



# Quel parcours de soin pour un patient atteint d'hépatite C en 2016 ?

**Philippe SOGNI**

Université Paris Descartes & INSERM U-1223, Institut Pasteur;  
Service d'Hépatologie, hôpital Cochin (AP-HP), Paris

Symposium VHC MSD France – JNI Lille (Juin 2016)

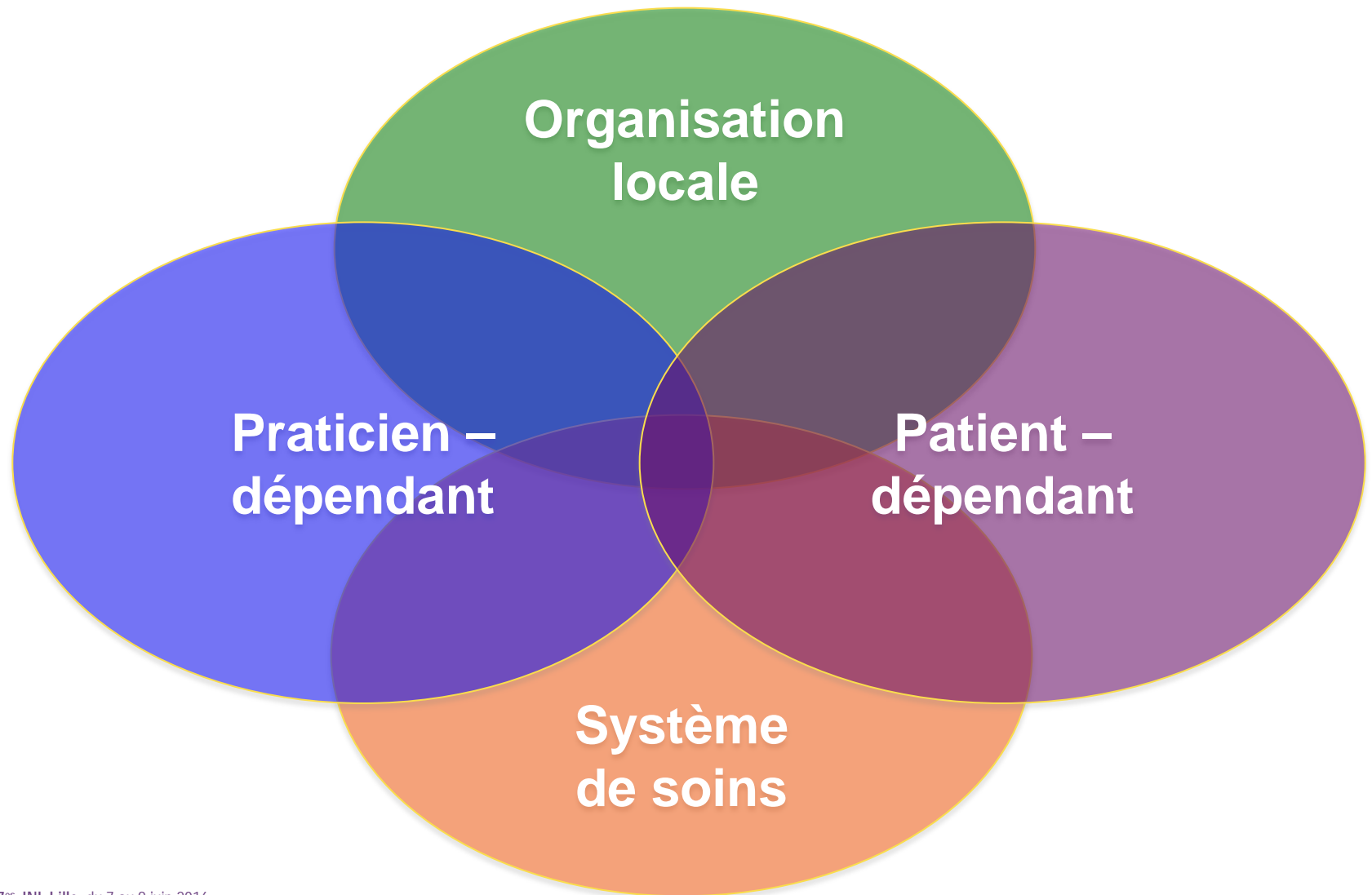
# Liens d'intérêt

- Comités d'experts : Gilead, BMS, MSD
- Invitations à des congrès : Gilead, BMS, MSD, AbbVie, Janssen, Mayoly-Spindler
- Investigateur d'études : Gilead, BMS, MSD, AbbVie, Janssen, Genfit, Transgène

# Quel parcours de soin pour un patient atteint d'hépatite C en 2016 ?

- Pourquoi 100% des patients co-infectés VIH-VHC ne sont-ils pas traités en Juin 2016 ?
- Pourquoi 100% des patients mono-infectés VHC ne seront pas traités en Janvier 2017 ?

