Résultats préliminaires de l'enquête en ligne SFLS : « objectif zéro VHC »

Communication orale, Nice 19 octobre 2017

Comité scientifique :

Eric Billaud, Stéphanie Dominguez, Karine Lacombe, Gilles Pialoux, Anne Simon

Chargée de mission SFLS : Magali Faure

Déclaration de liens d'intérêts , Gilles Pialoux

Membre de board, d'un conseil scientifique,
intervenant ou invité dans un symposium d'un laboratoire
pharmaceutique =
Abbott/AbbVie, Gilead, MSD, Nephrotec/AAZ, Tibotec/Janssen, ViiVHealthcare/GSK

Parts sociales, activité salariée ou actions dans un laboratoire pharmaceutique :
Aucune

Objectifs

- Appréhender concrètement la notion d'éradication du VHC des files actives de patients VIH co-infectés, dans les services hospitaliers en France ;

- Générer une « émulation positive et collective »* afin d'atteindre cet objectif national d'éradication du VHC dans les files actives VIH.

- * copyright MF

Méthodologie

Mars-Avril 2017

- Mise à jour des contacts
- Infos aux TEC et aux COREVIH

15 COREVIH répondent

+ 13 centres répondent de façon isolée

Méthodologie

- Mise en ligne d'une page internet dédiée

Méthodologie

- Tous les contacts recensés pendant la 1ère étape (avril) ont reçu un mail avec un lien de participation (153)
- COREVIH (28)
  - information sur le lancement
  - relayer vers les centres cliniques du territoire
  - faciliter le projet par la mise à disposition de temps TEC
- TEC (185)
  - information sur le lancement
  - Désigner référent(e)s sur le projet
- Annonce de l'enquête à diverses occasions auprès de contacts directs pouvant être relais dans les équipes concernées

Méthodologie

Plusieurs moyens de participer :

- Soit un mail d'invitation pour les contacts recensés
- Soit demande de lien de participation sur la page internet
- soit demande par mail du formulaire de l'enquête suite à des difficultés techniques pour participer en ligne

Calendrier

Lancement de l'enquête le 8 juin 2017

Date limite fixée au 5 septembre, reportée au 14 septembre minuit

Derniers formulaires reçus le 27/09/17

Nombre de centres potentiels

- Nombre de centres contactés directement = 101
- Nombre de centres ayant demandés un lien sur la page internet = 19
- **Au total =**

  120 centres (services) hospitaliers potentiels

Nombre de centres répondeurs

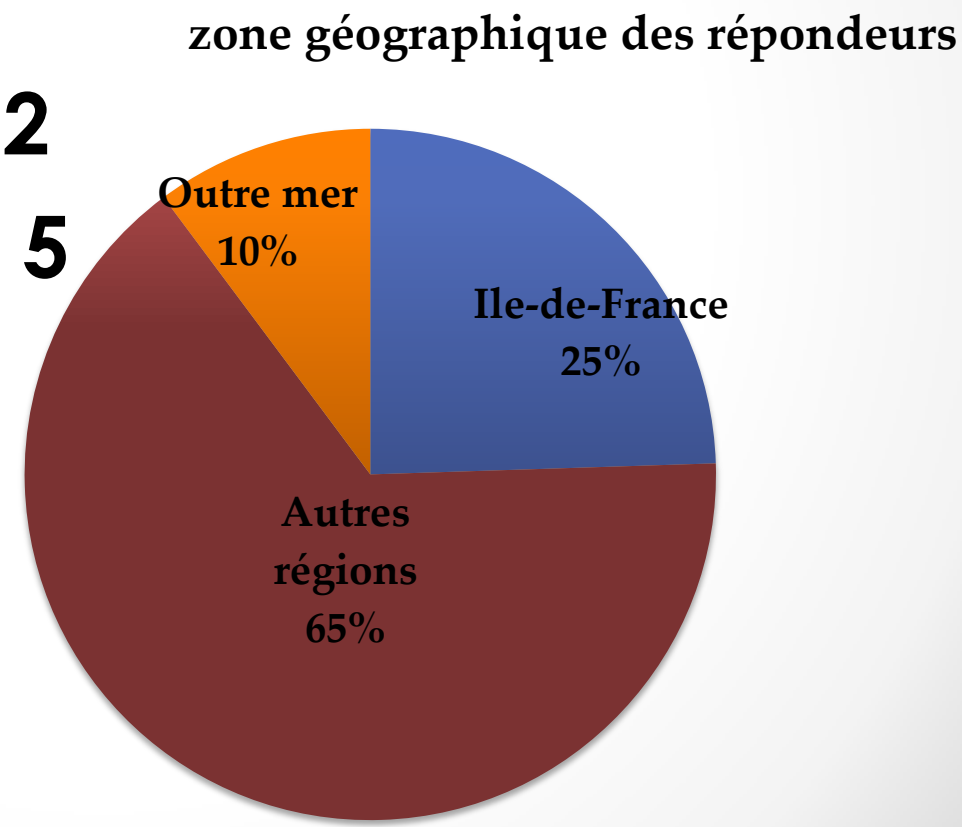
- Une seule personne désignée répondait sur une activité hospitalière collective
- Identification claire du centre répondeur, du responsable d'unité hospitalière ou référent VHC et d'un contact répondeur

