⁽⁴⁰⁾. La prévalence de l'infection à VHC chez les personnes détenues varie en fonction de l'âge, allant de 0 % pour la classe d'âge 18-21 ans à 11,6 % pour celle des 41-50 ans. Elle varie aussi en fonction du genre (11,8 % chez les femmes *versus* 4,5 % chez les hommes) et en fonction de l'origine géographique (5,0 % chez les personnes nées en France, 12,3 % chez les personnes nées dans un pays d'Europe de l'Est et 12,4 % chez les personnes nées en Asie)⁽⁴¹⁾. L'enquête PREVACAR a par ailleurs montré que chez la moitié des détenus contaminés par le VHC, la recherche de l'ARN viral était positive. La prévalence de l'infection chronique par le VHC était donc en 2010 en moyenne de 2,5 % en milieu carcéral⁽⁴¹⁾.

On ne dispose en France que de rares données sur l'incidence de l'infection à VHC en détention. Les données de la littérature internationale indiquent une incidence variant de 1,2 pour 100 personnes-années dans une prison catalane à 3,3 pour 100 personnes-années en Écosse et 14,8 pour 100 personnes-années en Australie⁽⁴²⁻⁴⁴⁾.

Une étude monocentrique française récente, portant sur 333 détenus, a trouvé des chiffres plus faibles de 3 pour 1 000 personnes-années⁽⁴⁵⁾.

Plusieurs études réalisées en France ont documenté l'exposition au risque de transmission de l'infection virale C par le biais de pratiques d'injection de drogues et de partage du matériel d'injection en détention. L'enquête ANRS-Coquelicot a porté au niveau national sur des usagers de drogues fréquentant les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) et les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Dans cette enquête, 12 % des usagers de drogues déclaraient s'être injecté une drogue lors d'une de leurs incarcérations (61 % de ces usagers indiquaient avoir été incarcérés au moins une fois au cours de leur vie) et, parmi eux, 30 % déclaraient avoir partagé leur matériel d'injection à cette occasion ⁽⁴⁶⁾. Ces données ont été confirmées dans des études locales mettant en évidence des pratiques de réutilisation et de partage de matériel d'injection ⁽⁴⁷⁾. L'enquête PREVACAR a montré que 18 % des personnels pénitentiaires déclaraient avoir trouvé des seringues en détention au cours des 12 derniers mois ⁽⁴⁸⁾. Ces données sont confirmées par l'enquête PRIDE dans laquelle un tiers des soignants indiquait avoir traité des abcès chez des détenus, sans doute liés à des pratiques d'injection ⁽⁴⁹⁾.

L'ensemble de ces données montre la nécessité de mettre en œuvre des mesures de réduction des risques en détention, afin de respecter le principe d'équivalence de l'accès aux soins entre le milieu libre et le milieu carcéral, principe promu par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ⁽⁴⁹⁾.

L'accès aux soins des détenus repose sur les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) présentes dans chaque établissement. Les missions des USMP sont d'assurer aux personnes détenues une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles offertes à la population générale. Ces missions incluent la prévention et le dépistage, l'accès aux consultations spécialisées et la dispensation des médicaments et des traitements de substitution. Dans certains établissements, le dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (IST) est assuré par une antenne d'un centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD).

Les pratiques et l'organisation des soins restent très hétérogènes selon les établissements pénitentiaires. Les évolutions récentes des traitements de l'infection à VHC, marquées par une grande efficacité, une très bonne tolérance et des durées courtes d'administration associées à une surveillance simple devraient faciliter l'accès au traitement des personnes détenues. Cela nécessite cependant que les stratégies proposées parviennent à dépister les personnes infectées et à conduire à un traitement et en assurer le suivi. La prise en charge thérapeutique, pour être efficace, devra aussi tenir compte de la durée souvent courte des peines, inférieure à 10 mois pour 80 % des détenus, mais aussi de l'absence de couverture sociale chez une partie d'entre eux, susceptible de compromettre la poursuite des traitements après la sortie.

2.4.1. Dépistage

En milieu carcéral, un dépistage du virus de l'hépatite B (VHB), du VHC et du VIH est systématiquement proposé à l'occasion de la visite médicale d'entrée. Ce dépistage devrait être renouvelé au cours de l'incarcération ⁽⁵⁰⁾. Les dépistages sont effectués dans la majorité des cas par les USMP ou par les CeGIDD lorsqu'il existe une antenne intra-muros. Dans l'étude PREVACAR, 95 % des USMP de consultation ambulatoire déclaraient proposer systématiquement le dépistage des trois virus à l'entrée en détention et la moitié déclarait renouveler la proposition de dépistage en cas

de refus à l'arrivée. L'exploitation par le Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS) des données issues des rapports d'activité des USMP montre un nombre de sérologies stable depuis 2013, autour de 50 000/an aussi bien pour le VIH que pour le VHC et le VHB. L'estimation du taux de dépistage effectif à l'entrée en détention en 2017 est de 51,6%, avec une variabilité entre les régions de 36,5% à 67,2% ⁽³⁹⁾. Le renouvellement de l'offre n'est pas différent selon la présence ou non d'une antenne du CeGIDD dans l'établissement. Les pratiques de dépistage et le rendu des résultats varient beaucoup selon les établissements pénitentiaires. En effet, même si le dépistage est très largement proposé, sa réalisation n'est pas toujours possible dans le même temps et un certain nombre de prélèvements semble ne jamais être réalisé. Par ailleurs, lorsque le prélèvement est réalisé, le rendu du résultat, qu'il soit positif ou négatif, n'est pas toujours effectué, le plus souvent en raison des difficultés à revoir le détenu à la consultation dans un délai rapide. Dans l'étude effectuée par le CNS, le délai entre l'acceptation des dépistages par la personne détenue et leur réalisation s'avère extrêmement variable, parfois de quelques jours dans des USMP très organisées et mobilisées, mais généralement d'une à plusieurs semaines, ce qui la rend aléatoire. Une partie des dépistages prévus ne sont finalement jamais réalisés. Dans la grande majorité des cas, les USMP n'ont pas organisé de rendu systématique des résultats négatifs, ni mis en place de dispositif structuré de réitération systématique de la proposition de dépistage, par exemple sur une base annuelle ⁽³⁹⁾. Ce faible taux de rendu est confirmé par les résultats de l'enquête UCSASCAN qui montre que seuls 12,6 % des détenus dépistés et ayant bénéficié d'un FibroScan© ont été vus à la consultation de rendu des résultats ⁽⁵¹⁾. Cela est d'autant plus dommageable que le rendu des tests de dépistage est un moment particulièrement adapté pour évoquer la réduction des risques et apporter un message d'éducation à la santé. Dans l'enquête PREVACAR, plus de 75 % des USMP déclarent proposer des actions d'éducation pour la santé et de prévention, mais seulement un tiers d'entre elles en avaient réalisé dans les six mois précédant l'enquête.

L'intérêt de l'utilisation des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) pour le dépistage des personnes détenues et l'articulation de ce dépistage avec les USMP n'a toujours pas été véritablement évalué, les expériences locales qui plaident pour leur mise à disposition au sein des USMP n'ont pas encore modifié les pratiques ⁽⁵²⁾. L'utilisation des TROD permet de concrétiser l'offre de dépistage dès son acceptation par le détenu et, en cas de dépistage positif, d'initier rapidement le bilan pré-thérapeutique. Son résultat immédiat corrige en partie le problème des examens sérologiques non rendus, en particulier aux détenus transférés rapidement. Par ailleurs, les TROD pouvant être réalisés par un membre non médical formé de l'USMP, cela représente un avantage dans un contexte où les moyens médicaux sont insuffisants, notamment lors des visites d'entrée. Si l'utilisation des TROD n'est pas indispensable dans les structures qui mettent en œuvre le dépistage sans difficultés, cet outil devrait avoir un grand intérêt dans les établissements confrontés à des obstacles dans la réalisation des prélèvements ou le rendu des résultats. Le développement de tests combinés, avec un seul dispositif dépistant les trois virus (« tri-TROD »), devraient permettre leur plus large utilisation.

Les propositions de dépistage doivent être renouvelées chez les personnes incarcérées pour de longues peines de plus de 12 mois, et systématiquement en cas de pratiques à risque identifiées.

2.4.2. Évaluation des patients infectés par le virus de l'hépatite C

L'objectif de cette évaluation est de confirmer l'infection, d'en apprécier la sévérité et de réaliser un bilan pré-thérapeutique. L'évaluation comportera dans un premier temps un bilan virologique et la réalisation des marqueurs non invasifs de fibrose : tests sanguins ou Fibroscan®. En cas de cirrhose, une échographie abdominale est nécessaire, à répéter tous les 6 mois pour la recherche de carcinome hépato-cellulaire suivant les recommandations de BAVENO VII ⁽⁹⁾. À l'issue de ce bilan, l'indication du traitement, sa prescription et l'évaluation de la réponse seront effectuées.

La réalisation rapide et complète du bilan nécessite une implication et une formation des équipes des USMP et le soutien du médecin spécialiste de la prise en charge des infections à VHC référent de l'équipe. Le délai nécessaire à la réalisation du bilan conditionne fortement la prise en charge. En effet, 50 % des détenus sont incarcérés pour des peines de moins de six mois et plus le temps qui s'écoule entre le dépistage et la réalisation des explorations complémentaires est long, plus le nombre de détenus accédant à un traitement sera faible. L'accès aux marqueurs sanguins de fibrose est en principe possible pour tous les établissements, et l'accès au FibroScan® avec un résultat obtenu en temps réel plus répandu devraient permettre de prescrire le traitement dès le rendu des résultats. Différentes stratégies peuvent être proposées en fonction de l'expérience des équipes et des moyens disponibles : accès aux TROD, facilité de réalisation des prélèvements veineux, accès à un FibroScan® ou à des marqueurs sanguins de fibrose. La stratégie peut être : (a) soit un dépistage par TROD et, le jour même, un prélèvement sanguin pour confirmation sérologique et PCR ARN VHC (Xpert HCV VL Fingerstick®, GeneXpert® ou laboratoire virologie) et l'évaluation indirecte de la fibrose avec le FibroScan®, un rendu des résultats, une prescription du traitement (parcours simplifié) ; (b) soit un dépistage par prélèvement sanguin et, lors du rendu des résultats, la réalisation du bilan virologique et biologique pré-thérapeutique et d'un FibroScan® permettant la décision thérapeutique.

2.4.3. Accès aux antiviraux à action directe (AAD). Initiation et suivi du 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 présentation du dossier du patient en RCP se limite à la présentation des cas complexes (cf. chapitre « Organisation générale de la prise en charge thérapeutique et du suivi des personnes infectées par le virus de l'hépatite C »). La prescription du traitement peut être effectuée par tout médecin, quelle que soit sa spécialité. L'ouverture des droits sociaux, systématique à l'entrée en incarcération, est par ailleurs nécessaire pour la délivrance du traitement par la pharmacie à usage intérieur (PUI) de l'hôpital de rattachement. Ces contraintes ne sont plus à l'origine d'un retard d'accès au traitement. La cascade d'accès effectif au traitement par AAD en 2017 montre que, 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. En effet, une fois dépistées, plus de huit personnes détenues éligibles au traitement par AAD sur dix (82,7%) y accèdent ⁽³⁹⁾.

