

Hépatites B et C en populations spécifiques // Hepatitis B and hepatitis C in specific populations in France

Coordination scientifique // Scientific coordination

Cécile Brouard et Sophie Vaux, Santé publique France, Saint-Maurice, France

Et pour le Comité de rédaction du BEH : Damien Mouly, Santé publique France, Cire Occitanie, Toulouse, France

SOMMAIRE // Contents

ÉDITORIAL // Editorial

« Aller vers »... // "Outreach".....p. 252

Daniel Dhumeaux

Centre hospitalier universitaire Henri Mondor,
Université Paris-Est, Créteil

ARTICLE // Article

Activité de dépistage du VIH et des hépatites B et C au sein des Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) en France. Bilan de quinze années de surveillance, 2001-2015 // Free and anonymous HIV and hepatitis B and C screening in France. A review of fifteen years of monitoring (2001 to 2015).....p. 254

Corinne Pioche et coll.

Santé publique France, Saint-Maurice, France

ARTICLE // Article

Prise en charge des populations précaires fréquentant les permanences d'accès aux soins de santé, atteintes d'hépatites et ayant bénéficié d'une proposition systématique de dépistage : étude PrécaVir 2007-2015 // Management of precarious populations after systematic testing of hepatitis B and C in primary healthcare settings in France: the PRECAVIR study 2007-2015.....p. 263

Françoise Roudot-Thoraval et coll.

Service de santé publique, Groupe hospitalier Henri Mondor,
Créteil, France

ARTICLE // Article

Infections par le VHB et le VHC chez les personnes migrantes, en situation de vulnérabilité, reçues au Comede entre 2007 et 2016 // HBV and HBC infections among vulnerable migrants received at the COMEDE Health Centre (France) between 2007 and 2016p. 271

Pascal Revault et coll.

Comede (Comité pour la santé des exilés), Hôpital Bicêtre,
Le Kremlin-Bicêtre, France

ARTICLE // Article

L'hépatite C en milieu carcéral en France : enquête nationale de pratiques 2015 // Hepatitis C in prison settings in France: a national survey of practices for 2015p. 277

André-Jean Remy et coll.

Unité sanitaire et équipe mobile hépatites,
Centre hospitalier de Perpignan, France

ARTICLE // Article

Comparaison des profils, pratiques et situation vis-à-vis de l'hépatite C des usagers de drogues russophones et francophones à Paris. Enquête ANRS-Coquelicot, 2011-2013 // Comparison of social profiles, practices and situation toward hepatitis C among Russian-speaking and French-speaking drug users in Paris, France. ANRS-Coquelicot Study, 2011-2013p. 285

Marie Jauffret-Roustide et coll.

Cermes3 (Inserm U988 / CNRS UMR 8211 / École des hautes études en sciences sociales / Université Paris Descartes),
Paris, France

La reproduction (totale ou partielle) du BEH est soumise à l'accord préalable de Santé publique France. Conformément à l'article L. 122-5 du code de la propriété intellectuelle, les courtes citations ne sont pas soumises à autorisation préalable, sous réserve que soient indiqués clairement le nom de l'auteur et la source, et qu'elles ne portent pas atteinte à l'intégrité et à l'esprit de l'oeuvre. Les atteintes au droit d'auteur attaché au BEH sont passibles d'un contentieux devant la juridiction compétente.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur <http://inv.santepubliquefrance.fr>

Directeur de la publication : François Bourdillon, directeur général de Santé publique France
Rédactrice en chef : Judith Benrekassa, Santé publique France, redaction@santepubliquefrance.fr
Rédactrice en chef adjointe : Jocelyne Rajnchapel-Messaï
Secrétaire de rédaction : Farida Mihoub
Comité de rédaction : Juliette Bloch, Anses; Cécile Brouard, Santé publique France; Sandrine Danet, HCAAM; Cécile Durand/Damien Mouly, Cire Occitanie; Mounia El Yamani, Santé publique France; Bertrand Gagnière, Cire Ouest; Romain Guignard, Santé publique France; Françoise Hamers, Santé publique France; Nathalie Jourdan-Da Silva, Santé publique France; Valérie Olié, Santé publique France; Sylvie Rey, Drees; Hélène Therre, Santé publique France; Stéphanie Toutain, Université Paris Descartes; Philippe Tuppin, CnamTS; Agnès Verrier, Santé publique France; Isabelle Villena, CHU Reims.
Santé publique France - Site Internet : <http://www.santepubliquefrance.fr>
Préresse : Jouve
ISSN : 1953-8030

« ALLER VERS »...

// "OUTREACH"...

Daniel Dhumeaux

Coordonnateur des rapports de recommandations hépatites B et C 2014 et 2016, Président du comité de suivi des recommandations, Centre hospitalier universitaire Henri Mondor, Université Paris-Est, Créteil

Ce nouveau numéro du BEH, diffusé à l'occasion de la journée nationale « hépatites virales » du 20 juin 2017, tient encore une fois ses promesses.

Il est consacré dans son intégralité à l'une des préoccupations dominantes du champ des hépatites virales, la prise en charge des populations dites « vulnérables ». Ces populations sont marquées par une ou plusieurs caractéristiques de fragilité, du fait de leur santé, leur statut économique et social, leur mode de vie, leur éducation, qui les rendent difficilement accessibles, les tiennent éloignées des systèmes de prévention et de soins et, en outre, les exposent à un risque élevé d'infection virale.

Parmi elles, près de 50 000 *usagers de drogues* (UD) sont infectés par le VHC en France métropolitaine, d'après Santé publique France¹. Leur vie est menacée par les conséquences de cette infection et ils en constituent le principal réservoir de transmission. L'accès au traitement par les très efficaces antiviraux d'action directe (AAD), désormais universel, va permettre à la fois de protéger la santé de ces patients et de contrôler l'endémie, pourvu que des mesures renforcées de réduction des risques soient associées. Il faut faire vite.

Les UD sont très diversifiés et toutes les études qui permettent de mieux les caractériser sont bienvenues. M. Jauffret-Roustide et coll. ont analysé à Paris les profils, les pratiques et l'accès aux soins d'UD russophones, venant de pays de l'ex-bloc soviétique, par comparaison aux UD francophones. Les auteurs mettent en évidence dans cette population : (i) une séroprévalence de l'hépatite C de près de 90% (deux fois plus élevée que chez les francophones), (ii) un meilleur niveau d'études, mais des conditions de vie plus précaires que chez les francophones, traduisant un déclassement social, en lien avec la migration. De telles études sont précieuses, permettant d'adapter la prise en charge sanitaire et sociale des patients à leur profil.

Chez les *personnes détenues*, la prévalence de l'infection chronique par le VHC est estimée en France à 2,5%², soit environ 1 500 détenus. Cette prévalence, cinq fois supérieure à celle de la population générale, s'explique principalement par l'usage de drogues par voie veineuse. Des données sur les pratiques de dépistage et de prise en charge de l'hépatite C en milieu pénitentiaire sont apportées par le travail d'A.J. Remy et coll., qui repose sur une enquête réalisée en 2015 auprès des 168 unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) et qui montre que : (i) le dépistage de l'infection virale C est effectif pour 70% des personnes détenues, (ii) l'évaluation non invasive de la fibrose

hépatique est réalisable dans la plupart des USMP et plus de la moitié d'entre elles bénéficient d'une consultation spécialisée sur site, (iii) les deux-tiers des USMP ont initié au moins un traitement par AAD en 2015, mais un programme d'éducation thérapeutique n'existe que dans une USMP sur six. Au regard des contraintes pénitentiaires et sanitaires, ces résultats sont encourageants, avec cependant d'importantes disparités entre les USMP, qu'il faudra corriger. Dans le rapport de recommandations 2016 sur la prise en charge des personnes infectées par le VHC³, les mesures nécessaires pour un dépistage, un accès au traitement et un suivi optimal des personnes détenues et celles indispensables de réduction des risques ont été identifiées. Elles ont vocation à s'appliquer à toutes les USMP, incluant une formation adaptée des équipes et un lien identifié avec un médecin spécialiste de l'hépatite C. La dynamique semble enclenchée. Un nouvel état des lieux se doit d'être programmé à moyen terme.

Estimée à près de 50 000 personnes infectées en 2011¹, la population des *migrants* est l'une des plus touchées par l'hépatite C. Elle figure parmi les populations pour lesquelles les objectifs de dépistage et d'accès au traitement seront les plus difficiles à atteindre, tant les facteurs de vulnérabilité sont ici multiples, en particulier la précarité sociale et administrative et les discriminations. Dans ce numéro, deux expériences illustrent ces difficultés. Le travail de P. Revault et coll. provient du centre de santé du Comede, qui reçoit en consultation à l'hôpital du Kremlin-Bicêtre un public de migrants récemment arrivés en France, originaires de pays divers et particulièrement vulnérables. Le bilan de santé systématiquement proposé comporte le dépistage des infections par le VHB et le VHC, avec les constats suivants : (i) la prévalence des infections chroniques par le VHB et le VHC était particulièrement élevée, respectivement 6,8% et 1,8%, très peu de personnes infectées connaissant déjà leur statut, (ii) près de la moitié des personnes n'étaient pas immunisées et devaient bénéficier d'un rattrapage vaccinal contre le VHB, (iii) les personnes infectées par le VHC cumulaient davantage de facteurs de vulnérabilité que celles infectées par le VHB. La seconde expérience, rapportée par F. Roudot-Thoraval et coll., concerne aussi le dépistage systématique des infections à VHB et à VHC, ici réalisé dans deux permanences d'accès aux soins de santé (PASS) à Créteil. Les migrants y étaient majoritairement originaires d'Afrique subsaharienne et, pour la plupart, demandeurs d'asile ou en séjour irrégulier. Dans cette étude : (i) les prévalences de l'antigène HBs et des anticorps anti-VHC étaient

respectivement de 7,4% et de 3,1% et, là aussi, très peu de patients connaissaient leur infection, (ii) l'accès à une consultation spécialisée et à un bilan virologique a été possible dans 90% des cas et un traitement a été institué chez la plupart des patients atteints d'hépatite B et la moitié de ceux atteints d'hépatite C, (iii) à deux ans, les deux-tiers des patients étaient toujours suivis. Ces deux expériences confirment, s'il en était besoin, la forte prévalence des infections virales B et C dans la population des personnes migrantes. Elles montrent la faisabilité d'une proposition systématique de dépistage de ces infections et la nécessité, chez ces personnes vulnérables, d'un renforcement de la prévention et, particulièrement, de la vaccination contre l'hépatite B. Elles soulignent les difficultés que ces personnes rencontrent dans leur accès aux soins, leur prise en charge thérapeutique et, au-delà, leur suivi, malgré les offres et structures existantes.

En matière de dépistage, il convient de citer les Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), qui ont fourni, pendant près de 20 ans, une information et une offre de dépistage des hépatites B et C aux personnes vulnérables, grâce à un accès gratuit et des actions « hors les murs ». Comme décrit dans l'article de C. Pioche et coll., qui fait le bilan de 15 années de surveillance, ce sont près de 450 000 dépistages des hépatites virales qui ont été réalisés en 2015 par les 350 CDAG réparties sur tout le territoire. La création, en janvier 2016, des CeGIDD (Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic de l'infection par le VIH, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles), nés de la fusion des CDAG et des Ciddist (Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles), doit permettre, notamment, une approche globale de santé sexuelle, dans les mêmes conditions de gratuité, avec la possibilité de vacciner contre l'hépatite B. Les CeGIDD ont également pour mission de mieux cibler les publics les plus éloignés des dispositifs de santé, en garantissant la simplification et la continuité de leur parcours de soins.

Les problèmes de dépistage et de prise en charge des personnes vulnérables ont fait l'objet d'une analyse détaillée dans les rapports de recommandations produits en 2014 et 2016^{3,4}. Les solutions pourraient venir d'expériences conduites en France, telles que celles rapportées dans ce BEH et d'autres qui ont développé : (i) l'intervention d'équipes mobiles dans les quartiers et structures « sensibles », avec la proposition systématique de tests d'orientation diagnostique (TROD) et d'une évaluation de l'état du foie (FibroScan) (Perpignan, Strasbourg), (ii) le rapprochement des professionnels des hépatites des Csapa (Centres de soins en alcoologie et addictologie) et des Caarud (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques liés à l'usage de drogues) et la mise en place, dans ces structures, d'actions coordonnées pour une prise en charge globale des patients (Bordeaux, Lille...), (iii) l'intervention de ces mêmes professionnels dans les centres de détention, notamment pour la formation des personnels dédiés (Montpellier, Fresnes...). Toutes ces initiatives ont en commun l'idée que seules les méthodes ciblant les sites où les personnes se trouvent, en allant

« au-devant d'elles », pourraient être efficaces. Pour autant, le succès implique, à chaque endroit, la mobilisation forte des acteurs concernés, la formation des personnels sur site et le soutien et l'investissement des Agences régionales de santé. Ainsi, en 2016, l'ARS Île-de-France a mis en place une expérimentation avec l'AP-HP, en direction des populations vulnérables, pour le dépistage et la prise en charge de l'hépatite C, incluant pour chaque personne « hors filière de soin classique », un suivi psycho-social, un dispositif d'accompagnement par des médiateurs en santé, des consultations hospitalières précoces et un suivi adapté, l'ensemble combiné à une coordination des acteurs médico-sociaux⁵. Après un an, les premiers résultats suggèrent une forte adhésion des acteurs et des patients au projet, laissant penser que cette initiative pourrait bien servir de modèle.

Pour maîtriser l'endémie d'hépatite C, il reste un long chemin. Mais rien n'aurait été possible sans la décision historique (et courageuse) de Marisol Touraine, de l'accès universel aux nouveaux traitements de l'hépatite C. Alors qu'elle vient de quitter ses fonctions, tous ceux qui l'ont accompagnée dans ce choix peuvent l'assurer de leur reconnaissance.

Nul doute qu'Agnès Buzyn, notre nouvelle ministre, elle aussi avec le soutien des professionnels de santé et des associations de patients, partagera la vision collective d'une nécessaire lutte renforcée contre les hépatites virales et, s'agissant des personnes vulnérables infectées par ces virus, saura « aller vers elles ». ■

Références

[1] Pioche C, Pelat C, Larsen C, Desenclos JC, Jauffret-Roustide M, Lot F, *et al.* Estimation de la prévalence de l'hépatite C en population générale, France métropolitaine, 2011. Bull Epidemiol Hebd. 2016;(13-14):224-9. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=12930

[2] Chiron E, Jauffret-Roustide M, Le Strat Y, Chemlal K, Valentin MA, Serre P, *et al.* Prévalence de l'infection par le VIH et le virus de l'hépatite C chez les personnes détenues en France: résultats de l'enquête Prévacar 2010. Bull Epidemiol Hebd. 2013;(35-36):445-50. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=11794

[3] Prise en charge thérapeutique et suivi de l'ensemble des personnes infectées par le virus de l'hépatite C : rapport de recommandations 2016 sous la direction du Pr Daniel Dhumeaux, sous l'égide de l'ANRS et du CNS et avec le concours de l'AFEF. <http://www.afef.asso.fr/ckfinder/userfiles/files/recommandations-textes-officiels/recommandations/rapportDhumeaux2.pdf>

[4] Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B et ou de l'hépatite C : rapport de recommandations 2014, sous la direction du Pr Daniel Dhumeaux et sous l'égide de l'ANRS et de l'AFEF. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Prise_en_charge_Hepatitis_2014.pdf

[5] Hépatite C : l'ARS Île-de-France et l'AP-HP lancent un parcours de soins pour une meilleure prise en charge des personnes vulnérables. Communiqué de presse, 1^{er} juin 2016. <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/hepatite-c-lars-ile-de-france-et-lap-hp-lancent-un-parcours-de-soins-pour-une-meilleure-prise-en>

Citer cet article

Dhumeaux D. Éditorial. « Aller vers »... Bull Epidemiol Hebd. 2017;(14-15):252-3. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/14-15/2017_14-15_0.html

ACTIVITÉ DE DÉPISTAGE DU VIH ET DES HÉPATITES B ET C AU SEIN DES CONSULTATIONS DE DÉPISTAGE ANONYME ET GRATUIT (CDAG) EN FRANCE. BILAN DE QUINZE ANNÉES DE SURVEILLANCE, 2001-2015

// FREE AND ANONYMOUS HIV AND HEPATITIS B AND C SCREENING IN FRANCE. A REVIEW OF FIFTEEN YEARS OF MONITORING (2001 TO 2015)

Corinne Pioche (corinne.pioche@santepubliquefrance.fr), Lucie Léon, Sophie Vaux, Cécile Brouard, Françoise Cazein, Josiane Pillonel, Florence Lot

Santé publique France, Saint-Maurice, France

Soumis le 13.02.2017 // Date of submission: 02.13.2017

Résumé // Abstract

Introduction – Les Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) ont été mises en place en France en 1988, avec pour objectif de compléter le dispositif de lutte contre le VIH. Au fil du temps, leurs missions ont été élargies au dépistage de l'hépatite C, puis de l'hépatite B. Cet article présente l'évolution de l'activité de dépistage du VIH et de l'hépatite C au sein des CDAG au cours de la période 2001-2015, et de l'hépatite B sur la période 2006-2015.

Méthode – Chaque année, les CDAG ont adressé à Santé publique France le bilan agrégé de leur activité de dépistage VIH (Ac anti-VIH), VHC (Ac anti-VHC) et VHB (Ag HBs), comprenant le nombre de tests réalisés et le nombre de tests positifs par sexe et classe d'âge. Les analyses ont été effectuées en tenant compte des CDAG n'ayant pas répondu une année donnée.

Résultats – Les analyses réalisées sur un nombre constant de CDAG montrent une augmentation de l'activité de dépistage du VIH et du VHC entre les périodes 2001-2005 et 2006-2010, suivie d'une stabilisation, ainsi qu'une augmentation de l'activité de dépistage du VHB entre 2006-2010 et 2011-2015. On observe, à l'inverse, une diminution des taux de positivité pour le VIH (de 4,8%, IC95%: [4,6-5,0] en 2001-2005 à 3,6% [3,5-3,8] en 2006-2010 et à 3,4% [3,3-3,4] en 2011-2015) et pour le VHC (de 11,1% [10,8-11,4] en 2001-2005 à 7,5% [7,2-7,8] en 2006-2010), suivie d'une stabilité des taux sur la dernière période. Le taux de positivité du VHB a diminué entre 2006-2010 et 2011-2015, de 8,9% [8,6-9,2] à 7,9% [7,7-8,1]. Quelle que soit l'infection, le taux de positivité était plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

Le nombre de tests réalisés en 2015 par l'ensemble des CDAG a été estimé à 390 056, IC95%: [351 452-428 661] pour le VIH, à 200 132 [184 154-216 110] pour le VHC et à 236 005 [217 571-254 439] pour le VHB.

Conclusion – L'augmentation importante du nombre de tests de dépistage VIH et VHC entre les deux premières périodes d'étude et la diminution concomitante des taux de positivité pourraient correspondre à un élargissement de l'activité de dépistage vers un public moins exposé à ces deux infections. Il pourrait en être de même pour le VHB entre les deux dernières périodes d'étude. Les données montrent la nécessité de mieux caractériser les consultants pour adapter les stratégies de dépistage ciblé et de renforcer les actions de dépistage en population générale.

Introduction – Free and anonymous counseling and facilities screening (CDAG) have been implemented since 1988, in order to complete the HIV control system. Over time, their missions have been extended for hepatitis C (HCV) and B (HBV) screening. This article presents the evolution of HIV and HCV screening activity in CDAGs over the period 2001-2015 and for HBV over the period 2006-2015.

Method – Each year, CDAGs sent the aggregated assessment of their HIV, HCV and HBV screening activity to Santé publique France, the French national public health agency. The number of tests performed and the number of positive tests by sex and age group were collected. The analyses were conducted by taking into account the non-responding CDAGs during a given year.

Results – The analysis performed on a constant number of CDAGs revealed an increase of HIV and HCV screening between 2001-2005 and 2006-2010 followed by a stabilization and an increase in HBV between 2006-2010 and 2011-2015. Conversely, the positivity rate for HIV decreased at 4.8%, CI95%: [4.6-5.0] in 2001-2005 at 3.6% [3.5-3.8] in 2006-2010, and at 3.4% [3.3-3.4] in 2011-2015 and for HCV (11.1% [10.8-11.4] in 2001-2015 at 7.5% [7.2-7.8] in 2006-2010, followed by a stable rate over the last period. The positivity rate for HBV decreased between 2006-2010 and 2011-2015, from 8.9% [8.6-9.2] to 7.9% [7.7-8.1]. Regardless of the infection, the positivity rate was higher among men than among women. The number of tests performed in 2015 by all CDAGs was estimated at 390,056 [351,452-428,661] for HIV, 200,132 [184,154-216,110] for HCV and 236,005 [217,571-254,439] for HBV.

Conclusion – The significant increase in the number of screening tests of HCV and HIV between the first two study periods, and the decrease in positivity rates could indicate either a scaling up of the screening activity towards a population less exposed to these two infections. It could be the same for HBV between the last two study periods. The data shows the need of a better consultants characteristics descript to adapt the targeted detection strategies and also the need to strengthen screening activities in the general population.

Mots-clés : CDAG, Consultation de dépistage anonyme et gratuit, Dépistage, VIH, Hépatite B, Hépatite C, France
// Keywords: Free and anonymous counseling, Screening, HIV, Hepatitis B virus, Hepatitis C virus, France

Introduction

En France, les Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ont été mises en place en 1988, dans des établissements de santé ou dans des dispensaires antivénériens pour compléter le dispositif de lutte contre le VIH, en assurant des fonctions d'accueil et d'information, d'examen médical et biologique, et d'orientation¹. Au moins une consultation a été créée par département, de manière à offrir, sur l'ensemble du territoire, un dépistage de l'infection par le VIH anonyme et gratuit. En 1993, des antennes de CDAG ont également été mises en place en milieu pénitentiaire. La circulaire de 1998 a permis d'étendre les compétences des consultations au dépistage du VHC et a précisé les objectifs prioritaires des CDAG, dont la nécessité de « rendre le dispositif visible pour tous, de faciliter l'accès au dépistage des personnes préca- risées et des personnes vulnérables aux risques, ainsi que de renforcer la prévention et le lien entre le dépistage et la prise en charge »². En 2000, les CDAG ont été officiellement habilitées à prendre en charge le dépistage de l'hépatite B³. Au 1^{er} janvier 2016, les CDAG ont fusionné avec les Ciddist (Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles) pour donner naissance à de nouvelles entités, les CeGIDD (Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic de l'infection par le VIH, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles), qui proposent une approche globale de la santé sexuelle, dans les mêmes conditions de gratuité, de façon anonyme ou pas, selon le souhait du consultant.

Depuis leur création, le recueil de l'activité des CDAG a permis d'analyser le recours au dépistage anonyme du VIH, du VHC et du VHB⁴. Notre article présente les résultats de cette surveillance sur les 15 dernières années, jusqu'en 2015, dernière année de fonctionnement des CDAG.

Méthode

Chaque année, les CDAG étaient sollicitées pour adresser à l'Institut de veille sanitaire⁽¹⁾ un bilan agrégé de leur activité de dépistage du VIH (anticorps Ac anti-VIH), du VHC (anticorps Ac anti-VHC) et du VHB (antigène Ag HBs). Le nombre de tests réalisés et de tests positifs, distribués par sexe et classe d'âge, ainsi que selon la région de la CDAG et le type

de la structure (CDAG hors prison ou antenne au sein d'un établissement pénitentiaire) étaient recueillis.

Dans le cadre de cet article, il a été convenu d'utiliser les termes suivants :

- **activité de dépistage** : nombre total de tests réalisés, quel que soit le résultat ;
- **taux de positivité** : rapport du nombre de tests positifs sur le nombre de total de tests réalisés. Le taux de positivité est exprimé pour 1 000 tests réalisés (‰).

Évolution entre 2001 et 2015

L'absence d'information sur le nombre exact de CDAG ayant fonctionné chaque année au cours de la période 2001-2015 rend impossible l'estimation de l'activité annuelle de l'ensemble de ces structures. Les analyses ont donc été réalisées à partir d'une sélection de CDAG considérées comme ayant « régulièrement » participé à la surveillance au cours de la période d'étude, définies de la façon suivante : celles ayant participé 1) en début de période de surveillance (au moins une année sur les trois premières années), 2) en fin de période (au moins une année sur les trois dernières années) et 3) au moins pendant sept années pour le VIH et le VHC ou cinq années pour le VHB.

En considérant que les CDAG ayant transmis leur bilan constituaient, chaque année, un échantillon issu d'un sondage aléatoire stratifié par région et par type de CDAG (prison ou hors prison), il a été possible d'estimer l'activité annuelle de dépistage du VIH, du VHC et du VHB dans les CDAG sélectionnées, en tenant compte des non répondantes sur une partie de la période. Les poids de sondage correspondaient à l'inverse du taux de participation. Nous avons pu ainsi analyser les tendances à partir d'un nombre constant de CDAG sur la période, en utilisant la méthode des moindres carrés pondérés.