49 centres répondeurs / 120

= 41 % des services potentiels

Répartition géographique des centres

- Métropole = 44
  - AP-HP = 12
  - Province = 32
  - Outre-Mer = 5



Files actives VIH 2016

- File active VIH 2016 cumulée des centres répondeurs = **36 866 patients**

- Taille des files actives des 49 centres répondeurs :
- A < 100 — 2 centres — 4,1 %
- B de 100 à 1 000 — 35 centres — 71,4 %
  1/3 des centres entre 100 et 200 patients de FA
  1/3 entre 200 et 500
  1/3 entre 500 et 1 000
- C > 1 000 — 12 centres — 24,5 %

Files actives VIH/VHC 2016

- **File active 2016 VIH/VHC cumulée des centres répondeurs = 4 693 patients**

- **VHC+ défini par anticorps anti VHC + quel que soit le statut ARN, positif ou négatif ou inconnu**
- **13 % de la file active VIH des répondeurs**
- 14 % sur les 9 « gros » centres, FA VIH > 1 000
- Variabilité importante entre centres, non liée à la taille mais aux spécificités de territoires ou de recrutement

Patients VIH/VHC, ARN VHC+

- VHC+ « répliquants » définis par anticorps anti VHC + et ARN positif, dans la file active de patients VIH + en 2016 ?

869 patients

- **Soit 18,5 % des patients VHC+**
- **Soit 81,5 % des patients VHC + guéris spontanément ou par les traitements ?**

Traitement VHC à l'ère du changement

- **Entre Juin 2015 et janvier 2017, combien de patients VIH ont été traités pour le VHC ?**

1 567 patients

- **dont retraitements = 457 (29%)**

Depuis mi 2015,
60-65% des répliquants ont été traités et guéris.

Les « non-guéris » : pourquoi ?

En janvier 2017, pour quelles raisons les patients VHC+ de votre file active, ne sont pas guéris de leur VHC ?

1. Souhait du patient d'attendre
2. Echec de traitement en attente de "retraitement" avec de nouvelles molécules ou une documentation virologique
3. Indication différée au traitement du VHC en raison d'une contreindication relative?

Chaque répondeur était invité à répartir les patients non guéris selon ces 3 raisons.

On demandait une réponse en pourcentage, la somme des 3 faisant 100 %.