L'observance et l'absence d'interruption du traitement sont des enjeux majeurs pour ces patients dont le devenir à court terme est souvent peu prévisible. Les changements d'établissement ou les libérations

non prévus et non anticipés exposent à des arrêts de traitements et à des échecs limités par les traitements de courte durée de 8 à 12 semaines. Peu d'examens complémentaires sont nécessaires et la surveillance de la charge virale n'est plus indispensable au cours du traitement ⁽¹⁶⁾. Les traitements courts et bien tolérés facilitent donc le suivi en détention.

L'évaluation de la prise en charge thérapeutique des personnes détenues pourrait reposer sur un dispositif de surveillance, d'une part, du nombre de personnes détenues chez lesquelles une infection par le VHC est découverte et, d'autre part du nombre de personnes détenues chez lesquelles un traitement par AAD est mis en œuvre. Ce dispositif permettrait de suivre l'efficacité de la stratégie de prise en charge. Il devrait être accompagné d'une estimation périodique de la prévalence de l'infection à VHC en milieu pénitentiaire, permettant de s'assurer de la réduction effective du réservoir infectieux.

2.4.4. Après le traitement

Les traitements antiviraux actuels, lorsqu'ils sont conduits à leur terme, permettent d'obtenir une guérison virologique chez plus de 95 % des patients. Chez les patients ayant une maladie hépatique sévère ou chez ceux souffrant de comorbidités (excès pondéral, diabète, prise excessive d'alcool), il est indispensable de continuer une surveillance hépatique. Chez les patients ayant, avant le traitement, une fibrose sévère ou une cirrhose (F3 ou F4), un dépistage semestriel du carcinome hépatocellulaire (CHC) par échographie abdominale doit être effectué. Cette stratégie est la seule qui permette de dépister des CHC accessibles à un traitement curatif ⁽⁵³⁾. L'échographie abdominale est très rarement possible au sein des établissements pénitentiaires et nécessite donc des soins hors de l'établissement. La répétition de ces examens tous les six mois peut représenter une contrainte et est soumise à des aléas conduisant à un dépistage insuffisant chez les patients incarcérés. Etant donné l'épidémiologie du CHC, cette surveillance devrait cibler les sujets de plus de 60 ans afin d'être effective, sauf en cas de coinfection, en particulier VHB ou VIH, quel que soit l'âge.

Les patients guéris de leur infection peuvent se réinfecter à l'occasion de pratiques à risque en prison. Même si l'incidence de ces réinfections au cours de la détention n'est pas connue en France, les moyens pour les prévenir et les dépister doivent être mis en œuvre.

2.4.5. Continuité des soins pendant et après la détention

La trajectoire administrative des détenus est parfois chaotique et non prévisible par l'équipe médicale. Chaque consultation nécessite la coordination de plusieurs intervenants dans l'établissement, ce qui expose à des annulations ou des reports assez fréquents. Enfin, malgré l'obligation réglementaire de réaliser une consultation de sortie, les transferts ou les libérations peuvent intervenir sans être anticipés par l'équipe médicale. La libération expose aussi à des interruptions de traitement et à des ruptures de suivi, en particulier lorsque les détenus changent de région et que la sortie n'a pas pu être anticipée et préparée. 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, selon les cas, qui seront remis au patient au moment de sa libération et pour quelques jours s'il est transféré dans un autre établissement.

RECOMMANDATIONS

- 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)

EXPERIENCE REUSSIE DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT ATTEINT D'HEPATITE C AU CENTRE PENITENTIAIRE DE FRESNES

Depuis 2013, date d'apparition des premiers antiviraux à action directe (AAD), la législation, les recommandations et les pratiques se sont assouplies au fil du temps pour permettre aux patients détenus d'être traités en grand nombre contre l'infection à VHC : rétrocession autorisée en détention, puis traitement quel que soit le stade de fibrose, puis parcours simplifié puis prescription autorisée par tous les médecins. Tout est donc aujourd'hui réuni pour ne pas laisser de patients qui entrent en détention avec une infection à VHC sans prise en charge. Mais cela demande un investissement médical et paramédical afin de réduire le temps entre le dépistage et la mise sous traitement. Une étude rétrospective réalisée sur des patients incarcérés en 2016 en Ile de France, a montré que, lors de la consultation arrivant, le dépistage des hépatites virales et des IST est proposé dans plus de 95% des cas et réalisé dans plus de 65% des cas ⁽⁵⁴⁾. Ce dépistage, bien que pouvant encore être amélioré, n'est pas dans notre région le problème majeur expliquant le défaut de prise en charge des patients atteints du VHC.

A Fresnes ⁽⁵⁵⁾, à l'issue du dépistage, si un patient présente une sérologie VHC positive, l'équipe ETP est informée et se charge de récupérer la charge virale. En cas de charge virale positive, le médecin en charge du patient le convoque pour l'annonce de son infection, puis l'équipe ETP le rencontre. Dans un premier temps nous complétons avec lui une fiche dite « fiche sociale » : cela nous permet en fonction de son statut pénal, de la durée de sa peine, de sa situation socio-économique de vie à l'extérieur, de déterminer le temps dont nous disposons pour le traiter. Les demandes d'exams complémentaires et de Fibroscan, si elles ne sont pas encore faites, sont lancées et nous avons la chance d'avoir un délai de réalisation de l'examen d'une dizaine de jours grâce à la proximité de L'EPSNF (Etablissement Public de Santé National de Fresnes). En cas de fibrose importante et/ou de comorbidités associée, le patient sera adressé en consultation spécialisée à l'EPSNF afin d'assurer le suivi nécessaire.

Mais quelle que soit la situation, le traitement est initié (traitement pangénotypique sur 8 semaines) sauf en cas de recontamination après un traitement efficace. Quand le patient connaît sa date de jugement (avec possibilité de libération immédiate) ou toute date de libération, anticipée ou non, il doit nous informer surtout si son traitement est en cours. La pharmacie dispense alors la fin du mois en cours et une ordonnance lui est fournie s'il reste encore un mois de traitement ainsi que les adresses où il peut se rendre pour le retirer.

Ainsi, aujourd'hui il est extrêmement rare qu'un patient infecté échappe au traitement, ce qui n'était pas le cas en 2014 avec les RCP et les consultations spécialisées obligatoires.

Récemment, nous nous sommes intéressés aux patients qui reviennent en détention alors que nous les avons traités ainsi qu'aux patients dont la sérologie est positive mais la charge virale indétectable. Nous les recevons en entretien afin de savoir s'ils connaissent leur statut de guérison (souvent les patients sont libérés avant les 3 mois nécessaires pour le prélèvement), s'ils pensent avoir eu des comportements à risque de recontamination depuis la fin de leur traitement, s'ils souhaitent être redépistés ou pourquoi ils ont souhaité être dépistés. Aucune recontamination n'a été dépistée.

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Nombre de patients traités	21	25	22	21	8	10
Nombre de patients non traités	11	11	6	2	1	0
% patients non traités	34	30	21	9	11	0

2.5. Personnes ayant des troubles psychiatriques

Les personnes ayant des troubles psychiatriques n'étaient pas mentionnées en tant que populations spécifiques dans les précédents rapports ministériels de 2014 et 2016. Seules étaient évoquées :

- les personnes usagères de drogues
- les personnes détenues
- les personnes migrantes et étrangères
- les personnes coinfectées par le VIH et le VHC

Or, les données épidémiologiques, au niveau international et en France, montrent toutes une prévalence très élevée du virus de l'hépatite C (VHC) chez les 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. Une plus large information et sensibilisation des professionnels et des usagers est nécessaire et urgente, afin d'intensifier le dépistage et de mettre en place le traitement de l'hépatite C. Cela repose sur la mise en place d'actions ciblées, reposant sur des aspects organisationnels, de formation et sensibilisation et de moyens en kits de dépistages et équipements.

2.5.1. Santé physique des personnes ayant des troubles psychiatriques, difficultés et organisation de la prise en charge

2.5.1.1. *L'état de santé des personnes ayant des troubles psychiatriques, un constat toujours aussi préoccupant*

Ce constat est largement documenté ⁽⁵⁶⁾ et les rapports, études, revues de la littérature (dont les plus récentes publications) concluent à :

- une mortalité des patients souffrant de schizophrénie 4,5 fois supérieure à celle de la population générale, tous âge, sexe et causes (naturelles et non naturelles) confondus
- une espérance de vie diminuée de près de 20 ans

Les causes et les facteurs de risques expliquant la morbi-mortalité sont bien identifiés (dernière cartographie réalisée par la CNAM ⁽⁵⁷⁾). Malgré une prise de conscience des professionnels de la

psychiatrie et des pouvoirs publics, comment expliquer la stabilité de ces indicateurs préoccupants, et comment peut-on encore expliquer un parcours de soins caractérisé par tant de ruptures dans le suivi ?

Plusieurs raisons sont évoquées ^(58,59):

- les perturbations psychiques liées aux troubles psychiatriques graves ;
- les troubles cognitifs associés : soit du fait de la maladie, soit induits par iatrogénie ;
- les difficultés à exprimer ou repérer les symptômes somatiques, la douleur et la difficulté récurrente à se prendre en charge ;
- l'isolement, la sédentarité ;
- la précarité, voire la grande précarité, l'absence de domicile, de travail, l'incarcération, etc. ;
- la notion d'un handicap psychique, mental voire de handicap invisible, qui n'est pas suffisamment prise en compte dans ces difficultés d'accès aux soins ; et le patient demeure souvent encore trop seul et peu accompagné dans ses démarches de soins ;
- un accès aux soins et un recours peu adapté au dispositif de soins de droit commun, en particulier pour les personnes ayant des troubles psychiatriques sévères ;
- l'absence de médecin traitant ou, quand il est désigné, l'absence ou le peu de recours à sa consultation ;
- une coordination du suivi insuffisante entre les professionnels et un problème de suivi sur la vie entière de la personne ;
- des intrications entre maladie physique et psychique et la problématique des diagnostics différentiels non posés, voire retardés quand le diagnostic psychiatrique est au premier plan et masque une pathologie sous-jacente et vice versa, une formation encore insuffisante des professionnels qui se heurtent aussi à des réticences à soigner des patients jugés « difficiles » ;
- une stigmatisation dont sont trop souvent victimes les patients, mais aussi les professionnels de la psychiatrie dans l'adressage des patients.

La CNAM pointe le moindre recours aux soins de cette population et la moins bonne adhérence à la prise en charge ⁽⁵⁷⁾. Ces causes, si elles sont multiples, peuvent se résumer 1) à des causes liées directement à la maladie et ses conséquences et 2) à des causes liées aux professionnels.

C'est sur ces dernières qu'il est possible de trouver des axes d'amélioration :

- l'organisation et la coordination des soins sur les territoires ;
- les formations et l'amélioration des compétences métiers ;
- la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiatriques afin de diminuer toutes ces réticences voire ces freins à prendre en charge une personne ayant des troubles psychiatriques.

2.5.1.2. Organisation de la prise en charge somatique

Les organisations actuelles en psychiatrie permettent le maillage des disciplines complémentaires à la prise en charge globale que sont la médecine polyvalente et la psychiatrie. Un état des lieux des organisations très précis a été mené pour la psychiatrie et des préconisations définies.

