

**Eliminer l'infection par le VHC.  
De la nécessité de travailler ensemble :  
créer des parcours de soins territoriaux  
adaptés**

**F. PAILLE**  
**Nancy**

# Un parcours de soins intégrés Addictologues – Hépatogastro-entérologues

Plutôt que 2 :

- parcours simplifié
- parcours spécialisé (HGE)

Le risque de 2 parcours est qu'ils restent parallèles,

- l'un centré sur les CA et ne s'intéressant pas beaucoup au VHC
- l'autre centré sur le VHC et le foie et ne s'intéressant pas beaucoup à la cause de l'infection, les CA...

L'intégration des soins est un élément central du traitement des conduites addictives

***Construire un parcours de soins coordonnés Addictologues-Hépatogastroentérologues pour les patients addicts dans chaque territoire de santé***

***Réflexions du groupe de travail conjoint FFA-AFEF***

## **Objectifs** du parcours de soins :

- Dépister et traiter l'infection par le VHC
- Mais aussi prendre en charge les patients dans leur globalité

## **Un impératif : être efficace**

- **Proposer des parcours de soins simples et faciles à respecter** limitant au maximum les contraintes pour les patients et les équipes. Faciliter l'accès aux soins
- **Dépister toutes les personnes** => faciliter la diffusion d'outils simples et efficaces comme les TRODS dans les lieux où sont accueillis les patients. Mais il n'y a pas que les TRODS...
- **Favoriser une prise en charge de proximité** => prescription des traitements par les médecins des structures addictologiques
- **Recommander des schémas thérapeutiques simples**, efficaces et bien tolérés
- **Dépister les patients à risque de progression de la maladie du foie** vers les complications
- **Accéder facilement et rapidement à des avis/PEC par HGE**
- ***Proposer une prise en charge globale, virologique, hépatologique et addictologique***

Pour atteindre ces objectifs :

- **Centrer ces parcours sur les structures addictologiques**, au plus proche du lieu de vie des patients et là où ils sont suivis régulièrement
- **Parcours adaptés à la majorité des patients** vivant avec le VHC accueillis dans les structures addictologiques qui ne présentent pas de complication grave => tout ce qui simplifie et améliore l'observance du traitement doit être privilégié
- **Une connexion forte avec les HGE**, connexion d'intensité variable et adaptée selon les besoins de chaque patient
- **Améliorer l'accès aux soins** et rendre plus fluide le parcours

# Déclinaison en 6 étapes

## **ETAPE 1**

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

## ETAPE 2 : DEPISTAGE UNIVERSEL

Un dépistage universel, chez chaque adulte au moins une fois dans sa vie.

Notamment chez les patients addicts tout spécialement ceux présentant des pratiques à risque infectieux comme les injecteurs, mais aussi les crackers et ceux qui sont sans domicile...

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

Les CSAPA/CAARUD pourraient aller davantage dans les lieux particulièrement à risques : rue, squats, CADA, lieux de prostitution...

## ETAPE 2 : DEPISTAGE - LES ACTEURS CONCERNES

*Tous les acteurs intervenant en addictologie sont concernés*

### ■ **Médecine de ville**

- . Médecin généraliste (MG)
- . Médecin addictologue libéral
- . Microstructure
- . Infirmière (IDE) : par exemple réseau ASALEE
- . Pharmaciens...

### ■ **Structures addictologiques**

Il est important de s'appuyer sur le maillage territorial de toutes les structures addictologiques

Complémentaire : la réduction des risques à distance portée en région pour les patients ne fréquentant pas les CSAPA / CAARUD

### ■ **Structures d'insertion et de réinsertion sociale**

### ■ **UCSA (prisons)**



## ETAPE 2 : DEPISTAGE - LES MOYENS

### ■ **Les moyens**

Sérologie par prélèvement sanguin standard, TRODS (tests rapides d'orientation diagnostique), buvards, PCR à réponse rapide

Formation nécessaire

### ■ **Un HGE référent pour chaque structure**

Accès facile et rapide des équipes addictologiques à un HGE = vrai plus

Rendez-vous pour avis, confirmer une orientation, aider si besoin à l'évaluation et à la prise en charge

### ■ **Un addictologue référent pour le VHC dans chaque structure**

## **ETAPE 3**

Réaliser un entretien d'annonce des résultats avec remise de matériel de RdRD

## ETAPE 4 : BILAN PRE-THERAPEUTIQUE

Il est réalisé dans la structure addictologique

- **Evaluation médico-psycho-sociale globale**

- **Bilan minimum pré-thérapeutique**

Doit pouvoir être réalisé facilement (prélèvement structure addicto ou accès facile à un labo)

