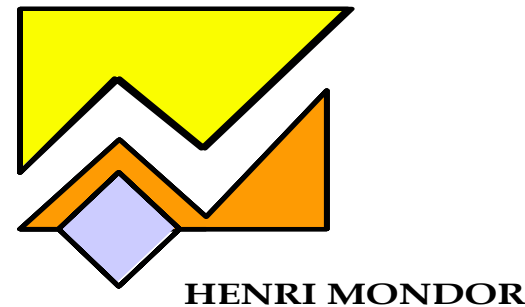


Apport du Parcours de soins VHC en IDF

Sur prise en charge du VHC en détention

4 juin 2018

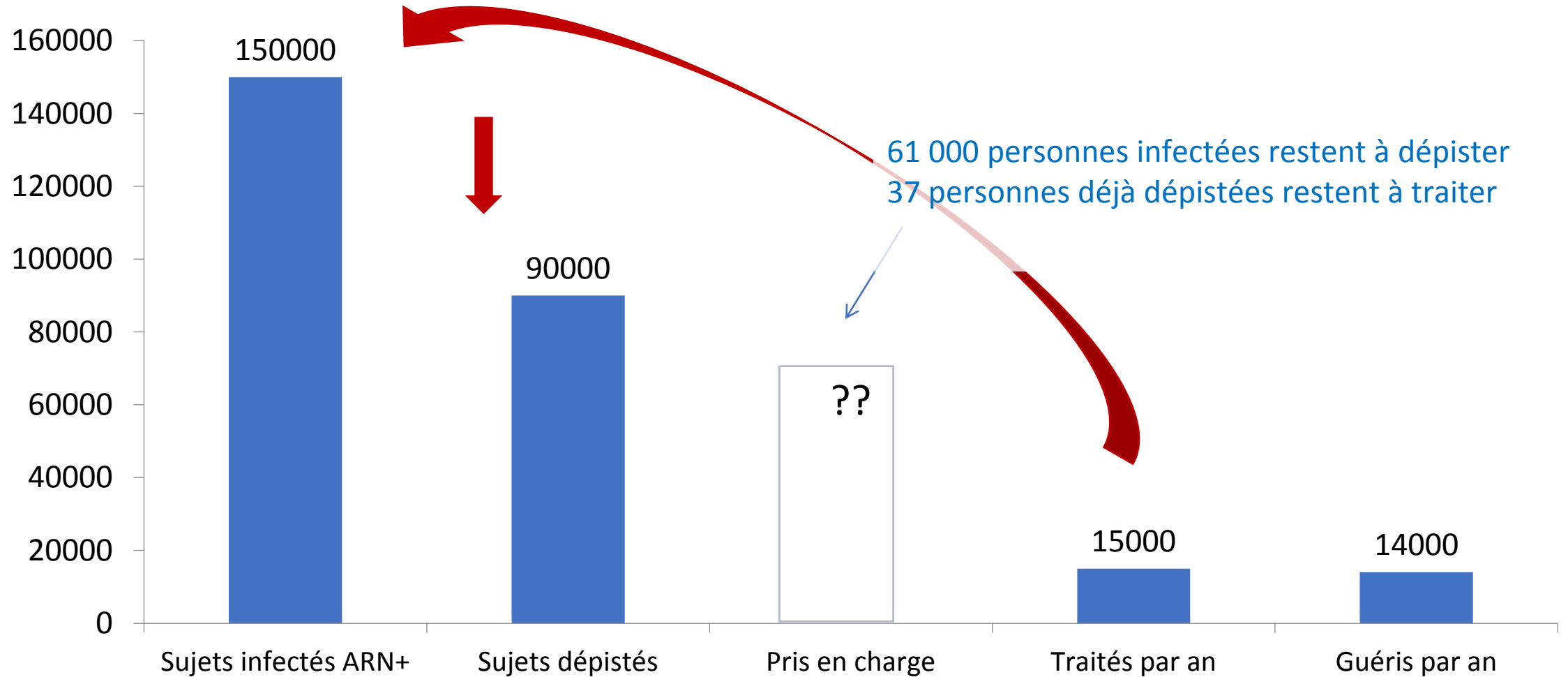
Dr Stéphanie Dominguez
Hôpital Henri Mondor



Plan

- Cascade de soin VHC en France
- Expérimentation du parcours de soin VHC
- Problématique du VHC en milieu carcéral
- Apport du projet Parcours dans PEC en détention
- Pistes d'amélioration

Cascade VHC en 2018 à l'ère des AAD



Modélisation Public Health expertise; données DGOS sur RCP 2015 et extrapolation des données 2011 BEH 2016