# Quels obstacles au parcours de soin pour un patient atteint d'hépatite C en 2016 ?



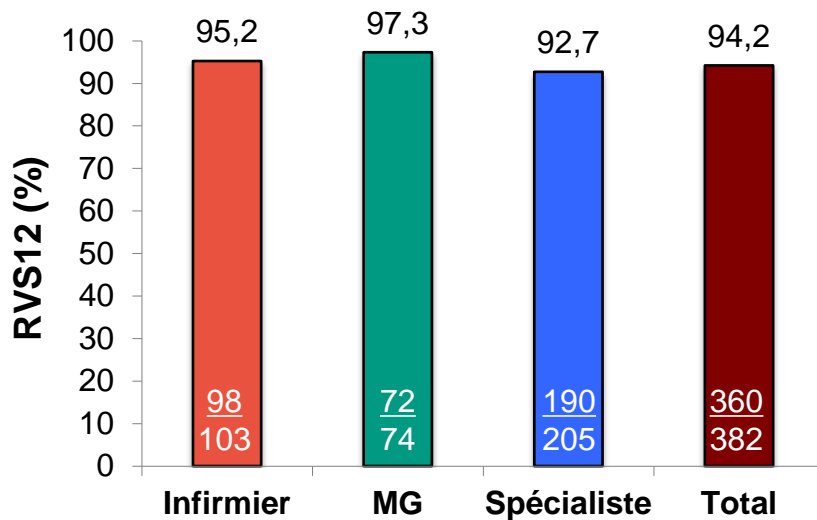
# ORGANISATION LOCALE

# Organisation locale

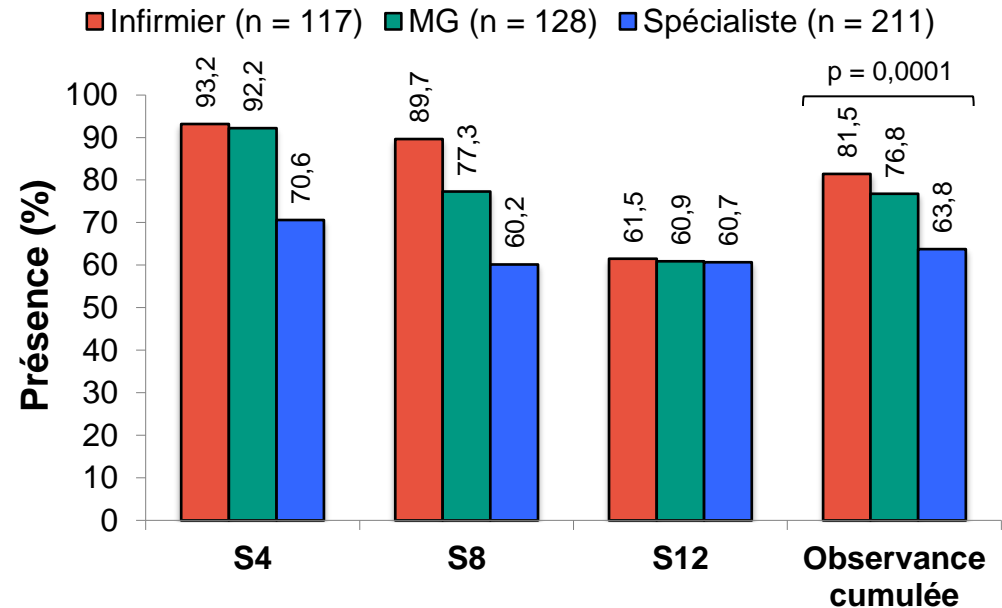
- File active
- Organisation médicale et paramédicale
- RCP – VHC

