

L'agence régionale de santé Ile-de-France (ARS IdF) a érigé la lutte contre l'hépatite C comme une de ses priorités de Santé publique.

De nouveaux traitements ont récemment bouleversé la prise en charge thérapeutique de l'hépatite C chronique permettant des guérisons rapides et nombreuses. Depuis 2014, l'ARS IdF a mis en place un suivi de l'accès à ces nouveaux traitements avec l'aide des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) hépatite C et grâce aux données de l'assurance maladie. Elle a également lancé, avec l'Assistance publique - hôpitaux de Paris, un parcours de soins spécifique pour l'hépatite C afin d'optimiser le dépistage et le traitement des personnes vulnérables.

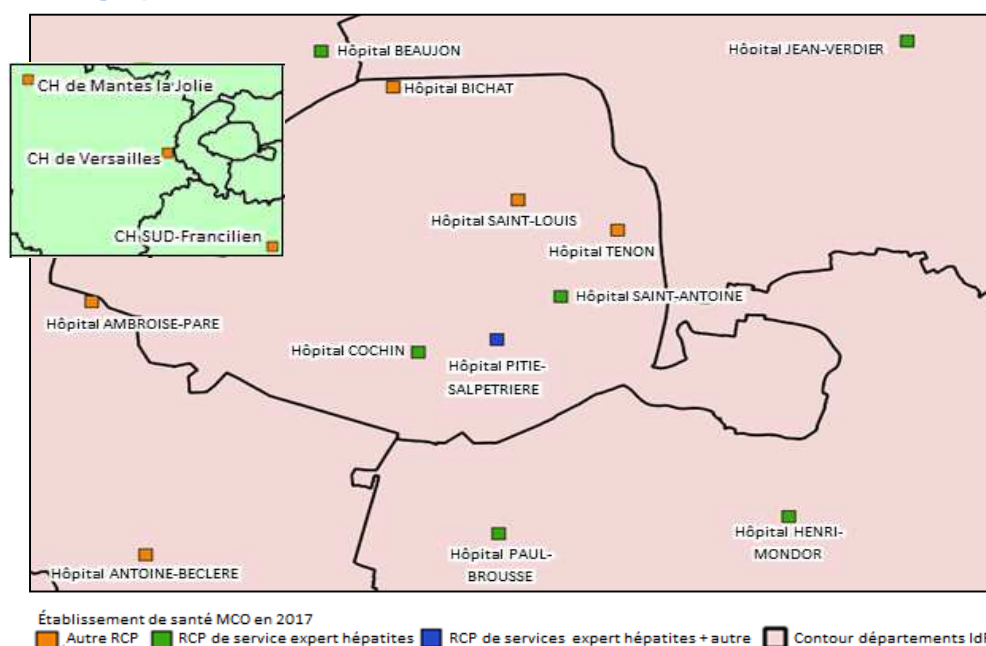
Suivi de l'activité des réunions de concertation pluridisciplinaires

En 2014, de nouveaux antiviraux d'action directe (AAD) contre le VHC, plus efficaces et mieux tolérés, sont arrivés sur le marché français. Compte tenu de leur coût élevé et de la population cible à traiter, les autorités sanitaires françaises ont mis en place un encadrement de leur prescription et de leur délivrance afin de « maximiser l'apport attendu de ces nouveaux traitements et de veiller à l'égalité de leur mise à disposition sur l'ensemble du territoire ».

Ainsi, la prise en charge des patients atteints d'une hépatite C chronique a été organisée autour de RCP réalisées dans des services experts de lutte contre les hépatites virales ou au sein d'établissements de santé habilités par l'ARS. Ces RCP ont été chargées de prendre les décisions de traitement, en accord avec les indications thérapeutiques des AAD prises en charge par l'assurance maladie, de proposer un schéma thérapeutique adapté et d'assurer le suivi du patient. Lors de l'initiation du traitement, la dispensation des AAD par les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé a été conditionnée à la tenue de ces RCP.

