

Académie d'Orléans-Tours
Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2011

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

Emilie DUSSAIX-ARNAULT

Née le 16 juillet 1983 à Cognac

Présentée et soutenue publiquement le 19 octobre 2011

**DEPISTAGE DU VIRUS DE L'HEPATITE C. L'EXPERIENCE D'UNE EQUIPE
D'ADDICTOLOGIE TOURANGELLE DE 2008 A 2010**

Jury

Président du jury : Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH

Membres du jury : Monsieur le Professeur Alain GOUDEAU

Monsieur le Professeur Michel MORICHAU-BEAUCHANT

Monsieur le Docteur Georges BONNEMAISON

Monsieur le Docteur Frédéric DUBOIS

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Professeur Dominique PERROTIN

VICE-DOYEN
Professeur Daniel ALISON

ASSESEURS
Professeur Christian ANDRES, Recherche
Docteur Brigitte ARBEILLE, Moyens
Professeur Christian BINET, Formation Médicale Continue
Professeur Laurent BRUNEREAU, Pédagogie
Professeur Patrice DIOT, Recherche clinique

SECRETAIRE GENERAL
Monsieur Patrick HOARAU

DOYENS HONORAIRES
Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994

Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Patrick CHOUTET

Professeur Guy GINIES

Professeur Jacques LANSAC

Professeur Olivier LE FLOCH

Professeur Chantal MAURAGE

Professeur Léandre POURCELOT

Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS - J. BARSOTTI

A. BENATRE - Ch. BERGER –J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI

J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – M. JAN –P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE - J. LAUGIER

G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTRE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER - E/H. METMAN - J. MOLINE

Cl. MORAINÉ - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph. RAYNAUD - Ch. ROSSAZZA -

Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - M.J. THARANNE - J. THOUVENOT

B. TOUMIEUX - J. WEILL.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian	Biochimie et Biologie moléculaire
	ARBEILLE Philippe	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	AUTRET Alain	Neurologie

Mme	AUTRET-LECA Elisabeth	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
MM.	BABUTY Dominique	Cardiologie
Mmes	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; Radiothérapie
	BARTHELEMY Catherine	Physiologie
MM.	BAULIEU Jean-Louis	Biophysique et Médecine nucléaire
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BESNARD Jean-Claude	Biophysique et Médecine nucléaire
	BEUTTER Patrice	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre	Physiologie
	BOUGNOUX Philippe	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et Imagerie médicale
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	CHARBONNIER Bernard	Cardiologie
	COLOMBAT Philippe	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe	Neurologie
	COSNAY Pierre	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie

	DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FETISSOF Franck	Anatomie et Cytologie pathologiques
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
d'urgence	FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine
	GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'Adultes
	GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
	GRUEL Yves	Hématologie ; Transfusion
	GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier	Urologie
	HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
	HERAULT Olivier	Hématologie ; transfusion
	HERBRETEAU Denis	Radiologie et Imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM.	HUTEN Noël	Chirurgie générale
	LABARTHE François	Pédiatrie
d'urgence	LAFFON Marc	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine
	LANSON Yves	Urologie
	LARDY Hubert	Chirurgie infantile

LASFARGUES Gérard	Médecine et Santé au Travail
LEBRANCHU Yvon	Immunologie
LECOMTE Pierre	Endocrinologie et Maladies métaboliques
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEMARIE Etienne	Pneumologie
LESCANNE Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie ; Radiothérapie
LORETTE Gérard	Dermato-Vénérologie
MACHET Laurent	Dermato-Vénérologie
MAILLOT François	Médecine Interne
MARCHAND Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MARRET Henri	Gynécologie et Obstétrique
NIVET Hubert	Néphrologie
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 et Obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
QUENTIN Roland	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
RICHARD-LENOBLE Dominique	Parasitologie et Mycologie
ROBERT Michel	Chirurgie Infantile
ROBIER Alain	Oto-Rhino-Laryngologie
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
ROYERE Dominique	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SALIBA Elie	Biologie et Médecine du développement et de la

Reproduction

SIRINELLI Dominique	Radiologie et Imagerie médicale
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-Vénérologie
VELUT Stéphane	Anatomie
WATIER Hervé	Immunologie.

PROFESSEURS ASSOCIES

M.	HUAS Dominique	Médecine Générale
Mme	LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie	Médecine Générale
MM.	POTIER Alain	Médecine Générale
	TEIXEIRA Mauro	Immunologie

PROFESSEUR détaché auprès de l'Ambassade de France à Washington pour exercer les fonctions de Conseiller pour les affaires sociales

M.	DRUCKER Jacques	Epidémiologie-Economie de la Santé et Prévention
----	-----------------	--

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ARBEILLE Brigitte	Biologie cellulaire
M.	BARON Christophe	Immunologie
Mme	BAULIEU Françoise	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	BERTRAND Philippe	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication
Mme	BLANCHARD-LAUMONIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
M	BOISSINOT Eric	Physiologie
Mmes	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
	BRECHOT Marie-Claude	Biochimie et Biologie moléculaire
MM.	BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	DESTRIEUX Christophe	Anatomie
	DUONG Thanh Hai	Parasitologie et Mycologie
Mmes	EDER Véronique	Biophysique et Médecine nucléaire
	FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et Cytologie pathologiques

	GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
M.	GIRAUDEAU Bruno Communication	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de
Mme	GOUILLEUX Valérie	Immunologie
MM.	GUERIF Fabrice reproduction	Biologie et Médecine du développement et de la
	GYAN Emmanuel	Hématologie , transfusion
M.	HOARAU Cyrille	Immunologie
M.	HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
Mme	LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
Mmes	LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
	MACHET Marie-Christine	Anatomie et Cytologie pathologiques
MM.	MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
	MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
Mme	MICHEL-ADDE Christine	Pédiatrie
M.M	MULLEMAN Denis	Rhumatologie
	PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et Droit de la santé
Mme	VALAT Chantal	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	VOURC'H Patrick	Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES

Mlle	BOIRON Michèle	Sciences du Médicament
Mme	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël	Philosophie
Mlle	MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - Orthophonie
M.	PATIENT Romuald	Biologie cellulaire

Mme PERRIER Danièle

Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme LALA Emmanuelle

Praticien Hospitalier

M. MAJZOUB Samuel

Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

Mme BIRMELE Béatrice

Praticien Hospitalier

M. MALLET Donatien

Praticien Hospitalier.

A mon mari, Vincent.

Par ton soutien indéfectible tout au long de mon externat, tu m'as permis d'aller au bout de ces études qui paraissaient si peu me correspondre. C'est grâce à toi que j'ai choisi la discipline dans laquelle aujourd'hui je m'épanouis. Merci est un faible mot.

A ma fille, Valentine.

L'écriture de cette thèse aura été ponctuée par tes sourires, tes vocalises et tes premiers éclats de rire. Tu es mon rayon de soleil.

A mes parents,

Merci d'avoir été présents pour moi tout au long de mes études. Vous m'avez montré qu'avec courage et détermination, on peut surmonter les difficultés de la vie. Votre amour et votre confiance ont fait de moi celle que je suis.

A Camille,

Nos caractères sont différents, mais un lien puissant nous unit. La volonté dont tu fais preuve pour atteindre les buts que tu te fixes est un exemple pour moi. Merci pour ta présence pendant ces longues études.

A Grégoire, mon petit frère chéri.

Tu es à l'origine de tout ; mes études, mon caractère, mes forces, mes faiblesses. Grâce à toi, j'ai appris la tolérance, et je sais reconnaître les priorités de la vie. Merci de nous apporter autant.

A ma belle-famille,

Merci pour votre présence à tous. Votre soutien et vos conseils me sont précieux.

A mes amis Poitevins, pour certains exilés à Antibes, Saintes ou Paris,

Merci de m'avoir soutenue et supportée (dans les deux sens du terme !) tout au long de mon externat, merci pour notre complicité, restée intacte malgré la distance.

A mes maîtres et membres du jury :

Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH,

Je vous remercie d'avoir accepté de présider ce jury.

Vous m'avez montré que la prévention et la promotion de la santé ont une véritable place dans la santé publique. Votre soutien et vos conseils m'ont été très précieux.

Soyez assuré de ma gratitude et de mon plus profond respect.

Monsieur le Professeur Alain GOUDEAU,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

Votre présence ici et lors des réunions thématiques de santé publique illustre l'importance du lien entre la prise en charge clinique d'une maladie et son approche épidémiologique, s'inscrivant ainsi dans une démarche de santé publique.

Recevez le témoignage de ma gratitude et de mon plus profond respect.

Monsieur le Professeur Michel MORICHAU-BEAUCHANT,

Je vous remercie d'avoir accepté avec enthousiasme de faire partie de ce jury.

Votre expertise dans le domaine de la prise en charge des hépatites est reconnue de tous.

Recevez le témoignage de ma gratitude et de mon plus profond respect.

Monsieur le Docteur Georges BONNEMAISON,

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ce travail et du temps que vous y avez consacré.

Votre implication auprès des patients et votre volonté de les rendre acteurs de leur propre santé, application directe des concepts de promotion de la santé, sont un exemple pour moi.

Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon plus profond respect.

Monsieur le Docteur Frédéric DUBOIS,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

Votre disponibilité et votre aide dans le recueil de données pour ce travail m'ont été précieuses.

Soyez assuré de ma gratitude et de mon plus profond respect.

A Madame le Docteur Isabelle NICOULET,

A Monsieur le Docteur François MARTIN,

A Madame le Docteur Brigitte MOLTRECHT,

A Madame le Docteur Laurence HERVIOU,

Lors de mes différents stages auprès de vous, vous m'avez fait découvrir des domaines et thématiques aussi variés que l'organisation du système de santé, la veille sanitaire, la tabacologie, l'éducation thérapeutique du patient, la promotion de la santé appliquée aux élèves et à la communauté scolaire, la prévention et le dépistage, la médecine sociale... Vous m'avez permis de conforter mon choix vers la prévention et la promotion de la santé.

Je vous remercie de votre disponibilité, de vos conseils et de votre confiance.

Je suis heureuse d'avoir été votre interne.

A Hippolyte, Anne, Sabine, Josette, Mélanie, Florence et toute l'équipe du SIMEES.

Vous m'avez fait découvrir les joies du PMSI, merci pour votre patience et pour l'ambiance qui règne dans le service.

A Madame le Docteur Isabelle HEMAR,

Je te remercie pour ta disponibilité et ta confiance. Travailler avec toi a été un plaisir.

A mes co-internes, assistants, et amis, Ken, Leslie, Simon, Agnès, Nicolas, Paula, Emilie, Sandra, Emeline, Marion, Sloane, Violaine.

A mes collègues de Master 2,

Notre promotion témoigne de la nécessité de la pluridisciplinarité en santé publique, et particulièrement dans le domaine de la promotion de la santé. Merci pour cette belle et riche année.