# Quel prescripteur ? Quelle organisation ?

## RVS12 en fonction du prescripteur Résultats intermédiaires, per-protocole



## Présence aux consultations en fonction du prescripteur



- L'efficacité et la tolérance du traitement ne diffèrent pas selon le prescripteur
- Les patients semblent mieux adhérer au suivi précoce lorsqu'il est assuré par un infirmier spécialiste en pratique avancée ou un médecin généraliste formé
- Cette stratégie pourrait faciliter les soins de proximité

# RCP – VHC : une organisation spécifique

- Création en 2015\*
- Liste des RCP validée par le ministère\*\*
- Composition fixée\*\*\* et traçabilité assurée
- Chaque traitement doit être validé par une RCP
- Le traitement n'est délivré par une pharmacie que si la feuille de RCP validée est jointe à la prescription
- AVD : molécules à prescription hospitalière

\* lettre ministérielle en date du 30 Avril 2015 : [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Lettre d instruction prise en charge hepatite C 30 avril 2015.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Lettre_d_instruction_prise_en_charge_hepatite_C_30_avril_2015.pdf)

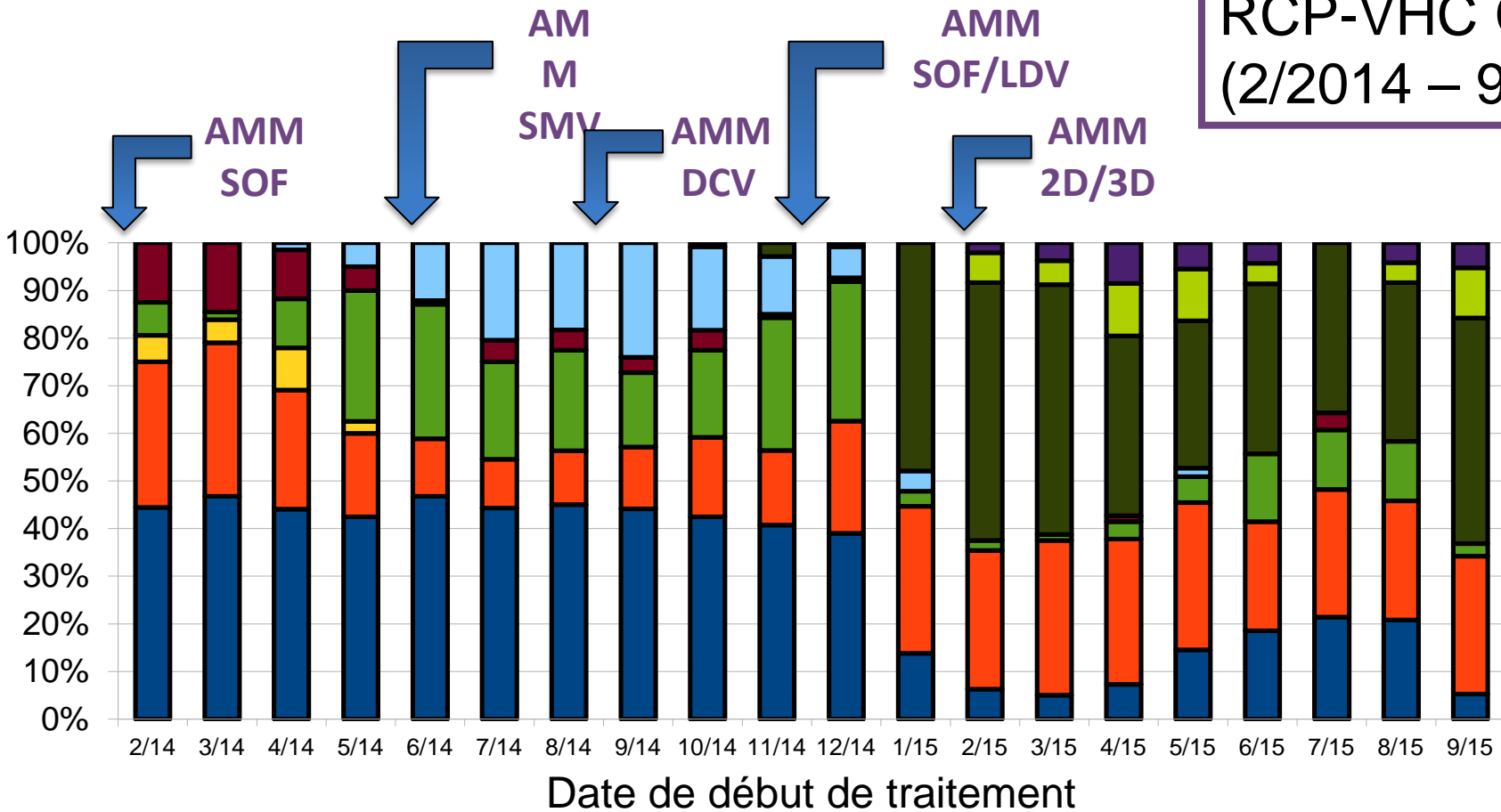
\*\* <http://www.sante.gouv.fr/l-hepatite-c.html>