Concernant le VIH et le VHC, les données ont été analysées en trois périodes de cinq ans : 2001-2005, 2006-2010 et 2011-2015. Pour le VHB, en raison d'un nombre insuffisant de CDAG ayant renseigné leur activité en début de période, l'analyse a été réalisée pour 2006-2010 et 2011-2015.

Activité en 2015 dans les CDAG hors prison

Le nombre total de CDAG étant connu pour l'année 2015, il a été possible d'estimer l'activité de dépistage et les taux de positivité pour l'ensemble des CDAG (hors prison). Toutes n'ayant pas transmis leur bilan, l'activité a été estimée sur la base du taux de participation calculé par région, en considérant

⁽¹⁾ Devenu Santé publique France depuis le 1^{er} mai 2016.

les CDAG répondantes comme un échantillon aléatoire stratifié par région. Les poids de sondage correspondaient à l'inverse du taux de participation.

L'estimation du nombre de tests réalisés dans chaque région a ensuite été rapportée à la population vivant en France (estimations provisoires de l'Insee, arrêtées fin 2015). Concernant Mayotte, en l'absence de données disponibles pour l'hépatite C en 2015, les données présentées sont celles de l'année 2014.

Les analyses ont été réalisées avec le logiciel Stata® 14.2 (Stata Corporation, College Station, Texas, États-Unis).

Résultats

Évolution entre 2001 et 2015

De 2001 à 2015, 268 et 264 CDAG ont été retenues pour les analyses concernant respectivement le VIH et le VHC, parmi lesquelles 15% et 14% respectivement étaient des antennes implantées dans des établissements pénitentiaires. Entre 2006 et 2015, 271 CDAG ont été retenues pour l'analyse du VHB, dont 12% étaient dans des établissements pénitentiaires.

Évolution 2001-2015 du dépistage du VIH

Activité de dépistage des Ac anti-VIH hors prison

L'activité de dépistage du VIH estimée dans les 228 CDAG hors prison a augmenté de 16% entre les périodes 2001-2005 et 2006-2010. Entre 2006-2010 et 2011-2015, aucune tendance significative n'est observée (figure 1). L'activité de dépistage a concerné une majorité d'hommes (55%). Près de la moitié des consultants dépistés pour le VIH se situait dans la classe d'âge des 20-29 ans ; 25% des femmes et 13% des hommes avaient moins de 20 ans (figure 2a).

Entre les deux périodes 2001-2005 et 2011-2015, l'activité de dépistage a principalement augmenté chez les 50 ans et plus des deux sexes (+47%

chez les hommes et +36% chez les femmes, figure 2a). Chez les moins de 30 ans, elle a augmenté entre 2001-2005 et 2006-2010, puis a diminué au cours de la période 2011-2015, aussi bien chez les femmes (-8%) que chez les hommes (-6%).

Taux de positivité

Le taux de positivité du VIH a diminué sur l'ensemble de la période, passant de 4,8‰ (indice de confiance à 95%, IC95%: [4,6-5,0]) à 3,6‰ [3,5-3,8] entre 2001-2005 et 2006-2010, puis à 3,4‰ [3,3-3,4] en 2011-2015 (figure 1 et tableau 1). La diminution a été observée aussi bien chez les femmes (de 3,8‰ en 2001-2005 à 2,2‰ en 2011-2015) que chez les hommes (de 5,6‰ en 2001-2005 à 4,2‰ en 2011-2015).

Les taux de positivité les plus élevés ont été observés dans les classes d'âge 30-39 ans et 40-49 ans dans les deux sexes (tableau 1). Chez les personnes de 50 ans et plus, les taux de positivité ont augmenté entre 2001-2005 et 2011-2015, pour les deux sexes. En 2011-2015, les taux de positivité les plus élevés ont été observés chez les 40 ans et plus, quel que soit le sexe.

Antennes de CDAG en milieu pénitentiaire

Aucune tendance significative n'a été observée concernant l'activité de dépistage du VIH réalisée par les 40 antennes des CDAG en prison entre 2001-2005 et 2006-2010, puis l'activité a diminué de 21% sur la dernière période d'étude. Le taux de positivité a diminué entre 2001-2005 (2,4‰ [IC95%: 2,1-2,8]) et 2011-2015 (1,9‰ [1,7-2,1]).

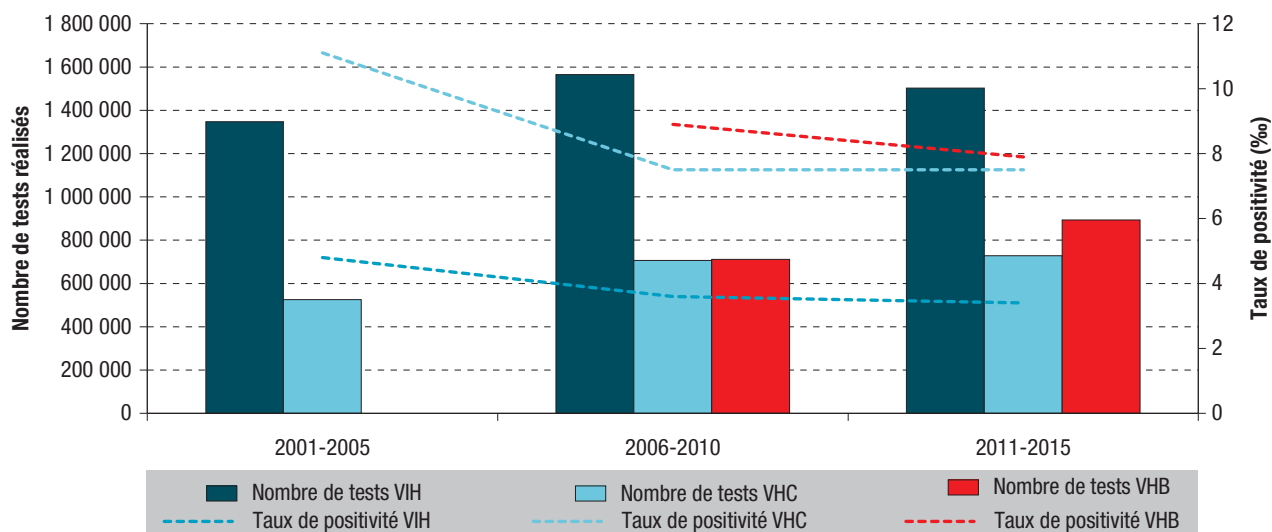
Évolution 2001-2015 du dépistage du VHC

Activité de dépistage des Ac anti-VHC hors prison

L'activité de dépistage du VHC estimée dans les 227 CDAG hors prison a augmenté de 34%

Figure 1

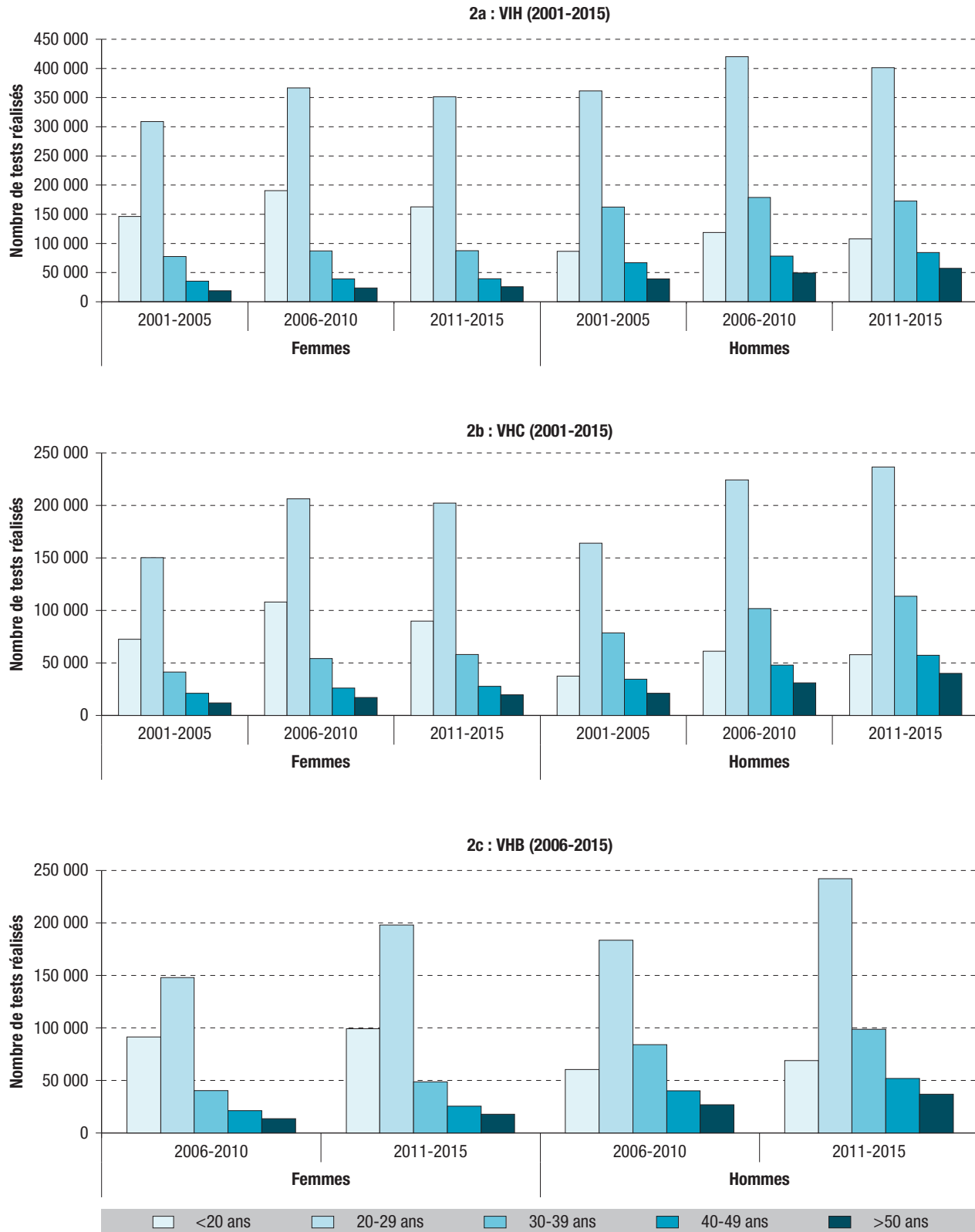
Évolution de l'activité de dépistage et du taux de positivité estimés pour le VIH, le VHB et le VHC par période de 5 ans, CDAG hors prison. France, 2001-2015



CDAG : Consultation de dépistage anonyme et gratuit.

Figure 2

Estimation du nombre de tests de dépistage réalisés pour le VIH, le VHC et le VHB selon le sexe et la classe d'âge par période de 5 ans, CDAG hors prison. France, 2001-2015



CDAG : Consultation de dépistage anonyme et gratuit.

entre les périodes 2001-2005 et 2006-2010. Entre 2006-2010 et 2011-2015, aucune tendance significative n'a été observée (figure 1). L'activité de dépistage a concerné une majorité d'hommes (54%). La moitié

des personnes testées pour le VHC (51% des femmes et 48% des hommes) se situait dans la classe d'âge des 20-29 ans, 25% des femmes et 12% des hommes avaient moins de 20 ans.

Tableau 1

Estimation du taux de positivité (‰) du VIH, du VHC et du VHB selon le sexe et la classe d'âge par période de 5 ans, CDAG hors prison. France, 2001-2015

Taux ‰ [IC95%]	Femmes			Hommes			Total		
	2001-2005	2006-2010	2011-2015	2001-2005	2006-2010	2011-2015	2001-2005	2006-2010	2011-2015
Dépistage VIH									
<20 ans	0,8 [0,7-0,9]	0,5 [0,5-0,6]	0,4 [0,3-0,4]	1,0 [0,9-1,1]	0,7 [0,6-0,8]	1,2 [1,1-1,3]	0,9 [0,8-0,9]	0,6 [0,5-0,6]	0,7 [0,7-0,7]
20-29 ans	3,3 [3,1-3,4]	1,7 [1,6-1,8]	1,1 [1,1-1,2]	3,3 [3,1-3,5]	2,7 [2,6-2,9]	2,8 [2,7-2,9]	3,3 [3,1-3,4]	2,3 [2,2-2,4]	2,0 [2,0-2,1]
30-39 ans	9,9 [9,4-10,3]	8,1 [7,6-8,6]	6,6 [6,4-6,8]	10,7 [10,2-11,2]	7,8 [7,5-8,1]	6,2 [6,0-6,4]	10,4 [10,0-10,8]	7,9 [7,6-8,2]	6,4 [6,2-6,5]
40-49 ans	6,9 [6,6-7,2]	7,2 [6,6-7,7]*	7,2 [6,9-7,5]*	10,7 [10,3-11,1]	10,2 [9,7-10,7]	8,3 [8,0-8,6]	9,4 [9,1-9,7]	9,2 [8,7-9,6]	7,9 [7,7-8,2]
≥50 ans	5,0 [4,6-5,5]	6,0 [5,6-6,5]	7,1 [6,7-7,5]	6,9 [6,5-7,2]	6,9 [6,5-7,4]*	7,1 [6,9-7,3]*	6,3 [6,0-6,6]	6,6 [6,3-7,0]	7,1 [6,9-7,3]
Total	3,8 [3,7-3,9]	2,6 [2,5-2,8]	2,2 [2,2-2,3]	5,6 [5,4-5,8]	4,5 [4,3-4,6]	4,2 [4,1-4,3]	4,8 [4,6-5,0]	3,6 [3,5-3,8]	3,4 [3,3-3,4]
Dépistage VHC									
<20 ans	2,4 [2,1-2,6]	2,0 [1,9-2,2]*	1,5 [1,4-1,6]	3,6 [3,4-3,9]	2,0 [1,8-2,2]	2,6 [2,4-2,8]	2,8 [2,6-3,0]	2,0 [1,9-2,1]	1,9 [1,8-2,0]
20-29 ans	4,6 [4,4-4,8]	3,4 [3,2-3,6]	2,6 [2,5-2,7]	7,3 [7,0-7,6]	4,7 [4,4-4,9]	4,2 [4,0-4,4]	6,0 [5,8-6,2]	4,1 [3,9-4,3]	3,4 [3,3-3,6]
30-39 ans	14,9 [14,1-15,6]	8,9 [8,0-9,8]	6,7 [6,3-7,1]	23,5 [22,8-24,2]	14,6 [13,7-15,4]	14,4 [13,6-15,1]	20,5 [19,9-21,1]	12,6 [11,8-13,3]	11,8 [11,2-12,4]
40-49 ans	24,9 [23,9-26,0]	18,1 [16,6-19,6]	13,6 [13,0-14,2]	33,1 [32,0-34,3]	25,0 [23,8-26,0]	20,5 [19,7-21,4]	30,0 [29,1-31,0]	22,5 [21,4-23,6]	18,3 [17,6-18,9]
≥50 ans	22,3 [21,1-23,6]	21,9 [20,5-23,4]*	26,1 [25,1-27,2]	18,9 [17,7-20,1]	16,7 [15,9-17,6]*	21,9 [21,0-22,8]	20,1 [19,2-19,5]	18,6 [17,7-19,5]*	23,3 [22,6-24,0]
Total	7,7 [7,5-8,0]	5,5 [5,2-5,8]	4,9 [4,7-5,0]	14,1 [13,8-14,5]	9,4 [8,9-9,8]	9,5 [9,2-9,9]	11,1 [10,8-11,4]	7,5 [7,2-7,8]	7,5 [7,3-7,8]
Dépistage VHB									
<20 ans	–	2,4 [2,2-2,6]	1,4 [1,3-1,5]	–	3,9 [3,6-4,1]	6,7 [6,3-7,1]*	–	3,0 [2,8-3,1]	3,6 [3,4-3,8]
20-29 ans	–	5,3 [5,0-5,5]	3,6 [3,5-3,7]	–	9,0 [8,7-9,3]	7,1 [6,9-7,3]	–	7,4 [7,1-7,6]	5,5 [5,4-5,7]
30-39 ans	–	11,8 [11,2-12,4]	10,4 [9,9-10,8]	–	19,4 [18,7-20,1]	16,8 [16,3-17,3]	–	16,9 [16,4-17,5]	14,7 [14,2-15,1]
40-49 ans	–	10,8 [10,2-11,4]	11,8 [11,2-12,4]	–	16,2 [15,5-16,9]	14,7 [14,1-15,2]*	–	14,3 [13,7-14,9]	13,7 [13,2-14,2]*
≥ 50 ans	–	7,9 [7,3-8,6]	10,4 [9,8-10,9]	–	13,6 [13,0-14,3]	11,3 [10,8-11,7]	–	11,7 [11,2-12,2]	11,0 [10,6-11,3]
Total	–	5,8 [5,5-6,0]	4,9 [4,7-5,1]	–	11,5 [11,1-11,8]	10,1 [9,8-10,4]	–	8,9 [8,6-9,2]	7,9 [7,7-8,1]

* Tendence non significative ; IC95% : intervalle de confiance à 95%.

CDAG : Consultation de dépistage anonyme et gratuit.

Entre les périodes 2001-2005 et 2011-2015, l'activité de dépistage chez les femmes a augmenté de manière plus importante chez celles âgées de 50 ans et plus (+65%) (figure 2b). Chez les hommes, cette activité a principalement augmenté chez les plus âgés (+89% chez les 50 ans et plus, +65% chez les 40-49 ans).

Taux de positivité

Le taux de positivité du VHC a diminué entre 2001-2005 et 2006-2010 passant de 11,1% [IC95%: 10,8-11,4] à 7,5% [7,2-7,8], puis est resté stable en 2011-2015 (figure 1 et tableau 1). La diminution a été observée aussi bien chez les femmes (de 7,7% en 2001-2005 à 4,9% en 2011-2015) que chez les hommes (de 14,1% en 2001-2005 à 9,5% en 2011-2015). Les taux de positivité les plus élevés ont été observés dans les classes d'âge des 40-49 ans et des 50 ans et plus, dans les deux sexes. Entre les deux périodes 2001-2005 et 2011-2015, une diminution du taux de positivité a été observée dans toutes les classes d'âge, excepté chez les 50 ans et plus, pour lesquels les taux ont augmenté, chez les hommes comme chez les femmes.

Antennes de CDAG en milieu pénitentiaire

L'activité de dépistage du VHC réalisée par les 37 antennes des CDAG en prison a augmenté de 22% entre 2001-2005 et 2006-2010, puis diminué de 14% sur la dernière période d'étude. Le taux de positivité a fortement diminué, passant de 49,0% [IC95%: 46,1-52,8] en 2001-2005 à 26,8% [25,6-28,1] en 2011-2015.

Évolution 2001-2015 du dépistage du VHB

Activité de dépistage de l'Ag HBs hors prison

L'activité de dépistage du VHB estimée dans les 238 CDAG hors prison a augmenté (+26%) entre 2006-2010 et 2011-2015 (figure 1). Elle a concerné une majorité d'hommes (56%). La moitié des personnes dépistées pour le VHB avait entre 20 et 29 ans (49% des femmes et 48% des hommes) ; 27% des femmes et 15% des hommes avaient moins de 20 ans.

Entre les deux périodes, l'activité de dépistage a augmenté dans toutes les classes d'âge, mais de manière plus importante chez les 50 ans et plus (+32% chez les femmes et +38% chez les hommes) et chez les 20-29 ans, aussi bien chez les femmes (+34%) que chez les hommes (+32%) (figure 2c).

Taux de positivité

Le taux de positivité du VHB a diminué entre 2006-2010 et 2011-2015, passant de 8,9% [IC95%: 8,6-9,2] à 7,9% [7,7-8,1] (figure 1 et tableau 1). Il a été plus élevé chez les hommes que chez les femmes, ainsi que dans les classes d'âge des 30-39 ans et des 40-49 ans. Comme pour le VIH et le VHC, les taux de positivité VHB ont augmenté chez les femmes de 50 ans et plus, mais pas chez les hommes de cette classe d'âge.

Antennes de CDAG en milieu pénitentiaire

L'activité de dépistage du VHB réalisée dans les 33 antennes en prison a diminué de 13% entre 2006-2010 et 2011-2015. Le taux de positivité est en revanche resté stable entre ces deux périodes, passant de 10,9% [IC95%: 10,1-11,6] à 11,4% [10,6-12,1] (p=0,25).

Activité en 2015 dans les CDAG hors prison

En 2015, parmi les 351 CDAG hors prison sollicitées, 283 ont transmis leurs données d'activité, soit une participation de 80,6%. Dans neuf régions (Alsace, Auvergne, Bourgogne, Corse, Franche-Comté, Limousin, Nord-Pas-De-Calais, Haute-Normandie et Mayotte), la participation a été exhaustive. Le nombre de tests réalisés dans l'ensemble des CDAG a été estimé à 390 056 [IC95%: 351 452-428 661] pour le VIH, à 200 132 [184 154-216 110] pour le VHC et à 236 005 [217 571-254 439] pour le VHB (tableau 2). Quel que soit le virus, l'activité de dépistage rapportée à la population a été particulièrement importante en Guyane et en Guadeloupe.

Les taux de positivité au niveau national en 2015 ont été estimés à 3,7% [3,3-4,1] pour le VIH, 6,4% [5,6-7,2] pour le VHC et 9,3% [8,3-10,3] pour le VHB (tableau 2). Les taux de positivité VIH les plus élevés ont été observés en Guyane (12,8%), en Guadeloupe (6,2%) et en Martinique (5,0%), ainsi qu'en Île-de-France et dans le Nord-Pas-de-Calais, avec un taux de positivité estimé à 4,8% pour ces deux régions. Concernant le VHC, les taux de positivité les plus élevés ont été relevés en Basse-Normandie (11,6%) et dans le Centre (11,4%), avec toutefois des intervalles de confiance assez larges, ainsi que dans le Nord-Pas-de-Calais (10,3%). Concernant le VHB, les taux de positivité les plus élevés ont été observés en Guyane (20,0%), à Mayotte (18,6%), en Poitou-Charentes (17,0%), ainsi qu'en Île-de-France (11,9%), Rhône-Alpes (10,6%) et Bourgogne (10,5%).

