



HAL
open science

État des lieux du dépistage du virus de l'hépatite C (VHC) dans un centre d'addictologie

Fabien Charbonneau

► **To cite this version:**

Fabien Charbonneau. État des lieux du dépistage du virus de l'hépatite C (VHC) dans un centre d'addictologie. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02499737

HAL Id: dumas-02499737

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02499737>

Submitted on 5 Mar 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux
U.F.R. des Sciences Médicales

Année 2019

N°99

Thèse pour l'obtention du
Diplôme d'Etat de docteur en Médecine
Présentée et soutenue publiquement le 05 septembre 2019

Par CHARBONNEAU Fabien
Né le 11 avril 1990 à Niort

**Etat des lieux du dépistage du virus de l'hépatite C (VHC) dans
un centre d'addictologie.**

DIRECTEUR DE THESE : Docteur Jacques Dubernet
RAPPORTEUR: Professeur Philippe Castera

MEMBRES DU JURY:

Monsieur le Professeur Marc Auriacombe	<i>Président du Jury</i>
Monsieur le Professeur Philippe Castéra	<i>Juge</i>
Monsieur le Professeur William Durieux	<i>Juge</i>
Madame le Docteur Juliette Foucher	<i>Juge</i>
Madame le Docteur Mélina Fatseas	<i>Juge</i>

université
de **BORDEAUX**

REMERCIEMENTS A NOS JUGES

A Monsieur le Professeur Marc Auriacombe,

Professeur des universités, Université de Bordeaux Professeur d'addictologie et psychiatrie
Docteur en médecine- DES psychiatrie
Praticien hospitalier
Directeur Adjoint du Laboratoire Sanpsy, CNRS USR 3413
Responsable de l'équipe Phénoménologie et déterminants des comportements appétitifs, addictologie et psychiatrie- Laboratoire de Psychiatrie
Chef du Pôle Addictologie, CH Charles Perrens, Bordeaux
Responsable du CA d'addictologie, Pôle Santé Publique, CHU de Bordeaux
Adjunct Assistant Professor, Department of Psychiatry, University of Pennsylvania, Philadelphia, USA

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail. Je vous remercie pour le temps que vous y aurez consacré. Vous avez été présent pour la rédaction de ce travail, qui n'aurait pas pu aboutir sans votre soutien. Je vous témoigne ma profonde et respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Philippe Castera,

Docteur en médecine - DES médecine générale
Professeur associé de médecine générale, Université de Bordeaux
Maître de stages des universités
Coordinateur médical du réseau addictions Gironde

Je vous prie de recevoir mes sincères remerciements pour votre rapport. Merci pour le temps que vous avez consacré à la lecture et à la critique de ce travail. Je vous prie de croire en ma profonde et sincère reconnaissance.

A Monsieur le Professeur William Durieux,

Docteur en médecine, DES médecine générale
Professeur des universités, Université de Bordeaux
Directeur adjoint du département de Médecine générale de l'université de Bordeaux.

Je vous prie de recevoir mes sincères remerciements pour avoir accepté de juger mon travail, ainsi que pour le temps que cela vous aura demandé. Veuillez croire en l'expression de ma sincère considération.

A Madame la Docteur Juliette Foucher

Docteur en médecine- DES hépato-gastro-entérologie
Pole hépato-gastro-entérologie- CHU de Bordeaux
Capacité addictologie

Vous me faites l'honneur d'apporter votre expérience à la critique de ce travail en siégeant dans mon jury de thèse. Je vous prie de bien vouloir accepter ma respectueuse considération.

A Madame la Docteur Melina Fatseas

Docteur en médecine, DES de psychiatrie, DESC d'addictologie, Docteur en Psychologie, ancien chef de clinique, praticien hospitalier, responsable médicale de l'Unité de Soins Complexes en Addictologie (USCA) et de la consultation TCA- CHU de Bordeaux. Chercheur (HDR) dans l'équipe Phénoménologie des comportements appétitif, addictologie et psychiatrie, Laboratoire Sanpsy, CNRS USR 3413, Université de Bordeaux.

Je vous adresse mes sincères remerciements pour avoir accepté de juger ce travail. Veuillez recevoir ma profonde et sincère reconnaissance.

A mon directeur de thèse

A Monsieur le Docteur Jacques Dubernet

Docteur en médecine-DES médecine générale

Praticien Hospitaliers

DESC d'Addictologie

Responsable de l'Equipe de liaison et du dispositif Renapsud, Pôle Addictologie, CH Charles Perrens, Bordeaux

Co-responsable du DU d'Addictologie, Université de Bordeaux

Je te remercie de m'avoir proposé ce travail, de m'avoir fait confiance, de ta grande disponibilité et de ton écoute. Je te remercie de ton accompagnement dans ma formation.

REMERCIEMENTS

A mes proches :

A Léa, mon épouse, pour ton soutien de chaque instant, pour l'amour et la complicité des années passées, présentes et à venir !

A mes parents, pour m'avoir élevé et soutenu depuis toujours. Je ne serais pas là sans vous. Je suis heureux de vous annoncer que votre enfant a (enfin) fini ses études !

A ma sœur Marion, merci pour ton soutien.

A ma belle famille :

A Laurent et Hélène. Merci de m'avoir accueillis dans votre famille.

A Maxime et Lili, merci pour vos conseils réfléchis et votre écoute.

Aux amis :

A Pierre, Sylvain, Joshua, Adrian, Vincent, Benjamin, Valentin, Florian, Quentin, Hugo, merci pour votre fidélité, je suis fière d'avoir des amis comme vous à mes côtés.

A Virginie et Alice, Amaury, mes collègues internes. Merci pour votre bonne humeur et pour avoir rendu les stages plus sympas.

A Sarah, pour sa précieuse aide dans la réalisation de ce travail.

A tous les médecins, internes et professionnels avec qui j'ai eu l'occasion de travailler durant mes études, pour m'avoir enrichi professionnellement et personnellement.

