



Objectif **0** inf ?

Synthèse Phase 1

Annonce Phase 2

Présentation de l'enquête

Cette étude est née de la réflexion d'un groupe de travail, constitué ensuite en Comité Scientifique, sur l'activité "hépatite C" des centres VIH après plus de deux années de mise à disposition des molécules anti-VHC (DAA) et à l'heure du traitement universel peu à peu élargi : quelle est la proportion de patients traités ? Quels sont les obstacles, les moyens mobilisés, les besoins pour entrevoir la perspective d'éradication au niveau des centres cliniques ? Quelles sont les initiatives originales déployées ? Quelle organisation pour dépister et prévenir la re-contamination VHC des personnes vivant avec le VHC ? Quel devenir des RCP ?

Les résultats sont envisagés de manière globale, avec une analyse d'intérêt général, et peuvent aussi être un support pour chaque service à se poser ces mêmes questions sur l'activité récente et à venir autour du VHC. Au delà des chiffres, l'étude visait à faire remonter des expériences, des améliorations originales du parcours de soin, qui pourraient être mutualisées, tout comme les manques organisationnels. L'objectif était aussi que les réponses permettent d'adapter l'offre de formation de la SFLS sur cette thématique VIH-VHC.

Objectifs de l'enquête

- **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.**

Comité scientifique

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

Annexes

2 présentations :

- Gilles Pialoux (Nice, octobre 2017)
- Anne Simon (Marseille, novembre 2017)

Méthodologie

- **Mars-Avril 2017** : étape préliminaire de mise à jour du fichier de contacts et d'une première information aux TEC, parallèlement aux COREVIH.
- **Avril-Juin 2017** : mise en place d'une page internet dédiée à l'enquête pour lancement d'une communication numérique.

Synthèse des axes de communication pré-lancement :

- Tous les contacts recensés pendant la 1ère étape (avril) ont reçu un mail avec un lien de participation.
- Les COREVIH (28) ont reçu une information sur le lancement de l'enquête pour demander de relayer le plus largement possible et de faciliter le projet par la mise à disposition de temps TEC. Comme pour l'enquête "Parcours", la SFLS a sollicité directement les COREVIH en les invitant à soutenir ce nouveau projet et les informant qu'elle souhaite en tenir compte pour adapter son offre de formation et de travail collectif.
- Les contacts TEC de la SFLS ont reçu une information sur le lancement alors que seulement celles et ceux qui avaient été désigné.es référent.es lors de la 1^{ère} étape ont reçu un lien de participation pour le cas où on leur demanderait de répondre.
- Annonce de l'enquête à diverses occasions auprès de contacts directs pouvant être relays dans les équipes concernées

Plusieurs moyens de participer :

- soit par un mail d'invitation à tous les contacts recensés
- soit par une demande directe d'un lien de participation sur la page internet
- soit par une demande par mail pour recevoir le formulaire de l'enquête si on rencontrait des difficultés techniques à participer en ligne

Une fois en possession de ce lien, on pouvait répondre à l'enquête en ligne. Une seule personne désignée pour une équipe répondait en identifiant clairement le centre répondeur. Le mot « centre » désigne ici une équipe hospitalière qui a répondu et qui a identifié clairement le responsable de l'unité hospitalière et un contact répondeur pour l'enquête.

Logiciel d'enquête :

L'enquête est mise en ligne avec **LimeSurvey**, premier logiciel open source de sondages comme solution professionnelle. Ce choix de logiciel permettait de construire un questionnaire complexe, aux questions variées et assez simplement de faire des mailings d'invitation avec gestion du suivi.

Lancement de l'enquête phase-1 : 8 juin 2017

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

Derniers formulaires reçus le 27/09/17

Au total 120 centres (services) hospitaliers potentiellement répondeurs :

centres ayant reçu un lien de participation

Répartition des centres recensés en avril, selon niveau de file active VIH déclarée :