Discussion

Notre analyse a permis de suivre l'activité de dépistage des CDAG sur une période de 15 ans et sur un nombre constant de structures, en s'affranchissant des variations de leur participation. L'interprétation de nos résultats doit prendre en compte le fait que les données de dépistage présentées sont celles d'un nombre de tests réalisés et non de personnes dépistées. L'activité de dépistage du VIH et du VHC dans les CDAG a principalement augmenté entre les périodes 2001-2005 et 2006-2010, l'élargissement du dépistage aux hépatites ayant possiblement attiré une population plus nombreuse. Antérieurement, l'activité de dépistage du VIH avait augmenté dans les premières années de la mise en place des CDAG (1988-1995) pour se stabiliser ensuite^{5,6}. Les campagnes nationales d'incitation au dépistage réalisées au début des années 2000 ont certainement joué un rôle dans cette augmentation du nombre de personnes dépistées pour le VIH et le VHC, sachant

Estimation du nombre de tests de dépistage réalisés et taux de positivité (%) du VIH, VHC et du VHB par région en 2015, CDAG hors prison. France, 2015

Région	Participation 2015	Activité de dépistage											
		VIH			VHC			VHB					
		Tests réalisés (N)	Tests pour 1 000 habitants ¹	Taux de positivité (%) [IC95%]	Tests réalisés (N)	Tests pour 1 000 habitants ¹	Taux de positivité (%) [IC95%]	Tests réalisés (N)	Tests pour 1 000 habitants ¹	Taux de positivité (%) [IC95%]			
Alsace ⁵	4/4	7 052	3,7	3,8 [3,8-3,8]	5 671	3,0	2,8 [2,8-2,8]	5 597	3,0	7,5 [7,5-7,5]			
Aquitaine	9/12	16 296	4,8	2,0 [1,6-2,3]	6 939	2,1	5,4 [2,1-8,6]	11 579	3,4	4,1 [2,7-5,5]			
Auvergne ⁵	8/8	5 497	4,0	1,3 [1,3-1,3]	3 368	2,5	4,8 [4,8-4,8]	4 260	3,1	3,8 [3,8-3,8]			
Bourgogne ⁵	10/10	4 387	2,7	1,8 [1,8-1,8]	2 428	1,5	6,2 [6,2-6,2]	2 940	1,8	10,5 [10,5-10,5]			
Bretagne	9/10	15 598	4,7	2,3 [1,9-2,6]	7 889	2,4	3,5 [2,6-4,4]	7 487	2,3	5,3 [4,7-5,9]			
Centre	13/20	7 101	2,7	1,7 [1,1-2,3]	3 243	1,3	11,4 [4,7-18,1]	3 825	1,5	6,8 [3,7-9,9]			
Champagne-Ardenne	10/11	7 844	5,9	1,3 [1,0-1,5]	2 949	2,2	7,1 [6,2-7,9]	3 740	2,8	4,1 [3,4-4,9]			
Corse ⁵	4/4	1 672	5,1	1,8 [1,8-1,8]	1 687	5,2	3,6 [3,6-3,6]	1 466	4,5	9,5 [9,5-9,5]			
Franche-Comté ⁵	6/6	5 138	4,4	1,9 [1,9-1,9]	2 695	2,3	3,7 [3,7-3,7]	4 020	3,4	5,7 [5,7-5,7]			
Île-de-France	40/61	120 836	10,0	4,8 [4,0-5,6]	56 051	4,6	7,7 [5,3-10,0]	69 043	5,7	11,9 [9,2-14,6]			
Languedoc-Roussillon	9/11	18 090	6,5	4,3 [2,7-6,0]	15 230	5,5	7,8 [4,5-11,0]	14 454	5,2	5,3 [3,1-7,6]			
Limousin ⁵	4/4	3 251	4,4	1,2 [1,2-1,2]	1 733	2,4	6,9 [6,9-6,9]	2 428	3,3	4,1 [4,1-4,1]			
Lorraine	10/11	3 019	1,3	0,7 [0,5-1,0]	2 301	1,0	6,2 [4,7-7,7]	2 479	1,1	8,4 [5,1-11,7]			
Midi-Pyrénées	11/17	7 687	2,6	1,8 [1,1-2,5]	4 683	1,6	5,6 [3,2-8,0]	5 480	1,8	8,7 [4,2-13,2]			
Nord-Pas-de-Calais ⁵	15/15	13 825	3,4	4,8 [4,8-4,8]	7 465	1,8	10,3 [10,3-10,3]	10 038	2,5	7,0 [7,0-7,0]			
Basse-Normandie	3/4	5 413	3,7	1,0 [0,5-1,4]	2 296	1,6	11,6 [1,6-21,6]	4 273	2,9	8,7 [5,9-11,5]			
Haute-Normandie ⁵	12/12	6 679	3,6	2,1 [2,1-2,1]	4 864	2,6	2,5 [2,5-2,5]	5 847	3,2	5,1 [5,1-5,1]			
Pays de Loire	8/9	11 562	3,1	1,9 [1,7-2,2]	7 621	2,1	4,6 [3,4-5,7]	6 312	1,7	5,5 [3,8-7,2]			
Picardie	9/11	4 934	2,6	1,7 [1,2-2,3]	3 168	1,6	3,5 [2,3-4,6]	2 965	1,5	7,8 [5,9-9,8]			
Poitou-Charentes	15/17	10 981	6,1	3,0 [2,5-3,5]	5 204	2,9	8,9 [6,6-11,2]	7 257	4,0	17,0 [13,8-20,2]			
Provence-Alpes-Côte d'Azur	28/33	35 705	7,2	2,8 [2,3-3,2]	12 279	2,5	6,9 [5,4-8,4]	11 571	2,3	9,1 [7,1-11,0]			
Rhône-Alpes	34/38	43 243	6,6	3,1 [2,8-3,3]	17 914	2,8	5,5 [4,8-6,1]	27 360	4,2	10,6 [8,7-12,5]			
La Réunion	3/6	8 298	9,8	1,9 [1,8-2,0]	6 816	8,1	5,9 [2,2-9,5]	5 584	6,6	5,7 [6,0-12,0]			
Mayotte ^{2,5}	1/1	1 186	5,2	3,4 [3,4-3,4]	1 383	6,3	4,3 [4,3-4,3]	1 236	5,4	18,6 [18,6-18,6]			
Guadeloupe	4/8	11 886	29,7	6,2 [5,5-6,9]	5 488	13,7	1,8 [0,7-3,0]	5 676	14,2	5,3 [2,4-8,2]			
Martinique ³	1/2	1 604	4,2	5,0	1 438	3,8	2,8 [2,8-2,8]	884	2,3	0,0			
Guyane	3/6	11 270	44,3	12,8 [9,9-15,7]	8 712	34,2	6,2 [3,7-8,7]	8 204	32,2	20,0 [19,0-21,0]			
France entière 2015	283/351	390 056	5,9	3,7 [3,3-4,1]	200 132⁴	3,0	6,4 [5,6-7,2]	236 005	3,6	9,3 [8,3-10,3]			

¹ Tests pour 1 000 habitants.² Mayotte : données VHC 2014.³ Région Martinique : intervalles de confiance non calculables.⁴ Total VHC 2015 hors Mayotte.⁵ Participation exhaustive.

CDAG : Consultation de dépistage anonyme et gratuit ; IC95% : intervalle de confiance à 95%.

que les enquêtes réalisées auprès des laboratoires de biologie médicale, de ville et hospitaliers, montrent également une progression de l'activité de dépistage sur cette période^{7,8}. En revanche, entre les deux dernières périodes d'étude, l'activité de dépistage a stagné dans les CDAG, alors qu'elle a augmenté dans les laboratoires pour le VIH, le VHB et le VHC^{9,10}. Même si les tendances observées en CDAG n'ont pas été analysées pour l'ensemble des structures, elles reposent néanmoins sur les trois quarts d'entre elles, soit une proportion importante.

L'analyse de l'activité de dépistage a montré que le nombre de sérologies réalisées en CDAG représentait environ 6% de l'ensemble de celles réalisées en laboratoires, que ce soit pour le VIH, le VHB ou le VHC^{9,10}. Les personnes dépistées pour le VIH, le VHB et le VHC en CDAG étaient majoritairement des hommes et pour moitié de jeunes adultes (moins de 30 ans). La population jeune semble particulièrement attirée par la gratuité et la confidentialité du dépistage¹¹. Bien que les taux de positivité dans cette population soient faibles, ces consultations sont une opportunité pour inclure le dépistage dans une stratégie de prévention et pour sensibiliser cette population aux risques de transmission des infections sexuellement transmissibles (IST), dans un contexte de recrudescence¹².

Les taux de positivité du VIH, du VHB et du VHC en CDAG étaient moins élevés en 2011-2015 que ceux observés sur les périodes précédentes et tendaient à se rapprocher de ceux retrouvés dans les laboratoires, notamment pour les hépatites. Ainsi, l'enquête LaboHep, réalisée en 2013 sur l'activité de dépistage des hépatites dans les laboratoires de ville et hospitaliers, avait permis d'estimer à 9,0% [8-10%] le taux de positivité des Ac anti-VHC et à 8,0% [7-9%] celui de l'Ag HBs¹⁰. Ces estimations sont proches de celles retrouvées dans les CDAG en 2013 (respectivement 8,4% et 7,8%). La proportion de sérologies confirmées positives pour le VIH dans l'ensemble des laboratoires de biologie médicale en France était de 2,0% en 2015⁹, près de deux fois moins élevée que celle retrouvée dans l'ensemble des CDAG en 2015 (3,7%). La concomitance de l'augmentation du nombre de tests et la diminution du taux de positivité de 2001 à 2015 pourrait s'expliquer par un élargissement du public vers des personnes moins exposées au VIH, au VHB et au VHC.

Nos données montrent que, quelle que soit l'infection virale, le taux de positivité était plus élevé chez les hommes que chez les femmes, en lien sans doute avec des comportements plus souvent à risque (rapports sexuels entre hommes, multipartenariat, usage de drogues). Les taux de positivité pour le VIH et le VHC ont diminué dans toutes les classes d'âge, excepté chez les personnes de 50 ans et plus, où les taux augmentent malgré un accroissement des dépistages dans cette classe d'âge. Concernant le VIH, cette tendance pourrait s'expliquer par une augmentation des prises de risque chez les « seniors », qui représentent une proportion croissante des personnes découvrant leur séropositivité VIH¹³. Concernant le VHC, il pourrait s'agir plutôt d'un vieillissement de la population porteuse d'une infection

chronique¹⁴. Les nouvelles recommandations de dépistage de l'infection par le VHC (associé à celui du VHB et du VIH) chez tous les adultes au moins une fois dans leur vie¹⁵ pourraient permettre de toucher cette population « senior ». Cette stratégie de dépistage généralisé devrait permettre de dépister des personnes qui méconnaissent leur statut, afin de leur proposer une prise en charge adaptée, notamment dans un contexte d'avancée thérapeutique majeure pour l'hépatite C.

Les taux de positivité les plus élevés ont été observés aux Antilles et en Guyane, en Île-de-France et dans le Nord-Pas-de-Calais pour le VIH, et en Guyane, à Mayotte et en Poitou-Charentes pour l'hépatite B. Concernant l'hépatite C, les régions ayant les taux de positivité les plus élevés (Basse-Normandie et Centre) ne sont pas connues comme étant celles particulièrement touchées par le VHC. Ces taux élevés, notamment pour le VIH et le VHB dans les départements et régions d'outremer et en Île-de-France, sont le reflet d'une situation déjà observée dans d'autres études^{9,10}. Pour les autres régions, ils pourraient être liés à un recrutement spécifique en CDAG.

Concernant le dépistage en milieu pénitentiaire, le taux de positivité VIH observé sur la dernière période d'étude 2011-2015 était plus faible dans les antennes de CDAG en prison que celui hors prison (1,9% vs 3,4%). Inversement, les taux de positivité en prison étaient supérieurs à ceux hors prison pour le VHC (26,8% vs 7,5%) et pour le VHB (11,4% vs 7,9%). Ces disparités pourraient s'expliquer par le fait que le suivi de l'activité des antennes de CDAG en prison ne permet pas d'appréhender la totalité de l'offre de dépistage en milieu carcéral. En effet, les pratiques de dépistage sont hétérogènes selon les établissements et le dépistage peut également être réalisé par les unités sanitaires (nouvelle dénomination des UCSA)^{16,17}.

Les données de surveillance du VIH et des hépatites sur une période de 15 ans montrent que l'activité de dépistage des CDAG, qui augmentait régulièrement au cours du temps, semble stagner dans les dernières années de la surveillance, notamment pour le VIH et l'hépatite C. Les programmes d'incitation au dépistage, les stratégies de dépistage hors les murs qui permettent d'aller au contact des populations, l'utilisation des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) doivent être poursuivis et intensifiés. Par rapport aux CDAG et aux Ciddist, les missions des CeGIDD ont été élargies¹⁸. Outre le dépistage du VIH, des hépatites virales et des IST, elles doivent offrir une approche globale de santé sexuelle, avec notamment la possibilité de prescrire une contraception, ce qui devrait permettre d'attirer, de manière plus large, la population jeune. Les CeGIDD ont également pour mission de mieux cibler les publics les plus éloignés du dispositif de santé, en garantissant la simplification et la continuité de leur parcours de soins.

Les données montrent également la nécessité de mieux décrire les particularités épidémiologiques des personnes fréquentant ces structures. En effet, l'information succincte (âge et sexe), transmise sous forme

de données agrégées, et l'absence d'indication sur les expositions à risque récentes ou passées des consultants limitent leur interprétation. Les caractéristiques épidémiologiques recueillies sur les consultants des CeGIDD, si elles peuvent être transmises sous forme de données individuelles, permettront de mieux décrire leur profil. La surveillance de l'activité épidémiologique va donc être poursuivie et enrichie. Les éléments recueillis dans ces nouvelles structures contribueront à adapter les stratégies de dépistage, ainsi qu'à définir et évaluer les actions de prévention en santé sexuelle. ■

Remerciements

Nous remercions l'ensemble des équipes des CDAG pour leur contribution au recueil des données ainsi qu'Hélène Haguy-Boulai pour sa collaboration.

Références

- [1] Ministère des Affaires sociales et de l'Emploi. Décret n°88-61 du 18 janvier 1988 pris pour l'application de l'article L. 355-23 du code de la santé publique concernant le dépistage de façon anonyme et gratuite du virus de l'immuno-déficience humaine. https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT00000504592
- [2] Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Circulaire DGS/DH/DSS n°98-423 du 09 juillet 1998 relative aux missions et aux objectifs des consultations de dépistage anonyme et gratuit ou de dépistage gratuit du virus de l'immuno-déficience humaine. <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/1998/98-30/a0301930.htm>
- [3] Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Arrêté du 3 octobre 2000 relatif aux consultations de dépistage anonyme et gratuit. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000220016>
- [4] Le Vu S, Semaille C. Dépistage anonyme et gratuit du VIH en France, 2006. *Bull Epidemiol Hebd.* 2008;(7-8):49-52. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=3713
- [5] Geneste C, Chauffert O, Rondenet A, Gouezel P, Pillonel J. Bilan d'activité des consultations de dépistage anonyme et gratuit du VIH, 1988-1995. *Bull Epidemiol Hebd.* 1996;(39):171-2. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=2589
- [6] Gouezel P, Simon A, Derouineau J, Janier M, Muller G, Rouvier J, *et al.* Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), bilan d'activité du dépistage de VIH, Paris, évolution 1998-2001. *Bull Epidemiol Hebd.* 2002;(43):215-6. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=5751
- [7] Brouard C, Delarocque-Astagneau E, Meffre C, Pioche C, Silvain C, Larsen C, *et al.* Évolution du dépistage de l'hépatite C en France à partir des systèmes de surveillance Rena-VHC et des pôles de référence, 2000-2007. *Bull Epidemiol Hebd.* 2009;(20-21):199-204. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=1378
- [8] Cazein F, Pillonel J, Imounga L, Le Strat Y, Bousquet V, Spaccaperri G, *et al.* Surveillance du dépistage et du diagnostic de l'infection VIH et du sida, France, 2008. *BEHWeb.* 2009;(2):1-5. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=904

[9] Cazein F, Le Strat Y, Sarr A, Ramus C, Bouche N, Pillonel J, *et al.* Dépistage de l'infection par le VIH en France, 2003-2015. *Bull Epidemiol Hebd.* 2016;(41-42):745-8. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=13183

[10] Pioche C, Leon L, Larsen C, Lot F, Pillonel J, Brouard C. Dépistage des hépatites B et C en France en 2013, enquête LaboHep. *Bull Epidemiol Hebd.* 2015;(26-27):478-84. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=12635

[11] Coudray M, de Carvalho E. Quels usages du dépistage du VIH et des IST en 2010 ? Paris: Sida Info Service; 2010. 16 p. https://www.sida-info-service.org/sites/sida/IMG/pdf/Enquete_Depistage2010.pdf

[12] Ndeikoundam N, Viriot D, Fournet N, de Barbeyrac B, Goubard A, Dupin N, *et al.* Les infections sexuellement transmissibles bactériennes en France : situation en 2015 et évolutions récentes. *Bull Epidemiol Hebd.* 2016;(41-42):738-44. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=13182

[13] Infection par le VIH et les IST bactériennes. Point épidémiologique du 29 novembre 2016. [Internet]. Saint-Maurice: Santé publique France. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites/Infection-par-le-VIH-et-les-IST-bacteriennes.-Point-epidemiologique-du-29-novembre-2016>.

[14] Delarocque-Astagneau E, Meffre C, Dubois F, Pioche C, Le Strat Y, Roudot-Thoraval F, *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):435-43.

[15] Dhumeaux D. Prise en charge thérapeutique et suivi de l'ensemble des personnes infectées par le virus de l'hépatite C. Rapport de recommandations 2016. Paris: Ministère des Affaires sociales et de la Santé; 2016. 108 p. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_.pdf

[16] Jourdain Menninger D, Lecoq G. Évaluation de la mise en œuvre de la recentralisation de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST). Paris: Inspection générale des affaires sociales; 2010. 80 p. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000044.pdf>

[17] Chiron E, Jauffret-Roustide M, Le Strat Y, Chemlal K, Valantin MA, Serre P, *et al.* Prévalence de l'infection par le VIH et le virus de l'hépatite C chez les personnes détenues en France. Résultats de l'enquête Prévacar 2010. *Bull Epidemiol Hebd.* 2013;(35-36):445-50. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=11794

[18] Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Instruction N° DGS/RI2/2015/195 du 3 juillet 2015 relative à la mise en place des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par les virus de l'immuno-déficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles. <http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=39798>

Citer cet article

Pioche C, Léon L, Vaux S, Brouard C, Cazein F, Pillonel J, *et al.* Activité de dépistage du VIH et des hépatites B et C au sein des Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) en France. Bilan de quinze années de surveillance, 2001-2015. *Bull Epidemiol Hebd.* 2017;(14-15):254-62. http://invs.sante-publiquefrance.fr/beh/2017/14-15/2017_14-15_1.html

PRISE EN CHARGE DES POPULATIONS PRÉCAIRES FRÉQUENTANT LES PERMANENCES D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ, ATTEINTES D'HÉPATITES ET AYANT BÉNÉFICIÉ D'UNE PROPOSITION SYSTÉMATIQUE DE DÉPISTAGE : ÉTUDE PRÉCAVIR 2007-2015

// MANAGEMENT OF PRECARIOUS POPULATIONS AFTER SYSTEMATIC TESTING OF HEPATITIS B AND C IN PRIMARY HEALTHCARE SETTINGS IN FRANCE: THE PRECAVIR STUDY 2007-2015

Françoise Roudot-Thoraval¹ (francoise.roudot-thoraval@aphp.fr), Isabelle Rosa-Hézode², Isabelle Delacroix-Szmania³, Laurent Costes², Hervé Hagège², Bernard Elghozi⁴, Charlotte Labourdette⁴ et Michel Chousterman^{4,5} pour le groupe PrécaVIR

¹ Service de santé publique, Groupe hospitalier Henri Mondor, Créteil, France

² Service d'hépatologie et gastroentérologie, Centre hospitalier intercommunal, Créteil, France

³ Service de médecine interne, Centre hospitalier intercommunal, Créteil, France

⁴ Réseau de santé de Créteil Solidarité, Centre hospitalier intercommunal, Créteil, France

⁵ Unité PASS et réseaux, Centre hospitalier intercommunal, Créteil, France

Soumis le 19.01.2017 // Date of submission: 01.19.2017

Résumé // Abstract

Chez les personnes en situation de précarité, la prévalence des hépatites est plus élevée que dans la population générale. Nous rapportons notre expérience du dépistage systématique du VHB et du VHC dans deux permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et de la prise en charge des personnes dépistées positives.

De mai 2007 à décembre 2015, un dépistage a été proposé à 3 540 sujets et effectué chez 2 870 d'entre eux (81%), plus souvent en cas de prélèvement immédiat sur site. Il s'agissait de migrants dans 94% des cas, majoritairement originaires d'Afrique subsaharienne (66%) ; 78% étaient demandeurs d'asile ou en séjour irrégulier. Une sérologie d'hépatite positive était observée chez 292 consultants (10,2%) : l'antigène HBs était positif chez 211 (7,4%) et les anticorps anti-VHC positifs chez 88 (3,1%). Seuls 21 patients connaissaient au préalable leur infection. L'accès à une consultation spécialisée et à un bilan virologique a été possible dans 90% des cas. Une évaluation de la fibrose a été effectuée chez 102 patients VHB et 31 des 42 patients ARN VHC positifs. Un traitement a été institué chez 32 des 39 patients VHB le justifiant et chez 22 des patients VHC. À deux ans, 59% et 65% respectivement des patients VHB et VHC étaient toujours suivis.

Le dépistage systématique des virus des hépatites en soins primaires des populations précaires est possible et efficace. Sa mise en œuvre devrait être encouragée auprès des professionnels en proposant, dans la mesure du possible, un prélèvement immédiat. Une amélioration du suivi à long terme reste souhaitable.

Hepatitis has been shown to be more prevalent among precarious individuals than in the general population. We report here our experience of systematic HBV and HCV testing in two primary healthcare settings for precarious populations, and proposal of access to care when positive.

Between May 2007 and December 2015, 2,870 (81%) among 3,540 consecutive precarious adults attending two primary healthcare settings were tested. Immediate testing on site was more effective than delayed. Most of adults tested (94%) were migrants, native from sub-Saharan Africa for 66% of them; 78% were asylum seekers or illegal immigrants. A positive hepatitis serology was observed in 292 (10.2%) individuals: HBs antigen was positive in 211 (7.4%) patients, anti-HCV antibodies were positive in 88 (3.1%) patients. Only 21 patients were already aware of their infection. A consultation with a specialist along with a virological assessment were achieved in 90% of cases. The stage of fibrosis has been assessed in 102 HBV patients and 31 out of 42 HCV-RNA positive patients. Anti-viral treatment has been initiated in 32 out of 39 HBV patients justifying such a treatment, and in 22 HCV patients. At 2 years, 59% and 65% of HBV and HCV patients respectively were still under follow-up.

Systematic testing for HBV and HCV was well accepted among this precarious population, and was effective. Health care workers should be encouraged to implement such testing in their practice. Access to care and follow-up are possible, but should be still improved.

Mots-clés : Dépistage, VHB, VHC, Populations précaires, Soins primaires
// **Keywords:** Testing, HBV, HCV, Precarious populations, Primary healthcare

Introduction

L'enquête de séroprévalence du virus de l'hépatite B (VHB) et du virus de l'hépatite C (VHC) menée en France métropolitaine en 2004 avait révélé

un sous-dépistage de ces infections et une forte hétérogénéité de prévalence. Ainsi, la prévalence des anticorps anti-VHC et celle de l'antigène HBs (Ag HBs) étaient significativement plus élevées chez les migrants originaires de pays à moyenne ou forte

endémicité, ainsi que chez les personnes en situation de précarité¹. Les conditions de vie souvent précaires de ces migrants, notamment l'absence de prise en charge sociale et de domicile, constituent un frein majeur au dépistage et à la prise en charge des infections virales B et C. Des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ont été mises en place à partir de 1999 pour faciliter l'accès aux soins des personnes en situation de précarité² et l'Agence régionale de santé Île-de-France préconise le dépistage des hépatites en soins primaires chez les personnes en situation de vulnérabilité³. Par ailleurs, le dépistage des migrants provenant de zones de forte endémicité VHC est recommandé en France depuis 2001⁴.

Le but de l'étude Précavir était de montrer la faisabilité d'un dépistage des hépatites B et C dans ces structures et l'intérêt de la mise en place d'un parcours de soins simplifié après un dépistage positif, pour permettre une prise en charge rapide et adaptée aux publics accueillis.

Population et méthodes

Depuis mai 2007, un dépistage du VHB, du VHC et du VIH a été systématiquement proposé aux personnes consultant dans deux PASS du Val-de-Marne. L'une est située au sein de l'hôpital intercommunal de Créteil, siège de la Consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG, devenue Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par le VIH, les hépatites virales et les infections sexuellement transmissibles – CeGIDD) et l'autre, Créteil Solidarité, dans la même ville, à environ 500 mètres de l'hôpital et de la CDAG. Ce dépistage était proposé par l'ensemble des médecins généralistes travaillant dans les deux PASS, qui avaient accepté de participer à l'étude Précavir et reçu une formation sur les hépatites et leurs facteurs de risque. Les consultants acceptant le dépistage étaient prélevés à la CDAG dès la fin de la consultation pour une recherche d'anticorps anti-VHC, d'Ag HBs, d'anticorps anti-HBc, d'anticorps anti-HBs et d'anticorps anti-VIH1-2. Le dispositif comportait un double volet : 1) une prise en charge sociale pour permettre un accès aux droits (AME, CMU) si nécessaire, 2) une prise en charge médicale avec accès à une consultation spécialisée et initiation d'un traitement si besoin. Dans les deux PASS, la démarche médicale comportait la remise des résultats et un message de prévention (information sur les facteurs de risque des hépatites et explication des mesures de prévention) à tous les patients, ainsi qu'un rendez-vous de consultation pour les patients positifs. Il s'agissait d'une consultation avancée d'hépatologie, mise en place au sein de la PASS hospitalière pour le VHB et le VHC et de médecine interne pour le VIH. Les consultations de suivi étaient assurées par l'ensemble de l'équipe médicale du site et donnaient lieu à un examen clinique et à des prélèvements pour bilan biologique et virologique. Si nécessaire, une biopsie hépatique ou un test non invasif de fibrose étaient proposés. Les patients qui ne se présentaient pas à la consultation initiale ou de suivi étaient relancés par téléphone. Nous rapportons ici les résultats

concernant les infections virales B et C. La date de fin de suivi a été arrêtée au 31 décembre 2016.

Les réseaux de santé de Créteil (Réseau ville-hôpital Créteil et réseau de santé de proximité de Créteil Solidarité) assuraient la logistique de l'étude, la saisie des données et le suivi du parcours des patients dépistés positifs. La base de données a été déclarée à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil), qui a donné un avis favorable.

Les résultats des neuf années d'intervention dans les deux PASS sont regroupés. Les résultats sont exprimés en médiane [1^{er} quartile-3^e quartile] pour les variables quantitatives et en effectifs et pourcentages pour les variables qualitatives. Les prévalences des différentes infections virales sont données avec leur intervalle de confiance à 95% (IC95%) suivant la loi binomiale. Les facteurs associés à la prise en charge des sujets infectés sont analysés par un test de Fisher. En l'absence de facteurs de risque authentifiés, il n'a pas été effectué d'analyse multivariée. Les analyses ont été effectuées avec les logiciels Stata[®] V11. (Stata Corp. College Station, Texas) et SPSS[®] V18 (SPSS Inc. Chicago, Illinois).