38 centres ont répondu à cette question (11 sans réponses ou inexploitables)

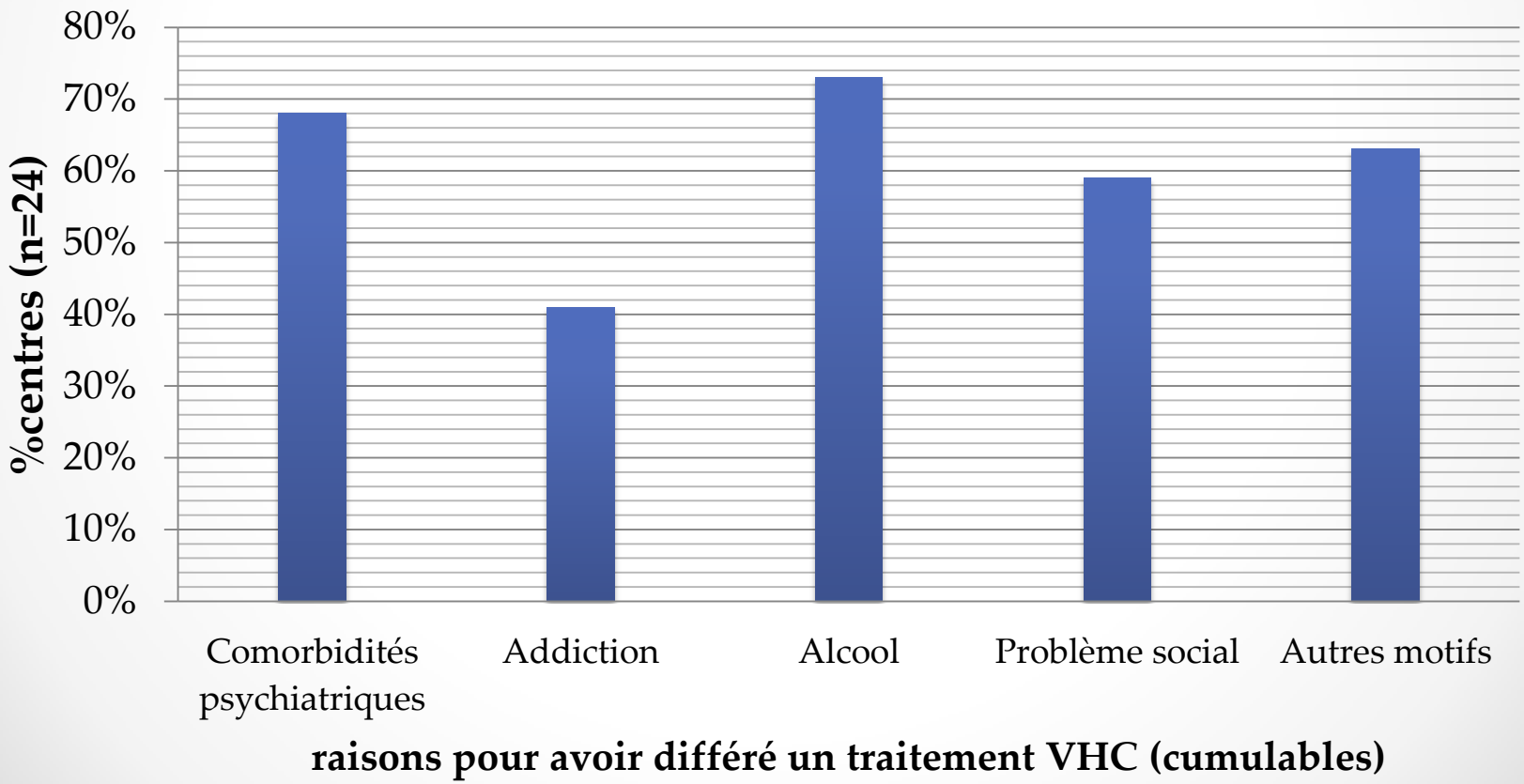
Des situations diverses : rarement l'échec, souvent le souhait du patient d'attendre …