A < 100 = 34 %

B de 100 à 1 000 = 57 %

C > 1 000 = 9 %

Résultats de la phase 1

49 centres répondeurs = 41 % du potentiel de centres au lancement

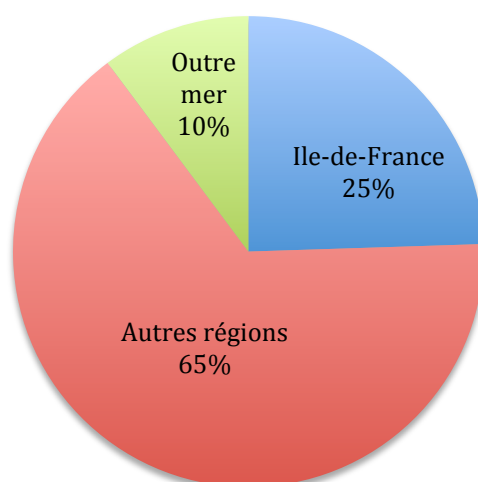
Métropole = 44

- AP-HP = 12

- Province = 32

Outre-Mer = 5

zone géographique des répondeurs



Traitement VHC des patients co-infectés dans les files actives hospitalières

Depuis juin 2015, date des recommandations AFEF et du Rapport d'Experts dit « Rapport Morlat », il est possible de traiter le VHC des patients VIH+ indépendamment de leur stade de fibrose dans les conditions larges de remboursement des traitements anti VHC (Direct Active Antiviral)

[question n°7] Quelle est la file active 2016 (définie par au moins un passage par an dans le centre) de patients VIH+ suivis dans le centre où vous exercez ?

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

Taille des centres répondeurs :

- A < 100 2 centres 4,1 %
- B de 100 à 1 000 35 centres 71,4 %
- 1/3 entre 100 et 200 patients dans la file active VIH 2016
- 1/3 entre 200 et 500
- 1/3 entre 500 et 1 000
- C > 1 000 12 centres 24,5 %

[8] Combien y a-t-il de patients VHC+ (définis par anticorps anti VHC + quel que soit le statut ARN, positif ou négatif ou inconnu) dans la file active de patients VIH + en 2016 ?

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

- 13 % de la file active VIH des répondeurs
- Variabilité importante entre centres, non liée à la taille mais aux spécificités de territoires ou de recrutement

[9] Combien y a-t-il de patients VHC+ répliquants (définis par anticorps anti VHC + et ARN positif) dans la file active de patients VIH + en 2016 ?

Patients VHC+ répliquants dans FA 2016 = 869

- Soit 18,5 % des patients VHC+

[10] Entre Juin 2015 et janvier 2017, combien de patients VIH ont été traités pour le VHC+ ?

Patients traités / VHC entre juin 2015 et janvier 2017 = 1 567

[11] Parmi les patients traités pour le VHC, combien sont des "re-traitements" ?

Dont retraitements = 457 (29 %)

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

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

- Souhait du patient d'attendre
- Echec de traitement en attente de "retraitement" avec de nouvelles molécules ou une documentation virologique
- Indication différée au traitement du VHC en raison d'une contre-indication relative?

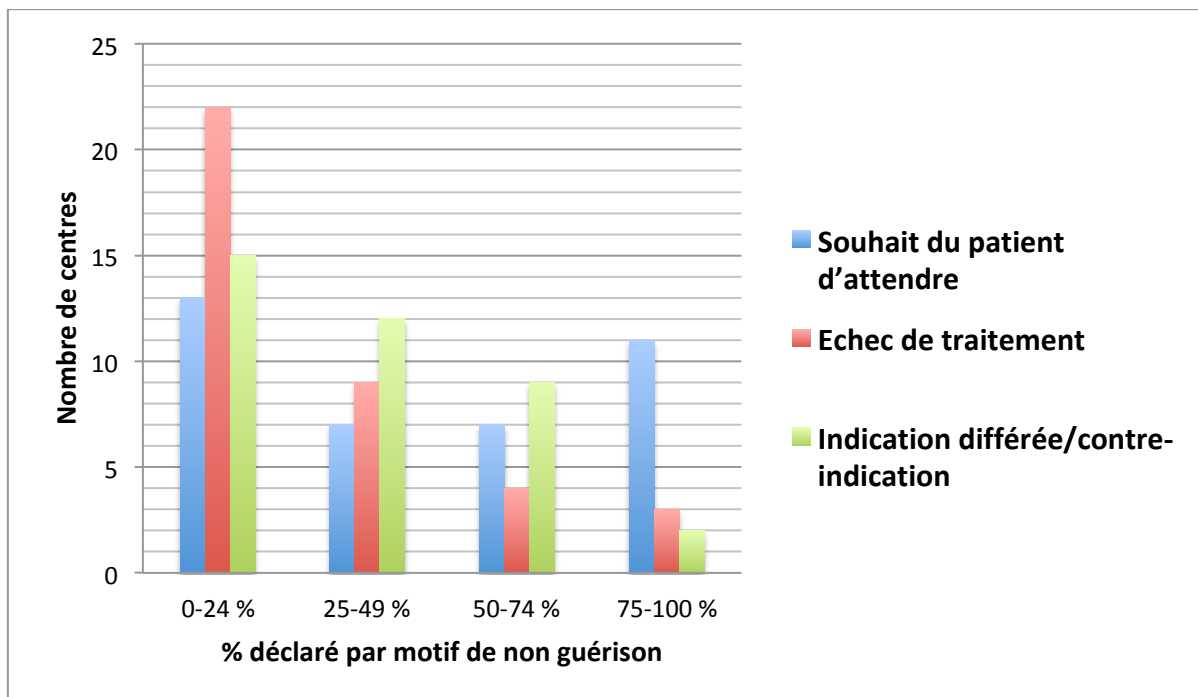
Chaque répondeur était invité à répartir les patients non guéris selon ces 3 raisons.