Résultats

Population d'étude

De mai 2007 à décembre 2015, 3 713 personnes ont consulté dans les deux PASS. Un dépistage a été proposé à 3 540 d'entre elles (95,3%). Les principaux motifs de non proposition étaient : un test effectué récemment (n=49 ; 28,3%), un problème de communication linguistique (n=18 ; 10,4%), un contexte médical inadapté (n=15 ; 8,7%). Parmi les sujets à qui le dépistage a été proposé, 3 228 (91,2%) l'ont accepté et, au final, 2 870 (88,9%) ont été prélevés (tableau 1). Les consultants de la PASS hospitalière ont été plus souvent prélevés que ceux de la PASS extra-hospitalière (97,2% vs 81,9%, p<0,001). Les principaux motifs de refus du dépistage étaient : « test effectué récemment » (n=112 ; 35,9%), « ne souhaite pas faire le test » (n=62 ; 19,9%), « ne vient pas pour cela aujourd'hui » (n=24 ; 7,7%) (figure 1). La population était constituée de 94% de migrants, parmi lesquels 78% étaient en séjour irrégulier ou demandeurs d'asile. La majorité de ces migrants (66%) était née en Afrique subsaharienne francophone. Les patients qui refusaient le dépistage étaient plus souvent nés en France ou dans un pays du pourtour méditerranéen.

Résultats du dépistage

Un résultat positif pour au moins un des virus responsable d'hépatite a été observé chez 292 consultants (10,2%). Parmi eux, 211 avaient un Ag HBs positif (7,4%) et 88 des anticorps anti-VHC positifs (3,1%), dont 7 étaient positifs pour le VHB et le VHC et 7 présentaient une co-infection VHB-VIH. Seuls 35 patients Ag HBs positif (16,6 %) avaient déjà été testés pour le VHB et 19 patients VHC positif (21,6%) l'avaient déjà été pour le VHC ; 11 (5,2%) et 10 (11,4%) patients respectivement connaissaient préalablement leur statut.

Tableau 1

Caractéristiques sociodémographiques des 2 870 sujets dépistés pour le VHB et le VHC. Étude Précavir 2007-2015, France

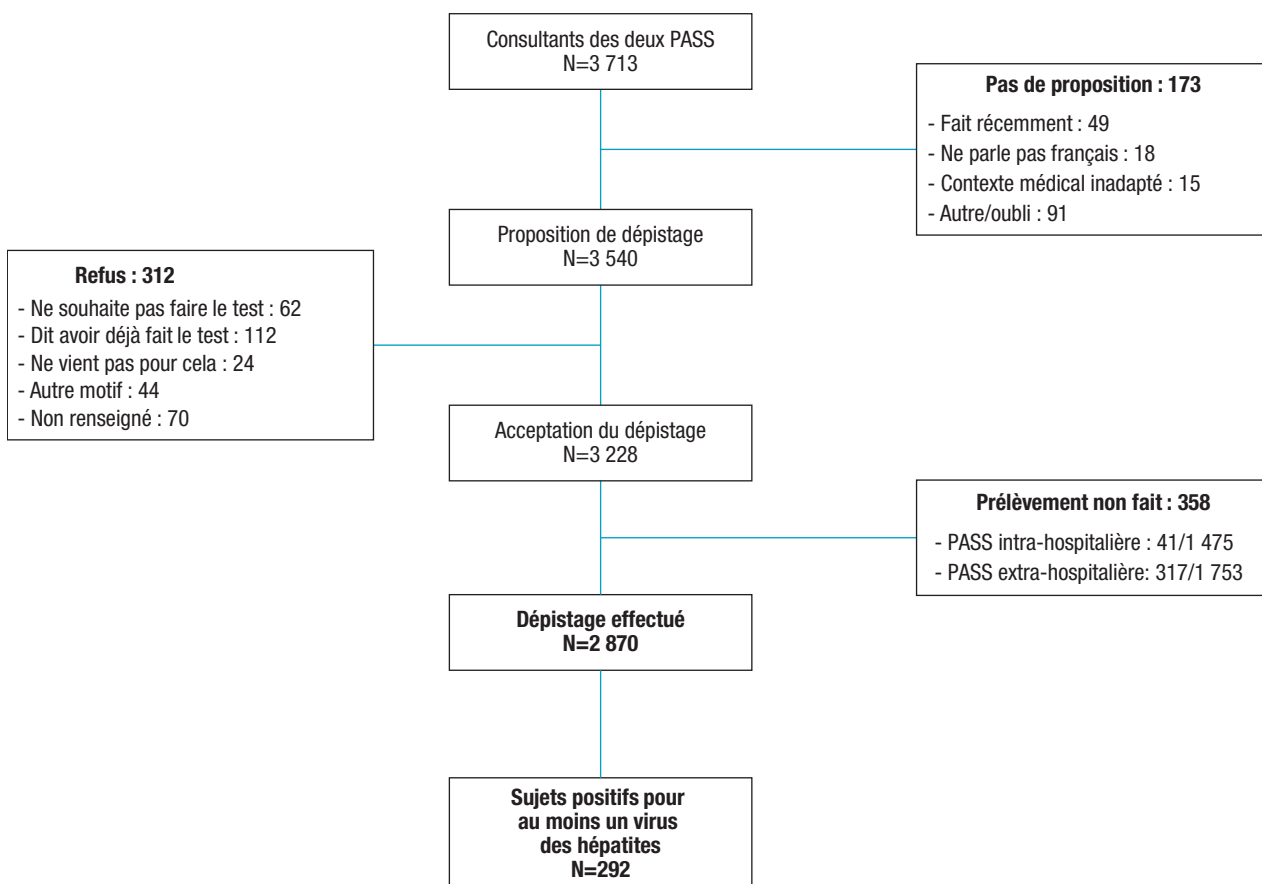
	PASS hôpital	PASS extra-hospitalière	Total
	N=1 434	N=1 436	N= 2 870
Hommes n (%)	711 (49,6%)	806 (56,1%)	1 517 (52,9%)
Âge en années, médiane [Q1-Q3]	33,1 [26,1-43,5]	31,5 [25,6-40,4]	32,1 [25,8-41,9]
Migrants n (%)	1 337 (93,2%)	1 363 (94,9%)	2 700 (94,1%)
Région de naissance* n (%)			
Europe (OMS)	198 (13,8%)	77 (5,4%)	275 (9,6%)
Pourtour méditerranéen	128 (8,9%)	136 (9,5%)	264 (9,2%)
Afrique subsaharienne	869 (60,6%)	1 010 (70,3%)	1 879 (65,5%)
Asie	133 (9,3%)	75 (5,2%)	208 (7,2%)
Caraïbes / Amérique du Sud	35 (2,4%)	39 (2,7%)	74 (2,6%)
Statut** n (%)			
Demandeur d'asile	398 (27,8%)	505 (35,2%)	903 (31,53%)
Sans titre de séjours	730 (50,9%)	619 (43,1%)	1 349 (47,0%)

* 51 données manquantes. ** 319 données manquantes.

PASS : permanence d'accès aux soins de santé.

Figure 1

Diagramme de flux pour la sélection de la population d'étude. Étude Précavir 2007-2015, France

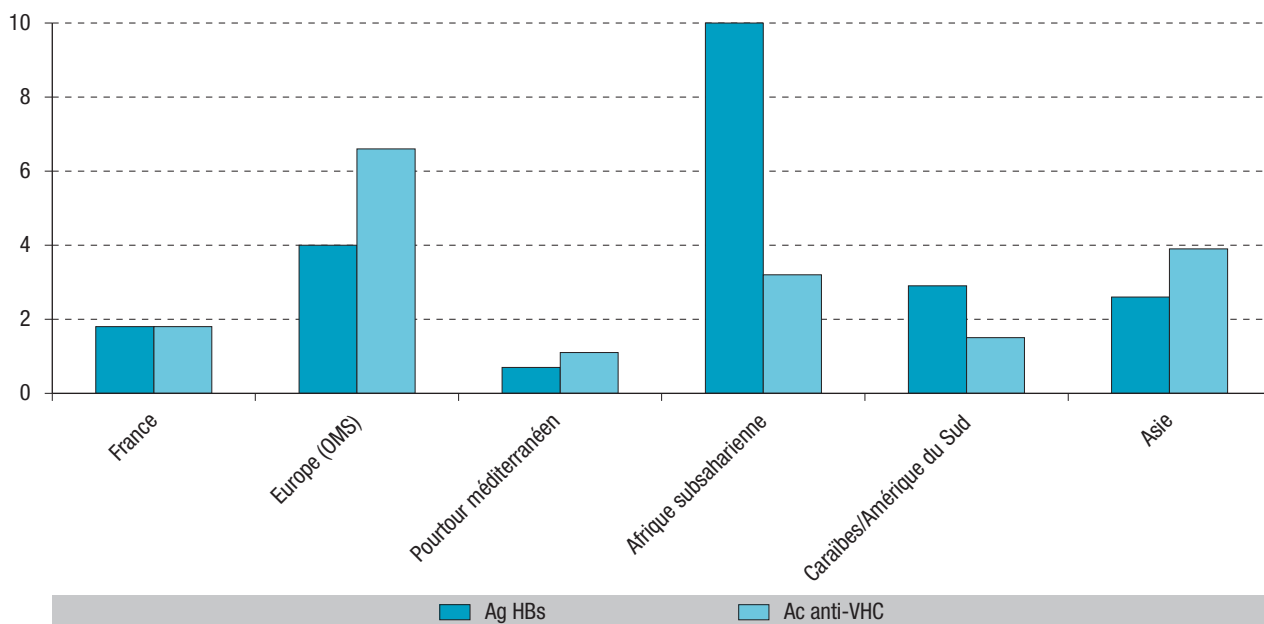


La prévalence variait en fonction du pays de naissance des sujets : de 0,4 à 9,6% pour l'Ag HBs et de 1,1 à 5,5% pour les anticorps anti-VHC (figure 2). Chez les sujets d'origine européenne, les prévalences les plus élevées étaient observées chez ceux nés en Roumanie. Parmi les 2 870 sujets testés pour

le VHB, 1 067 (37,2%) avaient déjà été en contact avec le virus, comme en témoignait la présence d'anticorps anti-HBc et anti-HBs (n=714 ; 24,9%) ou d'anticorps anti-HBc isolé (n=353 ; 12,3%). Enfin, 148 sujets (5,2%) avaient un profil post-vaccination (anticorps anti-HBs isolés).

Figure 2

Prévalence de l'antigène HBs et des anticorps anti-VHC selon la région de naissance des patients. Étude Précavir 2007-2015, France



Les résultats des tests de dépistage positifs ont été remis aux patients dans 285 cas (97,6%), dans un délai médian de 16 jours. Un rendez-vous en consultation avancée d'hépatologie a été donné à 278 de ces patients (97,5%) et en consultation de médecine interne dans 7 cas de co-infection VIH-VHB. Les patients se sont présentés à la consultation avancée d'hépatologie à la date proposée dans 231 cas (83,1%), après relance dans 18 cas (6,5%) ; 29 patients (10,4%) ne sont jamais venus en consultation spécialisée malgré une relance. Au total, 239 patients (184 VHB, 73 VHC et 6 VHB-VHC) ont bénéficié d'un premier bilan spécialisé dans un délai médian de 30 jours [22-44] après la première consultation.

Prise en charge des patients Ag HBs positifs

Les caractéristiques des patients porteurs de l'Ag HBs sont rapportées dans le tableau 2. Il s'agit en majorité d'hommes jeunes, originaires d'Afrique subsaharienne. Les 21 malades qui ne se sont pas présentés à la consultation spécialisée ne différaient pas significativement des 190 malades ayant bénéficié d'une consultation spécialisée.

Les résultats concernant les 190 malades ayant bénéficié d'une première consultation spécialisée à l'hôpital de Créteil avec examens biologiques et virologiques sont résumés dans le tableau 3 (un malade a consulté dans un autre hôpital de la région). Le taux des ALAT était élevé chez 19% d'entre eux, un antigène HBe positif était présent chez 13 des 183 malades testés (7,1%), et 16,8% avaient une charge virale supérieure à 20 000 UI. Une évaluation de la fibrose hépatique a été effectuée chez 102 malades. Une fibrose modérée ou sévère était présente chez 19 d'entre eux, parmi lesquels 5 avaient une cirrhose. Une co-infection VHD était présente chez 6 malades, associée à une fibrose \geq F2 dans 4 cas. Chez un malade,

le diagnostic d'infection VHB a été fait au stade de carcinome hépatocellulaire sur cirrhose.

Cent trente-huit patients (75%) étaient toujours suivis six mois plus tard et 117 un an plus tard (63%), pour un suivi médian de 17,7 mois [5,2-44,1] (figure 3). Parmi les 39 patients ayant une hépatite chronique B active, justifiant un traitement de l'hépatologue, 32 ont pu le débuter après obtention des droits sociaux. À la date de fin de suivi, 85 malades vus initialement en consultation spécialisée (45%) étaient considérés comme perdus de vue.

Prise en charge des patients ARN VHC positifs

Les caractéristiques des patients porteurs d'anticorps anti-VHC sont rapportées dans le tableau 2. Il s'agit en majorité de femmes d'âge médian 45 ans, originaires d'Afrique subsaharienne mais également d'Europe de l'Est, principalement de Roumanie. Les 9 malades qui ne se sont pas présentés à la consultation spécialisée ne différaient pas significativement des 79 malades ayant bénéficié d'une consultation spécialisée.

Les résultats des 79 malades ayant bénéficié d'une première consultation spécialisée avec examens biologiques et virologiques sont résumés dans le tableau 4. Seuls 42 malades avaient un ARN-VHC positif, témoignant d'une infection chronique. Parmi ceux-ci, 80% présentaient des ALAT supérieures à la normale ; les génotypes les plus fréquents étaient les génotypes 4 et 1b, en accord avec les régions d'origine des patients. L'évaluation de la fibrose, effectuée chez 31 malades, montrait une fibrose modérée ou sévère chez 12 d'entre eux, parmi lesquels 3 étaient au stade de cirrhose. Un traitement par Peg-Interféron/ribavirine a été débuté chez 17 malades, conduisant à une guérison chez 8 d'entre eux (47%). Six patients ont été traités par antiviraux directs et tous ont guéri. Vingt-huit malades étaient

Tableau 2

Caractéristiques sociodémographiques des 211 patients porteurs de l'Ag HBs et des 88 patients porteurs d'anticorps anti-VHC. Étude Précavir 2007-2015, France

	Ag HBs N=211	Ac anti-VHC N=88
Hommes n (%)	145 (68,7%)	40 (45,5%)
Âge en années, médiane [Q1-Q3]	30,1 [25,5-36,7]	45,1 [35,2-61,6]
Migrants n (%)	209 (99,1%)	86 (97,7%)
Région de naissance n (%)		
Europe (OMS)	9 (4,7%)	17 (19,8%)
Pourtour méditerranéen	2 (1,0%)	5 (5,8%)
Afrique subsaharienne	174 (91,1%)	55 (64,0%)
Asie	4 (2,1%)	7 (8,1%)
Caraïbes / Amérique du Sud	2 (1,0%)	2 (2,3%)
Statut n (%)		
Demandeur d'asile	88 (45,6%)	42 (47,7%)
Sans titre de séjour	94 (48,7%)	42 (47,7%)

Tableau 3

Résultats biologiques et virologiques des 190 malades VHB vus en consultation spécialisée, institution d'un traitement. Étude Précavir 2007-2015, France

Paramètres	
ALAT>LSN, n (%)	37 (19,5%)
ASAT>LSN, n (%)	26 (13,7%)
Statut HBe (n=183)	
Ag HBe+ n (%)	13 (7,1%)
Coinfection VHD	
	6 (3,2%)
ADN-VHB, médiane [Q1-Q3]	1 255 [171-7418]
ADN-VHB >20 000 UI, n (%)	32 (16,8%)*
Évaluation de la fibrose (n=102)**	
F0-F1	83
F2	10
F3	4
F4	5
Proposition/institution traitement	32

* Parmi lesquels 12 des 13 malades Ag HBe positifs.

** 27 PBH, 15 Fibrotest®, 46 Fibroscan®, 14 Fibrotest®+Fibroscan®.

toujours suivis à 6 mois et 26 à 12 mois, pour un suivi médian de 1,8 mois [1,1-22,1] (figure 3). À la date de fin de suivi, 25 malades ayant eu une consultation spécialisée et justifiant d'un suivi (51%) étaient considérés comme perdus de vue.

Discussion

Cette étude, qui se poursuit, montre que le dépistage des virus des hépatites B et C et du VIH est bien accepté par les patients en consultation médicale de premier recours, quel que soit le motif de consultation. Bien que le dépistage ciblé sur les facteurs de risque, notamment chez les migrants nés en pays de moyenne et forte endémie, soit recommandé en France, celui-ci n'est pas, en pratique, effectué systématiquement.

L'implication des médecins généralistes travaillant dans les deux PASS a été déterminante dans l'efficacité de notre dispositif. En effet, la formation des médecins de premier recours est considérée comme l'un des facteurs essentiels de la réussite des programmes de dépistage⁵⁻⁷. En outre, une stratégie basée sur la sollicitation systématique des personnes dès leur consultation, comme cela se fait dans Précavir, paraît être la plus efficace comparativement à une stratégie de dépistage par courrier⁸.

Une fois accepté, le dépistage est réalisé (prélèvement sanguin) plus souvent quand il peut être effectué immédiatement sur place (97%) que lorsque le site de prélèvement se situe dans un autre lieu, même distant de quelques 500 mètres (82%). C'est dans ce type de situation que l'utilisation des tests rapides d'orientation

Tableau 4

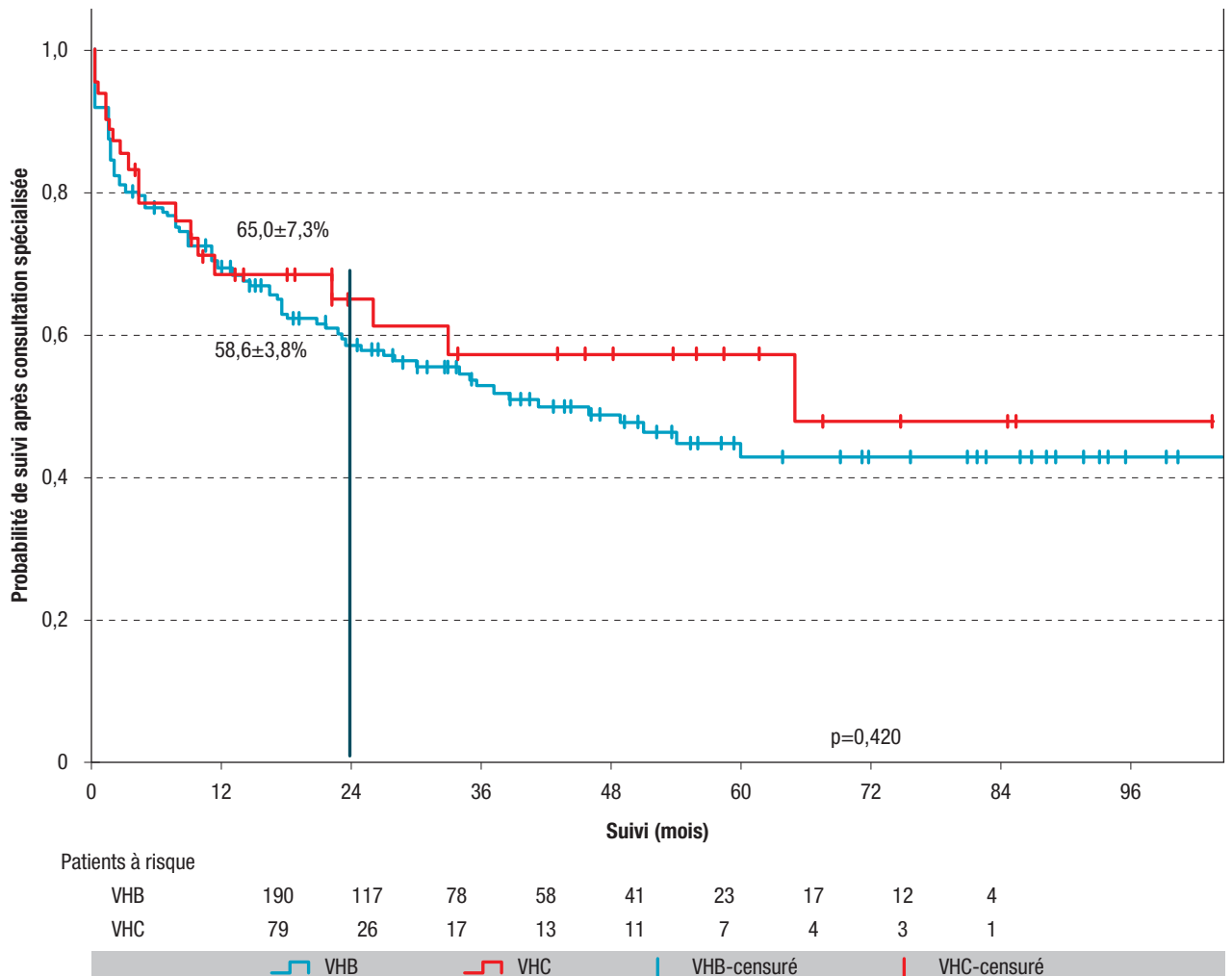
Résultats biologiques et virologiques des 79 malades porteurs d'anticorps anti-VHC positifs vus en consultation spécialisée, institution d'un traitement. Étude Précavir 2007-2015, France

Paramètres		
ALAT>LSN, n (%)		34 (43,0%)
ASAT>LSN, n (%)		24 (30,8%)
ARN-VHC positif		42 (53,2%)
Génotype	1a	1 (2,5%)
	1b	11 (27,5%)
	1 autre	2 (5,0%)
	2	3 (7,5%)
	3	6 (15,0%)
	4	17 (42,5%)
Évaluation de la fibrose (n=31)*		
F0-F1		19
F2		6
F3		3
F4		3
Proposition/institution traitement		17

* 3 PBH, 4 Fibrotest®, 18 Fibroscan®, 6 Fibrotest®+Fibroscan®.

Figure 3

Probabilité de suivi des malades dépistés VHB et VHC positifs, après une première consultation spécialisée. Estimation selon la méthode de Kaplan-Meier, comparaison par le log rank test. Étude Précavir 2007-2015, France



diagnostique (TROD) pourrait avoir son intérêt en permettant le prélèvement au bout du doigt, avec un rendu des résultats dans les 30 minutes. Au vu d'un résultat positif, il peut être plus facile de convaincre un sujet de contrôler ce résultat sur un prélèvement veineux. La performance des TROD VHC ainsi que celle des TROD Ag HBs ont été bien établies et ces tests peuvent être utilisés dans ce contexte selon les recommandations de la Haute Autorité de santé^{9,10}.

Il est intéressant de noter que 98% des malades sont venus chercher leur résultat et que 87% de ces derniers honorent le rendez-vous de consultation spécialisée qui leur a été proposé. Le bilan des programmes américains de dépistage des migrants (2012-2014) est bien différent : alors que les résultats positifs sont rendus dans 85% des cas et qu'une consultation spécialisée est proposée dans 83% des cas, seuls 55% de ceux-ci se présentent effectivement à la consultation¹¹. Il est probable que l'organisation proposée dans notre programme Précavir facilite l'accès à la consultation spécialisée : court délai entre le test et la consultation de résultat, court délai entre le résultat et le rendez-vous de consultation spécialisée, et relances en cas d'absence.

La stratégie de dépistage systématique des hépatites virales dans les PASS s'avère non seulement possible, mais également très efficace. Elle a permis de dépister des malades originaires de pays de moyenne ou forte endémie VHB ou VHC, qui ignoraient leur statut pour 90% d'entre eux, même si près de 20% avaient déjà été dépistés. La prévalence variait avec l'origine géographique des patients, de 0,4 à 9,6% pour l'Ag HBs et de 1,1 à 5,5% pour le VHC. Ce sont les sujets originaires d'Afrique subsaharienne qui présentaient la plus forte prévalence pour l'Ag HBs et les sujets d'Europe de l'Est (essentiellement Roumanie) la plus forte prévalence pour le VHC. Plusieurs études ont montré que le dépistage du VHB est loin d'être systématique chez les personnes originaires d'Afrique subsaharienne. Ainsi, dans l'enquête ANRS-Parcours, qui décrit le parcours de soins de ces derniers en France, seuls 30% des hommes avaient bénéficié d'un dépistage systématique en raison de leur origine¹².

Dans l'estimation par méthode directe du nombre de sujets porteurs d'une infection virale C en 2011 effectuée récemment par C. Pioche et coll.¹³, les immigrés représentaient plus du quart des personnes infectées. Il est probable que ce chiffre soit sous-estimé car il ne prend en compte que les immigrés légaux ; dans notre population d'étude, près de 80% sont illégaux ou demandeurs d'asile et 3% sont infectés. Cela confirme la nécessité d'un dépistage élargi des populations immigrées à fort risque d'infection virale B ou C pour maîtriser le réservoir de ces infections. À une époque où le traitement de l'infection chronique B permet une virosuppression efficace et celui de l'infection chronique C un taux de guérison très élevé, le dispositif social permettant une ouverture des droits est un volet important de la réussite du programme Précavir.

Un an après une première consultation spécialisée, 117 des 190 malades VHB positifs et 26 des 42 malades ARN VHC positifs étaient toujours suivis. Il faut cependant regretter qu'à la date de fin de suivi, 110 des 278 malades vus en consultation spécialisée soient considérés comme perdus de vue. Une situation irrégulière et l'absence de domicile fixe, pour beaucoup d'entre eux, participent certainement de l'interruption de leur prise en charge médicale.