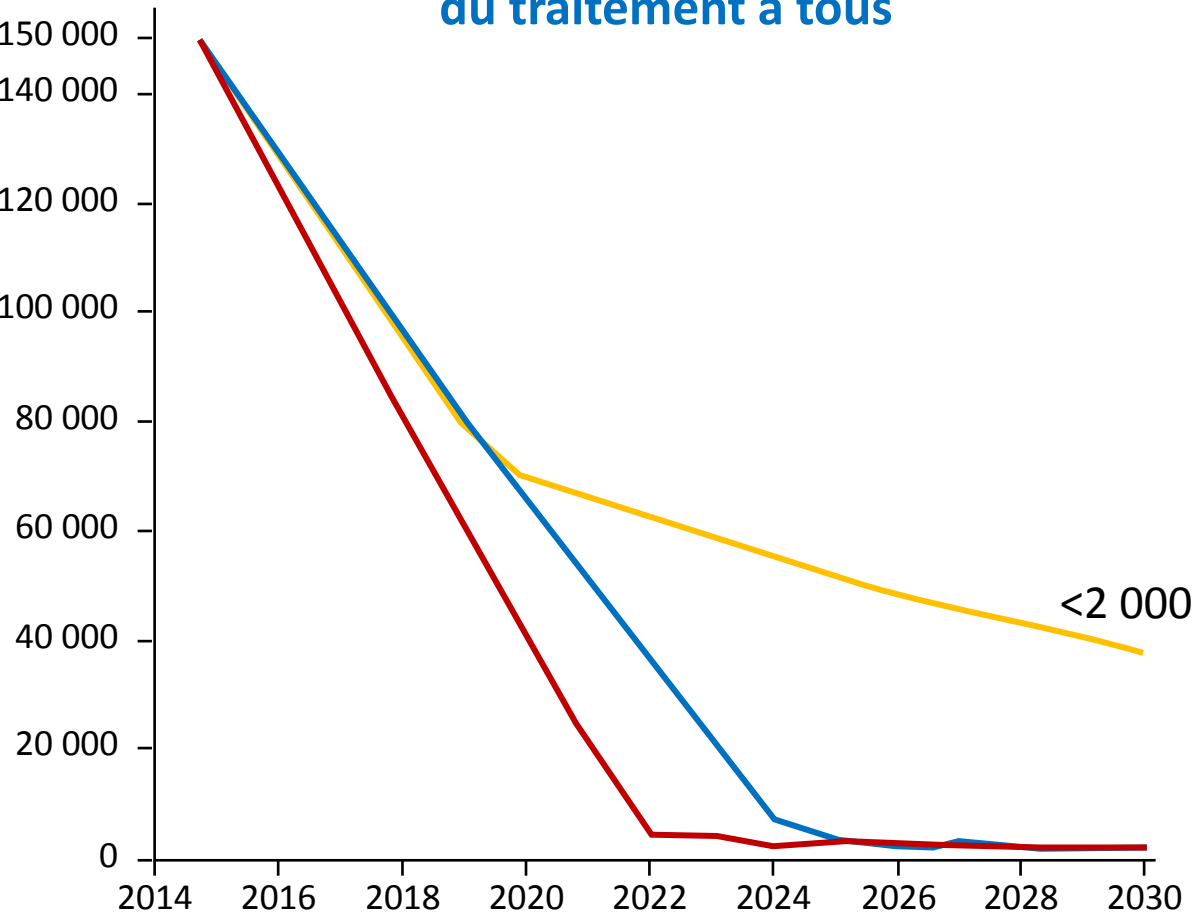
Populations à risque

	VHC (AC anti VHC)	SOURCE
Usagers de drogues IV	44%	coquelicot 2011-13
Détenus	4,8% (dont 46% ARN+)	Prevacar 2010
Migrants	2,7%	MDM 2015
Asie centrale	5,9%	COMEDE 2015
Moyen-Orient	5,4%	
Europe de l'Est	4,7%	
Afrique centrale	3,3%	