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

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

Répartition des centres selon la proportion de chaque motif pour expliquer la non guérison en janvier 2017 de certains patients VHC de la file active VIH :

	Souhait du patient d'attendre	Echec de traitement	Indication différée / contreindication
NR	11	11	11
0-24 %	13 (réponse « 0 » = 4)	22 (« 0 » = 14)	15 (« 0 » = 9)
25-49 %	7	9	12
50-74 %	7	4	9
75-100 %	11 (réponse « 100 » = 4)	3 (« 100 » = 1)	2 (« 100 » = 2)



Sur chaque motif séparément, la hauteur du bâton indique le nombre de centre ayant répondu dans chaque tranche de pourcentage. 13 centres ont répondu que le souhait du patient d'attendre représente chez eux moins du quart des situations, 7 centres que ce même motif représente entre 1/4 et la moitié des situations ...

En pourcentage sur les 38 centres répondeurs :	Souhait du patient d'attendre	Echec de traitement	Indication différée/contre-indication
0-24 %	34%	58%	39%
25-49 %	18%	24%	32%
50-74 %	18%	11%	24%
75-100 %	29%	8%	5%

- 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

[13] Si vous avez différé des traitements, pour quelles raisons ?

32 centres concernés par cette question = ayant répondu à la question 12 et avec le motif contre-indication retenu.

8 non réponse sur les raisons de contre-indication = 25 %

- Comorbidités psychiatriques

Motif retenu par 15 centres / 24 (63 %)

en 1^{er} motif, seul ou associé, par 8 centres / 24 (33 %)

- Addiction

Motif retenu par 9 centres / 24 (38 %)

en 1^{er} motif, seul ou associé, par 4 centres / 24 (17 %)

- Alcool

Motif retenu par 16 centres / 24 (67 %)

en 1^{er} motif, seul ou associé, par 9 centres / 24 (38 %)

- Problème social

Motif retenu par 14 centres / 24 (58 %)

en 1^{er} motif, seul ou associé, par 8 centres / 24 (33 %)

- au moins 2 facteurs associés : 14 centres (58 %)
- au moins 3 facteurs associés : 10 centres (42 %)
- les 4 facteurs associés : 7 centres (29 %)

[14] Commentaire sur d'autres motifs de différer un traitement VHC que vous auriez rencontrés :

Autre pathologie et irrégularité du suivi sont les commentaires qui reviennent le plus souvent.