Plusieurs études montrent que la collaboration des professionnels est indispensable à la réussite des programmes de dépistage et d'accès aux soins des personnes dépistées positives^{14,15}. Dans notre expérience, le partenariat avec les réseaux de santé favorise la coordination des professionnels intervenant dans le dépistage et la prise en charge des personnes dépistées positives. L'accompagnement des personnes vulnérables facilite l'accès à un parcours de soins adapté et permet une prise en charge rapide, afin d'éviter les perdus de vue. Un dispositif d'accueil, d'écoute et de soutien animé par des professionnels a été mis en place en janvier 2015 au sein des réseaux de santé de Créteil. Cet espace comprend des actions collectives de soutien visant à renforcer les capacités individuelles des personnes dépistées. Des rencontres individuelles, particulièrement appropriées pour les questions relatives à la sexualité ou au soutien psychologique, sont systématiquement proposées aux nouveaux arrivants. Ce dispositif n'a pas encore été évalué.

En conclusion, un dépistage systématique des virus des hépatites en population migrante vulnérable fréquentant les PASS, proposé par les médecins généralistes, est faisable, bien accepté et efficace. Il permet la découverte d'un grand nombre d'infections dans ces populations exposées, ainsi qu'une évaluation et une prise en charge adaptée en milieu spécialisé. Des efforts doivent cependant encore être faits pour conserver dans le soin un maximum de ces patients. Il sera intéressant d'évaluer l'impact du dispositif de soutien personnel et collectif progressivement mis en place depuis 2015 sur le maintien des malades dans leur parcours de soins. ■

Remerciements

À tous les médecins participant au programme Précavir : AL. Audrain, C. Barrault, J. Bessan, O. Bismuth, S. Cazard, M. Cauterman, P. Ceresuela, J. Cittée, B. Elharrar, V. Garrait, O. Houis, M. Ikka, J. Jouvie, A. Le Lagadec, JF. Lemouton, J. Madexian, I. Roustang, J. Ruault, JF. Sauvé, D. Scimeca, A. Tardieu, ML. Trompette.

Références

[1] Meffre C, Le Strat Y, Delarocque-Astagneau E, Dubois F, Antona D, Lemasson JM, *et al.* Prevalence of hepatitis B and C virus infections in France in 2004: social factors are important predictors after adjusting for known risk factors. *J Med Virol.* 2010;82(4):546-55.

[2] Article L.711-7-1 du code de la Santé Publique créé par l'article 76 de la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. JO du 31/07/1998. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000206894>

[3] Agence régionale de santé Île-de-France. Projet régional de santé (2013-2017). [Internet]. <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/projet-regional-de-sante-2013-2017-0>

- [4] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Diagnostic et suivi virologiques des hépatites virales (à l'exclusion du dépistage en cas de dons de sang, d'organes ou de tissus). Paris: Anaes; 2001. 12 p. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Hepatitis_virales_recos.pdf
- [5] Pourette D. Prise en charge du VIH et de l'hépatite B chronique chez les migrants subsahariens en France : le rôle-clé de la relation médecin-patient. *Santé Publique*. 2013;25(5):561-70.
- [6] McGowan CE, Monis A, Bacon BR, Mallolas J, Goncales FL, Goulis I, *et al*. A global view of hepatitis C: physician knowledge, opinions, and perceived barriers to care. *Hepatology* 2013;57(4):1325-32.
- [7] Enel C, Minello A, Hillon P. Représentations des professionnels et dépistage des hépatites B et C chez les migrants : une étude qualitative en Côte-d'Or. *Santé Publique*. 2012;24(4):303-15.
- [8] Brady JE, Liffmann DK, Yartel A, Kil N, Federman AD, Kannry J, *et al*. Uptake of hepatitis C screening, characteristics of patients tested, and intervention costs in the BEST-C study. *Hepatology*. 2017;65(1):44-53.
- [9] Place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans la stratégie de dépistage de l'hépatite C. Saint-Denis La Plaine: Haute Autorité de santé; 2014. 106 p. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1615995/fr/place-des-tests-rapides-d-orientation-diagnostique-trod-dans-la-strategie-de-depistage-de-l-hepatite-c
- [10] Place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans la stratégie de dépistage de l'hépatite B. Saint-Denis La Plaine: Haute Autorité de santé; 2016. 118 p. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2063232/fr/place-des-tests-rapides-d-orientation-diagnostique-trod-dans-la-strategie-de-depistage-de-l-hepatite-b
- [11] Harris AM, Schoenbachler BT, Ramirez G, Vellozzi C, Beckett GA. Testing and linking foreign-born people with chronic hepatitis B virus infection to care at nine U.S. Programs, 2012-2014. *Public Health Rep*. 2016;131 Suppl 2:20-8.
- [12] Dray-Spira R, Gigonzac V, Vignier N, Pannetier J, Sogni P, Lert F, *et al*. Caractéristiques des personnes originaires d'Afrique subsaharienne suivies pour une hépatite B chronique en Île-de-France en 2012-2013. Données de l'enquête ANRS-Parcours. *Bull Epidémiol Hebd*. 2015;(19-20):339-47. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=12576
- [13] Pioche C, Pelat C, Larsen C, Desenclos JC, Jauffret-Roustide M, Lot F, *et al*. Estimation de la prévalence de l'hépatite C en population générale, France métropolitaine, 2011. *Bull Epidémiol Hebd*. 2016;(13-14):224-9. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=12930
- [14] Sharma S, Carballo M, Feld JJ, Janssen HLA. Immigration and viral hepatitis. *J Hepatol*. 2015;63:515-22.
- [15] Coppola N, Alessio L, Pisaturo M, Macera M, Sagnelli C, Zampino R, *et al*. Hepatitis B infection in immigrant populations. *World J Hepatol*. 2015;7(30):2955-61.

Citer cet article

Roudot-Thoraval F, Rosa-Hézode I, Delacroix-Szmania I, Costes L, Hagège H, Elghozi B, *et al*. Prise en charge des populations précaires fréquentant les permanences d'accès aux soins de santé, atteintes d'hépatites et ayant bénéficié d'une proposition systématique de dépistage : étude Précavir 2007-2015. *Bull Epidémiol Hebd*. 2017;(14-15):263-70. http://invs.sante.publiquefrance.fr/beh/2017/14-15/2017_14-15_2.html

INFECTIONS PAR LE VHB ET LE VHC CHEZ LES PERSONNES MIGRANTES, EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ, REÇUES AU COMEDE ENTRE 2007 ET 2016

// HBV AND HBC INFECTIONS AMONG VULNERABLE MIGRANTS RECEIVED AT THE COMEDE HEALTH CENTRE (FRANCE) BETWEEN 2007 AND 2016

Pascal Revault (pascal.revault@comede.org), Maud Giacomelli, Olivier Lefebvre, Arnaud Veïsse, Khaldi Vescovacci

Comede (Comité pour la santé des exilés), Hôpital Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre, France

Soumis le 03.02.2017 // Date of submission: 02.03.2017

Résumé // Abstract

Le centre de santé du Comede à l'hôpital Bicêtre reçoit en consultation de médecine un public migrant vivant en Île-de-France, récemment arrivé en France, particulièrement vulnérable. Un bilan de santé est systématiquement proposé, comportant en particulier le dépistage des infections par le VHB et le VHC et réalisé par 96% des consultants. Les résultats sont documentés en continu par les soignants dans une base de données et dans un dossier médical papier. Les prévalences des personnes chroniquement infectées par le VHB et le VHC, parmi 16 095 personnes accueillies en consultation de médecine générale au centre de santé entre 2007 et 2016, sont de 6,8% pour le VHB et de 1,8% pour le VHC. Seules 8% des personnes infectées par le VHB et 15% de celles infectées par le VHC connaissaient déjà leur statut sérologique. Parmi les personnes accueillies en 2014, 6% étaient vaccinées contre le VHB et 45% nécessitaient un rattrapage vaccinal. Un cumul de vulnérabilités plus important est retrouvé chez les personnes infectées par le VHC, qui sont plus âgées.

Ces résultats sont en faveur d'une proposition de dépistage au moyen des trois marqueurs du VHB et des anticorps du VHC, complété si besoin par un rattrapage vaccinal ou une orientation pour un suivi et un traitement. De façon plus générale, il s'agit d'améliorer l'accès aux soins et à la prévention chez les migrants cumulant des facteurs de vulnérabilité.

Based in the Bicêtre Hospital (Paris area, France), the COMEDE Health Center provides medical consultations to recent migrants living in Ile-de-France, who are especially vulnerable. The COMEDE Health Centre systematically proposes a comprehensive health assessment, including HBV and HBC testing, achieved by 96% of these migrants. Caregivers continuously record the results in a database and on a paper personal medical file. Among 16,095 people, who were examined by a general practitioner at the health centre between 2007 and 2016, the prevalences of those chronically infected by HBV and HBC were respectively 6.8% and 1.8%. Only 8% of those infected by HBV and 15% of those infected by HBC knew their serological status. Among patients examined in 2014, 6% were vaccinated against HBV, and 45% required a catch-up vaccination. People infected by HBC are older and cumulate more vulnerability factors.

These results are in favor of a testing proposal including the three serological markers for HBV and HBC antibodies, completed by a catch-up vaccination, or referral for regular follow up and treatment if necessary. More generally, access to prevention and care among vulnerable migrants should be improved.

Mots-clés : VHB, VHC, Dépistage, Vaccination, Accès aux soins, Migrants, Vulnérabilité

// **Keywords:** HBV, HBC, Testing, Vaccination, Access to care, Migrants, Vulnerability

Introduction

Les prévalences des infections par le virus de l'hépatite B (VHB) et de l'hépatite C (VHC) chez les personnes étrangères et/ou immigrées vivant en France, ainsi que les caractéristiques sociales, démographiques et médicales de ces dernières, sont peu documentées.

Parmi les 2,6 millions de ressortissants des pays tiers à l'Union européenne vivant en France aujourd'hui (dont presque 40% résident en Île-de-France)¹, près de 1 million sont en situation de précarité administrative, avec un titre de séjour de moins d'un an ou sans titre de séjour², soit près de 38%. Cette population cumule des facteurs de vulnérabilité et des difficultés d'inscription dans le droit commun, en particulier pour

l'accès aux soins et à la prévention^{2,3}. Elle constitue ainsi une priorité pour les politiques de santé publique, en raison des conséquences sur le plan individuel et collectif des infections par les VHB et VHC^{4,5}.

Le Comité pour la santé des exilés (Comede) reçoit ce public dans le centre de santé de l'association à l'hôpital Bicêtre, en Île-de-France, et recueille en routine des données médicales, psychologiques et sociales au cours du dépistage et du suivi des affections chroniques non transmissibles (outre la santé mentale, principalement les maladies cardiovasculaires et le diabète) et des infections transmissibles (VIH, tuberculose, VHB, VHC, syphilis). Le bilan systématiquement proposé lors de la première

consultation médicale comporte notamment le dépistage des trois marqueurs de l'infection par le VHB (Ag (antigène) HBs, Ac (anticorps) anti-HBc et Ac anti HBs) et, pour l'hépatite C, la recherche d'Ac anti-VHC et de l'ARN VHC en cas de positivité des Ac anti-VHC. La restitution du bilan est l'occasion d'expliquer aux personnes les résultats et d'aborder les questions liées à la prévention (sexualité, usage de drogue et réduction des risques, vie en collectivité et mesures de prévention, vaccination contre le VHB). En cas d'Ag HBs et/ou d'Ac anti-HBc, ou encore d'Ac anti-VHC positifs avec ARN VHC positif, un bilan complémentaire et une orientation en éducation thérapeutique sont proposés au Comede.

Une fois le diagnostic d'infection chronique par le VHB porté, si des signes de gravité sont présents (cirrhose, carcinome hépatocellulaire, comorbidités graves, ADN >2 000 UI/ml, ALAT perturbées), la personne est adressée à un hépatologue. Sinon, un suivi trimestriel peut démarrer au centre de santé du Comede, avant un avis spécialisé (appréciation de l'infection avec activité, fibrose et discussion d'un traitement) puis une orientation en médecine générale pour le suivi régulier une fois la couverture maladie obtenue, sauf si des facteurs de vulnérabilité rendent cette orientation difficile. En revanche, toutes les personnes infectées par le VHC sont adressées dans un service spécialisé en hépatologie de proximité pour la mise en place d'un traitement.

Cet article présente le statut sérologique vis-à-vis du VHB et du VHC des personnes ayant consulté au centre de santé du Comede entre 2007 et 2016, les prévalences des infections chroniques par le VHC et le VHB ainsi que certaines caractéristiques démographiques et sociales des personnes infectées.

Méthodes

Recueil des données

Il s'agit d'une étude rétrospective, unicentrique et descriptive. Les données analysées dans cet article sont issues de deux sources d'information.

La première est une base de données informatisée développée par le Comede dans le cadre de son observatoire sur la santé des exilés. Systématiquement renseignée et mise à jour par les médecins et autres professionnels de santé pour l'ensemble des personnes reçues, cette base de données recueille des informations démographiques, médico-psychologiques, de vulnérabilité sociale ainsi que sur l'accès aux soins et aux droits. Sur le plan épidémiologique, les médecins et psychologues y caractérisent l'ensemble des maladies et risques médico-psychologiques graves issus des conclusions de l'examen clinique et des bilans de santé pratiqués annuellement par 96% des consultants du centre de santé, reçus initialement en consultation de médecine.

La seconde source d'information est constituée des dossiers médicaux individuels sous forme papier, où sont renseignés l'évolution du suivi médical, les résultats des examens complémentaires (notamment

les Ac anti-VHC, l'Ag HBs, les Ac anti-HBs, les Ac anti-HBc et, si indiqué, l'ARN VHC et l'ADN VHB), les courriers de liaison avec les médecins partenaires de la prise en charge (dont les hépatologues exerçant principalement en milieu hospitalier), ainsi que les informations relatives à l'éducation thérapeutique.

Indicateurs

Les données présentées concernent :

- les principales caractéristiques épidémiologiques des personnes accueillies au centre de santé du Comede en 2014-2015 ;
- le statut sérologique des consultants vis-à-vis du VHB et du VHC pour l'année 2014 uniquement : en effet, ces données figurent dans les dossiers médicaux papier et nécessitent un examen individualisé de ces dossiers ;
- les prévalences des infections chroniques par le VHC et le VHB par sexe, âge et régions d'origine, et la connaissance du diagnostic avant l'arrivée en France, analysées à partir de la base de données pour la période 2007-2016. Les infections chroniques par le VHB et le VHC sont définies respectivement par la persistance de l'AgHBs à 6 mois et par la présence de l'ARN du VHC ;
- les caractéristiques démographiques et de vulnérabilité sociale des personnes chroniquement infectées par le VHB et le VHC en 2014-2015, analysées à partir de la base de données. La détresse sociale est définie par le cumul d'au moins 5 items parmi les 7 suivants : absence de maîtrise du français, absence d'hébergement, titre de séjour de moins d'un an, absence de couverture maladie, absence d'une personne de confiance avec qui partager ses émotions et sa maladie (isolement relationnel), absence d'un accompagnement pour la réalisation des démarches administratives et de soins, ne pas avoir accédé à un repas pour des raisons financières en décrivant une sensation de faim.

La saisie et l'analyse descriptive des résultats ont été effectuées à l'aide d'un tableur Excel®.

Résultats

Caractéristiques des personnes accueillies au centre de santé

Parmi les personnes accueillies au centre de santé en 2014-2015, 41% ont bénéficié d'au moins une consultation médicale, à l'occasion de laquelle un bilan de santé clinique et paraclinique global a été proposé dans 97% des cas. Les personnes étaient récemment arrivées en France (médiane d'un an), n'avaient pas ou peu de contact avec le système de santé et ignoraient pour la plupart leur statut sérologique et vaccinal. Le public reçu était composé de demandeurs d'asile (58%), de personnes en séjour précaire (pas de droit ou droit au séjour inférieur à 1 an : 92%) ; il y avait 33% de femmes, 10% de mineurs et 6% de personnes âgées de plus de 60 ans.

Plus de 95% des personnes présentaient des revenus inférieurs au seuil permettant d'obtenir la CMU-C.

Moins de 1% des personnes ont refusé le bilan proposé ou ne sont pas revenues chercher les résultats.

La moyenne du suivi en médecine générale était de 12 mois, plus courte qu'en psychothérapie et au service social et juridique. Les consultations médicales ont eu lieu en présence d'un interprète au centre de santé dans 46% des cas (pour 5%, l'interprète était au téléphone) ; 51 langues étaient pratiquées par les consultants, principalement bengali, anglais, tamoul, russe, pular, ourdou et lingala. Les personnes étaient originaires de 85 pays, principalement d'Afrique de l'Ouest, d'Asie du Sud, d'Afrique centrale, d'Europe de l'Est et d'Afrique du Nord. Près de la moitié était atteinte de maladies graves ou chroniques, dont les plus fréquentes étaient les troubles psychiques (36%), puis les infections par le VHB et le VHC (15%), les maladies cardiovasculaires (15%) et le diabète (10%).

Statut sérologique vis-à-vis du VHB et du VHC

Les données sur le statut sérologique VHB et VHC ne concernent que 986 des 1 255 personnes ayant bénéficié d'au moins une consultation médicale en 2014, car près de 21% des dossiers médicaux n'étaient pas correctement complétés.

Concernant le VHB, les données sérologiques montrent que 45% des personnes avaient eu un contact avec le virus, dont 25% avaient une immunité acquise, 11% présentaient des Ac anti-HBc positifs isolés et 9%

étaient infectées chroniquement par le VHB (tableau 1). Seules 6% présentaient une immunité vaccinale pour le VHB. Près d'une personne sur deux pourrait ainsi bénéficier d'un rattrapage vaccinal contre le VHB.

La proportion de personnes connaissant leur statut sérologique pour le VHB avant l'arrivée en France, y compris le statut vaccinal, était inférieure à 10%. La quasi-totalité des personnes n'avait pas de carnet de vaccination.

Concernant le VHC, 3% des personnes avaient des Ac anti-VHC positifs, témoignant d'un contact avec le virus, et 2% avaient une infection chronique (ARN VHC positif).

Prévalences des infections par le VHB et le VHC

Les prévalences des infections chroniques par le VHB et par le VHC ont été calculées pour 16 095 personnes accueillies en consultation de médecine générale entre 2007 et 2016, sachant que le bilan de santé est réalisé pour 96% des personnes accueillies.

Ces prévalences étaient de 6,8% pour le VHB et de 1,8% pour le VHC (tableau 2).

Pour le VHB, la prévalence était deux fois plus élevée chez les hommes (8%) que chez les femmes (3,8%). Il existait des différences importantes suivant les régions de naissance, avec des prévalences plus élevées pour les personnes nées en Afrique de l'Ouest ou en Asie de l'Est. Au regard de l'âge, la prévalence la plus élevée concernait les 35-50 ans (9%).

Tableau 1

Statut sérologique vis-à-vis du VHB et du VHC chez les personnes ayant réalisé un bilan de santé au Comede en 2014

	VHB		VHC	
	Résultats des marqueurs	%	Résultats des marqueurs	%
Pas de contact viral infectieux retrouvé	Ag HBs négatif	48,7	Ac anti-VHC négatifs	97
	Ac anti-HBs négatifs			
	Ac anti-HBc négatifs			
Immunité vaccinale pour le VHB	Ag HBs négatif	6		
	Ac anti-HBs négatifs			
	Ac anti-HBs positifs			
Contact viral infectieux	Ag HBs positifs	45,3	Ac anti-VHC positifs	3
	et/ou Ac anti-HBc positifs			
<i>Antécédent d'infection</i>	Ag HBs négatif	25,1	Ac anti-VHC positifs	1
	Ac anti-HBs positifs		ARN VHC négatif	
	Ac anti-HBc positifs			
<i>Infection chronique</i>	Ag HBs positif	9,4	Ac anti-VHC positifs	2
	Ac anti-HBc positifs		ARN VHC positif	
<i>Infection par le VHB dite « occulte »</i>	Ag HBs négatif	10,8		
	Ac anti-HBs négatifs			
	Ac anti-HBc positifs			

NB : Données disponibles pour 986 personnes parmi les 1 255 personnes ayant réalisé un bilan de santé en 2014. Les Ac anti-HBs >10 UI/l sont considérés comme positifs.

Tableau 2

Prévalences (en %) des infections chroniques par le VHB et le VHC selon le sexe et les régions de naissance parmi les personnes accueillies en consultation de médecine générale entre 2007 et 2016 au Comede

Région de naissance	VHB			VHC		
	Femmes n=4 626	Hommes n=11 469	Total N=16 095	Femmes n=4 626	Hommes n=11 469	Total N=16 095
Afrique centrale	3,6	10,6	6,8	3,5	3,1	3,3
Afrique du Nord	1,5	2,3	2	1,5	3	1,7
Afrique de l'Ouest	6,8	17,1	14,3	1,1	0,6	0,8
Asie centrale	1,5	6,7	5,7	14,7	4	5,9
Asie de l'Est	6,7	13,5	10,9	4,4	0	1,6
Asie du Sud	0,2	2,7	2,4	0	0,8	0,7
Caraïbes	8	7,1	7,6	0	0	0
Europe de l'Est	0,6	5,4	4,1	3,1	5,4	4,7
Moyen Orient	0	1,5	1,2	0	6,7	5,4
Total	3,8	8	6,8	2,2	1,6	1,8

NB : La prévalence est calculée en rapportant le nombre de personnes positives au nombre de personnes vues en consultation et ne tient pas compte du fait que 4% des consultants ne réalisent pas de bilan de santé.

Pour le VHC, la prévalence était plus élevée chez les femmes (2,2%) que chez les hommes (1,6%). Elle était maximale chez les personnes originaires d'Asie centrale et du Moyen-Orient, d'Europe de l'Est et d'Afrique centrale. La prévalence augmentait progressivement avec l'âge, atteignant un maximum à 10,8% pour les plus de 65 ans.

Au cours de la période 2007-2016, la proportion de personnes chroniquement infectées connaissant leur statut était faible : 8% pour le VHB et 15% pour le VHC.

Caractéristiques démographiques et vulnérabilité sociale des personnes infectées par le VHB

Parmi les 159 personnes chroniquement infectées par le VHB accueillies entre 2014 et 2015, 85% étaient des hommes. L'âge médian était de 34 ans.

Leurs caractéristiques de vulnérabilité sociale et de détresse sociale ne différaient pas beaucoup de celles de l'ensemble de la population reçue au Comede (tableau 3). Les personnes infectées par le VHB avaient moins besoin d'un interprète (allophones 20% vs 38%). Cependant, elles étaient plus nombreuses à bénéficier d'une protection maladie (31% vs 18%). Elles étaient également plus nombreuses à avoir un titre de séjour d'un an et plus (24% vs 10%). À noter que 11% étaient des mineurs (non accompagnés pour la plupart) et que la proportion de personnes sans droit au séjour était de 33%.

Caractéristiques démographiques et vulnérabilité sociale des personnes infectées par le VHC

Parmi les 58 personnes chroniquement infectées par le VHC accueillies en 2014 et 2015, 63% étaient des hommes. L'âge médian était de 43 ans.

La proportion de personnes infectées par le VHC en situation de détresse sociale (cumulant au moins 5 facteurs de vulnérabilité) était supérieure à celle des

personnes infectées par le VHB (38% vs 20%) ou à celle de l'ensemble des personnes accueillies au centre de santé (16%) (tableau 3). En particulier, l'absence de maîtrise de la langue française était nettement supérieure : 55% d'allophones parmi les personnes infectées par le VHC vs 20% pour les personnes infectées par le VHB et 38% pour l'ensemble des personnes accueillies au centre de santé. En outre, 93% avaient un séjour administratif précaire, 81% n'avaient pas de protection maladie et 27% étaient sans abri. À noter que moins de 1% étaient des mineurs non accompagnés et que la proportion de personnes sans droit au séjour était de 29%.

Discussion

Prévalences et recommandations en matière de dépistage

Les données recueillies au cours de la période 2007-2016 montrent des prévalences très élevées des infections chroniques par le VHB (6,8%) et le VHC (1,8%) dans la population étudiée. Ces prévalences sont à interpréter avec prudence : elles dépendent en effet des variations de recrutement des patients entre 2007 et 2016. Les pays d'origine et les caractéristiques sociodémographiques des patients étaient cependant stables au cours de la période. Des données étaient par ailleurs manquantes en raison d'une saisie non systématique, mais l'analyse des dossiers papier de 2014 a montré des résultats comparables en termes de prévalence. Enfin, il est possible que la prévalence soit sous-estimée du fait de la méthode de calcul, qui inclut dans le dénominateur les consultants n'ayant pas réalisé le bilan de santé (4%).

Malgré ces limites, ces données peuvent être utiles pour guider des actions de prévention.