TABLE DES MATIERES

Liste des abréviations	7
Liste des tableaux et figures	8
PARTIE I : ARTICLE : Etat des lieux du dépistage du virus de l'hépatite C (VHC) dans un centre d'addictologie.	
1. Introduction.....	10
2. Méthodes.....	11
3. Résultats.....	12
4. Discussion.....	13
5. Bibliographie.....	16
PARTIE II : THESE : Etat des lieux du dépistage du virus de l'immunodéficience humaine et des l'hépatite B et C dans un centre de soins spécialisé en addictologie.	
1. Introduction.....	21
2. Hypothèse et objectifs.....	22
2.1 Question de recherche.....	22
2.2 Objectifs.....	22
3. Méthode.....	22
3.1 Population.....	22
3.2 Instruments.....	23
3.3 Modalité de recueil de données.....	24
3.3.1 Réglementation.....	24
3.3.2 La recherche du statut sérologique dans le dossier médical.....	24
3.3.3 La recherche de l'immunité vaccinale Hépatite B chez les patients documentés.....	24
3.3.4 La recherche du bilan sérologique prescrit par les praticiens.....	25
3.4 Variables.....	25
3.5 Stratégie d'Analyse.....	26
4. Résultats.....	27
4.1 Description échantillon.....	27
4.2 Statut sérologique biologique.....	28
4.3 Comparaison des caractéristiques selon la documentation du statut sérologique.....	28
4.4 Comparaison des données du RAB selon la documentation du statut sérologique.....	30
4.5 Comparaison des caractéristiques selon le statut d'immunisation vis-à-vis du virus de l'hépatite B.....	30
4.6 Comparaison des caractéristiques selon la prescription d'un bilan sérologique prescrit.....	31
5. Discussion.....	31
5.1 Les principaux résultats.....	31

5.2 Discussion sur la méthode	32
5.2.1 La sélection des patients.....	32
5.2.2 Le recueil de donnée	32
5.2.3 Les variables explorées.....	32
5.3 Discussion sur les résultats.....	33
5.3.1 Statut sérologique documenté.....	33
5.3.2 Prévalence hépatite C.....	33
5.3.3 Prévalence hépatite B.....	34
5.3.4 Prévalence VIH.....	34
5.3.5 Les Facteur influençant le dépistage.....	34
5.3.6 Facteur n'influençant pas le dépistage sérologique	36
5.3.7 La Méconnaissance des patients sur leur statut sérologique.....	37
5.3.8 Immunisation du virus de l'hépatite B.....	37
5.3.9 La prescription du bilan sérologique.....	38
5.4 Les freins aux dépistages.....	38
5.5 Piste à suivre pour favoriser l'accès au dépistage des usagers de drogues.....	40
5.5.1 La sensibilisation des professionnelles de santé au dépistage.....	40
5.5.2 Utilisation d'un questionnaire d'évaluation des risques par un CSAPA.....	41
5.5.3 Fibroscan.....	41
5.5.4 Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD).....	41
6. Conclusion.....	42
7. Bibliographie.....	43
<u>Serment d'Hippocrate</u>	48
<u>Résumé</u>	49

LISTE DES ABREVIATIONS

Ac : Anticorps
ANRS : Agence National de recherche sur le sida et les hépatites virales
ARN : Acide Ribonucléique
ASI : Addiction Severity Index
CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues
CASO : Centres d'accueil, de soins et d'orientation
CMU : Couverture Maladie Universelle
CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
DSM-5 : Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, volume 5
ET : Ecart-Type
INVS : Institut de Veille Sanitaire
IST : Infection Sexuellement Transmissible
M : Moyenne
MINI : Mini International Neuropsychiatric Interview
OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
RAB : Risk for AIDS Behaviors
SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquis
SPA : Substance Psychoactif
TROD : Test Rapide à Orientation Diagnostique
VHB : Virus hépatite B
VHC : Virus Hépatite C
VIH : Virus Immunodéficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURE

Tableau 1: Comparaison des caractéristiques individuelles selon la documentation du statut sérologique

Tableau 2: Comparaison des données du RAB selon la documentation du statut sérologique

Tableau 3: Comparaison des caractéristiques individuelles selon l'immunisation vis-à-vis du virus de l'hépatite B.

Tableau 4: Comparaison des caractéristiques individuelles selon la présence ou non d'une prescription d'un bilan sérologique.

Figure 1: Motifs principaux de prise en charge à l'inclusion

PARTIE I : ARTICLE

Etat des lieux du dépistage du virus de l'hépatite C (VHC) dans un centre d' addictologie.

Screening for Hepatitis C virus (HCV) in an addiction treatment center.

Fabien Charbonneau^{1,2,3}, Jacques Dubernet^{1,2,3},
Anne-Sophie Wiet³, Sarah Moriceau^{1,2,3}, Charlotte Kervran^{1,2,3}, Philippe Castera^{1,4}, Louise
Jakubiec^{1,2,3}, Marc Auriacombe^{1,2,3}

Affiliation

- (1) Université de Bordeaux, Bordeaux, France.
- (2) Equipe phénoménologie et déterminants des comportements appétitifs, Sanpsy CNRS USR 3413, Université de Bordeaux, Bordeaux, France.
- (3) Pôle Addictologie et filière régionale, CH Charles Perrens et CHU de Bordeaux, Bordeaux, France.
- (4) Agir 33

Nb de mots : texte (3092), résumé (158)

Nb de tableaux : 2

Correspondance

Marc Auriacombe

e-mail : marc.auriacombe@u-bordeaux.fr

Pôle Addictologie, Centre hospitalier Charles Perrens

12 rue de la Béchade 33076 Bordeaux Cedex, France

Tel : +33556561738

Fax : +33556561727

1. INTRODUCTION :

Au cours des 20 dernières années, il a été mis en évidence une diminution de la prévalence du virus de l'hépatite C (VHC) chez les usagers de substances utilisant la voie injectable. Cette diminution a pu être associée à des changements de politiques de santé publique, notamment l'introduction des programmes d'échange de seringues qui semblent avoir contribué à une réduction significative des pratiques de consommation à risque de contamination par le VIH et le VHC (1,2,3). Pour les personnes avec un trouble de l'usage des opiacés il avait déjà été montré que l'accès aux traitements par méthadone et buprénorphine a contribué à la réduction des comportements à risques de contamination (3,4,5). Malgré ces progrès, la prévalence de la sérocontamination par le VHC reste élevée (6). La lutte contre l'hépatite C est devenue un axe majeur de la stratégie 2016-2021 de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dont une des mesures phares est de réduire de 90% le nombre de nouveaux cas et de 65% le nombre de décès dus à une hépatite virale d'ici 2030 (7). L'arrivée récente sur le marché des antiviraux à actions directes sur le VHC permet d'obtenir une réponse virologique soutenue chez plus de 90% des patients (8). Jusqu'à présent réservé aux spécialistes, il est possible à tout médecin depuis le 20 mai 2019 de prescrire deux traitements antiviraux à action directe (AAD) (9). Ce nouveau contexte thérapeutique élargit les possibilités d'accompagnement vers le traitement et la guérison des patients porteur de l'hépatite virale C (bénéfice individuel), mais aussi d'agir sur le virus et maîtriser l'endémie en réduisant la transmission afin d'aboutir à une possible éradication (bénéfice collectif).

Toutefois, le dépistage du VHC est loin d'être systématique lors de l'accès aux soins en addictologie et le nombre de patients ayant bénéficié d'un dépistage gratuit en CSAPA semble baisser depuis 2013 (moyenne de 71 en 2013 à 65 en 2016) (10, 11). Afin de permettre le diagnostic des personnes qui ignorent leur séropositivité et de réduire l'épidémie cachée, le rapport d'expert de l'Agence Nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales recommande de poursuivre un dépistage large, mais ciblé, cependant cette démarche ne suffirait pas à dépister l'ensemble des personnes contaminées (10).