- ***Biologie***

Charge virale du VHC

AgHBs, Ac anti-HBc et Ac anti-HBs

Ac anti VHA

Sérologie VIH

NFS plaquettes, ASAT, ALAT, GGT, bilirubine, albumine, taux de prothrombine, INR, débit de filtration glomérulaire

- ***Evaluation de la sévérité de la maladie hépatique***

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

. Fibroscan® < 10 kPa

. Fibrotest® ≤ 0,58

. Fibromètre® ≤ 0,786

## **ETAPE 4 : BILAN PRE-THERAPEUTIQUE**

**Rechercher des facteurs de risque de maladie grave du foie et des facteurs de complexité :**

- Insuffisance rénale sévère (DGFe < 30 ml/min/1,73m<sup>2</sup>)
- Facteur de risque de progression de la maladie du foie : facteurs métaboliques (diabète, dyslipidémie, surpoids) en raison du risque de stéatohépatite non-alcoolique, mésusage d'alcool, coinfection par le VHB et/ou le VIH
- Maladie grave du foie
- Exposition antérieure à des antiviraux contre le VHC
- Interactions médicamenteuses complexes

**L'HGE référent peut intervenir à ce stade pour une prise en charge optimale de l'infection par le VHC dans les cas complexes**

RV rapide pour confirmer une orientation, proposer / réaliser un bilan complémentaire, prendre en charge le traitement ou du moins superviser l'équipe addictologique

## ETAPE 4 : BILAN PRE-THERAPEUTIQUE ORGANISATION

Organisations locales : cadre général proposé, mais **laisser de la souplesse** à toutes les structures pour s'organiser en fonction de leurs possibilités locales

Il existe déjà beaucoup de contacts et d'expériences :

- L'HGE vient régulièrement consulter dans la structure addictologique,
- Les patients lui sont adressés,
- Les patients sont amenés par du personnel de la structure addictologique,
- Télémédecine...

Fibroscan « itinérant »? HGE de proximité...

Mais aussi fibromètre et fibrotest

## ETAPE 5 : INITIATION DU TRAITEMENT

### ■ Dans les cas simples

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

### ■ Cas complexes ou situation particulière

**Consultation spécifique d'HGE avec accès simplifié et rapide** (délai d'attente court). Dans ces cas, c'est l'HGE qui peut être amené à assurer le traitement et le suivi HGE

Un suivi conjoint addictologue - HGE est proposé.

La prise en charge s'effectue autour d'une équipe pluridisciplinaire : infirmière en HGE et/ou en addictologie /  
Education thérapeutique du patient

Rôle du pharmacien dans la délivrance des médicaments, dans l'information et le renforcement motivationnel des patients pour améliorer l'observance

## ETAPE 6 : LE SUIVI

⇒ **Suivi virologique et HGE et addictologique, médico-psycho-sociale global**

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

- ***Suivi virologique après le traitement***

Dosage de l'ARN du VHC 12 semaines après l'arrêt du traitement. Si ARN indétectable = réponse virologique soutenue (RVS) et le patient est considéré guéri

Dépistage de la réinfection par le VHC nécessaire en cas de poursuite des comportements à risque

- ***Suivi de la maladie du foie associée au VHC***

Après guérison, les patients à risque d'évolution vers une complication hépatique (fibrose sévère) doivent avoir un dépistage semestriel des complications de la cirrhose, notamment du cancer du foie

## ETAPE 6 : LE SUIVI

### ■ *Suivi addictologique*

Essentiel. Permet le suivi du traitement et de poursuivre le projet addictologique construit avec le patient

*Suivi de la(des) conduite(s) addictive(s)*

*Suivi de consommation d'alcool cruciale.* 70 % des personnes hospitalisées avec une complication hépatique associée au VHC ont un problème avec l'alcool. Complications hépatiques observées après guérison de l'hépatite C essentiellement dues à l'alcool. Prise en charge très associée au pronostic des patients avec Ac anti-VHC. **Les patients guéris du VHC meurent de l'alcool...**

*Programmes de RdRD* = modifier les pratiques à risque des patients et diminuer le risque de réinfection. => informer les patients et faciliter l'accès au matériel de RdRD