A Monsieur le Professeur Roger GIL et à Madame le Docteur Virginie MIGEOT,

Vous m'avez guidée vers la santé publique et m'avez confortée dans mon envie de me lancer dans cette vaste et passionnante discipline, je vous en remercie.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	Page 1
MATERIEL ET METHODE	Page 2
I/ Type d'étude	Page 2
II/ Contexte et mise en œuvre de l'action	Page 2
1) Hépatite C, santé publique et dépistage	Page 2
2) Contexte général de l'action	Page 3
2-1) Recommandations nationales	Page 3
2-2) Freins au dépistage	Page 4
2-3) Journées de dépistage dans les laboratoires d'analyses médicales, dépistage en Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) et étude Coquelicot	Page 4
3) Contexte local de l'action	Page 5
4) Missions des CDAG et CSAPA et leur organisation Tourangelle	Page 6
5) Mise en œuvre de l'action	Page 7
III/ Population étudiée	Page 9
IV/ Données étudiées	Page 9
1) Mode de recueil	Page 9
2) Elaboration du questionnaire	Page 9
3) Données recueillies	Page 10
4) Analyse des données	Page 10

V/ Objectifs	Page 11
RESULTATS	Page 12
I/ Population	Page 12
II/ Analyse descriptive	Page 13
1) Statuts sérologiques	Page 13
1-1) VHC	Page 13
1-2) VHB	Page 13
1-3) VIH	Page 14
1-4) Co-infections	Page 14
2) Facteurs de risques du VHC et du VHB	Page 14
2-1) Usages de drogues par voie intra-veineuse (IV) et/ou intra-nasale (IN)	Page 14
2-2) Rapports sexuels non protégés	Page 15
2-3) Présence de tatouage et/ou piercing	Page 15
III/ Facteurs de risques du VHC et séroposivité au VHC	Page 16
IV/ Suivi et prise en charge des 43 personnes dépistées positives au VHC	Page 16
1) Les patients à virémie négative	Page 17
2) Les patients à virémie positive : devenir au 31/07/2011	Page 18
2-1) En rémission suite à un traitement	Page 18
2-2) En rémission spontanée	Page 18
2-3) En cours de traitement	Page 18
2-4) En intention de traiter	Page 18
2-5) Sous surveillance	Page 18

2-6) Perdus de vue	Page 18
DISCUSSION	Page 20
I/ Méthode	Page 20
II/ Résultats	Page 21
1) Population	Page 21
1-1) Usagers de drogues	Page 21
1-2) Personnes en situation de précarité	Page 22
2) Séropositivité au VHC	Page 23
3) Détection de l'ARN viral et notion de découverte de la séropositivité au VHC	Page 24
4) Concernant le VHB	Page 25
5) Concernant les co-infections	Page 25
6) Prise en charge des patients dépistés séropositifs au VHC	Page 25
7) Pistes à suivre pour favoriser l'accès au dépistage des usagers de drogues	Page 26
CONCLUSION	Page 29
ANNEXE 1 : questionnaire	Page 30
REFERENCES	Page 31

INTRODUCTION

L'infection virale C est un important problème de santé publique, dont le dépistage et le traitement ont été mis au premier plan par les autorités sanitaires Françaises [1].

En France, l'enquête nationale de prévalence des hépatites B et C, réalisée en 2004 auprès de plus de 14 000 individus, estimait à 367 000 le nombre total de personnes ayant des antécédents d'infection par le virus C, soit une prévalence de 0,84% des anticorps anti-VHC, et seulement 57% des personnes atteintes connaîtraient leur séropositivité pour les anticorps anti VHC [2]. Parmi les personnes qui découvrent fortuitement, lors d'un bilan de santé, leur séropositivité pour le virus de l'hépatite C, plus de dix pour cent présentent un stade avancé, témoin d'une durée d'infection élevée et d'un retard au dépistage [3]. Or, il existe des possibilités thérapeutiques d'autant plus efficaces qu'elles sont mises en route précocement après le contagé initial [4].

Des recommandations ont été émises par l'ANAES en 2001 concernant un dépistage ciblé selon le niveau de risque de contamination [5]. Une partie de cette population « à risque », notamment les usagers de drogues et de manière plus générale les personnes marginalisées, échappe au dépistage. Les opérations de dépistage hors les murs, c'est-à-dire en dehors des cadres traditionnels (hôpital, laboratoire d'analyse, Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit...), pourraient être une solution pour faciliter l'accès au dépistage et l'entrée dans un parcours de soins de ces populations [6, 7].

L'objectif principal de notre étude était de décrire l'action de dépistage hors les murs menée entre 2008 et 2010 par une équipe d'addictologie du Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Tours en collaboration avec le Conseil Général d'Indre et Loire, en termes de résultats et de suivi des personnes dépistées positives pour le virus de l'hépatite C.

L'objectif secondaire était de proposer une réflexion sur la manière de faciliter l'accès au dépistage des populations les plus vulnérables.

MATERIEL ET METHODE

I/ Type d'étude :

Ce travail était une étude descriptive et analytique, rétrospective.

II/ Contexte et mise en œuvre de l'action :

1) Hépatite C, santé publique et dépistage :

L'hépatite C est une maladie infectieuse du foie transmise par voie sanguine, causée par le virus de l'hépatite C, identifié en 1989. La transmission par voie sexuelle est très faible mais possible, en particulier lors de rapports pendant les règles (si la femme est porteuse du VHC), en cas d'infections génitales ou de lésions des organes sexuels.

Il s'agit d'un problème prioritaire de santé publique, en raison:

- de sa fréquence : la prévalence de l'infection est élevée, estimée à 0,84% en France en 2004 [2].

- de sa gravité : après contamination, le passage à la chronicité surviendrait dans 80% des cas, avec le développement d'une hépatite C chronique active pouvant justifier un traitement dans la moitié des cas ; l'évolution pouvant se faire vers une cirrhose et un carcinome hépatocellulaire. Elle représente la première cause de transplantation hépatique et sera très bientôt la principale cause de carcinome hépatocellulaire dans les pays industrialisés [8]. Il n'existe pas de vaccin. Chez les usagers de drogues, elle persiste en tant qu'épidémie [1].

- de son impact socio-économique : en France, l'hépatite C représente environ la moitié des effectifs de l'Affection Longue Durée n°6 (maladies chroniques actives du foie et cirrhoses), soit, en 2004, au régime général, 60 000 personnes, et en 2006, 72 500 personnes, avec une augmentation de 3,8% par rapport à 2005 [1]. Au niveau individuel, on peut distinguer les coûts directs, représentés par les différents coûts médicaux (frais de prise en charge, visites médicales, médicaments divers, frais d'hospitalisation...) et les coûts indirects, représentés par la valeur de salaire perdu à cause de l'incapacité de travail de la personne atteinte et la valeur de revenus perdus à cause du décès prématuré. On estime également que dans l'Union

Européenne, chaque année de retard en matière de prévention contre la contamination par le VHC augmente les dépenses de santé de 1,4 milliards d'euros [9].

- enfin, c'est un problème pour lequel on dispose de moyens d'intervention, pour prévenir la contamination (outils d'information et de prévention destinés aux publics concernés) et l'évolution vers une forme grave (mesures diététiques et d'hygiène de vie, traitements antiviraux).

L'hépatite C est une maladie dont le dépistage, pour les populations à risque élevé de contamination, est justifié, d'après les critères de Wilson et Jungner [10] : maladie constituant un problème de santé publique important, moyens pour poser le diagnostic suffisants, possibilité de traitement curatif, existence d'un test de dépistage fiable et acceptable par la population, de bonne qualité en termes de sensibilité et de spécificité, stade latent identifiable, histoire naturelle connue, consensus sur les critères de maladie, coûts proportionnels aux bénéfices et processus de dépistage continu.

2) Contexte général de l'action :

2-1) Recommandations nationales :

En 2001, l'ANAES émettait des recommandations concernant la population à dépister en distinguant deux groupes à risque [5] :

- les sujets exposés à des actes médicaux ou ayant des comportements à risque de contamination quantifié et élevé (prévalence supérieure à 2%), représentés notamment par les sujets ayant utilisé au moins une fois dans leur vie des drogues par voie intra-veineuse et les sujets découverts positifs pour le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH).

- les sujets ayant un facteur d'exposition avec un risque non quantifié ou faible (prévalence inférieure à 2%), représentés notamment par les sujets ayant eu un tatouage ou un piercing avec du matériel non à usage unique.

Ces recommandations devraient permettre de dépister l'ensemble des personnes considérées comme à risque pour cette infection.

2-2) Freins au dépistage :

En France, la méconnaissance des personnes de leur séropositivité pour le virus C est estimée à 43% [2]. On peut trouver de nombreuses raisons pour expliquer ce chiffre :

- la difficulté pour le corps médical de repérer certains patients, de par l'ancienneté de leur prise de risque, leur éloignement des services de soins, notamment les personnes en situation de précarité [7].
- la non prise en charge par le système de soins de certains toxicomanes actifs, et la difficulté pour de nombreux médecins généralistes d'aborder la question des pratiques à risque et du dépistage [7].
- l'insertion sociale de ces patients, insuffisante pour leur permettre de faire une démarche personnelle de dépistage, ou même de suivre une prescription médicale de dépistage, notamment pour les populations précaires et/ou migrantes [7].

2-3) Journées de dépistage dans les laboratoires d'analyses médicales, dépistage en Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) et étude Coquelicot :

Afin de sensibiliser le public au dépistage, les laboratoires de ville ont proposé en 2000, 2001, 2002 et 2003 des journées « Portes Ouvertes » de dépistage gratuit du VHC [11]. La prévalence de la séropositivité au virus de l'hépatite C (VHC) lors de ces journées variait de 1,13% à 1,21%, soit sensiblement la même que celle de la population générale.

Concernant le dépistage VHC réalisé dans les Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG), la prévalence retrouvée dans la littérature allait de 2,3% [12] à 4,4% [13].

En 2004, l'Institut National de Veille Sanitaire (InVS) et l'Agence Nationale de Recherche sur le SIDA et les hépatites (ANRS) ont mené une étude sur une population de 1462 usagers de drogues dans plusieurs villes de France. La prévalence de la séropositivité VHC chez les toxicomanes retrouvée dans cette enquête Coquelicot était de 59,8% [14].

La discordance entre les résultats retrouvés par les laboratoires de ville et les CDAG et ceux mis en évidence par l'enquête Coquelicot illustre bien notre problématique : les toxicomanes, identifiés comme à risque, ne se rendent pas dans ce type de structure pour se faire dépister. Devant ce constat, il paraissait important de réfléchir à de nouvelles modalités de dépistage,

comme s'orienter vers un travail de proximité dans les lieux de vie des toxicomanes, et, de manière plus générale, des personnes marginalisées [5, 6].