Cancer, leucopénie, multiples comorbidités

Difficultés d'observance

Départ géographique projeté à court terme

Suivi irrégulier

Patients en cours de traitement mais pas encore indétectables

Attente pour inclusion dans un essai thérapeutique

Retour récent dans le système de soins après perte de vue

Patient âgé

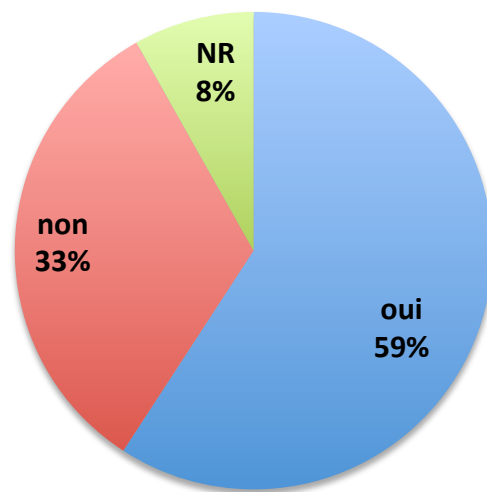
Motifs psychiatriques

Données mal renseignées dans le DMI

[15] 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 ?

- Oui 29 59 %
- Non 16 33 %
- NR 4 8 %

Moyens spécifiques engagés dans une démarche d'éradication du VHC ?



[16] Si oui

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

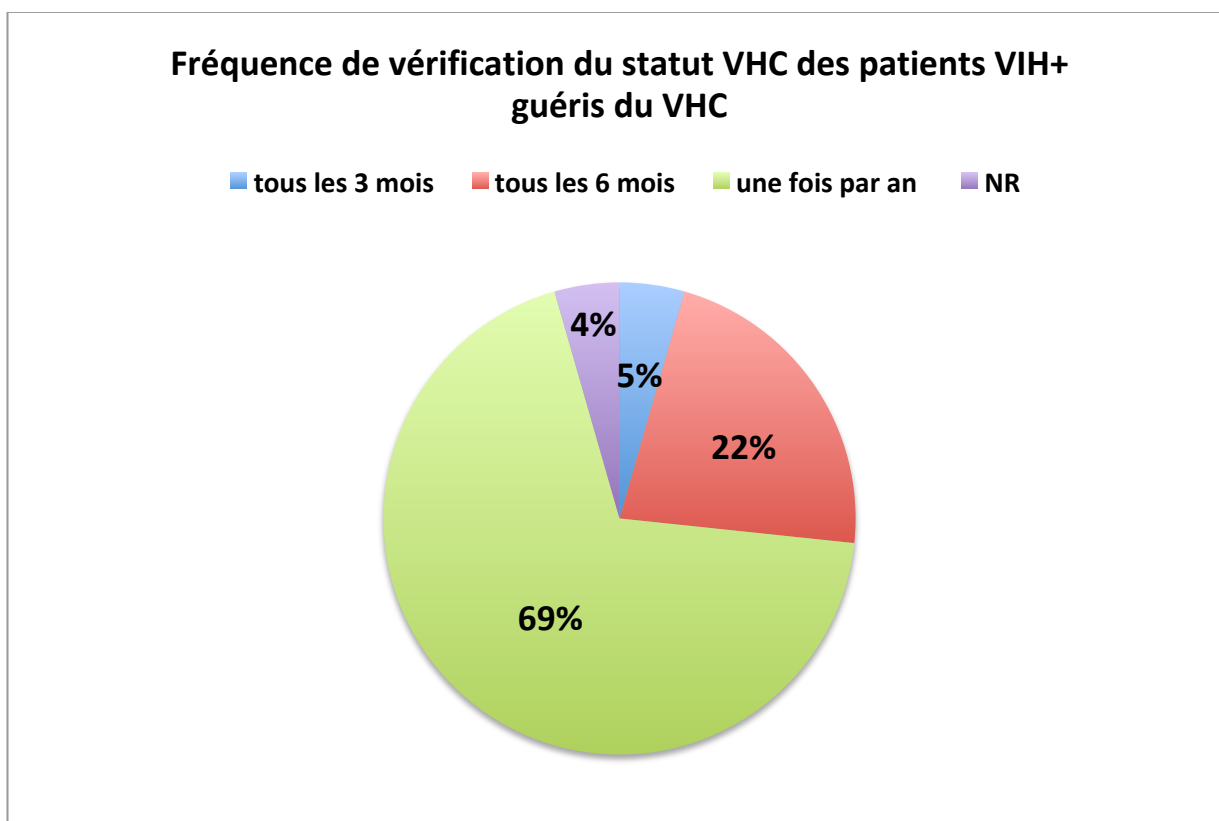
Prévention des re-contaminations du VHC chez les patients guéris

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

- Oui 45 92 %
- Non 0
- NR 4

[18] Si oui

- tous les mois 0
- tous les 3 mois 2
- tous les 6 mois 10
- **Une fois par an 31**
- NR 2



Les centres déclarent que la variabilité est liée à l'adaptation nécessaire aux situations individuelles.