*Importance des programmes d'ETP*



## ETAPE 6 : LE SUIVI

- **La guérison virologique n'est pas la guérison hépatique**

Les lésions hépatiques peuvent justifier un suivi prolongé

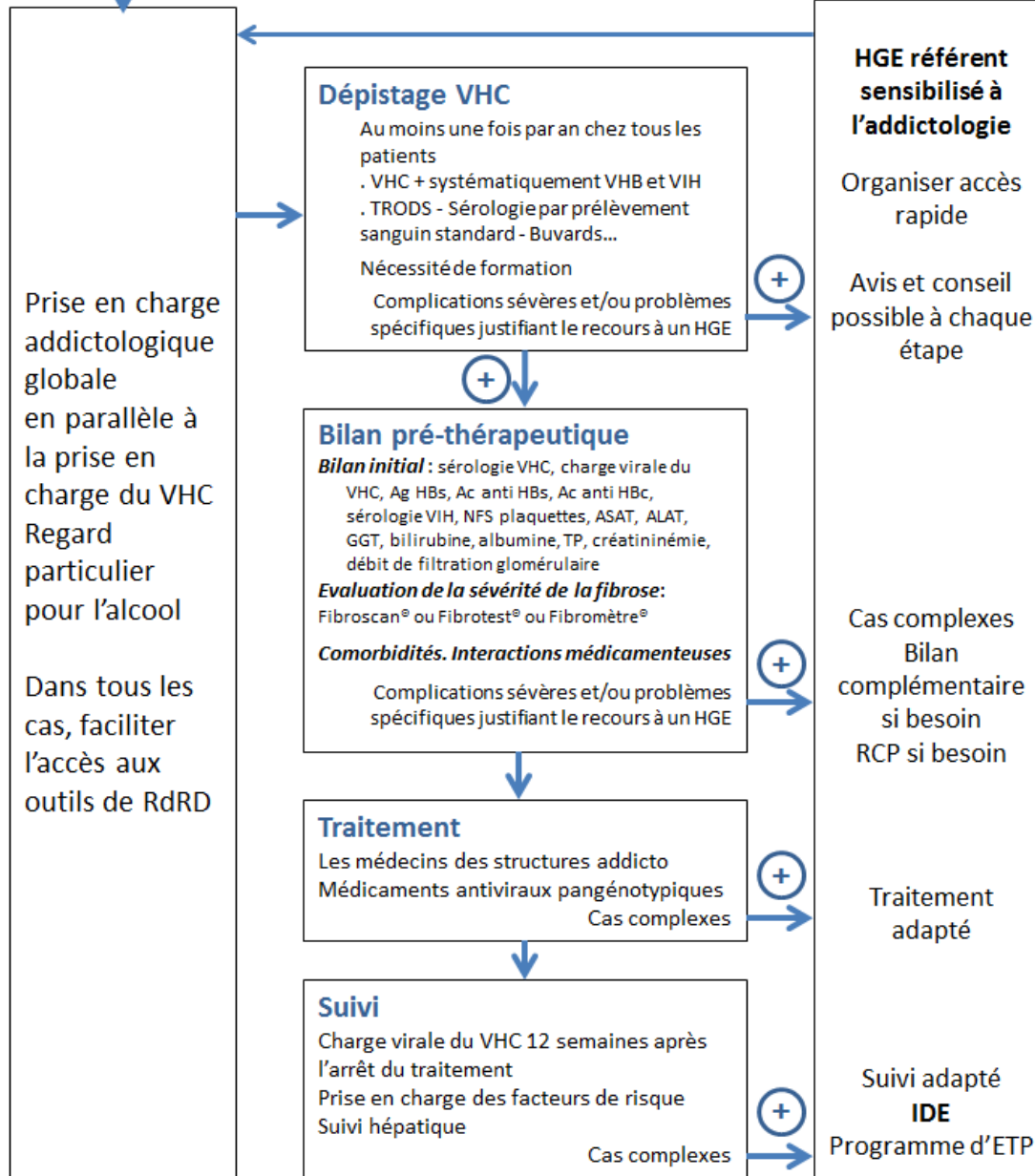
Prise en charge des facteurs de risque associés essentielle (alcool)

- **Elle est encore moins la « guérison » addictologique**

=> accompagnement prolongé. Aider les patients à tourner la page de leur addiction, éviter les complications post-traitement antiviraux et éviter les réinfections (RdRD)

## Tout patient présentant une conduite addictive vu par :

Médecins généralistes, médecins addictologues libéraux, microstructures...  
Structures addictologiques médico-sociales (CSAPA, CAARUD) et hospitalières  
Structures d'insertion, UCSA...