\*\*\* au minimum : coordinateur, secrétariat, médecin hépatologue, microbiologiste ou interniste et professionnel de santé chargé de l'ETP

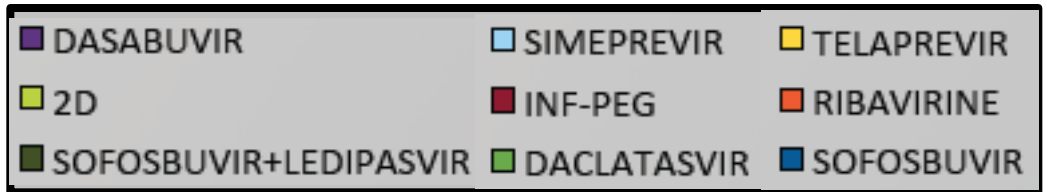


# Évolution des prescriptions d'une RCP – VHC

RCP-VHC Cochin  
(2/2014 – 9/2015)



Laurain A et al. JFHOD 2015



# Praticien – dépendant

# Praticien – dépendant ?

- Étude transversale (3 centres d'Hépatologie) de Janvier 2015 à Mars 2016
- Patients VHC + mono-infectés avec fibrose F2 à F4 (n = 286)
- Facteurs associés à l'initiation du traitement

Médecins	Total (n=286)	Patients traités (n=180)	p	Hazard ratio	p
T	39,2 %	71,1 %	0,005	Référence	-
A	3,5 %	70 %		1,33	0,50
B	14,7 %	52,4 %		0,51	0,01
C	3,5 %	60 %		0,79	0,59
D	2,5 %	57,1 %		0,58	0,30
E	22,7 %	61,5 %		1,04	0,86
F	8,4 %	29,2 %		0,34	0,01
Z	5,6 %	68,8 %		1,03	0,94

- 63 % ont débuté un traitement (n = 180)
- L'initiation est associée au praticien référent du patient (analyse multivariée)