3) Contexte local de l'action :

A Tours, au sein du Centre de Soins Spécialisés pour les Toxicomanes -CSST- (futur Centre de Soins, d'Accueil et de Prévention en Addictologie -CSAPA-) Port Bretagne, une étude menée en 2006 sur 675 patients ayant consulté au centre en 2005 montrait que seulement 50% des consultants étaient dépistés pour le VHC, et si le taux de dépistés était important dans la tranche d'âge des plus de 40 ans (78%), il était faible dans la tranche d'âge des moins de 24 ans (19,4%). Ces résultats ont permis d'identifier d'autres freins au dépistage :

- l'identification erronée des risques par les soignants eux-mêmes (non-proposition de dépistage à un jeune usager de drogues non injecteur par exemple)
- la difficulté d'accès aux soins des jeunes, qui n'ont souvent pas de mutuelle
- la non-prise de conscience des jeunes de leurs risques.

Un travail a été réalisé par l'équipe afin de proposer systématiquement un dépistage à tout consultant. En 2007, 65% des consultants du CSST étaient dépistés pour le VHC, et le taux de dépistage chez les moins de 24 ans était de 60%. Parmi les personnes dépistées, la prévalence du VHC était de 54%, dont deux tiers des patients atteints présentaient une hépatite C chronique.

Face à l'importance de cette prévalence, une réflexion a été menée afin d'identifier au mieux les résistants au dépistage et leur proposer des solutions adaptées. Trois types de population ont été identifiés :

- les usagers de drogues avec une pratique importante d'injection par voie intra-veineuse, aux abords veineux classiques très difficiles. Il s'agissait d'une petite population, facile à identifier, présentant un risque élevé de contamination pour le VHC. Un accompagnement infirmier vers le centre de prélèvement du CHRU de Tours leur était proposé (abord jugulaire).
- les usagers de drogues « indécis » : il s'agissait d'une population importante, facile à identifier et à prélever, mais difficile à convaincre de part leur risque faible de contamination, ne réalisant pratiquement jamais les prélèvements prescrits. La solution envisagée pour eux était de réaliser les tests de dépistage sur place.
- les usagers de drogues vivant dans la précarité / sans papiers / jeunes sans ressources, peu

nombreux, présentant un risque de contamination, faciles à prélever et à convaincre. La solution envisagée était de proposer des tests de dépistages gratuits.

Parallèlement à ces réflexions locales, en 2007, le programme national HEP'TOX [15] et le groupe de travail MICADO [16] plaçaient les CSST au cœur du dispositif de prévention, de dépistage et de prise en charge du VHC pour les usagers de drogues.

L'obstacle majeur à la mise en œuvre de ces tests gratuits et sur place était l'impossibilité administrative de réaliser les prélèvements au CSST dans son fonctionnement normal. Il a donc été décidé de faire appel à des partenaires extérieurs, pour proposer un dépistage hors les murs, au sein du CSST, structure bien identifiée par la population concernée.

4) Missions des CDAG et CSAPA et leur organisation Tourangelle :

Depuis leur création en 1988 [17], les missions des CDAG étaient celles relevant de la prévention primaire (accueil et information, échanges avec des professionnels) et de la prévention secondaire (détecter et traiter une maladie à sa phase asymptomatique) concernant les virus du VIH et de l'hépatite B. Depuis 1998, ils ont vu élargir leurs compétences au dépistage du virus de l'hépatite C [18]. En 2005 sont créés les Centres d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles (CIDDIST), en remplacement des dispensaires anti-vénériens [19]. Les deux types de structures, complémentaires, sont souvent regroupés en un même lieu.

Le CDAG-CIDDIST de Tours était géré par la Direction Petite Enfance et Santé du Conseil Général d'Indre et Loire, collectivité territoriale ayant reçu par délégation cette compétence dans le cadre d'une convention avec l'Etat. Il était situé au sein du Centre Départemental des Actions de Santé et de Prévention, structure regroupant également un centre de vaccination et un centre de planification et d'éducation familiale. Les consultations de dépistage étaient accessibles sur rendez-vous, gratuitement et de façon anonyme, à l'ensemble de la population. Elles se déroulaient en deux temps, un temps infirmier et un temps médical, avec remise des résultats une semaine plus tard.

Les CSAPA sont des structures résultant du regroupement des services spécialisés pour l'alcool (Centre de Cure en Ambulatoire en Alcoologie - CCAA -) et les drogues (Centre de Soins Spécialisés pour Toxicomanes - CSST -), prévu par le décret du 14 mai 2007 [20]. La majorité a été constituée en 2010. Ce sont des centres médico-sociaux pouvant être gérés par

des établissements publics de santé. Leurs missions sont l'accueil, l'information, l'évaluation et la prise en charge médicale et psychologique des personnes consommatrices de substances psychoactives, la réduction des risques liés à la consommation ou au comportement en cause, la prescription et le suivi de traitements médicaux, la prise en charge sociale et éducative, comprenant l'accès aux droits sociaux et l'aide à l'insertion ou à la réinsertion.

A Tours, le CSAPA Port Bretagne était un service du CHRU de Tours, créé en 1979, délocalisé en centre ville, et fonctionnant exclusivement en ambulatoire. L'équipe était composée de médecins généralistes et psychiatres, d'un assistant social, d'éducateurs spécialisés, d'infirmiers, de psychologues et d'une secrétaire chargée d'accueil.

En collaboration avec le service de virologie du CHRU de Tours, ces deux structures s'étaient associées afin de proposer un dépistage gratuit, hors les murs du CDAG-CIDDIST, au sein du CSST (futur CSAPA).

5) Mise en œuvre de l'action :

Au début de l'action, en 2008, le dépistage était mis en œuvre au sein du CSAPA avec les personnels du Conseil Général, du CHRU de Tours et du CSAPA. Puis des médecins du Centre d'Accueil, de Santé et d'Orientation pour l'Urgence Sociale (CASOUS), des personnels du Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues (CAARUD), un autre établissement médico-social connu des toxicomanes de Tours, les associations Entr'aide Ouvrière, SOS Hépatites et AIDES ainsi que les laboratoires ROCHE et SCHERING PLOUGH (lors des Journées Mondiales des Hépatites) ont apporté leur participation.

Les différents intervenants étaient détachés de leurs activités habituelles par leurs structures respectives. Le matériel et le temps bénévole de communication, d'information et de prévention étaient fournis par les associations et l'industrie pharmaceutique. Le matériel de prélèvement et les analyses étaient financés par le Conseil Général. Les locaux étaient mis à disposition par le CHRU de Tours.

Une information par voie d'affichage était réalisée au CSAPA et au CAARUD quelques jours avant les actions. Les soignants du CSAPA informaient également leurs patients en fin de consultations, lors des activités de groupe, à l'accueil ou lors des dispensations de traitements de substitution. Le jour même de l'action, les infirmiers, les éducateurs d'accueils et le médecin venaient informer les patients présents en salle d'attente.

Un triple dépistage était proposé : VIH, VHC et virus de l'hépatite B (VHB). Concernant le VIH, cette infection aggrave le pronostic de l'infection par le VHC, avec une progression plus rapide de la fibrose [21]. De plus, nous estimions que la demande de dépistage VIH pouvait être un levier pour un dépistage VHC. Concernant le VHB, la proposition de dépistage s'inscrivait dans une stratégie de vaccination. En effet, on observe une désaffection de la vaccination des nourrissons depuis la fin des années 1990 en France (suite à la large médiatisation depuis 1993 de l'hypothèse d'une association entre un risque de sclérose en plaques et la vaccination contre l'hépatite B), la population jeune arrivant dans la consommation de produits actuellement est donc peu vaccinée contre le VHB, comme le montre la couverture vaccinale, de l'ordre de 42,4% chez les adolescents de 15 ans en 2004 [22]. Or, l'hépatite B, en France, est un problème de santé publique. Le virus se transmet par voie sanguine et sexuelle et peut entraîner hépatite B chronique et cancer du foie. En cas de co-infection VHB-VHC, l'évolution clinique et histologique est plus sévère qu'en cas d'infection de l'un ou l'autre des virus seul [23]. Les usagers de drogues font partie des groupes à risques ciblés par la vaccination. De plus, augmenter la couverture vaccinale contre l'hépatite B est l'un des objectifs du plan de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012 [1]. Enfin, un message global de réduction des risques amenait logiquement à proposer ce triple dépistage.

L'action se déroulait de la façon suivante : le patient était accueilli dès son arrivée au CSAPA dans la salle d'attente, où les différentes associations représentées lui proposaient des informations sur le VIH et les hépatites, ainsi que sur la réduction des risques. On l'accompagnait ensuite dans une salle dédiée au dépistage où il s'entretenait dans un premier temps avec un médecin, qui remplissait en cours de discussion un questionnaire reprenant les caractéristiques et facteurs de risque du patient. Dans un deuxième temps, une infirmière effectuait une prise de sang pour la recherche de son statut sérologique concernant le VIH, le VHB et le VHC. Le patient avait le choix entre prendre un rendez-vous pour la remise des résultats au CDAG, ce qui pouvait lui permettre de découvrir la structure, ou les récupérer au CSAPA lors d'une visite ultérieure (dans tous les cas, le rendu des résultats donnait lieu à une seconde consultation, avec début de prise en charge en cas d'annonce de séropositivité, renforcement des informations sur la réduction des risques en cas de séronégativité). A la fin de la journée, l'infirmière apportait les prélèvements au CHRU où ils étaient analysés dans le service de virologie. Le délai pour la remise des résultats était de quatre à cinq jours. Suite

aux résultats, la mise en route d'un traitement était décidée suite à l'évaluation du stade de la fibrose hépatique par FIBROSCAN, réalisée au centre Port Bretagne.

III/ Population étudiée :

En 2008, 2009 et 2010, une information par voie d'affichage était réalisée au CSAPA et au CAARUD, quelques jours avant le début des actions. En 2010, afin de toucher également une population plus précaire, une information était faite aux différentes structures et associations travaillant avec ces populations. Toutes les personnes, quel que soit leur âge, se présentant au CSAPA le jour où étaient proposés les tests de dépistage et volontaires pour en bénéficier, étaient incluses dans l'étude.

IV/ Données étudiées :

1) Mode de recueil :

L'étude s'est déroulée entre avril 2008 et décembre 2010.

En 2008, quatre journées ont eu lieu, entre avril et septembre. En 2009, quatre journées ont eu lieu, entre janvier et avril, ainsi que deux journées s'inscrivant dans le cadre de la Journée Mondiale des Hépatites en mai. En 2010, deux journées ont eu lieu dans le cadre de la Journée Mondiale des Hépatites en mai, puis deux autres journées ont eu lieu, en octobre et en décembre.

Les données étaient recueillies à l'aide d'un questionnaire administré par un médecin, proposé aux personnes volontaires de façon anonyme ou non.

2) Elaboration du questionnaire :

Le questionnaire évoluait d'une année à l'autre mais recueillait systématiquement les principaux facteurs de risque de transmission des virus hépatotropes et VIH (annexe 1). Il était élaboré à partir de celui proposé lors des consultations de dépistage du CDAG-CIDIST de Tours.