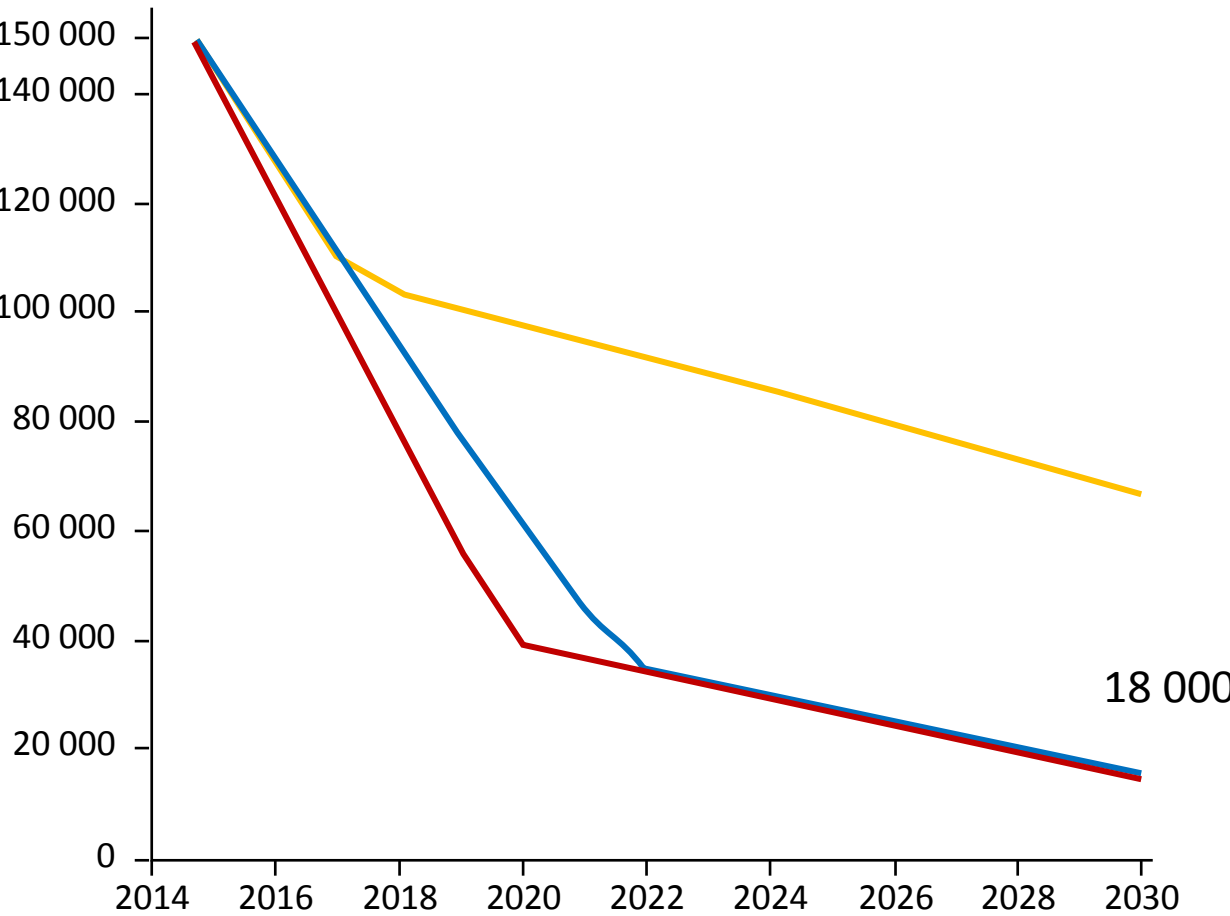
Conditions du contrôle du VHC en France

Article 15 plan de prévention national

Dépistage permettant un accès
du traitement à tous



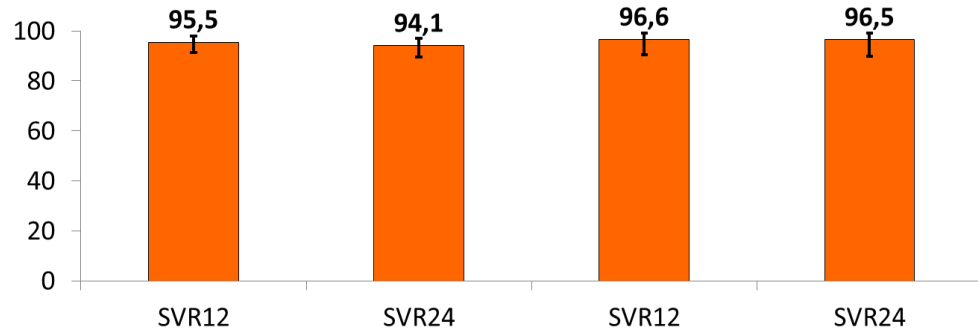
Dépistage à 4 % par an



— 20 000 patients/an, F0-F4 — 15 000 patients /an, F0-F4 — Patients ≥ F2

Efficacité des AAD chez patients UDI et TSO

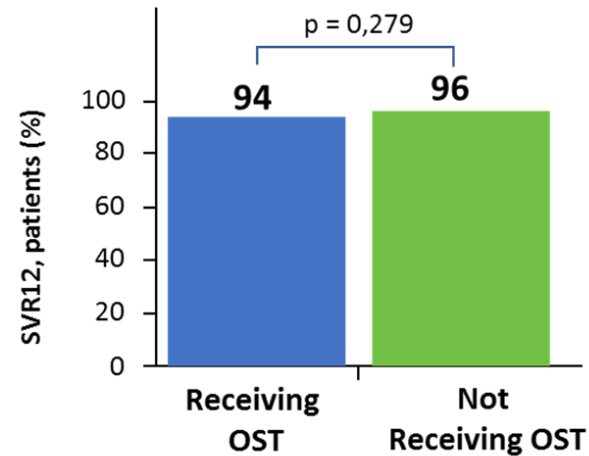
Traitement
immédiat



EBR+GZR chez UDI

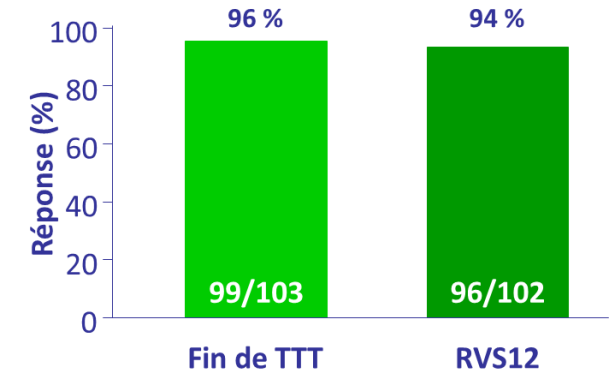
Traitement
différé

RVS 12 selon TSO ou pas



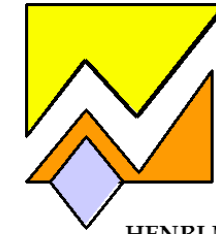
OBT+PTV/r+DVC chez TSO

Réponse virologique



SOF+ VEL chez UDI

Projet Parcours de soin VHC en Ile-de-France



HENRI MONDOR



- Coordination: S Dominguez, Henri Mondor , Creteil, APHP
- Objectif: Optimiser la cascade de soin VHC et accès aux AAD des personnes vulnérables en dehors des filières de soin (UDI, migrants, prisonniers, HSH)
- Région :75, 93 , 94 : 11 millions habitants. Prévalence VHC = 1,07% (120 000 sujets), 65% déjà testés, environ 30 000 non testés et non traités
- Prisons: 12 000 prisonniers (et 8 329 places....), prévalence 4,8% et 44% déjà traités
- Objectif : inclusions et suivi de 1 000 patients pendant 3 ans
- Méthode: promotion forte dépistage, consultations précoces, RCP systématiques spécialisées patients vulnérables, accompagnement personnalisé par médiateur en santé, coordinatrice sociale pour ouverture de droits et hébergement, coordination par équipe projet et data collection par eCRF

Montage du projet

- **Equipe coordination projet :**
- Investigateur principal Dr Stéphanie Dominguez
- Coordinateur médical Dr antoine Bachelard
- Coordinatrice sociale Sarah Boukaiba
- 3 médiateurs en santé
- **Unité de recherche clinique d'Henri Mondor** : une ARC, un chargé de projet, un data manager, un methodologiste
- Financement de l'équipe projet et eCRF en totalité par **ARS IDF** Coût total 860 000 euros sur 3 ans

Conditions d'éligibilité des patients

Toutes personnes :

- Agées de > 18 ans
- Dépisté positivement pour le VHC
 - Nouvellement (< 6 mois)
 - Anciennement (> 6 mois)
- Ayant exprimé non opposition à participer

• Pour l'objectif d'évaluation du parcours

- Patients suivis et/ou traités après le 05/09/2016 (avis CNIL) => éligibles
- Patients déjà pris en charge => non éligibles ,Sauf dans une situation complexité (vulnérabilité , addiction, psychiatrie) telle qu'aucune prise en charge thérapeutique n'ai été débuté jusqu'ici
- Le patient ne doit pas être inclus après l'étape de la RCP

Actions en place

Mise à jour des données épidémiologique de la prévalence du VHC en Ile de France

Création d'un répertoire détaillé des 104 structures acteurs du dépistage impliqués dans projet Parcours