# Patient – dépendant

# Patient – dépendant ?

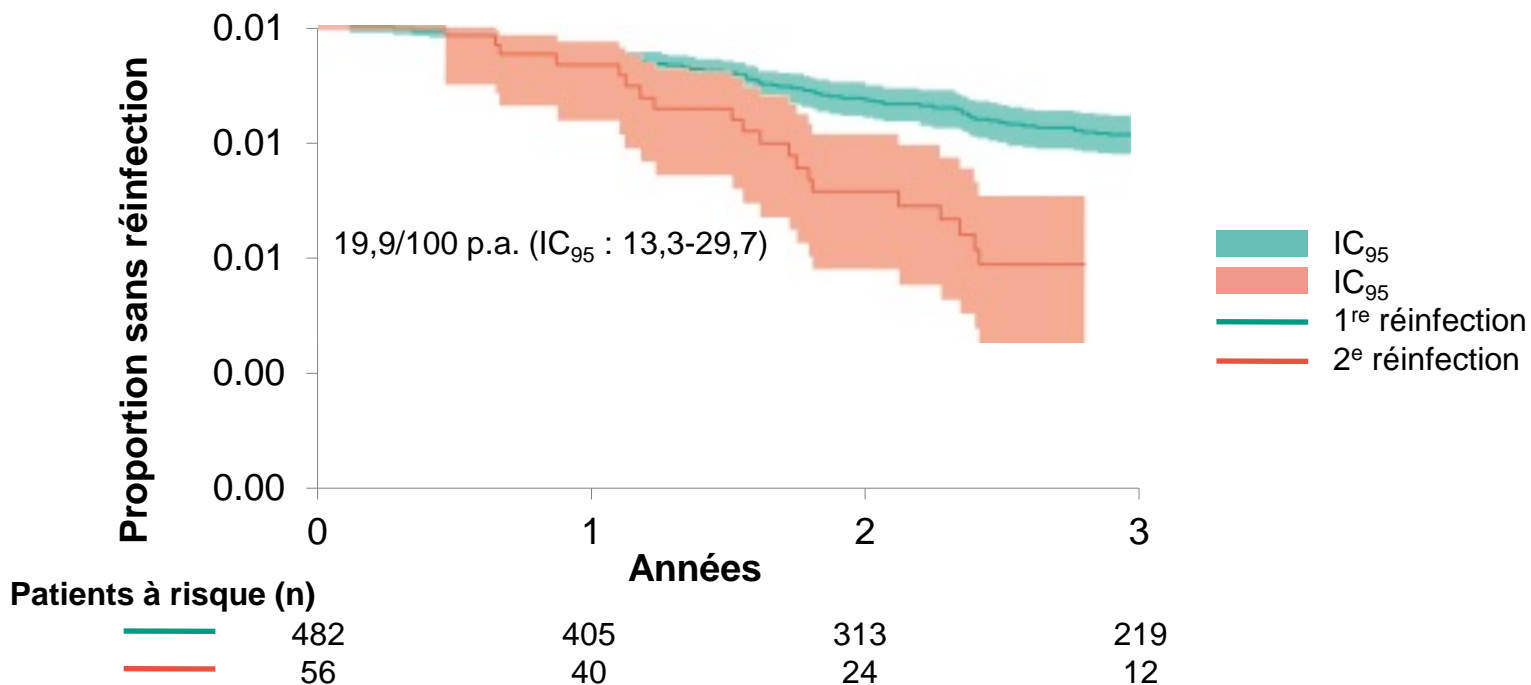
- Étude transversale (3 centres d'Hépatologie) de Janvier 2015 à Mars 2016
- Patients VHC + mono-infectés avec fibrose F2 à F4 (n = 286)
- Facteurs associés à l'initiation du traitement



- 63 % ont débuté un traitement (n = 180)
- L'initiation est associée au praticien référent du patient (analyse multivariée)
- Priorité aux patients avec maladies avancées (F3 = F4 / F3 – F4 > F2)
- Priorité aux patients anxieux
- Priorité aux patients avec troubles psychiatriques

# Risque de réinfection = traitement antiviral + RdR

## Réinfection VHC chez les HSH VIH+ en Europe de l'Ouest



- Incidence de la 1<sup>re</sup> réinfection : 7,6/100 p.a. = 25 % de réinfection à 3 ans
- Incidence de la 2<sup>e</sup> réinfection : 19,9/100 p.a.
- Facteurs associés à la guérison spontanée : ALAT à la réinfection  $\geq 1\ 000$  UI/l et guérison spontanée lors de l'infection initiale

# Systeme de soins

# Systeme de soins

- Disponibilité des molécules
- Évolution rapide des indications
- Recommandations et recommandations
- Le dépistage
- L'accès aux soins
- etc...



# Disponibilité des molécules (France)

## ATU

SOF (09/13)

SMV (12/13)

DCV (01/14)

SOF/LDV (11/14)

2D/3D (01/15)

MK2 (09/15)

## AMM

SOF (01/14)

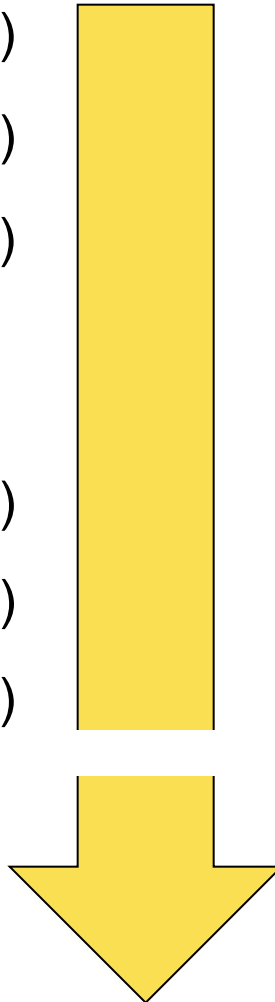
SMV (05/14)

DCV (08/14)

SOF/LDV (11/14)

2D/3D (01/15)

MK2 (?)