- 22 centres sur 38 (58 %)
  ont moins d'un quart de leurs patients répliquants en situation d'échec de traitement

- 18 centres sur 38 (47 %)
  ont plus de la moitié de leurs patients répliquants pour raison de souhait du patient d'attendre

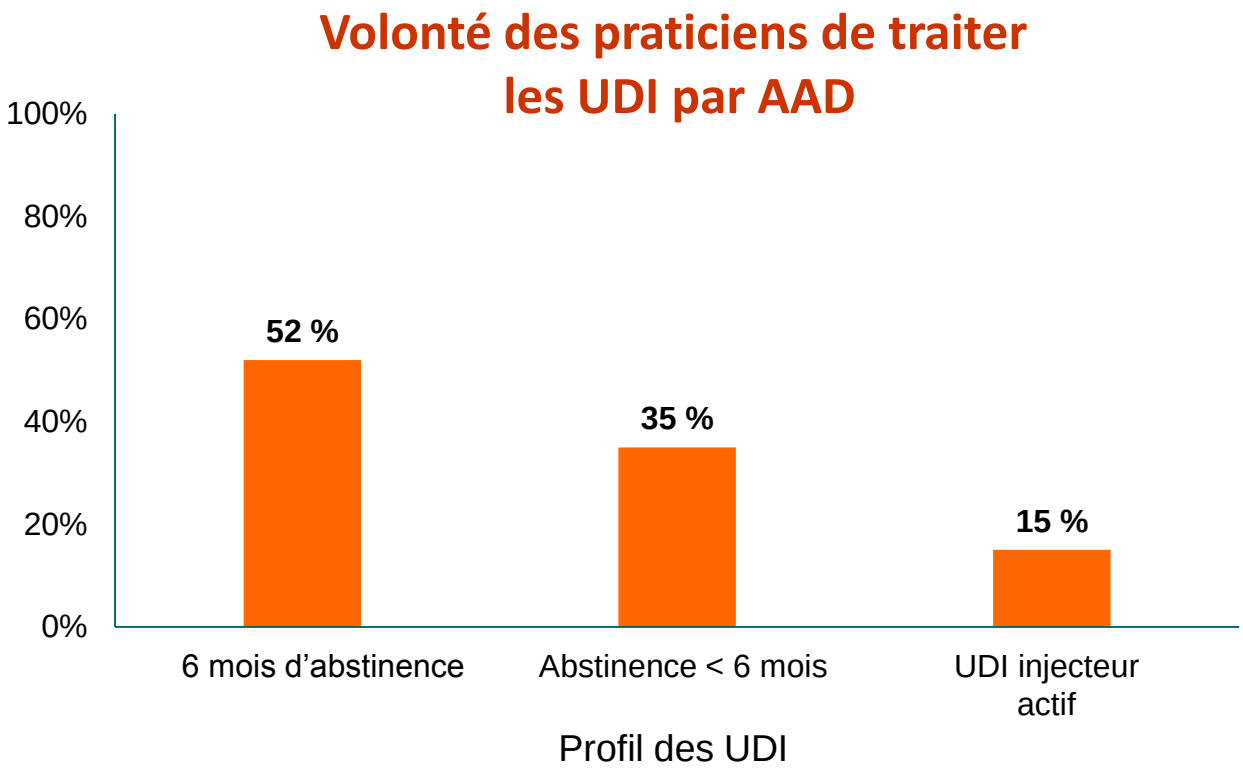
Si vous avez différé des traitements, pour quelles raisons ?

- **Comorbidités psychiatriques 63 %** en 1er motif, seul ou associé, par 8 centres / 24 (33 %)
- **Addiction 38 %** en 1er motif, seul ou associé, par 4 centres / 24 (17 %)
- **Alcool 67 %** en 1er motif, seul ou associé, par 9 centres / 24 (38 %)
- **Problème social 58 %** en 1er motif, seul ou associé, par 8 centres / 24 (33 %)
- **Autre motif 63 %** principalement : cancer, suivi irrégulier, inobservance



Traitement des UDI : il faut convaincre les prescripteurs aussi !