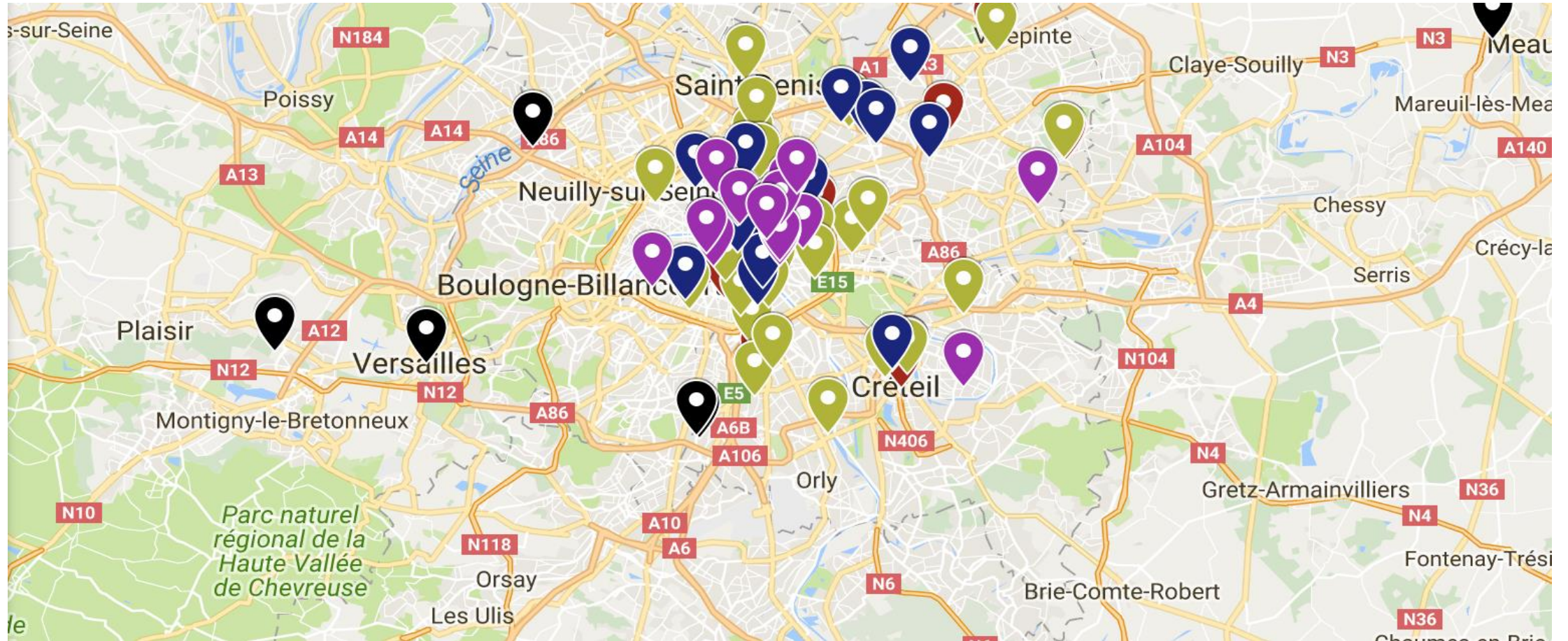
Conventions avec 20 structures hospitalières pour PEC thérapeutique et 120 structures de dépistage

Création d'un eCRF pour collecte d'information sur le parcours du patient depuis l'inclusion dans centre ressource jusque fin du suivi post traitement en vue analyse efficience du parcours à un et trois ans

Mise en place d'un observatoire d'efficacité, de tolérance et d'observance des AAD en vie réelle dans des populations réputées comme difficiles à traiter (usagers de drogues, migrants, personnes détenues, HSH) grâce à variables d'intérêts spécifiques dans CRF électronique

.

Cartographie des acteurs



Promotion du dépistage

Animation de 10 journées de formation des acteurs du dépistage

Aide à l'optimisation du dispositif de dépistage classique ou obtention de TROD VHC dans chaque structure

Aide à la constitution d'un dossier pour les structures afin d'obtenir une habilitation pour la réalisation de TROD VHC auprès de l'ARS, et afin de répondre à l'appel à projet de la DGS pour la mise à disposition de TROD VHC

Animation par équipe projet d'une permanence d'information, sensibilisation sur site au sein des centres Aurore 93, CSAPA Epice, 110 les halles, AIDES 75 à destination des usagers

Actions de coordination du parcours

Plateforme d'orientation rapide après TROD VHC positif entre centre de coordination du projet et associations AIDES, ENIPSE, Amicale du Nid et HF prévention

Partenariat avec « Hépatite Info service » du groupe Sida Info Service pour réponse à questions et informations sur le projet Parcours VHC 6 jours sur 7 et échanges par « chat » le 7^{ème} jour

Création ou renforcement d'une consultation précoce dans chaque structure de prise en charge diagnostique et thérapeutique pour accueil d'une personne testée positive pour le VHC dans les 24 à 72 heures

Promotion dans centres de prise en charge de création d'une RCP patients complexes dédiée aux patients usagers de drogues ou migrants en situation de grande précarité

Travail de coordination sociale

Formalisation d'un parcours personnalisé avec prise en charge médico-sociale dans parcours adapté à chaque typologie de patients (migrants, précaires, détenus, usager de drogue, HSH)

Ouverture de droits, soutien dans démarches administratives relance si consultations manquées, accompagnement par médiateur, accompagnement par association linguiste (traducteurs et psychologues) orientation vers structures les plus appropriées

Préparation à sortie pour personnes détenues dès diagnostic VHC dans US ou EPNSF afin d'éviter ruptures de suivi ou de traitement à sortie par :

- organisation de groupe de travail concernant la population carcérale avec les représentants des Unités Sanitaires ,des Conseillers Pénitentiaires d'Insertion et de Probation et point d'accès aux droits. afin de réfléchir à une meilleure articulation et améliorer ainsi la suite de prise en charge en post détention .
- -mise en relation avec structure d'hébergement pour patients précaires et patients à sortie de détention (ACT, LHSS)

Principaux constats positifs à un an

- Forte adhésion des acteurs de santé médico sociaux et associatifs , nouvelles demandes de convention en permanence par centres ressources et centres hospitaliers
- Grande satisfaction des centres ressources qui se sont appropriés le projet et ont parfois des méthodes de travail dans de nombreux centres
- Utilité de la coordination et de la médiation pour éviter rupture dans parcours entre le « dedans » et le « dehors » pour détenus
- Grande satisfaction des usagers
- Atteinte des objectifs d'inclusion n=550 patients inclus
- Accès réel aux AAD de patients très vulnérables

Situation globale

Population carcérale en Île-de-France

Direction interrégionale de Paris : 11 établissements pénitentiaires fermés pour adultes

Bois d'Arcy	Osny-Pontoise
Fleury Mérogis	Poissy
Fresnes	Réau
Meaux Chauconin	Versailles
Melun	Villepinte
Nanterre	<i>(La santé)</i>

Population des maisons d'arrêt = 11 884 détenus
Capacité opérationnelle = 7 050

- En MA Turnover important++
 - Durée moyenne sous écrou sur l'ensemble du territoire : 10,4 mois
 - Durée moyenne sous écrou en Ile-de-France : 6 mois
 - 78 % < 1A et 31 % < 3M

