



Année 2017

N°

Thèse

Pour le
DOCTORAT EN MÉDECINE
Diplôme d'État
par

Jessica HAQUE

Né(e) le 04 décembre 1982 à Paris (75)

TITRE

**Mise en place et évaluation d'un dispositif de dépistage de l'hépatite C
par Test Rapide d'Orientation Diagnostique
au sein d'une population d'usagers de drogues au CSAPA de Dreux**

Présentée et soutenue publiquement le **24 octobre 2017** devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine -Tours

Membres du Jury :

Professeur Nicolas BALLON, Psychiatrie ; addictologie, Faculté de Médecine - Tours

Professeur Louis BERNARD, Maladies infectieuses et maladies tropicales, Faculté de Médecine - Tours

Professeur Jean ROBERT, Médecine Générale, PA, Faculté de Médecine - Tours

Docteur Marie CALOT-LIMARE, Gastroentérologie-hépatologie, CH Rambouillet

Directeur de thèse : Docteur Anne HERON, MCU-HDR, Faculté de Pharmacie – Paris Descartes, Paris



Année 2017

N°

Thèse

Pour le
DOCTORAT EN MÉDECINE
Diplôme d'État
par

Jessica HAQUE

Né(e) le 04 décembre 1982 à Paris (75)

TITRE

**Mise en place et évaluation d'un dispositif de dépistage de l'hépatite C
par Test Rapide d'Orientation Diagnostique
au sein d'une population d'usagers de drogues au CSAPA de Dreux**

Présentée et soutenue publiquement le **24 octobre 2017** devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine -Tours

Membres du Jury :

Professeur Nicolas BALLON, Psychiatrie ; addictologie, Faculté de Médecine - Tours

Professeur Louis BERNARD, Maladies infectieuses et maladies tropicales, Faculté de Médecine - Tours

Professeur Jean ROBERT, Médecine Générale, PA, Faculté de Médecine - Tours

Docteur Marie CALOT-LIMARE, Gastroentérologie-hépatologie, CH Rambouillet

Directeur de thèse : Docteur Anne HERON, MCU-HDR, Faculté de Pharmacie – Paris Descartes, Paris

TITRE

Mise en place et évaluation d'un dispositif de dépistage de l'hépatite C par Test Rapide d'Orientation Diagnostique, au sein d'une population d'usagers de drogues, au CSAPA de Dreux

RÉSUMÉ

Les usagers de drogues (UD) constituent actuellement la principale population exposée au virus de l'hépatite C (VHC), pourtant la majorité d'entre eux ignorent leur statut sérologique. Les progrès récents dans le traitement de cette maladie justifient un renforcement du dépistage. Les Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD), validés par la Haute Autorité de Santé, constituent une alternative récente et moins contraignante que le prélèvement veineux, permettant un dépistage ciblé des UD, réalisé auprès du patient.

Objectif : Mise en place et évaluation du dispositif de dépistage du VHC par TROD au sein du CSAPA de Dreux.

Méthode : La mise en place des TROD s'est effectuée conformément à la réglementation en vigueur applicable aux établissements médico-sociaux, impliquant la formation des professionnels de santé, la rédaction d'une procédure d'assurance qualité et une demande d'autorisation complémentaire auprès de l'Agence Régionale de Santé. L'étude descriptive rétrospective de la population d'UD (n=233) a été menée à partir des fiches RECAP recueillies du 1^{er} janvier au 31 décembre 2016, recensant les données sociodémographiques et les conduites addictives.

Résultats : La majorité des UD du CSAPA avaient consommé du cannabis et/ou de l'héroïne au cours du mois précédent et étaient sous traitement substitutif aux opiacés (53,7%). Plus d'un tiers des UD avaient eu recours à la voie injectable ou à la voie nasale (41,2%). Les UD étaient nombreux à déclarer une consommation régulière d'alcool (42,5%).

A l'inclusion, 38% des patients méconnaissaient leur statut sérologique VHC, en particulier les moins de 30 ans. Les TROD ont pu être réalisés et analysés chez 41 UD : 6 tests se sont révélés positifs.

Conclusion : Notre étude confirme la prévalence élevée du VHC chez les UD au regard de la population générale. Malgré les délais de mise en place inhérents aux formalités administratives indispensables, la faisabilité et l'acceptabilité des TROD ont été satisfaisantes. L'étude a permis d'inscrire les UD dans un parcours de soins formalisé, donnant accès à une prise en charge optimale de leur hépatopathie.

Mots clés : Usagers de drogues, Dépistage, hépatite C, TROD, CSAPA

TITLE

Implementing and assessment of rapid diagnostic test for detection of hepatitis C among drug users in the substance use disorders treatment center of Dreux (SUDTC)

ABSTRACT

Currently, drug users (DU) are a key population affected by hepatitis C virus (HCV), nonetheless many of them remain unaware of their serological status. Recent advances in the treatment of this disease require enhanced screening. The Rapid Diagnostic Tests (RDT), validated by the French Authority of Health, are a recent alternative, less restrictive than a venipuncture test, allowing a targeted screening of drug users, performed at the patient point of care.

Aim: *Implementing and assessment of RDT screening device for hepatitis C within the SUDTC of Dreux.*

Methods: *RDT were implemented, in accordance with the rules in force applying to medical and social institutions, involving training of staff, drafting a quality control procedure and requesting additional authorization from the Regional Agency of Health. The descriptive and retrospective study of the DU population (n = 233) was using socio-demographic and addictive behaviors data of the RECAP file, from 1 January to 31 December 2016.*

Results: *The majority of SUDTC's UD had reported cannabis or heroin use in the previous month and were currently on opioid substitution therapy (53.7%). Over one third of DU used injection or transnasal drug delivery (41.2%). Many DU reported regular drinking (42.5%). At the study inclusion, 38% of patients ignored their HCV serological status, especially those under age 30. RDT were performed and analyzed for 41 DU: 6 were positive.*

Conclusion: *Our study confirms the high HCV prevalence among DU as compared the overall population. Despite delays in necessary administrative formalities, the feasibility and acceptability of RDT remained satisfactory. The study led to an efficient process of linking the DU to care, giving access to an optimal management of their liver disease.*

Keywords: *Drug Users, HCV Screening, RDT, Substance Use Disorders Treatment Center.*

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr. Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr. Henri MARRET

ASSESSEURS

Pr. Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr. Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr. Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr. Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*
Pr. François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr. Patrick VOURC'H, *Recherche*

SECRETAIRE GENERALE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr. Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr. Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972
Pr. André GOUAZE - 1972-1994
Pr. Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr. Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr. Daniel ALISON
Pr. Catherine BARTHELEMY
Pr. Philippe BOUGNOUX
Pr. Pierre COSNAY
Pr. Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr. Loïc DE LA LANDE DE CALAN
Pr. Noël HUTEN
Pr. Olivier LE FLOCH
Pr. Yvon LEBRANCHU
Pr. Elisabeth LECA
Pr. Gérard LORETTE
Pr. Roland QUENTIN
Pr. Alain ROBIER
Pr. Elie SALIBA

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – G. BALLON – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – G. LELORD – E. LEMARIE – G. LEROY – Y. LHUINTRE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – M. ROBERT – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
ARBEILLE Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique.....	Cardiologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BODY Gilles	Gynécologie et obstétrique
BONNARD Christian	Chirurgie infantile
BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques	Parasitologie, mycologie
CHANTEPIE Alain.....	Pédiatrie
COLOMBAT Philippe	Hématologie, transfusion
CORCIA Philippe	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague.....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan.....	Réanimation
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle.....	Anatomie & cytologie pathologiques
GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GOUDEAU Alain	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier	Urologie
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent.....	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François.....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie

MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
QUENTIN Roland	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SIRINELLI Dominique	Radiologie et imagerie médicale
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

LEBEAU Jean-Pierre
LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien.....Soins palliatifs
POTIER Alain.....Médecine Générale
ROBERT Jean.....Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BAKHOS David	Physiologie
BARBIER Louise	Chirurgie digestive
BERHOUE Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERTRAND Philippe	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DESOUBEUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
GUILLON Antoine	Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille	Immunologie
IVANES Fabrice	Physiologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille	Médecine légale
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique

ZEMMOURA IlyessNeurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ NadiaNeurosciences
BOREL StéphanieOrthophonie
DIBAO-DINA ClarisseMédecine Générale
LEMOINE MaëlPhilosophie
MONJAUZE CécileSciences du langage - orthophonie
PATIENT RomualdBiologie cellulaire
RENOUX-JACQUET CécileMédecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ AyacheDirecteur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
CHALON SylvieDirecteur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
COURTY YvesChargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY HuguesChargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
ESCOFFRE Jean-MichelChargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
GILOT PhilippeChargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX FabriceDirecteur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
GOMOT MarieChargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
HEUZE-VOURCH NathalieChargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ BriceChargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER FrédéricChargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
LE PAPE AlainDirecteur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
MAZURIER FrédéricDirecteur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
MEUNIER Jean-ChristopheChargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
PAGET ChristopheChargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL WilliamChargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
SI TAHAR MustaphaDirecteur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK ClaireChargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE ClaireOrthophoniste
GOUIN Jean-MariePraticien Hospitalier
PERRIER DanièleOrthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

LALA EmmanuellePraticien Hospitalier
MAJZOUB SamuelPraticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE BéatricePraticien Hospitalier

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira
pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

À Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, Présidente du jury

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider ce jury et de juger ce travail.
Soyez assurée de ma grande reconnaissance et de mon profond respect.
Je vous remercie également pour votre présence et bienveillance.

À Madame le Docteur Anne HERON, Direction de thèse

Je vous remercie d'avoir accepté de me soutenir dans l'élaboration de ce travail et du temps que vous m'avez consacré. Vous avez su me communiquer votre rigueur scientifique. Vous êtes un modèle d'altruisme, de persévérance et de motivation.
Je vous remercie également pour votre apprentissage, votre bienveillance

À Monsieur le Professeur Nicolas BALLON

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail de thèse et de faire partie des membres de mon jury. Soyez assuré de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Louis BERNARD

Je vous remercie d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse.
Recevez ici le témoignage de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Jean ROBERT

C'est un honneur et un plaisir de vous avoir comme membre du jury.
Je vous remercie de votre soutien, d'avoir cru en moi dans mes moments de doutes et de m'avoir écouté. Soyez assuré de ma plus grande reconnaissance et de mon profond respect.

À Madame le Docteur Marie CALOT-LIMARE

Je te remercie de ton soutien, de ta bonne humeur et de l'amitié que tu me portes.
Je suis heureuse et honorée de te compter parmi les membres de mon jury.

À Monsieur le Docteur Landau et Monsieur le Docteur Barry

Vous m'avez consacré du temps pour me permettre de réaliser ce travail.
Je vous en remercie.

À l'équipe du CSAPA

Merci de votre disponibilité, votre gentillesse et pour votre aide ayant permis l'élaboration de ce travail.

À l'équipe d'hépto-gastro-entérologie

Merci de votre soutien, de votre bonne humeur et de votre bienveillance. Vous me donnez le sourire et l'envie de travailler chaque jour avec vous.

À Angélique

Merci d'avoir toujours gardé confiance en moi et du soutien que tu m'as porté toutes ces années. Meri pour tes connaissances informatiques qui ont contribué à l'élaboration de ce travail.

À Morgane

Merci de m'avoir soutenue toutes ces années. Ta bonne humeur et ta présence à mes cotés ont égayé ma vie.

À mes 2 mères (Caro et Marie), à mes amis

Merci pour votre soutien dans mes moments difficiles. Vous m'avez ouvert votre porte, vous m'avez fait rire et vous m'avez toujours épaulée.

À ma famille

Merci pour votre soutien tout au long de mes études.

À Rapi

Merci pour ton amour, ta bonne humeur, tes encouragements dans les moments de doutes. Merci pour ta patience et ta compréhension ces derniers mois. Tu es mon pilier au quotidien et mon souffle de vie. ICU.

ABRÉVIATIONS

AAD : Antiviraux à action direct

AASLD : Association for the Study of Liver Diseases

Ac : Anticorps

AES : Accident d'exposition au sang

AFEF : Association française pour l'étude du foie

Ag : Antigène

ARN : Acide ribonucléique

ARS : Agence Régionale de Santé

BHD : Buprénorphine Haut Dosage

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues

CHC : Carcinome hépatocellulaire

CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

DASRI : Déchets d'activités de soins à risques infectieux.

EIA : Enzyme Immuno-Assay

HAS : Haute autorité de santé

HSH : Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies

PES : Programme d'échange de seringue

POCT : Point-of-care-testing

RECAP : Recueil commun sur les addictions et les prises en charge

RVS : Réponse virologique soutenue

TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostique

TSO : Traitement substitutif aux opiacés

UD : Usager de drogues

UDIV : Usager de drogues par voie intraveineuse

VHB : Virus de l'hépatite B

VHC : Virus de l'hépatite C

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS.....	11
TABLE DES MATIÈRES.....	12
INTRODUCTION GÉNÉRALE	14
RAPPELS BIBLIOGRAPHIQUES	15
1. L'hépatite C	15
<i>Le virus de l'hépatite C</i>	<i>15</i>
<i>Histoire naturelle du VHC : une maladie hépatotrope et extra-hépatique.....</i>	<i>18</i>
<i>Traitements actuels.....</i>	<i>21</i>
<i>Dépistage.....</i>	<i>23</i>
<i>Données épidémiologiques.....</i>	<i>27</i>
2. Usagers de drogues et VHC en France.....	28
3. Les CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie	33
OBJECTIFS DE LA THÈSE.....	34
MATÉRIELS ET MÉTHODES	35
1. Mise en place du dépistage VHC par TROD	35
2. Description du TROD	36
3. Réalisation du TROD.....	37
4. Recueil et traitement des données.....	38
RÉSULTATS.....	40
1. Mise en place des TROD	40
<i>Composition du dossier de demande d'autorisation auprès de l'Agence Régionale de Santé.....</i>	<i>40</i>
<i>La procédure d'assurance qualité.....</i>	<i>41</i>
2. Profil sociodémographique de la population du CSAPA de Dreux	44
3. Consommations	49
4. Connaissance du statut vis-à-vis du VHC	52
5. Dépistage des UD par le TROD.....	55
DISCUSSION	57
1. Avantages et limites des TROD.....	57
2. Profils, pratiques de consommation des UD drouais et VHC.....	59
3. Séroprévalence VHC au CSAPA de Dreux.....	61
4. Impact du dispositif de dépistage sur le suivi des patients	64
5. Perspectives	65

CONCLUSION	66
BIBLIOGRAPHIE.....	67
ANNEXES	76
ANNEXE 1 : le CSAPA de Dreux.....	76
ANNEXE 2 : attestation de formation.....	77
ANNEXE 3 : mode d'emploi du TROD TOYO® VHC.....	78
ANNEXE 4 : fiche d'information, formulaire de consentement et fiche de résultats sous format triptyque pliable (imprimée en deux exemplaires).....	79
ANNEXE 5 : fiche RECAP (Recueil Commun sur les Addictions et les Prises en charge).....	80
ANNEXE 6 : procédure d'assurance qualité d'utilisation des TROD	82

INTRODUCTION GÉNÉRALE

L'hépatite C constitue un problème de santé publique du fait de la gravité potentielle de l'infection et de son évolution possible vers la cirrhose et/ou le carcinome hépatocellulaire ainsi que du coût engendré par sa prise en charge.

Notre étude s'inscrit à un tournant de l'histoire de l'hépatite C, marquée par le développement de nouveaux outils de dépistage et par des progrès thérapeutiques spectaculaires qui permettent de guérir l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) chez la majorité des patients traités.

Le recours aux tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) de l'infection à VHC est préconisé auprès des populations les plus exposées et insuffisamment dépistées, telles que les usagers de drogues (UD), en complément de l'offre traditionnelle de dépistage existante. Les TROD permettent de repérer de façon immédiate, simple et reproductible, les patients potentiellement infectés par le VHC.

La prise en charge de l'hépatite C chez les UD peut être influencée par les problèmes sociaux, la précarité, les comorbidités psychiatriques et les types de consommations. Il est important de connaître ces données pour travailler correctement en termes de diagnostic et de dépistage dans ces populations.

Dans cette étude, nous avons mis en place les TROD au sein du CSAPA de Dreux, et caractérisé la population des UD suivis dans cet établissement. Le CSAPA étant une structure médicale, psychologique, sociale et éducative, il s'inscrit de ce fait comme un acteur déterminant dans la prise en charge précoce et rapide des UD.

Notre travail a ainsi permis de définir un parcours de soins optimisé pour les UD infectés par le VHC et de leur en faciliter l'accès.

RAPPELS BIBLIOGRAPHIQUES

1. L'hépatite C

L'hépatite C est une maladie du foie causée par un virus. Le virus de l'hépatite C peut entraîner à la fois une infection hépatique aiguë et chronique. La majorité des personnes infectées vont développer une infection chronique et seule une minorité va guérir spontanément. La chronicité de la maladie peut évoluer vers une cirrhose voire un carcinome hépatocellulaire, responsables de près de 399 000 décès par an dans le monde (1).

Le virus de l'hépatite C

Le virus de l'hépatite C (VHC) est un virus transmis par le sang contaminé (contact direct ou par l'intermédiaire d'un objet contaminé).

L'usage de drogue par voie injectable est la principale situation à risque de transmission de l'hépatite C.

➤ *Structure du virus*

Le virus de l'hépatite C a été identifié en 1989 aux USA par l'équipe de Michael Houghton, il se classe au sein de la famille des *Flaviviridae* (2).

C'est un Virus à ARN, résistant à l'air libre et à la dessiccation. Il se transmet plus facilement que le Virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Ainsi le risque d'infection avec une pique d'une personne virémique VHC est de 3% (versus 0.3% pour le VIH) (3).

Le VHC est un agent infectieux dont le génome et les protéines sont très bien connus et jusqu'alors, la particule virale était très difficile à visualiser avec certitude. En cause, l'aptitude du virus à prendre l'apparence d'une simple particule lipidique. En 2016, le VHC a été observé au microscope électronique par une équipe de chercheurs de l'Inserm de Tours (*Unité Inserm966 « Morphogenèse et antigénicité du VIH et des virus des hépatites »*), (Figure 2), (4).

Il est composé de 3 parties (Figure 1) :

- * **Une enveloppe**, sur laquelle existent 2 types de glycoprotéines (E1 et E2), qui permettent au virus de se fixer sur la cellule du foie (hépatocyte) avant d'y pénétrer.
- * **Une coque (ou capsid)** constituée de protéines permettant de protéger le virus de l'extérieur. La capsid a une forme polyédrique (icosaédrique).
- * **Une molécule d'acide ribonucléique (ARN)**. Cet ARN est très important car il constitue le génome du virus. Il se transmet en totalité ou en partie lors de la reproduction du virus.

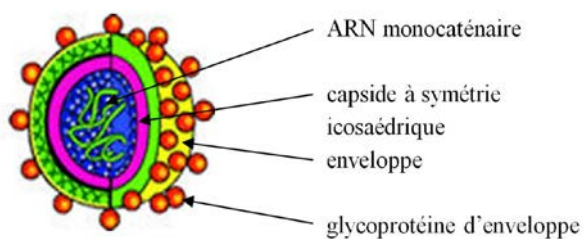


Figure 1 : schéma du virus de l'hépatite C

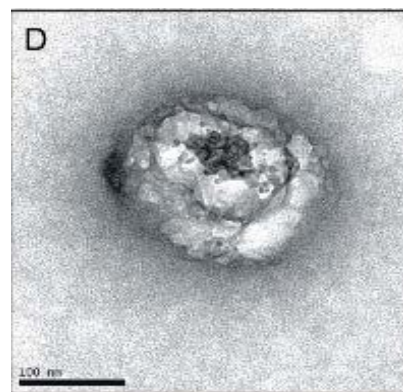


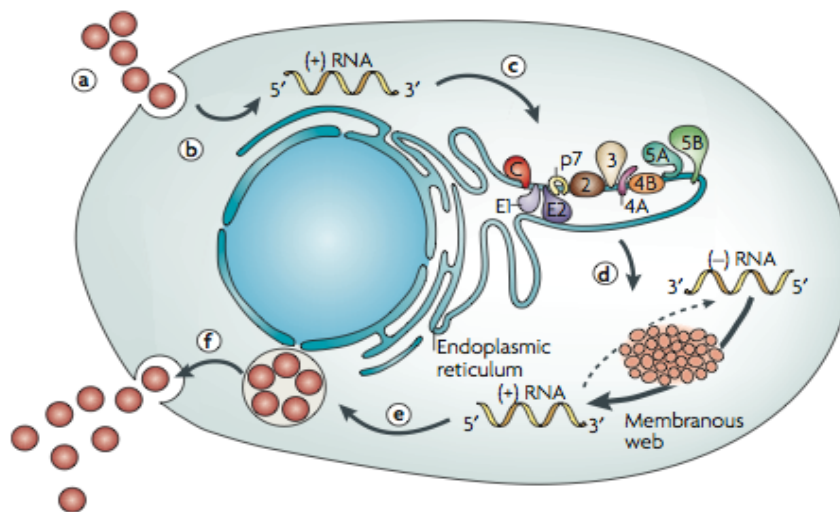
Figure 2 : particules du VHC observée au microscope électronique (d'après Piver et coll., 2016 (4))

Le VHC va se multiplier dans les hépatocytes qui vont devenir ainsi les cellules "hôtes" (Figure 3).