- Enquête de pratique réalisé auprès de prescripteurs d'AAD aux Etats-Unis



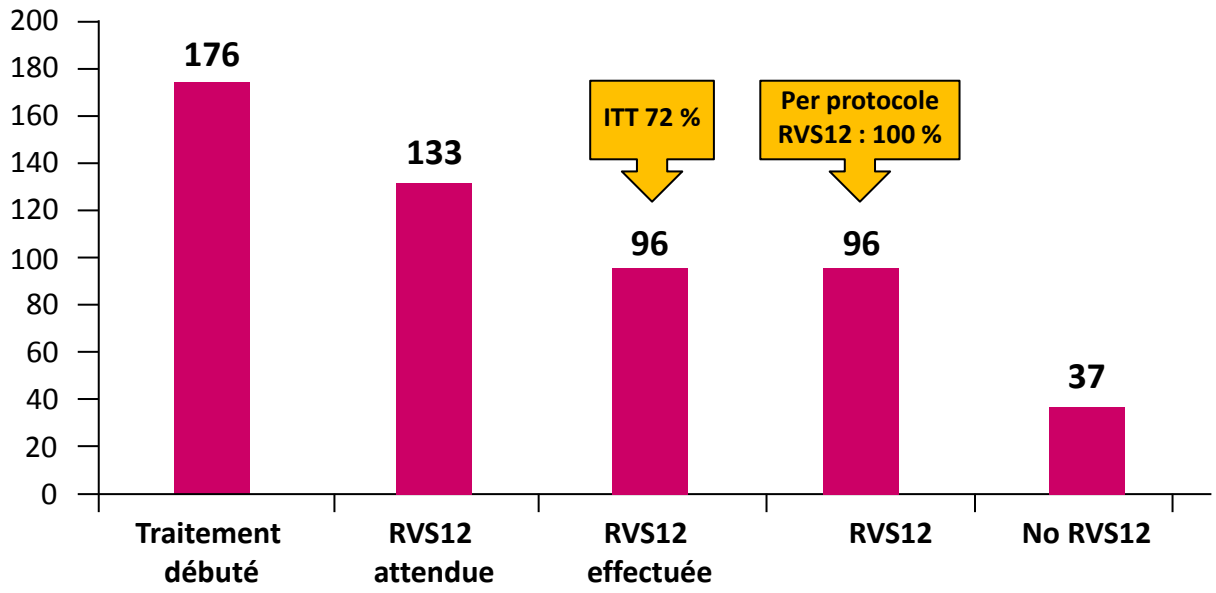
- Pour mémoire toutes les recommandations de prise en charge du VHC préconisent le traitement des UDI quelque soit l'importance de leur addiction

Norton B, Etats-Unis, INHSU 2017, Com orale

Délivrance des AAD aux patients fortement marginalisés dans un centre de soins primaire

- 233 patients VHC+ évalués pour un traitement par AAD jusqu'en juillet 2017
  Age médian 45 ans, aborigènes 28 %, SDF 36 %, sans emploi 88 %.
  UDI actifs 73 %, sous TSO 41 %. G1 58 %, G3 37 %. Co-infection VIH/VHC 11 %
- 176 ont débuté le traitement et 133 ont atteint la RVS 12 au 31/07/2017
- 39 % ont bénéficié d'un soutien intensif (délivrance journalière ou hebdomadaire, délivrance en prison, en unités de psychiatrie, dans centres d'accueil pour SDF …)

Résultats virologiques



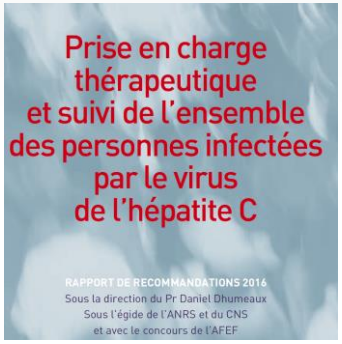
Patients n'ayant pas atteint la RVS12 (n = 37)