Tableau 3

Indicateurs de vulnérabilité sociale à la première consultation médicale parmi l'ensemble des personnes accueillies en consultation médicale et parmi les personnes chroniquement infectées par le VHC et le VHB reçues au Comede entre 2014 et 2015

	Ensemble des personnes accueillies en 1 ^{ère} consultation médicale (n=2 412)	Parmi les personnes chroniquement infectées par le VHB (n=159)	Parmi les personnes chroniquement infectées par le VHC (n=58)
Pas de logement personnel	98%	94%	96%
<i>Dont sans abri</i>	18%	20%	27%
N'a pas mangé à sa faim	18%	24%	29%
Séjour précaire (titre de séjour <1 an)	90%	76%	93%
<i>Dont sans droit au séjour</i>	29%	33%	29%
Sans protection maladie	82%	69%	81%
Allophone	38%	20%	55%
Isolement relationnel	9%	12%	11%
Pas d'accompagnement	6%	10%	11%
Détresse sociale (cumul d'au moins 5 items)	16%	20%	38%

En tout état de cause, la prévalence des infections par le VHC dans l'ensemble de la population étrangère en France, calculée à partir de données de la littérature et reprenant les enquêtes de 2004 et 2011⁶, est inférieure à celle mesurée dans la population du Comede (1,83% vs 3% pour la présence d'Ac antiVHC et 1% vs 1,8%-2% pour l'ARN VHC). Si ces différences peuvent refléter la situation d'une population plus vaste que celle reçue au Comede, et plus diversifiée, ne concernant pas les seules personnes vulnérables, il faut néanmoins rappeler que les populations immigrées en France, y compris celles récemment arrivées, ne sont pas non plus représentatives de la population générale vivant dans leur pays d'origine, d'où l'intérêt de mesures directes et actualisées en population.

D'autre part, la prévalence des Ac anti-VHC, mesurée à partir des données de quatre centres d'accueil, de soins et d'orientation de Médecins du Monde⁷ était encore supérieure (4,3%) et concernait un public précaire comparable à celui accueilli au centre de santé du Comede. Cependant, Médecins du Monde reçoit davantage de personnes issues du Maghreb et de Roumanie, tandis que le Comede accueille plus de personnes venant d'Asie du Sud et d'Afrique subsaharienne.

La prévalence de l'Ag HBs est de 8,6% chez les personnes reçues par Médecins du Monde, soit un chiffre intermédiaire entre les deux mesures différentes du Comede (6,8% pour la période 2007-2016 et 9,4% pour 2014). À noter que la population accueillie au Comede est issue de la région Île-de-France, principalement de trois départements limitrophes (75, 93, 94).

En Italie, une étude prospective menée entre 2012 et 2013 chez 882 étrangers en séjour irrégulier à Caserta et Naples⁸ a retrouvé une prévalence de 8,8% de l'Ag HBs et la présence d'Ac anti-HBc chez 42% des personnes, ce qui est cohérent avec les données présentées ici et pour des régions d'origine comparables, en particulier chez les hommes. Le taux de prévalence de l'Ag HBs était de 14% chez les personnes originaires d'Afrique de l'Ouest dans cette

étude italienne, soit quasi identique à celui retrouvé au centre de santé du Comede. Concernant le VHC, le taux de prévalence des Ac anti-VHC était de 4%, soit plus élevé et davantage comparable aux résultats de Médecins du Monde.

Il faut d'autre part souligner la proportion élevée de personnes étrangères qui ne connaissent pas leur statut sérologique pour l'infection chronique par le VHB (92%) et le VHC (85%) avant leur arrivée en France. Ce constat est corroboré par d'autres études, comme celle de Médecins du Monde⁷, d'autant plus que la proportion de personnes dont le contact avec le VHB a été observé est de 45% dans la population étudiée, soit près d'une personne sur deux.

Ainsi, la proposition systématique de dépistage devrait être encouragée en pratique courante au cours d'un bilan de santé ou à l'aide de TROD (tests rapides d'orientation diagnostique) en stratégie avancée chez les populations migrantes précaires, tout en s'accompagnant d'un maillage des acteurs socio-sanitaires pour faciliter l'accès aux soins, comme recommandé pour le VHC en 2016⁹. Ces occasions devraient aussi permettre un rattrapage vaccinal du VHB, puisque seules 6% des personnes étaient vaccinées et 49% restaient à protéger selon les données 2014 pour lesquelles le statut sérologique était renseigné (79%). D'autres recommandations insistent sur la formation des professionnels de santé en France, de médecine générale en particulier, pour faciliter le dépistage et la vaccination auprès des publics migrants¹⁰. En Suisse, il a été récemment proposé un dépistage systématique auprès des demandeurs d'asile en discutant plusieurs algorithmes qui débouchent sur une vaccination, un suivi médical ou une simple information selon les résultats des tests¹¹.

Caractéristiques sociales, démographiques et médicales

Il s'agit d'une population précaire sur le plan administratif, correspondant aux personnes accueillies au centre de santé du Comede, qui cumule des facteurs

de vulnérabilité et nécessite, outre un soin global, tout particulièrement un interprétariat professionnel, une protection maladie, un hébergement stable et un titre de séjour non précaire (items de plus de 50% des consultants).

Les personnes infectées chroniquement par le VHC sont plus âgées et cumulent davantage de critères de vulnérabilité sociale que les personnes infectées par le VHB, avec notamment une détresse sociale pour 38% d'entre elles (contre 20% pour le VHB). Elles présenteraient davantage de comorbidités et de facteurs de risque (diabète, HTA, obésité) et de complications (cirrhose et cancer) que les personnes infectées pour le VHB (données non présentées), possiblement en lien avec leur âge plus élevé. Ceci mériterait d'être confirmé sur des effectifs plus importants. Les personnes infectées par le VHC sont le plus souvent originaires d'Asie centrale ou d'Europe de l'Est, tandis que celles infectées par le VHB sont plus souvent originaires d'Afrique de l'Ouest ou d'Asie de l'Est). Il faut en revanche souligner la forte proportion de jeunes hommes infectés par le VHB, en particulier les mineurs, et tout spécialement les mineurs non accompagnés (8%).

Dans ce contexte, l'éducation thérapeutique, classiquement réservée aux personnes sous traitement, a bénéficié au centre de santé de la mise en place de groupes de parole et d'autosupport avant tout traitement, non seulement pour la maîtrise du suivi d'une infection chronique par les patients mais aussi sur les conséquences de l'infection concernant la santé sexuelle.

Conclusion

Le nombre de personnes ne connaissant pas leur statut sérologique VHC et VHB était particulièrement élevé chez les migrants vulnérables consultant au Comede, tandis qu'une personne sur deux pourrait bénéficier d'un rattrapage vaccinal contre le VHB. Les prévalences des infections chroniques variaient significativement en fonction des régions d'origine et du sexe.

L'insuffisance des données épidémiologiques sur les infections par le VHC et le VHB dans les populations migrantes particulièrement vulnérables gagnerait à être comblée par l'amélioration du recueil de données issues d'un dépistage librement consenti et sans confusion entre d'une part, médecine de soin et de prévention, et médecine de contrôle d'autre part, au sein de structures comme les PASS (permanences d'accès aux soins de santé) ou les centres de rétention administrative, mais également au moyen d'une stratégie avancée. Certaines populations, comme les gens du voyage, qui ont des déplacements réguliers et des difficultés d'accès à la prévention et aux soins, devraient également bénéficier de cette stratégie.

Enfin, la facilitation de l'accès aux soins chez des personnes souvent sans protection maladie ni droit au séjour constitue une priorité à travers le maillage entre les structures qui réalisent le dépistage (et parfois un suivi médical généraliste) et celles davantage impliquées dans les soins spécialisés. ■

Remerciements

Nous tenons à remercier Benoît Bobillot qui a réalisé la synthèse des données de prévalence à partir de la documentation des dossiers médicaux en 2014, ainsi que l'ensemble des services du centre de santé du Comede à l'hôpital Bicêtre qui saisissent en routine les informations, en particulier médecins et infirmiers.

Références

- [1] Ministère de l'intérieur. L'immigration en France, Données du recensement 2013. <http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Donnees-statistiques/Donnees-de-cadrage-sur-la-population-immigree/Population>
- [2] Comede. Rapport d'observation et d'activité Comede. Années 2014 & 2015. <http://www.comede.org/rapport-dactivite/>
- [3] La santé des migrants. Bibliographie : juillet 2016. Paris: Irdes; 2016. pp. 49-70. <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-sante-des-migrants.pdf>
- [4] Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B et ou de l'hépatite C : rapport de recommandations 2014, sous la direction du Pr Daniel Dhumeaux et sous l'égide de l'ANRS et de l'AFEF. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Prise_en_charge_Hepatites_2014.pdf
- [5] Terrault NA, Bzowej NH, Chang KM, Hwang JP, Jonas MM, Murad MH; American Association for the Study of Liver Diseases. AASLD guidelines for treatment of chronic hepatitis B. *Hepatology*. 2016;63(1):261-83.
- [6] Pioche C, Pelat C, Larsen C, Desenclos JC, Jauffret-Roustide M, Lot F, *et al.* Estimation de la prévalence de l'hépatite C en population générale, France métropolitaine, 2011. *Bull Epidemiol Hebd*. 2016;(13-14):224-9. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=12930
- [7] Pauti MD, Tomasino A, Mari C, Mathieu C, Kartner A, Idrissu C, *et al.* Limiter les opportunités manquées de dépistage des hépatites B et C chez les migrants en situation de précarité: le programme de Médecins du Monde en France. *Bull Epidemiol Hebd*. 2016;(13-14):230-6. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=12931
- [8] Coppola N, Alessio L, Gualdieri L, Pisaturo M, Sagnelli C, Caprio N, *et al.* Hepatitis B virus, hepatitis C virus and human immunodeficiency virus infection in undocumented migrants and refugees in southern Italy, January 2012 to June 2013. *Euro Surveill*. 2015;20(35):pii=30009.
- [9] Prise en charge thérapeutique et suivi de l'ensemble des personnes infectées par le virus de l'hépatite C : rapport de recommandations 2016 sous la direction du Pr Daniel Dhumeaux, sous l'égide de l'ANRS et du CNS et avec le concours de l'AFEF. <http://www.afef.asso.fr/ckfinder/userfiles/files/recommandations-textes-officiels/recommandations/rapportDhumeaux2.pdf>
- [10] Gautier A, Jestin C. Pratiques de dépistage des hépatites virales par les médecins généralistes, France, 2009. *BEHWeb* 2011;(1). http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=9528
- [11] Jaboyedoff M, Genton B, Masserey E, Bodenmann P, Rimaz R, de Vallière S. Hépatites B et migrants : doit-on mieux faire ? *Rev Med Suisse* 2014;10(421):617-21. <https://www.revmed.ch/RMS/2014/RMS-N-421/Hepatite-B-et-migrants-doit-on-mieux-faire>

Citer cet article

Revault P, Giacomelli M, Lefebvre O, Veisse A, Vescovacci K. Infections par le VHB et le VHC chez les personnes migrantes, en situation de vulnérabilité, reçues au Comede entre 2007 et 2016. *Bull Epidemiol Hebd*. 2017;(14-15):271-6. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/14-15/2017_14-15_3.html

L'HÉPATITE C EN MILIEU CARCÉRAL EN FRANCE : ENQUÊTE NATIONALE DE PRATIQUES 2015

// HEPATITIS C IN PRISON SETTINGS IN FRANCE: A NATIONAL SURVEY OF PRACTICES FOR 2015

André-Jean Remy¹ (andre.remy@ch-perpignan.fr), Valérie Canva², Frédéric Chaffraix³, Carmen Hadey⁴, Laura Harcouet⁵, Nicolas Terrail⁶, Nathalie Vallet⁷, Arnaud Happiette¹, Mélanie Gaillet⁸, Olivier Sannier⁹, Christine Silvain¹⁰

¹ Unité sanitaire et équipe mobile hépatites, Centre hospitalier de Perpignan, France

² Service d'hépatogastroentérologie, Centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Lille, France

³ Service expert de lutte contre les hépatites virales d'Alsace, CHRU de Strasbourg, France

⁴ SOS Hépatites Alsace-Lorraine, Strasbourg, France

⁵ Service de pharmacie clinique, Hôpitaux Paris Centre, Paris, France

⁶ Unité sanitaire de Villeneuve-lès-Maguelonne, CHRU de Montpellier, France

⁷ Casp Arapej, Aulnay-sous-Bois, France

⁸ Service de médecine, Hôpital pénitentiaire de Fresnes, France

⁹ Bureau des politiques sociales, d'insertion et d'accès aux droits (Mi2), Direction de l'administration pénitentiaire, Paris, France

¹⁰ Fédération des pôles et réseaux hépatites, service d'hépatogastroentérologie, CHRU de Poitiers, France

Soumis le 16.11.2016 // Date of submission: 11.16.2016

Résumé // Abstract

Introduction – En France, l'hépatite C est cinq fois plus fréquente en milieu carcéral qu'en population générale. La prise en charge par les agents antiviraux d'action directe (AAD) est possible pour toutes les personnes détenues depuis 2014. Il n'existait pas de données récentes sur les pratiques de prise en charge de l'hépatite en milieu carcéral.

Objectif – Établir un état des lieux national des pratiques diagnostiques et thérapeutiques de l'hépatite C dans la population détenue en France en 2015.

Méthodologie – Enquête déclarative par courriel auprès des 168 unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) prenant en charge des personnes détenues.

Résultats – Parmi les USMP, 64 (38%) ont participé à cette enquête, représentant 39% de la population carcérale. Le dépistage était effectif pour 70% des détenus, avec un rendu systématique des résultats dans 72% des USMP. Les méthodes non-invasives d'évaluation de la fibrose hépatique étaient réalisées dans 84% des USMP, et 56% des USMP bénéficiaient d'une consultation spécialisée sur site ; 66% des USMP ont initié au moins un traitement par AAD en 2015, et 130 patients ont été traités. Un programme d'éducation thérapeutique existait dans 16% des USMP.

Discussion – conclusion – La prise en charge de l'hépatite C en milieu carcéral en France s'organise malgré les contraintes pénitentiaires et sanitaires et les disparités entre les USMP.

Introduction – Hepatitis C is five times more frequent in France in prison settings than in the general population. Treatment by direct-acting antiviral agents (DAAs) is possible for all persons detained since 2014. There were no recent data on the practices of coverage of the hepatitis in prison.

Objective – To establish a national situational analysis of the diagnostic and therapeutic practices of the hepatitis C in the population detained in France in 2015.

Methodology – Declarative study by e-mail among 168 sanitary units in prison (USMP) settings in charge of prisoners.

Results – 38% of the USMP participated in this investigation representing 39% of the prison population. Screening was actual for 70% of the prisoners with systematic reporting of the results in 72% of USMP; non-invasive methods of evaluation of hepatic fibrosis were realized in 84% of the USMP; 56% of the USMP benefited from an on-site specialized consultation. 60% of the USMP introduced at least one DAAs treatment in 2015, but only 130 patients were treated; 16% of the USMP had therapeutic educational program.

Discussion and conclusions – Healthcare management of hepatitis C in prison in France was organized in spite of detention and sanitary constraints, as well as disparities between USMP.

Mots-clés : Hépatite C, Milieu carcéral, Dépistage, Diagnostic, Traitement

// **Keywords**: Hepatitis C, Prison, Screening, Diagnosis, Treatment

Introduction

L'hépatite virale C constitue un problème de santé publique important en France, avec une prévalence

accrue en milieu carcéral par rapport à la population générale. Cette prévalence avait été estimée à 4,8% des détenus dans l'étude Prévacar^{1,2}, parmi lesquels la moitié avaient une charge virale positive. Les facteurs

de risque incluait l'origine géographique et le sexe féminin (prévalence de 11,8% pour les femmes et 4,5% pour les hommes mais avec un nombre faible de femmes). Le mode de contamination probable était l'usage de drogues dans 70% des cas, lié à une transfusion ou à un tatouage pour 8%, et inconnu pour 22% des personnes détenues. Le dépistage systématique du VHC chez tous les entrants en détention est recommandé en France depuis plus de 20 ans³. L'incidence en milieu carcéral est mal connue, reposant uniquement sur des études locales⁴. Le dépistage dans cette population semble effectif, y compris avant l'incarcération : 69% des entrants en Picardie en 2013 avaient déjà été testés pour l'hépatite C⁵.

La prise en charge sanitaire des personnes détenues relève, depuis la loi du 18 janvier 1994, d'une unité fonctionnelle hospitalière spécifique, appelée d'abord UCSA (Unité de consultations et de soins ambulatoires) et devenue Unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP). Les principes d'intervention sont détaillés dans un guide méthodologique actualisé en 2012⁶. Le personnel médical, soignant et administratif, est hospitalier et dépend d'un hôpital de rattachement, mais leurs autorisations d'accès dépendent de l'administration pénitentiaire. Du personnel pénitentiaire de surveillance est affecté au sein de l'USMP et gère les mouvements des détenus vers et à partir de l'USMP. Un détenu n'a pas d'accès direct au médecin ou au dentiste, mais doit formuler une demande, le plus souvent écrite, auprès de l'USMP. Les médicaments dispensés sont limités à ceux référencés dans la pharmacie hospitalière.

L'hépatite C est une maladie virale dont les principales conséquences somatiques sont hépatiques, avec une évolution vers une fibrose sévère, puis une cirrhose. L'évaluation de la fibrose hépatique par biopsie, méthode agressive, a laissé place à des méthodes non-invasives physiques (élastométrie impulsionnelle par Fibroscan[®]) ou biologiques (tests non invasifs type Fibrotest[®] ou Fibromètre[®]). Les indications de traitement sont fonction des résultats de cette évaluation non-invasive de la fibrose.

Le traitement de l'hépatite C a connu une avancée majeure depuis 2014 avec l'arrivée des antiviraux d'action directe (AAD), très efficaces, ayant peu d'effets indésirables mais dont le coût est très élevé. Ils ne nécessitent qu'une seule prise orale par jour (deux en cas d'association avec la ribavirine). L'accès au traitement antiviral C pour les personnes détenues a toujours été difficile en France, comme dans de nombreux autres pays, que ce soit pour le traitement par interféron et ribavirine ou lors de l'utilisation des antiprotéases de première génération, avec moins de 20% de patients traités⁷⁻⁹. Dans l'étude UCSAScan¹⁰, parmi 73 patients ayant une sérologie positive (prévalence de 6,5%) et un Fibroscan[®], 9 seulement avaient bénéficié d'un traitement, soit 12%.

Le principal obstacle identifié initialement en 2014-2015, pour que les personnes détenues accèdent aux AAD, était financier : ces médicaments très coûteux devant être facturés sur l'enveloppe

contrainte des Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac), celle-ci ne pouvait les prendre en charge. Une circulaire ministérielle du 29 avril 2015¹¹ a permis de délivrer ces médicaments en rétrocession, levant cet obstacle théorique majeur. L'accès aux AAD, pour la population détenue, n'est donc plus restreint sur le plan financier depuis cette date.

L'objectif de l'étude présentée ici était d'évaluer la mise en œuvre du dépistage, du diagnostic et de la prise en charge de l'hépatite virale C en milieu carcéral en France en 2015.

Méthodologie

Dans le cadre d'un groupe de travail réunissant des professionnels de santé et du travail social et des représentants de l'association SOS Hépatites, une enquête nationale des pratiques a été réalisée, en juin 2016, auprès des 168 USMP⁽¹⁾ contactées par courriel, avec deux relances et vérification par téléphone des adresses courriel. Étaient exclus les établissements pour mineurs et les centres de semi-liberté. Le questionnaire était présenté sous forme d'un fichier Word en pièce jointe ou à remplir directement dans le corps du courriel. Le questionnaire comprenait 42 questions fermées, binaires ou chiffrées (questionnaire détaillé en annexe), qui permettaient de recueillir des données sur la taille de l'établissement pénitentiaire, la file active de patients atteints d'hépatite C en 2015, l'organisation du dépistage, l'évaluation de la fibrose, les liens existant avec les services d'hépatologie, le traitement antiviral, l'éducation thérapeutique et le suivi post-thérapeutique et post-carcéral. Les résultats présentés sont ceux obtenus auprès des établissements qui ont répondu.

Résultats

Données générales

Au 30 juin 2016, 64 questionnaires validés étaient disponibles, soit une participation de 38% des USMP, totalisant 25 962 détenus incarcérés un jour donné (taux d'occupation moyen : 128%) et un nombre d'entrées annuel de 62 725, soit 39% de la population carcérale française⁽²⁾. La capacité des établissements pénitentiaires variait de 78 à 2 857 détenus ; 25 établissements sur 64, soit 39%, avaient une capacité inférieure à 200 places théoriques.

La file active de patients ayant une hépatite C en 2015 était de 1 115, avec une moyenne de 20 par établissement (extrêmes 0-245).

Dépistage

Le dépistage des hépatites virales était systématiquement proposé à l'entrée dans 63 USMP sur 64, soit 98% (tableau). Le taux moyen de réalisation

⁽¹⁾ Source : Statistique mensuelle de la population détenue et écrouée, direction de l'administration pénitentiaire. <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-chiffres-clefs-10041/>

⁽²⁾ 66 678 détenus au 31 décembre 2015. Source : administration pénitentiaire.

Offre de soins de l'hépatite C dans les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP), France, 2015

	% des USMP concernées
Dépistage	
Proposition systématique du dépistage du VHC	98%
Taux de réalisation effective	70%
Rendu systématique des résultats	72%
Réalisation de TROD	12,5%
Évaluation de la fibrose hépatique	
Fibrotest® réalisable	84%
Fibroscan® réalisable	80%
Fibroscan® réalisé à l'USMP	23%
Prise en charge et traitement antiviral	
Consultation d'hépatologie à l'USMP	56%
Initiation d'au moins un traitement AAD en 2015	66%
Accès facile à une RCP hépatites	75%
Délivrance d'AAD quotidienne	79%
Délivrance d'AAD hebdomadaire	17%
Délivrance d'AAD mensuelle	4%
Délivrance de ribavirine quotidienne	57%
Délivrance de ribavirine hebdomadaire	17%
Délivrance de ribavirine mensuelle	26%
Existence d'un programme d'éducation thérapeutique validé	16%
Initiation d'un traitement même si sortie de prison prévue	59%
Post-traitement et préparation à la sortie	
Consultation post-thérapeutique à l'USMP	69%
Consultation de réduction des risques à l'USMP	38%
Consultation extérieure dédiée aux sortants de prison	28%
Existence de liens entre USMP et :	
Caarud	41%
Csapa	69%
CHRS	41%
LHSS	22%
ACT dédiés	22%
Autres ACT	23%

TROD : test rapide d'orientation diagnostique. AAD : antiviraux d'action directe. RCP : réunion de concertation pluridisciplinaire. Caarud : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues. Csapa : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie. CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale. LHSS : lits halte soins santé. ACT : appartements de coordination thérapeutique.

effective était de 70%. Les sérologies étaient réalisées par l'USMP dans 74% des cas et, dans 20%, par un CDAG/CeGIDD (consultations de dépistage anonyme et gratuit devenues en 2016 centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic). Le rendu de résultats était systématique dans 72% des USMP, sans différence significative en cas de présence d'un CeGIDD. Le questionnaire ne permettait pas d'identifier les raisons du non-rendu systématique des résultats. Des tests de dépistage et d'orientation diagnostique (TROD) étaient réalisés dans 8 USMP sur 64 (12,5%) : TROD VIH dans 8 cas sur 8 et TROD VHC dans 3 USMP ; 30 USMP sur les 56 n'en réalisant aucun étaient potentiellement intéressées pour en bénéficier sous réserve d'un financement.

Évaluation de la fibrose hépatique

Concernant les méthodes d'évaluation non-invasive de la fibrose, le Fibrotest® était réalisable pour 80% des USMP et le Fibroscan® pour 84%, mais rarement sur site (23%). Dans les autres USMP, cela nécessitait l'extraction de la personne détenue vers l'hôpital de rattachement ; 675 Fibroscan® ont été réalisés en 2015.

Liens avec les services d'hépatologie

Il existait une consultation spécialisée dans les maladies du foie dans 56% des USMP, tenue en moyenne 3,4 fois par mois. Cinq unités avaient mis en place un protocole de coopération interprofessionnelle, l'une à Perpignan sur la réalisation du Fibroscan® par

un personnel infirmier et les autres sur des procédures de délégation de tâches autour du rendu des résultats de dépistage et de suivi des traitements antiviraux. Ces protocoles ont bénéficié à 269 détenus. D'autres liens existaient avec les services d'hépatologie : deux expériences de télémédecine en Alsace et 21 staffs communs USMP-service d'hépatologie.

Traitement antiviral

En 2015, 66% des USMP ont initié au moins un traitement AAD, avec 130 patients traités ; 18 patients ont également bénéficié d'une thérapie comprenant de l'interféron dans 13 USMP. L'accès à la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), obligatoire pour toute prescription de traitement AAD, a été estimé facile pour 75% des USMP. La délivrance des AAD était quotidienne (79%), hebdomadaire (17%) ou mensuelle (4%). Pour la ribavirine, la délivrance était quotidienne (57%), hebdomadaire (17%) ou mensuelle (26%) (figure). En cas de délivrance quotidienne, la prise médicamenteuse se faisait devant l'infirmier(ère) dans 61% des USMP. Il n'y avait pas de différence significative du mode de distribution selon la taille de l'établissement, ses caractéristiques pénitentiaires ou sa situation géographique.

Le traitement par AAD a été dispensé en milieu carcéral, même en cas de sortie programmée avant sa fin estimée, dans 59% des USMP, tandis que 41% préféraient le différer. Il existait un programme d'éducation thérapeutique validé dans 16% des USMP (soit 10 sur 64).