Pour pénétrer dans ces cellules, le virus va se fixer sur la surface de la cellule grâce aux glycoprotéines de son enveloppe. Ensuite, il va introduire son ARN viral à l'intérieur de la cellule hôte et utiliser le matériel génétique de celle-ci pour se multiplier.

Plus précisément, l'ARN viral étant un ARN simple brin à polarité positive, il est copié pour donner une ARN complémentaire de polarité négative qui servira à son tour de matrice pour redonner de nouvelles molécules d'ARN viral.

Après multiplication, les virus quittent l'hépatocyte en le détruisant pour aller infecter d'autres cellules. Le VHC a un niveau élevé de réplication et peut produire jusqu'à 10^{12} virions par jour (5).



a) Entrée du virus dans la cellule hôte ; b) libération du génome viral ; c) synthèse de la polyprotéine et scission en protéines de structure et non structurales ; d) synthèse de l'ARN ; e) assemblage de l'ARN et des protéine ; f) libération du virus mature

Figure 3 : réplication du VHC (d'après Moradpour et al., 2007)

➤ Organisation du génome

Ce virus a un génome à ARN de polarité positive codant pour des protéines structurales (capside et enveloppe) et des protéines non structurales (NS1 à NS5), la protéine NS3 étant une protéase virale et la protéine NS5 étant la réplicase (Figure 4).

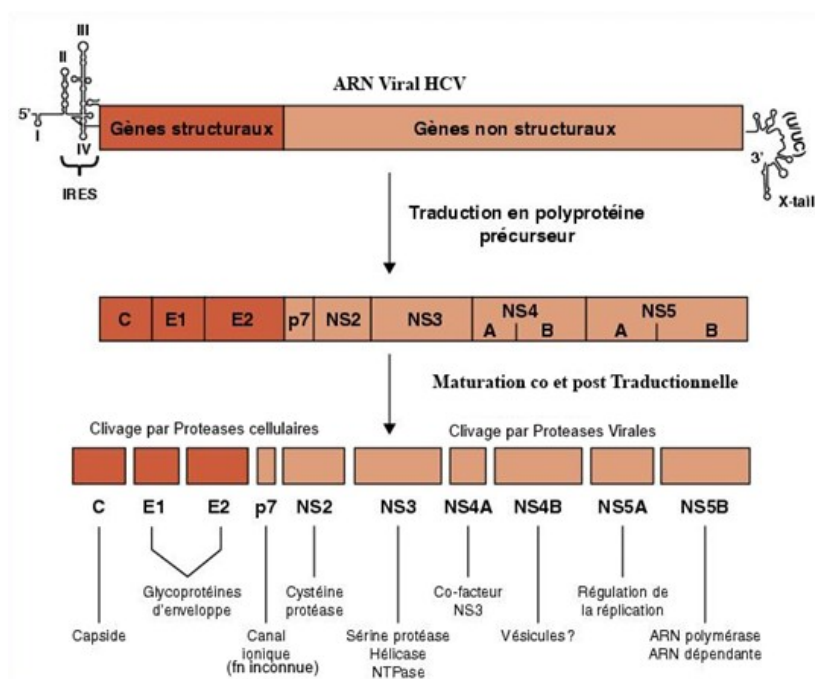


Figure 4 : organisation du génome du VHC (d'après Legrand-Abravanel, 2008)

La variabilité génétique de ce virus est très importante.

Elle est liée à plusieurs facteurs (6) :

- l'accumulation des mutations sur le génome au cours de la réplication
- les pressions de sélection exercées en particulier par les réponses immunitaires de l'hôte
- les contraintes sur le génome liées à la nécessité de conserver les structures et les fonctions génomiques/protéiques vitales pour le virus.

Cette variabilité génétique se traduit par différents types de virus C avec en tout 7 génotypes majeurs et plusieurs dizaines de sous-types (sérotypes) désignés par les lettres a, b, c. En France les génotypes prédominants sont le 1a, 1b, 2, 3 et 4.

Le génotype 3 a été importé par les voyageurs (souvent usagers de drogues) des années 70 vers l'Asie du Sud-Est, lors de voyages « initiatiques » (7).

La répartition des génotypes est fonction des populations étudiées. Le génotype 1b prédomine chez les transfusés et les génotypes 1b et 3 chez les toxicomanes.

Histoire naturelle du VHC : une maladie hépatotrope et extra-hépatique

➤ *Manifestations hépatiques*

La contamination par le VHC entraîne une hépatite aigüe, après une phase d'incubation de 4 à 12 semaines.

Cette hépatite est le plus souvent inapparente : 90% des malades sont à ce stade asymptomatiques. Les symptômes retrouvés sont peu spécifiques, tels qu'une perte de l'appétit, une asthénie, des douleurs abdominales, un état pseudo grippal, un prurit ou un ictère. Les cas d'hépatites fulminantes sont rares (8).

L'ARN du VHC est détectable 7 à 21 jours après la contamination. Les anticorps (Ac) anti-VHC apparaissent entre 20 et 150 jours (9).

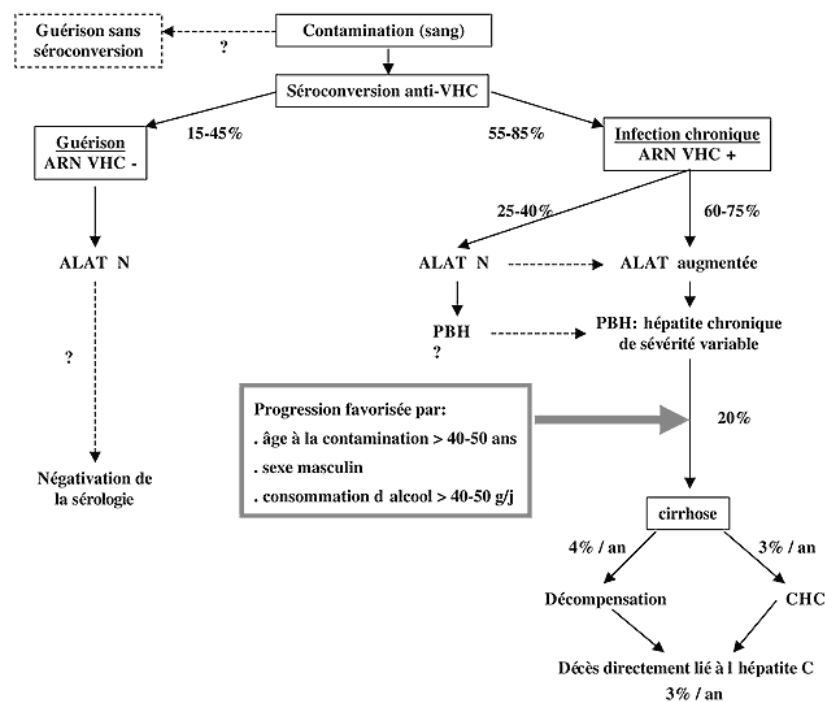
Parmi les malades infectés, 15 à 20 % guérissent avec une clairance spontanée du VHC (charge virale indétectable) et 80 % passent à la chronicité. Parmi eux, 95% des malades développent une hépatite chronique et 5% sont des « porteurs sains » (malades virémiques à transaminases normales).

L'infection chronique est attestée par la présence d'ARN du VHC dans le sérum. La charge virale reste stable mais peut diminuer en cas de cirrhose décompensée ou de

carcinome hépatocellulaire (CHC) du fait de la diminution de la masse hépatocytaire (10).

En l'absence de maladie hépatique évoluée, les malades atteints d'hépatite C chronique sont habituellement asymptomatiques.

Environ 20 % des patients évoluent vers une cirrhose avec un risque de développer un CHC de 3 à 5% par an (8, 11).



PBH : ponction biopsie hépatique. ALAT : Alanine amino-transférase (transaminase)

Figure 5 : Représentation schématique de l'histoire naturelle de l'infection par le VHC. (d'après Trinchet, 2002)

Les facteurs influençant la rapidité de la progression de la fibrose sont (8):

- Le sexe (chez la femme, on observe un effet inhibiteur des oestrogènes sur la fibrogenèse)
- l'âge au moment de la contamination (les malades contaminés après 40-50 ans ont une progression plus rapide).
- la consommation d'alcool (consommation quotidienne > 40g)
- un syndrome dysmétabolique (stéatose hépatique)
- une co-infection avec d'autre virus
- le tabagisme

- la consommation de cannabis (il existe des récepteurs cannabinoïdes CB1 au niveau du foie qui ont un rôle profibrogénique (12)).

Auparavant, la progression de la fibrose était évaluée par une ponction biopsie hépatique. Cet examen invasif permettait de classer le stade de la fibrose de F0 à F4 par le score METAVIR (Figure 6) (13).

Cette biopsie était le goulot d'étranglement pour accéder au traitement : les patients devaient avoir une fibrose supérieure ou égale à F2 pour être traités.

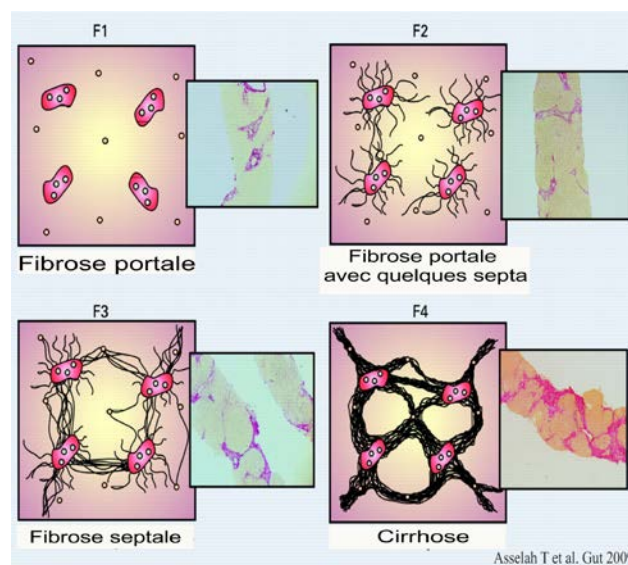


Figure 6 : les stades de la fibroses hépatique (F0 absent)(d'après Asselah, 2009 ; (14))

Le développement de tests non invasifs d'évaluation de la fibrose (test sanguin et élastométrie ou Fibroscan®) et la mise au point des nouveaux traitements antiviraux ont limité les indications de la biopsie hépatique (15).

➤ Manifestations extra-hépatiques

Le VHC est également un virus à tropisme systémique du fait de la production d'une cryoglobulinémie mixte, avec des manifestations cliniques de vascularite cryoglobulinémique : périartérite noueuse, néphropathie, manifestation cutanée, syndrome de Raynaud, neuropathie etc.

Le VHC peut être impliqué dans la lymphoprolifération B maligne (16).

Il peut également exister des dysthyroïdies dans les infections à VHC. Ce désordre endocrinien est majoré par un traitement par Interféron (17).

Traitements actuels

Depuis 2011, le traitement de l'hépatite C connaît une révolution. En effet, longtemps basé sur une bithérapie associant interféron (pégylé ou non) et Ribavirine, ce traitement était lourd (une injection par semaine), long (de 24 à 48 semaines), avec des effets indésirables nombreux, et relativement peu efficace, en particulier sur le génotype 1 du VHC (taux de guérison avoisinant 45%) (15).

L'arrivée des anti-protéases en 2011, puis des antiviraux d'action directe (AAD) depuis 2013, a révolutionné la prise en charge thérapeutique des patients par des associations plus efficaces permettant l'arrêt de la réplication et de la transcription virale. Quelque soit la combinaison, avec ou sans Ribavirine, les effets secondaires sont moindres et la guérison est estimée à plus de 90% (Figure 7).

Progrès du traitement de l'hépatite C: guérison virologique (RVS), effets secondaires, motivation

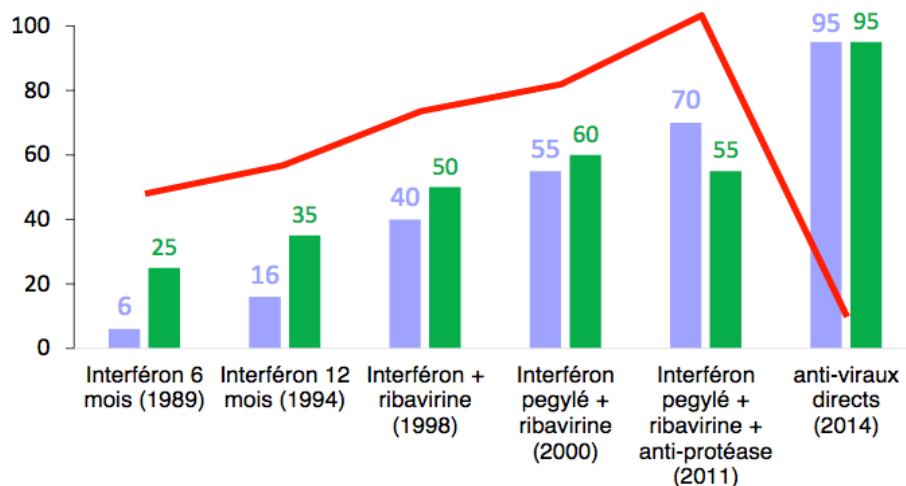
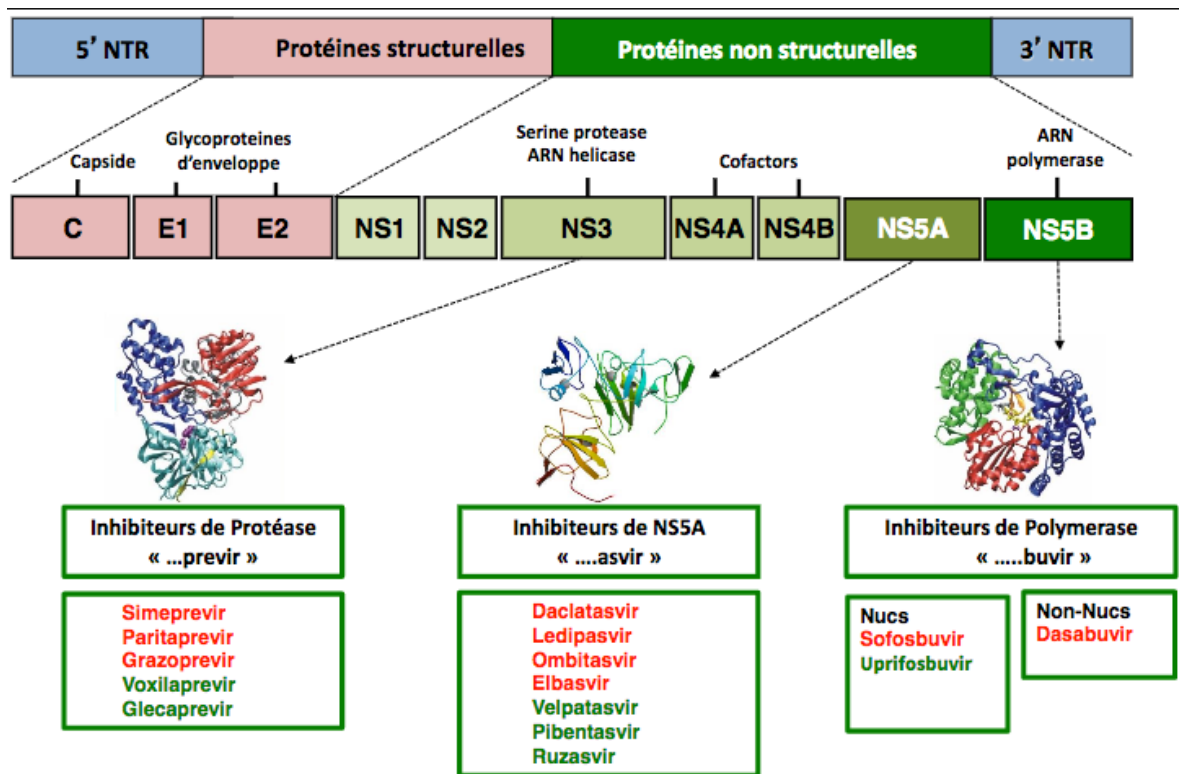


Figure 7 : Les progrès du traitement de l'hépatite C (d'après Asselah, 2016 ; (18)).

(Les résultats sont exprimés en pourcentage de patients traités)

On définit par réponse virologique soutenue (RVS), une charge virale VHC indétectable après avoir terminé le traitement du VHC. Les traitements sont mieux tolérés et la durée de traitement est raccourcie (12 à 24 semaines).

On distingue plusieurs sites d'action des traitements antiviraux à action directe (Figure 8).



Asselah T et al. Liver Int 2016.

Figure 8 : Cibles d'action des antiviraux à action directe (AAD)

- Les inhibiteurs de protéase NS3/4A (« ...previr ») : ils ciblent la protéase NS3-4A qui est une protéine non structurale du VHC. Cette sérine protéase permet de cliver la polyprotéine du VHC et a ainsi un rôle essentiel dans la réplication du virus.
- Les inhibiteurs du complexe NS5A (« ...asvir ») : le complexe NS5A est une protéine non structurale du VHC. Cette protéine est impliquée dans la formation des structures de réplication et dans l'assemblage viral.
- Les inhibiteurs de la polymérase NS5B (nucléosidique et non nucléosidique) (« ...buvir ») : la polymérase NS5B est une ARN polymérase qui intervient dans la réplication du virus.

Ces nouveaux traitements ont pour objectif de réduire la morbi-mortalité des patients en obtenant une guérison virologique (bénéfice individuel) et d'éradiquer le VHC (bénéfice collectif).

Le recul est insuffisant pour déterminer l'impact de ces nouveaux traitements sur la morbi-mortalité associée à l'hépatite C chronique, car les données disponibles concernent uniquement la guérison virologique. Cependant, il est établi que l'éradication virale est associée à l'amélioration des lésions histologiques hépatiques et diminue le risque d'aggravation clinique (cirrhose, décompensation et carcinome hépatocellulaire) (19).

Grâce à l'arrivée de ces nouveaux traitements, il est envisageable d'amener tous les patients atteints de l'hépatite C à un traitement qui sera universel et qui permettra une prise en charge simplifiée (traitement pangénotypique, durée de traitement réduite, validation des traitements en réunion de concertation pluridisciplinaire uniquement pour les cas complexes) (20).

Le coût du traitement des AAD a fait débat : aujourd'hui le traitement coûte 28 000 euros en moyenne et il est « coût – efficace », c'est-à-dire que la guérison permet de compenser le surcoût lié au traitement (21).

Dépistage

➤ *Les recommandations*

Les progrès majeurs et récents dans le traitement de l'hépatite C (VHC) justifient un renforcement du dépistage.

L'éradication du VHC requiert donc deux conditions majeures :

- Dépister les sujets atteints d'une hépatite chronique
- Orienter les patients diagnostiqués vers une prise en charge adaptée (22).

On distingue les stratégies de dépistage ciblé sur les personnes ayant un ou plusieurs facteurs de risque et le dépistage généralisé.

Le dépistage ciblé concerne (15) :

- les personnes ayant reçu des produits sanguins labiles ou greffées avant 1992, les personnes hémodialysées, ou celles ayant eu un acte de soin invasif avant 1997.
- les personnes ayant utilisé au moins une fois dans leur vie des drogues par voie intraveineuse.

- les personnes originaires des pays de forte prévalence du VHC ou ayant reçu des soins dans ces mêmes pays (Asie du Sud-Est, Afrique, Moyen-Orient, Amérique du Sud).
- les enfants nés de mère séropositive pour le VHC.
- les personnes séropositives pour le VIH.
- les partenaires sexuels et les membres de la famille d'un sujet atteint d'hépatite C.
- les personnes ayant séjourné en milieu carcéral.
- les personnes ayant eu des tatouages, piercing, mésothérapie ou acupuncture sans utilisation de matériels à usage unique.
- les personnes chez qui un taux d'ALAT est élevé.

Le dépistage ciblé doit être renouvelé de façon régulière et un dépistage annuel peut être proposé particulièrement chez les personnes les plus exposées (Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes (HSH), usagers de drogues).

Cependant, avec cette stratégie, la proportion de personnes infectées par le VHC et ne connaissant par leur statut sérologique, est estimée à 43% (23).

Le dépistage universel est également essentiel car la connaissance de la sérologie peut favoriser une réduction des comportements à risque. Il permet d'identifier les personnes pouvant bénéficier d'un traitement.