[19] 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

16 % des centres ne répondent pas, ne savent pas ou n'abordent pas ces questions de façon systématique.

[20] Si oui

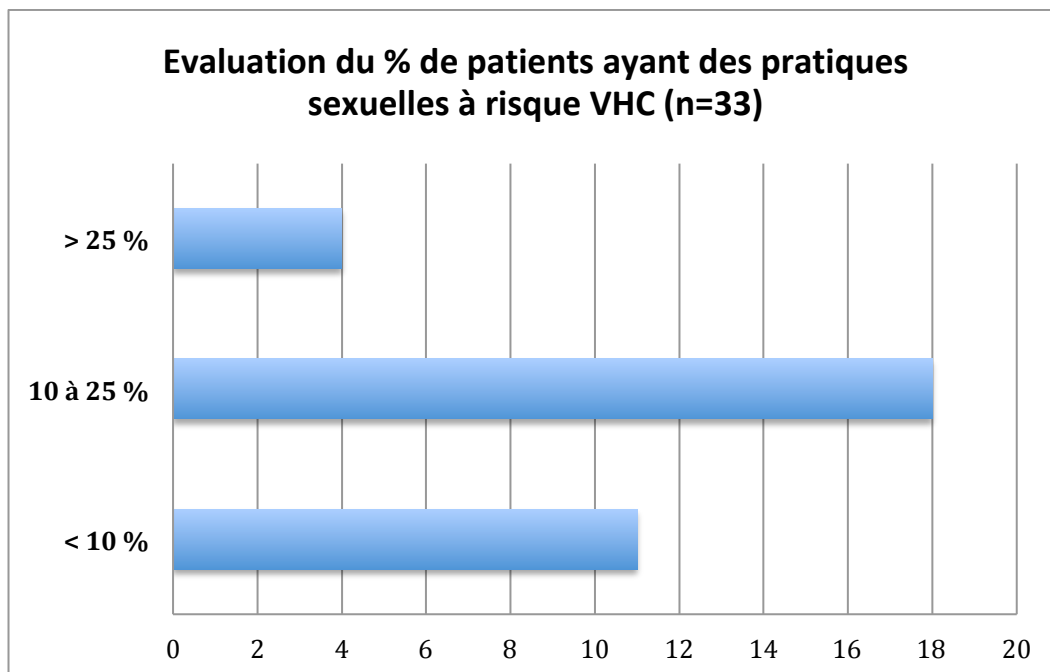
Avec quelle méthode abordez-vous le plus souvent les pratiques sexuelles à risques VHC ?

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

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

[21] A combien, en janvier 2017, estimez-vous le pourcentage de patients VIH+ avec des pratiques sexuelles à risques VHC dans votre file active ?

Un tiers des centres ne répondent pas : 16 centres / 49



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

[22] Parmi les patients pour lesquels vous estimez qu'ils ont des pratiques sexuelles à risques VHC, pouvez-vous estimer le pourcentage selon le type de risques ?

- SLAM
- CHEMSEX (drogues de synthèse)
- o parmi les "ChemSex", quel pourcentage estimez-vous de pratiques de type Fist Fucking ?

Sur 33 centres ayant estimé le % de patients avec des pratiques sexuelles à risque, 8 ne répondent pas sur la répartition selon les risques : 24 %

- Les réponses sont très dispersées et variables
- Résultats non exploitables statistiquement MAIS qui témoignent nettement d'un besoin d'information sur les pratiques, les risques et les moyens pour aborder ces questions

[23] Que souhaiteriez-vous faire pour mieux prévenir ces nouveaux risques de contamination du VHC et pour lesquels éventuellement les moyens vous manquent ? Question ouverte