Selon la configuration des établissements sectorisés ⁽⁶⁰⁾ :

En Centres Hospitaliers Spécialisés (CHS)

La prise en charge somatique est organisée : elle permet dans la grande majorité des établissements de prendre en charge les patients hospitalisés et, selon la nature et les moyens de ces dispositifs somatiques dédiés, les patients ambulatoires.

L'évaluation initiale somatique et le suivi pendant le séjour est assuré par le médecin généraliste dit « somaticien » ou praticien en médecine polyvalente qui assure aussi (*via* des consultations ambulatoires) le suivi des patients pour lesquels la prise en charge en médecine de ville est difficile voire impossible : ce modèle s'est imposé sur le terrain comme une réponse opérationnelle aux besoins de soins et de prévention : réalité des difficultés d'accès, liens avec la médecine de ville.

Le praticien en médecine polyvalente a un rôle d'interface avec les médecins spécialistes dans un rôle de médecine de liaison, et travaille en étroite collaboration avec l'offre de soins du territoire.

Certains dispositifs de soins somatiques en centres hospitaliers spécialisés ont une offre de soins plus diversifiée et permettent de dispenser des consultations spécialisées sur site ; certains ont élargi l'offre à des consultations dédiées handicap, dispositif PASS Psy (Permanence d'Accès aux Soins de Santé en milieu Psychiatrique), ELSA (Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie), permettant ainsi de prendre en charge les personnes en situations de précarité et les comorbidités addictives associées aux pathologies psychiatriques.

Les psychiatres ont un rôle d'interface avec le médecin traitant afin d'assurer au mieux la prise en charge globale.

En Centres Hospitaliers Généraux (CHG), Etablissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif (ESPIC) et Centres Hospitaliers Universitaires (CHU)

La prise en charge somatique s'organise plutôt selon deux modalités :

- soit exclusivement par protocolisation avec les services Médecine–Chirurgie–Obstétrique (MCO) et le recours aux différentes spécialités médicales et chirurgicales et le plateau technique d'imagerie médicale ;
- soit par identification de ressources propres en médecine générale, combinée avec ces protocoles.

On ne saurait trop le rappeler, 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. Cette question fait également partie d'une des thématiques de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP), centrée sur les aspects de financements et de valorisation de l'activité.

Le dépistage et le traitement de l'hépatite C font donc intégralement partie de ces enjeux de prise en charge somatique des personnes ayant des troubles psychiatriques, et d'amélioration de cette prise en charge globale, psychiatrique et somatique ⁽⁶¹⁾.

2.5.2. Données épidémiologiques

2.5.2.1. Prévalence du VHC chez les personnes ayant des troubles psychiatriques

2.5.2.1.1. Dans le monde

Au niveau international, une première méta-analyse ⁽⁶²⁾ a traité les résultats de prévalence de 28 études internationales concernant 14888 patients ayant des troubles psychiatriques. Treize études ont été réalisées en Amérique du Nord (USA, Canada), la prévalence moyenne du VHC est très élevée, à 17.4%. Dans le reste du monde, la prévalence moyenne est de :

- 4.4% en Asie (7 études)
- 3% en Amérique Centrale et du Sud (2 études)
- 3.1% en Océanie (une seule étude)

En Europe, 6 études (anciennes, et avec de petits effectifs) ont été réalisées (1 en Grèce, 1 en Belgique et 4 en Italie), trouvant une prévalence moyenne de 4.9% de patients VHC+ parmi les patients ayant des troubles psychiatriques.

La seule étude européenne ⁽⁶³⁾ publiée depuis cette méta-analyse de 2016 a porté sur la population suédoise entière, soit 6.8 millions d'adultes, dont 1.3% souffre de trouble psychiatrique sévère (trouble bipolaire ou schizophrénie). La prévalence du VHC parmi ces patients ayant des troubles psychiatriques sévères est de 4.58%, (odd-ratio de 6.18). Après ajustement sur la consommation de substances, cet odd-ratio reste supérieur à 1 ^(1.72).

On peut également citer la méta-analyse ⁽⁶⁴⁾ portant sur 15 études internationales, trouvant une prévalence moyenne du VHC de 6% parmi les patients souffrant de schizophrénie.

Enfin, la dernière méta-analyse publiée ⁽⁶⁵⁾ sur la prévalence du VHC chez les personnes adultes ayant une pathologie mentale sévère a porté sur 36 publications ; la prévalence moyenne était similaire (8%) pour l'ensemble des études rétrospectives (n=289247) et des études prospectives (n=9015). Le VHC était de 3.0 à 11.3 fois plus fréquent chez les personnes ayant une pathologie mentale sévère que chez les patients contrôle. Parmi l'ensemble des personnes positives :

- entre 20 et 58.1% n'avaient pas de facteur de risque de VHC identifié
- entre 12.5 et 100% des patients n'avaient pas connaissance de leur séropositivité VHC
- la majorité (entre 57 et 96.6%) a bien accepté le dépistage VHC

2.5.2.1.2. En France

En France, peu de données sont disponibles ; une prévalence du VHC de 6% a été trouvée, parmi 200 patients hospitalisés en psychiatrie ⁽⁶⁶⁾. Une autre étude a trouvé une séroprévalence du VHC de 3% ⁽⁶⁷⁾.

Une étude publiée récemment a concerné l'éradication du VHC au sein d'un hôpital psychiatrique, l'hôpital de Thuir dans les Pyrénées-Orientales ⁽⁶⁸⁾. Entre 2017 et 2020, le pourcentage de patients VHC+ oscillait entre 2.54% et 4.89%. La proportion de patients dépistés pour le VHC a augmenté d'année en année (59.6% des patients dépistés en 2017) pour atteindre 100% de patients, dépistés et traités, en 2020.

Dans l'étude réalisée dans l'Etablissement Public de Santé Ville-Evrard ⁽⁶⁹⁾, 15017 patients ont été inclus entre 2017 et 2020 et 7361 sérologies VHC (soit 49% des patients) réalisées. 197 sérologies

étaient positives (soit 2.67% des patients dépistés). Le pourcentage de charges virales réalisées était en augmentation constante (15.2% en 2017, 35% en 2018), pour dépasser 80% de charges virales réalisées en 2019 et 2020.

Les derniers résultats concernent le GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences ⁽⁷⁰⁾, avec environ 7000 patients adultes hospitalisés en psychiatrie par an. En 2019, le taux moyen de dépistage du VHC était de 37.1% des patients adultes hospitalisés en psychiatrie, avec des disparités importantes selon les services (de 16% à 100% des patients). 3.6% des patients dépistés avaient une sérologie VHC positive. Les taux de dépistage ont progressé les années suivantes : 42.9% des patients hospitalisés en 2020 et 49.2% en 2021. Le pourcentage de sérologies VHC positives est resté stable : 3.5% des patients dépistés en 2020 et 2.6% en 2021. Cependant, le même phénomène qu'à Ville-Evrard a été constaté, les sérologies VHC positives n'étaient pas toujours suivies de la réalisation d'une charge virale.

2.5.2.2. *Prévalence des troubles psychiatriques chez les patients traités pour le VHC*

Inversement, quelques études ont évalué la prévalence des troubles psychiatriques parmi les personnes ayant une séropositivité VHC ou traitées pour hépatite chronique C.

L'étude BARO-C ⁽⁷¹⁾ est une étude observationnelle de cohorte s'appuyant sur le Système National des Données de Santé (SNDS). Parmi l'ensemble des adultes affiliés à l'assurance maladie, les personnes traitées pour l'hépatite C entre le premier janvier 2015 et le 31 décembre 2019 ont été étudiées (n=71466). Les principales populations spécifiques ayant une hépatite C chronique étaient les personnes ayant des troubles psychiatriques (27%) et les personnes utilisatrices ou ex-utilisatrices de drogues (21%), loin devant les autres populations spécifiques (personnes migrantes, incarcérées ou positives pour le VIH).

Parmi les patients traités pour hépatite C, les patients ayant un code CIM-10 de trouble psychiatrique chronique (FXX) ou recevant un traitement psychotrope au long cours ont été étudiés (n=22889 patients, soit 32% des patients traités) du point de vue de leur consommation de soins, avant et après traitement de l'hépatite C ^(71,72). On observe une diminution significative (-28%) du nombre de patients ayant été hospitalisés (toutes causes confondues) au moins une fois dans les 12 mois qui suivent le traitement de l'hépatite C, par rapport au nombre de patients ayant été hospitalisés au moins une fois dans les 12 mois précédant le traitement. On observe également une diminution significative du nombre moyen d'hospitalisations en MCO (de 1.2 à 0.8) et du nombre moyen d'hospitalisations en psychiatrie (de 1.4 à 1.2) dans les 12 mois qui suivent le traitement, par rapport aux 12 mois qui précèdent le traitement de l'hépatite C.

L'autre résultat important de l'étude BARO-C-PSY est que tous les patients ayant des troubles psychiatriques traités pour hépatite C ne sont pas des usagers ou ex-usagers de drogues. Par exemple, 60% des patients ayant des troubles psychotiques, 73% des patients ayant des troubles névrotiques ou de l'humeur et 51% des patients ayant d'autres troubles psychiatriques n'ont pas d'antécédents d'usage de drogues.

Cependant, il n'existe pas à ce jour d'étude explorant les modes de contamination possibles, chez les personnes ayant des troubles psychiatriques et n'ayant jamais consommé de drogues intraveineuses ou per-nasales. Seules des hypothèses (rôle de la promiscuité en hospitalisation psychiatrique, avec

partage d'objets de toilette tels les brosses à dents ou rasoirs ? Rapports sexuels non protégés ?) peuvent être formulées. Il est cependant possible que, chez une certaine partie au moins des patients ayant des troubles psychiatriques, on ne puisse identifier aucun facteur de risque. Ce manque de recherches épidémiologiques sur le(s) mode(s) de contamination des personnes ayant des troubles psychiatriques est à l'origine de difficultés pour prévenir les contaminations des personnes ayant des troubles psychiatriques, faute d'information suffisamment ciblée sur les modes de contaminations préférentiels de ces personnes.

Au total, on retiendra de cette revue que la prévalence du VHC parmi les personnes ayant des troubles psychiatriques est élevée, entre 2.5 et 5% selon les études en France, soit plus de 10 fois la prévalence du VHC en population générale. Inversement, parmi les patients actuellement traités pour hépatite C, une proportion élevée présente des troubles psychiatriques, et ce indépendamment d'un usage de drogues actuel ou vie entière.

Il est donc important de dépister pour le VHC de façon systématique les personnes ayant des troubles psychiatriques, afin qu'elles ne constituent pas un « réservoir oublié » du VHC ⁽⁷³⁾. Or ces personnes ayant des troubles psychiatriques doivent impérativement être traitées, d'un point de vue collectif pour arriver à l'objectif d'élimination du VHC en France à l'horizon 2025, mais aussi d'un point de vue individuel pour éviter les complications graves de l'hépatite C chronique. La prise en charge des personnes dépistées comme souffrant d'hépatite C chronique devra bien sûr tenir compte des particularités propres aux personnes ayant des troubles psychiatriques.

Enfin, l'hospitalisation en psychiatrie peut représenter une opportunité pour la micro-élimination du VHC parmi les patients ayant des troubles psychiatriques, ce type d'hospitalisation étant souvent pour ces patients leur seul contact avec le système de santé ⁽⁷⁴⁾.