Période post-traitement et préparation à la sortie

Parmi les USMP ayant répondu à l'enquête, 65% organisaient systématiquement une consultation post-thérapeutique et 38% une consultation de prévention / réduction des risques. Après la sortie de l'établissement pénitentiaire, la personne atteinte était orientée soit vers une consultation dédiée (28%), soit vers une consultation d'hépatologie « généraliste » (72%).

Les liens extérieurs étaient les suivants, en pourcentage d'USMP concernées :

- places dédiées dans des appartements de coordination thérapeutique (ACT) : 22% ;
- autres ACT : 23% ;
- lits halte soins santé : 22% ;
- centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) : 41% ;
- centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) : 69% ;
- centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (Caarud) : 41%.

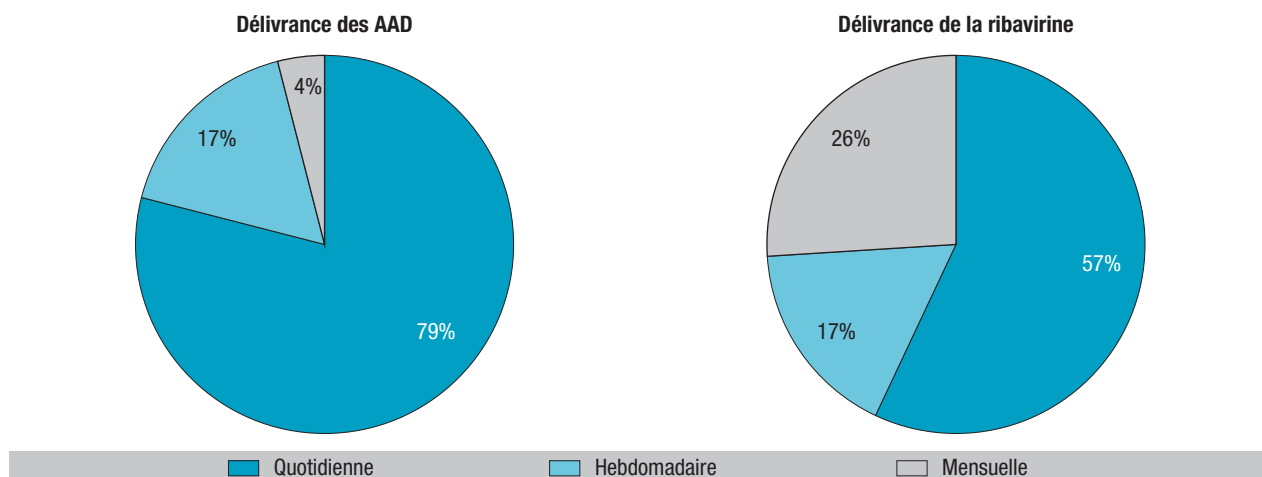
Discussion

La prise en charge de l'hépatite C en milieu carcéral s'organise malgré les contraintes pénitentiaires (capacité d'extractions médicales, gestion de mouvements), mais également sanitaires (disponibilité des personnels, modalités de distribution des traitements). Le taux de réponses à notre enquête nationale de pratiques est satisfaisant par rapport à ce type d'études, 38% des USMP couvrant 39% de la population carcérale, même s'il est inférieur au taux de participation de l'enquête Prévacar (86%) qui bénéficiait du soutien de la Direction générale de la santé (DGS)². Nous pouvons cependant supposer que ce sont les USMP les plus motivées et/ou les plus concernées par l'hépatite C, ce qui rend possible une surestimation des pratiques réelles et limite donc l'extrapolation des résultats à l'ensemble des USMP. Néanmoins l'échantillon est large, composé de petits et de grands établissements en proportion égale. Les caractéristiques en nombre de détenus et d'entrées annuelles des USMP n'ayant pas répondu sont similaires à celles des USMP qui ont répondu.

La comparaison avec l'offre de soins de l'enquête Prévacar fait apparaître des résultats identiques pour

Figure

Délivrance des antiviraux d'action directe (AAD) et de la ribavirine dans les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP), France, 2015



la proposition de dépistage (95% *versus* 98% dans notre enquête) et une absence de différence selon la présence ou non d'un CDAG/CeGIDD. Le nombre de consultations spécialisées est quasi-identique, 57% *versus* 56%. L'accès aux méthodes non-invasives d'évaluation de la fibrose hépatique est proche (90% avaient accès à au moins une de ces méthodes dans Prévacar *versus* 80% dans notre enquête), même si les questions, posées différemment, ne permettent pas une stricte comparaison item par item. Cela pourrait suggérer l'absence d'évolution des pratiques de dépistage et de prise en charge de l'hépatite C depuis 2010, malgré cette comparabilité limitée.

L'exploitation des rapports Migac, demandés aux USMP chaque année (extraction des tableaux Excel spécifiques) pourrait constituer une base de données utile pour un suivi épidémiologique.

Le dépistage des hépatites virales en milieu carcéral est organisé et proposé systématiquement, même si le taux effectif de réalisation dépasse à peine les deux tiers des entrants. Les raisons en sont multiples : dépistages déjà réalisés en structures d'addictologie ou lors d'une précédente incarcération, peines très courtes, jours dédiés aux prélèvements en nombre limité, notamment en cas de dépistage par un CDAG. Le rendu des résultats n'est pas systématique dans un quart des USMP. Bien que non documentées dans cette étude, les raisons pourraient en être un manque de temps et de moyens pour informer des résultats négatifs, la concentration des moyens sur les résultats positifs, et/ou la séparation entre USMP et CDAG/CeGIDD. Pour cette dernière donnée, l'analyse n'a pas montré de différence de rendu de résultats selon la présence ou pas d'un CeGIDD *intramuros*. Le risque de ne pas rendre certains résultats positifs existe, ce qui représente une perte de chance pour le patient. La place des TROD VHC reste à préciser en milieu carcéral, même si beaucoup d'USMP souhaiteraient les utiliser et que cela est recommandé par la Haute Autorité de santé qui estimait en 2013 que, sur une base d'environ 61 000 personnes détenues en France en mai 2010, 18 300 étaient susceptibles d'en bénéficier¹².

Les méthodes de diagnostic non-invasif de la fibrose hépatique, qu'elles soient biologiques ou physiques, sont très utilisées, avec cependant un accès restreint, en nombre, aux appareils de Fibroscan®. L'accès sur site pour tous les détenus au Fibroscan® est pourtant hautement souhaitable pour une évaluation de la fibrose hépatique immédiate et sans prélèvement sanguin, afin de diagnostiquer les malades cirrhotiques dont il faut poursuivre le suivi au-delà de la guérison virologique. La réalisation du Fibrotest® ne semble pas poser de difficultés, même si d'autres tests biologiques d'estimation de la fibrose hépatique validés sont disponibles gratuitement (score APRI, FAB4), mais ne sont pas utilisés car non référencés dans les recommandations. La réalisation de TROD couplée au Fibroscan® permettrait de donner deux résultats immédiats à la personne détenue et raccourcirait ainsi le délai de sa prise en charge et donc de son accès à un éventuel traitement antiviral.

Les liens des USMP ayant répondu à notre enquête avec les services hospitaliers d'hépatologie sont forts, notamment avec ceux devenus services experts de la lutte contre les hépatites virales (SELHV), *via* les réunions de concertation pluridisciplinaires obligatoires, à l'époque de l'enquête et sur l'année 2015 de référence, avant d'initier tout traitement. En additionnant les consultations sur site, les staffs en commun et les expériences de télé-médecine, ce sont 87% des USMP qui ont une connexion régulière avec un hépatologue référent pour la prise en charge des personnes détenues atteintes d'hépatite C chronique.

Le nombre de patients traités semble faible, même si deux tiers des USMP ont initié au moins un traitement en 2015, année où seuls les patients au stade F4, F3 ou F2 sévère pouvaient accéder au traitement AAD, ce qui en limitait les indications. L'extension du remboursement des AAD depuis juin 2016 à toutes les personnes détenues, quel que soit le stade de fibrose, dans un objectif collectif de diminution de transmission virale, devrait permettre l'augmentation du nombre de personnes traitées. La délivrance des AAD est très surveillée, du fait du coût élevé de ces traitements. Pourtant, il n'existe pas de données sur un éventuel trafic d'AAD en milieu carcéral. Le mode de délivrance des AAD devrait tenir compte de l'organisation de chaque USMP et de la personnalité de chaque patient. L'accès à un professionnel de l'éducation thérapeutique, critère majeur de prise en charge rappelé dans les circulaires successives du 29 décembre 2014, du 30 avril 2015 et du 10 août 2016 sur la délivrance des AAD, reste très faible en milieu carcéral. Par contre, le suivi post-thérapeutique et post-incarcération semble bien organisé par les professionnels des USMP. Reste à déterminer s'il est effectif. Il n'existe pas actuellement de données sur le suivi post-carcéral des détenus traités pour une hépatite C. La continuité des soins aurait été intéressante à explorer à la sortie de détention, mais relèverait dans ce cas d'une étude de cohorte.

Dans la prise en charge de l'hépatite C en milieu carcéral en France en 2015, le dépistage reste à améliorer^{13,14}, l'organisation globale de la prise en charge devant être conforme aux recommandations. Les difficultés rencontrées pour organiser un parcours de soins efficient en milieu carcéral peuvent expliquer en partie les réticences de professionnels à initier les traitements en prison ; une volonté d'organiser le suivi post-thérapeutique existe mais son efficacité n'est pas démontrée. La marge de progrès reste très importante. Cependant, l'extrapolation de nos résultats à l'ensemble des USMP doit être prudente et justifierait une nouvelle enquête, portant notamment sur l'année 2017, première année pleine où l'ensemble de la population détenue pourra avoir un accès non restreint aux AAD, et portant aussi sur les mesures de prévention de la transmission du VHC mises en œuvre en prison.

Conclusion

Après avoir pu traiter prioritairement les patients les plus graves, au stade de cirrhose ou de fibrose avancée, les hépatologues, grâce aux deux arrêtés du 11 juin 2016, peuvent désormais soigner toutes les personnes détenues quel que soit leur stade de fibrose, conformément aux avis d'experts et de sociétés savantes^{14,15}. En effet, la prison est, et reste, un lieu de contamination⁵. Toutes les personnes détenues ayant une hépatite chronique C peuvent et doivent être traitées, ceci d'autant plus que le traitement est entièrement pris en charge par

l'assurance maladie. Les AAD sont bien tolérés et le suivi biologique minimal pendant la durée du traitement. Par ailleurs, la durée de plus en plus courte des traitements AAD disponibles (8 à 12 semaines) permet de soigner les personnes concernées pour des séjours en détention de moins de six mois. Même si le contrôle virologique de guérison, recommandé trois mois après la fin du traitement, ne peut être réalisé durant l'incarcération, le seul fait de terminer le traitement AAD est synonyme à 97% d'une guérison virologique. C'est pourquoi le milieu carcéral pourrait représenter un lieu de soins et de traitement de l'hépatite C pour une population vulnérable ayant des

Encadré

Recommandations du rapport d'experts 2016 sur la prise en charge thérapeutique et le suivi des personnes infectées par le VHC, chapitre détenus¹⁵

1. Proposer et réaliser un dépistage de l'infection à VHC (associé à celui des infections par le VHB et le VIH) à toutes les personnes détenues lors de la consultation médicale d'entrée, se donner les moyens d'informer dans un délai rapide chaque détenu de son statut sérologique, renouveler la proposition de dépistage chez les personnes incarcérées de façon prolongée et s'assurer du rendu des résultats.
2. Permettre un accès aux TROD à toutes les USMP qui en expriment le besoin et former le personnel à leur réalisation.
3. Utiliser le temps du dépistage pour promouvoir l'éducation à la santé et à la réduction des risques par des méthodes pragmatiques et donner accès, au sein de tous les établissements, aux outils de réduction des risques (seringues, traitement de substitution aux opiacés, traitement rapide de l'infection à VHC).
4. Initier précocement les démarches nécessaires à l'ouverture des droits sociaux, en particulier pour les détenus sans prise en charge sociale à la libération.
5. Identifier dans chaque USMP un médecin spécialiste du traitement de l'infection à VHC, présent ou non au sein des USMP. Ce médecin spécialiste aura pour mission :
 - d'accompagner les médecins des USMP dans la réalisation du bilan complémentaire et son interprétation ;
 - de former ces médecins à la prise en charge des hépatites C et au suivi des traitements par AAD ;
 - de faciliter la présentation des fiches de RCP pour les patients qui en relèvent (les présentations se limiteront aux cas complexes) ;
 - de prescrire le traitement par les AAD et contribuer à sa mise en œuvre soit lors de consultations au sein de l'établissement pénitentiaire, soit par un soutien (téléphonique ou visioconférence) aux équipes des USMP.
6. Faire autoriser et mettre en place des programmes d'éducation thérapeutique concernant les patients infectés par le VHC accessibles aux personnes en détention pour favoriser leur compréhension et leur adhésion au traitement.
7. Garantir les moyens d'assurer un dépistage échographique semestriel du carcinome hépatocellulaire chez tous les patients détenus dont l'atteinte hépatique le justifie.
8. Promouvoir de façon pragmatique les programmes de réduction des risques au sein de tous les établissements pénitentiaires (groupes de pairs, interventions associatives...) et y déployer l'ensemble des outils de réduction des risques qui sont disponibles à l'extérieur (accès aux seringues, traitement de substitution aux opiacés, traitement rapide de l'infection au VHC).
9. Identifier les professionnels et les associations vers lesquels pourront être orientés les patients transférés ou libérés durant leur traitement ou nécessitant un suivi après guérison.
10. Pour les détenus libérés alors qu'ils sont encore sous traitement, préparer un dossier de suivi comportant une fiche de synthèse, la fiche d'une éventuelle RCP et un exemplaire de la prescription ; prévoir également la remise par la pharmacie à usage intérieur d'une ou quatre semaines de traitement, qui sera délivrée au détenu au moment de sa sortie.
11. Mettre en place une surveillance sanitaire régulière du nombre de patients détenus ayant été traités par les AAD pour une infection à VHC. Coupler cette disposition à une évaluation régulièrement actualisée de la prévalence de l'infection par le VHC en milieu pénitentiaire.

difficultés d'accès aux soins en milieu libre. Le dépistage en milieu carcéral est largement proposé, même si le rendu des résultats peut être amélioré. Les liens avec les services d'hépatologie, les services experts de lutte contre les hépatites virales et les réunions de concertation pluridisciplinaire existent. Des freins persistent pour l'accès au traitement AAD : une durée d'incarcération courte, avec une sortie possible avant la fin du traitement, des effets indésirables redoutés par les patients et certains soignants, la question des prix élevés des traitements sont des facteurs présents à l'esprit des prescripteurs et des pharmaciens hospitaliers. Il reste à franchir un cap pour traiter ces patients, qui ont un état de santé et/ou une situation sociale complexe, dans la perspective d'un bénéfice individuel et collectif. Le dernier rapport d'experts, paru en octobre 2016¹⁵, reprend ces recommandations (voir encadré) et définit une prise en charge idéale dans un chapitre spécifique. ■

Remerciements

Les auteurs remercient l'ensemble des équipes des USMP qui ont répondu à l'enquête.

Déclaration d'intérêt

Les réunions du groupe de travail ont bénéficié du soutien institutionnel du laboratoire ABBVIE. Celui-ci n'a pas participé directement ou indirectement au recueil ou à l'analyse des données ni à la rédaction de l'article, et aucun de ses représentants n'a assisté aux réunions du groupe de travail.

Références

- [1] Chiron E, Jauffret-Roustide M, Le Strat Y, Chemlal K, Valentin MA, Serre P, *et al.* Prévalence de l'infection par le VIH et le virus de l'hépatite C chez les personnes détenues en France: résultats de l'enquête Prévacar 2010. *Bull Epidémiol Hebd.* 2013;(35-36):445-50. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=11794
- [2] Chemlal K, Bouscaillou J, Jauffret-Roustide M, Semaille C, Barbier C, Michon C, *et al.* Offre de soins en milieu carcéral en France : infection par le VIH et les hépatites. *Enquête Prévacar 2010. Bull Epidémiol Hebd.* 2012;(10-11):131-6. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=10527
- [3] Remy AJ. Pourquoi soigner l'hépatite C en prison ? *Gastroentérol Clin Biol.* 2007;(31):566-8.
- [4] Remy AJ. Incidence of the hepatitis C in prison in France: results of a study by POCT. Abstract, 2nd International Conference on Hepatology, May 09-11, 2016 Chicago, USA. *J Liver.* 2016, 5:2(Suppl).
- [5] Fauchille E, Thienpont C, Sannier O, Faure R, Trugeon A. Description de l'état de santé et des caractéristiques sociales des personnes entrées en détention en Picardie en 2013. *Bull Epidémiol Hebd.* 2016;(18-19):344-9. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=12979

[6] Circulaire interministérielle N°DGOS/DSR/DGS/DGCS/DSS/DAP/DPJJ/2012/373 du 30 octobre 2012 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir_36019.pdf

[7] Remy AJ, Serraf L, Galinier A, Hedouin V, Gosset D, Wagner P, *et al.* Treatment for hepatitis C in jailhouses is doable and successful: definitive data of first national French study (POPHEC). *Heroin Add & Rel Clin Probl.* 2006;8(2):47-9.

[8] Remy AJ et les UCSA de France. Amélioration du dépistage et du traitement de l'hépatite C en prison. *Enquête comparative 2000-2003. Presse Médicale.* 2006; 35(9-C1):1249-54.

[9] Remy AJ et les UCSA de France. Treatment of the hepatitis C in prison in France in 2011-2012: more patients treated in fewer medical jailhouse units. Results of a national practice survey. *United European Gastroenterology Week 2014, October 18-22, 2014, Vienna, Austria*

[10] Vergniol J, Capdepon M, El Aouadi S, Le-Port G, Gatineau-Sailliant G, Hédouin V, *et al.* Prévalence des hépatites virales et de la fibrose hépatique chez les entrants en établissement pénitentiaire. 75^e Journées de l'Association Française de l'Étude du Foie, Paris 26-28 septembre 2014.

[11] Circulaire DGOS/R1/R4/DSS/1A/1C/2A n° 2015-148 du 29 avril 2015 relative à la facturation des antiviraux d'action directe (AAD) pour les patients pris en charge en ambulatoire dans des unités sanitaires en milieu pénitentiaire. http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-06/ste_20150006_0000_0065.pdf

[12] Place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans la stratégie de dépistage de l'hépatite C. Saint-Denis La Plaine: Haute Autorité de santé, 2014. 106 p. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1615995/fr/place-des-tests-rapides-d-orientation-diagnostique-trod-dans-la-strategie-de-depistage-de-l-hepatite-c

[13] Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B et ou de l'hépatite C : rapport de recommandations 2014, sous la direction du Pr Daniel Dhumeaux et sous l'égide de l'ANRS et de l'AFEF. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Prise_en_charge_Hepatitis_2014.pdf

[14] Recommandations AFEF sur la prise en charge des hépatites virales C. Février 2016. <http://www.afef.asso.fr/ckfinder/userfiles/files/recommandations-textes-officiels/Recoavril2016.pdf>

[15] Prise en charge thérapeutique et suivi de l'ensemble des personnes infectées par le virus de l'hépatite C : rapport de recommandations 2016. Sous la direction du Pr Daniel Dhumeaux, sous l'égide de l'ANRS et du CNS et avec le concours de l'AFEF. <http://www.afef.asso.fr/ckfinder/userfiles/files/recommandations-textes-officiels/recommandations/rapportDhumeaux2.pdf>

Citer cet article

Remy AJ, Canva V, Chaffraix F, Hadey C, Harcouet L, Terrail N, *et al.* L'hépatite C en milieu carcéral en France : enquête nationale de pratiques 2015. *Bull Epidémiol Hebd.* 2017;(14-15):277-84. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/14-15/2017_14-15_4.html

NB : l'année de référence est l'année 2015**Données à recueillir**

- Nom de l'US (en clair)
- MAISON ARRET / CENTRE DE DETENTION
- Nombre de places théoriques / nombre réel de détenus
- Nombre d'entrants en 2015
- File active VHC en 2015
- Dépistage
 - Proposition systématique à l'entrée oui/non
 - Taux de réalisation effectif (%)
 - Rendu de résultats systématique oui/non
 - si non, raison :*
 - Sérologie réalisée par : CDAG/CeGIDD ou USMP
 - TROD oui/non
 - VIH oui/non
 - VHC oui/non
 - si les TROD étaient disponibles et financés, seriez-vous intéressés pour en faire ? oui/non
- Diagnostic de l'hépatite C
 - FIBROTEST oui/non
 - difficultés de réalisation / de prise en charge oui/non
 - FIBROSCAN oui/non
 - sur site à l'US
 - au Centre Hospitalier
 - autre lieu :
 - nombre par an (2015)
 - consultation spécialisée hépatites sur site à l'US oui/non
 - si oui : fréquence/mois ?*
 - Protocole de délégation de tâches oui/non
 - objet du protocole (en clair) :
 - nombre de patients concernés :
 - Autres liens avec service spécialisé hépatites :
 - télé médecine ?
 - staff commun ?
 - autre (en clair) :
- Traitement de l'hépatite C
 - Utilisation d'Agents Antiviraux Directs en 2015 oui/non combien ?
 - Interféron en 2015 oui/non combien ?
 - délivrance des AAD : quotidienne / hebdomadaire / mensuelle
 - délivrance de la ribavirine : quotidienne / biquotidienne / hebdomadaire / mensuelle
 - en cas de délivrance quotidienne, prise devant l'infirmière
 - Programme d'éducation thérapeutique validé AR/HAS
 - accès facile à une RCP ?
 - Initiez-vous un traitement en prison même si le patient risque de sortir avant la fin du traitement ? oui/non
- Période post traitement
 - Consultation post traitement oui/non
 - Consultation de prévention oui/non
 - Préparation à la sortie
 - Suivi post carcéral / lien formalisé
 - consultation hépatites généraliste hospitalière
 - spécialisée dédiée sortants de prison oui/non
 - places ACT dédiées sortants de prison oui/non
 - liens avec partenaires extérieurs oui/non
 - autres ACT
 - CHRS oui/non
 - CSAPA oui/non
 - CAARUD oui/non
 - LHSS oui/non
 - Autres partenaires (en clair)
- Commentaires

MERCI D'AVOIR REMPLI CE QUESTIONNAIRE

COMPARAISON DES PROFILS, PRATIQUES ET SITUATION VIS-À-VIS DE L'HÉPATITE C DES USAGERS DE DROGUES RUSSOPHONES ET FRANCOPHONES À PARIS. ENQUÊTE ANRS-COQUELICOT, 2011-2013

// COMPARISON OF SOCIAL PROFILES, PRACTICES AND SITUATION TOWARD HEPATITIS C AMONG RUSSIAN-SPEAKING AND FRENCH-SPEAKING DRUG USERS IN PARIS, FRANCE. ANRS-COQUELICOT STUDY, 2011-2013

Marie Jauffret-Roustide^{1,2} (marie.jauffretroustide@santepubliquefrance.fr), Dasha Serebrokhaya¹, Aude Chollet¹, Francis Barin³, Josiane Pillonel², Cécile Sommen², Lucile Weill-Barillet^{2,*}

¹ Cermes3 (Inserm U988 / CNRS UMR 8211 / École des hautes études en sciences sociales / Université Paris Descartes), Paris, France

² Santé publique France, Saint-Maurice, France

³ Université François-Rabelais, Inserm U966 et CHU Bretonneau, Centre national de référence du VIH, Tours, France

* Collaborateurs scientifiques de l'étude ANRS-Coquelicot russophones : Élisabeth Avril (Association Gaia, Paris), Stéphane Chevalliez et Jean-Michel Pawlotski (Centre national de référence des virus des hépatites B, C et Delta, Créteil)

Soumis le 22.02.2017 // Date of submission: 02.22.2017

Résumé // Abstract

Les pays d'Europe de l'Est sont particulièrement touchés par l'épidémie d'hépatite C, en raison d'un contexte légal particulièrement répressif régissant l'usage de drogues. Depuis le milieu des années 2000, la France est confrontée à une arrivée importante d'usagers de drogues (UD) venant de ces pays (en particulier de Géorgie). À Paris et en Île-de-France, certains centres de réduction des risques comptent actuellement près d'un tiers d'UD russophones dans leur file active. Dans ce contexte, l'Inserm et Santé publique France ont réalisé en 2013 une étude sur les profils, les pratiques et l'accès aux soins des UD russophones en Île-de-France, soutenue par l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites.

Les résultats de cette enquête mettent en évidence une séroprévalence de l'hépatite C (VHC) particulièrement élevée dans cette population (près de 9 UD sur 10 sont porteurs d'anticorps signant une exposition au virus de l'hépatite C), deux fois plus élevée que chez les francophones. Les profils de ces UD se caractérisent par un niveau d'études plus élevé que les UD francophones, mais une précarité des conditions de vie actuelles plus importante que les francophones, traduisant un déclassement social, en lien avec la migration. Si les pratiques d'usage diffèrent (pratique de l'injection et consommation d'opiacés plus répandue), les pratiques de partage du matériel d'injection ne sont en revanche pas plus fréquentes.