En 2014, le dépistage systématique concerne :

- les hommes de 18 à 60 ans qui n'ont jamais eu de dépistage de ce virus.
- les femmes enceintes, lors de la première consultation prénatale. Le dépistage du VHC est associé systématiquement à celui du virus de l'hépatite B (VHB) et du VIH.

Depuis 2017, il est recommandé que le dépistage de l'infection par le VHC soit réalisé chez l'ensemble des adultes n'ayant jamais été dépistés, quel que soit le sexe (24).

A l'instar du dépistage du VIH, il est probable que cette stratégie de dépistage généralisée resterait coût-efficace (25).

➤ *Les outils du dépistage*

Les outils de dépistage actuellement recommandés sont les tests sériques immuno-enzymatiques (EIA). Ils constituent la méthode de référence.

Le dépistage consiste en la recherche des anticorps totaux anti-VHC dans le sérum ou le plasma des personnes à risque, par un test EIA de troisième génération. Ce test est remboursé à 100 %.

La détection des anticorps anti-VHC (Ac anti-VHC) se fait 70 jours après le contage. En cas de suspicion d'infection récente, la Haute autorité de Santé (HAS) recommande de refaire le dosage des Ac anti-VHC, trois mois après (26).

Chez une personne très immunodéprimée, il est recommandé de réaliser une recherche de l'ARN du VHC par PCR (Polymérase Chain Reaction) sur le premier prélèvement.

En cas de résultat positif, celui-ci sera confirmé sur un deuxième prélèvement.

Il existe des alternatives récentes au prélèvement veineux.

Les Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD) constituent un outil intéressant pour renforcer le dépistage en permettant une biologie délocalisée auprès du patient. Le test est réalisé « au chevet » du patient. On parle de « point-of-care-testing » (POCT).

Les TROD doivent répondre aux caractéristiques définies par les critères ASSURED (27):

- **Affordable** : faible coût
- **Sensitive** : sensible
- **Specific** : spécifique
- **User-friendly** : facile à utiliser en un minimum d'étapes
- **Rapid** : rapide
- **Equipment-free** : sans équipement spécifique
- **Deliverable** : à la disposition de ceux qui en ont besoin

Ces tests reposent sur des matrices biologiques telles que le liquide cravculaire ou le sang capillaire total, prélevé au bout du doigt. Ils sont basés sur des tests immunologiques permettant la détection qualitative d'anticorps ou d'antigènes sur un support solide.

Le résultat est généralement obtenu en moins de 30 minutes et il est rendu immédiatement au patient. La spécificité des TROD est bonne.

Toutefois, en cas de résultat positif, la sérologie VHC doit être confirmée par un test immuno-enzymatique de référence, à partir d'un prélèvement sanguin unique.

L'individu peut être ensuite orienté vers le parcours de soins pour une prise en charge médicale.

Le TROD présente cependant un certain nombre de limites : une moindre sensibilité par rapport au test EIA de référence, une absence d'automatisation et une lecture subjective. Actuellement les TROD ne sont recommandés que dans le cadre d'un dépistage des populations à risque (UD, migrants, population en milieu carcéral) (27,28).

Le papier buvard : Une goutte de sang est recueillie sur un papier buvard et conservée sous forme desséchée. Le buvard ne constitue pas un test rapide mais reste un outil de dépistage intéressant pour une utilisation délocalisée auprès du patient.

En outre, il permet la détection des Ac anti-VHC, de l'ARN du VHC voire d'identifier le génotype.

Il pourrait être une option de dépistage, couplé au TROD, particulièrement efficace.

A ce jour, l'utilisation du buvard nécessite l'équipement de laboratoires hautement spécialisés. La performance et la faisabilité des tests par buvards à grande échelle est en cours d'évaluation (29,30).

➤ *Les acteurs du dépistage*

Les structures intervenant dans les actions de dépistage de premier recours sont :

- les centres gratuits d'information de dépistage et de diagnostic (CeGIDD)
- les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)
- les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD)
- les centres de planning familial
- les centres d'accueil pour migrants

Dans le contexte du dépistage généralisé, le médecin généraliste a une place prépondérante. Il peut également contribuer au dépistage des UD qui se sont éloignés du monde de la drogue et qui ne fréquentent plus les dispositifs spécialisés en addictologie (24).

Données épidémiologiques

L'hépatite C touche 170 millions de personnes dans le monde soit 2% de la population globale (31).

La France est un pays de faible endémicité pour l'infection par le VHC (Figure 9).

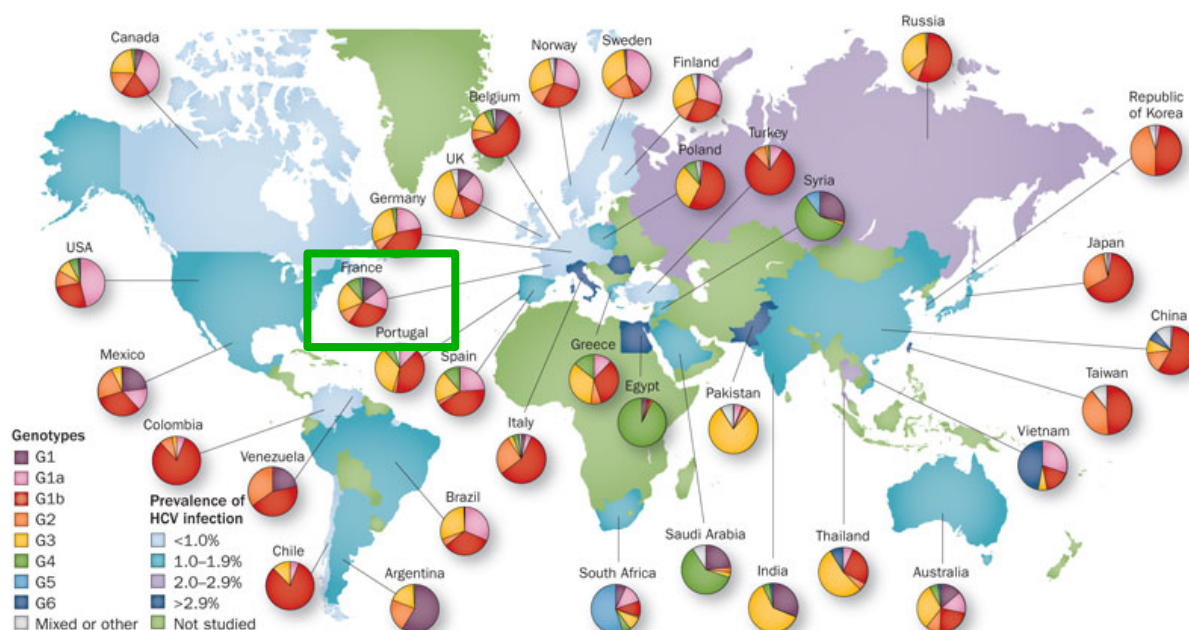


Figure 9 : épidémiologie et répartitions des génotypes du VHC dans le monde (d'après Hajarizadeh, 2013)

En 2011, on estime qu'environ 344 500 personnes, chez les 18-80 ans en France métropolitaine, sont porteuses du VHC, soit une prévalence de 0,75% de la population générale (IC95%:[0,62-0,92]) . Parmi ces personnes, 192 700 personnes sont infectées par le VHC, avec un ARN viral positif, soit une prévalence de 0,42% (IC95%:[0,33-0,53]) (32).

Les usagers de drogues sont le principal réservoir de transmission du VHC. Si la prévalence des Ac anti-VHC a significativement diminué en passant de 60% (IC95% : [51-68]) en 2004 à 44% (IC95% : [39-48]) en 2011, elle reste néanmoins importante chez cette population (33).

Les autres groupes exposés à un risque d'infection au VHC sont :

- les migrants. On estime à 1,83% la prévalence des Ac anti-VHC chez les personnes immigrées vivant en France métropolitaine en 2011. Leur connaissance du statut sérologique est faible et est estimée à moins de 24% (34).

- les personnes détenues. L'enquête PREVACAR de 2010 a permis d'estimer la prévalence du VHC à 4,8%. Celle-ci était plus élevée chez les femmes, chez les personnes nées en Europe de l'est ou en Asie. Les détenus virémiques pour le VHC représentent 2.5% des personnes incarcérées (35).

- les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH). L'enquête PREVAGAY de 2009 a permis d'estimer la séroprévalence du VHC à 1% (36). Cependant cette prévalence des infections chroniques à VHC est en augmentation chez les HSH infectés par le VIH : 4 à 6% (37). Ceci s'explique par leurs pratiques à risque de plus en plus élevé.

La précarité est également un facteur de risque, puisqu'on estime que la prévalence des Ac anti-VHC est 3 fois plus élevée chez les personnes bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) : 2,49 % (IC95 % : [1,90-3,27]) (23).

Les traitements par antiviraux à action directe ont été initiés en 2014 et ont permis de révolutionner la prise en charge thérapeutique. En 2016, on estime que le nombre de patients à traiter avoisine les 160 000 (24).

Parmi eux, il est estimé qu'environ 74 102 personnes (essentiellement des hommes de 18 à 59 ans) ne sont pas dépistées (38).

2. Usagers de drogues et VHC en France.

➤ Données générales et épidémiologie

La toxicomanie peut être caractérisée par une dépendance physique ou psychique, une tendance à organiser son quotidien autour de la recherche du produit et de sa consommation, avec des conséquences souvent dommageables pour l'individu et la société.

L'usage de drogues augmente globalement les risques de morbidité et de mortalité. La dépendance aux drogues accroît la vulnérabilité des individus face à différents risques qu'ils soient sanitaires (infection, overdoses, santé mentale...) ou sociaux.

L'usage de drogues recouvre à la fois des produits, des pratiques, des profils et des contextes d'usage variés (39).

Les principales drogues et leur mode de consommation sont rappelés dans le tableau ci-dessous (40) :

DROGUES	PRÉSENTATION	MODE DE CONSOMMATION
Héroïne	poudre blanche, brune ou grise selon la pureté 	- voie intraveineuse - voie nasale/sniff (<i>en progression</i>) - fumée
Méthadone	sirop ou comprimé 	- voie orale - voie intraveineuse (<i>rare</i>)
Buprénorphine haut dosage	comprimé 	- voie orale - voie intraveineuse - voie nasale/sniff
Cocaïne	poudre blanche 	- voie nasale/sniff - voie intraveineuse - fumée - voie orale et voie rectale (<i>rare</i>)
Crack	cristaux 	- voie inhalée - voie nasale - voie intraveineuse
Amphétamines	cachet, gélule, poudre ou pâte 	- voie nasale / sniff - voie orale
Cannabis	herbe, résine ou huile 	- fumée - voie orale (space-cake)

Tableau 1 : présentation et modes de consommation des drogues illégales les plus courantes.

La notion d'usagers de drogues (UD) dits « problématiques » est définie par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT). Elle inclut les usagers d'opiacés, de cocaïne, de crack ou d'amphétamines, ceux sous traitement de substitution aux opiacés (TSO), les usagers ayant eu recours à l'injection intraveineuse au cours du mois, et ceux qui fréquentent les structures de réduction des risques.

En 2011, l'OFDT estimait à 230 000 le nombre d'UD problématiques (41).

L'enquête Coquelicot 2011, réalisée auprès d'un échantillon aléatoire d'UD fréquentant les dispositifs de soins ou de prévention, a permis d'estimer à 44% (IC 95% : [39.6–47.9]) la prévalence des Ac anti-VHC. Le recours des UD au dépistage pour le VHC au cours de leur vie s'élève à 90%. Dans l'ensemble, 65% des UD ont pratiqué une injection au moins une fois dans leur vie (33,42).

La séroprévalence du VHC chez les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDIV) est de 64% contre 5% chez les non injecteurs. Elle augmente régulièrement avec l'âge. Les UD de plus de 35 ans sont plus affectés par le VHC : 56% versus 15% chez les plus jeunes (33,42).

L'infection chronique chez les UD (injecteurs ou non injecteurs) est estimée à 46,5% (IC95%:[40,5-52,7]) (32).

La population des UD est essentiellement masculine, avec une moyenne d'âge de 39 ans [min 18-max 65 ans]. La majorité des UD bénéficient d'un traitement substitutif aux opiacés (TSO) : 77%. Cette population est fortement marquée par la précarité, notamment en termes de logement ou de situation professionnelle. Plus de la moitié des UD ont connu une incarcération au cours de leur vie (42).

séroprévalence du VHC % [IC 95%]	
UD	44% ; [IC95% : 40,5-52,7]
UD par voie intraveineuse (UDIV)	64% ; [IC95% : 59,2-68,7]
UD n'ayant jamais injecté	5% ; [IC95% : 2,8-8,5]
UD d'âge <35 ans	15% ; [IC95% : 10,7-21,0]
UD d'âge > 35 ans	56% ; [IC95% : 51,6-61,3]

Tableau 2 : séroprévalence des usagers de drogues (UD) selon leur conduite addictive et l'âge (42)

➤ *Réduction du risque de contamination et dépistage des usagers de drogues*

Les dispositifs de réduction des risques doivent permettre aux UD un accès élargi aux TSO et aux programmes d'échange de seringue (PES) mettant à leur disposition du matériel d'injection ou d'inhalation stérile. Ces actions ont pour but de diminuer le risque de transmission du VHC et d'éviter le risque de recontamination éventuelle.

L'efficacité des TSO utilisés seuls dans le dispositif de réduction des risques est limitée du fait de leur mésusage par voie injectable.

L'action combinée de ces traitements avec les autres dispositifs de réduction des risques (PES, structures d'accueil et de prise en charge des UD) concourt à diminuer le risque de transmission du VHC (43).

A noter qu'un tiers des UDIV fréquentant les structures de réduction des risques rencontrent des difficultés pour se procurer des seringues (29.5 % ; [IC 95% : 23.5–36.4]) (42).

Le dépistage du VHC chez les UD est essentiel car leur connaissance de leur sérologie favorise une réduction des comportements à risque.

Le dépistage assuré par les intervenants recevant les UD dans des structures de soins ou de réduction des risques (CSAPA, CAARUD, médecins généralistes) doit être développé afin de permettre aux patients de bénéficier des antiviraux d'action directe.

En effet une étude menée par *SOS hépatite* en 2012 au sein de 136 CSAPA rapporte qu'un quart des CSAPA ne proposent pas le dépistage du VHC (Figure 10). Près de 3 structures sur 4 (72%) ne connaissent pas le statut sérologique de leurs patients. Plus de la moitié (55%) de ces structures ne connaissent pas l'existence des TROD (44).

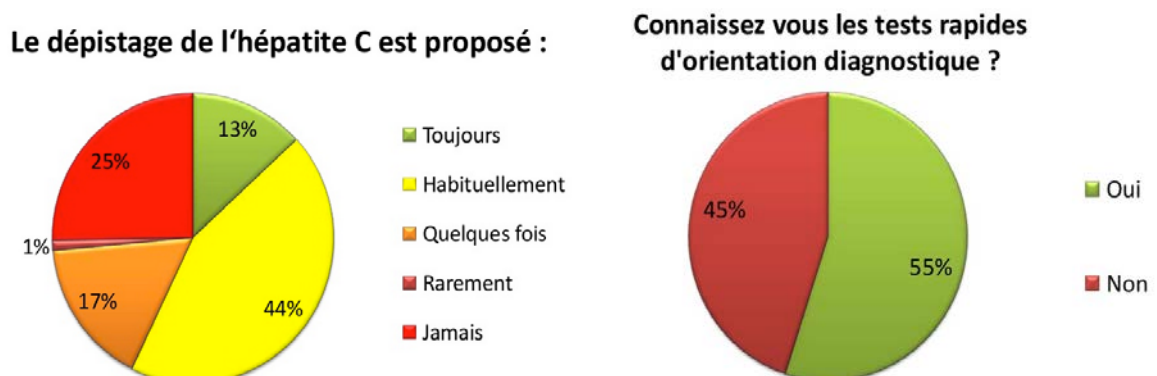


Figure 10 : enquête SOS hépatite 2012 ; la prise en charge du dépistage en CSAPA (d'après Melin, AFEF 2012)

L'amélioration du dépistage doit donc inclure des stratégies combinées avec des entretiens personnalisés sur la réduction des risques, un dépistage ciblé particulièrement sur les lieux fréquentés par les UD et l'utilisation des TROD (24).

➤ *Traitement des usagers de drogues contaminés par le VHC*

Les UDIV ont longtemps été récusés de l'accès au traitement du VHC. Les raisons évoquées étaient les effets indésirables (notamment psychiatriques) de l'interféron et la présomption d'une mauvaise observance (45).

Actuellement, les UD sont les personnes qui peuvent le plus bénéficier des nouveaux traitements car leur risque de transmission du VHC est élevé et qu'ils peuvent obtenir une réponse virologique soutenue (RVS), sous réserve d'une prise en charge globale (46).

Concernant les UD sous TSO, les UDIV actifs ou les consommateurs d'alcool, différentes études ont permis de montrer des RVS identiques à la population générale. Ils ne sont désormais plus exclus d'une opportunité de traitement (47,48).

Ces données ont conduit les autorités de santé à privilégier l'indication des traitements par AAD chez les usagers de drogues. Ainsi la HAS recommande que « *dans une approche collective du contrôle du virus de l'hépatite, les malades à risque élevé de transmission du virus, dont les usagers de drogues, ainsi que les autres personnes susceptibles de disséminer l'infection par le VHC, devraient pouvoir bénéficier de ces nouveaux antiviraux d'action directe, quel que soit leur stade de fibrose hépatique* » (49).

Les études suggèrent également que la mise en place des AAD chez les UDIV, associée au programme d'échange de seringue et aux TSO permettrait une réelle baisse de la prévalence et de la transmission (notion de « *Treatment as prevention* ») (50,51).

Les CSAPA disposent de moyens adaptés pour rassembler les interventions nécessaires à l'accès au traitement des UD. Ils constituent une solution pertinente dans ce sens.

3. Les CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

Les CSAPA sont des Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie. Ce sont des structures récemment créées (décret du 14 mai 2007) qui résultent du regroupement des services spécialisés pour l'alcool et les drogues. Ils remplacent les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) en les rassemblant sous un statut juridique commun (52).

Les CSAPA possèdent un statut d'établissement médico-social et à ce titre ils peuvent faire bénéficier les usagers d'un service de proximité, de la prise en charge par une équipe pluridisciplinaire (médicale mais aussi psychologique, sociale et éducative) et chaque fois que cela est nécessaire, d'un accompagnement prolongé.

Les CSAPA s'adressent aux personnes qui sont en difficulté avec leur consommation de substances psychoactives, licites ou non, y compris tabac et mésusage de médicaments.

➤ Les missions des CSAPA

Les CSAPA assurent pour les personnes ayant une consommation à risque (drogues illicites, l'alcool ou toute autre addiction) ou pour leur entourage, l'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et leur orientation (53).

La prise en charge pluridisciplinaire comprend le diagnostic, les prestations de soins, l'accès aux droits sociaux et l'aide à l'insertion ou à la réinsertion. Les CSAPA assurent donc le sevrage et son accompagnement, la prescription et le suivi des traitements médicamenteux, dont les traitements de substitution aux opiacés.

Enfin, ils participent à des actions de prévention, de formation et de recherche en matière de pratiques addictives et s'inscrivent ainsi dans la politique de réduction des risques.

La mission de réduction des risques des CSAPA a pour but de limiter les risques sanitaires et sociaux liés à l'usage de substances psychoactives, mais aussi de contribuer au processus de soin.

En 2008, une circulaire relative à la mise en place des CSAPA préconisait déjà les actions visant à réduire les contaminations par les virus hépatotropes (54).

➤ *Le CSAPA de Dreux*

Le CSAPA de Dreux, en Eure et Loir, se situe au sein du Centre Hospitalier de Dreux. Il assure la prise en charge des personnes ayant un problème d'addiction avec ou sans produit. Il est intégré au Centre Médico-Psychologique et prend donc également en charge les patients souffrant d'une comorbidité psychiatrique. Il est aussi intégré au réseau Addictologie 28 (ANNEXE 1).

De par sa situation géographique et ses missions, le CSAPA de Dreux bénéficie d'une situation privilégiée dans l'organisation des offres de soins avec le service hospitalier d'hépatogastro-entérologie. En ce sens, il répond aux recommandations préconisées par la circulaire du 21 mai 1999, relative à l'organisation des soins pour les personnes atteintes d'hépatite C (55).

OBJECTIFS DE LA THÈSE

À la lumière des données de la littérature, en accord avec les recommandations actuelles et la réglementation en vigueur, nous avons procédé à la mise en place d'un dispositif de dépistage du VHC par TROD au sein du CSAPA de Dreux.

Nous avons également effectué une analyse rétrospective des données sociodémographiques et des conduites addictives de la population des UD suivis au CSAPA afin de mieux appréhender ses caractéristiques et de construire un parcours de soins optimisé et adapté.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

1. Mise en place du dépistage VHC par TROD

En 2014, la Haute Autorité de Santé (HAS) autorisait les TROD comme outil de renforcement du dépistage de l'hépatite C, en complément des tests immuno-enzymatiques de référence (28).