- 4 décès (3 overdoses, 1 inconnu)
- 6 perdus de vue
- 1 traitement différé
- 1 en attente
- 25 en retard pour la visite RVS12

Facteurs associés :

- SDF (OR 3,7, 95%CI, 1,0-12,9 ; p = 0,042
- Polyconsommation (OR 3,3, IC 95% : 0,8-13,9 ; p = 0,109

Chronister KJ, Australie, INHSU 2017. Com orale



6. Dans ces conditions, l'observance du traitement et les taux de réponse virologique soutenue sont similaires chez les UDI (même chez les UDI « actifs ») et chez les autres patients non UDI.
7. Le risque de recontamination chez les UDI, particulièrement chez les injecteurs actifs, nécessite d'amplifier les actions de RDR, utiles plus que jamais, et de poursuivre la prise en charge globale des patients, y compris après la guérison de l'infection à VHC.
8. L'entrée dans le processus de soins, avec un accès effectif au traitement, à la guérison virologique et à la prévention de la recontamination, peut se faire de manière diversifiée en fonction des ressources disponibles, en recherchant une unité de lieu pour l'ensemble des interventions. Les CSAPA et les CAARUD disposent de moyens adaptés et constituent une solution particulièrement pertinente dans ce sens. Dans tous les cas, la construction d'un parcours de santé optimisé et coordonné est indispensable.

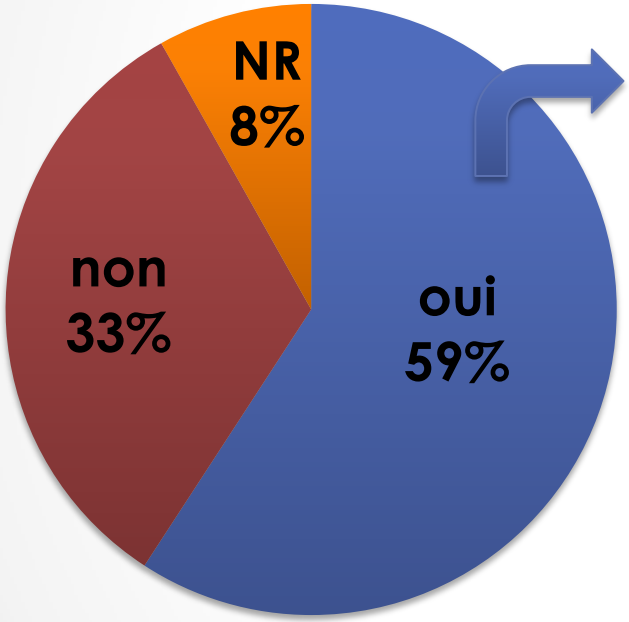
Dépistage des nouvelles contaminations VHC

- 261 nouveaux patients sur 43 centres

Depuis juin 2015, dans quel délai moyen, après la découverte d'une hépatite C, mettez-vous en place le traitement VHC ?

• 0 mois	5	5/35	14 %
• 3-4 mois	10	10/35	29 %
• **6-7 mois**	**18**	**18/35**	**51 %**
• **12-14 mois**	**2**	**2/35**	**6 %**
• NR	14	14/49	29 %

Avez–vous engagé des moyens spécifiques afin que tous les patients VHC+ ARN+ de votre file active soient traités et ce dans une démarche d'éradication du VHC ?