3) Données recueillies :

Les données suivantes étaient systématiquement recueillies :

- date de prélèvement
- nom, prénom ou pseudonyme
- date de naissance
- sexe
- différents facteurs de risque pour les hépatites et le VIH : usage de drogues par voie intra-veineuse, usage de drogues par voie intra-nasale, antécédent(s) de relations sexuelles non protégées, présence de tatouage et/ou piercing, origine géographique.
- les différents statuts sérologiques suite aux prélèvements sanguins :
 - pour le VIH* : sérologie positive (définie par la présence d'anticorps anti-VIH lors de deux tests différents) ou négative ;
 - pour le VHC* : sérologie positive (définie par la présence d'anticorps anti-VHC) connue/découverte/traitée (bithérapie terminée) ou négative et virémie positive (définie par la présence d'ARN du VHC) ou négative ;
 - pour le VHB* : sérologie positive (définie par la présence d'antigène HBs et d'anticorps anti-HBc) ou négative, guérison spontanée (définie par la présence d'anticorps anti-HBs et d'anticorps anti-HBc), immunité post-vaccinale (définie par la présence d'anticorps anti-HBs), absence d'immunité, c'est-à-dire vierge de tout contact ou vaccination illisible (définie par l'absence de tout anticorps ou antigène).

4) Analyse des données :

Chacune des données était codée en valeurs quantitatives et qualitatives pour être intégrées dans un tableau Excel. Le traitement des données était réalisé sur le logiciel EPI INFO. Les variables que nous voulions étudier étaient analysées en uni-variée. Les comparaisons de proportions étaient effectuées au moyen d'un test du Chi 2 (effectifs toujours supérieurs à cinq). Le lien entre les différents facteurs de risque étudiés et le statut hépatite C positif (défini par la présence d'anticorps anti VHC) était calculé au moyen d'un risque relatif (RR). Le seuil de significativité était fixé à 5%.

V/ Objectifs :

L'objectif principal de notre étude était de décrire l'action de dépistage hors les murs menée entre 2008 et 2010 par une équipe d'addictologie du CHRU de Tours, en collaboration avec le Conseil Général d'Indre et Loire, en termes de résultats et de suivi des personnes dépistées positives pour le virus de l'hépatite C.

L'objectif secondaire était de proposer une réflexion sur la manière de faciliter l'accès au dépistage des personnes les plus vulnérables.

RESULTATS

I/ Population :

Notre étude s'intéressait aux 14 journées d'actions menées sur trois ans, entre avril 2008 et décembre 2010. Au total, sur ces 14 journées, 234 prélèvements sanguins étaient réalisés, permettant 234 dépistages du VHC chez 219 personnes, 216 dépistages du VHB chez 201 personnes et 207 dépistages du VIH chez 192 personnes.

Concernant le VHC, les résultats des journées d'actions sont présentés dans le tableau I.

En 2008, 52 dépistages du VHC étaient réalisés sur quatre journées d'actions.

En 2009, 106 dépistages du VHC étaient réalisés, dont 40 sur quatre journées d'actions et 66 sur les deux journées d'actions correspondant aux Journées Mondiales des Hépatites.

En 2010, 76 dépistages du VHC étaient réalisés, dont 23 sur deux journées d'actions et 53 sur les deux journées d'actions correspondant aux Journées Mondiales des Hépatites.

Tableau I : Nombre de patients dépistés pour le VHC et de contaminations trouvées selon la journée d'actions

Date	Nombre de patients dépistés	nombre de contaminations
24/04/2008	20	6
05/06/2008	12	1
03/07/2008	8	1
08/09/2008	12	4
05/01/2009	8	1
17/02/2009	10	3
23/03/2009	15	6
28/04/2009	7	0
18/05/2009	34	8
19/05/2009	32	2
18/05/2010	28	4
19/05/2010	25	8
08/10/2010	10	1
15/12/2010	13	2
Total	234	47

Pour les journées d'actions de 2010, une information était réalisée dans des structures accueillant des personnes en situation de précarité. Ce type de population représentait moins de 10% des personnes reçues, la majorité des consultants étant une population habituée à fréquenter le centre Port Bretagne.

La majorité des personnes venues se faire dépister avait accepté de communiquer ses nom, prénom et date de naissance, une minorité ayant préféré utiliser un pseudonyme.

II/ Analyse descriptive :

1) Statuts sérologiques :

1-1) VHC :

Sur les 219 personnes dépistées pour le VHC, on comptait 142 hommes (65%) et 77 femmes (35%). La moyenne d'âge était de 35 ans, avec des extrêmes allant de 18 à 72 ans.

Au total, 43 personnes parmi les 219 testées étaient séropositives au VHC, soit une prévalence de l'infection de 20%.

Sur ces 43 personnes, on comptait 33 hommes (77%) et dix femmes (23%), la différence étant statistiquement significative. La moyenne d'âge était de 38 ans, avec des extrêmes allant de 24 à 52 ans.

L'infection au VHC était une découverte pour 27 personnes (63%) parmi les 43 séropositives au VHC.

Sur les 39 personnes séropositives au VHC dont on pouvait effectuer la virémie, on détectait l'ARN viral chez 28 d'entre elles (72%). Parmi ces 28 personnes, la séropositivité au HCV n'était pas connue pour 17 d'entre elles.

Pour quatre personnes sur les 43, il y avait trop peu de sérum pour effectuer la virémie et la séropositivité au VHC n'était pas connue pour deux d'entre elles.

Quatre personnes sur les 43 avaient bénéficié d'un traitement complet (bithérapie terminée depuis plus de deux ans) et présentaient une virémie négative.

1-2) VHB :

Au total, deux personnes parmi les 201 testées pour le VHB étaient séropositives pour cette infection, soit une prévalence de 1%. Quarante-huit personnes (24%) présentaient une immunité post vaccinale, neuf (5%) présentaient une guérison spontanée et 93 (46%) étaient non immunisées (vierge de tout contact ou vaccination illisible).

1-3) VIH :

Au total, deux personnes parmi les 192 testées pour le VIH étaient séropositives pour cette infection, soit une prévalence de 1%. Ce résultat n'était pas discuté pas la suite, notre propos étant le dépistage et la prise en charge du VHC.

1-4) Co-infections :

Parmi les 219 personnes testées pour le VHC, deux (0,9%) présentaient une co-infection VHC et VHB et aucune ne présentait de co-infection VHC et VIH.

2) Facteurs de risque du VHC et du VHB :

Les résultats sont présentés dans le tableau II.

2-1) Usage de drogues par voie intra-veineuse (IV) et/ou intra-nasale (IN) :

Dans notre échantillon de 219 personnes testées pour le VHC, 175 avaient répondu à la question concernant l'usage de drogues, qu'il soit ancien ou actuel, occasionnel ou régulier, par voie IV et/ou IN, dont 133 (76%) déclaraient être des usagers de drogues. La prévalence du VHC dans cette population de 133 usagers de drogues était de 24%. Parmi les 43 personnes séropositives au VHC, 33 avaient répondu à la question sur l'usage de drogues. Trente-deux d'entre elles (97%) déclaraient être des usagers de drogues, dont 25 déclaraient un usage par voie IV et IN, quatre par voie IV seulement et trois par voie IN seulement. Dans cette population de 32 usagers de drogues séropositifs pour le VHC, 21 personnes ignoraient leur séropositivité (66%).

Dans notre échantillon de 201 personnes testées pour le VHB, 175 avaient répondu à la question concernant l'usage de drogues, dont 133 (76%) déclaraient être des usagers de drogues. La prévalence du VHB dans cette population de 133 usagers de drogues était de 1,5%, et la couverture vaccinale de 41%. Les deux personnes séropositives au VHB avaient répondu à cette question et déclaraient être des usagers de drogues, l'une déclarant un usage par voie IV seulement et l'autre par voie IV et IN.

Parmi les 93 personnes non immunisées pour le VHB, donc à vacciner, 85 avaient répondu à la question, dont 56 (66%) déclaraient un usage de drogues par voie IV et/ou IN. Parmi ces 56 usagers de drogues, l'âge moyen était de 36 ans, avec des extrêmes allant de 19 à 52 ans, et 33 d'entre eux (59%) avaient entre 20 et 30 ans.

2-2) Rapports sexuels non protégés :

Dans notre échantillon de 219 personnes testées pour le VHC, 106 avaient répondu à la question concernant le risque sexuel, dont 70 (66%) déclaraient avoir déjà eu des rapports sexuels non protégés. Parmi les 43 personnes séropositives au VHC, 16 avaient répondu à cette question, dont huit (50%) déclaraient avoir déjà eu des rapports sexuels non protégés. Ces huit personnes étaient des usagers de drogues, dont sept déclaraient un usage par voie IV et IN et une par voie IN seulement.

2-3) Présence de tatouage et/ou piercing :

Dans notre échantillon de 219 personnes testées pour le VHC, 129 avaient répondu à la question concernant les tatouages et piercings, dont 38 (29%) déclaraient avoir un/des tatouage(s) et/ou piercing(s). Parmi les 43 personnes séropositives au VHC, 17 avaient répondu à cette question, dont cinq (29%) déclaraient avoir un/des tatouage(s) et/ou piercing(s). Parmi ces cinq personnes, quatre étaient des usagers de drogues par voie IV et IN.

Tableau II : Prévalence du VHC selon les facteurs de risque

Facteurs de risque de VHC	Effectifs	HCV + (%)
UDD	133	32 (24)
IV seul	12	4 (33)
IN seul	65	3 (5)
IV + IN	56	25 (45)
Rapports sexuels non protégés	70	8 (11)
Tatouage et/ou piercing	38	5 (13)

III/ Facteurs de risques de VHC et séropositivité au VHC :

Les analyses suivantes étaient réalisées à partir de l'échantillon de personnes ayant répondu aux questions relatives aux facteurs de risque, c'est-à-dire 175 personnes pour la question sur les usages de drogues, 106 personnes pour la question sur les risques sexuels et 129 personnes

pour la question sur la présence de tatouage et/ou piercing. Les résultats sont présentés dans le tableau III.