La HAS a fixé les modalités d'utilisation de ces tests selon l'arrêté du 9 novembre 2010 et l'arrêté du 11 juin 2013 : ainsi tout professionnel de santé réalisant des TROD est tenu au respect des recommandations de bonnes pratiques encadrées par une procédure d'assurance qualité (56, 57).

L'arrêté du 1er août 2016 fixe les conditions de réalisation des TROD de l'infection par le VIH et le VHC en milieu médico-social ou associatif et notamment le cahier des charges auquel le CSAPA doit se conformer (58).

Afin de répondre aux exigences de la réglementation en vigueur, le CSAPA de Dreux ayant souhaité participer aux activités de dépistage par TROD VHC, une demande d'autorisation complémentaire auprès de l'Agence Régionale de Santé (ARS) a été nécessaire. La constitution du dossier a demandé 3 mois.

En conformité avec le cahier des charges, une procédure d'assurance qualité a été rédigée, permettant de retracer les recommandations et les bonnes pratiques de l'utilisation du TROD.

Les professionnels de santé du CSAPA ont été formés à l'utilisation des TROD par la Société NEPHROTEK (ANNEXE 2)

2. Description du TROD

Principe du test

Le TROD VHC utilisé au CSAPA était le test TOYO®VHC des laboratoires Turklab (Turquie), soumis à la procédure de marquage CE. Ce test se présente sous forme d'un kit contenant les cassettes de test, des micropipettes de 30µl, les diluants et des lancettes pour prélèvement capillaire.

Il repose sur une technologie immuno-chromatographique sur phase solide. Ce test *in vitro*, qualitatif, permet la capture d'Ac anti-VHC dans le sang total humain, sur une surface solide (bandelette de nitrocellulose) à l'aide d'un système de capture permettant ensuite une réaction colorimétrique sous forme d'une bande visible à l'œil nu ((59) ; Figure 11).

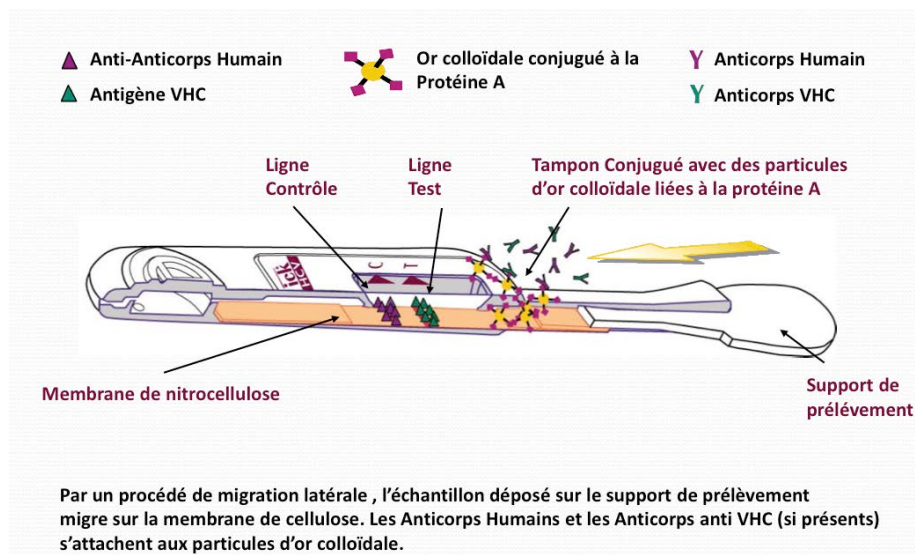


Figure 11 : principe de fonctionnement du TROD (d'après Melin, 2012 ; SOS hépatite)

Le prélèvement de sang total capillaire se fait au moyen d'une pipette de 30 µl fournie à cet effet. L'échantillon recueilli est ensuite déposé dans le puits du support de prélèvement, auquel une goutte de diluant est ajoutée. Le résultat est lu à 15 minutes (ANNEXE 3).

Le test est positif lorsque 2 bandes sont présentes ((60) ; Figure 12).

INTERPRETATION DES RESULTATS

Négatif: Une seule bande est visible dans la zone C indiquant l'absence d'anticorps anti-VHC.

Positif: Deux bandes sont visibles, une dans la zone T et l'autre dans la zone C, indiquant la présence d'anticorps anti-VHC.

Des concentrations faibles d'anticorps VHC peuvent provoquer l'apparition d'une bande de faible intensité dans la zone T. Ce résultat doit être considéré comme positif.

Invalide: - Absence de bande dans les zones T et C; le test doit être recommencé avec un autre dispositif.

- Seulement une bande dans la zone T ou au milieu de la fenêtre: le test doit être recommencé avec un autre dispositif.



Figure 12 : interprétation des résultats du test TOYO® VHC

3. Réalisation du TROD

La proposition des TROD se faisait lors d'une consultation réalisée par un médecin du CSAPA ou un infirmier. La durée moyenne de la consultation était de 30 minutes.

Au cours de la consultation, les modalités du test étaient expliquées à l'UD : l'intérêt du test, les performances et les limites, la démarche à suivre en cas de positivité des résultats.

Le consentement éclairé du patient était préalablement recueilli pour la réalisation du test (ANNEXE 4).

Le test était ensuite réalisé par un membre habilité du CSAPA, sous couvert d'une présence médicale.

Le prélèvement de sang était effectué sur la pulpe du doigt de l'UD au moyen d'une micro-lancette. Les gouttes de sang étaient déposées sur le support du TROD à l'aide d'une pipette. La lecture du résultat se faisait 15 à 20 minutes après (ANNEXE 3)

Les résultats étaient reportés sur le feuillet incluant le consentement du patient, la date et l'heure de réalisation du test, le nom du professionnel effectuant le prélèvement et le numéro de lot du test utilisé (ANNEXE 4).

Les fiches de consentement et des résultats du test étaient ensuite insérées dans le dossier médical et un double était remis au patient.

4. Recueil et traitement des données

Dans le cadre de la présente étude, en plus des informations données au patient et du recueil de son consentement pour la réalisation du TROD, il a été nécessaire de recueillir un consentement signé afin de pouvoir traiter et analyser les données figurant sur la fiche RECAP, après les avoir anonymisées (ANNEXE 4).

L'étude descriptive rétrospective a été réalisée sur les données sociodémographiques, les traitements et les comportements addictifs des UD majeurs ayant consulté au CSAPA de Dreux, du 1^{er} janvier au 31 décembre 2016.

Le nombre de TROD réalisé dans l'année a été recensé et les résultats du dépistage ont été analysés.

Les données individuelles ont été recueillies à partir des Fiches RECAP (Recueil Commun sur les Addictions et les Prises en charge). Le recueil s'appuie sur des questions, sous la forme d'un fichier papier et suivant un format demandé par l'OFDT (61). Les fiches RECAP sont complétées chaque année par un membre permanent du CSAPA (médecin ou infirmier), dans le respect du secret professionnel. Toute personne suivie au CSAPA et ayant fait l'objet d'au moins un acte au cours de l'année, est soumise à ce questionnaire.

La fiche RECAP est un recueil de données conçu pour connaître et suivre les caractéristiques des consommateurs de substances psychoactives pris en charge dans les CSAPA (ANNEXE 5).

Ainsi les éléments suivants étaient relevés :

- Les données sociodémographiques relatives au patient : âge, sexe, entourage, catégorie socio-professionnelle, type de logement, origine principale des ressources, situation professionnelle, niveau d'étude, incarcération.
- Les données relatives à la prise en charge du patient : par qui le patient a-t-il été adressé à la structure, traitement de substitution aux opiacés en cours et autres traitements en cours.
- Les données relatives aux consommations psychoactives : produit(s) consommé(s), mode de consommation, utilisation de la voie intraveineuse ou de la voie nasale, conduite addictive à risque.

- Les données relatives à la santé du patient : le statut sérologique VHC déclaré par le patient.

Les données des fiches RECAP et le recueil des résultats des tests ont été anonymisés puis numérisés dans un tableau Excel. L'analyse des données s'est faite sous forme de tableaux et graphiques croisés dynamiques en fonction des objectifs de l'étude.

RÉSULTATS

1. Mise en place des TROD

La mise en place des TROD au CSAPA nécessite au préalable le dépôt d'un dossier de demande d'autorisation complémentaire auprès de l'ARS et la rédaction d'une procédure d'assurance qualité accessible à l'ensemble des professionnels concernés. Aussi, nous avons constitué ce dossier, rédigé et mis en forme un certain nombre de documents, selon la réglementation en vigueur, avant d'initier la réalisation des TROD (58).

Composition du dossier de demande d'autorisation auprès de l'Agence Régionale de Santé

Le dossier de demande d'autorisation complémentaire contenait les éléments permettant de s'assurer que le CSAPA de Dreux était en mesure de se conformer au cahier des charges fixé par l'arrêté du 1er août 2016 concernant les conditions de réalisation des TROD VHC en milieu médico-social.

Dans le dossier figuraient les éléments principaux suivants :

- a.** La demande d'autorisation pour l'utilisation de TROD VHC.
- b.** Les objectifs de l'offre de dépistage proposée, à savoir : un accès facilité au dépistage, une adaptation des stratégies préventives et l'accompagnement dans une démarche de soins la plus précoce possible pour les personnes dépistées.
- c.** La description de la population des UD ciblée par l'offre de dépistage. Une étude descriptive transversale préliminaire de la population suivie au CSAPA de Dreux avait été réalisée à partir des fiches RECAP de 115 patients du 04/01/2016 au 28/04/2016 (62).
- d.** Le nom et la qualité des personnes responsables de l'activité de réalisation des TROD VHC. Une attestation de formation accomplie pour pratiquer le test y était jointe (ANNEXE 2).
- e.** Le lieu d'intervention, le matériel utilisé ainsi que les modalités de gestion des déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI) : les TROD étaient réalisés dans une salle dédiée aux consultations, dans des conditions garantissant la confidentialité. La

salle était équipée du matériel nécessaire au respect des règles d'hygiène et d'asepsie. Le test utilisé était le test TOYO® VHC détectant les Ac anti-VHC sur du sang capillaire. Les modalités de conservation des dispositifs étaient également précisées.

f. L'articulation avec le réseau de prise en charge : une convention de partenariat avec le service d'hépto-gastro-entérologie du Centre Hospitalier de Dreux a été rédigée afin de faciliter la prise en charge des personnes infectées par le VHC.

g. Les conditions générales de fonctionnement du dépistage et la procédure d'assurance qualité (*vide infra*).

h. Les traitements informatiques des informations relatives aux TROD respectant les dispositions de l'article 25-I-1° de la loi informatique et liberté (traitement à des fins de santé publique associé au traitement de données de santé). Le Dossier de Soin Informatisé commun a fait l'objet d'une autorisation de la CNIL.

i. Le budget prévisionnel.

j. L'assurance Responsabilité Civile.

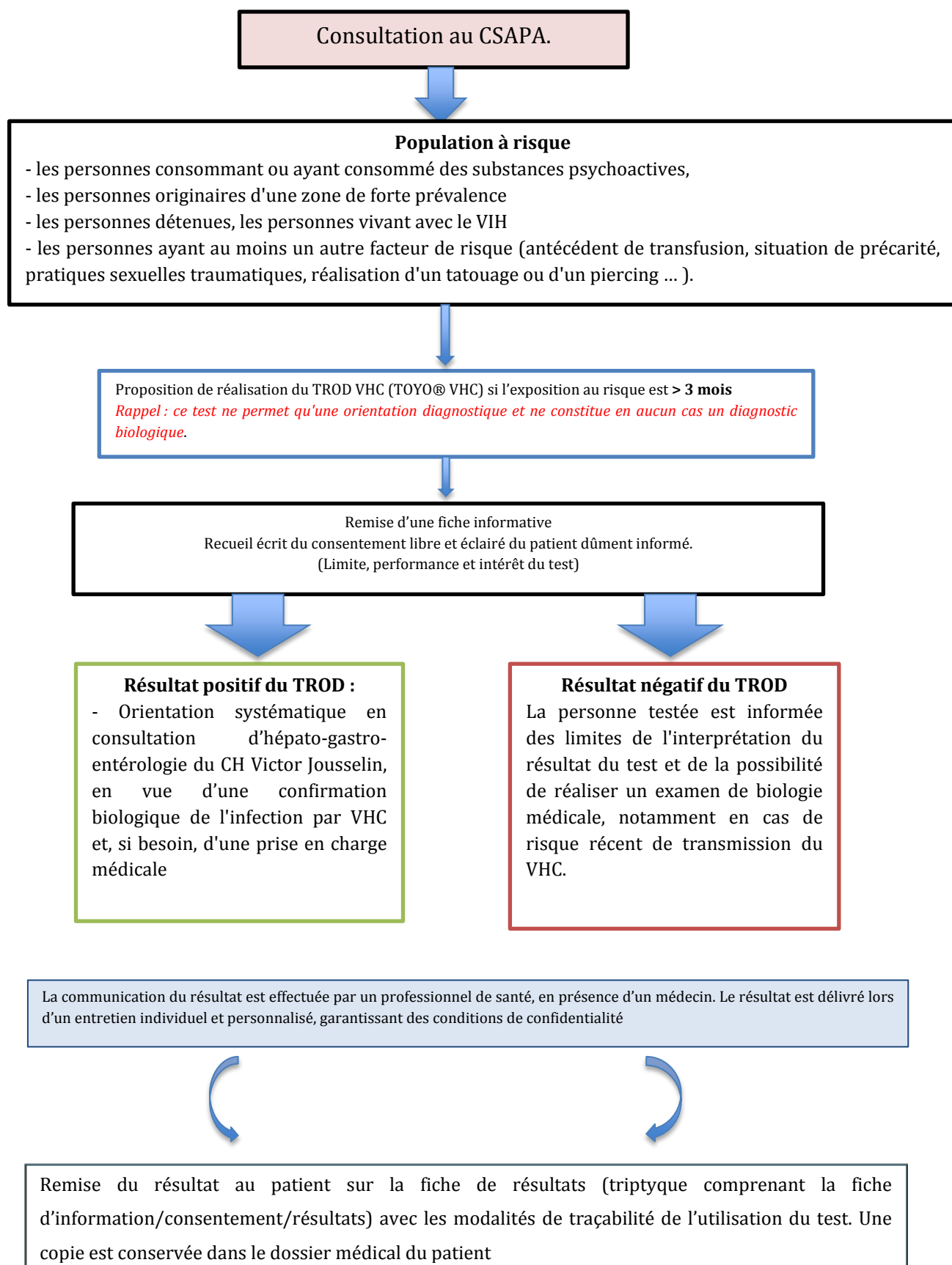
La procédure d'assurance qualité

La procédure d'assurance qualité mise en œuvre pour la réalisation des TROD doit être écrite. Elle a été mise à disposition sur l'intranet afin d'être accessible à l'ensemble des professionnels concernés (CSAPA et services d'aval prenant en charge le VHC).

La procédure d'assurance qualité est disponible en ANNEXE 6 et schématisée Figure 13. Elle stipule notamment que :

- Les tests doivent être proposés au cours d'un entretien personnalisé, dans des conditions permettant de recueillir le consentement éclairé du patient au préalable et garantissant la confidentialité. Le consentement est recueilli sur une fiche sous format triptyque comprenant : la fiche d'information, le consentement écrit du patient et la fiche de résultats (ANNEXE 4).
- Les personnes bénéficiant du TROD sont informées que ces tests ne permettent qu'une orientation diagnostique et ne constituent en aucun cas un diagnostic biologique.
- Le professionnel de santé réalisant les TROD doit avoir été préalablement formé et sait pratiquer et conserver les tests selon les recommandations du fabricant. En cas d'accident d'exposition au sang (AES) au moment de la réalisation des tests, il doit se reporter à la procédure AES interne à l'hôpital de Dreux.

- la traçabilité de l'utilisation de chaque TROD et ses résultats doivent être répertoriés dans la fiche de résultats (trityque, ANNEXE 4). L'original est remis au patient et une copie est conservée dans son dossier médical du CSAPA.
- la communication du résultat des TROD est par le professionnel de santé ayant réalisé les TROD, sous couvert d'une présence médicale. L'information est délivrée au cours d'un entretien individuel, dans un espace permettant de conserver la complète confidentialité.
- En cas de résultat positif d'un TROD VHC, le professionnel de santé s'assure d'accompagner le patient vers une structure de soins partenaire, afin de confirmer le test de dépistage par un prélèvement veineux et au besoin, l'oriente vers un médecin du service d'Hépatogastro-Entérologie de l'hôpital de Dreux.
- En cas de résultat négatif, la personne testée est à nouveau informée des limites inhérentes à l'interprétation du résultat du test, voire de l'éventualité de réaliser le diagnostic biologique précité, notamment en cas de risque récent de transmission du VHC ; en cas de suspicion de contamination récente, un nouveau dépistage pouvait être proposé 3 mois après, par TROD, ou 6 semaines après la prise de risque, par test biologique.
- l'élimination des déchets d'activités de soins à risque infectieux (DASRI) est prévue via le dispositif DASRI de l'hôpital de Dreux et selon la procédure établie (sacs et boîtes en plastique jaunes, désinfection puis incinération, suivi par bordereau).
- En cas de résultat de test indéterminé ou invalide, le N° de lot et le résultat doivent être envoyés au fournisseur du test pour contrôle.



Il est proposé une information sur l'infection à VIH, les hépatites virales et les infections sexuellement transmissibles à toute personne bénéficiant d'un TROD par le VHC ainsi qu'une orientation vers un lieu de dépistage et/ou de prise en charge de ces IST si nécessaire.

Figure 13 : recommandations de bonnes pratiques pour la réalisation des TROD

2. Profil sociodémographique de la population du CSAPA de Dreux

Les usagers de drogues (UD) adultes recensés au CSAPA de Dreux au cours de l'année 2016 étaient au nombre de 233.

L'âge moyen des UD était de $37,7 \pm 10,5$ ans (min : 18,7 ans - max : 71.3 ans).

Deux tiers des UD (63,5 %) avaient entre 30 et 49 ans et étaient majoritairement des hommes (Tableau 3 , Figure 14, Figure 15).

Tranche d'âge	Femmes	Hommes
18-29	11	45
30-49	21	127
50 ans et plus	7	22
Total	39	194

Tableau 3 : répartition des UD selon le sexe et l'âge

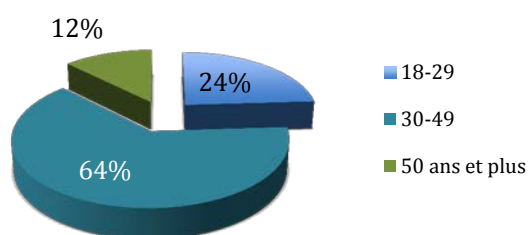


Figure 14 : répartition des UD selon l'âge

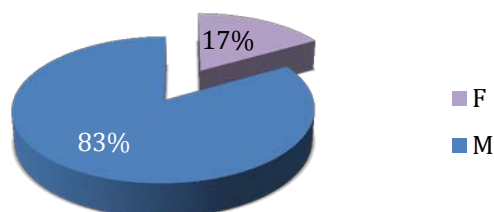


Figure 15 : répartition des UD selon le sexe

Près de la moitié des UD étaient sans profession (46% ; Figure 16).

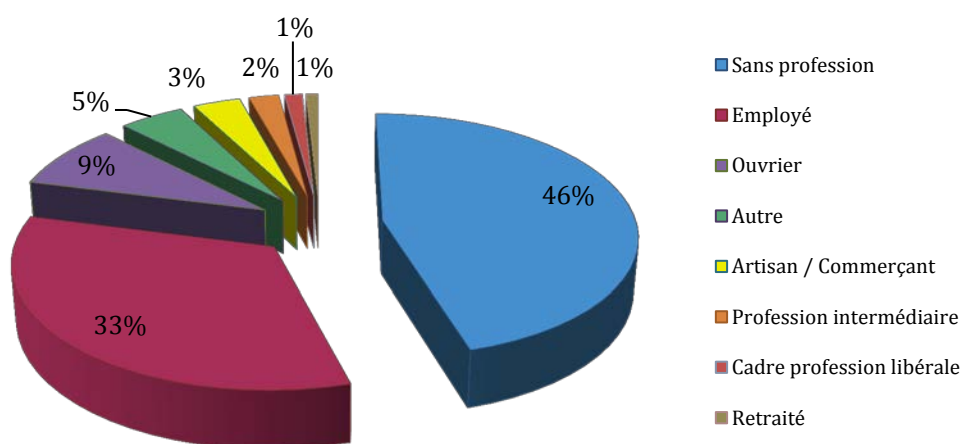


Figure 16 : catégories socio-professionnelles des UD (%)

Les six mois précédant l'enquête, plus d'un quart des patients étaient au chômage (26%, Figure 17) et 29% se sont déclarés comme inactifs. Au total, 57% des UD ne travaillaient pas, retraités et étudiants compris.