L'ensemble de ces données épidémiologiques amène à renforcer l'accès aux soins et la prise en charge globale (à la fois sanitaire et sociale) de ces populations particulièrement vulnérables.

Eastern Europe countries face a critical HCV epidemic due to the repressive policy governing drug use. Since the mid-2000s, people who inject drugs from East-Europe (especially from Georgia) migrate to France. In Paris and its suburbs, around a third of patients who attend harm reduction facilities or treatment centers are from Eastern Europe and Russian speaking countries. This context led the French National Institute for Health and Medical Research and Santé publique France to conduct a cross-sectional study called ANRS-Coquelicot among Russian-speaking drug users, with the aim to describe their sociodemographic profiles, their practices and their access to care concerning hepatitis C.

The results of this study show that HCV seroprevalence among Russian-speaking drug users is twice higher than among French-speaking (9 drug users out of 10 are positive for HCV antibodies). Russian speaking drug users are characterized by a higher level of education, but have more precarious living conditions than French speaking drug users, that corresponds to a social decline linked to the migration experience. Drug use practices are different between Russian speaking and French speaking drug users (higher number of injection practices and more widespread drug use), but the levels of injecting paraphernalia are similar.

These epidemiological data tend to reinforce access to care in terms of medical and social care for all these sub-populations of drug users, especially vulnerable to HCV exposure.

Mots-clés : Hépatite C, Usage de drogues, Accès aux soins, Migrants, Europe de l'Est

// **Keywords:** Hepatitis C, Drug use, Access to care, Migration, Eastern Europe

Contexte

Les pays d'Europe de l'Est, et plus particulièrement ceux de l'ex-bloc soviétique, sont particulièrement touchés par les épidémies de VIH et d'hépatite C^{1,2}. La pratique d'injection *via* le partage de seringues entre usagers est l'un des vecteurs privilégiés de la transmission de ces deux virus dans cette zone géographique. Ces pays ont été confrontés à une diffusion très importante de l'usage de drogues par voie intraveineuse dans les années 1990, au moment de la chute du bloc soviétique, période marquée par d'importantes ruptures politiques et sociales. D'un côté, l'incertitude liée à ces bouleversements a pu favoriser l'usage de drogues, de l'autre, l'ouverture vers l'Ouest a facilité l'accès aux produits grâce à l'ouverture des frontières, avec un sentiment de liberté pouvant également être propice à la diffusion de l'usage³. Par ailleurs, des politiques le plus souvent répressives vis-à-vis des usagers de drogues (UD) ont favorisé l'exposition au risque infectieux.

Depuis le milieu des années 2000, la France est confrontée à une migration d'UD venant des pays d'Europe de l'Est, en particulier de Géorgie, d'Ukraine, de Russie et de Tchétchénie, selon les périodes. Les principaux motifs de la migration en Europe de l'Ouest, mis en évidence par la littérature internationale, sont les politiques répressives vis-à-vis de l'usage de drogues, des raisons sanitaires telles que le faible accès aux traitements de l'hépatite C, des logiques économiques et des ruptures familiales⁴. En Île-de-France, et plus particulièrement à Paris, la file active de certains centres de réduction des risques (centres permettant l'accès au matériel d'injection stérile et/ou aux traitements de substitution aux opiacés) peut inclure jusqu'à un tiers d'UD russophones. L'accès aux soins de ces UD est parfois complexe en raison de barrières culturelles et linguistiques, mais également de préjugés négatifs circulant sur leurs pratiques d'usage et leur rapport aux soins.

Dans ce contexte, l'Inserm a mis en place, avec la collaboration de Santé publique France, du Centre national de référence (CNR) du VIH et de celui des hépatites B,C et Delta, et avec le soutien de l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites, une étude épidémiologique sur les UD russophones à Paris menée en 2013, qui est un volet complémentaire de l'étude Coquelicot menée en 2011 sur les UD francophones⁵. Les objectifs principaux de ces deux enquêtes étaient d'estimer la séroprévalence de l'hépatite C chez les UD et de décrire les profils sociaux démographiques, les pratiques à risque vis-à-vis de l'hépatite C et l'accès aux soins des UD. L'objectif de cet article est de comparer les profils et les pratiques des UD russophones à ceux des UD francophones recrutés à Paris et issus des deux enquêtes Coquelicot, en se concentrant sur l'exposition au risque de l'hépatite C et l'accès aux soins.

Méthode

L'enquête Coquelicot russophones est une enquête multicentrique réalisée à Paris fin 2013. Un inventaire

des services spécialisés pour UD – à savoir les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques liés à l'usage de drogues (Caarud), incluant les programmes fixes et mobiles d'échanges de seringues, les Centres de soins en alcoologie et addictologie (Csapa), avec l'accès aux traitements de substitution aux opiacés (TSO), les services hospitaliers et les dispositifs d'hébergement – a été effectué afin de repérer les dispositifs ayant des files actives comprenant plus de 30% d'UD russophones, soit 7 structures parisiennes (4 Caarud et 3 Csapa). Un échantillon aléatoire d'UD a été recruté dans ces services, selon un plan de sondage à deux degrés. Une liste de tous les services ouverts par demi-journées, constituant ainsi une base de sondage, a été construite afin de tirer au sort des couples services/demi-journées, selon un sondage aléatoire simple. Dans les services, les enquêteurs ont recruté de manière aléatoire le premier UD qui se présentait. Les autres UD ont été interrogés selon un pas de sondage adapté à la taille des services, afin d'éviter que l'enquêteur ou les professionnels des services ne choisissent les UD à enquêter, ce qui aurait introduit des biais de sélection. Des poids de sondage ont été calculés selon la méthode généralisée du partage des poids (MGPP), afin de tenir compte du poids de chaque structure, de celui de chaque UD et du nombre de fréquentations des structures^{6,7}.

Les critères d'inclusion dans l'enquête étaient les suivants : avoir injecté ou sniffé au moins une fois dans sa vie, être majeur et parler le russe, qu'il s'agisse ou non de sa langue maternelle. Le questionnaire proposé dans les enquêtes Coquelicot francophone (2011) et russophone (2013) était anonyme et confidentiel, basé sur le volontariat et administré en face à face par des enquêteurs professionnels, formés par l'équipe de recherche et extérieurs aux structures spécialisées. La langue choisie pour la passation des questionnaires était le russe, dans la mesure où il s'agit de la langue la plus couramment parlée par les migrants originaires des pays de l'ex-bloc soviétique. Ce choix nous a permis d'avoir une seule et unique enquêtrice pour l'ensemble de l'enquête.

La durée moyenne de passation du questionnaire était de 45 minutes et était suivie d'un auto-prélèvement de sang effectué par l'UD lui-même sur la pulpe du doigt avec une micro-lancette. Quelques gouttes de sang étaient alors déposées sur un buvard. Les analyses des buvards pour la recherche des anticorps vis-à-vis du VHC ont été effectuées par le CNR du VIH, à l'aide de tests Elisa (anti-HCV Ortho®). La passation du questionnaire et l'auto-prélèvement étaient précédés d'un recueil de consentement oral. Le protocole de l'enquête a été validé par le Comité de protection des personnes de Créteil (n° 2010-A01330-39).

Des analyses univariées ont été réalisées, comparant les UD de l'enquête Coquelicot russophones (2013) et les UD de l'enquête Coquelicot francophones (2011) recrutés à Paris, la méthodologie (plan de sondage et questionnaire) étant la même⁵. Toutes les comparaisons de variables catégorielles ont été effectuées avec un Chi2. La comparaison de moyennes a été réalisée avec un test de Student.

Tous les résultats prennent en compte le plan de sondage. Les analyses ont été effectuées avec le logiciel Stata® V14.

Résultats

Profil sociodémographique

Cent cinquante UD russophones ont été inclus dans cette enquête et ont été comparés à 689 UD parisiens non russophones (tableau). La participation des structures éligibles a été exhaustive. Le taux de participation à l'enquête était de 98% chez les russophones et de 75% chez les francophones. La quasi-totalité des russophones étaient des hommes (97,2% vs 81,4% parmi les non russophones, $p=0,0001$) et la moyenne d'âge était de 36,7 ans (vs 39,4 ans, $p=0,88$).

La majorité des UD russophones vivant à Paris étaient des Géorgiens (57,2%), suivis par les Russes (16,1%), les Tchétchènes (9,8%) et les Lituanais (7,6%). La majorité d'entre eux étaient venus seuls en France (61,3%), mais une part non négligeable (33,1%) déclarait avoir migré en famille avec conjoint et enfants. Ces UD déclaraient résider en France depuis 3,2 ans en moyenne, et avoir quitté leurs pays d'origine depuis 5,3 ans en moyenne. La moitié d'entre eux (49,1%) étaient passés par d'autres pays d'Europe de l'Est, et un sur cinq (20,5%) avait transité par d'autres pays d'Europe occidentale. Plus d'un tiers (37,6%) ne parlait pas du tout le français, 41,4% connaissaient quelques expressions leur permettant d'avoir des échanges ponctuels, et seuls 20,9% considéraient être totalement autonomes grâce à leur bonne maîtrise du français. Parmi ceux qui ne maîtrisaient pas suffisamment la langue française pour être autonomes, 56,4% pouvaient toutefois compter sur des proches pour les aider au quotidien.

Les UD russophones se caractérisaient par un niveau d'études plutôt élevé (43% d'entre eux avaient suivi des études supérieures vs 27,6% des francophones, $p=0,08$).

Concernant leurs conditions de vie au moment de l'enquête, 89,9% vivaient dans des logements instables ou très précaires (vs 49,3% des francophones, $p<0,0001$), dans un logement associatif, correspondant aux logements individuels (appartements, hôtels) ou collectifs (centre d'hébergement, de post-cure) payés ou gérés par des associations pour la plupart d'entre eux (61,4% vs 27,6%) ; pour d'autres, dans un squat ou dans la rue (28,5% vs 21,7%).

Pratiques d'usage de drogues et d'exposition au risque vis-à-vis de l'hépatite C

Les produits les plus fréquemment consommés par les UD russophones au cours du dernier mois étaient la cocaïne (45,7% vs 26,8% pour les francophones, $p=0,0002$), puis l'héroïne (38,6% vs 16,4%, $p<0,0001$), les sulfates de morphine (30,9% vs 19,2%, $p=0,17$) et le crack (18,2% vs 41,8%, $p=0,0001$).

La quasi-totalité avait pratiqué l'injection au moins une fois dans sa vie (95,5% vs 62,1% des francophones,

$p<0,0001$) et 75,0% des russophones étaient des injecteurs actifs (au moins une injection au cours du dernier mois) contre seulement 24,2% des non russophones ($p<0,0001$).

Six UD russophones sur 10 (62,3%) déclaraient avoir partagé la seringue ou des aiguilles au cours de la vie (vs 64,4% des francophones, $p=0,77$), alors que le partage du petit matériel d'injection concernait 8 UD sur 10.

État de santé et accès aux soins : traitements de substitution, prévalence et prise en charge de l'hépatite C

La moitié (49,9%) des UD russophones prenait un traitement de substitution (vs 75,6% des francophones, $p=0,004$), la quasi-totalité d'entre eux ayant de la méthadone (96,6% vs 58,5%, $p<0,0001$) ; seuls 3,8% avaient du Subutex® (vs 39,7%, $p<0,0001$).

La grande majorité des UD russophones avaient déjà fait un test de dépistage de l'hépatite C (88,9% vs 91,5% des francophones, $p=0,51$). Parmi les UD porteurs des anticorps de l'hépatite C, près de la moitié (58,2% vs 78,0% des francophones, $p=0,05$) déclaraient bénéficier d'un suivi médical et 17,9% d'un traitement en cours (vs 5,2% des francophones, $p=0,007$).

La séroprévalence de l'hépatite C estimée grâce au dépôt de sang sur buvard atteignait 88,5% [IC95%: 78,7-94,1] vs 44,3% [38,8-50,0] chez les francophones, $p<0,0001$). La séroprévalence évoluait selon les classes d'âge chez les UD francophones, de 12% chez les moins de 30 ans à 59% chez les plus de 40 ans, alors qu'elle était à un niveau très élevé et stable chez les russophones, quel que soit l'âge, de 86% chez les moins de 30 ans à 92% chez les plus de 40 ans (figure). Dans le groupe des UD injecteurs, la séroprévalence de l'hépatite C atteignait 89,5% [81,0-94,5] vs 66,7% [62,1-71,0] chez les francophones, $p=0,0001$.

Discussion – conclusion

Une des forces de notre enquête est le plan de sondage intégrant l'échantillonnage « lieux-moments » et la méthode généralisée du partage des poids, qui a permis de produire des estimations plus précises. En revanche, une de ses limites est qu'elle n'a inclus que les UD russophones qui fréquentaient les Caarud et les Csapa, aucune donnée sur les UD russophones hors dispositifs n'étant disponible. Autre limite, les générations d'UD nés après la chute de l'URSS parlent moins souvent le russe que les générations plus âgées. Toutefois, très peu d'UD ont été exclus pour cette raison linguistique. Les UD russophones qui ont réussi à venir s'installer en France disposent certainement d'un capital social, économique et culturel plus élevé que les autres UD de leur pays d'origine. Ainsi, lors de leur arrivée en France, ils se trouvent souvent confrontés à une situation de déclassement social par rapport à leur situation d'origine. Ils se caractérisent en effet par un niveau d'études plus élevé que les UD

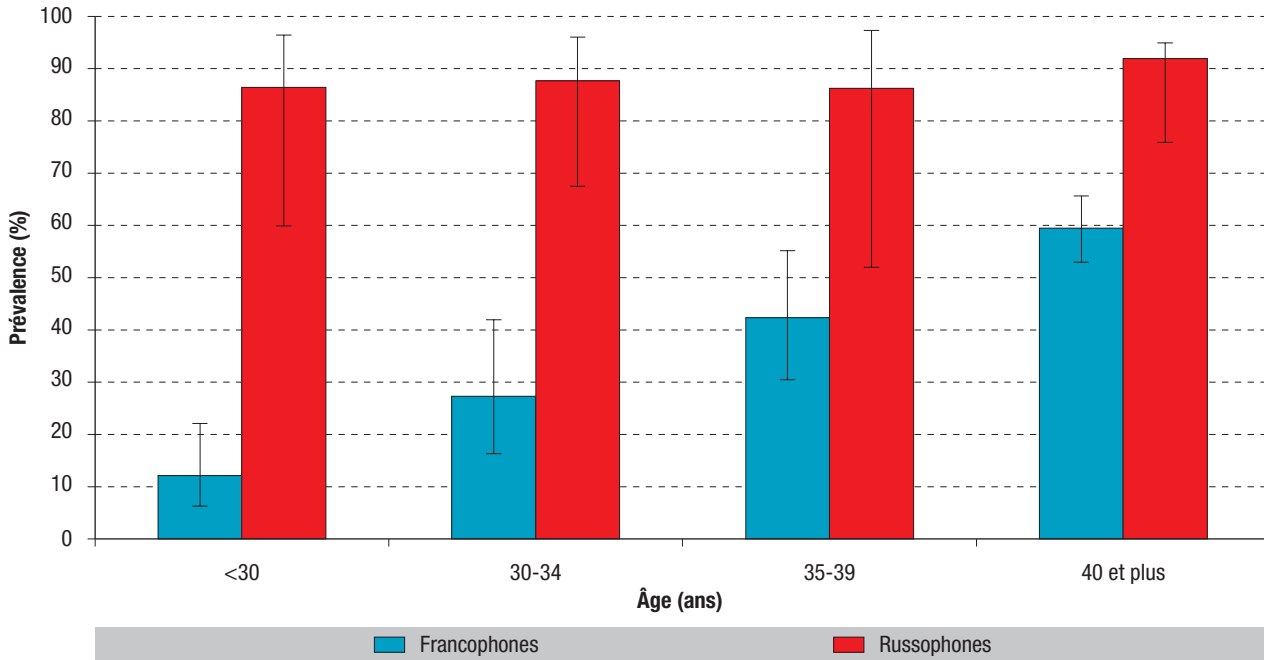
Profil des usagers de drogues russophones versus les usagers francophones à Paris dans l'enquête ANRS-Coquelicot 2011-2013, France

	Russophones % (N=150)	Francophones % (N=689)	p (Chi2)
Sexe			<0,01
Homme	97,2	81,4	
Femme	2,8	18,6	
Âge moyen (années)	36,7	39,4	0,0002 ¹
Classes d'âge			<0,01
Inférieur à 30 ans	13,9	14,3	
30-34 ans	31,3	15,6	
35-39 ans	24,1	18,1	
40 ans et plus	30,8	52,0	
Niveau d'études			0,08
Supérieur	43,0	27,6	
Secondaire	52,7	65,5	
Primaire	4,3	6,8	
Type de logement (au moment de l'enquête)			<0,01
Stable	10,1	50,7	
Instable	61,4	27,6	
Très précaire	28,5	21,7	
Consommation dans le dernier mois			
Cocaïne	45,7	26,8	0,002
Héroïne	38,6	16,4	<0,01
Sulfates de morphine	30,9	19,2	0,17
Crack	18,2	41,8	0,0001
Autres médicaments	11,5	28,9	0,003
Pratiques d'injection			
Injection au cours de la vie			<0,01
Oui	95,5	62,1	
Injection au cours du dernier mois			<0,01
Oui	75,0	24,2	
Partage seringue ou aiguille au cours de la vie ²			0,77
Oui	62,3	64,4	
Partage petit matériel d'injection au cours de la vie ²			0,72
Oui	81,2	79,4	
Partage seringue et/ou petit matériel d'injection au cours de la vie ²			0,99
Oui	82,3	82,3	
Traitements de substitution dans les 6 derniers mois			0,004
Oui	49,9	75,6	
Méthadone ³			<0,01
Oui	96,6	58,5	
Subutex ³			<0,01
Oui	3,8	39,7	
Dépistage au cours de la vie			
Dépistage VHC			0,51
Oui	88,9	91,5	
Traitement VHC en cours ⁴			0,007
Oui	17,9	5,2	
Suivi médical VHC ⁴			0,05
Non	41,8	22,0	
Oui	58,2	78,0	
Présence d'anticorps anti-VHC positifs			<0,01
Oui	88,5	44,3	

¹ Test de Student de comparaison de moyennes. ² Sous-échantillon d'injecteurs au cours de la vie, n=545. ³ Sous-échantillon d'usagers ayant déjà pris un traitement de substitution, n=578. ⁴ Sous-échantillon d'usagers ayant actuellement une hépatite C non guérie, n=229.

Figure

Séroprévalence de l'hépatite C par classe d'âge chez les usagers de drogues francophones et russophones à Paris. Enquête ANRS-Coquelicot 2011-2013, France



francophones, près de la moitié d'entre eux ayant poursuivi des études supérieures⁵.

Dans notre étude, les UD russophones avaient pour la plupart, depuis leur arrivée en France, des conditions de vie précaires, dans la mesure où seul 1 UD sur 10 disposait d'un logement stable vs 5 sur 10 chez les francophones. Leur insertion sociale était rendue difficile en France en raison de leur non-maîtrise de la langue française et de l'attente d'une décision sur leur statut de réfugié. Les Géorgiens, les plus nombreux dans l'étude, avaient par exemple des difficultés plus importantes que les Tchétchènes à obtenir un statut de réfugié politique. En effet, les motifs de la migration avancés étaient la répression de l'usage de drogues pour les UD tchétchènes, et l'accès au traitement de l'hépatite C ou aux TSO pour les UD originaires d'autres pays⁸. Les soins étant le plus souvent payants et onéreux dans leur pays d'origine, beaucoup n'avaient pas les moyens d'y suivre un traitement^{4,8}. Les UD russophones bénéficiaient toutefois, pour une proportion importante d'entre eux, de logements associatifs (plus de 6 UD sur 10), leur accès étant facilité pour ceux qui étaient venus en famille et ceux qui bénéficiaient d'un statut de réfugié politique, notamment les Tchétchènes. Il est important de préciser qu'au moment de la réalisation de l'enquête en 2013, les traitements innovants pour l'hépatite C (traitements antiviraux d'action directe) n'étaient pas encore disponibles. De plus, leur accès universel n'a été décrété par le Ministère de la santé que fin mars 2017⁽¹⁾.

La prévalence de l'hépatite C, particulièrement élevée chez les UD russophones quel que soit leur âge, est globalement le double de celle observée chez les francophones. Nos données sont à mettre en parallèle avec les études récentes menées en Géorgie qui ont mis en évidence que la séroprévalence de l'hépatite C y était de 92% chez les UD⁴. Les raisons de cette prévalence de l'hépatite C plus élevée sont principalement liées aux difficultés d'approvisionnement en matériel d'injection et à la répression de l'usage de drogues dans les pays d'origine^{3,4}. Parmi les personnes séropositives pour l'hépatite C, le suivi médical était proportionnellement plus faible chez les UD russophones que chez les francophones, même si la séropositivité ne préjuge pas du portage chronique, donc de la nécessité d'un suivi. Ces difficultés dans le suivi médical de leur hépatite C sont liées aux difficultés d'accès aux soins dans leur pays d'origine, en raison de la répression de l'usage de drogues et des difficultés économiques, alors qu'en France, ces difficultés d'accès sont principalement liées à des barrières culturelles et à la stigmatisation de ces sous-groupes d'UD⁸. En France, l'embauche plus fréquente de professionnels parlant le russe dans les Caarud et les Csapa permettrait d'améliorer l'accès à la prévention et aux soins de cette population, et de réduire les incompréhensions liées à la barrière linguistique. Dans les pays d'origine, la sensibilisation des gouvernements à l'importance de la réduction des risques est indispensable afin de limiter la propagation de l'hépatite C.

L'ensemble de ces données épidémiologiques montre la nécessité de renforcer l'accès aux soins et la prise en charge globale (à la fois sanitaire et sociale) de ces populations, particulièrement vulnérables, à la fois en France lors de la migration, mais également dans les pays d'origine. ■

⁽¹⁾Voir le communiqué de presse du ministère de la Santé, publié le 31 mars 2017 : <http://social-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/acces-universel-aux-traitements-innovants-contre-l-hepatite-c-apres-avoir>

Références

- [1] Nelson PK, Mathers BM, Cowie B, Hagan H, Des Jarlais D, Horyniak D, *et al.* Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: results of systematic reviews. *Lancet.* 2011;378(9791):571-83.
- [2] Aceijas C, Rhodes T. Global estimates of prevalence of HCV infection among injecting drug users. *Int J Drug Policy.* 2007;18(5):352-8.
- [3] Rhodes T, Bivol S. "Back then" and "nowadays": social transition narratives in accounts of injecting drug use in an East European setting. *Soc Sci Med.* 2012;74(3):425-33.
- [4] Bouscaillou J, Champagnat J, Luhmann N, Avril E, Inaridze I, Miollany V, *et al.* Hepatitis C among people who inject drugs in Tbilisi, Georgia: an urgent need for prevention and treatment. *Int J Drug Policy.* 2014;25(5):871-8.
- [5] Jauffret-Roustide M, Pillonel J, Weill-Barillet L, Léon L, Le Strat Y, Brunet S, *et al.* Estimation de la séroprévalence du VIH et de l'hépatite C chez les usagers de drogues en France – Premiers résultats de l'enquête ANRS-Coquelicot 2011. *Bull Epidémiol Hebd.* 2013;(39-40):504-9. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=11832
- [6] Jauffret-Roustide M, Le Strat Y, Couturier E, Thierry D, Rondy M, Quaglia M, *et al.* A national cross-sectional study among drug-users in France: epidemiology of HCV and highlight on practical and statistical aspects of the design. *BMC Infect Dis.* 2009;9:113.

[7] Leon L, Jauffret-Roustide M, Le Strat Y. Design-based inference in time-location sampling. *Biostatistics.* 2015;16(3):565-79.

[8] Avril E, Miollany V. Médecins du Monde en Géorgie : un programme de réduction des risques et de plaidoyer. *Swaps.* 2015;(75):8-12. <http://vih.org/20150122/medecins-du-monde-en-georgie-programme-reduction-risques-et-plaidoyer/69528>

Remerciements

À tous les UD ayant participé à l'enquête et aux professionnels des centres qui ont permis la réalisation de l'enquête Coquelicot. À Mireille Lebreton pour l'aide au terrain et la codification des questionnaires, à Caroline Semaille qui a soutenu la mise en place de cette enquête, et à Florence Lot pour sa relecture de l'article. À toutes les structures ayant participé à l'enquête Coquelicot 2013 : 110 Les Halles-SOS Drogue International, Gaïa Bus méthadone, Gaïa Csapa-Parmentier, équipe mobile Gaïa-Gare du Nord, Espace Murger, Ego-Accueil, Ego-Step, Caarud-Aulnay. À l'ANRS pour son soutien scientifique et financier.

Citer cet article

Jauffret-Roustide M, Serebroskhaya D, Chollet A, Barin F, Pillonel J, Sommen C, *et al.* Comparaison des profils, pratiques et situation vis-à-vis de l'hépatite C des usagers de drogues russophones et francophones à Paris. *Enquête ANRS-Coquelicot, 2011-2013. Bull Epidémiol Hebd.* 2017;(14-15):285-90. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/14-15/2017_14-15_5.html