Population carcérale

- **Prévalence**

- Prévalence AC anti-VHC : 4,8 % (IC95 % : [3,5-6,5])
 - Plus élevée chez les femmes : 11,8 % ; IC95 % : [8,5-16,1]
 - Chez les hommes : 4,5 % ; IC95 % : [3,3-6,3]
- Dont ARN VHC (+) : 46,4 % IC95 %:[27,3-66,5]

- **Facteur de risque exposition au VHC en détention**

- Usage de drogues dans 70 %
- Inconnu pour 22 % des personnes détenues

→ 2,5 % des personnes détenues sont virémiques pour le VHC
Risque de transmission par voie sanguine du VHC en cas de

- partage de matériel
- pratiques à risque

Typologie Population carcérale

Estimation du nombre de personnes détenues infectées par le VIH ou le VHC et prévalence de l'infection à VIH et du VHC par sexe, âge et continent de naissance, France, mai 2010 (n = 1876)

	Population d'étude ^a	Prévalence du VIH %, [IC95%]	Estimation du nombre de personnes détenues infectées par le VIH ^b	Prévalence du VHC %, [IC95%]	Estimation du nombre de personnes détenues infectées par le VHC ^b
Total	1 876	2,0% [1,0-4,2]	1 233	4,8% [3,5-6,5]	2 927
Sexe^c					
Hommes	1 607	2,0% [0,9-4,3]	1 172	4,5% [3,3-6,3]	2 658
Femmes	267	2,6% [0,7-8,8]	61	11,8% [8,5-16,1]	239
Âge^d					
18-21	162	0	0	0	0
22-25	328	1,1% [0,1-7,7]	110	1,0% [0,2-4,5]	97
26-30	369	1,7% [0,3-8,3]	216	2,3% [1,3-4,1]	290
31-40	471	3,2% [1,1-8,6]	538	6,8% [3,9-11,3]	1 137
41-50	332	3,7% [1,3-10,3]	357	11,6% [7,2-18,1]	1 093
50 +	203	0,2% [0,0-1,66]	13	4,5% [1,5-12,3]	310
Pays ou continent de naissance^d					
France	1 388	1,1% [0,4-2,5]	487	5,0% [3,7-6,7]	2 306
Afrique subsaharienne	90	15,4% [6,6-31,8]	522	0	0
Afrique du Nord	149	3,2% [0,4-24,6]	166	5,9% [2,3-14,3]	294
Amériques	94	3,5% [0,8-13,5]	58	0	0
Asie	31	0	0	12,4% [2,1-48,2]	139
Europe de l'Est	59	0	0	12,3% [4,2-30,9]	188
Europe de l'Ouest	47	0,04% [0,005-0,4]	1	0	0

^a Nombre d'individus dans l'échantillon

^b Nombre estimé de personnes détenues infectées par le VIH ou le VHC ; l'estimation prend en compte le plan de sondage et le redressement à l'ensemble de la population carcérale en France

^c Sexe inconnu pour 2 individus

^d L'âge et le continent de naissance sont inconnus pour 11 et 18 individus, respectivement.

IC95% : intervalle de confiance à 95%

Dépistage Acceptation et rendu

Acceptabilité et réalisation des dépistages des maladies virales chroniques lors des consultations « arrivant »

	Hommes	Femmes
Proposition systématique du dépistage	97,9 %	99,8 %
Acceptation du dépistage	64,1 %	70,7 %
Taux de réalisation effectif du dépistage	87,5 %	95,4 %
Délai de prélèvement	11,3 j	8,2 j
Résultats remis effectivement	56,1 %	65,2 %
Délai de rendu de résultats	14,7 j	13,7 j

Dépistage Acceptation et rendu

Offre de soins de l'hépatite C dans les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP), France, 2015

	% des USMP concernées
Dépistage	
Proposition systématique du dépistage du VHC	98%
Taux de réalisation effective	70%
Rendu systématique des résultats	72%
Réalisation de TROD	12,5%

Constat en détention

Difficultés multiples de prise en charge

Spécifiques aux unités de soins

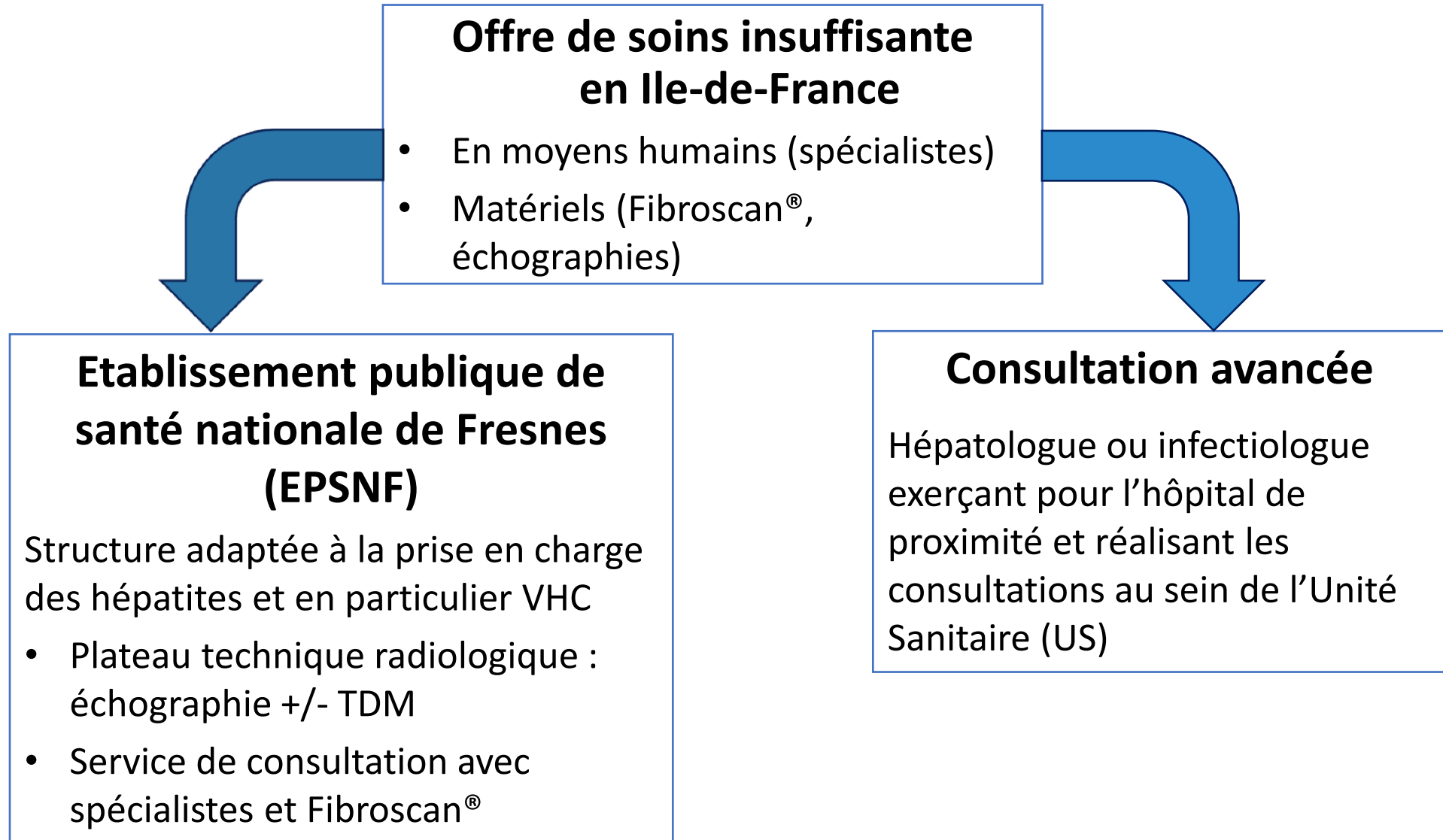
- Offre de soins insuffisante en Ile-de-France : en moyens humains (spécialistes) et matériels (Fibroscan®, échographie)
- Manque de coordination et d'information entre les différents services pendant et après la détention