Les patients consultant dans les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) présentent de nombreux facteurs de risque de contamination pour le VHC et il avait été proposé que les CSAPA soient des lieux de dépistage du VHC, et plus récemment de son traitement (12). Cependant, la majorité des études de dépistage du VHC disponible en France s'appuie uniquement sur des données déclaratives des patients pour documenter le statut sérologique (13, 14).

Nous avons évalué les pratiques de dépistage du VHC et recherché les caractéristiques associées au dépistage dans un CSAPA. L'originalité de cette évaluation était de rechercher dans le dossier clinique la présence d'un dosage sérologique et non uniquement une annotation dans le dossier de l'avis du patient ou du médecin sur sa sérologie. Notre hypothèse était que le repérage n'était pas systématique pour tous les entrants, d'autant plus que depuis 2010 la mission des CSAPA inclut toutes les addictions, y compris les addictions sans substances avec pour conséquence une très grande variété de risque de contamination. Il est vraisemblable qu'un ciblage est effectué au moment de l'admission et que le dépistage se focalise sur les personnes à risques, les personnes non dépistées

auraient ainsi un risque faible ou réduit de contamination. Cela implique que les professionnels qui assurent l'admission aient une bonne connaissance des facteurs de risques. L'objectif de ce travail était de rechercher et caractériser la qualité de la documentation de la sérologie VHC dans le dossier clinique de personnes avec addiction débutant une prise en charge dans un CSAPA et de caractériser les patients dont la sérologie était biologiquement documentée.

2. METHODE :

Procédure et population

Etude observationnelle transversale sur les dossiers médicaux des patients admis en 2017 au CSAPA du Centre Hospitalier Charles Perrens (Bordeaux, France) et qui avaient donné leur consentement pour participer à des recherches dans le cadre de leur inclusion dans la cohorte ADDICTAQUI, cohorte observationnelle prospective (15). Chaque patient dispose d'un dossier médical informatisé (Hopital Manager, Softway Médical) constitué d'une observation médicale d'admission, de l'Addiction Severity Index (ASI), du Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), du Risk for AIDS Behaviors (RAB) et des examens sérologiques. Les informations concernant la sérologie VHC (auto-déclaratif et résultats biologiquement documentés) pouvaient se trouver dans l'observation d'admission, l'ASI et les examens numérisés.

Les résultats de sérologie. Le dossier médical informatisé de chaque patient a été exploré à la recherche de résultats biologiques de la sérologie du VHC. Soit le relevé du laboratoire était présent dans le dossier, soit le résultat était rapporté avec la date du dosage et le nom du laboratoire de biologie. Les résultats de sérologies mentionnés dans le dossier sans pouvoir être vérifiés ont été comptabilisés avec le recueil sérologique déclaratif du patient.

L'Addiction Severity Index (ASI) est un hétéro-questionnaire servant à évaluer de manière standardisée 6 domaines de la vie du sujet susceptibles d'être affectés par une addiction avec ou sans substances (16, 17). Des scores composites sont calculés par une formule mathématique à partir des données objectives de la période actuelle. Ces scores composites sont compris entre 0 et 1, du moins sévères au plus sévère et ont valeur de comparaison.

Le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) est un hétéro-questionnaire permettant de diagnostiquer les troubles psychiatriques du DSM. Pour les troubles psychiatriques hors addiction nous avons utilisés les critères de l'axe I du DSM-IV, et pour les addictions les critères de trouble de l'usage du DSM 5 (18, 19).

Le Risk for AIDS Behaviors (RAB) version abrégée 09/95) est un auto-questionnaire sur les comportements à risque de contamination veineuse sur les 6 derniers mois en deux parties (20). La première partie (score sur 35) explore les pratiques d'injection (utilisation voie intraveineuse, nettoyage du matériel, partage du matériel). La deuxième partie (score sur 22) explore les pratiques sexuelles (orientation sexuelle, utilisation des préservatifs, partenaires, pratique à risque sexuel)

Variabes :

La variable d'intérêt principal était la documentation dans le dossier médical d'un dépistage biologique du VHC. Les variables explicatives étaient les données sociodémographiques issues de l'ASI (âge, sexe homme, niveau d'étude baccalauréat, vivre seul, avoir un travail), les scores composites des différents domaines évalués par l'ASI, la connaissance du statut sérologique pour le VHC par le patient, les comorbidités psychiatriques du MINI, les facteurs de risque de contamination par le VHC défini par l'Agence Nationale de recherche du sida et des hépatites (10) disponible dans l'ASI (antécédent carcéral, usage de substances par voie intraveineuse et nasale).

Les diagnostics du MINI ont été regroupés en 3 catégories : trouble anxieux actuel (avoir au moins trouble panique, agoraphobie, phobie sociale, trouble obsessionnel compulsif, état de stress post-traumatique ou anxiété généralisée) ; trouble de l'humeur actuel (avoir au moins épisode dépressif majeur, dysthymie, épisodes maniaques ou hypomaniaques) et trouble psychotique actuel.

Les diagnostics de troubles de l'usage des opiacés, de la cocaïne, des stimulants ou sédatifs ont été regroupé en une seule catégorie de trouble de l'usage de substances dont la voie de consommation peut-être à risque de contamination VHC.

Les variables sur les pratiques sexuelles ont été déterminées par les questions du RAB.

Stratégie d'analyse :

Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne (m), et l'écart-type (ET) et les variables qualitatives par la fréquence (%). Les patients ont été comparés selon le renseignement ou non dans le dossier médical de leur statut sérologique biologique par le test de Student pour les variables continues et par le test du Khi 2 pour les variables catégorielles (ou le test non paramétrique de Fisher si le nombre de sujets était insuffisant). Les variables ont été analysées à l'aide du logiciel de statistiques JMP® 13.0 (SAS Institute Inc., Cary, North Carolina)

3. RESULTATS :

L'échantillon était constitué de 213 patients âgés en moyenne de 39,7 ans (ET=12,4) et majoritairement des hommes (66,7%). Les deux tiers (66,7% n=142) avaient le niveau baccalauréat et un peu plus de la moitié avaient un travail (54% n=114). Un tiers vivaient seuls (31,1% n=66). La très grande majorité (n=172) avait une demande de prise en charge pour une seule addiction : alcool (35%), comportements (23%), tabac (19%), cannabis (11%), cocaïne (5%), opiacés (5%), stimulants (1%) et sédatifs (1%). Les autres patients (n=41) avaient plusieurs motifs de prises en charge (le plus souvent alcool et tabac). Au niveau des facteurs de risque de contamination VHC, 8,0% (n=17) de la population totale avaient un antécédent carcéral, 2,8% (n=6) étaient des usagers de substances par voie intraveineuse et 19,8% (n=42) étaient des usagers substances par voie intra-nasale. Au total, les patients ayant au moins un facteur de risque de contamination VHC disponible dans l'ASI étaient au nombre de 65 (30,5%).