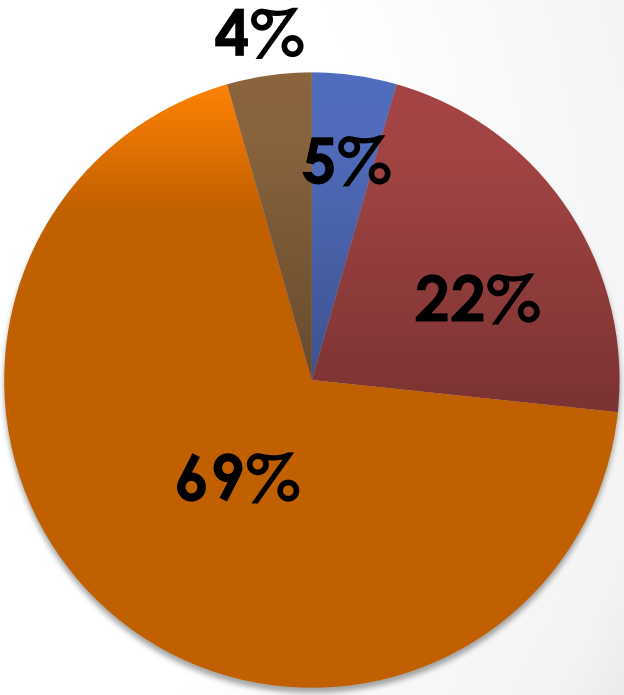


Consultation avancée : 8 centres (28 %)
Ligne téléphonique dédiée : 0
Hépato consultant en Csapa : 2
Education Thérapeutique VHC : 11 (38 %)
Convention inter-établissements : 1
Autre:
- RCP : 10 centres (34 %)
- Screening base de données + RDV : 10 (34 %)
- Information spécifique aux équipes : 2
- Recherche sur perdus de vue : 1

Prévention des recontaminations du VHC chez les patients guéris

A ce jour, vérifiez-vous le statut VHC des patients VIH + guéris du VHC ?

- Oui 45 centres = 92 %
- Non 0
- NR 4



Variabilité et adaptation selon situation individuelle

Fréquence de vérification du statut VHC des patients VIH+ guéris du VHC

Parler sexe, oui mais …

- **Les pratiques sexuelles à risques VHC sont-elles abordées par les cliniciens du service ?**

Non (pas de façon systématique)	1	
Ne sait pas	3	
Oui (le plus régulièrement possible)	**41**	**84 %**
NR	4	

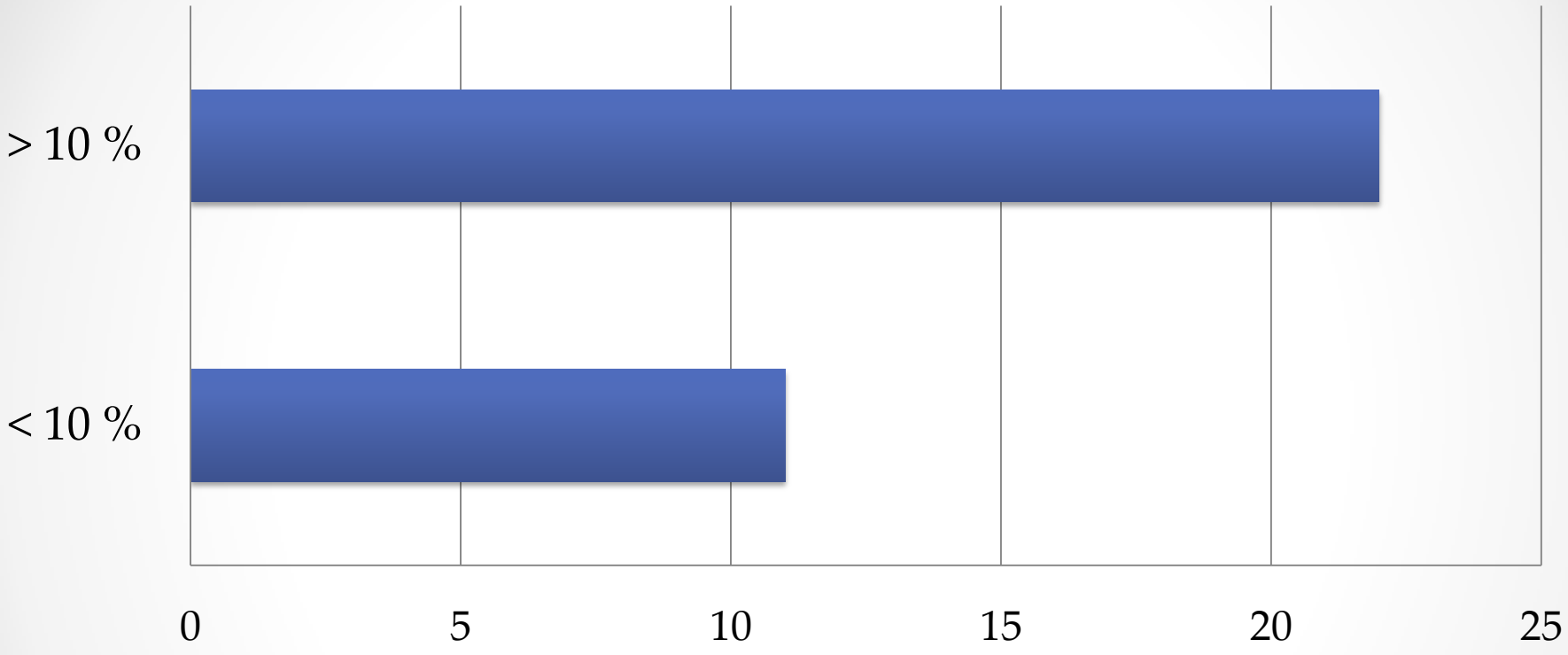
oui mais … comment ?