Spécifiques aux détenus

- Manque de sensibilisation sur le VHC (prévention, réduction des risques, dépistage)
- Refus de se présenter aux consultations
- Barrière de la langue
- Libération sèche
- Conditions sociales non réunies pour s'assurer d'un traitement bien suivi après la libération (hébergement, lieu de vie, isolement social)
- Comorbidités addictologiques et psychiatriques

Initiative en Ile-de-France

Orientation vers une consultation spécialisée



Accès aux traitements spécifiques

Freins

- **Avant mai 2015**
 - Recommandations françaises initiales confuses et évolutives
 - Pas de cadre de remboursement des DAA en détention avant mai 2015*
- **Après mai 2015**
 - libération trop précoce
 - Turn Over +++
 - conditions sociales non réunies pour s'assurer d'un traitement bien suivi après la libération
 - manque de coordination avec les structures d'aval
 - Cadre du remboursement des DAA au cours d'un séjour en hospitalisation

Leviers

- Ouverture du cadre de remboursement des DAA à l'ensemble de la population carcérale quelque soit le degré de fibrose
- Disparition du caractère obligatoire des RCP pour certaine situation
- Consultation hépatites sur l'EPSNF ou les consultation avancée sur site
- Intervention de médiateur en santé dans la préparation à l'après détention

* CIRCULAIRE N° DGOS/R1/R4/DSS/1A/1C/2A/2015/148 du 29 avril 2015 relative à la facturation des antiviraux d'action directe (AAD) pour les patients pris en charge en ambulatoire dans des unités sanitaires en milieu pénitentiaire

Coordination des soins en post détention

Post-traitement et préparation à la sortie	
Consultation post-thérapeutique à l'USMP	69%
Consultation de réduction des risques à l'USMP	38%
Consultation extérieure dédiée aux sortants de prison	28%
Existence de liens entre USMP et :	
Caarud	41%
Csapa	69%
CHRS	41%
LHSS	22%
ACT dédiés	22%
Autres ACT	23%

Coordination et médiation
au sein du Parcours VHC

Présentations interventions

- I.I. En détention

- I.A 2 rencontres prévues

- Précoce après l'inclusion : recueil d'informations, évaluation sociale

- Avant la sortie de détention : Mise à jour de la situation

- I.B Les outils de l'intervention

- Dossier social

- Fiche de liaison

- Tableau suivi usagers

- I.C Les moyens de l'intervention

- Sollicitation structures médico sociale de la détention et en dehors de la détention

- Mutualisation des efforts

Présentations interventions

- I.II En dehors de la détention

- I. Contact avec le sortant de détention (Téléphonique, Physique)

- II. Adhésion et mobilisation des acteurs en aval.

- hébergement

- addictions

- Asile/ TDS

- Aide psychologique et interprétariat

- Accueils de jour

Travail coordination entre US et CPIP

Préparation à sortie pour personnes détenues dès diagnostic VHC dans US ou EPNSF afin d'éviter ruptures de suivi ou de traitement à sortie par :

- organisation de groupe de travail concernant la population carcérale avec les représentants des Unités Sanitaires ,des Conseillers Pénitentiaires d'Insertion et de Probation et point d'accès aux droits. afin de réfléchir à une meilleures articulation et améliorer ainsi la suite de prise en charge en post détention .
- -mise en relation avec structure d'hébergement pour patients précaires et patients à sortie de détention (ACT, LHSS)

Coordination et Médiation

Retour sur 1 an expérimentation

- **Atouts**

- Pour les professionnels médico sociaux

- Eviter les doublons

- Simplifier les démarches d'ordres sociales

- Mutualisation des informations

- Suivi des patients

- Pour les SPIP:

- Mise en place de mesures adaptées a l'état de santé du détenu en aval.