Tableau III : Relation entre la séropositivité au VHC et la présence de facteur de risque de VHC (%)

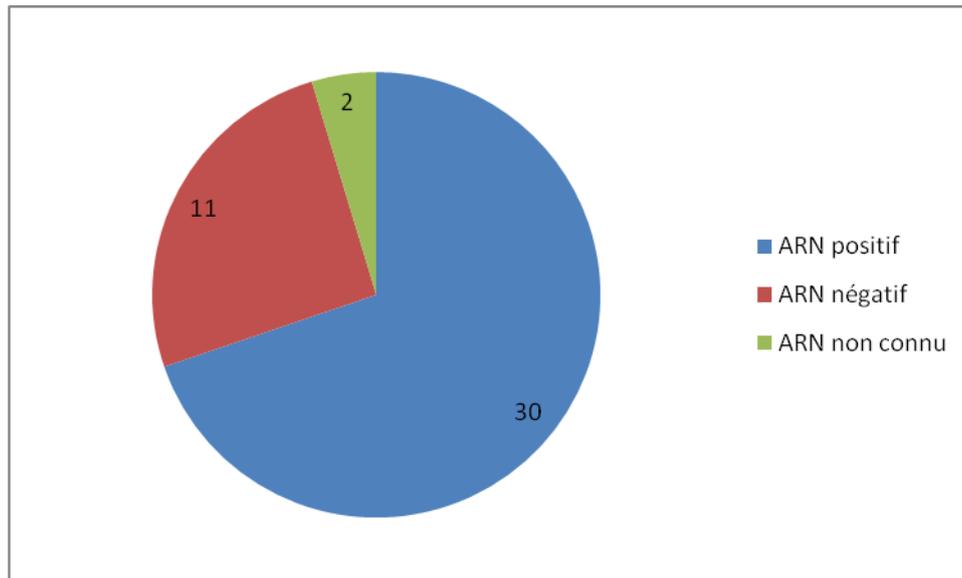
	Patients VHC + (%)				Total
	O	N	RR	p	
UDD IV (seul ou IV+IN):					
O	29 (43)	39 (57)	11,4	p<0,05	68
N	4 (4)	103 (96)			
UDD IN seul:					
O	3 (5)	62 (95)	0,17	ns	65
N	30 (27)	80 (73)			
UDD:					
O	32 (24)	101 (76)	10,1	p<0,05	133
N	1 (2)	41 (98)			
Rapports sexuels non protégés					
O	8 (11)	62 (89)	0,51	ns	70
N	8 (22)	28 (78)			
Tatouage et/ou piercing:					
O	5 (13)	33 (87)	0,99	ns	38
N	12 (13)	79 (87)			

IV/ Suivi et prise en charge des 43 personnes dépistées positives au VHC :

Parmi les quatre personnes séropositives pour le VHC mais pour lesquelles la virémie n'avait pu être effectuée lors du dépistage, deux étaient revenues au centre et avaient pu être prélevées à nouveau, la virémie s'était alors avérée positive, et deux n'étaient jamais revenues, elles étaient placées dans les « perdus de vue ». Au total, l'ARN viral était détecté chez 30 patients sur 41 pour lesquels on pouvait effectuer la virémie (73%). La répartition des patients dépistés positifs au VHC en fonction de leur virémie est représentée dans la figure 1.

La mise en route d'un traitement était décidée suite à l'évaluation du stade de la fibrose hépatique par FIBROSCAN, réalisée au centre Port Bretagne après les résultats du dépistage.

Figure 1 : Patients dépistés positifs au VHC (n=43)



Les patients dépistés positifs au VHC entre avril 2008 et décembre 2010 avaient des devenir différents :

1) Les patients à virémie négative :

Onze patients étaient concernés. Il s'agissait donc de patients guéris, suite à un traitement par bithérapie pour quatre d'entre eux (ils s'étaient fait dépister afin de vérifier s'ils n'étaient pas contaminés à nouveau car ils avaient eu des comportements à risques depuis leur traitement), ou spontanément, sans traitement, pour sept d'entre eux (ils se savaient séropositifs pour le VHC mais ne connaissaient pas leur virémie pour quatre d'entre eux ou découvraient leur séropositivité lors du test pour trois d'entre eux). Des informations concernant la réduction des risques avaient été délivrées à ces 11 patients.

2) Les patients à virémie positive : devenir au 31 juillet 2011 (figure 2)

2-1) En rémission suite à un traitement :

Découverts séropositifs au VHC lors du dépistage, quatre patients (13,5%) avaient rapidement bénéficié d'une bithérapie (terminée depuis moins de deux ans). Ils présentaient une virémie négative, donc étaient en rémission.

2-2) En rémission spontanée :

Découvert séropositif au VHC lors du dépistage, un patient (3%) a vu son ARN se négativer spontanément dans les suites du dépistage. Il était donc en rémission. Des informations concernant la réduction des risques lui avaient été délivrées.

2-3) En cours de traitement :

La séropositivité au VHC avait été découverte ou confirmée lors du dépistage, un traitement par bithérapie était en cours pour sept patients (23%).

2-4) En intention de traiter :

Neuf patients (30%) présentaient une hépatite C avec une fibrose évoluée (évaluée au FIBROSCAN dans les suites du dépistage), une indication de traitement était posée, mais des problèmes psychiques, médicaux ou sociaux retardaient la bithérapie.

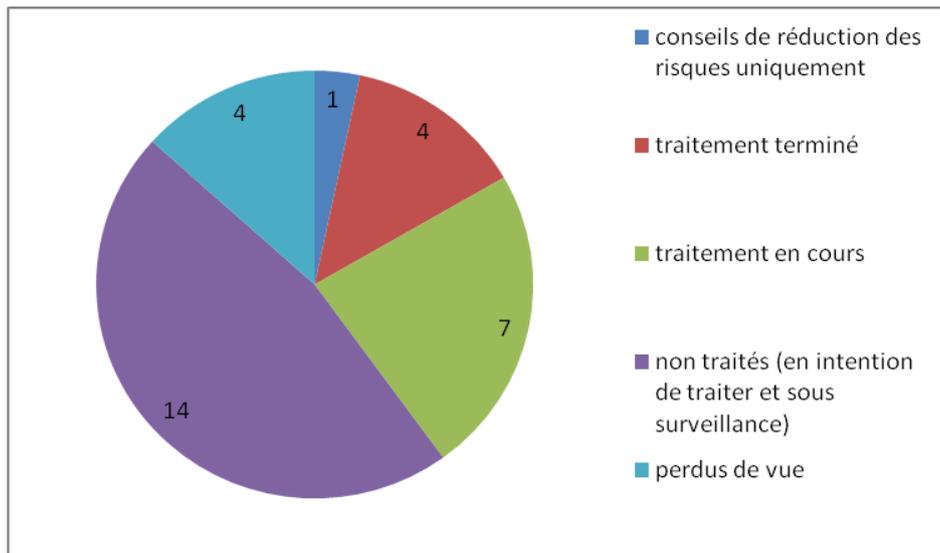
2-5) Sous surveillance :

Cinq patients (17%) présentaient une hépatite C peu fibrosante (évaluée au FIBROSCAN dans les suites du dépistage) et avaient d'autres priorités que de débiter le traitement. Ils envisageaient de suivre une bithérapie ultérieurement et restaient sous surveillance régulière au centre.

2-6) Perdus de vue :

Six patients avaient quitté la région peu après le dépistage ou ne s'étaient plus rendus au centre. Pour quatre d'entre eux (13,5%), la virémie était positive, et pour les deux autres, il n'y avait pas assez de sérum lors du dépistage pour effectuer la virémie. Ils n'avaient pu être pris en charge.

Figure 2 : Devenirs des patients dépistés positifs au VHC à ARN positif (n=30)



Au total, 37 personnes (86%) sur les 43 dépistées séropositives au VHC lors des journées de dépistage avaient bénéficié d'une prise en charge dans les suites. L'ensemble de ces 37 personnes avait reçu des conseils de réduction des risques. Parmi les 30 patients séropositifs au VHC présentant une virémie positive, 25 (83,5%) étaient entrés dans une démarche de soins (traitement terminé ou en cours pour 36,5% d'entre eux et suivi institué pour 47% d'entre eux, qu'il s'agisse des patients pris en charge pour d'autres problèmes avant de débiter le traitement ou des patients sous surveillance de l'évolution de la fibrose hépatique).

DISCUSSION

I/ Méthode :

Les principales limites de cette étude étaient :

- liées au caractère rétrospectif de notre analyse :

Concernant la répartition des journées d'actions, quatre journées avaient lieu en 2008, quatre journées et deux journées pour les Journées Mondiales des Hépatites (JMH) en 2009, deux journées et deux autres pour les JMh en 2010. Cette hétérogénéité rendait difficile la comparaison des résultats par année et l'évaluation d'une augmentation éventuelle du taux de fréquentation.

Concernant le recrutement des patients, un biais de sélection venait du fait qu'une information était faite en 2010 afin de faire venir les personnes en situation de précarité, ce qui n'était pas le cas en 2008 et 2009. La population n'était pas comparable d'une année à l'autre.

Concernant le questionnaire médical soumis au patient, un biais de recueil pouvait être évoqué de par les modifications apportées d'une année à l'autre, même s'il reprenait systématiquement les éléments essentiels. Son perfectionnement et l'utilisation d'un même questionnaire lors de toutes les journées d'action doivent être mis en œuvre. L'expérimentation doit être poursuivie en tenant compte de ces éléments, afin d'augmenter le niveau de preuves.

- l'analyse des facteurs de risque des hépatites réalisée en univariée uniquement. Une analyse multivariée aurait permis de montrer les liens éventuels entre les différentes variables explicatives. Concernant l'association entre un facteur de risque et la séropositivité au VHC, nous pouvions donc simplement parler ici de marqueur de risque et non véritablement d'association.

- le choix des facteurs de risque étudiés.

Nous n'avons pas pris en compte dans notre étude toutes les populations à risque identifiées pour le VHC, selon les recommandations de l'ANAES de 2001 [5].

Notre analyse ne prenait en compte que certains facteurs de risque : la toxicomanie par voie intra-veineuse (risque élevé de contamination) et la présence de tatouage/piercing (risque de contamination faible), ainsi que les rapports sexuels non protégés (risque de contamination exceptionnel mais possible) et la toxicomanie par voie nasale (facteur de risque de contamination possible en cas de partage de paille, décrit dans la littérature [2] mais qui n'a pas été démontré).

Nous souhaitions interroger les personnes sur leurs risques sexuels et les risques de

toxicomanie par voie pernasale afin de dresser un état des lieux de ces pratiques. Nous n'avons pas pris en compte les autres populations à dépister : les sujets ayant été transfusés avant 1988 pour les produits sanguins stables et avant 1992 pour les produits sanguins labiles, les patients hémodialysés, les partenaires sexuels et les membres de l'entourage familial de sujets contaminés par le VHC, les sujets ayant été incarcérés, les sujets originaires de pays présumés à forte prévalence du VHC (Asie du Sud-Est, Moyen-Orient, Afrique et Amérique du Sud).

En effet, nous ne souhaitons pas interroger les personnes volontaires pour le dépistage sur leurs antécédents médicaux ni sur leur entourage et leur vie personnelle. De plus, ces facteurs de risque sont exceptionnels dans cette population, il était peu contributif de les rechercher. Notre questionnaire interrogeait sur l'origine géographique mais en raison du très faible nombre de répondants à cette question, elle n'était pas prise en compte dans l'analyse.

Concernant les pratiques à risque, nous nous basions sur la déclaration des patients, ce qui pouvait constituer un biais.