# Évolution des indications (France)

## J.O. / HAS

## Indications

SOF (10/2013)

F3-F4 / F2 sévère

SMV – DCV – SOF/LDV  
(04 – 05/2014)

Co-infection VIH

Lymphome B

Transplantés...

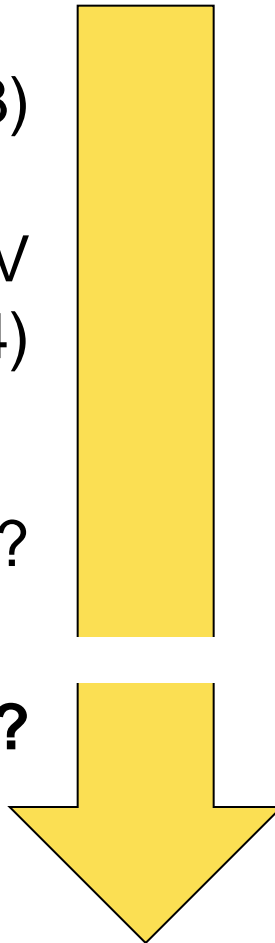
HAS (05/2016) → J.O. ?

Bénéfice individuel /

Bénéfice collectif

**J.O. (09 – 10/2016) ?**

**Traitement universel ?**



# HAS – Commission de la transparence \*

## Traitement individuel

- Fibrose  $\geq 2$
- greffe ou en attente de transplantation (quel que soit l'organe), hémodialyse
- co-infection par le VIH
- manifestations extra-hépatiques du VHC
- infection par un virus G3
- facteurs de risque de progression rapide

## Traitement collectif

- les femmes enceintes\*\* ou ayant un désir de grossesse
- les usagers de drogues
- les personnes incarcérées
- ainsi que les autres personnes susceptibles de disséminer l'infection par le VHC

\* Avis du 25 Mai 2016

\*\* AVD contre-indiqués pendant la grossesse

# Il y a recommandations et recommandations...



Recommandations d'experts (AFEF, EASL...)

Recommandations HAS / AMM

Recommandations J.O.

# Le dépistage en France

## 1. Dépistage ciblé sur les facteurs de risque

## 2. Dépistage populationnel

- Hommes 18 – 59 ans (proposer au moins une fois dans leur vie le dépistage des 3 virus : VHC, VIH, VHB)
- Femmes enceintes (dépistage des 3 virus au 1<sup>er</sup> examen prénatal : VHC, VIH, VHB)

## 3. Progrès techniques à venir : TRODs, tri-TRODs, auto-tests...

# Le dépistage en France : les progrès réalisés

## 1. Augmentation de l'activité de dépistage\*

- ↗ 6% entre 2010 et 2013 (53 vs. 55 tests/1.000 habitants)
- 2013 : réalisation de 3,6 millions de tests [3,4-3,9]
- Répartition des tests LABM : 70% privés / 30% publiques