Parmi les patients ayant répondu au questionnaire RAB, 29,3 % (n=36) avaient un comportement sexuel à risque.

Parmi les 213 dossiers examinés, la documentation biologique de la sérologie a été retrouvée dans 58 dossiers (27,2%). Une information sur la sérologie, rapportée par le patient, a été retrouvée dans 170 (81,1%) dossiers. Parmi les 58 dossiers ayant une sérologie biologiquement documentée, 20% (n=12) déclaraient ne pas connaître leur statut sérologique.

La comparaison des caractéristiques des patients selon la sérologie biologiquement documentée ou non est présentée dans le Tableau 1. Les patients, qui avaient des sérologies biologiquement documentées, avaient moins souvent un travail ($p=0,03$) et étaient moins nombreux à avoir le niveau baccalauréat ($p=0,002$) que ceux pour qui la sérologie n'était pas biologiquement documentée. Les scores composites étaient significativement plus sévères pour les sections substances ($p=0,0019$), emploi/ressources ($p=0,0042$), et psychologiques ($p=0,024$), pour les patients ayant une sérologie biologiquement documentée par rapport à ceux sans sérologie biologiquement documentée. Il y avait significativement plus d'usagers ayant consommé principalement par voie injectable au cours de leur vie chez les patients ayant une sérologie biologiquement documentée par rapport à ceux sans sérologie biologiquement documentée ($p=0,049$). Les patients dont les sérologies étaient biologiquement documentées avaient plus de troubles anxieux ($p=0,027$) et de l'humeur actuelle ($p=0,0086$) que ceux pour qui la sérologie n'était pas biologiquement documentée. Il n'y avait significativement pas plus d'usager de substance par voie nasale, ou d'antécédent d'incarcération chez les patients ayant une sérologie biologiquement documentée par rapport à ceux sans sérologie biologiquement documentée. ($p=0,09$ et $p=0,78$). Aucune différence significative n'était retrouvée entre les deux groupes au score RAB et sur les pratiques sexuelles à risque ($p=0,51$) (Tableau 2).

4. DISCUSSION

Notre objectif était d'évaluer la qualité et les caractéristiques associées à la documentation de la sérologie VHC dans le dossier clinique de personnes avec addiction débutant une prise en charge dans un CSAPA. La majorité des études françaises traitant du dépistage du VHC s'appuie uniquement sur des données déclaratives des patients (13,14), ce qui fait l'originalité de cette étude. Parmi les 213 patients admis en 2017 et dont les dossiers ont été examinés, 27,2% (n=58) avaient une sérologie biologiquement documentée et pour 81% (n=170) le statut sérologique était renseigné sans documentation biologique. La documentation biologique de la sérologie était associée à une situation de précarité, une consommation de substances par injection, et une comorbidité psychiatrique, mais pas aux pratiques sexuelles à risques, à l'utilisation de la voie nasale ou à l'antécédent d'incarcération.

Même si les risques liés aux usages de substances ne sont pas limités à l'utilisation de la voie injectable, il n'en reste pas moins que ce mode d'administration augmente très sensiblement les risques pris pour la santé, notamment en matière de maladies infectieuses. Ce mode d'administration est aujourd'hui en régression (2,4) et il est estimé à 15,1% des patients accueillis en CSAPA sur la base des rapports d'activité de 2016 (11). Nos résultats mettent en valeur que le dépistage cible les usagers de substances utilisant la voie injectable. Cette donnée est à prendre avec précautions au vu du faible effectif (n=6).

Parmi nos résultats, les patients dont le statut sérologique était biologiquement renseigné étaient plus fréquemment précaires. Plusieurs études rapportent une corrélation entre précarité et infections virales: les prévalences de ces infections étaient plus élevées dans cette population (21, 22, 23). En France, le fait d'être bénéficiaire de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU) et d'avoir fait une scolarité d'une durée inférieure à 12 ans sont des facteurs associés à une contamination par le VHC (24). Toutefois cette association ne doit pas faire supposer que des conditions sociales dégradées sont la cause d'une contamination, mais plutôt un indicateur de conditions favorisant la contamination. Le dépistage ciblé sur ces populations et l'accès aux traitements apparaît comme un moyen efficace pour minimiser l'association entre précarité et maladies infectieuses transmissibles.

Notre étude a mis en évidence que les patients dont le statut sérologique était biologiquement renseigné étaient plus souvent atteints d'une comorbidité psychiatrique. La prévalence du VHC est plus importante dans les populations de patients présentant des troubles psychiatriques sévères qu'en population générale (25, 26). Par ailleurs il existe une forte association entre trouble de l'usage et troubles de l'humeur ou anxiété généralisée (27, 28) et il est estimé que 40 à 60% de patients avec une addiction présenteraient une comorbidité psychiatrique (29, 30). Ceci impliquerait que le repérage d'une comorbidité psychiatrique lors de l'admission d'un patient pour une addiction soit pris en compte comme facteur de risque pour le VHC, indépendamment de l'utilisation de la voie injectable ou nasale.

Dans notre étude, la documentation biologique de la sérologie n'était pas associée à l'usage par voie nasale. Cependant, le partage de la paille lors de l'utilisation de la voie nasale pourrait être impliqué dans la transmission du VHC (31). La documentation biologique de la sérologie n'était pas non plus associée à un antécédent d'incarcération. Pourtant, le dépistage des hépatites et du VIH est systématiquement proposé à l'entrée en détention et périodiquement au cours de l'incarcération (8). Ceci laisse supposer un défaut d'échange d'information entre les services de soins carcéraux et ceux extérieurs. Plusieurs études ont documenté le risque de contracter le virus de l'hépatite C en fonction du temps passé en prison (32,33). L'infection par le VHC est fortement liée à l'usage de substances par voie injectable notamment dans la population carcérale (34). Au vu des prévalences élevées, le manque de documentation des sérologies en rapport avec ces deux facteurs de risque de contamination générerait ainsi un réservoir de sujets possiblement infectés.

On repère dans notre étude, une proportion assez conséquente d'usagers ayant des rapports sexuels à risque (29,3%, n=36), mais ces usagers à risque n'étaient pas plus fréquemment représentés dans le groupe des patients dont la sérologie était biologiquement documentée. La proportion des rapports sexuels à risque retrouvé dans notre échantillon est en accord avec une étude antérieure réalisée entre 1994 et 2004 (4), ce qui donne à penser que les comportements sexuels à risque chez les usagers de substances resteraient inchangés depuis des années. La transmission sexuelle du VHC existe mais reste beaucoup plus rare que pour le VIH ou le VHB (35).