2.5.3. Le VHC peut induire des symptômes d'allure neuro-psychiatrique

L'hépatite C peut être considérée comme une maladie systémique, avec de nombreuses manifestations extra-hépatiques ⁽⁷⁵⁾, concernant en particulier le système nerveux central (SNC) et provoquant des symptômes d'allure psychiatrique dans 65 à 75% des cas ⁽⁷⁶⁾, y compris chez des personnes indemnes de tout trouble psychiatrique antérieurement.

Les symptômes les plus décrits sont ⁽⁷⁷⁾ :

- 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 » ^(77,78), comprenant des troubles des fonctions exécutives, des 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.).

Au plan de l'état général, le symptôme le plus décrit est la fatigue, chez 20 à 92% des échantillons de patients souffrant d'hépatite chronique ⁽⁷⁷⁾. Elle peut persister même après éradication du virus. Ces différents symptômes sont à l'origine d'une diminution de la qualité de vie des personnes infectées par le VHC ⁽⁷⁹⁾.

Ces différents symptômes peuvent s'expliquer par ⁽⁸⁰⁾ :

- des effets neurotoxiques directs du VHC ;
- l'ARN viral a été détecté dans le cerveau, notamment dans la microglie, dans les astrocytes et dans le LCR de patients infectés ; le VHC semble donc pouvoir se répliquer (bien que de façon moins efficace) dans le SNC ⁽⁸¹⁾. Le VHC peut également déclencher une activation immunitaire locale des cellules de la microglie ;
- des effets indirects (via l'inflammation et l'immunité) ;
- le VHC altère les cellules endothéliales des micro-vaisseaux cérébraux, contribuant à une certaine perméabilité de la barrière hémato-encéphalique, qui laisserait passer des substances toxiques (cytokines, autres facteurs inflammatoires) ⁽⁸²⁾ provenant de la circulation générale suite à une activation immunitaire périphérique, des cellules du système immunitaire (monocytes), et peut-être les particules virales elles-mêmes ;
- le stress lié à toute maladie chronique, et les conséquences de la stigmatisation (honte, peur de contaminer son entourage, etc.) des patients souffrant d'hépatite C.

2.5.4. Dépistage

2.5.4.1. En hospitalisation

En hospitalisation temps complet, l'évaluation clinique initiale est le plus souvent assurée par le médecin généraliste somaticien ou praticien en médecine polyvalente et 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 (avec accord du patient pour le VIH).

Certaines organisations locales proposent un dépistage en amont de l'entrée en hospitalisation en psychiatrie, par exemple *via* les urgences des centres hospitaliers généraux.

Peuvent être organisées aussi en Unité d'Hospitalisation Temps Plein (UHTP) des journées actions de dépistages par TROD par les équipes soignantes, en complément des dépistages sérologiques, de manière à renforcer les messages de prévention.

En aval, au sein des établissements médico-sociaux accueillant des personnes ayant des troubles psychiatriques, les dépistages sérologiques VHC, VHB, syphilis et VIH sont demandés, voir systématisés.

2.5.4.2. En ambulatoire

Au sein des structures ambulatoires (développées comme alternatives à l'hospitalisation temps complet en psychiatrie), soit environ 80 % de la population prise en charge, les dépistages sont insuffisamment pratiqués. Les dépistages sérologiques sont prescrits par les psychiatres, au cas par cas en Centre Médico-Psychologique (CMP), en Hôpital de Jour (HDJ), en Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP). L'information et la sensibilisation au dépistage, à la prise en charge simplifiée et au traitement de l'hépatite C sont très insuffisantes.

Les actions de dépistages par TROD existent, mais les structures étant nombreuses et réparties sur tout le territoire, le nombre de dépistages réalisés reste faible. Elles sont le plus souvent réalisées par

des équipes dédiées de prévention, et encore trop peu à l'initiative des soignants exerçant dans ces structures.

Les dépistages ont lieu de manière plus systématisée au sein des Permanences d'Accès aux Soins de Santé en milieu Psychiatrique (PASS Psy) et à l'initiative des professionnels des Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA), plus sensibilisées car accueillant des usagers avec conduites addictives. Tous les dispositifs « d'aller vers », tels les professionnels des Equipes Mobiles Précarité Psychiatrie (EMPP) par exemple, devraient eux aussi proposer plus largement le dépistage aux personnes prises en charge, en appui des PASS Psy.

En revanche, les personnes ayant des troubles psychiatriques ne sont pas plus dépistées par leurs médecins traitants (quand elles en ont déclaré un et assurent effectivement leur suivi auprès d'eux). De plus, une grande partie des personnes ayant des troubles psychiatriques n'a pas déclaré de médecin traitant, ou n'est pas en pratique régulièrement suivie par son médecin traitant.

La place de l'Infirmier Diplômé d'Etat (IDE) en psychiatrie, dans son rôle de repérage et de dépistage des maladies somatiques, est à promouvoir et à accompagner. La place toute récente des Infirmiers en Pratique Avancée (IPA) devrait pouvoir améliorer les actions de prévention et de dépistage du VHC.

L'effort est à concentrer pour un dépistage plus systématisé, par une sensibilisation et une information, tant auprès des usagers que des professionnels médicaux et soignants.

2.5.4.3. *En cas de sérologie VHC positive*

Chez les personnes ayant des troubles psychiatriques, il peut être plus complexe, en cas de sérologie VHC positive, d'effectuer une virémie (PCR VHC), afin d'identifier si la personne doit être traitée ou non. En effet, le patient est parfois sorti d'une hospitalisation brève, ou ne s'est pas rendu au prochain rendez-vous du suivi ambulatoire.

2.5.5. Parcours de soins

2.5.5.1. *Parcours simplifié – parcours coordonné avec les médecins spécialistes en hépato-gastro-entérologie*

Le parcours simplifié est à encourager et à promouvoir, au sein des établissements autorisés en psychiatrie, par une montée en compétences des médecins généralistes ou polyvalents dits « somaticiens » y exerçant, et à chaque fois que l'organisation, les moyens humains et matériels sont réunis. Ces organisations sont garantes d'une adhésion aux soins et au suivi dans un cadre environnemental connu du patient et en lien avec les équipes médico-soignantes de psychiatrie.

Cela nécessite un partenariat avec les hépato-gastro-entérologues du territoire : rendez-vous coupe-file, avis téléphoniques. Une majorité des patients ont des facteurs de comorbidité : surcharge pondérale, voire obésité, HTA, diabète pour lequel l'avis spécialisé est requis mais ne devrait pas être un obstacle à la mise en place d'un parcours simplifié garant de la compliance aux soins et au traitement. A chaque fois que cela peut être mis en place, l'avis à distance (téléconsultation) avec l'hépatologue permettra aussi d'éviter les éventuelles ruptures de soins du fait du patient ou du fait du manque possible d'accompagnants. En effet, les tensions actuelles sur les effectifs soignants péjorent la qualité du suivi somatique par manque d'accompagnants vers les structures partenaires spécialisées.

2.5.5.2. PCR VHC

Le délai de rendu de la PCR VHC par les laboratoires peut être long, dépassant parfois les durées moyennes d'hospitalisation en psychiatrie. La grande majorité des établissements psychiatriques externalisent les prélèvements biologiques au sein des laboratoires de biologie des centres hospitaliers partenaires, voire des laboratoires privés. L'alerte systématisée par les professionnels des laboratoires, en cas de PCR positive, auprès des généralistes somaticiens prescripteurs voire les psychiatres faciliterait la mise en place de la prise en charge simplifiée, ou coordonnée avec les spécialistes (selon le profil du patient).

L'acquisition d'un GeneXpert® peut être envisagée, dans certains cas, comme une solution permettant dans l'heure qui suit de mettre en place le parcours simplifié ou coordonné.

2.5.5.3. Evaluation de la fibrose

Le recours, voire l'acquisition d'un Fibroscan® est à préconiser au sein des établissements autorisés en psychiatrie (dans le cadre de l'acquisition et la modernisation des équipements en psychiatrie). L'usage du FIB-4 par les praticiens n'est pas à recommander en psychiatrie car les perturbations du bilan hépatique sont fréquentes (polymédication et comorbidités en psychiatrie). Même si le FIB-4 permet de fournir un indicateur rapide, cet indicateur n'est pas adapté pour la population concernée.

2.5.5.4. Rôle du psychiatre dans la lutte contre l'hépatite C

En plus de sa participation au dépistage de ses patients ayant des troubles psychiatriques (sérologie VHC systématique pour tout patient au moins une fois vie entière, ou une fois par an si le patient présente des facteurs de risque actuels, et prescription d'une charge virale en cas de sérologie VHC positive), le psychiatre, souvent le seul référent médical du patient ayant des troubles psychiatriques, a un rôle important à jouer tout au long de la prise en charge de l'hépatite C.

Il peut informer son patient des conséquences potentiellement graves de l'hépatite C (hépatiques et non-hépatiques) ainsi que de l'absolue nécessité de la traiter. Il peut prescrire lui-même le traitement antiviral à action directe (AAD) dans le cadre du parcours simplifié s'il en a l'expérience, ou adresser son patient au médecin somaticien ou au médecin traitant.

Le psychiatre peut apporter une aide au médecin traitant / somaticien à toutes les étapes du traitement de l'hépatite C :

- par la connaissance des 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
- 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 (là encore, en informant de l'utilité de cet examen biologique)
- et surtout, par une information personnalisée, compréhensible et recevable par son patient, en contribuant à éviter les réinfections par le VHC

Cependant, certaines idées fausses continuent à circuler parmi les psychiatres : le traitement de l'hépatite C peut générer des effets secondaires psychiatriques, peut entraîner des décompensations psychiatriques, serait contrindiqué chez les patients ayant des troubles psychiatriques...Les psychiatres ne sont pas tous informés de l'existence des nouveaux traitements par AAD, efficaces, sûrs et améliorant la qualité de vie, y compris chez les patients ayant des troubles psychiatriques ⁽⁸³⁾.

Il est donc important d'informer l'ensemble des psychiatres, afin que tous puissent avoir un rôle actif dans la lutte contre l'hépatite C auprès de leurs patients.

2.5.5.5. *Autres intervenants*

Les infirmiers de pratique avancée (IPA), à l'instar des « nurse navigator » en Espagne ⁽⁸⁴⁾ pourront avoir une participation active à tous les niveaux de la lutte contre l'hépatite C parmi les personnes ayant des troubles psychiatriques :

- dépistage, en hospitalier et en ambulatoire au sein des différentes structures de soin
- suivi et accompagnement personnalisé (comprenant les examens biologiques nécessaires, charge virale dès réception de la sérologie positive, évaluation du degré de fibrose, suivi post-traitement, etc.) de chaque patient ayant une sérologie VHC positive
- programme d'éducation thérapeutique

Les pairs-aidants ont également un rôle à jouer dans cette lutte contre l'hépatite C, soit au sein des groupes d'ETP, soit en accompagnement individuel ou de groupe au sein des institutions hospitalières ou des structures ambulatoires.

La sensibilisation des associations d'usagers et des associations de familles d'usagers à la thématique du VHC est également importante. Des documents d'information (brochures, affiches, flyers, etc.) peuvent s'avérer utiles.