Infos aux personnes

- Plus d'informations dans les populations à risques
- Allez chercher la communauté festive non VIH+
- Information dans les lieux de rencontre HSH
- Meilleure connaissance des risques par les patients : mise en place de documentation sur ces risques (chemsex, ...) à distribuer aux patients.
- Sensibilisation des communautés religieuses
- Information sur le terrain dans la communauté homosexuelle
- Des plaquettes pédagogiques "universelles" (non militantes, ni gore)
- Livret d'information sur les risques de ces pratiques et la réduction de ces risques.
- Enquête sur les réseaux sociaux évaluant les connaissances des populations (Questions/Réponses avec informations).
- Lancer des campagnes d'informations sur les risques de ces nouvelles pratiques pour faire prendre conscience que l'hépatite C peut être transmise de façon sexuelle.
- Information auprès du public cible

Développer les consultations dédiées

- Renforcer les consultations médicales "Prep" et proposer un dépistage du VHC plus régulièrement aux personnes à risque (HSH notamment) au même titre que les autres IST (Syphilis, gonocoque, chlamydia)
- Aide psychiatrique addictologique
- Mettre en place une consultation dédiée
- augmenter le nombre de consultations d'ETP mais manque de moyens
- ETP
- atelier collectif ETP sur MST
- instauration d'un consultation en addictologie
- Mise en place d'un atelier collectif d'ETP ayant pour thèmes les IST et les drogues festives

- créer consultation addictologie spécifique aux HSH-manque
- consultation sexologue dans le service
- parcours de soins mieux identifié pour les patients avec addiction de chemsex/slam

Actions prévention/dépistage

- Dépistage large échelle
- Relation avec associatifs pour prévention, explication
- Dans l'offre de prévention, dépistage en santé sexuelle (outil DPI Type Nadis, cupidon ...):
- Mise à disposition des TRODs pour utilisation dans les milieux festifs en collaboration avec l'association AIDES
- Interventions dans les milieux festifs des groupes à risque, ce qui sous-entend la prise en compte des actions hors les murs comme une activité professionnelle
- Missions d'information/Prévention sur les lieux de pratiques.
- TROD VHC sur les lieux de rencontre à risques (évaluer l'utilisation).
- mieux connaître le bon rythme de dépistage
- Prévention dans les "sex parties"

Intégrer ces informations dans les outils informatisés

- Intégrer les données renseignant sur les pratiques à risque dans un volet santé sexuel au niveau des dossiers informatisés
- Intégrer dans ces DPI des échelles et scores permettant de mieux évaluer au plan épidémiologique ces pratiques à risque (avec des échelles aussi d'autoévaluation des prises de risque par les patients)
- Intégrer les données renseignant sur les pratiques à risque dans un volet santé sexuel au niveau des dossiers informatisés patients non seulement pour les PVVIH de nos cohortes mais aussi pour les usagers des ceGIDDs et autres structures impliqués dans l'offre de prévention, dépistage en santé sexuelle
(outil DPI Type Nadis, cupidon ...):

Communication/réseaux d'acteurs

- Patients non seulement pour les PVVIH de nos cohortes mais aussi pour les usagers des ceGIDDs et autres structures impliqués
- Lien étroit avec le CeGIDD
- Meilleurs liens avec les associations. Avoir une communication commune pour en parler
- Counselling associatif

Formation des professionnels :

- Avoir une ou des formations à cette problématique pour pouvoir l'aborder dans de bonnes conditions avec nos patients
- Formation du personnel en santé sexuelle
- Groupes de support
- formation des médecins à la sexualité
- Disposer d'un guide d'entretien, et/ou d'autoquestionnaires validés pour apprécier les conduites à risque.
- Connaissances insuffisantes pour évaluer les pratiques, probablement sous-estimées
- sensibilisation et formation des soignants
- Mise en place de réunions d'information des acteurs du dépistage et du soin

Dépistage des nouvelles contaminations VHC

[24] Depuis juin 2015, dans votre centre, suite à la recherche systématique du statut VHC des patients qui consultent pour la 1ère fois (VIH, TPE, PrEP, Dépistage), combien avez-vous détecté de nouveaux patients VHC positifs (en dehors des recontaminations) ?

261 nouveaux patients sur 43 centres

Pas d'effet centre significatif, seuls 3 centres se distinguent par un nombre plus important de nouveaux patients détectés selon leur niveau de file active VIH.