## Enquête lorraine (mai 2019)

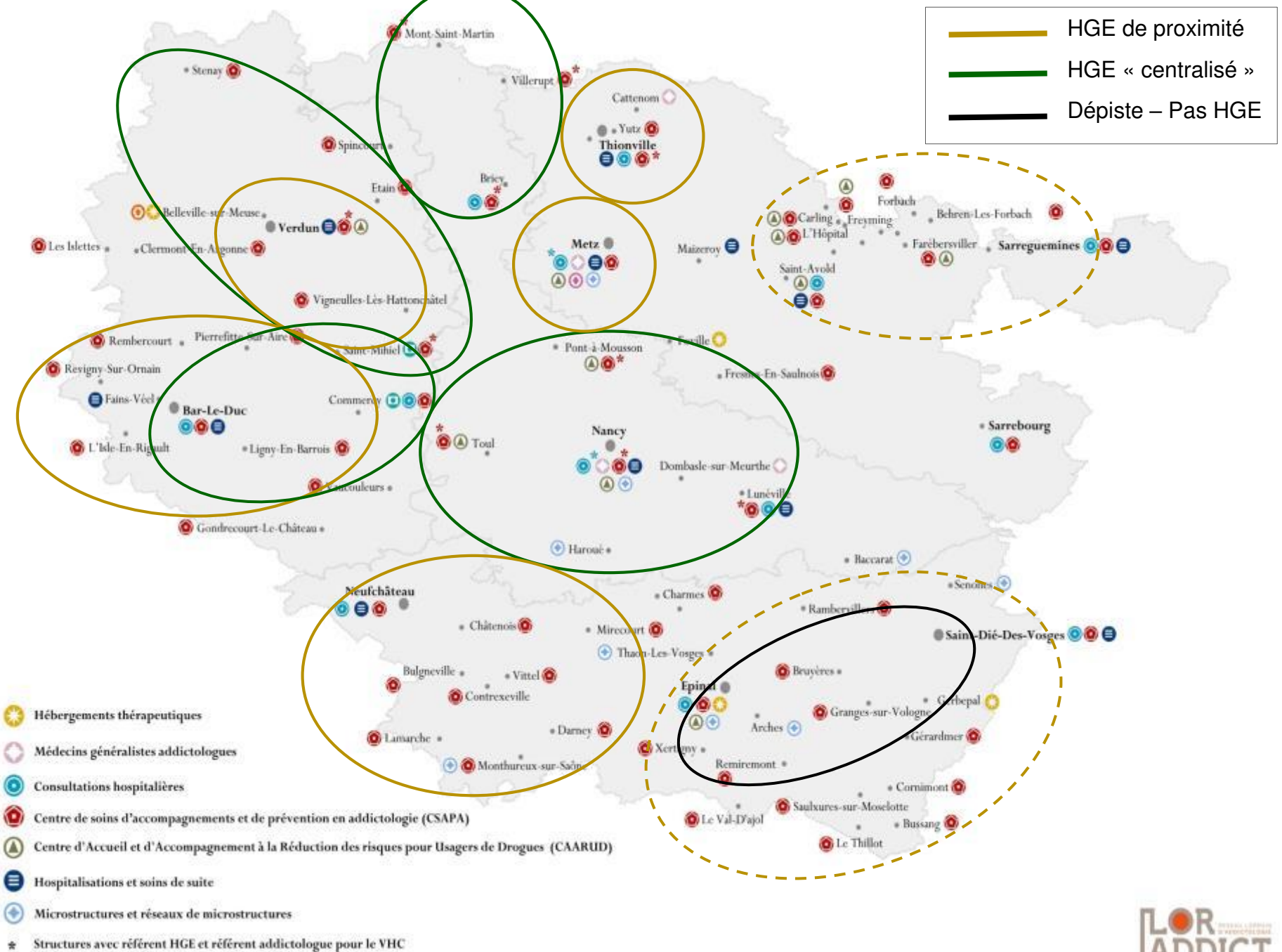
Quelle organisation selon les territoires ? 10 réponses (7 CSAPA)

<b>Dépistage</b>	Systématique : 6 Patients à risques : 2
<b>Moyens de dépistage</b>	Bilan sanguin : 6 TRODS / bilan sanguin : 3
<b>Evaluation de la fibrose dans la structure</b>	Oui : 6 Non : 3
<b>Méthodes d'évaluation de la fibrose</b>	Fibromètre : 5 Fibrotest ou fib-4 : 1 Fibroscan circulant : 1
<b>Référent HGE</b>	Oui : 5 Non : 5

2 modèles :

- **Modèle décentralisé** = référent HGE situé dans le territoire de proximité : bonne connaissance des partenaires, interformations, échanges et accès des patients et des professionnels facilités...
- **Modèle centralisé** = centre HGE de référence s'il n'y a pas de référent HGE de proximité ou autres raisons. Contacts : mail/téléphone  
IDE itinérante

# STRUCTURES ADDICTOLOGIQUES LORRAINE AVEC REFERENT ADDICTOLOGUE ET HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGUE POUR LE VIRUS DE L'HEPATITE C (VHC)



## CONCLUSION

- Une structure addicto : 1 référent addictologue - 1 référent HGE
- Un parcours des soins intégrés addictologiques - HGE centré sur le patient et le suivi addicto  
Interactions en tant que de besoin addicto – HGE
- Repérer et évaluer avec tous les outils disponibles
- Une approche globale
  - VHC
  - Foie
  - Conduite addictive
- Faciliter accès aux soins et suivi
- Ne pas oublier les outils de RdRD