2.5.6. Le traitement et son financement

Un défaut d'observance du traitement par AAD auprès des personnes ayant des troubles psychiatriques peut parfois être redouté. Le suivi médical et l'accompagnement au traitement peuvent être renforcés, mais cela peut s'avérer insuffisant. Il n'en demeure pas moins que tout doit être tenté pour améliorer la compliance au traitement.

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.

La réglementation doit changer, avec notamment la possibilité par l'établissement hospitalier de se faire rembourser par l'Assurance Maladie les frais inhérents aux médicaments prescrits pendant l'hospitalisation, conformément à la législation qui le permet pour les établissements privés. Une autre possibilité est de pratiquer la rétrocession par la pharmacie d'usage intérieur (PUI) pour les établissements, mais cela impose des démarches souvent difficiles à mettre en place.

Tout doit être fait pour simplifier la possible délivrance des AAD par les PUI 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 et le parcours coordonné ⁽⁸⁵⁾.

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.

RECOMMANDATIONS

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)

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

Les programmes d'éducation thérapeutique (ETP) ont pour but l'appropriation de sa pathologie par le malade, afin d'obtenir une meilleure prise en charge et une meilleure qualité de vie tout au long du suivi de sa maladie. Grâce à cet accompagnement individualisé transdisciplinaire au moyen d'ateliers individuels et collectifs, le malade peut alors développer et/ou renforcer des compétences d'auto-soin et d'adaptation qui lui permettront d'être acteur de sa santé et autonome dans son parcours de soins.

L'éducation thérapeutique au cours des maladies chroniques telles que le diabète, l'asthme ou l'infection par le VIH a montré un net bénéfice pour les patients, permettant d'améliorer l'observance des traitements, une meilleure prise en charge des patients ainsi qu'une meilleure qualité de vie ⁽⁸⁶⁻⁸⁸⁾.

Ainsi, par le passé, ces bénéfices ont été mis en lumière chez les malades atteints d'hépatite C chronique et traités par interféron ⁽⁸⁹⁾. Depuis, les traitements de l'hépatite C se sont simplifiés avec la disparition des traitements injectables, dispensés sur une durée courte et avec très peu d'effets indésirables rapportés. Ces programmes peuvent néanmoins se révéler être d'une grande utilité dans certaines populations, en particulier chez les patients dont l'observance peut être plus incertaine (patients avec consommation excessive d'alcool, toxicomanie active ou barrière linguistique par exemple).

Par ailleurs, si le traitement de l'hépatite C permet aujourd'hui d'éradiquer le virus définitivement dans plus de 95% des cas, environ 20% des malades sont atteints de fibrose hépatique sévère ou de cirrhose avant traitement ⁽⁹⁰⁾. Cette situation, y compris après guérison virologique, requiert une prise en charge prolongée avec dépistage périodique des complications et précautions spécifiques définies par la HAS en 2007 (prises médicamenteuses, prise en charge diététique, addictologie et vaccinations spécifiques) ^(1,91).

L'éducation thérapeutique pourrait améliorer l'adhésion des patients atteints de fibrose hépatique sévère au dépistage semestriel du carcinome hépato-cellulaire (CHC), dont malheureusement seulement 20% bénéficient en pratique clinique ^(92,93), en dépit d'un impact positif démontré sur l'accès au traitement à visée curative et sur la survie, et de recommandations nationales et internationales ^(94,95). En effet, une enquête prospective suggère que la connaissance par le patient que la cirrhose est un facteur de risque de CHC (odd ratio : 3,09) est une variable indépendante associée au respect de la surveillance échographique périodique du foie. De plus, cette étude montre que certaines idées préconçues constituent des freins à une prise en charge optimale des patients atteints de cirrhose. Ainsi, en dépit d'un niveau global élevé de connaissance de leur pathologie, la moitié des patients croyait que manger sainement permet de sursoir au dépistage périodique du CHC, 34% jugeaient que le dépistage du CHC est inutile en l'absence de signes cliniques, et 29,5% estimaient que la surveillance échographique du foie peut être abandonnée après 2 examens consécutifs normaux ⁽⁹⁶⁾.

Dans ce contexte, l'éducation thérapeutique s'adressant aux patients ayant une fibrose sévère ou une cirrhose, afin d'obtenir une prise en charge active et personnalisée de cette pathologie chronique dont les risques hépatiques représentent une cause de morbidité et de mortalité importante est recommandée.

Enfin, ces programmes permettent de s'approprier les règles de prévention des risques de recontamination.

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).

Idéalement, l'efficacité de ces programmes et le bénéfice sur la santé publique devront être évalués.

RECOMMANDATIONS

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)

EXPÉRIENCE D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE EN MILIEU CARCÉRAL

DANS L'INFECTION VIRALE C :

l'exemple du centre pénitentiaire de Fresnes (97,98)

Un programme d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) en milieu carcéral a été développé au Centre Pénitentiaire de Fresnes dès 2010 avec l'agrément de l'ARS d'Ile de France dès cette date. Initialement prévu pour les pathologies VIH et VHC, il s'est orienté exclusivement vers le virus de l'hépatite C en 2013/2014. Mais l'arrivée des traitements antiviraux à action directe a changé l'optique du programme. En effet, bien que ces traitements de courte durée permettent une guérison dans plus de 95% des cas, il nous est apparu important de poursuivre ce programme, particulièrement dans ce milieu où les patients ont des conditions de vie à l'extérieur très défavorisées et dont les soucis de santé ne sont pas la priorité ⁽⁹⁹⁾. De plus, beaucoup n'ont pas d'accès aux soins parce qu'ils sont en situation administrative irrégulière en France et ils n'ont ni les moyens financiers ni l'encadrement médico-social de se traiter et d'être suivis. Leurs connaissances sur l'infection virale C et ses complications sont limitées avec un risque important de recontamination. L'incarcération est une parenthèse opportune dans leur vie pour leur transmettre des notions de base et les amener à prendre en charge leur avenir.

L'équipe pluridisciplinaire (médecin, pharmacien, infirmière, préparateurs en pharmacie hospitalière et secrétaire) se mobilise pour accompagner les patients malgré les difficultés de communication (barrière linguistique), de ressources humaines et de locaux. Cinq ateliers individuels sont proposés après le bilan éducatif partagé qui permet de cerner les besoins de chaque patient :

- les modes de contamination ;
- la protection de mon foie ;
- mon traitement ;
- comprendre les résultats de mes examens biologiques ;
- dedans-dehors.

Grâce à des outils simples et imagés (développés à notre demande avec l'aide d'un laboratoire pharmaceutique), chaque participant peut s'approprier et retenir un message clair et utile :

- l'hépatite C se transmet essentiellement par le sang ;
- seule la charge virale positive signe une infection ;
- la maladie virale guérit mais la maladie hépatique persiste et doit être prise en charge ;
- les anticorps contre le virus sont présents à vie mais ne protègent pas d'une nouvelle contamination.

L'atelier dedans-dehors permet de refaire le point sur les acquis avant la sortie du patient et de lui donner les prescriptions d'examens complémentaires ainsi que les adresses et rendez-vous dont il a besoin pour son suivi.

Les patients sont satisfaits de ces ateliers même si l'évaluation de ce programme n'a pas encore été mise en place. Dans notre expérience, les patients guéris après traitement ont une charge virale toujours indétectable quand ils reviennent en détention.

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Nombre de patients vus en ETP	23	28	31	18	21	9	17
Nombre de séances réalisées	50	75	67	49	51	25	3

ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DANS L'HÉPATITE C :

LE POINT DE VUE D'UN PATIENT INTERVENANT

Chaque personne vivant avec une pathologie chronique ayant reçu la formation de 40 heures en éducation thérapeutique ou un Diplôme Universitaire peut dispenser des séances d'Éducation Thérapeutique au sein d'une équipe pluridisciplinaire ⁽¹⁰⁰⁻¹⁰²⁾.

Ces séances collectives ou individuelles ont plusieurs objectifs pour le patient : mieux connaître sa maladie, gérer son parcours de soin, être réactif en cas d'apparition de symptômes, optimiser l'adhésion au traitement et sa réussite, être partie prenante des décisions médicales qui le concernent et maintenir ou améliorer sa qualité de vie.

Les items qui seront abordés et approfondis au cours des ateliers sont définis en commun par les patients et les professionnels de santé, afin d'être au plus près des besoins et des attentes des participants.

En cas d'atteinte par le virus de l'hépatite C, l'ETP devrait être proposée dès l'annonce du diagnostic, pendant et après le traitement afin d'éviter de nouvelles contaminations et des comportements à risque (en particulier lorsqu'existent des addictions) et d'orienter pour une meilleure prise en charge en cas d'évolution de l'état de santé.

L'ETP a la singularité de créer des espaces d'échanges entre les patients et les professionnels de santé, et de faire évoluer la relation soignés /soignants. Une consultation médicale ne peut la remplacer.

Le patient intervenant associé à l'équipe médicale est complémentaire. Il peut partager son ressenti au quotidien, les stratégies qu'il a développé pour faire face au parcours de soins (pilulier, agenda, contacts de professionnels du secteur socio-médical, etc.), tout en maintenant sa qualité de vie. Il participe à libérer la parole des patients, dans un climat de confiance entre les patients et les professionnels de santé. L'échange entre pairs est important, il ouvre la voix des possibles.

Le patient dit « Expert » s'engage dans un programme comprenant plusieurs séances. La formation continue devrait lui être proposée et pourrait donner lieu à une compensation financière avec professionnalisation de ce statut.

Depuis 2021, un programme d'ETP n'est plus soumis à autorisation, cependant il doit être déclaré à l'Agence Régionale de Santé. Il a une validité de 4 ans.

Pour le renouveler, le dossier doit être déposé deux mois avant la fin de validité, l'ARS a deux mois pour répondre. Si le dossier est complet, un accusé de réception et une attestation de déclaration sont transmis. Incomplet, il est à réviser. L'ARS peut s'opposer aux programmes non conformes aux exigences réglementaires (profil de l'équipe coordinatrice, contenu du programme, etc.) et pour des raisons de santé publique. L'évaluation du programme est réalisée annuellement, seule l'évaluation quadriennale est à transmettre à l'ARS.

Actuellement, ces programmes sont le plus souvent mis en place au sein de l'hôpital, un assouplissement du cahier des charges permettrait de les généraliser dans les structures associatives afin de les rendre accessibles au plus grand nombre.

4. Parcours de soins des patients ayant une infection virale B et non traités

L'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) est associée à une morbi-mortalité élevée, en particulier en raison du risque d'évolution vers la cirrhose et vers un carcinome hépatocellulaire (CHC). Cette évolution dépend de facteurs liés au virus et liés à l'hôte, qu'il est important d'identifier afin de la prévenir.

Tout porteur chronique du VHB ne répondant pas aux critères d'indication à un traitement antiviral doit bénéficier d'une surveillance régulière clinique, biologique et échographique, tout au long de sa vie, afin d'identifier précocement une indication au traitement antiviral.

L'évolution de l'infection peut se faire, après plusieurs années, vers la perte de l'Ag HBs ou, à l'inverse, vers une réactivation virale, associée à une aggravation des lésions histologiques hépatiques et notamment de la fibrose. Le plus souvent, l'état reste stable avec un risque faible, mais non nul, de survenue de cirrhose ou de CHC.

Différents paramètres (âge, taux d'ALAT, statut HBe, taux d'ADN VHB) entrent en compte pour définir le rythme de suivi de ces patients non traités ⁽¹⁰³⁾.