Dans notre étude, 81,1% (n=170) des patients déclaraient connaître leur statut sérologique, mais parmi les 58 patients dont la sérologie était biologiquement documentée, 20% (n=12) déclaraient ne pas connaître leur statut sérologique. Dans notre échantillon 83% (n= 35) des utilisateurs de la voie nasale et 100% (n=6) des usagers par voie injectable déclaraient connaître leur statut sérologique au moment de leur admission. Or, Il existe un réel problème de connaissance du statut sérologique par les patients potentiellement à risque de transmission. Plusieurs études ont montré que les patients connaissaient mal leur statut vis-à-vis du VIH, VHB et VHC. L'étude réalisée en 2005 (36) au Luxembourg chez des patients usagers de substances avait constaté que 66,7% des répondants qui déclarent être dépourvus d'infection VHC étaient en fait infectés. Au total l'utilisation de l'auto-déclaration n'est pas une source d'information fiable puisque à la fois certains ont une sérologie documentée mais ne connaissent pas leur statut et d'autres déclarent de manière erronée leur statut.

Notre étude comporte plusieurs limites à commencer par l'effectif réduit. Ensuite, le recueil des données s'est fait à partir du dossier médical. Cela implique que les courriers d'hospitalisation ainsi que les bilans biologiques des patients étaient inclus dans le dossier médical. Le dossier informatisé étant le seul outil à disposition des professionnels il est peu probable que ces informations n'y soient pas renseignées, mais on ne peut l'exclure.

Les patients ont été inclus à partir d'un CSAPA particulier, et la généralisation de nos résultats à l'ensemble des CSAPA n'est pas connue. On note que pour ce qui est des données socio-démographiques celles-ci étaient comparables aux données nationales des CSAPA en France (11). Cependant, la proportion d'utilisateurs de la voie injectable était inférieure à l'estimation nationale (2,8% vs. 15,1%). Le taux d'injecteurs a pu être sous-estimé, car l'information recueillie était la voie d'administration la plus fréquemment utilisée au moment de l'admission. Par ailleurs, la tendance globale à la baisse du pourcentage d'injecteurs en CSAPA en général pourrait aussi être liée à l'augmentation récente de la proportion de personnes prises en charge pour une addiction comportementale dans le public des CSAPA (11). Par rapport aux données nationales, le CSAPA que nous avons étudié avait plus de patients déclarant une addiction comportementale (11).

Concernant les facteurs de risque de contamination, la problématique des populations migrantes n'a pas été prise en compte dans notre étude. Etre issu d'une population migrant d'Afrique semblerait jouer un rôle dans la probabilité de se voir proposer ou non un dépistage VIH et des hépatites et donc de connaître son statut sérologique (21). L'utilisation de pipe à crack pourrait constituer un facteur de transmission du virus de l'hépatite C chez les usagers de substances (37). Il aurait été intéressant dans notre échantillon de connaître la proportion de patients utilisateurs de pipes à crack dont le statut sérologique était biologiquement renseigné, mais cette information n'était pas disponible.

En conclusion, notre étude met en évidence un dépistage ciblé de l'hépatite C sur certaines populations à risque de contamination, principalement les utilisateurs de la voie veineuse. Cependant les limites de cette approche entraînent des difficultés pour aborder certaines prises de risque avec les patients et pourrait contribuer à la persistance d'une épidémie cachée. Notre étude a montré la présence de facteurs favorisant une transmission du VHC qui n'étaient pas pris en compte pour le dépistage : voie nasale, antécédent

d'incarcération. Finalement, il serait peut-être plus simple et efficace que le dépistage soit proposé à tous les usagers de substances, quelles que soient les suppositions de pratiques à risque ou de facteurs de risques. C'est un enjeu pour atteindre l'objectif « d'un dépistage pour tous » fixé par l'AFEF (38).

5. BIBLIOGRAPHIE :

1. Lucidarme D, Bruandet A, Illef D, Harbonnier J, Jacob C, Decoster A et al. Incidence and risk factors of HCV and HIV infections in a cohort of intravenous drug users in the north and east of France. *Epidemiol Infect.* Août 2004;132(4):699-708
2. Denis CM, Fatseas M, Beltran V, Daulouede J-P, Auriacombe M. Impact of 20 years harm reduction policy on HIV and HCV among opioid users not in treatment. *Drug and Alcohol Dependence.* 2015 1/1/;146:e261
3. Daulouède J-P, Denis CM, Fatseas M, Beltran V, Auriacombe M. Risk-taking behavior over 36-month follow-up treatment in outpatient opioid maintenance treatment program. *Drug and Alcohol Dependence.* 2015 1/1/;146:e258.
4. Fatseas M, Denis C, Serre F, Dubernet J, Daulouede JP, Auriacombe M. Change in HIV-HCV Risk-Taking Behavior and Seroprevalence Among Opiate Users Seeking Treatment Over an 11-year Period and Harm Reduction Policy. *AIDS Behav.* 2012 Oct 9;16:2082–90. PubMed PMID: 21983799. Epub 2011/10/11. Eng.
5. Auriacombe M, Franques P, Martin C, Grabot D, Daulouède J, Tignol J. Traitement de substitution par méthadone et buprénorphine pour la toxicomanie à l'héroïne. Bases scientifiques du traitement et données évaluatives de la littérature. L'expérience et la pratique du groupe de Bordeaux et Bayonne. In: Guffens J, editor. *Toxicomanie, Hépatites, SIDA.* Paris: Les Empêcheurs de Penser en Rond; 1994. p. 173-98.
6. Auriacombe M, Roux P, Briand Madrid L, Kirchherr S, Kervran C, Chauvin C, Gutowski M, Denis C, Carrieri MP, Lalanne L, Jauffret-Roustide M, and the Cosinus study g. Impact of drug consumption rooms on risk practices and access to care in people who inject drugs in France: the COSINUS prospective cohort study protocol. *BMJ open.* 2019 Feb 21;9(2):e023683. PubMed PMID: 30796121.
7. WHO. Global Health Sector Strategy on Viral Hepatitis 2016-2021 towards ending viral hepatitis Available at: <https://www.who.int/hepatitis/strategy2016-2021/ghss-hep/en/>
8. Dhumeaux D. Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C. Rapport de recommandations 2014. Paris: ANRS, AFEF; 2014. 527 p.
9. Ministère des Solidarités et de la Santé. Simplification de l'accès au traitement contre l'hépatite C chronique. Disponible sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/simplification-de-l-access-au-traitement-contre-l-hepatite-c-chronique>
10. Dhumeaux D, Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales, Conseil national du sida et des hépatites virales, Association française pour l'étude du foie, Ministère des affaires sociales et de la santé. *Prise en charge thérapeutique et suivi de l'ensemble des personnes infectées par le virus de l'hépatite C.* Montrouge: Editions EDP; 2016. Disponible : <http://www.afef.asso.fr/ckfinder/userfiles/files/recommandations-textes-officiels/recommandations/rapportDhumeaux2.pdf>
11. Palle C, Rattanatray M. Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2016. Situation en 2016 et évolutions sur la période 2005-2016. Saint-Denis : OFDT; 2018 p. 10.