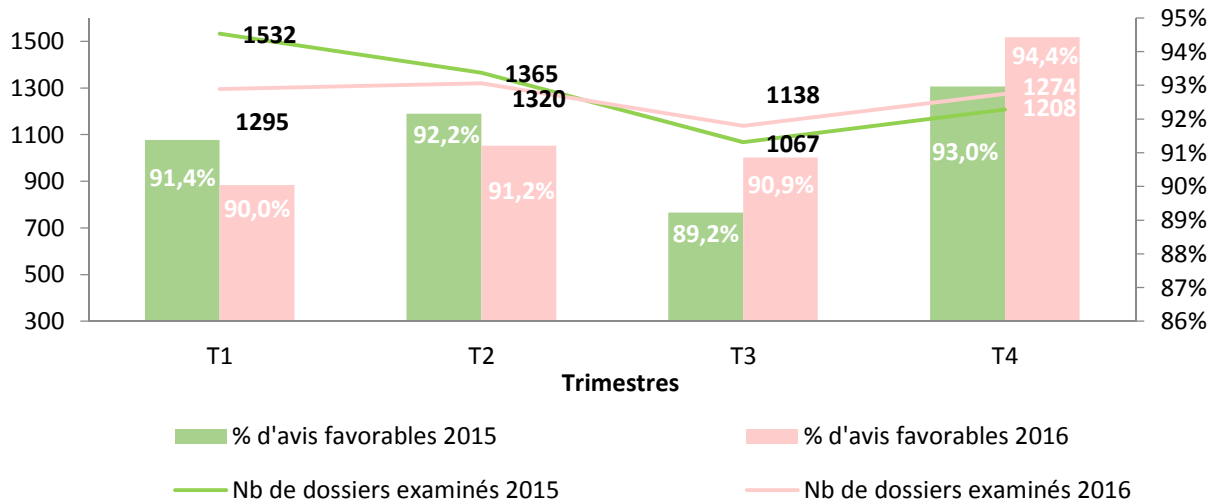
En Ile de France, la montée en charge de l'activité de RCP s'est faite progressivement : de 7 services fin 2014, ce nombre est passé à 14 fin 2015, puis à 16 depuis mai 2016, ce qui représente 23% des centres du territoire national.

Figure 1 : Cartographie des 16 RCP d'Île-de-France en 2016



Chaque année, 25 RCP ont été réalisées en moyenne dans chaque centre, et un peu plus de 5000 dossiers ont été examinés dans la région Ile-de-France (cf. figure 1). La majorité de l'activité est assurée par les services experts (79 % des dossiers examinés en 2016 ; 94 % en 2015). Sur la période 2015-2016, un avis favorable pour la mise en place d'un traitement par AAD a été rendu pour 90 % des dossiers examinés (cf. figure 2). Depuis la création des RCP, on constate que la file d'attente des patients est plutôt faible (19 dossiers en attente en moyenne par centre, au moment de l'enquête en mars 2016 ; 20 en mars 2015).

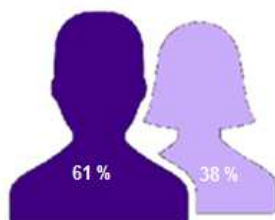
Figure 2. Données d'activité des RCP hépatite C en Ile de France sur la période 2015-2016



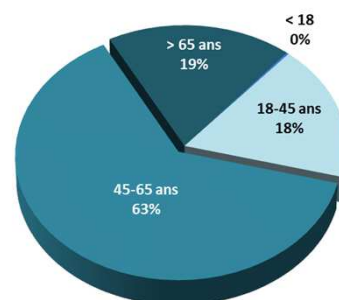
Sur les 4722 dossiers favorables pour une mise sous traitement en 2016 en Ile de France, 3118 ont pu être analysés : 2/3 des patients étaient des hommes (n= 3118). Les patients avaient majoritairement entre 45 et 65 ans (62,4 %) (n = 2756) (cf. figure 3). Concernant les indications thérapeutiques des AAD (n = 2975), 34 % des traitements ont été instaurés chez des patients présentant un stade de fibrose hépatique F3-F4 et 32 % chez des patients présentant un stade de fibrose hépatique F2. La co-infection par le VIH représente, quant à elle, 14,5 % de l'ensemble des indications, l'infection par le VHC de génotype 3 ou co-infection avec virus hépatotrope, 7,3 %, et les manifestations extra-hépatiques, 4 % des cas.