Une réévaluation de la surinfection delta par sérologie delta devra être effectuée si le patient avait une sérologie delta négative au moment de la première évaluation et s'il est de nouveau de retour d'un pays d'endémie.

La fibrose hépatique doit être systématiquement évaluée, en première intention de manière non-invasive. La mesure de l'élasticité hépatique par FibroScan® peut être utilisée en prenant des seuils spécifiques ⁽¹⁶⁾.

Chez les patients porteurs chroniques du VHB non traités et n'ayant pas de facteurs de bon pronostic, la nécessité d'un suivi régulier peut s'opposer aux difficultés d'accès aux soins, notamment chez les patients issus de l'immigration. Il est donc nécessaire de s'assurer que cet accès aux soins est effectif. Cependant, le suivi optimal du portage chronique du VHB n'est pas toujours possible chez ces patients, ni dans leur pays d'origine, ni en France si leurs droits sociaux ne leur permettent pas la prise en charge pour effectuer des bilans biologiques et échographiques itératifs. Ainsi, se pose la question de la délivrance d'un titre de séjour et d'une prise en charge sociale pour les patients issus de l'immigration nécessitant un suivi régulier dans cette indication. Cela concerne donc ceux ayant une indication à un traitement antiviral, non disponible dans leur pays d'origine, ainsi que ceux non traités n'ayant pas les facteurs identifiés comme de bon pronostic pour espacer de façon sécuritaire le suivi.

L'ensemble des recommandations de suivi sont celles reportées dans le document de la HAS.

⇒ Se référer aux [Recommandations de prise en charge des personnes infectées chroniquement par le virus de l'hépatite B](#)

RECOMMANDATION

59. Il est recommandé de réévaluer régulièrement les personnes infectées par le VHB non traitées afin de surveiller l'évolution de la maladie, notamment la transition vers une phase active de l'infection et la survenue de complications telles qu'une fibrose hépatique significative et/ou un carcinome hépatocellulaire (CHC). (B)

⇒ Se référer aux [Recommandations de prise en charge des personnes infectées chroniquement par le virus de l'hépatite B](#)

Sujets de recherche

1. Il est recommandé de développer la recherche sur les modes de contamination (hors usage de drogues) chez les personnes ayant des troubles psychiatriques
2. Il est recommandé de développer la recherche sur la compliance aux AAD et leurs bénéfices sur les troubles psychiatriques et la qualité de vie chez les personnes ayant des troubles psychiatriques
3. Il est recommandé de développer une évaluation de la prise en charge thérapeutique des personnes détenues reposant sur un dispositif de surveillance. Ce dispositif devrait être accompagné d'une estimation périodique de la prévalence et l'incidence de l'infection à VHC en milieu pénitentiaire, permettant de s'assurer de la réduction effective du réservoir infectieux

Références bibliographiques

1. Recommandations AFEF pour l'élimination de l'infection par le virus de l'hépatite C en France [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://afef.asso.fr/wp-content/uploads/2018/06/VF-INTERACTIF-RECO-VHC-AFEF-v2103.pdf>
2. European Association for the Study of the Liver. Electronic address: easloffice@easloffice.eu, Clinical Practice Guideline Panel, Chair.; EASL Governing Board representative.; Panel members: EASL Clinical Practice Guidelines on non-invasive tests for evaluation of liver disease severity and prognosis - 2021 update. *J Hepatol.* sept 2021;75(3):659-89.
3. Hep Drug. <https://www.hep-druginteractions.org/> [Internet]. Disponible sur: <https://www.hep-druginteractions.org/>
4. Feld JJ, Jacobson IM, Hézode C, Asselah T, Ruane PJ, Gruener N, et al. Sofosbuvir and Velpatasvir for HCV Genotype 1, 2, 4, 5, and 6 Infection. *N Engl J Med.* 31 déc 2015;373(27):2599-607.
5. Foster GR, Afdhal N, Roberts SK, Bräu N, Gane EJ, Pianko S, et al. Sofosbuvir and Velpatasvir for HCV Genotype 2 and 3 Infection. *N Engl J Med.* 31 déc 2015;373(27):2608-17.
6. Wyles D, Bräu N, Kottitil S, Daar ES, Ruane P, Workowski K, et al. Sofosbuvir and Velpatasvir for the Treatment of Hepatitis C Virus in Patients Coinfected With Human Immunodeficiency Virus Type 1: An Open-Label, Phase 3 Study. *Clin Infect Dis.* 1 juill 2017;65(1):6-12.
7. Forns X, Lee SS, Valdes J, Lens S, Ghalib R, Aguilar H, et al. Glecaprevir plus pibrentasvir for chronic hepatitis C virus genotype 1, 2, 4, 5, or 6 infection in adults with compensated cirrhosis (EXPEDITION-1): a single-arm, open-label, multicentre phase 3 trial. *Lancet Infect Dis.* oct 2017;17(10):1062-8.
8. Zeuzem S, Foster GR, Wang S, Asatryan A, Gane E, Feld JJ, et al. Glecaprevir-Pibrentasvir for 8 or 12 Weeks in HCV Genotype 1 or 3 Infection. *N Engl J Med.* 25 janv 2018;378(4):354-69.
9. de Franchis R, Bosch J, Garcia-Tsao G, Reiberger T, Ripoll C, Baveno VII Faculty. Baveno VII - Renewing consensus in portal hypertension. *J Hepatol.* avr 2022;76(4):959-74.
10. Vergniol J, Foucher J, Terrebonne E, Bernard PH, le Bail B, Merrouche W, et al. Noninvasive tests for fibrosis and liver stiffness predict 5-year outcomes of patients with chronic hepatitis C. *Gastroenterology.* juin 2011;140(7):1970-9, 1979.e1-3.
11. van Kleef LA, Sonneveld MJ, de Man RA, de Knegt RJ. Poor performance of FIB-4 in elderly individuals at risk for chronic liver disease - implications for the clinical utility of the EASL NIT guideline. *J Hepatol.* janv 2022;76(1):245-6.
12. Nardelli S, Riggio O, Rosati D, Gioia S, Farcomeni A, Ridola L. Hepatitis C virus eradication with directly acting antivirals improves health-related quality of life and psychological symptoms. *World J Gastroenterol.* 28 déc 2019;25(48):6928-38.
13. Negro F. Residual risk of liver disease after hepatitis C virus eradication. *J Hepatol.* avr 2021;74(4):952-63.
14. Ioannou GN, Green PK, Berry K. HCV eradication induced by direct-acting antiviral agents reduces the risk of hepatocellular carcinoma. *J Hepatol.* 5 sept 2017;S0168-8278(17)32273-0.
15. Ganne-Carrié N, Layese R, Bourcier V, Cagnot C, Marcellin P, Guyader D, et al. Nomogram for individualized prediction of hepatocellular carcinoma occurrence in hepatitis C virus cirrhosis (ANRS CO12 CirVir). *Hepatology.* oct 2016;64(4):1136-47.
16. Recommandations AFEF pour le diagnostic et le suivi non invasif des maladies chroniques du foie [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://afef.asso.fr/wp-content/uploads/2020/07/DNI-VERSION-FINALE-RECO-2020.pdf>
17. Grebely J, Pham ST, Matthews GV, Petoumenos K, Bull RA, Yeung B, et al. Hepatitis C virus reinfection and superinfection among treated and untreated participants with recent infection. *Hepatology.* avr 2012;55(4):1058-69.
18. comité interministériel pour la santé. plan prévention [Internet]. 2018. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/180326-dossier_de_presse_priorite_prevention.pdf
19. Haute autorité de santé. Place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans la stratégie de dépistage de l'hépatite B [Internet]. 2016. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-07/recommandatin_place_des_tests_rapides_dorientat ion_diagnostique_trod_dans_la_strategie_de_depistage_de_lhepatite_b.pdf
20. Valencia J, Lazarus JV, Ceballos FC, Troya J, Cuevas G, Resino S, et al. Differences in the hepatitis C virus cascade of care and time to initiation of therapy among vulnerable subpopulations using a mobile unit as point-of-care. *Liver Int.* févr 2022;42(2):309-19.

21. Foucher J. Microélimination des hépatites virales B et C chez les migrants dans une grande métropole : Première évaluation. Foucher et al, CA, Congrès AFEF Lyon 2018. In 2018.
22. Bajis S, Applegate TL, Grebely J, Matthews GV, Dore GJ. Novel Hepatitis C Virus (HCV) Diagnosis and Treatment Delivery Systems: Facilitating HCV Elimination by Thinking Outside the Clinic. *J Infect Dis.* 27 nov 2020;222(Suppl 9):S758-72.
23. Koh C, Heller T, Glenn JS. Pathogenesis of and New Therapies for Hepatitis D. *Gastroenterology.* janv 2019;156(2):461-476.e1.
24. Wedemeyer H, Yurdaydin C, Hardtke S, Caruntu FA, Curescu MG, Yalcin K, et al. Peginterferon alfa-2a plus tenofovir disoproxil fumarate for hepatitis D (HIDIT-II): a randomised, placebo controlled, phase 2 trial. *Lancet Infect Dis.* mars 2019;19(3):275-86.
25. Comede. Comede. Migrants / étrangers en situation précaire. Soins et accompagnement. Guide pratique pour les professionnels [Internet]. 2015. Disponible sur: http://www.comede.org/wp-content/uploads/2018/11/Guide_2015.pdf
26. Brouard C, Pillonel J, Sogni P, Chollet A, Lazarus JV, Pascal X, et al. Hepatitis B virus in drug users in France: prevalence and vaccination history, ANRS-Coquelicot Survey 2011-2013. *Epidemiol Infect.* 19 janv 2017;145(6):1-11.
27. Nelson PK, Mathers BM, Cowie B, Hagan H, Des Jarlais D, Horyniak D, et al. Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: results of systematic reviews. *Lancet.* 13 août 2011;378(9791):571-83.
28. Jauffret-Roustide M, Pillonel J, Weill-Barillet L. Estimation de la séroprévalence du VIH et de l'hépatite C chez les usagers de drogues en France- Premiers résultats de l'enquête ANRS-Coquelicot 2011. *Bull Epidemiol Hebd* 2013;(39-40):504-9.
29. Saboni L, Brouard C, Gautier A. 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.
30. Groupe de travail de la Fédération Française d'Addictologie* et de l'Association Française pour l'Étude du Foie. Groupe de travail de la Fédération Française d'Addictologie et de l'Association Française pour l'Étude du Foie Alcoolologie et Addictologie. 2019 ; 41 (1) : 46-51. 2019;46-41.
31. Brook G, Brockmeyer N, van de Laar T, Schellberg S, Winter AJ. 2017 European guideline for the screening, prevention and initial management of hepatitis B and C infections in sexual health settings. *Int J STD AIDS.* sept 2018;29(10):949-67.
32. Elkrief L, Chouinard P, Bendersky N, Hajage D, Larroque B, Babany G, et al. Diabetes mellitus is an independent prognostic factor for major liver-related outcomes in patients with cirrhosis and chronic hepatitis C. *Hepatology.* sept 2014;60(3):823-31.
33. Tutoriel AFEF. <https://afef.asso.fr/tutoriel-hepatitec/> [Internet]. Disponible sur: <https://afef.asso.fr/tutoriel-hepatitec/>
34. Ingiliz P, Martin TC, Rodger A, Stellbrink HJ, Mauss S, Boesecke C, et al. HCV reinfection incidence and spontaneous clearance rates in HIV-positive men who have sex with men in Western Europe. *J Hepatol.* févr 2017;66(2):282-7.
35. Nagot N, D'ottavi M, Quillet C, Debellefontaine A, Castellani J, Langendorfer N. Reaching Hard-to-Reach People Who Use Drugs: A Community-Based Strategy for the Elimination of Hepatitis C. *Open Forum Infect Dis.* 2022; apr14;9(6):ofac 181. doi:10.1093/ofid/ofac181.eCollection 2022.
36. Melin P, Pont J, Garbet L. L'expérience des road trip réalisées par des pairs de 2019 à 2021 ou comment compléter le dépistage par la surveillance de la guérison des hépatites C. 89emes journées scientifiques de l'AFEF. Biarritz 2021;CO 46.
37. Remy AJ, Canva V, Chaffraix F, Hadey C, Harcouet L, Terrail N, et al. L'hépatite C en milieu carcéral en France : enquête nationale de pratiques 2015. *Bull Epidemiol Hebd.* 2017;(14-15): 277-84.
38. Remy AJ, Canva V, Chaffraix F. HCV in prison in France, national survey 2017 : fewer patients but more treatments than in 2015. *Intern J Develop Res.* 2019;(09):28971-4.
39. Goujard C, Ayachi L, Artières P, Celse M, Fisher H, Musso S et al. Prévention, dépistage et traitement de l'hépatite C chez les personnes détenues en France. *Bull Epidemiol Hebd* 2022 ;(3-4) :40-7.
40. Chiron E, Jauffret-Roustide M, Le Strat Y, Chemlal K, Valentin MA, Serre P, et al. Prévalence de l'infection par le VIH et le virus de l'hépatite C chez les personnes détenues en France. Résultats de l'enquête Prévacar 2010. *Bull Epidemiol Hebd.* 2013;(35-36):445-50.
41. Semaille C, Le Strat Y, Chiron E, Chemlal K, Valentin M, Serre P, et al. Prevacar groupe. Prevalence of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus among French prison inmates in 2010: a challenge for public health policy. *Euro Surveill.* 2013;18 (28). doi :pii =20524.
42. Marco A, Gallego C, Caylà JA. Incidence of hepatitis C infection among prisoners by routine laboratory values during a 20-year period. *PLoS One* 2014 ; 9 : e90560.