12. Kapadia SN and Marks KM. Hepatitis C Management Simplification From Test to Cure: A Framework for Primary Care Providers. *Clin Ther.* 2018 Aug; 40(8):1234-45
13. Profils et pratique des usagers des CSAPA en 2015. Aurélie Lermenier-Jeannet, Agnès Cadet-Taïrou, Sylvain Gautier. Observatoire français des drogues et des Toxicomanes.
14. Melin P. l'enquête CSAPA 2012 (Internet). SOS hépatites-Fédération ; 2013. Disponible sur : <https://fr.slideshare.net/odeckmyn/melin-csapa-et-sos-partie-2>
15. Auriacombe, M. (2017). "Aquitaine Addiction Cohort: Trajectories of people with addiction (substances or behaviour) in contact with health-care system. Medical, neurobiological, sociological and psychological characteristics. Prospective multicentric, multidisciplinary study. French National Alliance for Life Sciences and Health Registry of Health Databases. <https://epidemiologiefrance.aviesan.fr/en/content/view/full/89048>
16. McLellan, A. T., H. Kushner, D. Metzger, R. Peters, I. Smith, G. Grissom, H. Pettinati and M. Argeriou (1992). "The Fifth Edition of the Addiction Severity Index." *J Subst Abuse Treat* 9(3): 199-213.
17. Denis C, Fatseas M, Beltran V, Serre F, Alexandre JM, Debrabant R, Daulouede JP, Auriacombe M. Usefulness and validity of the modified Addiction Severity Index: A focus on alcohol, drugs, tobacco, and gambling. *Subst Abus.* 2016;37(1):168-75.
18. Lecrubier, Y., D. V. Sheehan, E. weiller, P. Amorim, I. Bonora, K. H. Sheehan, J. Janavs and G. C. Dunbar (1997). "The Mini International Psychiatric Interview (MINI) a short diagnostic structured interview : reliability and validity according to the CIDI." *European Psychiatry* 12: 224-231
19. APA (2013). American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Five Edition.
20. Bertorelle V, Auriacombe M, Grabot D, Franques P, Martin C, Daulouède J-P, Tignol J. Evaluation quantitative des pratiques de partage de matériel à risque de contamination infectieuse virale chez les usagers d'opiacés par voie intraveineuse faisant une demande de soins. Utilisation de l'auto-questionnaire RAB. *Encephale.* 2000;26:3-7.
21. Mangin F, Sulli L, Matra R, Nicoulet I, Deslandes A, Marmier M. Dépistage du VIH, des hépatites et des IST chez les personnes migrantes primo-arrivantes au Caso de Médecins du Monde de Saint-Denis, de 2012 à 2016. *Bull Epidémiol Hebd.* 2018;(40- 41):805-12.
22. Poulos R, Ferson M, Orr K, Lucy A, BothamS , McCarthy M et al. « Risk factors and seroprevalence of markers for hepatitis A, B and C in persons subject to homelessness in inner Sydney ». *Aust N Z J Public Health* . 2007 Juin;31(3): 247-251.
23. Raguin,G et Sivignon F. « Précarité et maladies infectieuses ». *Rev Méd Interne* 2009 Juin; 30(2): S3-S5.
24. Meffre C, Le Sy, Delarocque-Astagneau E, Dubois F, Antona D, et coll. Prevalence of hepatitis B and hepatitis C virus infections in France in 2004: Social factors are important predictors after adjusting for known risk factors. *J Med Virol* 2010, 82 : 546-555
25. King VL, Kidorf MS, Stoller KB, Brooner RK. Influence of psychiatric comorbidity on HIV risk behaviors: changes during drug abuse treatment. *J Addict Dis* 2000, 19 : 65-83
26. Metzger D, Woody G, Druley P, De Phillips D, Navaline H, McLellan A, O'Brien C. Psychiatric symptoms, high risk behaviors and HIV positivity among methadone patients. National Institute on Drug Abuse Research Monograph. 1991;105:490-1.
27. Compton WM, Thomas YF, Stinson FS, Grant BF. « Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions ». *Arch Gen Psychiatry* 2007 ; 64: 566-576

28. Martins SS, Keyes KM, Storr CL, Zhu H, Chilcoat HD. « Pathways between nonmedical opioid use/dependence and psychiatric disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions ». *Drug Alcohol Depend* 2009, 103 : 16-24
29. Chiang SC, Chan HY, Chang YY, Sun HJ, Chen WJ, Chen CK. « Psychiatric comorbidity and gender difference among treatment-seeking heroin abusers in Taiwan ». *Psychiatry Clin Neurosci* .2007 ; 61: 105-111
30. Farrell M, Howes S, Bebbington P, Brugha T, Jenkins R, et al. « Nicotine, alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity. Results of a national household survey ». *Br J Psychiatry* 2001, 179 : 432-437
31. Observatoire Français des drogues et des toxicomanies. Évolution de la prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite C parmi les usagers de drogues par voie injectable. Consulté en avril 2019. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/evolution-de-la-prevalence-de-linfection-par-le-virus-de-lhepatite-c-chez-les-usagers-de-drogues-par-voie-injectable/>
32. Burattini M, Massad E, Rozman M, Azevedo R, Carvalho H. Correlation between HIV and HCV in Brazilian prisoners: evidence of parenteral transmission inside prison. *Rev Saude Publica* 2000, 34 : 431-436
33. Champion JK, Taylor A, Hutchison S, Cameron S, Mcmenamin J, et coll. Incidence of hepatitis C virus infection and associated risk factors among Scottish prison inmates: a cohort study. *Am J Epidemiol* 2004, 159 : 514-519
34. Jafa K, Mcelroy P, Fitzpatrick L, Borkowf CB, Macgowan R, et coll. HIV transmission in a state prison system, 1988-2005. *PLoS One* 2009, 4 : e5416. Epub 2009 May 1
35. Ghosn J, Leruez-Ville M, Chaix ML. Sexual transmission of hepatitis C virus. *Presse Med* 2005, 34 : 1034-1038
36. Removille N, Origer . Prevalence et progation des hepatitis virales A,B,C, et du HIV au sein de la population d'usagers problématiques de drogues d'acquisition illicite. *Séries de recherché N°5* 2007. 62-63
37. Jauffret-Roustide M, Rondy M, Oudaya L, Pequart C, Semaille C, Desenclosjc. Evaluation d'un outil de réduction des risques visant à limiter la transmission du VIH et des hépatites chez les consommateurs de crack. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2008, 56 : S376.
38. Association Française pour l'Étude du Foie. Recommandations AFEF pour l'élimination de l'infection par le virus de l'hépatite C, en France. Consulté en décembre 2018. Disponible sur <https://afef.asso.fr/wp-content/uploads/2018/06/VF-INTERACTIF-RECO-VHC-AFEF-v2103.pdf>

Tableau1: Comparaison des caractéristiques individuelles selon la documentation du statut sérologique