## 2. Diminution de l'épidémie cachée ?\*\*

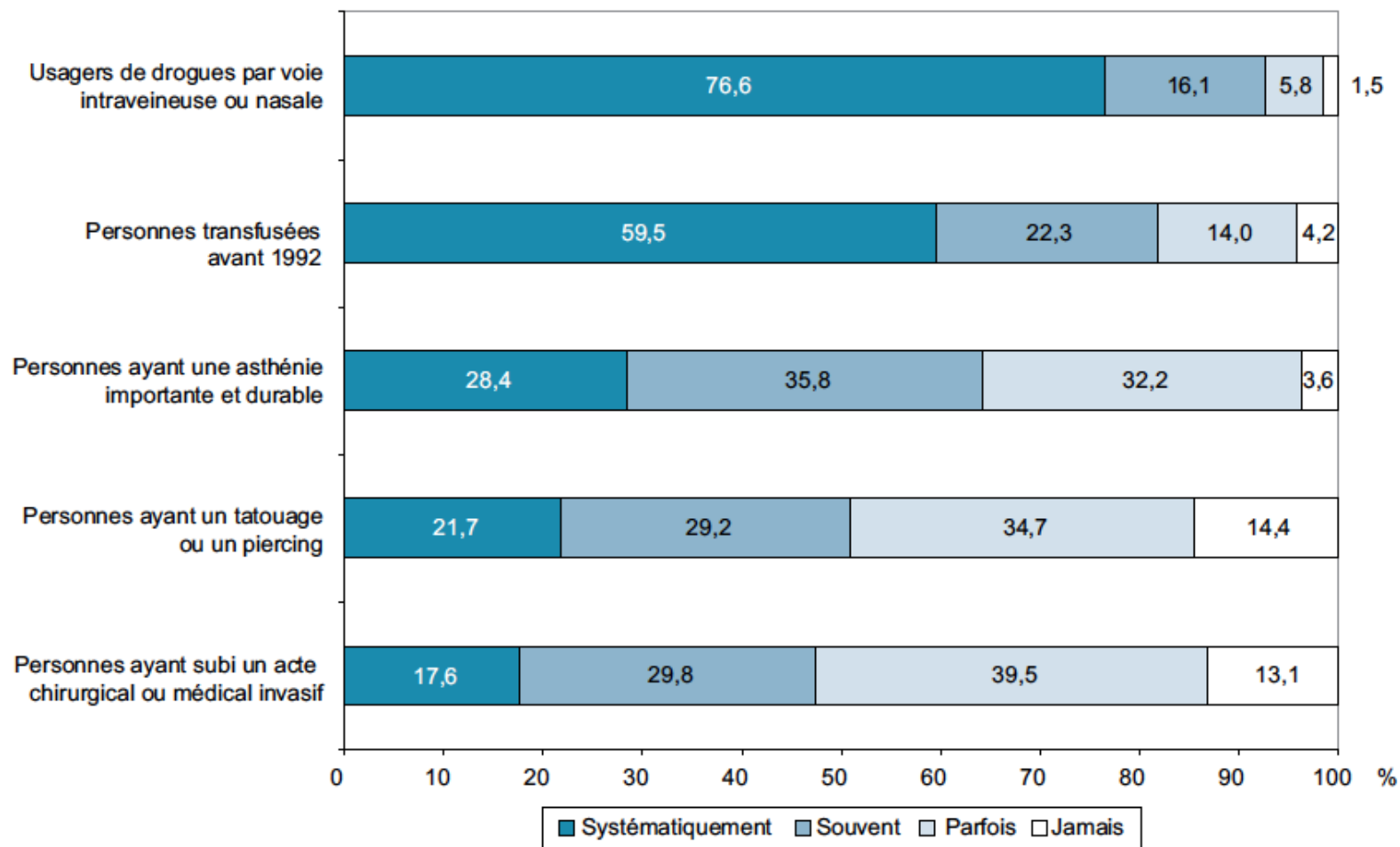
- 2004 : 100.868 [58.534 – 143.202]
- 2014 : 74.102 (64.920 – 83.283)
  - ↘ 27 % pour l'ensemble de la population
  - ↘ 47 % chez les 60 – 80 ans
  - Hommes de 18 à 59 ans représentent près de la moitié des non diagnostiqués en 2014 (vs. 26,7% en 2004)