43. Champion JK, Taylor A, Hutchinson S, Cameron S, McMenamin J, Mitchell A, et al. Incidence of hepatitis C virus infection and associated risk factors among Scottish prison inmates: a cohort study. *Am J Epidemiol*. 1 mars 2004;159(5):514-9.
44. Luciani F, Bretaña NA, Teutsch S, Amin J, Topp L, Dore GJ, et al. A prospective study of hepatitis C incidence in Australian prisoners. *Addiction*. oct 2014;109(10):1695-706.
45. Remy AJ. Incidence of the hepatitis C in prison in France: results of a study by POCT. *J Liver*. 2016;33.
46. Jauffret-Roustide M, Le Strat Y, Couturier E, Thierry D, Rondy M, Quaglia M, et al. A national cross-sectional study among drug-users in France: epidemiology of HCV and highlight on practical and statistical aspects of the design. *BMC Infect Dis*. 16 juill 2009;9:113. doi:10.1186/1471-2334-9-113.
47. Sannier O, Verfaillie F, Lavielle D. [Risk reduction and drug use in detention: study about the detainees of Liancourt Penitentiary]. *Presse Med*. juill 2012;41(7-8):e375-385.
48. Chemlal K, Bouscaillou J, Jauffret-Roustide M, Semaille C, Barbier C, Michon C, et al. Offre de soins en milieu carcéral en France : infection par le VIH et les hépatites. Enquête Prévacar, 2010. *Bull Epidemiol Hebd*. 2012;(10-11):131-4.
49. Michel L, Lions C, Van Malderen S, Schiltz J, Vanderplasschen W, Holm K, et al. Insufficient access to harm reduction measures in prisons in 5 countries (PRIDE Europe): a shared European public health concern. *BMC Public Health*. 27 oct 2015;15:1093.doi.org/10.1186/s12889-015-2421-y.
50. Ministère de la justice, Ministère des affaires sociales et de la santé. Guide méthodologique. Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. 2012.
51. Vergniol J, Capdepon M, El Aouadi S. Prévalence des hépatites virales et de la fibrose hépatique chez les entrants en établissement pénitentiaire. 2016;Paris AFEF 2016.
52. Hayes B, Briceno A, Asher A, Yu M, Evans JL, Hahn JA, et al. Preference, acceptability and implications of the rapid hepatitis C screening test among high-risk young people who inject drugs. *BMC Public Health*. 25 juin 2014;14:645.doi.org/10.1186/1471-2458-14-645.
53. Costentin C, Layese R, Boursier J. Prospective evidence that hepatocellular carcinoma surveillance in patients with compensated cirrhosis increases the probability of curative treatment and survival taking into account lead-time bias (ANRS C012 CIRVIR cohort). *J Hepatol*. 2016;S183-212.
54. Audinet-Potier G, Carton B. Etats des lieux des dépistages sérologiques des maladies virales chroniques et de la syphilis en consultation « arrivant » au sein des Maisons d'Arrêt d'Ile-de-France. In Paris, France; 2018.
55. Bambe A, Bocquentin M. Bilan de la prise en charge de l'hépatite C au centre pénitentiaire de Fresnes. 12ème Journée Francilienne Santé en Prison. In Paris, France; 2019.
56. Coldefy M, Gandré C. Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée. *Questions d'économie de la Santé*. 2018;(237):1-7.
57. rapport de la CNAM. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/rapports-et-periodiques/rapports-charges-produits-de-l-assurance-maladie/rapports-charges-et-produits-pour-2018-et-2019/rapport-charges-et-produits-pour-l-annee-2019.php>
58. Yekhlief W, Peron S. Enquête Nationale Psy-Soma [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://cme-psy.fr/wp-content/uploads/2020/05/Rapport-PSY-SOMA-2018.pdf>
59. Yekhlief W, Peron S. Prise en charge somatique en établissements autorisés en psychiatrie. *Rev Hosp Fr*. 2020;(594):42-50.
60. DGOS. La mise en place de consultations dédiées handicap. Instruction N° DGOS/R4/DGCS/3B/2015/313 du 20 octobre 2015 relative à la mise en place de dispositifs de consultations dédiés pour personnes en situation de handicap.
61. Lang JP, Schmitter S, Benassi S. Prise en charge de l'hépatite chronique C : une urgence psychiatrique ? *L'information psychiatrique*. 2009;85(7):629-39.
62. Hughes E, Bassi S, Gilbody S, Bland M, Martin F. Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people with severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. janv 2016;3(1):40-8.
63. Bauer-Staeb C, Jörgensen L, Lewis G, Dalman C, Osborn DPJ, Hayes JF. Prevalence and risk factors for HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people with severe mental illness: a total population study of Sweden. *Lancet Psychiatry*. sept 2017;4(9):685-93.
64. Lluch E, Miller BJ. Rates of hepatitis B and C in patients with schizophrenia: A meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*. déc 2019;61:41-6.
65. Braude MR, Phan T, Dev A, Sievert W. Determinants of Hepatitis C Virus Prevalence in People With Serious Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Psychiatry*. 14 déc 2021;83(1):21r14079.
66. Eveillard M, Daroukh A, Desjardins P, Legrand S, Odzogačala M, Bourlioux P. [Seroprevalence of hepatitis B

- and C viruses in a psychiatric institution]. *Pathol Biol (Paris)*. mai 1999;47(5):543-8.
67. Benassi S. Prévalence des hépatites B et C chez les patients souffrant de troubles psychiatriques. *Revue de la littérature et étude épidémiologique au CH d'Erstein*. Thèse de médecine. Strasbourg; 2009.
 68. Remy AJ, Bousquie R, Hervet J. Management of hepatitis C in psychiatric settings: review of the literature and review of experiences over 4 years in a psychiatric hospital. *Gastroint Hepatol Dig Dis*. 2021;1-4.
 69. Chelouah S, Angijiro P, Yekhlef W. L'implication des somaticiens est indispensable pour atteindre l'élimination de l'hépatite C en milieu psychiatrique. 89èmes journées scientifiques de l'AFEF (Association Française d'Etudes du Foie). 2021; Biarritz communication affichée.
 70. Pham A, Niel P, Dauriac Le-Masson V, Montariol P. Dépistage de l'hépatite C dans le plus grand hôpital psychiatrique français. *JFHOD*. 17 mars 2022; Paris communication orale.
 71. Pol S, Fouad F, Lemaitre M, Rodriguez I, Lada O, Rabiaga P, et al. Impact of extending direct antiviral agents (DAA) availability in France: an observational cohort study (2015-2019) of data from French administrative healthcare databases (SNDS). *Lancet Reg Health Eur*. févr 2022;13:100281.
 72. Rolland B. Qui sont les patients psychiatriques traités pour une hépatite C ? Quel est l'impact du traitement sur leur pronostic global ? *Congrès de l'Encéphale*. 20 janv 2022; Paris communication orale.
 73. Rolland B, Bailly F, Cutarella C, Drevon O, Carrieri P, Darque A, et al. [Hepatitis C in a psychiatric setting: A forgotten reservoir?]. *Encephale*. avr 2021;47(2):181-4.
 74. Fuentes A, Salazar A, Aguilera A, Téllez F, Cervilla J, González-Domenech PJ, et al. Hepatitis C virus screening and linkage to care in mental health units : an opportunity for HCV elimination. *Actas Esp Psiquiatr*. mars 2022;50(2):120-1.
 75. Adinolfi LE, Nevola R, Lus G, Restivo L, Guerrero B, Romano C, et al. Chronic hepatitis C virus infection and neurological and psychiatric disorders: an overview. *World J Gastroenterol*. 28 févr 2015;21(8):2269-80.
 76. Forton D, Weissenborn K, Bondin M, Cacoub P. Expert opinion on managing chronic HCV in patients with neuropsychiatric manifestations. *Antivir Ther*. 2018;23(Suppl 2):47-55.
 77. Yeoh SW, Holmes ACN, Saling MM, Everall IP, Nicoll AJ. Depression, fatigue and neurocognitive deficits in chronic hepatitis C. *Hepatol Int*. juill 2018;12(4):294-304.
 78. Faccioli J, Nardelli S, Gioia S, Riggio O, Ridola L. Neurological and psychiatric effects of hepatitis C virus infection. *World J Gastroenterol*. 7 août 2021;27(29):4846-61.
 79. Younossi Z, Park H, Henry L, Adeyemi A, Stepanova M. Extrahepatic Manifestations of Hepatitis C: A Meta-analysis of Prevalence, Quality of Life, and Economic Burden. *Gastroenterology*. juin 2016;150(7):1599-608.
 80. Monaco S, Mariotto S, Ferrari S, Calabrese M, Zanusso G, Gajofatto A, et al. Hepatitis C virus-associated neurocognitive and neuropsychiatric disorders: Advances in 2015. *World J Gastroenterol*. 14 nov 2015;21(42):11974-83.
 81. Więdołcha M, Marcinowicz P, Sokalla D, Stańczykiewicz B. The neuropsychiatric aspect of the HCV infection. *Adv Clin Exp Med*. févr 2017;26(1):167-75.
 82. Senzolo M, Schiff S, D'Aloiso CM, Crivellin C, Cholongitas E, Burra P, et al. Neuropsychological alterations in hepatitis C infection: the role of inflammation. *World J Gastroenterol*. 7 août 2011;17(29):3369-74.
 83. Gutiérrez-Rojas L, de la Gándara Martín JJ, García Buey L, Uriz Otano JI, Mena Á, Roncero C. Patients with severe mental illness and hepatitis C virus infection benefit from new pangenotypic direct-acting antivirals: Results of a literature review. *Gastroenterol Hepatol*. 17 juin 2022;S0210-5705(22)00164-9.
 84. Quemada-González C, Morales-Asencio JM, Hurtado MM, Martí-García C. Study protocol: a randomised, controlled trial of a nurse navigator program for the management of hepatitis C virus in patients with severe mental disorder. *BMC Nurs*. 20 avr 2022;21(1):92.
 85. Eyvrard F, Metivier S, Sorli SC, Cabrit L, Jullien A, Cestac P. [Funding of direct acting antivirals for hepatitis C in psychiatry setting]. *Encephale*. déc 2021;47(6):618-9.
 86. Bernard N. Éducation thérapeutique et infection par le VIH. *Médecine des maladies Métaboliques*. déc 2014;563-71.
 87. Brown R. Asthma Patient Education: Partnership in Care. *Int Forum Allergy Rhinol*. sept 2015;5 Suppl 1:S68-70.
 88. Nassar CM, Montero A, Magee MF. Inpatient Diabetes Education in the Real World: an Overview of Guidelines and Delivery Models. *Curr Diab Rep*. 12 sept 2019;19(10):103.
 89. Larrey D, Ripault MP, Pageaux GP. Patient adherence issues in the treatment of hepatitis C. *Patient Prefer Adherence*. 2014;8:763-73.
 90. Westbrook RH, Dusheiko G. Natural history of hepatitis C. *J Hepatol*. nov 2014;61(1 Suppl):S58-68.
 91. Evaluation de la sévérité de la maladie hépatique pour initier le dépistage du carcinome hépatocellulaire au