Figure 3. Répartition par sexe et par âge des patients ayant reçu un avis favorable pour un traitement par AAD en 2016

Proportion d'hommes et de femmes
(n = 3118)



Age des patients
(n=2756)



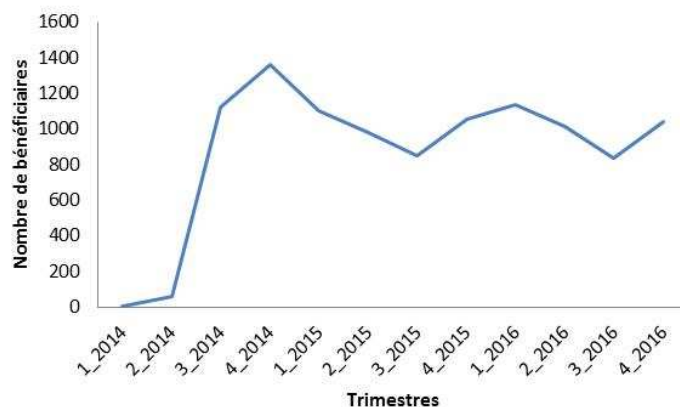
Lors de la dernière réunion annuelle des coordonnateurs des RCP d'Ile de France en mai 2017, l'ensemble des acteurs a souligné que, malgré le manque de ressources et les récents arrêtés limitant l'obligation de tenue d'une RCP pour le traitements par AAD aux cas complexes d'hépatite C chronique, la plupart des RCP continuerait à examiner l'ensemble des dossiers. En effet, elles permettent d'optimiser la prise en charge du patient, en particulier au niveau des échanges pluridisciplinaires, de l'analyse pharmaceutique et de la traçabilité des AAD.

Bilan 2014-2016 de la prise en charge par l'Assurance maladie des antiviraux d'action directe contre l'hépatite C

Cette analyse a été faite à partir des données SNIIRAM et concerne les bénéficiaires ayant eu au moins 1 dispensation d'AAD entre 2014 et 2016 en Ile de France (données 2016 non consolidées).

Entre janvier 2014 et décembre 2016, 10 595 bénéficiaires ont initié au moins un traitement avec un AAD. Le nombre de nouveaux bénéficiaires a connu un pic principal au 4ème trimestre 2014 (1364 personnes), puis un pic secondaire au 1er trimestre 2016 (1139 personnes) et était à nouveau en progression fin 2016 (cf. figure 4).

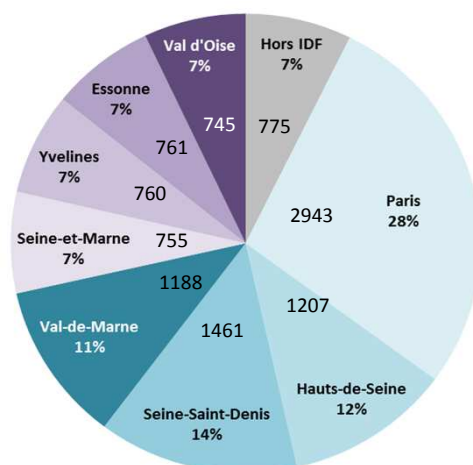
Figure 4. Evolution du nombre de bénéficiaires d'AAD entre 2014 et 2016 en Ile de France



date retenue = date du premier traitement initié

Paris regroupait 28 % des bénéficiaires d'AAD, soit plus du double des autres départements d'Ile de France. Ceux-ci comptaient 1285 bénéficiaires en moyenne pour la grande couronne et 755 pour la petite couronne (cf. figure 5).