\* Pioche et al. Bull Epidemiol Hebd 2015

\*\* Brouard et al. Bull Epidemiol Hebd 2015

# Le dépistage par les médecins généralistes

## Pratique du dépistage du VHC en fonction des facteurs de risque (2009)



# Le dépistage en centres de soins primaires

## Région française X

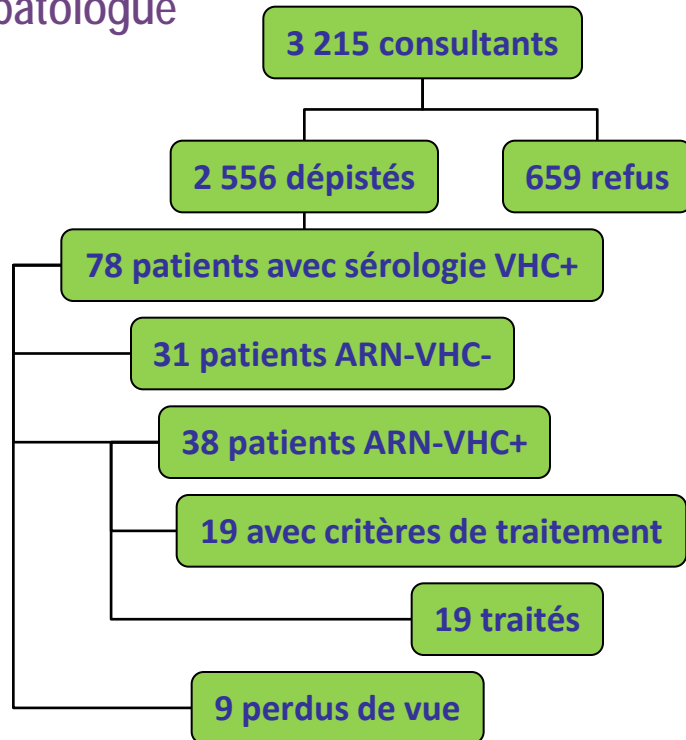
### Rapport d'activité CSAPA et CARRUD (ARS 2013)

	CSAPA	CARRUD
Département 1	5	1
Département 2	14	4
Files actives	9911	862
Dépistage VHC	364 (3,4 %)	
Dépistage VHB	365 (3,4 %)	
Dépistage VIH	298 (2,8 %)	
Ecart	0 à 73 %	
Vaccination VHB	37 (0,3 %)	

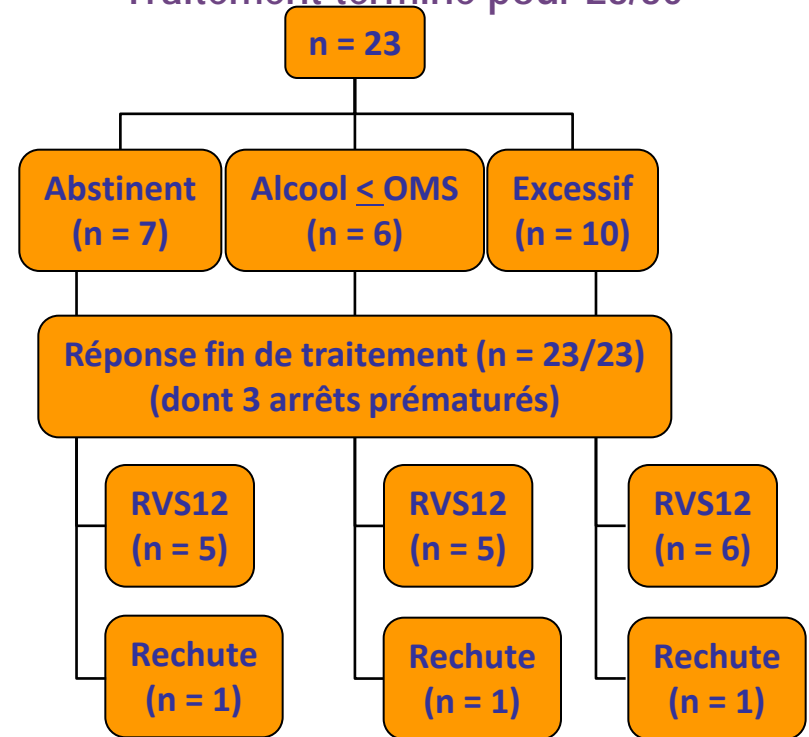


# L'accès au soins = se rapprocher du patient

- Proposition de dépistage à toute personne consultant dans 2 centres de soins primaires (migrants/précaires)
- Si VHC+ : parcours accompagné par un travailleur social et consultation avec hépatologue



- 30 patients avec consommation excessive d'alcool ayant débuté un traitement par AVD dans une structure d'addictologie
- Traitement terminé pour 23/30



Rosa I et al. AASLD 2015 Abstract 567

Trabut JB et al. AASLD 2015 Abstract 1102

**FAIRE SAUTER LES VERROUS !**

# Faire sauter les verrous !

- RCP à maintenir ?
- Prescripteur : un médecin spécialiste (infectiologue ou hépatologue) est-il le mieux à même de surveiller un traitement simple et court ?
- La prescription et la dispensation au plus près des patients
- Le dépistage renforcé en centre de santé primaire et chez MG
- Cibler les groupes à risque
- Réduction des risques adaptée et associée au traitement
- Diminution des prix !

Dépistage renforcé → circuits de soins adaptés  
→ traitement universel → « TEST & TREAT »