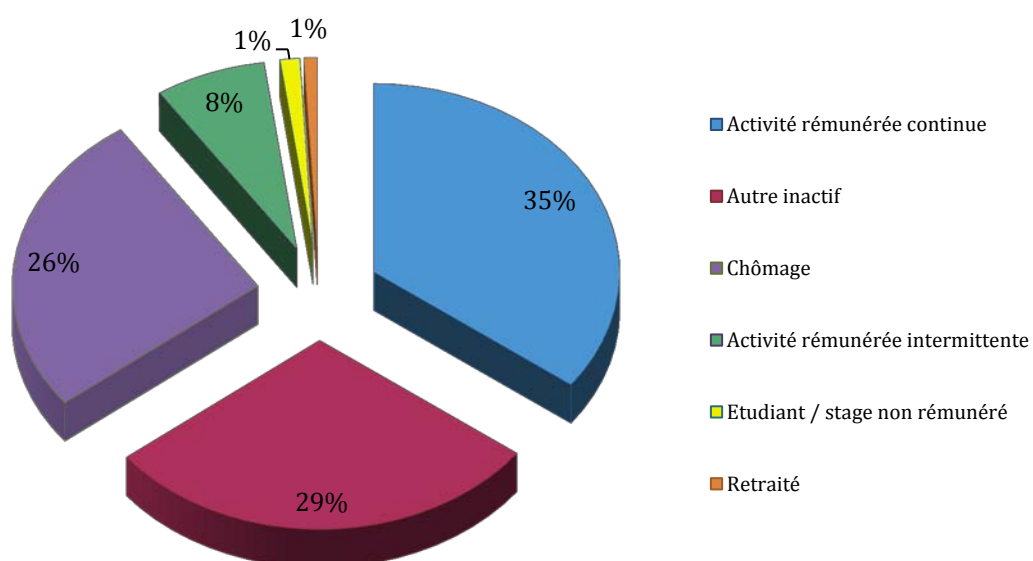


Figure 17 : situations professionnelles des UD (%)

Plus de la moitié des UD (57%) bénéficiait d'allocations ou de prestations sociales (AAH, ASSEDIC ou RSA), 43% avaient un revenu d'emploi (Figure 18).

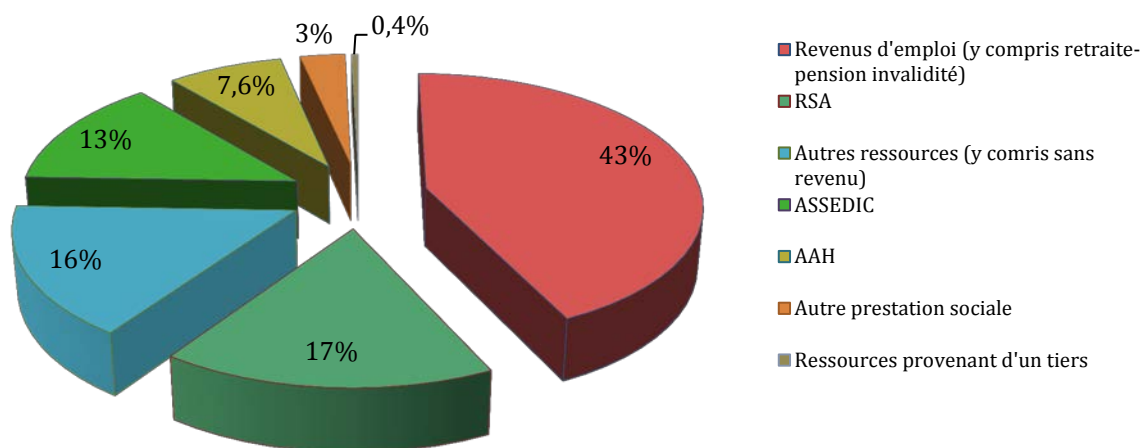


Figure 18 : sources de revenus des UD (%)

Les UD avaient majoritairement un logement durable (93% ; Figure 19), mais 7% d'entre eux étaient dans une situation d'insécurité et 5% étaient confrontés à une grande précarité (habitant en « squat » ou Sans Domicile Fixe, SDF).

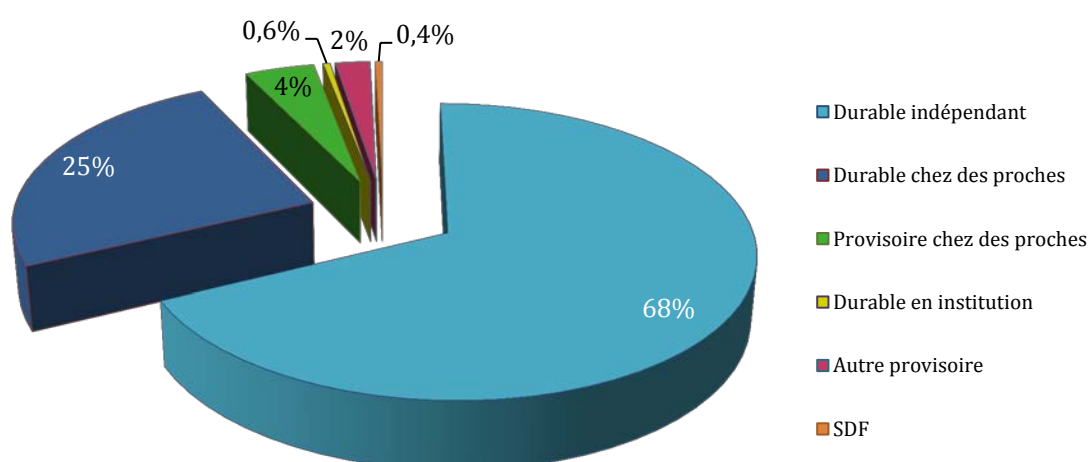


Figure 19 : types de logement des UD (%)

Plus de la moitié des UD vivaient avec leur conjoint ou chez un parent (65,5%). Un quart des femmes vivaient seules avec leur(s) enfant(s) (25,6%) (Tableau 4).

	Vit avec conjoint et enfant(s)	Vit avec conjoint seulement	Vit avec des amis	Vit avec ses parents	Vit seul avec enfant(s)	Vit seul	Autres
F	20,5%	28,2%	0,0%	10,3%	25,6%	12,8%	2,6%
M	25,8%	9,3%	1,5%	32,0%	1,5%	25,8%	4,1%
Total	24,9%	12,4%	1,3%	28,3%	5,6%	23,6%	3,9%

Tableau 4 : entourage des UD selon le sexe

Plus des deux tiers des UD (71%) déclaraient un niveau d'étude secondaire ou primaire. Le niveau d'études était plutôt bas, toutefois 26% des UD avaient le niveau baccalauréat ou au-delà (Figure 20 ; Tableau 5).

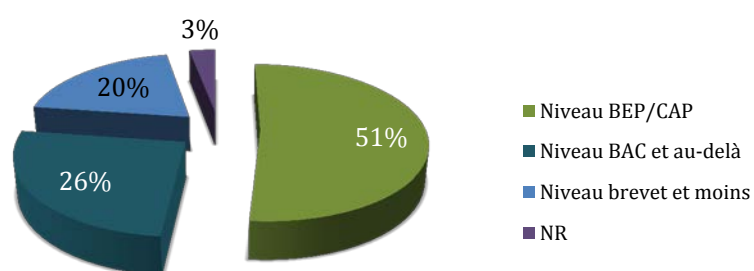


Figure 20 : niveaux d'étude des UD (%)

	Niveau BAC et au-delà	Niveau BEP/CAP	Niveau brevet et moins	NR
F	46,2%	35,9%	12,8%	5,1%
M	21,6%	54,6%	21,1%	2,6%
Total	25,8%	51,5%	19,7%	3,0%

Tableau 5 : niveaux d'étude selon le sexe (%)

Près d'un tiers des UD ont connu une incarcération dans leur vie (26,7%) (Figure 21) et étaient majoritairement des hommes (31,6% des hommes ont eu un antécédent d'incarcération).

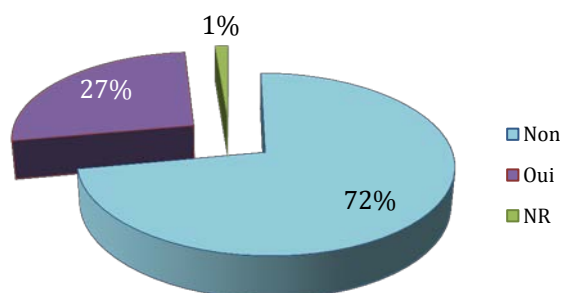


Figure 21 : antécédents d'incarcération des UD (%)

La majeure partie des UD motivait la demande de consultation à l'origine de la prise en charge par eux même ou via leur proche (73,7%) et 7% des UD étaient dans l'obligation de soins dans le cadre d'un jugement (*résultats non illustrés*).

3. Consommations

➤ Consommations de produits psychoactifs et de médicaments

Dans les 30 derniers jours, les principaux produits psychoactifs consommés par les UD étaient : le cannabis (n = 134 ; 57.5%), l'héroïne (n = 57 ; 24.5%), la cocaïne (n= 24 ; 10.3%) ainsi que d'autres opiacées (n = 13 ; 5.6%). La plupart des patients consommaient plusieurs drogues : par exemple 30 patients consommaient à la fois de l'héroïne et du cannabis (12.9%). Le mésusage des benzodiazépines concernait 3,4% (n=8) de la population étudiée (Figure 22).

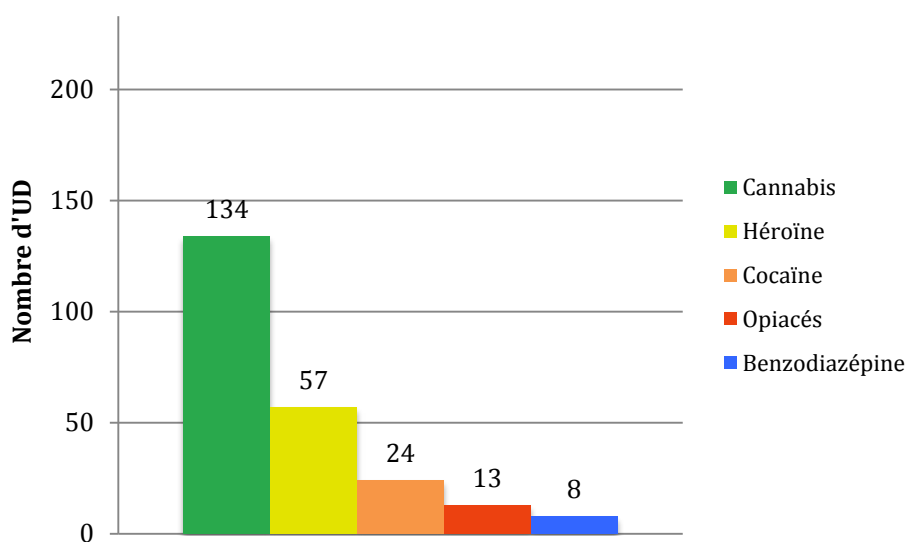


Figure 22 : Nombre d'UD consommateurs de produit(s) psychoactif(s) au cours du derniers mois (Polyconsommations possibles))

Parmi les consommateurs d'héroïne, le mode de consommation déclaré majoritairement par les UD était la voie nasale (92,7% ; Figure 23).

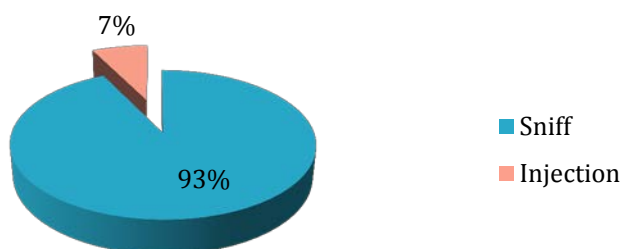


Figure 23 : modes de consommation de l'héroïne.

La grande majorité des UD fumaient quotidiennement du tabac (n = 206 ; 88, 4%) et 42,5% (n = 99) des UD consommaient régulièrement de l'alcool (*résultats non illustré*).

La majorité (53,7 %) des UD bénéficiait d'un traitement de substitution aux opiacés (TSO) en cours, dont 48,5% avec la méthadone et 5,2% la Buprénorphine haut dosage (BHD) (Figure 24).

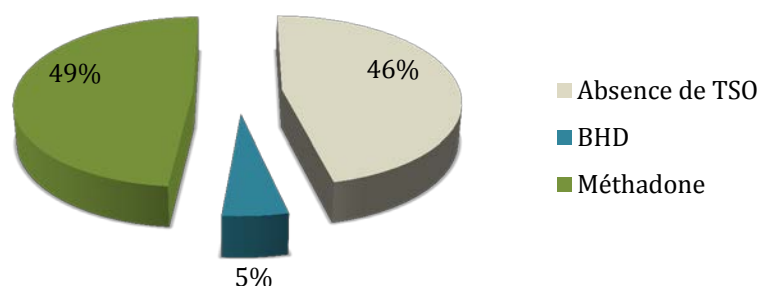


Figure 24 : Traitement de substitution aux opiacés (TSO) en cours

Les autres traitements en cours concernaient 39, 1% (n = 91) des patients, avec principalement des psychotropes (Figure 25).

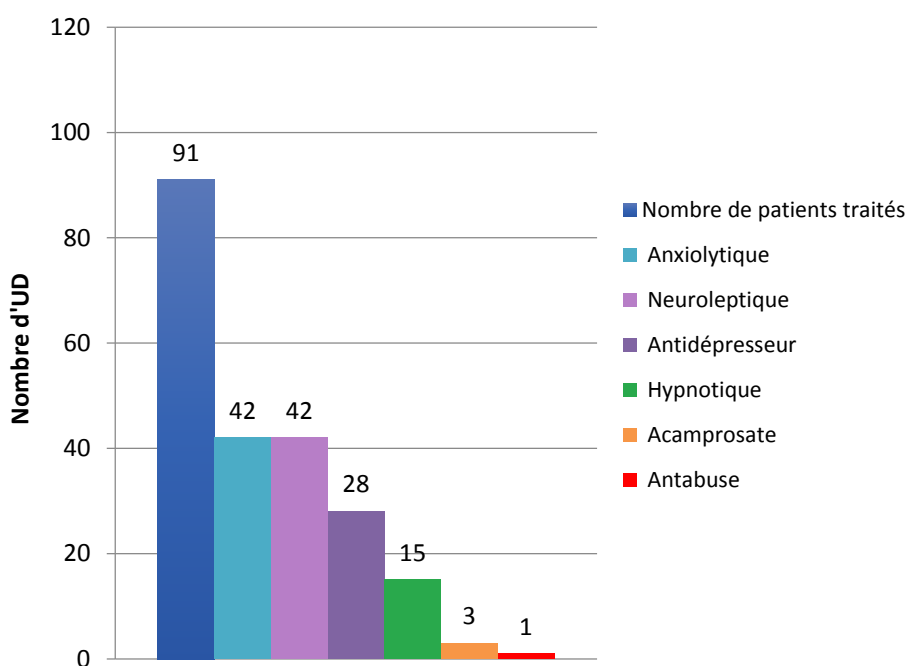


Figure 25 : Nombre d'UD principaux médicaments consommés au cours des 30 derniers jours.

➤ *Les modalités de consommation*

L'injection en intraveineux (IV) a été pratiquée au moins une fois dans leur vie par 14,6% des UD et 3% ont eu recours au partage de seringues (Tableau 6).

Les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDIV) qui injectaient activement une substance psychoactive au moment du recueil de données, ne représentaient que 2,1% (n = 5) de la population étudiée.

Dans le dernier mois, 26,6% des UD avaient eu recours au snif.

	n	%
UDIV	34	14,6%
Partage de seringues	7	3%
UDIV actifs	5	2,1%
Utilisation de la voie nasale	62	26,6%

UDIV : usager de drogue par voie intraveineuse au moins une fois dans leur vie

UDIV actif : usager de drogue par voie intraveineuse ayant eu recours à l'injection au cours du dernier mois

Tableau 6 : les modalités de consommation

La moyenne d'âge des UDIV était de 40.6 ± 9.9 ans mais ils étaient proportionnellement plus nombreux au delà de 50 ans (27,6%, Figure 26).

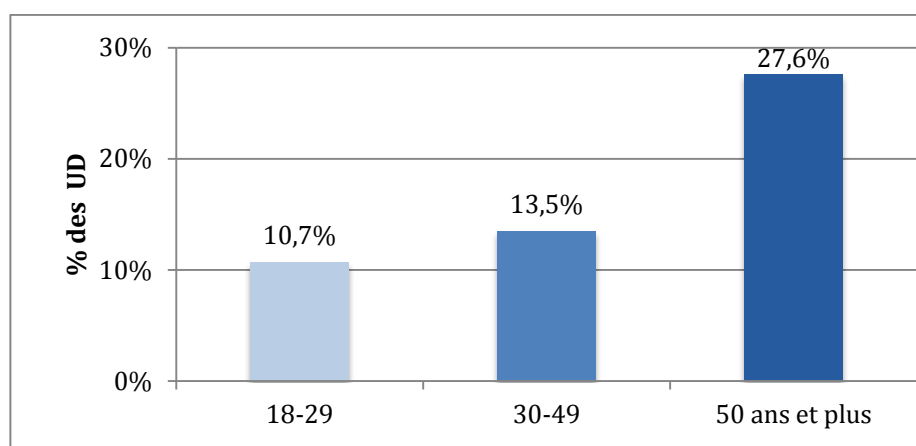


Figure 26 : répartition des UDIV selon les tranches d'âges

4. Connaissance du statut vis-à-vis du VHC

Parmi les 233 UD de la population du CSAPA étudiée, 59% avaient déjà eu recours au dépistage par une sérologie VHC avec prélèvement veineux. **Quinze d'entre eux déclaraient une sérologie positive** (séroprévalence VHC de 6,4%) (Figure 27).

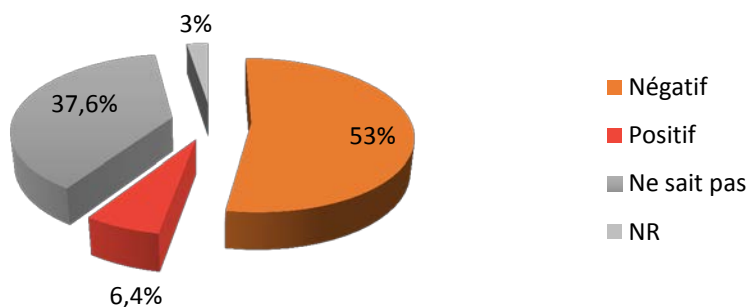


Figure 27 : connaissance du statut sérologique VHC chez les UD

Conduites addictives des patients ayant une sérologie positive pour le VHC

Quinze usagers de drogues ont déclarés une sérologie positive au VHC.

Parmi ces patients, la majorité fumait du tabac (n=13) et était sous Méthadone (n = 11). La consommation en alcool concernait 7 patients. Si la plupart des patients infectés par le VHC ne consommaient plus d'héroïne, il persistait une consommation notable de cannabis (n = 8). Aucun ne rapportait une consommation de cocaïne ou d'autres opiacés (Figure 28).

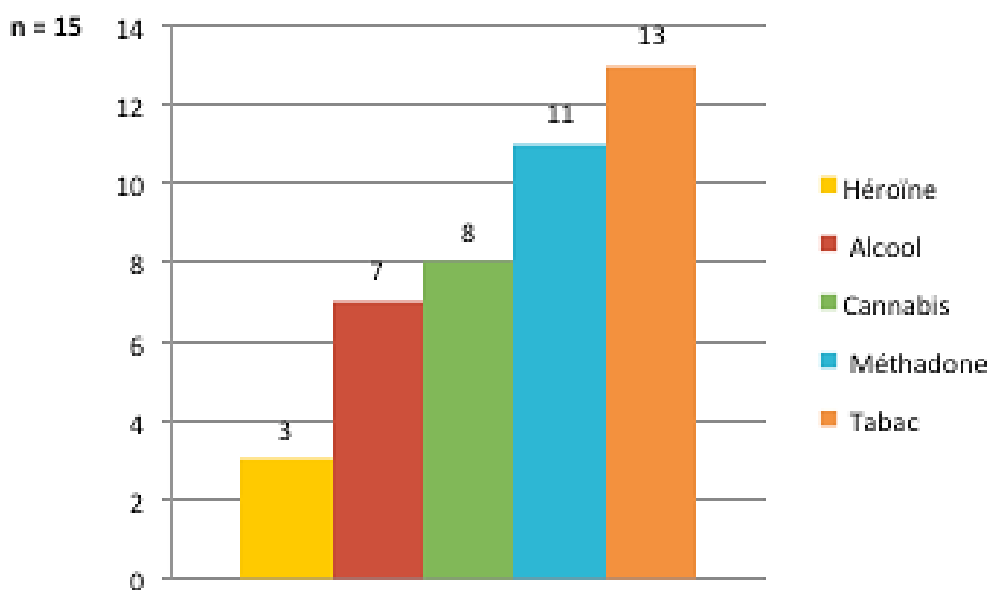


Figure 28 : conduites addictives des 15 patients ayant déclaré être infectés par le VHC

La séroprévalence du VHC augmentait avec l'âge et concernait surtout les UD de plus de 50 ans (n = 10, 4,3%) ; (Figure 29).