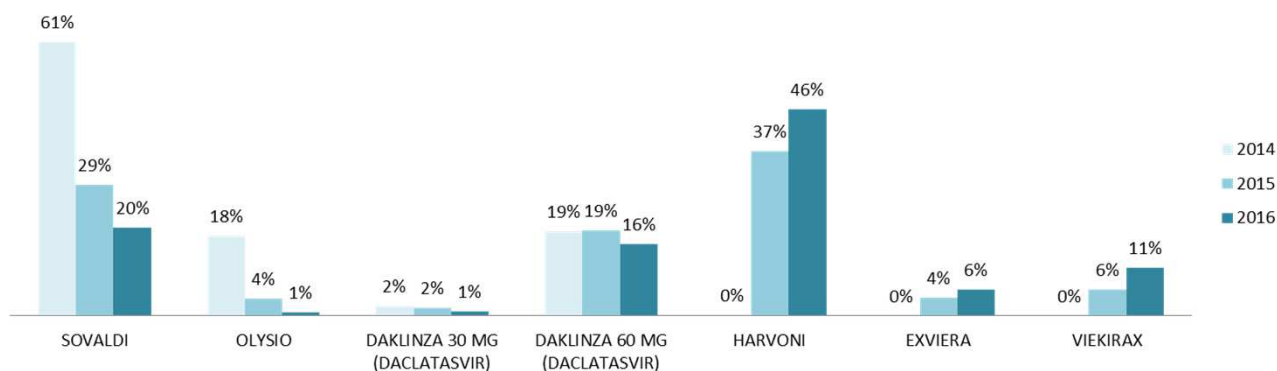
Figure 5. Origine géographique des bénéficiaires ayant initié un traitement par AAD entre 2014 et 2016 en Ile-de-France



Sur la période 2014-2016, on constate une évolution des schémas thérapeutiques utilisés (cf. figure 6). Le Sovaldi (sofosbuvir), largement prescrit en 2014 en association ou pas (61 % des dispensations), a rapidement fait place à l'Harvoni (sofosbuvir & ledipasvir) jugé plus efficace. En effet, ce dernier figurait en 2016 dans presque la moitié des dispensations d'AAD (46 %). L'utilisation du Daklinza en association est restée relativement stable sur la période (un peu moins de 20 % des dispensations). Olysio, Exviera et Viekirax sont quant à eux, peu dispensés en 2016 (respectivement 1 %, 6 % et 11 %), mais on observe une tendance à l'augmentation pour Exviera et Viekirax depuis 2014.

La commercialisation de la spécialité Eplusa en 2017 (sofosbuvir et velpatasvir) pourrait à nouveau modifier les schémas thérapeutiques du traitement de l'hépatite C, du fait de l'efficacité virologique pangénotypique de cet AAD.

Figure 6. Fréquence de dispensation des AAD sur la période 2014-2016



Le coût moyen par bénéficiaire d'un traitement par AAD s'est élevé à près de 59 900 euros entre 2014 et 2016, soit une dépense globale pour l'Assurance maladie de plus de 638 millions d'euros (ces données ne tiennent pas compte du mécanisme de contribution portant sur les laboratoires pharmaceutiques commercialisant les AAD). Une baisse significative du coût moyen par bénéficiaire devrait être observée en 2017, grâce aux baisses tarifaires des AAD négociées par les pouvoirs publics.

Parcours hépatite C - ARS Île-de-France et AP-HP

On estime que 0,42 % de la population française est porteuse d'une infection chronique au virus de l'hépatite C*. Seulement 60 % des personnes atteintes connaîtraient leur statut sérologique. En effet, la stratégie de dépistage actuelle n'atteint pas certaines populations vulnérables telles que les usagers de drogues, les personnes détenues, les migrants et les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH).