Avec quelles méthodes abordez-vous le plus souvent les pratiques sexuelles à risques VHC ? (N=41)

• **Questionnement libre**	**37**	**90 %**
• Questions spécifiques dans dossier médical informatisé	3	7 %
• **ETP**	**20**	**49 %**
• Recours au CeGIDD	6	15 %
• Counselling associatif	6	15 %

Les modes d'accompagnement autres que ceux habituellement proposés, ETP et questionnement médical, ne semblent pas émerger.

Evaluation du % de patients VIH+ ayant des pratiques sexuelles à risque VHC



1/3 des centres ne répondent pas à cette question.

La connaissance et l'évaluation des pratiques à risque restent à évaluer et à améliorer

Pratiques à risques, lesquelles ?

SLAM ... **us**
estim

- Les ... risques
  no
- Les
- Ré ... les
  tér
  pro ... es
  qu

Monsieur
JE-SAIS-RIEN

Des idées ?

Que souhaiteriezvous faire pour mieux prévenir ces nouveaux risques de contamination du VHC et pour lesquels éventuellement les moyens vous manquent ?

- Infos aux personnes
- Développer les consultations dédiées
- Actions prévention ciblée / dépistage
- Intégrer ces informations dans les outils informatisés
- Communication/réseaux d'acteurs dont appui des CeGIDD et counselling associatif
- Formation des professionnels

Objectif-0, 1ères pistes de réflexion …

- Eclairage sur situation actuelle. Orientation, hypothèses de travail, pistes de réflexion.
- Objectif d'éradication proche pour les patients VIH/VHC suivis dans un service référent hospitalier. Très bon indicateur !
- Quelques ajustements encore, côté soignants :
  - Évaluation des risques
  - Recommandations actuelles
  - Organisation des soins et des dépistages
  - Information aux patients
- Besoins de formations ? Place de l'innovation ?
- Question des hépatites C aiguës ?
- Certains centres font remarquer des différences importantes de problématiques selon les territoires et population suivie

Phase 2 pour affiner le questionnement ! Juin 2018

Remerciements

- Ceux et ce estionnaires
- Les Tecs et
- Magali Fau
- Gilead pou
- La SFLS
- Nice … Pie