Plus de la moitié des patients de moins de 30 ans avaient une méconnaissance de leur statut sérologique (52%).

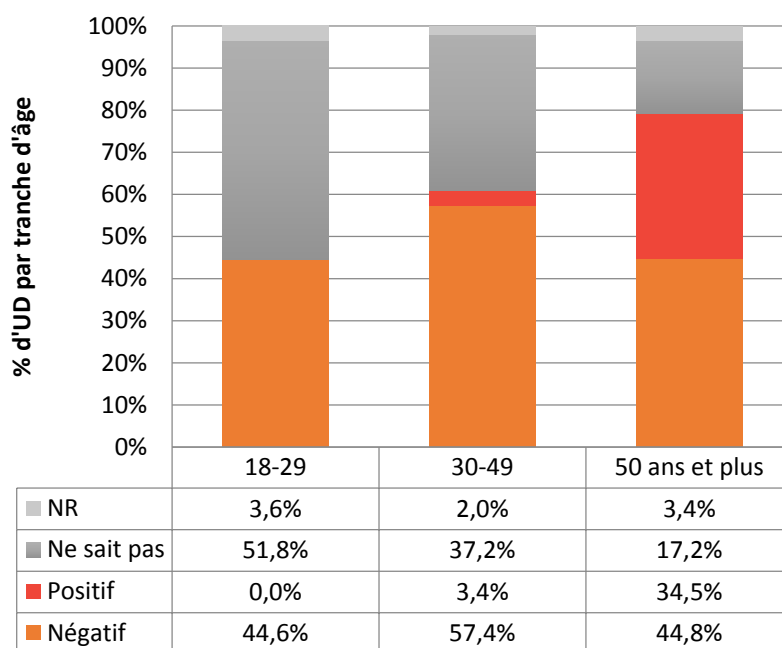


Figure 29 : connaissance du statut sérologique par tranches d'âges

Les résultats montrent qu'au CSAPA, l'hépatite C affectait plutôt les anciens usagers de drogues qui ont utilisé la voie injectable au moins une fois dans leur vie. Ainsi, au sein de la population d'UDIV, la séroprévalence était estimée à 18% (Figure 30).

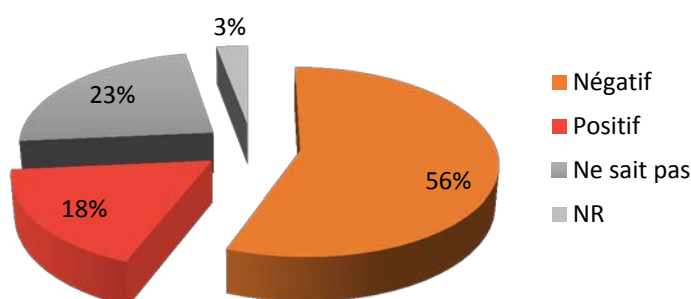


Figure 30 : connaissance du statut sérologique des UDIV

Les UD ayant déclaré avoir eu une expérience de partage de seringue ne représentaient que 3% de la population des UD du CSAPA, pourtant la séroprévalence de ce groupe était à 57,1% (n=4).

Leur connaissance du statut sérologique était élevée puisque 86% des UD ayant déjà partagé des seringues déclaraient le connaître (Figure 31).

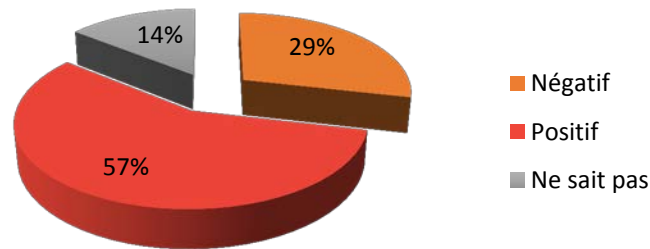


Figure 31 : connaissance du statut sérologique chez les UDIV ayant eu recours au partage de seringues

La séroprévalence du VHC chez les usagers de drogues par voie nasale était faible en comparaison aux UDIV : 1,2% (n=3, résultat non illustré).

Il est à noter que la moitié des UD ayant déclaré une sérologie au VHC positive ont eu un antécédent d'incarcération (n=6 sur 15, résultat non illustré).

5. Dépistage des UD par le TROD

Les TROD ont été proposés à 44 patients au cours de l'année 2016.

Un patient a refusé la réalisation du dépistage et 2 patients ont refusé l'utilisation de leurs données anonymisées.

Six TROD sont revenus positifs (

Figure 32). Parmi eux, un patient a été dépisté « *de novo* », les 5 autres connaissaient déjà leur statut sérologique positif pour le VHC.

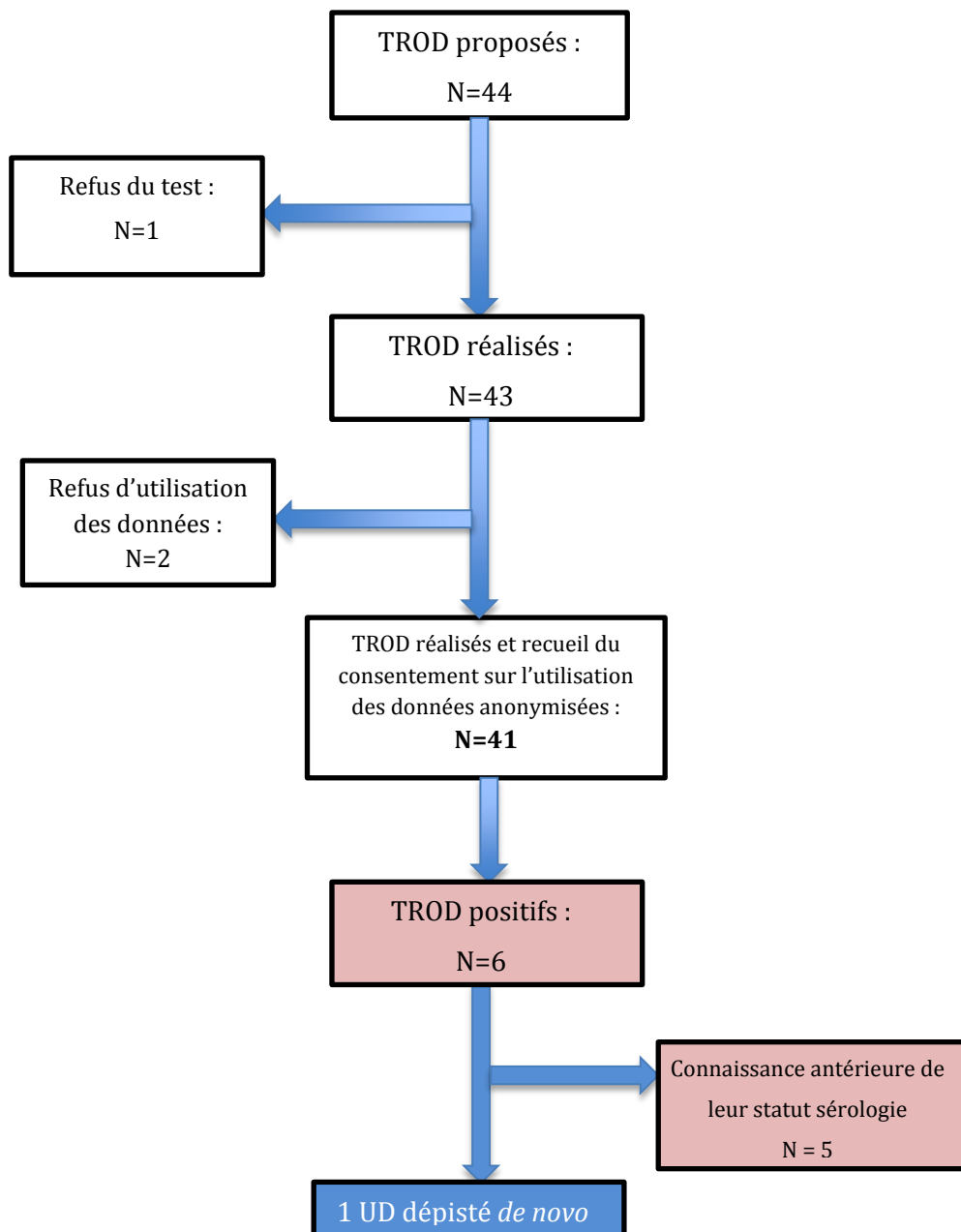


Figure 32 : Diagramme de flux du dépistage des UD par le TROD

Tableau 7 : Caractéristiques du patient nouvellement dépisté par TROD

N° inclusion	Age (ans)	Sexe	Catégorie socio-professionnelle	Logement	Entourage	Origine principale des ressources	Niveau d'études
186	58,35	M	Sans profession	Durable indépendant	Vit seul	RSA	Niveau diplôme national du brevet

Origine PEC	Produit à l'origine de la PEC	Utilisation de la voie intraveineuse dans le passé	Partage de seringues	Nombre d'incarcérations
Le patient lui-même	Héroïne	Régulièrement	Jamais	5

TSO en cours	Cannabis	Méthadone	Injection active	Consommation Tabac/Alcool	Sérologie VHC	TROD TEST
Méthadone (depuis 10 ans)	0	1	0	Tabac + Alcool	Négatif	Positif

DISCUSSION

La finalité de notre étude était de mettre en place un dispositif de dépistage par TROD VHC au sein du CSAPA de Dreux et de l'évaluer. Cette étude a permis de répondre à l'objectif fixé et a contribué à l'analyse précise des profils et des pratiques de consommation des usagers de drogues (UD) suivis dans ce centre. Elle a également permis l'optimisation du parcours de soins des patients dépistés.

1. Avantages et limites des TROD

Les TROD sont des dispositifs de dépistage d'utilisation simple, rapide et peu invasive (27,28). Ils présentent des avantages certains :

- ils ne nécessitent pas un plateau technique important et sont donc réalisables dans des structures faiblement médicalisées. Ils permettent ainsi d'atteindre les usagers de drogues éloignés des soins.
- le test utilise une matrice biologique (sang capillaire total) évitant un prélèvement veineux. Le mauvais état du réseau veineux des UD les rend souvent réticents au prélèvement sanguin, le TROD est une alternative mieux acceptée.
- le test est réalisé « au lit du malade » permettant un dépistage de proximité, évitant ainsi de perdre de vue l'utilisateur.
- La rapidité d'obtention du résultat permet d'inscrire précocement le patient dépisté dans un parcours de soins.

Au CSAPA de Dreux, nous avons pu effectuer les tests rapides de dépistage avec succès et définir un parcours de soins adapté aux UD à l'issue des tests.

La faisabilité et l'acceptabilité du dispositif ont été plutôt satisfaisantes.

Cependant, si les TROD constituent un outil de choix, ils présentent aussi certaines limites :

- la sensibilité et la spécificité du TROD sont inférieures à celles du test sérologique immuno-enzymatique : le TROD ne se substitue donc pas au dépistage biologique mais le complète.
- il a un coût unitaire élevé (environ 11 euros)

- le dépistage n'est pas quantitatif mais uniquement qualitatif
- une lecture subjective du résultat : le résultat se présente sous la forme d'une bande visible à l'œil nu.
- l'absence de traçabilité du résultat en laboratoire.-

Au CSAPA de Dreux, les TROD n'ont pu être réalisés qu'après les démarches administratives nécessaires pour être conforme à la réglementation en vigueur. Les textes législatifs ont été publiés dans le courant de cette étude. La constitution du dossier de demande d'autorisation auprès de l'ARS et la rédaction de la procédure d'assurance qualité ont été longs et fastidieux :

- Nous avons rédigé et mis en forme une fiche informative à l'intention du patient, une fiche de recueil de son consentement et une fiche de traçabilité des résultats du test. Par commodité, ces trois volets ont été rassemblés sur une fiche unique dépliant sous format triptyque.
- Une formation des professionnels de santé du CSAPA a également été nécessaire au préalable afin de s'assurer de la réalisation correcte des TROD.
- Une convention de partenariat avec le service d'hépatogastroentérologie du Centre Hospitalier de Dreux a été rédigée afin de pouvoir inscrire rapidement les patients dépistés dans un réseau de prise en charge.

Dans un rapport d'enquête de la Fédération Addiction, publié en 2015, il est stipulé que les TROD dépistant le VIH n'avaient pu être mis en place que dans un quart des CSAPA. Les démarches administratives restent un frein majeur à la mise en œuvre d'un tel dispositif (63).

Nous avons également été confrontés à des difficultés organisationnelles puisque les TROD ne peuvent être réalisés qu'en présence d'un médecin.

Sur le plan technique, le TROD utilisé dans cette étude était le TOYO® VHC, dont la sensibilité et la spécificité sont satisfaisantes mais non optimales en comparaison des autres tests bénéficiant d'un marquage CE. En étudiant les données de la littérature, il apparaît que le test Oraquick® VHC, a montré de meilleures performances que le TOYO® VHC et a été plus souvent utilisé (64,65).

Matrice	nom du test	référence standard	sensibilité [IC 95%]	spécificité [IC 95%]	prix
sang capillaire	Oraquick® VHC	EIA	99,1% [97,4 – 99,8]	100% [98,0 - 100]	15 euros
	TOYO® VHC	EIA	95,9% [93,1 – 97,8]	98,3% [95,1 – 99,6]	10 euros

Tableau 8 : comparaison des performances des TROD Oraquick® VHC et TOYO® VHC

Une étude allemande menée par Kant *et al* en 2013, rapporte que le test TOYO® VHC montre une moins bonne spécificité sur sérum. Ce test a fait l'objet de moins d'investigation sur sang total capillaire (66). Dans notre étude, le choix du test TOYO® VHC s'était fondé sur un compromis entre ses performances et son coût.

Les TROD sont des tests colorimétriques à lecture suggestive pouvant induire un biais de mesure. Afin de limiter ce phénomène au maximum, nous considérons comme invalide tout test dont la lecture n'était pas conforme aux résultats définis dans la notice d'utilisation du TROD. La formation requise à la réalisation des tests avait pour but de limiter ces erreurs.

Enfin l'indicateur biologique utilisé dans le cadre de cette étude est la présence d'anticorps anti-VHC. On ne peut donc pas distinguer les personnes guéries et les personnes virémiques.

2. Profils, pratiques de consommation des UD drouais et VHC

L'étude descriptive rétrospective que nous avons réalisée nous a permis d'avoir une connaissance précise des composantes sociodémographiques et des conduites addictives de la population d'UD suivis au CSAPA de Dreux sur une année.

L'association entre infection par le VHC et usages de drogues est bien établie. La grande majorité des nouvelles infections est liée à l'usage de drogues par voie intraveineuse. Il s'agit actuellement du premier mode de contamination dans les pays industrialisés (23,42,67).

Notre étude montre que les personnes accueillies en CSAPA étaient majoritairement des hommes. Cette proportion est pour une large part le reflet de la différence d'attitude des hommes et des femmes à l'égard de leurs addictions, les femmes ayant plus de crainte d'être stigmatisées ou jugées lorsqu'elles évoquent leurs addictions.

En ce qui concerne l'usage de produits psychoactifs, un patient du CSAPA sur deux déclarait consommer du cannabis. La consommation d'alcool était également très répandue et concernait près de la moitié des UD. Un quart des UD avaient eu recours à l'héroïne mais majoritairement sous forme sniffée. L'utilisation de la voie injectable était peu citée par les UD de Dreux (2,1%). Ces résultats sont en accord avec l'étude de Christophe Palle menée sur des patients accueillis en CSAPA qui montre que la proportion des UDIV actifs a tendance à diminuer, cependant elle reste encore estimée à 18% (68), ce qui est largement supérieure à nos résultats.

Concernant les données sociodémographiques, contrairement aux données trouvées dans la littérature, les UD drouais sont moins enclins à la précarité que la population d'UD en France : si 57% des UD ne travaillaient pas au moment de l'étude et bénéficiaient de prestations sociales, presque tous (93%) déclaraient avoir un logement durable. A l'instar de Marseille, cet aspect pourrait s'expliquer par l'existence d'une solidarité familiale plus forte, propre à la culture Méditerranéenne (42).

La présente étude nous a d'autre part permis d'identifier un groupe d'UD anciens injecteurs, majoritairement sous méthadone, pour lesquels la séroprévalence du VHC était élevée. La plupart d'entre eux avaient des comorbidités, notamment psychiatriques, pouvant influencer sur leur prise en charge et sur l'observance du traitement. La polyconsommation d'alcool, de cannabis et le tabagisme constituent également des facteurs de mauvais pronostic pour l'évolution de leur hépatopathie (24). La plupart des UD drouais sont poly-consommateurs.

La connaissance des facteurs de risques est fondamentale pour permettre une meilleure adhésion des patients au traitement et pérenniser son efficacité. Ils doivent être pris en compte au moment des entretiens réalisés avant et après le TROD (*counseling* pré et post-test, *vide infra* paragraphe 4).

Les particularités socio-comportementales de la population drouaise, en comparaison des UD des données nationales issues de deux études (42,69), sont résumées dans le tableau ci-dessous :

	Données nationales ^{(1) (2)}	Données du CSAPA de Dreux
Hommes	79,5% ⁽¹⁾	83%
Logement durable	55,2% ⁽¹⁾	93%
Niveau d'étude : brevet/BEP	61,6% ⁽¹⁾	63,5%
Antécédent d'incarcération	57,8% ⁽¹⁾	26,7%
TSO	77% ⁽¹⁾	53%
usage de la voie injectable au moins une fois dans la vie	65% ⁽¹⁾	14,6%
consommation d'héroïne au cours des 30 derniers jours	38% ⁽²⁾	24,5%
consommation de cannabis au cours des 30 derniers jours	50% ⁽²⁾	57,5%

Tableau 9 : particularités socio-comportementales des UD de Dreux en comparaison aux données nationales

(1) : L. Weill-Barillet et al. Hepatitis C virus and HIV seroprevalences, sociodemographic characteristics, behaviors and access to syringes among drug users, a comparison of geographical areas in France, ANRS-Coquelicot 2011 survey. Rev Epidemiol Santé Publique. 2016 Sep; 64(4): 301-312

(2) : Palle C. Les personnes accueillies dans les CSAPA. Situation en 2014 et évolution depuis 2007. OFDT Tendances 2016 juin ; 110 : 1 - 8

3. Séroprévalence VHC au CSAPA de Dreux

A partir des 41 TROD réalisés et analysés au cours de l'année 2016, 6 patients ont été dépistés positifs au VHC. La prévalence de l'hépatite C par ce dispositif est donc estimée à 14.6% au sein du CSAPA de Dreux (Tableau 10).

Ces patients, majoritairement des hommes de plus de 45 ans, étaient tous d'anciens usagers qui avaient consommé des drogues par voie intraveineuse (UDIV). Cinq de ces patients connaissaient déjà leur séropositivité au VHC mais n'avaient jamais été traités en phase aiguë. On peut supposer que ces anciens UDIV avaient refusé le dépistage et/ou le traitement à leur arrivée au CSAPA, par dénégation de leur passé de toxicomane, par crainte d'être stigmatisés ou par appréhension des anciens traitements qui sont réputés être mal tolérés.

Parmi les 5 patients ayant eu confirmation de leur statut sérologique après dépistage par TROD, 2 ont pu bénéficier d'un Fibroscan® qui a révélé des scores de fibrose hépatique F3 et F1 chez ces patients. Un des deux patients a été traité par Ledipasvir + Sofosbuvir pendant 12 semaines. Il ne s'est malheureusement pas présenté à la consultation prévue à l'issue du traitement mais la consultation à 8 semaines retrouvait une normalisation des transaminases et une charge virale indétectable.

Deux patients, dont le patient nouvellement dépisté, sont actuellement en attente de traitement : ils refusent d'avancer les frais pour confirmer le diagnostic en laboratoire, par défaut de couverture sociale.

Notre étude confirme ainsi la forte prévalence du VHC chez les UD et plus particulièrement chez les UDIV

Toutefois nos données restent inférieures à celles décrites dans la littérature (Cf. Tableau 10).

	SEROPREVALENCE VHC (%)	
	FRANCE	CSAPA de DREUX
Population générale	0,75% (Pioche et al. ; 2016)	-
UD	44% (Weill-Barillet et al. ; 2016)	6,4%*
UDIV	64% (Weill-Barillet et al; 2016)	-
UDIV des CSAPA	45,2 % * (OFDT, enquête RECAP 2015)	17.6%*
Dépistage des UD par TROD	NR	14.6%

Tableau 10 : séroprévalences du VHC en France et au CSAPA de Dreux (= prévalence déclarée).*

L'enquête transversale ANRS-Coquelicot (42) est une étude multicentrique réalisée chez les UD adultes, dans les structures de prise en charge et de réduction des risques. Elle s'est déroulée à Bordeaux, Lille, Marseille, Paris, Strasbourg, en Seine-Saint-Denis et en Seine-et-Marne. Le taux de participation était élevé et les valeurs de séroprévalence ont été obtenues grâce à un test rapide sur papier buvard. La séroprévalence s'élevait en moyenne à 44% sur l'ensemble de la population d'UD et à 64% chez les UDIV.