Face à ce constat, l'ARS Île-de-France a mis en place en 2016, en partenariat avec le CHU Henri Mondor (Dr S. Dominguez et A. Bachelard), une expérimentation « Parcours de soins VHC » pour le dépistage et la prise en charge de l'hépatite C de ces populations. Elle inclut pour chaque personne « hors filière de soin classique », un suivi psycho-social, un dispositif d'accompagnement et de suivi adapté, des consultations hospitalières précoces, l'ensemble combiné à une coordination des acteurs médico-sociaux. Actuellement, il existe plus de 100 structures sur 3 départements (75, 93, 94) qui participent au dépistage des patients, dont des centres de prises en charge thérapeutique, des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD), des centres médicaux-sociaux, des unités sanitaires, des médecins généralistes et des associations. De plus, 22 services cliniques réalisent la prise en charge diagnostique et thérapeutique des patients.

Ce projet se propose de suivre de façon optimale sur trois ans 1000 personnes majeures dépistées positives pour le VHC (500 anciennement dépistées, mais non prises en charge dans une structure spécialisée, et 500 nouvellement dépistées).

Fin novembre 2017, 411 personnes ont été incluses dans le parcours de soins. Celles-ci ont été principalement dépistées par les centres de dépistage et les centres de référence (48 % et 33 %). Les personnes incluses étaient majoritairement des hommes (85%), âgées en moyenne de 44 ans. Parmi elles, 31 % ignoraient leur contamination.

Par ailleurs, depuis le début de l'expérimentation, de nombreuses actions ont été mises en place dans le cadre du « parcours hépatite C », la plupart concernant la prise en charge médicale et sociale des patients, mais aussi la communication ou la recherche épidémiologique (cf. tableau 7).

* Vaux S., Pioche C., Brouard C., Pillonel J., Bousquet V., Fonteneau L., Brisacier A.-C., Gautier A., Lydie N., Lot F. Surveillance des hépatites B et C. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2017.

Figure 7. Principales actions mises en place à 10 mois d'expérimentation

<p>Actions d'optimisation du parcours de soin</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Incitation dans les services experts à la création d'une RCP dédiée aux personnes en situation de vulnérabilité, selon le modèle expérimenté à Henri Mondor depuis 2015. 2) Aide à l'optimisation du dispositif de dépistage classique ou à l'obtention de TROD VHC dans chaque structure. 3) Mise en place d'un observatoire d'efficacité, de tolérance et d'observance des AAD en vie réelle dans des populations réputées comme difficiles à traiter. 4) Promotion systématique des consultations d'éducation thérapeutique hospitalière.
<p>Actions scientifiques</p>	<ol style="list-style-type: none"> 5) Mise à jour des données épidémiologique de la prévalence du VHC en Ile de France.
<p>Actions de prise en charge</p>	<ol style="list-style-type: none"> 6) Création d'une plateforme d'orientation rapide après un test de diagnostic VHC positif entre le centre de coordination du projet et les partenaires associatifs. 7) Accueil des personnes testées positives pour le VHC dans les 24 à 72 heures grâce à la création (ou au renforcement) d'une consultation précoce dans chaque structure de prise en charge diagnostique et thérapeutique. 8) Formalisation d'un parcours personnalisé avec prise en charge médico-sociale dans un parcours adapté à chaque typologie de patients (migrants, précaires, détenus, usager de drogue, HSH). 9) Accompagnement physique des patients par des médiateurs de santé permettant un optimisation de la prise en charge en renforçant l'observance du traitement par AAD.
<p>Actions d'ordre social</p>	<ol style="list-style-type: none"> 10) Mise à jour ou ouverture des droits des patients. 11) Mise en relation avec les structure d'hébergement pour les patients précaires et patients à sortie de détention.
<p>Actions de sensibilisation</p>	<ol style="list-style-type: none"> 12) Animation par équipe projet d'une permanence d'information, sensibilisation sur site au sein des centres Aurore 93, CSAPA Epice, 110 les halles, AIDES 75 à destination des usagers. 13) Partenariat avec « Hépatite Info service » pour réponse à questions et informations sur le projet Parcours VHC.