Le principal avantage de cette étude était de rapporter de manière exhaustive une expérience de dépistage du VHC hors les murs, durant une période de trois ans, tant au niveau de sa mise en œuvre que de ses résultats.

II/ Résultats :

1) Population :

1-1) Usagers de drogues :

Dans notre étude, la majorité des personnes dépistées était des personnes habituées au centre Port Bretagne, donc usagers de drogues. On sait que la transmission du VHC dans cette population est plus facile et plus importante que celle du VIH [24] et que les usagers de drogues représentent actuellement la population la plus exposée [1]. Pour beaucoup de professionnels, le CSAPA est le lieu privilégié du dépistage pour cette population. Le groupe Dépistage et Prévention du COREVIH (COordination REgionale de lutte contre l'infection à VIH) PACA-Ouest Corse, dans les recommandations qu'il émettait en 2009 [6], citait les lieux de prise en charge des usagers de drogues comme les CSAPA comme étant des lieux le dépistage pourrait être mis en place. Le groupe de travail MICADO, concernant le dépistage et la prise en charge du VHC chez l'utilisateur de drogues suivi en centre spécialisé, recensait en

2008 des expériences locales, notamment à Poitiers, Orléans ou Marseille, où des dépistages du VHC étaient proposés dans les CSAPA et où des partenariats existaient entre la structure et le CDAG ou le laboratoire d'analyses médicales de ville ou de l'hôpital [16]. Ces données étaient en accord avec notre volonté d'aller vers les personnes les plus à risque afin de leur faciliter l'accès au dépistage. De plus, comme l'a mis en évidence l'enquête COQUELICOT en 2004, il s'agit d'une population fortement marquée par la précarité sociale [14]. Un dépistage gratuit, proposé dans un lieu qu'ils ont l'habitude de fréquenter, pourrait donc être un levier de facilitation du dépistage pour les usagers de drogues.

1-2) Personnes en situation de précarité :

En 2010, une information était réalisée dans les structures accueillant les personnes en situation de précarité. Cette population représentait moins de 10% des personnes venues se faire dépister. Devant cette faible représentation, une réflexion a eu lieu avec les responsables de ces structures, et il s'avère que cette population est difficile à mobiliser en dehors des structures qu'elle a l'habitude de fréquenter. De plus, si certaines personnes en situation de précarité connaissent Port Bretagne de par leur pratique addictive, d'autres avaient tendance à stigmatiser le centre et les personnes qui le fréquentaient, refusant donc de s'y rendre. La solution envisagée pour atteindre cette population et supprimer ce frein d'accès au dépistage serait d'organiser des journées de dépistage au sein des structures qu'elles fréquentent, telles que la Halte du matin, la Halte de jour (lieux permettant l'accueil, la domiciliation et la restauration des personnes sans domicile fixe ou au domicile précaire) ou les Restaurants du cœur, voire d'aller une nuit dans un foyer d'hébergement et y organiser un dépistage. Reste à savoir si le dépistage représente une priorité pour cette population, et si ce type d'actions suffirait à lever les freins au dépistage. Dans la littérature, on ne trouve que peu de traces d'actions de ce type. Dans les recommandations émises par le COREVIH PACA Ouest Corse en 2009, il est proposé d'organiser des dépistages hors les murs dans des lieux fréquentés par les personnes les plus vulnérables et/ou ayant difficilement accès au dépistage comme les personnes en grande précarité, par exemple au sein de lieux d'accueil institutionnels ou associatifs recevant ces publics [6]. Des expériences locales étaient recensées, comme celle menée à Marseille en 2010 dans un centre d'hébergement d'urgence pour personnes sans domicile fixe et concernant le VHB, ou celle menée par le CDAG de l'hôpital Fernand Widal à Paris, qui organise plusieurs fois par an des journées de dépistage du VIH, du VHC et du VHB hors de ses murs afin de rencontrer des personnes précaires et isolées socialement qui ne se rendent pas spontanément au CDAG pour une démarche de dépistage ou de prévention.

Ces journées ont lieu notamment dans des centres d'accueil et d'hébergement de jour. Une étude menée en 2006 où était comparée la population vue au CDAG et celle vue lors des sorties recensait davantage de séropositivités au VHC lors des dépistages dans les centres d'hébergement et mettait en évidence la difficulté pour cette population de se rendre dans un lieu de soins pour s'insérer dans une démarche de prévention voire de soins [25]. Ceci souligne l'intérêt de ce type de projet pour cette population. A Tours, une autre piste à étudier serait une association avec l'Institut inter-Régional pour la Santé (IRSA), afin de proposer un dépistage au cours d'un bilan de santé, comme cela a été fait par le CDAG-CIDDIST d'Auxerre. L'IRSA est une association ayant pour objet le développement de la médecine préventive, de la santé publique et de la promotion de la santé, notamment auprès des personnes en situation de précarité. Développer des actions en direction de cette population par le biais des centres d'exams de santé de l'Assurance Maladie, dont fait partie l'IRSA, était un axe proposé pour améliorer l'accès au dépistage du VIH par le Conseil National du Sida en 2007 [7].

2) Séropositivité au VHC :

Dans notre étude, la prévalence des anticorps anti-VHC dans la totalité de notre échantillon était de 20%, supérieure à celle retrouvée en population générale (0,84%, [2]) et en CDAG (4,4%, [13]). Toutefois, notre échantillon ne pouvait être assimilé à un échantillon en population générale en raison d'un taux élevé d'usagers de drogues (76% des personnes ayant répondu à la question sur l'usage de drogues se déclaraient usagers de drogues). La prévalence des anticorps anti-VHC dans notre échantillon de 133 usagers de drogues, par voie intra-veineuse et/ou intra-nasale, était de 24%, et passait à 43% chez les 68 usagers de drogues par voie intra-veineuse (seule ou associée à la voie intra-nasale). Ces résultats, montrant une séroprévalence plus importante chez les usagers de drogues qu'en population générale, allaient dans le sens de ceux retrouvés dans l'enquête COQUELICOT, menée en 2004 [14], qui retrouvait néanmoins une prévalence du VHC supérieure (59,8%). Cette différence pourrait s'expliquer par la taille plus importante de l'échantillon dans l'enquête Coquelicot (1462 usagers de drogues). La prévalence que nous retrouvons dans notre échantillon d'usagers de drogues par voie intra-veineuse et/ou intra-nasale était supérieure à celle retrouvée dans des études menées sur des populations identiques en 2007 par le CSST de Poitiers (20%, [26]) et en 2004 par le CSST de Clermont-Ferrand (20,2%, [27]). La prévalence que nous retrouvons dans notre échantillon d'usagers de drogues par voie intra-veineuse (seule ou associée à la voie intra-nasale) était supérieure à celle retrouvée dans une

étude menée sur une population identique entre 2002 et 2005 par le CSST de Besançon (41,5%, [28]).

Dans la littérature, la prévalence du VHC chez les usagers de drogues par voie intra-nasale uniquement variait de 0% [28] à 10% [29]. Dans notre étude, elle était de 5%.

Nous avons mis en évidence un lien statistiquement significatif entre la séropositivité au VHC et la toxicomanie par voie intra-veineuse, ainsi qu'entre la séropositivité au VHC et la toxicomanie par voie intra-veineuse et/ou intra-nasale, mais la non-prise en compte dans l'analyse de tous les facteurs de risque identifiés de VHC et son caractère strictement univarié ne nous permettait pas d'établir de lien de causalité entre le facteur de risque et la maladie. Ces résultats allaient dans le sens des données de la littérature, dans lesquelles on retrouve la toxicomanie par voie intra-veineuse ou intra-nasale comme facteur indépendamment associé à la présence d'anticorps anti-VHC [2].

Concernant les antécédents de rapports sexuels non protégés et la présence de tatouage et/ou piercing, aucun lien statistiquement significatif avec la séropositivité au VHC n'était mis en évidence.

3) Détection de l'ARN viral et notion de découverte de la séropositivité au VHC :

Une étude de 1999 retrouvait une virémie positive chez 91% des patients séropositifs au VHC [30]. Dans des études plus récentes, de 2004, ce taux variait de 57% [31] à 65% [2]. Dans notre étude, ce taux était plus élevé (ARN viral retrouvé chez 73% des patients séropositifs au VHC). Ce résultat peut être corrélé au taux important que nous retrouvons de découverte de la séropositivité au VHC lors du dépistage, que ce soit sur la totalité de notre échantillon (63%) ou sur notre échantillon d'usagers de drogues (66%), résultats supérieurs aux taux retrouvés dans la littérature, qui varient de 43% en population générale [2] à 27% dans l'enquête Coquelicot de 2004 chez les usagers de drogues [14]. On sait que l'augmentation de la population de personnes infectées connaissant leur statut contribuerait à la mise en route plus précoce de traitement, donc à la négativation de l'ARN viral et à la diminution de la mortalité attribuée au VHC [32].

4) Concernant le VHB :

Nous retrouvons une prévalence de 1% de l'antigène Hbs sur la totalité de notre échantillon, ce qui est supérieur à la prévalence en population générale (0,65%, [2]), et de 1,5% sur notre échantillon d'usagers de drogues, ce qui est comparable aux données de la littérature, où la

prévalence dans cette population varie de 0,64% à 1,91% [1].

Nous retrouvons une couverture vaccinale faible (41%) dans notre échantillon d'usagers de drogues, ce qui est comparable aux données de la littérature dans cette population, où elle varie de 25% à 45% [33, 34]. Cela confirme l'importance d'une stratégie de vaccination auprès de cette population, afin d'atteindre l'objectif visé dans le plan Hépatites 2009-2012 d'une couverture vaccinale pour le VHB de 80% chez les sujets pris en charge dans les CSAPA [1].

5) Concernant les co-infections :

Nous retrouvons dans notre série un taux de co-infection VHC-VHB de 0,9%, inférieur à ceux retrouvés dans la littérature (4%, [23]), et aucune co-infection VHC-VIH. Dans la littérature, ce taux allait de 0,2% en CDAG [13] à 5,2% en population générale [31] et à 10,2% dans la population d'usagers de drogues de l'enquête COQUELICOT [14]. Cette différence pourrait s'expliquer par la différence de taille de notre échantillon par rapport à celui de l'enquête COQUELICOT.

6) Prise en charge des patients dépistés séropositifs au VHC :

L'évaluation du stade de fibrose chez les patients dépistés séropositifs afin de décider de la prise en charge était réalisée par FIBROSCAN, et non par Ponction Biopsie Hépatique (PBH). Cet examen indolore, validé depuis 2007 par la Haute Autorité de Santé et remboursé par l'Assurance Maladie depuis juin 2011 [35], mesure l'élasticité du parenchyme hépatique, qui est corrélée avec son stade de fibrose. Plusieurs études ont montré son intérêt [36, 37, 38]. La PBH constitue un obstacle à la prise en charge de beaucoup de patients toxicomanes, qui refusent souvent l'hospitalisation. Avec le FIBROSCAN, l'examen a lieu sur place et l'accès aux soins est facilité. C'est une solution proposée pour cette population dans le rapport d'experts 2010 dirigé par le Professeur Yéni [21], et également choisie par d'autres CSAPA proposant le dépistage et la prise en charge du VHC [39].