- cours de l'hépatite C Avis d'experts [Internet]. 2015. Disponible sur: <https://afef.asso.fr/wp-content/uploads/2018/06/Avis-d-experts-depistage-CHC-Juillet-2015.pdf>
92. Jiar N, Slama JL, Ganne-Carrié N. [Screening of hepatocellular carcinoma in patients with uncomplicated cirrhosis in real life: Practices survey of general practitioners from three towns of Seine-Saint-Denis (north-east suburb of Paris)]. *Bull Cancer*. août 2017;104(7-8):618-24.
93. Singal AG, Yopp AC, Gupta S, Skinner CS, Halm EA, Okolo E, et al. Failure rates in the hepatocellular carcinoma surveillance process. *Cancer Prev Res (Phila)*. sept 2012;5(9):1124-30.
94. Nahon P, Bourcier V, Layese R, Audureau E, Cagnot C, Marcellin P, et al. Eradication of Hepatitis C Virus Infection in Patients With Cirrhosis Reduces Risk of Liver and Non-Liver Complications. *Gastroenterology*. janv 2017;152(1):142-156.e2.
95. Costentin CE, Layese R, Bourcier V, Cagnot C, Marcellin P, Guyader D, et al. Compliance With Hepatocellular Carcinoma Surveillance Guidelines Associated With Increased Lead-Time Adjusted Survival of Patients With Compensated Viral Cirrhosis: A Multi-Center Cohort Study. *Gastroenterology*. août 2018;155(2):431-442.e10.
96. Farvardin S, Patel J, Khambaty M, Yerokun OA, Mok H, Tiro JA, et al. Patient-reported barriers are associated with lower hepatocellular carcinoma surveillance rates in patients with cirrhosis. *Hepatology*. mars 2017;65(3):875-84.
97. Bambe A, Bocquentin M. Expérience d'éducation thérapeutique du patient en milieu carcéral. Journée d'Education Thérapeutique du GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences, 14 novembre 2019, Paris, France. In Paris, France; 2019.
98. Bambe A, Bocquentin M. Présentation du programme d'ETP VHC de l'USMP du Centre Pénitentiaire de Fresnes. In Paris, France; 2018.
99. Observatoire International des Prisons, 27 juin 2018, « Sortants de prison : poursuivre les soins, une étape essentielle ». 2018.
100. Ministère de la santé et de la prévention. Education thérapeutique [Internet]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/education-therapeutique-du-patient/article/education-therapeutique-du-patient>
101. Friconneau M, Archer A, Malaterre J. Le patient expert, un nouvel acteur clé du système de santé. *médecine/sciences*. 2020;36 (hors série n° 2):62-4.
102. Université des patients : comment transformer l'expérience en expertise [Internet]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=AiQJrthzS00>
103. European Association for the Study of the Liver. Electronic address: easloffice@easloffice.eu, European Association for the Study of the Liver. EASL 2017 Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection. *J Hepatol*. août 2017;67(2):370-98.

Participants

Les organismes professionnels et associations de patients et d'usagers suivants ont été sollicités pour proposer des experts conviés à titre individuel dans les groupes de travail/lecture :

AFEF : Association Française pour l'Étude du Foie

SPILF : Société de pathologie infectieuse de langue française

SFV : Société Française de Virologie

FA : Fédération Addictologie

FFA : Fédération française d'addictologie

SFMG : Société française de médecine générale

Comede : Comité pour la santé des exilés

TRT-5 : Traitement et Recherche Thérapeutique-5

AIDES : Association Française de Lutte contre le VIH et les Hépatites Virales

Coordination

Dr Françoise Roudot-Thoraval, hépatologie, Créteil, CHU Henri Mondor

Groupe de travail

Antoine Bachelard, Infectiologue, CHU Bichat, Paris

François Bailly, hépatologue, CHU Lyon

Camille Barrault, addictologue, CHI Créteil

Muriel Bocquentin, Pharmacienne, USMP, Fresnes

Carole Damien, TRT-5

Hélène Delaquaize, SOS hépatites

Thierry Fontanges, Hépatologue, CH Bourgoin-Jallieux

Juliette Foucher, hépatologue, CHU Bordeaux

Véronique Grando, hépatologue, Hôpital Avicenne, Bobigny

Marianne l'Henaff, TRT-5

Olivier Lefebvre, médecin généraliste, COMEDE

Alexandra Pham, psychiatre, Hôpital Saint-Anne

Christine Silvain, hépatologue, CHU Poitiers

Jean-Baptiste Trabut, addictologue, GH Chennevier-Henri Mondor

Wanda Yekhlief, somativienne, EPS Ville-Evrard

Groupe de lecture

Docteur Hugues Aumaitre, infectiologue, Perpignan, CH Perpignan

Docteur Sandrine Barge, Hépatologue, Hôpital Saint Camille, Bry sur Marne

Docteur Aurore Baron, hépatologue, CH Sud-francilien

Docteur Julie Chas, infectiologue, Hôpital Tenon, Paris

Professeur Stéphane Chevalier, virologue, Créteil, CHU Henri Mondor

Docteur Laurent Cuissard, hépato-gastroentérologue libéral, La Réunion, Le Port

Dr Vo Quang Erwan, épidémiologiste, CHU Saint-Antoine, Paris

Docteur Françoise Etchebar, médecin généraliste-addictologue libéral, Pau

Docteur Marie-Noëlle Hilleret, hépatologue, Grenoble, CHU Grenoble

Professeur Ariane Mallat, hépatologue, Créteil, CHU Henri Mondor

Dr Laurent Michel, psychiatre addictologue, Paris

Docteur Anne Minello, hépatologue, Dijon, CHU Dijon

Docteur Lucia Parlati, hépatologue, CHU Cochin, Paris

Professeur Lionel Piroth, infectiologue, Dijon, CHU Dijon

Docteur Hélène Regnault, Hépatologue, CHU Henri Mondor, Créteil

Professeur Dominique Roulot, hépatologue, Bobigny, CHU Avicennes

Professeur Vincent Thibault, virologue, CHU Rennes

Professeur Jean-Pierre Vinel, Hépatologue, CHU Toulouse

Professeur Jean-Pierre Zarski, CHU Grenoble

Remerciements

Le CNS et l'ANRS-MIE tiennent à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

Abréviations et acronymes

AAD	Antiviraux à action directe
Ac HBc	Anticorps HBc
Ac HBe	Anticorps HBe
Ac HBs	Anticorps HBs
AFEF	Association Française pour l'Étude du Foie
Ag HBe	Antigène HBe
Ag HBs	Antigène HBs
ALAT	Alanine aminotransférase
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance
ANRS MIE	Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales Maladies infectieuses émergentes
ASAT	Aspartate aminotransférase
AUDIT-C	Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
CADA	Centre d'accueil de demandeurs d'asile
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CEGIDD	Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic
CHC	Carcinome hépatocellulaire
CHG	Centres Hospitaliers Généraux
CHRS	Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHS	Centres Hospitaliers Spécialisés
CHU	Centres Hospitaliers Universitaires
CJC	CJC consultation jeunes consommateurs
CNS	Conseil national du sida et des hépatites virales
DFG	débit de filtration glomérulaire
CMP	Centre médico-psychologique
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

DGS	Direction générale de la santé
ELSA	équipe de liaison et de soins en addictologie
EMPP	Equipes Mobiles Précarité Psychiatrie
EPSNF	Etablissement Public de Santé National de Fresnes
ESPIC	Etablissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif
ETP	Education thérapeutique du patient
FFA	Fédération Française d'addictologie
FNAPSY	Fédération Nationale des Patients en Psychiatrie
GGT	gamma-glutamyl transférase
HAS	Haute Autorité de santé
HDJ	Hospitalisation de jour
HGE	Hépatogastro-entérologue
HSH	hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes
IDE	Infirmier diplômé d'état
InVS	Institut de veille sanitaire
IPA	Infirmier en pratique avancé
IRM	Imagerie par résonance magnétique
IST	infection sexuellement transmissible
MCO	Médecin-Chirurgie-Obstétrique
MFLA	maladie du foie liée à l'alcool
MG	médecin généraliste
OFII	Office Français de l'Immigration et de l'Intégration
OMS	Organisation mondiale de la santé
PASS Psy	Permanence d'Accès aux Soins de Santé en milieu Psychiatrique
PrEP	pre-exposure prophylaxis (prophylaxie pré-exposition)
PUI	Pharmacie à usage intérieur
RCP	réunion de concertation pluridisciplinaire
RdRD	réduction des risques et des dommages
SNC	Système nerveux central

SNDS	Système National des Données de Santé
SSRA	SSRA soins de suite et de réadaptation en addictologie
TROD	test rapide d'orientation diagnostique
TUA	troubles liés à l'usage d'alcool
UHTP	Unité d'Hospitalisation Temps Plein
UNAFAM	Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques
USMP	Unité sanitaire en milieu pénitentiaire
VHA	Virus de l'hépatite A
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VHD	Virus de l'hépatite delta
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Retrouvez tous les chapitres sur
www.cns.sante.fr et www.anrs.fr