Variabes	Sérologie documentée (n=58)	Sérologie non documentée (n=155)	P value*
Données sociodémographiques			
	% (n)	% (n)	
Age	m=40,2 (ET=12,4)	m=39,6 (ET=12,4)	0,75
Sexe (homme)	72,4 (42)	64,5 (100)	0,33
Etude (niveau bac)	55,2 (32)	71 (110)	0,03
Condition de vie (seul)	34,5 (20)	29,9 (46)	0,52
Travail actuel (30 derniers jours)	36,2 (21)	60,8 (93)	0,002
Score composites ASI			
	Moyenne (ET)	Moyenne (ET)	
Etat médical	0,30 (0,04)	0,27 (0,03)	0,52
Emploi/ressources	0,61 (0,04)	0,48 (0,02)	0,0042
Alcool	0,37 (0,04)	0,29 (0,02)	0,082
Substances	0,16 (0,016)	0,097 (0,01)	0,0019
Tabac	0,41 (0,044)	0,41 (0,027)	0,90
Jeu	0,042 (0,022)	0,065 (0,013)	0,37
Situation légale	0,022 (0,014)	0,036 (0,0085)	0,40
Relation familial social	0,19 (0,031)	0,18 (0,019)	0,72
Etat psychologique	0,38 (0,033)	0,29 (0,02)	0,024
Etat médical			
	% (n)	% (n)	
Hospitalisation (psychiatrique + et médecine)	89,1 (49)	87,0 (134)	0,70
Maladie chronique	46,6 (31)	46,5 (72)	0,99
Facteurs de risque de contamination VHC**			
	% (n)	% (n)	
Consommation par voie Intra-Nasale	27,8 (16)	16,9 (26)	0,090
Consommation par voie Intraveineuse	6,9 (4)	1,3 (2)	0,049
Antécédents d'incarcération	8,6 (5)	7,8 (12)	0,78
Comorbidités psychiatriques***			
	% (n)	% (n)	
Trouble anxieux actuel	51,7 (30)	34,4 (53)	0,027
Trouble humeur actuel	46,6 (27)	27,1 (42)	0,0086
Troubles psychotiques actuels	6,9 (4)	3,9 (6)	0,47
Trouble de l'usage d'une substance à risque de contamination VHC	32,8 (19)	20,7 (32)	0,073

* Test Student pour les variables continues et test du Khi 2 pour les variables catégorielles (ou le test non paramétrique de Fisher si le nombre de sujets était insuffisant) Seuil p<0,05

** Facteur de risque de contamination VHC disponible dans l'ASI définie par l'Agence National de recherche du sida et des hépatites (10)

*** à partir du MINI

Tableau 2 : Comparaison des données du RAB selon la documentation du statut sérologique

Variables	Sérologie documentée % (n)	Sérologie non documentée % (n)	P value
Score total RAB	m=3,7 (ET=0,46)	m=3,5 (ET=0,30)	0,75
Homosexuel- bisexuel	16,7 (6)	11,5 (10)	0,43
Relation avec séropositif	5,6 (2)	0,0 (0)	0,084
Utilisation d'un préservatif	38,9 (14)	39,1 (34)	0,98
Pratique à risque sexuelle	38,2 (13)	31,1 (23)	0,51

RAB : 90 données manquantes

PARTIE II: THESE: Etat des lieux du dépistage du virus de l'immunodéficience humaine et des l'hépatite B et C dans un centre de soins spécialisé en addictologie.

1. INTRODUCTION :

Pour le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) comme pour les virus des hépatites B et C (VHB, VHC), le dépistage sérologique précoce offre un double intérêt, individuel et collectif (1). L'intérêt individuel est la possibilité d'un traitement précoce afin de diminuer la morbi-mortalité de ces infections et ainsi améliorer la qualité de vie des patients. L'intérêt collectif est la diminution des risques de transmission.

Au cours des 20 dernières années, il a été mis en évidence une diminution de la prévalence du VIH et du VHC chez les usagers de substances utilisant la voie veineuse. Cette diminution a pu être associée à des changements de politiques de santé publique, notamment l'introduction des programmes d'échange de seringues qui semble avoir contribué à une réduction significative des pratiques de consommation à risque de contamination par le VIH et le VHC (2,3,4). Pour les personnes avec un trouble de l'usage des opiacés il avait déjà été montré que l'accès aux traitements substitutifs aux opiacés par méthadone et buprénorphine a contribué à la réduction des comportements à risques de contamination (4, 5, 6). Malgré ces progrès, la prévalence de la sérocontamination par le virus de l'hépatite C (VHC) reste élevée (7). La lutte contre l'hépatite C est devenue un axe majeur de la stratégie mondiale de santé 2016-2021 de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dont une des mesures phares est de réduire de 90% le nombre de nouveaux cas et de 65% le nombre de décès dus à une hépatite virale d'ici 2030 (8). L'arrivée récente sur le marché des antiviraux à actions directes permet d'obtenir une réponse virologique soutenue chez plus de 90% des patients (9). Jusqu'à présent réservé à certains spécialistes, il est possible depuis le 20 mai 2019, à tout médecin de prescrire deux traitements antiviraux à action directe (AAD) (10). Ce nouveau contexte thérapeutique élargit les possibilités d'accompagnement vers le traitement et la guérison de l'hépatite virale C des usagers de substances par voie veineuse ou sniffée (bénéfice individuel), mais aussi d'agir sur le virus et maîtriser l'endémie en réduisant la transmission afin d'aboutir à une possible éradication (bénéfice collectif).

Toutefois, le dépistage du VHC est loin d'être systématiques lors de l'accès aux soins en addictologie (11). L'enquête conduite en 2016 (12) rassemblant 365 rapports de CSAPA en ambulatoire ont été exploités. Pour l'ensemble des CSAPA répondants, le nombre de patients ayant bénéficié d'un dépistage gratuit semble baissé depuis 2013 (moyenne de 71 en 2013 à 65 en 2016). L'enquête ENa-CAARUD (13) conduite en 2015 a rassemblé 3129 questionnaires recueillis auprès d'usagers de substances par voie veineuse fréquentant 143 Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réductions des risques des usagers de drogues (CAARUD) en France. La proportion d'usagers des CAARUD n'ayant jamais pratiqué de dépistage ne décroît plus en 2015 pour le VHC. Cette proportion s'élève de plus de 3 points concernant le VHC, pour atteindre 16,8% (contre 13,3% en 2012). Bien que la très grande majorité des utilisateurs de la voie injectable a été dépistée pour l'hépatite C, on observe une augmentation des usagers affirmant n'avoir jamais été dépistés pour l'hépatite C (8% en 2012 à 11% en 2015).

Afin de permettre le diagnostic des personnes qui ignorent leur séropositivité et de réduire

l'épidémie cachée, le rapport d'expert de l'Agence National de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS) recommande de poursuivre un dépistage large, mais ciblé, mais cette démarche ne suffirait pas à dépister l'ensemble des personnes contaminées (11).