Concernant le suivi et la prise en charge des personnes dépistées séropositives pour le VHC lors d'un dépistage hors les murs, nous n'avons retrouvé que peu de données dans la littérature. Dans notre étude, 36,5% des patients dépistés séropositifs pour le VHC à virémie positive étaient traités (traitement terminé ou en cours), 47% des patients bénéficiaient d'un suivi (en intention de traiter ou sous surveillance de l'évolution de la fibrose) et 13,5% des patients étaient perdus de vue. Dans une expérience de dépistage et de prise en charge du

VHC au sein du CSAPA de Besançon, de 2002 à 2005, le taux de patients traités était moins important (32%), de même que les patients bénéficiant d'un suivi (40%) [28]. Le taux de perdus de vue cependant était moins important que le nôtre (8%). Concernant les dépistages « classiques », les taux de patients traités variaient de 10% dans une étude de 1998 [40] à 36% dans une étude de 1997 [30]. Dans l'étude de 1998, les difficultés de prise en charge justifiant le faible taux de patients traités étaient surtout liées à la toxicomanie active, à l'alcoolisme et à la crainte du malade de la Ponction-Biopsie Hépatique (PBH). Dans notre étude, les neuf patients pour lesquels une indication de traitement était posée mais dont la mise en route du traitement était retardée présentaient des problèmes psychiques et médicaux notamment liés à l'alcoolisme et à des problèmes sociaux (personnes sans domiciles fixes). L'obstacle que représente la crainte de la PBH était levé par l'utilisation du FIBROSCAN.

7) Pistes à suivre pour favoriser l'accès au dépistage des usagers de drogues :

Cette expérience menée au sein d'un CSAPA avait pour objet de faciliter le dépistage du VHC dans la population des usagers de drogues en étant au plus près d'eux et de leurs habitudes.

Un autre acteur proche du patient est le médecin généraliste.

Il est parfois difficile pour lui de s'impliquer dans la prise en charge du VHC chez ses patients usagers de drogues, de par sa non-expérience par rapport à cette maladie, son isolement, la difficulté de faire pratiquer une prise de sang à cette population...[41, 42, 43]. S'agit-il pour les usagers de drogues d'une difficulté à se contraindre à effectuer une démarche, qu'elle soit administrative ou médicale, ou d'une réelle incapacité à se prendre en charge ? C'est là que réside l'enjeu de la promotion de la santé, telle qu'elle est définie dans la charte d'Ottawa de 1986 : il s'agit d'un processus permettant aux populations d'améliorer leur propre santé en leur donnant les moyens d'un plus grand contrôle sur celle-ci et sur leur environnement (= concept d'empowerment) [44].

Pour cela, il faut, au-delà d'un entretien ouvert, empathique et centré sur le patient, proposer de nouvelles approches en médecine de ville pour le suivi des addictions en général : travailler en réseau pour lutter contre l'isolement du médecin généraliste, et surtout en transdisciplinarité [31], par exemple par le biais de microstructures médicales, qui réunissent au cabinet du médecin généraliste le médecin généraliste, un psychologue, un travailleur social, voire un hépato-gastro-entérologue hospitalier venant apporter son expertise sur la prise en charge du VHC qui se fera en ville.

Une étude réalisée en Poitou-Charentes entre 1997 et 2003 mettait en évidence que le suivi des usagers de drogues concernant leur hépatite C n'était pas adéquat, les campagnes nationales ciblant le grand public et les professionnels de santé n'ayant pas d'impact sur le suivi de cette population [45].

Les microstructures médicales permettent de développer une approche spécifique pour les usagers de drogues, en mettant à leur disposition une équipe thérapeutique de proximité [46]. Développer des consultations d'éducation thérapeutique du patient usager de drogue et séropositif pour le VHC serait également un moyen d'assurer une meilleure observance [1, 41].

Différentes études ont mis en évidence les manques ressentis par les médecins généralistes pour prendre en charge correctement leurs patients usagers de drogues séropositifs pour le VHC [45, 47, 48]. Il est nécessaire de leur apporter des informations sur la maladie, l'ensemble de ses facteurs de risques et sa prise en charge pour améliorer leur implication [49, 50], voire de développer des outils simplifiés pour évaluer les risques de VHC chez leurs patients et leur proposer le dépistage, comme le suggère une étude réalisée aux Etats-Unis en 2008 [51].

Une stratégie de dépistage, comportant la proposition aux patients à risque élevé et aux patients à faible risque sur entretien court paraît réalisable en médecine générale. Un obstacle, levé dans notre dispositif, est la difficulté d'accès aux soins. Une facilitation financière, sur le modèle du dépistage du cancer du sein ou du cancer colorectal, doit être envisagée.

Un autre obstacle est la distance, tant spatiale que temporelle, entre la proposition de dépistage et sa réalisation. La prochaine mise à disposition en médecine générale de tests rapides d'orientation diagnostique pourrait résoudre ce problème.

En effet, un arrêté paru au Journal Officiel le 17 novembre 2010 fixe les conditions, hors situations d'urgence, de la réalisation de tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection par le VIH par les professionnels de santé, dont le médecin généraliste au cabinet ou en maison médicale, s'il souscrit aux règles de bonnes pratiques définies dans le cahier des charges du neuf novembre 2010 [52].

Ces tests rapides représentent également des méthodes alternatives aux prélèvements sanguins pour le diagnostic de l'infection par le virus de l'hépatite C. Des évaluations prospectives sont nécessaires afin d'en établir la performance et la pertinence dans les stratégies de dépistage [53].

CONCLUSION

L'objet de ce travail était la description d'une action de santé publique, telle que l'a définie l'OMS en 1952 : « la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé et la vitalité mentale et physique des individus par le moyen d'une action collective concertée visant à lutter contre les maladies qui représentent une importance sociale, organiser des services médicaux et infirmiers en vue du diagnostic précoce et du traitement préventif des maladies (...), l'objet final étant de permettre à chaque individu de jouir de son droit inné à la santé et à la longévité » [54].

En effet, la prévention était au cœur de nos préoccupations, qu'il s'agisse de prévention primaire, par la stratégie de vaccination contre le VHB, de prévention secondaire, par les

actions de dépistage du VHC, et même de prévention tertiaire, par la réflexion sur l'éducation thérapeutique des patients usagers de drogues et séropositifs pour le VHC.

Notre étude montre que le VHC est un réel problème de santé publique dans la population des usagers de drogues et que proposer un dépistage hors les murs permet de les faire entrer dans une démarche de soins (objectif atteint pour 83,5% de nos patients séropositifs au VHC à ARN positif).

Il faudrait pouvoir multiplier les actions de ce type et développer de nouveaux modes de fonctionnement pour les professionnels de santé afin d'assurer une prise en charge spécifique de cette population. Ce type d'action semble également applicable aux autres populations à risque de VHC et peu impliquées dans le dépistage, telles que les personnes en situation de précarité ou les personnes migrantes.

ANNEXE 1

DÉPISTAGE DES VIRUS HÉPATOTROPES AU CENTRE PORT-BRETAGNE

Date :

Nom (ou pseudonyme) :

Sexe M F

Prénom :

Date de naissance :

- Ne sait pas lire le français

Niveau d'études :

- Sans diplôme

- CAP, BEP, certificat de fin d'apprentissage, BEPC, brevet des collèges

- Baccalauréat de l'enseignement général, professionnel, de technicien

- Diplôme du 1^{er} cycle universitaire, DUT, BTS
- Diplôme équivalent au moins au 2^{ème} cycle universitaire

Région de naissance de la mère :

- | | | | |
|-------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| - France métropolitaine | <input type="checkbox"/> | - DOM-TOM | <input type="checkbox"/> |
| - Europe de l'Ouest | <input type="checkbox"/> | - Europe de l'Est | <input type="checkbox"/> |
| - Europe du Nord | <input type="checkbox"/> | - Europe du Sud | <input type="checkbox"/> |
| - Moyen Orient | <input type="checkbox"/> | - Caucase | <input type="checkbox"/> |
| - Inde | <input type="checkbox"/> | - Asie | <input type="checkbox"/> |
| - Afrique du Nord | <input type="checkbox"/> | - Afrique Subsaharienne | <input type="checkbox"/> |
| - Amérique du Nord | <input type="checkbox"/> | - Amérique du Sud | <input type="checkbox"/> |

Usage de substances psychoactives* (même ancien)

- Non Oui
- Si oui, année de début : Préciser le type de pratique (plusieurs réponses possibles)
- Par voie nasale matériel partagé ?
- Par voie-intraveineuse matériel partagé ?
- Par inhalation
- Par absorption orale
- * alcool, cannabis, héroïne, cocaïne, etc...

Relations sexuelles non protégées : OUI NON

Tatouage, piercing : OUI NON

- Prescription :**
- Ac anti HIV
 - Ag HBs – Ac anti HBc (+/- Ac anti HBs***)
 - Ac anti HCV

** La prescription anti-HBs est à discuter en cas de notion de vaccination.
S'il existe une notion d'hépatite C ou d'hépatite B, le préciser sur la prescription

REFERENCES

1. Ministère de la Santé et des Sports. Plan national de lutte contre les hépatites B et C (2009-2012).
2. Meffre, C. 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, 2010. **82**(4): p.546-553.
3. Brouard, C., *Evolution du dépistage de l'hépatite C en France à partir des réseaux de surveillance RENA-VHC et des pôles de référence, 2000-2007.* Bull Epidemiol Hebd, 2009. **20-21**: p.199-204.