- Pour les patients

- Meilleure compréhension système de soins

- Accompagnement et soutien dans les démarches

Coordination et Médiation

Retour sur 1 an expérimentation

- **Limites**

- **Détenus :**

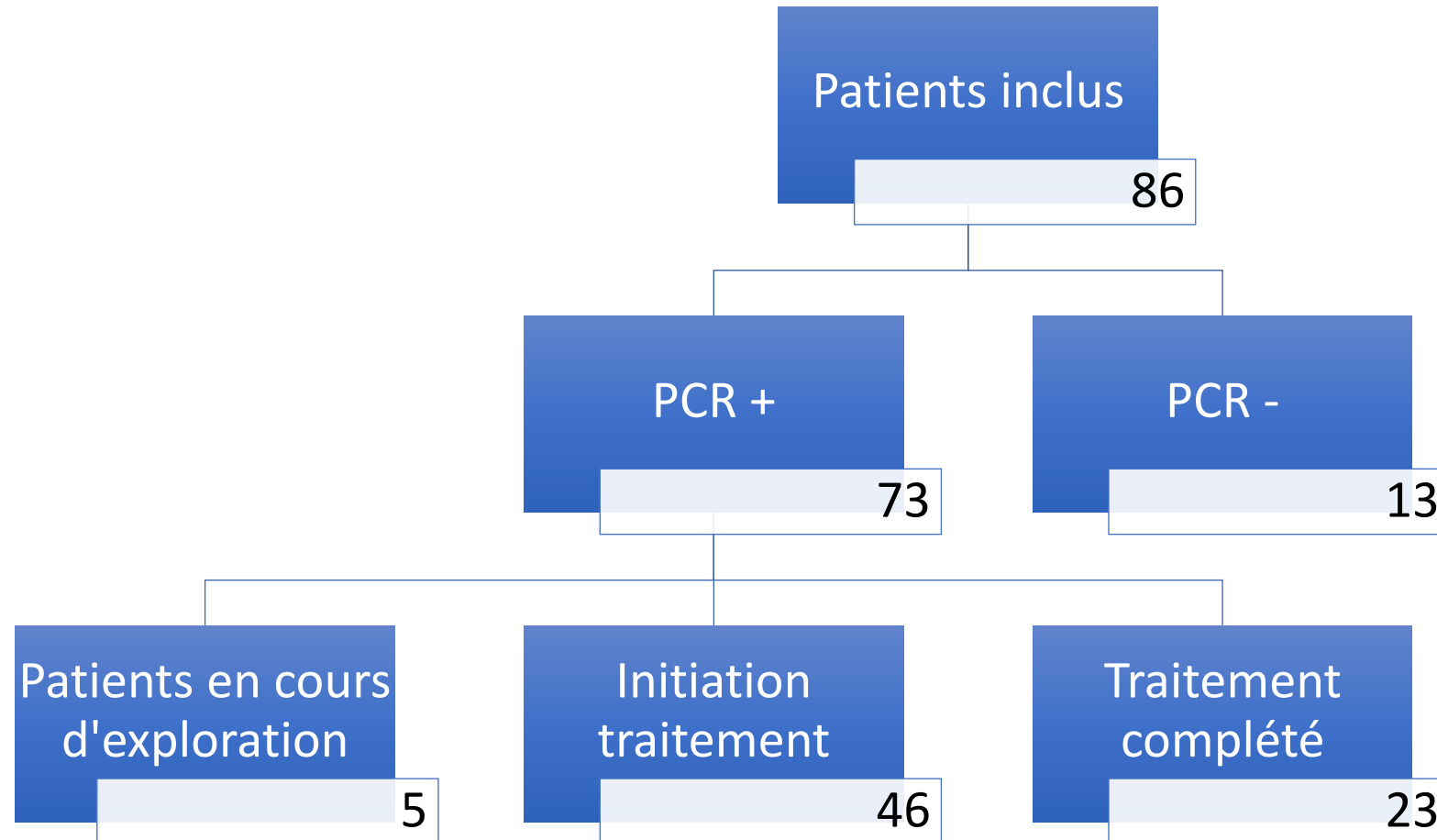
- **Défaut d'informations, donc de coordination**

- Coordinateur → détenu
Non appropriation par manques d'informations
Prise en charge médical n'est pas une priorité
 - Détenu → coordinateur
Volonté anonymat
Informations incorrectes
Barrière de la langue
Comorbidités addictologiques

- **Dispositif**

- **Hébergement** (pas de lit dédié, structures partenaires peu ou pas adaptées)
 - **Mesures judiciaires** (expulsion, RPS , aménagement de peine) → difficulté d'établir un projet global de prise en charge

Parcours VHC des patients inclus



Caractéristiques des patients en détention

- 86 patients inclus 93% hommes, âge médian 43 ans,
- 69% UD, 30% migrants , 28% comorbidités psychiatriques
- 5.8% HIV-HCV 1.1 % HBV-HCV coinfectés
- 85% PCR positive (n=73)
- 46 ont commencé un traitement en détention, 23 l'ont fini mais sont perdus de vue après sortie
- 22 n'ont pas débuté le traitement en détention et sont perdus de vue après sortie
- 5 sont en cours de bilan
- Raisons majeures pour perte de vue:
 - transfert vers un autre centre de détention ne participant pas au programme
 - expulsion du pays (OQTF) surtout chez géorgiens

Difficultés persistantes

- Délais de rendus de diagnostics et accès au traitement trop longs
- Rétention dans le soin encore insuffisante chez patients les plus précaires SDF ,avec comorbidités psychiatriques avec perte de contact post détention, OQTF++++
- Turn over très important des médiateurs en santé du fait du montage financier ARS-APHP , absence de statut reconnu de la médiation sur métiers de l'APHP ou de la recherche et salaire très insuffisants

Stratégies d'amélioration

- Aller au-devant des patients au plus près du diagnostic VHC + en détention
- Améliorer les premières étapes du diagnostic+++++ grâce à outils innovants
- Coordonner les soins addictologiques et hépatologiques à la sortie de détention
- Favoriser la continuité médicosociale après une période d'incarcération
- Assurer un accompagnement global (médical, paramédical et social)
- Renforcement des réseaux territoriaux médicosociaux
- Création de parcours adaptés à la typologie des patients

Actions « test and treat » à imaginer

Optimisation du dépistage, rendu de résultats et mise en route du traitement en détention ++++

- Mise à disposition de TROD VHC , buvards dans US
- Projet pilote avec mise à disposition machines de PCR HCV en temps réel Genexpert ?
- Renforcement des consultations avancées en US et encadrement de l'élargissement du cadre de prescription au MG dans US

Proposer aux personnes cibles en dehors filières de soin ou difficiles à prélever tests par TROD

- TROD = test rapide d'orientation diagnostique :
 - VIH et hépatite C (bientôt B)
 - Pique au bout du doigt
 - Résultat en 20 minutes
 - Fiable mais fenêtre sérologique de 3 mois
 - Si positif, nécessité de confirmer par une méthode classique



Performances des TROD pour la Détection des Ab anti-VHC à partir de Sang Capillaire et liquide craviculaire