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

0-1 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 %)

RCP

[26] Suite aux dernières informations sur le traitement universel avec certaines associations de DAA, et dans l'attente des nouvelles recommandations AFEF, quelle est votre organisation de RCP (en janvier 2017) ?

Non Réponse = 5

- Poursuite à l'identique des RCP autonomes = 10
- Restriction des RCP autonomes aux cas complexes de co-infections VIH-VHC = 23
- Poursuite à l'identique des RCP, mixtes avec service d'Hépatologie = 2
- Restriction des RCP aux cas complexes, mixtes avec service d'Hépatologie = 7
- Arrêt des RCP = 0
- Autre = 2 : concertation avec hépato en amont, RCP organisées par le service d'hépatologie

Commentaire

[27] Vous souhaitez laisser un commentaire au sujet de vos réponses à ce formulaire, utilisez le cadre ci- dessous :

- Notre file active se compose essentiellement de patients migrants qui ne s'intègrent pas ou peu dans les pratiques sexuelles à risques VHC que vous décrivez. La population homosexuelle représente 8% de la file active (une quarantaine de patients), et nous avons trop peu d'informations sur leurs pratiques pour en évaluer les risques.
- Dès la mise en place des RCP mixtes, nous n'avons rencontré aucun frein à l'instauration des traitements VHC, 4 patients ont été traités et sont aujourd'hui guéris. Un seul traitement est en attente, la patiente ayant décidé de débiter son traitement à son retour d'un voyage dans son pays d'origine.
- Population suivie n'est pas concernée par ces pratiques.
- Nous n'avons pas dépisté de VHC chez les nouveaux patients pris en charge pour la 1ère fois mais 1 HC aigue chez un patient suivi de longue date et pas dans le cadre d'une recontamination. La question concernant les HC aiguës n'existe pas dans le questionnaire
- Nous ajustons le contrôle de la sérologie au contexte du patient : la plupart de nos PVVIH/VHC sont des contaminations anciennes (toxico IV, transfusion, autre cause nosocomiale et très peu de transmission sexuelle ...); de fait le suivi de la sérologie VHC annuel est discutable sur le long cours chez ces patients (au delà des deux contrôles pour affirmer la guérison virale) alors que nous le faisons de manière pluriannuelle pour les exceptionnels patients à haut risque de recontamination de notre file active.
- « pratiques sexuelles à risques VHC ? » Réponse approximative ainsi que pour les pratiques à haut risque car nous n'avons pas du tout les mêmes profils épidémiologiques qu'en métropole (transmission HSH < 25% parmi population masculine ...et prévalence globale du VHC de l'ordre de 4% ...); néanmoins la part des contaminations homosexuelles augmente sensiblement d'année en année plus chez les jeunes hommes mais pas seulement donc à surveiller (mais données sur ces situations de haut risque pas chiffrable pour l'instant)
- en préambule qu'entend-t-on par statut : séro VHC + +/- ARN VHC + ?? Nous avons répondu un chiffre "approximatif" comptant les personnes dépistées VHC + avec ARN VHC + uniquement : zéro nouveau cas dans la file active sur cette période (2 séro VHC + mais ARN VHC -); aucun cas dans le cadre de la gestion des AES ni dans celle beaucoup plus réduite des Prep (4 patients en PREP au total pour notre centre) ; in fine 3 patients ARN VHC+ dépistés au CeGIDD (sur 11 sérologies + dont 8 avec ARN nég): de plus parmi ces 3 personnes au moins deux probablement connaissaient déjà leur statut VHC avant de venir au CeGIDD
- "Délai moyen de mise sous traitement" : j'ai répondu 6 mois car réponse obligatoire mais en pratique aucun patient traité entre 06/2015 et 01/2017 n'était un nouveau patient dépisté ... il s'agit donc d'une réponse "théorique" non adaptée...
- les questions concernant les pratiques sexuelles à risques n'ont pas pu être renseignées faute de données informatisées. Il n'est pas possible de donner des réponses pertinentes pour réaliser une bonne évaluation.

Calendrier phase 2

- lancement courant mai 2018
- page internet dédiée : le lien sera transmis avec le message d'ouverture de l'enquête
- présentation au congrès de Reims, octobre 2018



Pour mener cette enquête, la SFLS a bénéficié d'un soutien de