Ces valeurs variaient selon les zones géographiques en fonction des profils et des pratiques de consommation (42).

Les données de l'OFDT recueillies à partir des fiches RECAP 2015 estimaient, elles, la séroprévalence VHC chez les UDIV à 45, 2% (70), une valeur inférieure à celle de l'enquête ANRS-Coquelicot. La séroprévalence est dans ce cas estimée à partir des déclarations des UD. Elle est donc plutôt sous-évaluée.

Une étude préliminaire sur le dépistage par TROD a été réalisée dans un CSAPA à Saint Dizier, en 2012 : la prévalence du VHC a été estimée à 20% (59), une valeur qui se rapproche d'avantage de celle obtenue par TROD au CSAPA de Dreux (14.6%).

Plusieurs facteurs peuvent expliquer les différences entre les données obtenues à Dreux et celles décrites dans la littérature :

- tout d'abord, les données déclaratives issues des fiches RECAP sous estiment la prévalence du VHC par rapport aux données biologiques, comme nous venons de le voir.
- les données sociodémographiques des UD drouais montrent que le recours à l'injection reste minoritaire (14,6%) avec très peu d'injecteurs encore actifs au moment de l'étude (2,1%). Le cannabis reste la substance psychoactive la plus consommée : cette donnée peut s'expliquer par le fait que Dreux est réputé pour être l'une des plaques tournantes du trafic de cannabis.
- le nombre de TROD proposés au cours de l'année 2016 a été limité par le délai de mise en place inhérent aux contraintes administratives. Aussi, la séroprévalence obtenue après TROD est-elle encore inférieure à celle estimée à partir des déclarations des UD recensées dans les fiches RECAP (17.6%). Une étude multicentrique et/ou coordonnée avec une structure locale telle que le CAARUD aurait vraisemblablement permis un dépistage plus exhaustif des UD drouais.

4. Impact du dispositif de dépistage sur le suivi des patients

L'étude s'est inscrite dans une prise en charge globale, médicale, psychologique, sociale et éducative des usagers. Le CSAPA bénéficiant d'un emplacement de choix au sein de l'hôpital de Dreux, le parcours de soins des UD dépistés a été facilité et la prise en charge a pu se faire dans des délais acceptables. La prise de rendez-vous auprès du service d'hépatogastro-entérologie a toujours été faite par un professionnel de santé du CSAPA.

L'utilisation des TROD dans une structure ambulatoire telle que le CSAPA minore aussi le risque de « perdus de vue » chez des patients ayant une courte durée de passage. Le rapport OFDT 2010 recensant l'ensemble des CSAPA de France, estime qu'un patient sur cinq n'a été vu qu'une seule fois dans ces centres (71). Le dépistage par TROD s'est révélé être une alternative intéressante pour atteindre les UD éloignés des structures de soins et initier rapidement une démarche thérapeutique.

La mise en place des TROD a permis la délivrance d'un résultat rapide en même temps qu'un accompagnement de l'UD fondée sur une approche centrée sur le patient. On définit par *counseling* ou entretien d'information-conseil personnalisé, l'ensemble des pratiques qui consistent à orienter, aider, informer ou traiter. Il consiste à mobiliser les ressources et les capacités du patient à faire face à ses problèmes, grâce à l'aide d'un soignant qui peut l'amener à comprendre et à résoudre ses problèmes par la conceptualisation et la mise à disposition de dispositifs de soutien (72). La réalisation des TROD et l'annonce du résultat peuvent être source d'anxiété pour le patient. Cette démarche est donc essentielle à une meilleure adhérence du patient au dépistage et à sa prise en charge à l'issue du test. Elle contribue également à réduire les comportements à risque de l'UD (73).

5. Perspectives

Nous avons montré dans cette étude l'importance de dépister l'infection par le VHC chez les UD. La mise en place du TROD nous a permis de lever plusieurs obstacles au dépistage (prélèvement veineux et éloignement des centres de prélèvement, limiter les patients perdus de vue) et d'inscrire les patients dépistés dans un parcours de soins facilité.

Cependant, malgré cela, nous constatons que la prise en charge reste insuffisante et que si les UD adhèrent au dépistage, l'adhésion au traitement n'est pas optimale, comme cela a été décrit pour d'autres centres (74).

De nombreux UD ont des comorbidités psychiatriques et présentent des vulnérabilités sociales qui compliquent l'accès aux soins, leur poursuite dans de bonnes conditions et leur aboutissement (75,76).

Des interventions adaptées sont indispensables pour maintenir le traitement et les soins chez les UD. L'éducation thérapeutique devrait être proposée à tous les patients et adaptée à leur profil afin de les informer de l'importance d'une observance optimale et d'obtenir une éradication virale.

Chez les patients en situation socio-économique difficile, un accompagnement spécifique doit faire partie intégrante de la prise en charge. Le traitement est possible, chez les patients usagers de drogues moyennant une prise en charge spécifique en addictologie, en particulier vis-à-vis du risque de recontamination.

Chez les UDIV le taux de réinfection est estimée entre 1 et 5% par an et ne doit pas être un frein à la mise en place du traitement (77).

Les antiviraux d'action directe permettent d'envisager de maîtriser l'infection virale VHC en appliquant le traitement à tous les UD. Cet objectif impose d'aller au-devant des personnes éloignées des dispositifs de soins ou de réduction des risques, en mettant en œuvre des actions « hors-les-murs » et en faisant intervenir les médecins généralistes (24).

Les TROD en médecine générale sont réalisables et ont une acceptabilité excellente. Cependant, les médecins généralistes font état des difficultés de mise en œuvre et du caractère chronophage de la procédure (78). Par ailleurs, l'achat du TROD reste à leur charge.

Au delà de la fonction de premier recours dans des situations souvent complexes, les médecins généralistes, dans leur approche globale du patient, entreprennent des actions de prévention dans la perspective d'une adhésion au parcours de soin et d'un suivi au long cours. La place du médecin généraliste est donc essentielle lors du dépistage et tout au long du parcours de santé du patient infecté par le VHC.

Une formation dans ce sens doit être proposée aux médecins généralistes dans le cadre du développement professionnel continu, indépendamment du quota de formations qui lui sont proposés (24).

L'accès universel au traitement est un objectif clair, recommandé par les différentes sociétés savantes européennes et françaises et l'objectif est d'éradiquer l'hépatite C avant 2030 (79,80).

Le succès de cette démarche implique, à chaque endroit, la mobilisation forte des acteurs concernés, la formation des personnels sur site et le soutien et l'investissement des Agences Régionales de Santé.

CONCLUSION

L'ensemble de cette étude démontre que le TROD est un outil déterminant dans le dépistage du VHC chez les usagers de drogues et particulièrement dans des structures telles que les CSAPA. La proposition de dépistage est également un moment favorable à la prévention et à l'éducation thérapeutique importante au suivi et la compliance au traitement. En diminuant le délai de rendu des résultats biologiques, l'usager de drogues se voit rapidement inscrit dans un parcours de soins en cas de positivité du résultat.

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation Mondiale de la Santé. OMS | Hépatite C [Internet]. WHO. 2017. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/fr/>
2. Houghton M. Discovery of the hepatitis C virus. *Liver Int.* janv 2009;29:82- 8.
3. Pilly, Collège des universitaires de maladies infectieuses et tropicales (France). ECN. Pilly: maladies infectieuses et tropicales. 4^e éd. Paris: Alinéa Plus; 2016. 324 p.
4. Piver E, Boyer A, Gaillard J, Meunier J-C *et al.* Ultrastructural organisation of HCV from the bloodstream of infected patients revealed by electron microscopy after specific immunocapture. *Gut.* 11 juill 2017;66(8):1487.
5. Moradpour D, Penin F, Rice CM *et al.* Replication of hepatitis C virus. *Nat Rev Microbiol.* juin 2007;5(6):453- 63.
6. Legrand-Abravanel F, Izopet J. Recombinaison génétique et virus de l'hépatite C. *Virologie.* 2008;12(1):7-14.
7. Pawlotsky JM, Tsakiris L, Roudot-Thoraval F *et al.* Relationship between hepatitis C virus genotypes and sources of infection in patients with chronic hepatitis C. *J Infect Dis.* juin 1995;171(6):1607- 10.
8. Trinchet J-C. Histoire naturelle de l'infection par le virus de l'hépatite C. *Gastroentérologie Clin Biol.* mars 2002;26(HS 2):144- 53.
9. Marcellin P. Hepatitis C: the clinical spectrum of the disease. *J Hepatol.* 1999;31 Suppl 1:9- 16.
10. Duvoux C, Pawlotsky JM, Bastie A *et al.* Low HCV replication levels in end-stage hepatitis C virus-related liver disease. *J Hepatol.* oct 1999;31(4):593- 7.
11. De Ledinghen V. Histoire naturelle de l'infection par le virus de l'hépatite C. *Gastroentérologie Clin Biol.* mars 2002;26(HS 2):9- 22.
12. Hézode C, Roudot-Thoraval F, Nguyen S *et al.* Daily cannabis smoking as a risk factor for progression of fibrosis in chronic hepatitis C. *Hepatology.* juill 2005;42(1):63- 71.
13. Trabut J-B. Le score METAVIR. *Hépatogastro Oncol Dig.* 2009;16(3):219-220.
14. Asselah T, Bièche I, Sabbagh A *et al.* Gene expression and hepatitis C virus infection. *Gut.* juin 2009;58(6):846- 58.

15. Dhumeaux D, Agence nationale de recherches sur le SIDA (France), Association française pour l'étude du foie. Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C Rapport de recommandations 2014. Paris: EDP sciences; 2014. 512 p.
16. Cacoub P. Les manifestations extra-hépatiques au cours de l'infection par le virus de l'hépatite C. Paris POSTU. 2008;181- 90.
17. Antonelli A, Ferri C, Fallahi P *et al.* Thyroid Disorders in Chronic Hepatitis C Virus Infection. *Thyroid*. juin 2006;16(6):563- 72.
18. Asselah T, Meroueh F. Addiction opioïdes et hépatite C : liaisons dangereuses [Internet]. Controverses, consensus et perspectives sur 20 ans de traitement de l'addiction aux opioïdes; 2016 nov; Paris. Disponible sur : <http://perspectivesaddiction.com/wp-content/uploads/2017/01/5.-T.-Asselah-et-F.-Meroueh-Addiction-opioides-et-hepatite-C.pdf>
19. Akhtar E, Manne V, Saab S *et al.* Cirrhosis regression in hepatitis C patients with sustained virological response after antiviral therapy: a meta-analysis. *Liver Int Off J Int Assoc Study Liver*. janv 2015;35(1):30- 6.
20. Ouzan D. Vers un traitement universel de l'hépatite C. *PostU Synthèse Nouv Recomm*. 2017;19- 28.
21. Chhatwal J, He T, Lopez-Olivo MA *et al.* Systematic Review of Modelling Approaches for the Cost Effectiveness of Hepatitis C Treatment with Direct-Acting Antivirals. *PharmacoEconomics*. juin 2016;34(6):551- 67.
22. Wedemeyer H, Duberg AS, Buti M *et al.* Strategies to manage hepatitis C virus (HCV) disease burden. *J Viral Hepat*. mai 2014;21 Suppl 1:60- 89.
23. Meffre C, Le Strat Y, Delarocque-Astagneau E *et al.* Prevalence of hepatitis B and hepatitis C virus infections in France in 2004: social factors are important predictors after adjusting for known risk factors. *J Med Virol*. avr 2010;82(4):546- 55.
24. Dhumeaux D. Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C Rapport de recommandations 2016 [Internet]. Paris: EDP sciences; 2016. 91 p. Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_.pdf
25. Deuffic-Burban S, Humeau A, Vierlenne A, *et al.* Cost-effectiveness of screening strategy of hepatitis C in France/ it is time to change recommendations. *Hepatology*. 2016;64(789A).

26. Haute Autorité de Santé. Stratégies de dépistage biologique des hépatites virales B et C [Internet]. Paris; 2012. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1050355/fr/strategies-de-depistage-biologique-des-hepatites-virales-b-et-c - toc_1
27. Chevaliez S. Tests de diagnostic rapides des hépatites virales : intérêts et limites. *Lett Infect.* mai-juin 2017;XXXII(3):98- 102.
28. Haute Autorité de Santé. Place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans la stratégie de dépistage de l'hépatite C [Internet]. 2014. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-05/place_des_trod_dans_la_strategie_de_depistage_de_vhc- rapport.pdf
29. Mössner BK, Staugaard B, Jensen J *et al.* Dried blood spots, valid screening for viral hepatitis and human immunodeficiency virus in real-life. *World J Gastroenterol.* 7 sept 2016;22(33):7604- 12.
30. Mohamed Z, Mbwambo J, Shimakawa Y, Lemoine M *et al.* Clinical utility of HCV core antigen detection and quantification using serum samples and dried blood spots in people who inject drugs in Dar-es-Salaam, Tanzania. *J Int AIDS Soc* [Internet]. 19 sept 2017;20(1). Disponible sur : <http://www.jiasociety.org/index.php/jias/article/view/21856>
31. Hajarizadeh B, Grebely J, Dore GJ *et al.* Epidemiology and natural history of HCV infection. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* 2 juill 2013;10(9):553- 62.
32. Pioche C, Pelat C, Larsen C, *et al.* Estimation de la prévalence de l'hépatite C en population générale, France métropolitaine, 2011. *Bull Epidémiol Hebd.* 2016;(13-14):224-9. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/13-14/2016_13-14_1.html
33. Jauffret-Roustide M, Pillonel J, Weill-Barillet L *et al.* 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 Epidémiol Hebd.* 2013;(39- 40):504- 9.
34. Pauti M-D, Tomasino A. Limiter les opportunités manquées de dépistage des hépatites B et C chez les migrants en situation de précarité : le programme de Médecins du Monde en France. *Bull Epidémiol Hebd.* 2016;(13-14):230-6. :230.

35. Chiron E, Jauffret-Roustide M, Le Strat Y, *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. Disponible sur : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Invs/BEH/2013/35-36/1.pdf>
36. Velter A, Barin F, Bouyssou A *et al.* Prévalence du VIH et comportement de dépistage des hommes fréquentant les lieux de convivialité gay parisiens, Prevagay 2009. Bull Epidemiol Hebd. 2010;11:464-7.
37. Cacoub P, Dabis F, Costagliola D *et al.* Burden of HIV and hepatitis C co-infection: the changing epidemiology of hepatitis C in HIV-infected patients in France. Liver Int. janv 2015;35(1):65- 70.
38. Brouard C, Le Strat Y, Larsen C, *et al.* The Undiagnosed Chronically-Infected HCV Population in France. Implications for Expanded Testing Recommendations in 2014. PLOS ONE. 11 mai 2015;10(5):e0126920.
39. Institut de Veille Sanitaire. Aide-mémoire -Usagers de drogues [Internet]. 2011. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Populations-et-sante/Usagers-de-drogues/Aide-memoire>
40. Conseils Aide et Action contre la Toxicomanie. Drogues et toxicomanie - introduction [Internet]. [cité 1 sept 2017]. Disponible sur : <http://www.caat.online.fr/drogues/drogues.htm>
41. Janssen E, Bastie A. Usage problématique de drogues en France : les prévalences en 2011. St-Denis Off Fr Drogue Toxicom [Internet]. 2013; Disponible sur : <http://www.psychosocial.org/forum/uploads/documents/1378365313.pdf>
42. Weill-Barillet L, Pillonel J, Semaille C *et al.* Hepatitis C virus and HIV seroprevalences, sociodemographic characteristics, behaviors and access to syringes among drug users, a comparison of geographical areas in France, ANRS-Coquelicot 2011 survey. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. sept 2016;64(4):301- 12.
43. Platt L, Minozzi S, Reed J *et al.* Needle syringe programmes and opioid substitution therapy for preventing hepatitis C transmission in people who inject drugs. Cochrane Database Syst Rev. 18 sept 2017;9:CD012021.
44. Melin P. l'enquête CSAPA 2012 [Internet]. SOS hépatites-Fédération; 2013. Disponible sur : <https://fr.slideshare.net/odeckmyn/melin-csapa-et-sos-partie-2>

45. Schaefer M, Sarkar R, Diez-Quevedo C *et al.* Management of mental health problems prior to and during treatment of hepatitis C virus infection in patients with drug addiction. Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am. août 2013;57 Suppl 2:S111-117.
46. Meyer JP, Moghimi Y, Marcus R *et al.* Evidence-based interventions to enhance assessment, treatment, and adherence in the chronic Hepatitis C care continuum. Int J Drug Policy. oct 2015;26(10):922- 35.
47. Dore GJ, Altice F, Litwin AH *et al.* Elbasvir-Grazoprevir to Treat Hepatitis C Virus Infection in Persons Receiving Opioid Agonist Therapy: A Randomized Trial. Ann Intern Med. 1 nov 2016;165(9):625- 34.
48. Grebely J, Dalgard O, Cunningham EB *et al.* Efficacy of response-guided directly observed pegylated interferon and self-administered ribavirin for people who inject drugs with hepatitis C virus genotype 2/3 infection: The ACTIVATE study. Int J Drug Policy. sept 2017;47:177- 86.
49. Haute Autorité de Santé. Antiviraux d'action directe [Internet]. 2016 juin p. 3. (Commission de la transparence). Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-05/aad_avis_25052016_ct_25052016.pdf
50. Martin NK, Hickman M, Hutchinson SJ *et al.* Combination interventions to prevent HCV transmission among people who inject drugs: modeling the impact of antiviral treatment, needle and syringe programs, and opiate substitution therapy. Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am. août 2013;57 Suppl 2:S39-45.
51. Hickman M, De Angelis D, Vickerman P *et al.* Hepatitis C virus treatment as prevention in people who inject drugs: testing the evidence. Curr Opin Infect Dis. déc 2015;28(6):576- 82.
52. Les textes relatifs aux CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) | Fédération Addiction | prévenir, réduire les risques, soigner [Internet]. Fédération addiction. 2012 [cité 5 janv 2016]. Disponible sur : <http://www.federationaddiction.fr/les-textes-relatifs-aux-csapa-centres-de-soins-daccompagnement-et-de-prevention-en-addictologie/>

53. Ministère de la Santé et des Solidarités. Décret n°2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie. Journal Officiel de la République Française. 15 mai 2007;texte 136 sur 311.
54. Circulaire DGS/MC2 n° 2008-79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie [Internet]. avr 15, 2008 p. 186- 207. Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2008/08-03/SEL_20080003_0100_0112.pdf
55. Circulaire N° DGS/VS2/DH/99/299 du 21 mai 1999 relative à l'organisation des soins pour les personnes atteintes d'hépatite C [Internet]. Disponible sur : http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_4745.pdf
56. Arrêté du 11 juin 2013 déterminant la liste des tests, recueils et traitements de signaux biologiques qui ne constituent pas un examen de biologie médicale, les catégories de personnes pouvant les réaliser et les conditions de réalisation de certains de ces tests, recueils et traitements de signaux biologiques [Internet]. AFSP1315018A juin 11, 2013 p. 9914. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027545594&categorieLien=id>
57. Arrêté du 9 novembre 2010 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2) [Internet]. nov 9, 2010. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023093746&dateTexte=20160831>
58. Arrêté du 1er août 2016 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2) et de l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) en milieu médico-social ou associatif [Internet]. AFSP1622318A août 1, 2016. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032967651&dateTexte=20170925>
59. Melin P. Les tests rapides d'orientation diagnostique [Internet]. 2012 Mai; CSAPA-CHG Saint Dizier. Disponible sur : http://www.soshepatites.org/actu/pdf/forum2011Lyon/Presentations/Vendredi18/Pascal_Melin_Les_TROD_dans_les_hepatites_V02.pdf