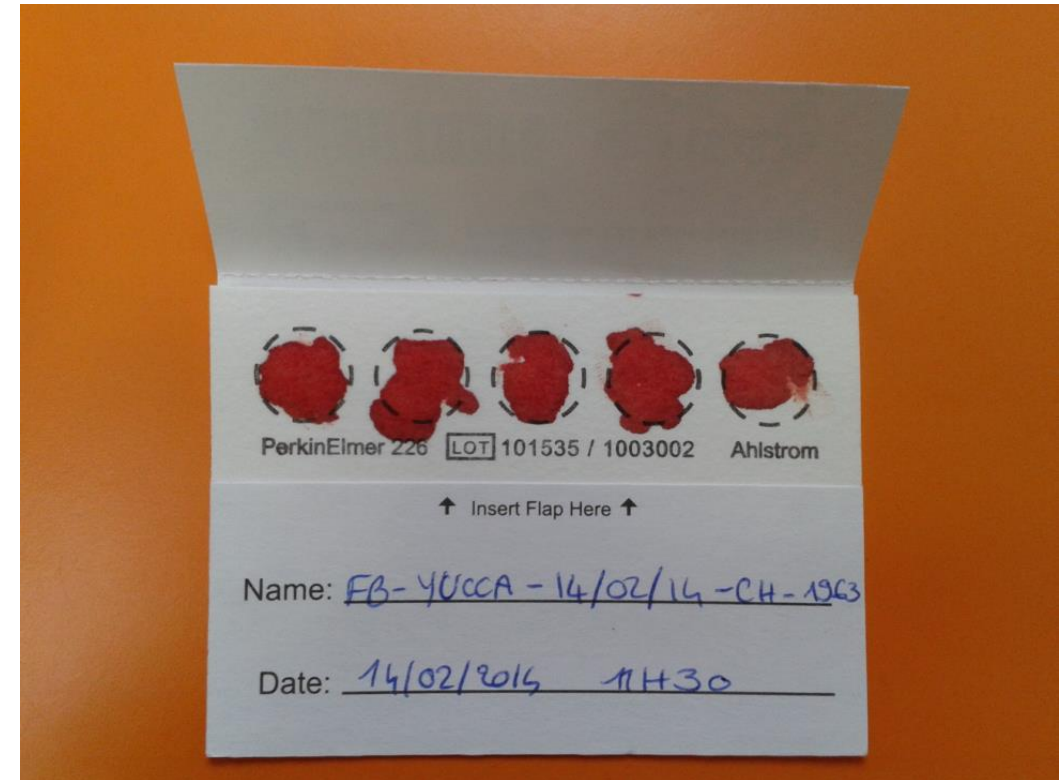
- 318 patients with chronic HCV infection, 25 patients with resolved HCV infection and 170 HCV-seronegative subjects (n = 513)



	Specificity	Sensitivity
Tests capillaire		
OraQuick® HCV Rapid Ab Test	100%	99.4%
TOYO® anti-HCV test	98.8%	95.8%
Labmen® HCV test	100%	63.1%
Tests craviculaire		
OraQuick® HCV Rapid Ab Test	100 %	97,6 %

Proposer aux personnes cibles en dehors filières de soin ou difficiles à prélever les tests sur buvards

- Dépistage sérologique du VIH et du VHC
- Confirmation diagnostique du VHC (PCR)
- Recherche d'une infection par VHB



- Le buvard est envoyé au laboratoire spécialisée par la poste. Les résultats sont disponibles au bout de 8-10 jours. Nécessité d'un médecin pour donner les résultats à la personne

La cartouche Xpert



Extraction

+



Amplification

+



Détection

Un laboratoire de PCR intégré



Comparaison de méthode :

Sang veineux vs Sang capillaire

Sang total veineux



1 Prélèvement de sang veineux par (4°C)



2 Centrifugation le jour suivant



3 Introduire le plasma dans la cartouche Xpert® HCV Viral Load



4 Résultat en 105 min

Sang total capillaire



1 Collecter 100µL de sang capillaire avec un pique doigt dans une Minivette



2 Introduire directement le sang total dans la cartouche Xpert® HCV Viral Load



3 Ajouter 1mL de solution tampon



4 Résultat en 105 min

Evaluation du test Xpert[®] HCV Viral Load avec sang capillaire

Evaluation of the Xpert HCV Viral Load point-of-care assay from venepuncture-collected and finger-stick capillary whole-blood samples: a cohort study



Jason Grebely, Francois M J Lamoury, Behzad Hajarizadeh, Yasmin Mowat, Alison D Marshall, Sahar Bajis, Philippa Marks, Janaki Amin, Julie Smith, Michael Edwards, Carla Gorton, Nadine Ezard, David Persing, Marika Kleman, Philip Cunningham, Beth Catlett, Gregory J Dore, Tanya L Applegate, on behalf of the LiveRLife Study Group

- La sensibilité et la spécificité du test de charge virale Xpert[®] HCV viral pour la détection de l'ARN du VHC par prélèvement capillaire de sang total par le doigt étaient de 95,5% et de 98,1%, respectivement **
- Intérêt majeure par rapport aux tests d'anticorps réalisés en délocalisé (indique seulement l'exposition au VHC)

Résultats

Xpert® HCV Viral Load plasma			
Abbott plasma	Non détecté -	Détecté +	Total
Non détecté -	114	1	115
Détecté +	0	51	51
Total	114	52	166

Sensibilité **100%**

Spécificité **99.1%**

Un Résultat Discordant (IU/ml):

1201-61410-018 Abbott = 0 Xpert = 3,380,000

Xpert® HCV Viral Load Finger-prick			
Abbott plasma	Non détecté -	Détecté +	Total
Non détecté -	111	2	113
Détecté +	2	47	49
Total	113	49	162

Sensibilité **95.9%**

Spécificité **98.2%**

Quatre Résultats Discordants (IU/ml):

1201-61410-018 Abbott = 0 Xpert = 7,686,000

1201-61249-030 Abbott = 38 Xpert = 0

1201-61249-104 Abbott = 0 Xpert = <10

1201-61223-002 Abbott = <12 Xpert = 0

Profil patients ciblés

Usager de drogue injectable ou non



Migrants



Détenus



Co infecté HIV/ HCV HSH+++



Amélioration de l'accès au dépistage pour les populations à risque



Augmenter l'accès au dépistage et aux soins en décentralisant