4. Kau, A. et al, *Treatment predictors of a sustained virologic response in hepatitis B and C*. J Hepatol, 2008. **49**(4): p.634-651.
5. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Dépistage de l'hépatite C: populations à dépister et modalités du dépistage. Recommandations du comité d'experts réuni par l'ANAES. 2001.
6. Recommandations pour la mise en place de projets de tests de dépistage de l'infection VIH avec résultats rapides et/ou de dépistage hors les murs. Groupe Dépistage et Prévention COREVIH PACA Ouest Corse, 2009.
7. Rapport du Conseil National du SIDA sur l'évaluation du dispositif de dépistage de l'infection par le VIH en France, novembre 2006.
8. Perz, JF. et al, *The contributions of hepatitis B virus and hepatitis C virus infections to cirrhosis and primary liver cancer worldwide*. J Hepatol, 2006. **45**(4): p.529-538.
9. Wiessing, L. et al, *Hépatite C: une épidémie silencieuse*. Objectif drogues, Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies, Lisbonne, 2003.
10. Wilson, JMG. and Jungner G., *Principles and practice of screening for disease*. Public Health Papers nr 34. Geneva: WHO, 1968.
11. *Dépistage gratuit du VHC: 2001 confirme les estimations nationales*. Hépatites Actualités n°14 – Journal de la démocratie sanitaire, 2002. **144-145**: p.23-25.
12. *Système de surveillance continue du virus de l'hépatite C dans les CDAG et les CES de la région PACA, 2004-2008*. ARS PACA-exploitation ORS PACA, 2010.
13. Gouëzel, P., *CDAG et dispositif de dépistage gratuit du VHC*. Bull Epidemiol Hebd, 2000. **44**: p.193-194.
14. Jauffret-Roustide, M. et al, *Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004*. Bull Epidemiol Hebd, 2006. **33**: p.244-247.
15. Programme HEP'TOX. Le journal du SIDA, 2008. **206**: p.19-22.
16. *L'hépatite C chez l'utilisateur de drogues suivi en centre spécialisé: du dépistage au traitement. Propositions du groupe de travail MICADO*. Brochure diffusée par le laboratoire ROCHE depuis juin 2008.
17. Loi n°87-588 du 30 juillet 1987 portant diverses mesures d'ordre social, article 29, J.O.R.F. 1987, 31 juillet.

18. Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture médicale universelle, article 35, J.O.R.F. 1999, 28 juillet.
19. Loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, article 71, J.O.R.F. 2004, 17 août.
20. Décret n°2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des Centres de Soins, d'Accueil et de Prévention en Addictologie. J.O.R.F. 2007, 15 mai.
21. Yéni, P., rapport 2010 : Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH, recommandations du groupe d'experts. Paris, Flammarion, 2010.
22. Antona, D. et al, *Couverture vaccinale des enfants et des adolescents en France: résultats des enquêtes menées en milieu scolaire, 2001-2004*. Bull Epidemiol Hebd, 2007. **6**: p. 45-49.
23. Delarocque-Castagneau, E., *Surveillance de l'hépatite C à l'échelon mondial à partir des pôles de référence volontaires 2000-2001*. Bull Epidemiol Hebd, 2003. **16-17**: p. 90-93.
24. Nalpas, B. et al, *State of epidemiological knowledge and national management of hepatitis C virus infection in the European Community, 1996*. Eur J Public Health, 1997. **8**: p. 305-312.
25. Plard, C. et al, *Dépistages anonymes et gratuits: comparaison entre la population rencontrée en centre et en dehors des locaux*. Santé Publique, 2007. **19(5)**: p. 355-362.
26. Richard, P., *Usagers de drogues: du dépistage VIH-VHC aux soins*. Actes du 8^{ème} colloque international Toxicomanies Hépatites SIDA, Biarritz, 2007.
27. Authier, N., *Etude prospective épidémiologique de la prévalence de l'hépatite C au sein de la population de patients substitués du CCST de Clermont-Ferrand*. Actes du 8^{ème} colloque international Toxicomanies Hépatites SIDA, Biarritz, 2007.
28. Magnin, C. et Roch, JF., *Une consultation avancée en CSST : l'expérience du centre SOLEA*. Le Flyer, 2006. **4(1)**: p. 26-30.
29. Bello, P.Y., *Assessment of a hepatitis C virus antibody assay in saliva for epidemiological studies*. Eur J Clin Microbiol Infect Dis, 1998. **17**: p. 570-572.

30. D'Alteroche, L. et al, *Evaluation de la prise en charge spécialisée des maladies ayant une sérologie du virus de l'hépatite C positive dans la région Centre*. Bull Epidemiol Hebd, 1999. **36**: p. 149-150.
31. Delarocque-Astagneau, E. et al, *The impact of the prevention programme of hepatitis C over more than a decade: the French experience*. J Viral Hepat, 2010. **17**(6): p. 435-443.
32. Deuffic-Burban, S. et al, *Impact of viral eradication on mortality related to hepatitis C: a modeling approach in France*. J Hepatol, 2008. **49**: p. 175-183.
33. Six, C. et al, *Infections à VIH, VHC et VHB chez les résidents des CSST avec hébergement, 1993-1998*. Bull Epidemiol Hebd, 1999. **32**: p. 133-135.
34. Denis, F. et Abitbol, V., *Evolution des stratégies vaccinales et couvertures vaccinales de l'hépatite B en France, pays de faible endémie*. Méd Mal Inf, 2004. **34**(4): p. 149-158.
35. Texte n°16, page 8728, J.O.R.F. 2011, 19 mai.
36. Ziol, M. et al, *Noninvasive assessment of liver fibrosis by stiffness measurement: a prospective multicentre study in patients with chronic hepatitis C*. Hepatology, 2005. **41**(4): p. 48-54.
37. Castera, L. et al, *Prospective comparison of transient elastography, Fibrotest, APRI and liver biopsy for the assessment of fibrosis in chronic hepatitis C*. Gastroenterology, 2005. **128**: p. 343-350.
38. Melin, P. et al, *Intérêt du FIBROSCAN dans le dépistage de la cirrhose chez les patients de consultations d'alcoologie*. Gastroenterol Clin Biol, 2005. **29** (suppl 1): A144.
39. Moussalli, J., *Hépatite C : vers une meilleure prise en charge des toxicomanes*. Réseaux Hépatites, 2007. **44**: p. 4-6.
40. Frère, T. et al, *Hépatite virale C : dépistage, mais pour quelle prise en charge ? Résultats d'une enquête épidémiologique prospective dans la région Poitou-Charentes (résumé)*. Gastroenterol Clin Biol, 1998. **22**: p. 926.
41. Rakem, M., *Hépatite C : rôle majeur du généraliste dans le dépistage*. Le Courrier des Addictions, 2009. **11**: p. 10-12.

42. Grando-Lemaire, V., *Prise en charge de l'infection par le VHC dans une population de toxicomanes suivis en centre spécialisé ambulatoire*. Gastroenterol Clin Biol, 2002. **26**: p. 1091-1096.
43. Jaury, P., *Hépatite C, suivi en médecine générale, les blocages*. Toxicomanies Hépatites SIDA: la revue des addictions, 2002. **4**(15): p. 822-825.
44. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. OMS, Genève, 1986.
45. Beauchant, M., *Que deviennent les malades après le dépistage du VHC. L'expérience du réseau VHC Poitou-Charentes*. Réseaux Hépatites, 1998. **9**: p. 12-13.
46. Nemirovsky, B., *Prise en charge médicale et psychosociale des usagers de drogues au sein des cabinets de ville : l'expérience réussie des microstructures médicales en Alsace*. Réseaux Hépatites, 2004. **32**: p. 18-19.
47. Babany, G. et al, *Les médecins généralistes souhaitent-ils prendre en charge l'hépatite chronique virale C et participer aux réseaux ville-hôpital ?* Gastroenterol Clin Biol, 1999. **23**: p. 1289-1295.
48. Gautier, A. et al, *Pratiques de dépistage des hépatites virales par les médecins généralistes*. BEHweb, 2011. **1**.
49. Altman, C. et al, *Dépistage des malades à risque d'infection virale C en médecine générale*. Gastroenterol Clin Biol, 1999. **23**: p. 359-362.
50. Sahajian, F. et al, *Pratique des médecins généralistes en matière de dépistage du virus de l'hépatite C dans la région lyonnaise*. Santé Publique, 1999. **11**(4): p. 513-525.
51. Mc Ginn, T. et al, *Validation of a hepatitis C screening tool in primary care*. Arch Intern Med, 2008. **168**(18): p. 2009-2013.
52. Texte n°19, p.20499, J.O.R.F. 2010, 17 novembre.
53. Chevaliez, S. et Pawlotsky, JM., *Méthodes alternatives au prélèvement sanguin pour le diagnostic de l'infection par le virus de l'hépatite C*. BEHweb, 2011. **1**.
54. Comité d'experts de l'administration de la Santé Publique, Premier rapport, série de rapports techniques. OMS, Genève, 1952.

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.

Académie d'Orléans – Tours

Université François-Rabelais

Faculté de Médecine de TOURS

DUSSAIX-ARNAULT Emilie

Thèse n°

35 pages – 3 tableaux – 2 figures

Résumé :

Introduction: L'infection virale C est un réel problème de santé publique, notamment pour les usagers de drogues (UDD), qui échappent au dépistage. Le but de notre étude était de décrire l'expérience de dépistage hors les murs menée entre 2008 et 2010 par une équipe d'addictologie du CHU de Tours en collaboration avec le Conseil Général d'Indre et Loire et de réfléchir à la facilitation de l'accès aux soins pour les populations vulnérables.

Matériel et Méthode: Entre avril 2008 et décembre 2010, le Centre de Soins, d'Accueil et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et le Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) s'étaient associés pour proposer 14 journées de dépistage gratuit hors les murs du CDAG, au sein du CSAPA. Toutes les personnes s'y présentant ces jours-là et volontaires pour bénéficier du triple dépistage proposé (VIH, VHC, VHB), étaient incluses dans l'étude. Un questionnaire recueillait les principaux facteurs de transmission des virus recherchés ainsi que les statuts sérologiques suite aux prélèvements réalisés. Les données étaient analysées de manière rétrospective.

Résultats: 234 prélèvements sanguins étaient réalisés, permettant 234 dépistages du VHC chez 219 personnes, dont 76% déclaraient être des UDD. La prévalence du VHC était de 20%. L'ARN viral était

détecté chez 72% des personnes séropositives au VHC. Des liens statistiquement significatifs étaient mis en évidence entre séropositivité au VHC et toxicomanies. Sur les 30 patients séropositifs au VHC à ARN positif, 83,5% étaient entrés dans une démarche de soins (traitement, suivi ou surveillance).

Discussion: Si l'analyse univariée des facteurs de risques ne permettait pas d'établir de causalité, les liens entre VHC et toxicomanies retrouvés dans notre étude allaient dans le sens des données de la littérature. La prévalence du VHC était comparable à celle de la littérature concernant les UDD. Le taux d'ARN viral retrouvé était plus élevé, et pouvait être corrélé au taux important de découverte de la séropositivité lors du dépistage. Les taux de patients traités et bénéficiant d'un suivi étaient supérieurs à ceux de la littérature.

Conclusion: Proposer un dépistage hors les murs permettrait de faire entrer les UDD dans une démarche de soins. Ce type d'action semble également être applicable aux populations peu impliquées dans le dépistage que sont par exemple les personnes en situation de précarité et les personnes migrantes.

Mots clés : Infection virale C, usagers de drogues, dépistage, démarche de soins

Jury :

Président : Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH

Membres : Monsieur le Professeur Alain GOUDEAU

Monsieur le Professeur Michel MORICHAU-BEAUCHANT

Monsieur le Docteur Georges BONNEMAISON

Monsieur le Docteur Frédéric DUBOIS

Date de la soutenance : 19 octobre 2011, Faculté de Médecine de Tours