60. Laboratoire Nephrotek. TOYO® VHC - Notice d'utilisation [Internet]. 2016. Disponible sur : http://www.nephrotek.fr/sites/www.nephrotek.fr/files/u5/toyo_hbsag_nephrotek_notice_0.pdf
61. Pradelle G, Fédération Addiction. Guide RECAP-Rapport activité CSAPA (version 19-12-11) - guide_de_remplissage.pdf [Internet]. 2011. Disponible sur : https://pp.federationaddiction.fr/app/uploads/2012/02/guide_de_remplissage.pdf
62. Proutheau G. Etude descriptive transversale avant mise en place des tests rapides d'orientation diagnostique VIH/VHC en addictologie. In Mémoire de Master Sciences, Technologies, Santé, sous la direction de Héron A., 2016.
63. Fédération Addiction. Agir en réduction des risques en CSAPA et en CAARUD : rapport d'enquête [Internet]. 2015 p. 54. Disponible sur : <https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2016/01/Agir-en-reduction-des-risques-1.pdf>
64. Chevaliez S, Poiteau L, Rosa I *et al.* Prospective assessment of rapid diagnostic tests for the detection of antibodies to hepatitis C virus, a tool for improving access to care. Clin Microbiol Infect Off Publ Eur Soc Clin Microbiol Infect Dis. mai 2016;22(5):459.e1-6.
65. Chevaliez S, Poiteau L, Rosa I *et al.* Dépistage de l'Infection Virale C à partir de Sang Capillaire ou de Liquide Craviculaire : performance des tests rapides d'orientation diagnostique. [Internet]. 18^e journée annuelle GEMHEP; 2013 nov; Paris. Disponible sur: <http://www.afef.asso.fr/ckfinder/userfiles/files/congres/communications-orales/2013/84.pdf>
66. Kant J, Möller B, Heyne R *et al.* Evaluation of a rapid on-site anti-HCV test as a screening tool for hepatitis C virus infection: Eur J Gastroenterol Hepatol. avr 2013;25(4):416- 20.
67. Nelson PK, Mathers BM, Cowie B *et al.* Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: results of systematic reviews. The Lancet. août 2011;378(9791):571- 83.
68. Palle C. Les personnes accueillies dans les CSAPA. Situation en 2014 et évolution depuis 2007. [Internet]. 2016 juin p. 1- 8. (Tendances). Report No.: 110. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxcpw6.pdf>

69. Palle C. Les personnes accueillies dans les CSAPA. Situation en 2014 et évolution depuis 2007. Tendances. Juin 2016;(110):8.
70. Observatoire Français des drogues et des toxicomanies. Évolution de la prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite C parmi les usagers de drogues par voie injectable. [Internet]. 2015. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/evolution-de-la-prevalence-de-linfection-par-le-virus-de-lhepatite-c-chez-les-usagers-de-drogues-par-voie-injectable/>
71. Palle C, Rattanatray M. Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2010. Situation en 2010 et évolutions sur la période 2005-2010. Saint-Denis : OFDT; 2013 p. 88. (Focus - Consommateurs et conséquences).
72. Vincent D, Hamad N. Le counseling: Entretien avec Catherine Tourette-Turgis. J Fr Psychiatr. 2001;12(1):38.
73. Roux P, Rojas Castro D, Ndiaye K *et al.* Increased Uptake of HCV Testing through a Community-Based Educational Intervention in Difficult-to-Reach People Who Inject Drugs: Results from the ANRS-AERLI Study. PLOS ONE. 13 juin 2016;11(6):e0157062.
74. Zanini B. Addicts with chronic hepatitis C: Difficult to reach, manage or treat? World J Gastroenterol. 2013;19(44):8011.
75. Soriano V, Gallego L. Viral hepatitis: Treating hepatitis C in injection drug users. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. oct 2013;10(10):568- 9.
76. Lindenburg CEA, Lambers FAE, Urbanus AT, *et al.* Hepatitis C testing and treatment among active drug users in Amsterdam: results from the DUTCH-C project. Eur J Gastroenterol Hepatol. janv 2011;23(1):23- 31.
77. Grebely J, Haire B, Taylor LE *et al.* Excluding people who use drugs or alcohol from access to hepatitis C treatments – Is this fair, given the available data? J Hepatol. 1 oct 2015;63(4):779- 82.
78. Gauthier R, Livrozet J-M, PrevotEAU du Clary F *et al.* Feasibility and acceptability of rapid HIV test screening (DEPIVIH) by French family physicians. Med Mal Infect. nov 2012;42(11):553- 60.
79. van der Meer AJ, Veldt BJ, Feld JJ *et al.* Association Between Sustained Virological Response and All-Cause Mortality Among Patients With Chronic Hepatitis C and Advanced Hepatic Fibrosis. JAMA. 26 déc 2012;308(24):2584.

80. Grebely J, Dore GJ, Morin S *et al.* Elimination of HCV as a public health concern among people who inject drugs by 2030 - What will it take to get there? J Int AIDS Soc. 28 juill 2017;20(1):1- 8.

ANNEXES

ANNEXE 1 : le CSAPA de Dreux

CSAPA de Dreux

Centre Hospitalier de DREUX
44, avenue du Président Kennedy
28102 DREUX BP 69

Tél : 02 37 51 53 48

Fax : 02 37 51 51 23

Mail : csapa@ch-dreux.fr



CENTRE de SOINS D'ACCOMPAGNEMENT
ET DE PREVENTION EN ADDICTOLOGIE



ACCUEIL DES USAGERS
ET DES FAMILLES

Bilans / Consultations / Entretiens

Du LUNDI au VENDREDI
De 9h à 17h



QUE VOUS SOYEZ ADULTES, ADOLESCENTS, PARENTS, LES RISQUES LIÉS À LA TOXICOMANIE VOUS CONCERNENT...

Le CSAPA de Dreux est un centre d'accueil, de consultations et de soins, qui s'adresse :

- ▶ Aux usagers de drogues adultes ou adolescents
- ▶ Aux parents, à l'entourage, aux accompagnants

Ses missions :

- ▶ L'accueil, l'orientation de la personne souffrant d'un problème d'addiction
- ▶ La prescription, le suivi des traitements de substitution
- ▶ L'accompagnement et l'information des familles
- ▶ L'intervention dans les milieux scolaires
- ▶ Des actions de prévention et de sensibilisation

L'équipe pluridisciplinaire assure une prise en charge spécifique qui peut comporter :

- ▶ Des entretiens médicaux
- ▶ Des entretiens infirmiers
- ▶ Un soutien psychologique
- ▶ Une préparation à l'hospitalisation
- ▶ Une prise en charge médico-psycho-sociale
- ▶ Démarches d'orientation diagnostic (Dépistages affections virales)
- ▶ Une information, formation aux comportements de santé

L'équipe de liaison assure la coordination des prises en charge entre :

- ▶ Les différents services hospitaliers du CHVJ
- ▶ Les professionnels de ville
- ▶ Les centres spécialisés
- ▶ L'unité d'alcoologie, la consultation de tabacologie, l'UPE
- ▶ Les services sociaux
- ▶ Les institutions, ...
- ▶ Les réseaux de soins

ANNEXE 2 : attestation de formation

Attestation de Formation TOYO®



Test rapide d'orientation Diagnostique (TROD) de l'infection à VHC

Formation réalisée le : 2 Juin 2016

A : CSAPA Dreux, 44 Avenue du Président Kennedy, 28100 DREUX

- Présentation générale (conditionnement, étiquetage, différents composants et accessoires...) ☒
- Stockage des tests ☒
- Principe d'utilisation et de réalisation, détail du mode opératoire ☒
- Interprétation des résultats ☒
- Réalisation de 5 tests pour chaque personne formée ☒


Laboratoires NEPHROTEK
Faire Plus Pour La Santé
Sogaris 122 -94524 Rungis Cedex
Tél : 01.46.87.12.82- Fax : 01.46.86.24.88
www.nephrotek.fr

Fabien LARUE- Directeur

TEST TOYO®



Liste des personnes formées

Date	Nom/Prénom	Signature
02/06/2016	J. HAQUE	


Laboratoires NEPHROTEK
Faire Plus Pour La Santé

ANNEXE 3 : mode d'emploi du TROD TOYO® VHC

Phase 1 PRÉLÈVEMENT



Désinfecter le doigt du patient



Piquer le doigt propre avec l'autopiqueur fourni



Former une grosse goutte de sang suspendue



Recueillir la goutte de sang avec la **pipette TOYO** tenue **horizontalement**, jusqu'au trait noir

Phase 2 RÉALISATION DES TESTS



Presser la poire de la pipette pour vider le sang dans la zone de dépôt



Délivrer **une goutte de diluant** dans la zone de dépôt et attendre 15 minutes

ANNEXE 4 : fiche d'information, formulaire de consentement et fiche de résultats sous format triptyque pliable (imprimée en deux exemplaires)

RÉSULTATS
DES TESTS RAPIDES D'ORIENTATION
DIAGNOSTIQUE VIH/VHC

N° de participation T.O.D. :

M/Mme.....

Vous avez effectué le/...../201... àh..... au CSAPA de DREUX un test rapide de dépistage de l'infection par le VIH/2 et/ou par le VHC. Ce test dépiste les infections **durant de plus de 30mn.**

RÉSULTAT D TROP VIH1-2

N° de lot du T.O.D. **Y** utilisé :

Négatif ☐ Positif ☐ Invalide ☐

RÉSULTAT D TROP VHC

N° de lot du T.O.D. **Y** utilisé :

Négatif ☐ Positif ☐ Invalide ☐

Signature du Professionnel

Pour toutes les informations complémentaires et le soutien dont vous auriez besoin, n'hésitez pas à joindre :

Association AIDES : 61 Rue de la République 78300 MARNY-LEZ-TOURNAI
Tél : 01 30 35 07 48

CeGIDD (Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic) Tél : 01 39 51 11 08

Les tests **INSTI** et **TOYO** sont des tests rapides d'orientation diagnostique détectant les virus de l'immunodéficience humaine (VIH1-2) et le virus de l'Hépatite C (VHC).

Une goutte de sang suffit.

Le test est réalisé en 1 minute et le résultat obtenu en moins de 20 minutes.

Rapide

Pratique

Simple

Complet

Fiable

TESTS RAPIDES D'ORIENTATION DIAGNOSTIQUE



Pôle Santé Mentale – Secteur 26 04 – CSAPA
Centre de Soutien, d'Accompagnement
et de Prévention – A. diététique
Responsable Médical de Pôle : Dr. Jean Pierre PARIS
Dr. Nathalie HILL – Dr. Safouky BARRY
Secrétariat du CSAPA : 01 37 51 51 48

FICHE
INFORMATIVE

T.R.O.D
VIH1-2 - VHC



CENTRE HOSPITALIER VICTOR J. LESQUIN
44 Avenue du Président M. Mery
BP 6 28000 DREUX
Tél : 01 37 51 51 48



SULTATS

ANNEXE 5 : fiche RECAP (Recueil Commun sur les Addictions et les Prises en charge)

Médecin : _____

Date : _____

FICHE RECAP 2016

Date de la 1^{ère} prise en charge : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Catégorie socioprofessionnelle :

- ☐ Agriculteur
- ☐ Artisan / Commerçant
- ☐ Cadre profession libérale
- ☐ Profession intermédiaire
- ☐ Employé
- ☐ Ouvrier
- ☐ Retraité
- ☐ Sans profession
- ☐ Autre

Logement :

- ☐ Durable indépendant
- ☐ Durable chez des proches
- ☐ Durable en institution
- ☐ Provisoire chez des proches
- ☐ Provisoire en institution
- ☐ Autre provisoire
- ☐ SDF

Entourage :

- ☐ Vit seul
- ☐ Vit avec ses parents
- ☐ Vit seul avec enfant(s)
- ☐ Vit avec conjoint seulement
- ☐ Vit avec conjoint et enfant(s)
- ☐ Vit avec des amis
- ☐ Autre

Origine principale des ressources :

- ☐ Revenus d'emploi (y compris retraite-pension invalidité)
- ☐ ASSEDIC
- ☐ RSA
- ☐ AAH
- ☐ Autre prestation sociale
- ☐ Ressources provenant d'un tiers
- ☐ Autres ressources (y compris sans revenu)

Situation professionnelle :

- ☐ Activité rémunérée continue
- ☐ Activité rémunérée intermittente
- ☐ Chômage
- ☐ Etudiant / stage non rémunéré
- ☐ Retraité
- ☐ Autre inactif

Niveau d'étude :

- ☐ N'a pas terminé le primaire
- ☐ Niveau primaire
- ☐ Niveau diplôme national du brevet
- ☐ Niveau BEP/CAP
- ☐ Niveau BAC
- ☐ Niveau BAC + 2
- ☐ Niveau au-delà de BAC + 2

Origine prise en charge actuelle :

- ☐ Le patient lui-même
- ☐ Les proches (familles/amis)
- ☐ Médecin de ville
- ☐ Structure spécialisée en toxicomanie
- ☐ Structure de réduction des risques
- ☐ Structure spécialisée en alcoologie
- ☐ Equipe de liaison
- ☐ Autre Hôpital / autre sanitaire
- ☐ Institution ou service sociale
- ☐ Justice, orientation post-sentencielle
- ☐ Justice, orientation pré-sentencielle
- ☐ Justice, orientation avec orientation
- ☐ Autre mesure judiciaire ou administrative
- ☐ Milieu scolaire ou universitaire
- ☐ Autre

Prise en charge liée à l'usage de substances psycho actives :

- ☐ Jamais pris en charge
- ☐ Déjà pris en charge mais pas actuellement
- ☐ Suivi actuellement
- ☐ Ne sait pas

Année première prise en charge : _____

Traitement de substitution aux opiacés en cours :

- ☐ Non
- ☐ Oui, Méthadone, depuis : _____
- ☐ Oui, BHD, depuis : _____
- ☐ Autre (sulfate de morphine, codéine)
- ☐ Ne sait pas

... / ... →

Autre traitement en cours :

- | | | |
|--------------------------------------|--|--|
| ☐ Aucun | ☐ Bupropion | ☐ Substitut nicotinique |
| ☐ Acamprosate | ☐ Anxiolytique | ☐ Antidépresseur |
| ☐ Naltrexone | ☐ Hypnotique | ☐ Autre |
| ☐ Antabuse | ☐ Neuroleptique | |

PRODUITS CONSOMMÉS (au cours des 30 derniers jours) (Méthadone, alcool, cannabis, tabac, heroine, ...)	MODE DE CONSO (mangé, bu, fumé, sniffé, inhalé, injecté, autre)	FRÉQUENCE DE CONSO - moins d'une fois par semaine - 1 fois par semaine - 2 à 3 fois par semaine - 4 à 6 fois par semaine OU - chaque jour	DÉPENDANCE (usage simple, usage nocif ou dépendant)

Produit à l'origine de la prise en charge : _____

Nombre de joints consommés en moyenne par jour : -----

Le patient fume-t-il ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, nombre de cigarettes par jour : -----

Utilisation de la voie intraveineuse : ☐ Régulièrement ☐ Occasionnellement ☐ Jamais

Partage des seringues : ☐ Régulièrement ☐ Occasionnellement ☐ Jamais

Sérologie VIH : ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Ne sait pas

Sérologie VHC : ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Ne sait pas

Vaccination VHB complète : ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Hospitalisations antérieures : ☐ Oui ☐ Non (nombre d'hospitalisations : -----)

Tentatives de suicide : ☐ Oui ☐ Non (nombre de TS : -----)

Incarcérations : ☐ Oui ☐ Non (nombre d'incarcérations : -----) Durée totale en mois : -----

ANNEXE 6 : procédure d'assurance qualité d'utilisation des TROD

	Service : CSAPA (UF 991)
N° Version : 1	Page 1 sur 2
PROCEDURE D'ASSURANCE QUALITE DES TESTS DE DEPISTAGE D'INFECTIONS VIRALES	

Selon les arrêtés du 9 novembre 2010 et du 11 juin 2013, tout professionnel de santé réalisant des TROD est tenu au respect de la notice d'utilisation du dispositif médical de diagnostic *in vitro* et des recommandations de bonnes pratiques encadrées par la présente procédure d'assurance qualité (rédigée selon les recommandations de l'HAS 2009, 2014).

- le professionnel de santé réalisant les TROD doit préalablement avoir été formé et savoir pratiquer et conserver les tests selon les recommandations du fabricant (Cf. Attestations de formation et notices détaillées d'utilisation des TROD en annexes); il devra s'assurer qu'en cas de résultat positif, le patient pourra être dirigé vers un médecin pour la réalisation d'un prélèvement biologique (sérologie sanguine) ; en cas d'accident d'exposition au sang au moment de la réalisation des tests, le professionnel se reportera à la procédure AES (en annexe et disponible sur BlueMedi :

https://bms.bluckango.com/BMS/Module_DOSSIERS/Afficher/1397653835_cat_en_cas_d_aes.pdf?chemin=%2Fdata%2Fwww%2Fsites%2Fbluckango%2Fdreux-285137%2Fupload%2Fupld_ged%2FPDF%2F1&action=26)

- les TROD VIH et VHC ne seront proposés pour un bénéfice autre que celui de la personne testée ;
- le consentement libre et éclairé du patient dûment informé sera recueilli avant la réalisation de tout test (Cf. fiche d'information/consentement/résultats en annexe à signer).

- les personnes qui pratiquent les TROD et celles qui en bénéficient seront informées que ces tests ne permettent qu'une orientation diagnostique et ne constituent en aucun cas un diagnostic biologique ;

- la traçabilité de l'utilisation de chaque TROD et leur résultat pour chaque patient seront répertoriés dans la fiche de résultats accompagnant la fiche d'information/consentement/résultats précédemment citée (Cf. annexe). L'original qui sera remis au patient aura préalablement été numérisé pour être conservé dans son dossier médical informatisé USV2 du CSAPA;

- la communication du résultat des TROD au patient sera réalisée par le professionnel de santé ayant réalisé les TROD ; l'information sera délivrée au cours d'un entretien individuel, dans un espace permettant de conserver la complète confidentialité nécessaire à cet entretien ;

- en cas de résultat positif d'un TROD, lors d'une consultation dédiée. Il sera également proposé au patient d'être orienté vers le médecin de l'hôpital responsable de la prise en charge des infections par le VIH au CeGIDD ou vers un médecin du service d'Hépatogastro-Entérologie dans le cas d'une infection par le VHC.

- en cas de résultat négatif, la personne testée sera informée à nouveau des limites inhérentes à l'interprétation du résultat du test, voire de l'éventualité de réaliser le diagnostic biologique précité, notamment en cas de risque récent de transmission du VIH ou du VHC ; en cas de suspicion de contamination récente, un nouveau dosage des anticorps est recommandé 3 mois après, par TROD, ou 6 semaines après la prise de risque, par test biologique.

- l'élimination des déchets d'activités de soins à risque infectieux (DASRI) se fera par la voie d'élimination des déchets biologiques du CSAPA, via le dispositif DASRI de l'hôpital de Dreux et selon la procédure établie (sacs et boîtes en plastique jaunes, désinfection puis incinération, suivi par bordereau, Cf. annexe);

- En cas de résultat de test indéterminé ou invalide, le N° de lot et le résultat seront envoyés au fournisseur du test pour contrôle.

Vu, le Directeur de Thèse

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**



HAQUE Jessica

85 pages – 10 tableaux – 32 figures – 6 annexes

RÉSUMÉ

Les usagers de drogues (UD) constituent actuellement la principale population exposée au virus de l'hépatite C (VHC), pourtant la majorité d'entre eux ignorent leur statut sérologique. Les progrès récents dans le traitement de cette maladie justifient un renforcement du dépistage. Les Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD), validés par la Haute Autorité de Santé, constituent une alternative récente et moins contraignante que le prélèvement veineux, permettant un dépistage ciblé des UD, réalisé auprès du patient.

Objectif : Mise en place et évaluation du dispositif de dépistage du VHC par TROD au sein du CSAPA de Dreux.

Méthode : La mise en place des TROD s'est effectuée conformément à la réglementation en vigueur applicable aux établissements médico-sociaux, impliquant la formation des professionnels de santé, la rédaction d'une procédure d'assurance qualité et une demande d'autorisation complémentaire auprès de l'Agence Régionale de Santé. L'étude descriptive rétrospective de la population d'UD (n=233) a été menée à partir des fiches RECAP recueillies du 1^{er} janvier au 31 décembre 2016, recensant les données sociodémographiques et les conduites addictives.

Résultats : La majorité des UD du CSAPA avaient consommé du cannabis et/ou de l'héroïne au cours du mois précédent et étaient sous traitement substitutif aux opiacés (53,7%). Plus d'un tiers des UD avaient eu recours à la voie injectable ou à la voie nasale (41,2%). Les UD étaient nombreux à déclarer une consommation régulière d'alcool (42.5%).

A l'inclusion, 38% des patients méconnaissaient leur statut sérologique VHC, en particulier les moins de 30 ans. Les TROD ont pu être réalisés et analysés chez 41 UD : 6 tests se sont révélés positifs.

Conclusion : Notre étude confirme la prévalence élevée du VHC chez les UD au regard de la population générale. Malgré les délais de mise en place inhérents aux formalités administratives indispensables, la faisabilité et l'acceptabilité des TROD ont été satisfaisantes. L'étude a permis d'inscrire les UD dans un parcours de soins formalisé, donnant accès à une prise en charge optimale de leur hépatopathie.

Mots clés : Usagers de drogues, Dépistage, hépatite C, TROD, CSAPA

Jury :

Président du Jury : Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ

Directeur de thèse : Madame le Docteur Anne HERON

Membres du Jury : Monsieur le Professeur Nicolas BALLON
Monsieur le Professeur Louis BERNARD
Monsieur le Professeur Jean ROBERT
Madame le Docteur Marie CALOT-LIMARE

:

:

: Date de soutenance : 24 octobre 2017