Les patients consultant dans les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) présentent de nombreux facteurs de risques de contamination pour le VIH, VHB et VHC et il avait été proposé que les CSAPA soient des lieux de dépistage (14). Cependant, la majorité des études sur le dépistage sérologique s'appuie uniquement sur des données déclaratives des patients en termes de connaissance de leur statut sérologique (13,15). Il y a un manque de données objectives sur les dépistages sérologique et les facteurs associés aux pratiques de dépistage en milieu clinique. Nous avons voulu faire une enquête d'évaluation de ces pratiques de dépistage et rechercher les caractéristiques associées au dépistage dans un CSAPA. L'originalité de cette étude était de rechercher dans le dossier clinique la présence d'un dosage sérologique.

2. HYPOTHESE et OBJECTIFS :

2.1 Notre question de recherche est la suivante :

Quel est le niveau de repérage du statut sérologique (VIH, VHB, VHC) dans un centre de soins pour les addictions ?

Notre hypothèse est que le repérage n'est pas universel et systématique, mais ciblé sur les personnes à risques.

2.2 Objectifs :

L'objectif principal de ce travail est de rechercher et caractériser les personnes pour lesquels la sérologie VIH, VHB, VHC est biologiquement documenté dans le dossier clinique dans une population débutant une prise en charge dans un CSAPA.

Les objectifs secondaires sont

- Comparer la population dépistée a celle qui n'est pas dépistée.
- Etablir les prévalences VIH hépatite B et C dans notre échantillon.
- Comparer les patients immunisés pour le virus de l'hépatite B à ceux non immunisé.
- Comparer les patients ayant eu une prescription de bilan de sérologique à ceux sans bilan prescrit par les praticiens.

3. METHODE :

3.1 Population :

L'échantillon était composé des patients admis en 2017 au CSAPA de l'hôpital Charles Perrens et inclus dans la cohorte addictaqui (16). Pour être inclus dans cette cohorte, les sujets devaient présenter les critères diagnostiques de troubles de l'usage d'une substance ou d'un comportement selon les critères DSM-5, et être en demande de prise en charge pour ce trouble de l'usage.

Les patients remplissaient un consentement dans le cadre de l'intégration dans la cohorte Addictaqui. Les données étaient anonymisées dès leur récupération afin de préserver la confidentialité.

3.2 Instruments

L'Addiction Severity Index (ASI) est un hétéro-questionnaire servant à évaluer de manière standardisée 6 domaines de la vie du sujet susceptibles d'être affectés par l'addiction : « état médical », « emploi/ressources », « usages d'objets d'addictions », « situation légale, « relations familiales et sociales » et « état psychologiques » (17). La version modifiée de l'ASI (m-ASI) prenant en compte le tabac, les jeux d'argent ainsi que d'autres comportements sources de gratification (alimentation , jeux vidéo, etc.) a été utilisé dans ce projet (18).

Elle permet d'utiliser 6 domaines de la vie du sujet avec un profil de sévérité établi sur une échelle en 9 points par l'interviewer avec un reflet des 30 derniers jours et de la vie entière du sujet. Un score ASI de sévérité supérieur à 4 nécessite une prise en charge addictologique adaptée.

L'ASI génère aussi des scores composites calculés par une formule mathématique à partir des données objectives recueillies et qui prennent en compte uniquement la période actuelle. Ces scores composites sont compris entre 0 et 1, du moins sévère au plus sévère.

Le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) est un hétéro-questionnaire permettant de diagnostiquer les troubles psychiatriques de l'axe I du DSM-IV, dont les addictions aux substances ou comportementaux (jeux d'argent et de hasard) (19). Deux périodes d'évaluations sont explorées : actuelle et passée. Dans ce projet nous avons utilisé une version du MINI adaptée aux changements introduits dans le DSM-5 pour le trouble de l'usage : regroupement des diagnostics d'abus et de dépendance du DSM-IV, ajout du craving (désir irrésistible de consommer) comme critère diagnostique, et suppression du critère des problèmes légaux (20).

Ainsi, le diagnostic d'addiction est posé lorsqu'un patient remplit au moins 2 critères sur les 11 suivants :

- Usage en quantité plus importante ou plus prolongée que prévu
- Perte de contrôle ou échec de diminution/ d'arrêt de l'usage
- Beaucoup de temps est consacré à des activités nécessaires pour obtenir et utiliser l'objet d'addiction ou à récupérer de ses effets
- Craving
- Incapacité de remplir des obligations familiales et ou sociales à cause de l'usage
- Maintien de l'usage malgré les problèmes familiaux et/ou sociaux causés par l'usage
- Réduction des activités familiales et/ou sociales
- Usage dans des situations dangereuses
- Maintien de l'usage malgré les problèmes de santé et/ou psychologiques engendrés
- Tolérance
- Symptômes de sevrage

Risk for AIDS Behaviors (RAB) (version abrégée 09/95). Il s'agit d'un auto-questionnaire sur le comportement à risque pour le Sida. Le patient rapporte s'il le souhaite le questionnaire. La première partie s'intéresse à la pratique de l'injection de drogue (score sur 35) et la deuxième sur les pratiques sexuelles (score sur 22) (21). Plus le score au RAB est élevé, plus le patient a des pratiques à risques de contamination pour le VIH.

3.3 Modalité de recueil de données

3.3.1 Réglementation :

Ce projet porte sur des données déjà collectées dans le cadre de la cohorte Addictaqui et des données collectées dans le cadre de la prise en charge médicale.

De ce fait, il n'est pas nécessaire d'informer l'ANSM (Agence National Sécurité du Médicament) et de soumettre un dossier au CPP (Comité Protection des Personne).

Il y a une obligation d'informer les personnes et recueillir leur consentement dans le cas de recueil de données à caractère personnel et sensibles. Les patients ont déjà remplis un consentement dans le cadre de l'intégration dans la cohorte Addictaqui.

Champs de la loi informatique et liberté

Inscription au registre des activités de traitement informatique.

Utilisation des données médicales :

Les recherches dans les dossiers médicaux ont été soumises au contrôle du directeur de thèse. Les données sont rendues anonymes dès leur récupération afin de préserver la confidentialité.

Chaque patient inclus a un numéro unique d'anonymat délivré par le centre addiction team (SANPSY CNRS USR 3413).

3.3.2 La recherche du statut sérologique dans le dossier médical :

La présence ou non du bilan de dépistage a été recherchée dans le dossier médical de chaque patient via le Logiciel Hôpital Manageur. La recherche s'est concentrée sur les résultats de biologie intra hospitalière, d'analyses sanguines extérieures numérisées dans le dossier et les comptes rendus d'hospitalisation. Les statuts sérologiques rapportés dans l'observation médicale ne pouvant être vérifiés n'ont pas été comptabilisés.

Les résultats ont été rapportés dans un tableau Excel en fonction de leur numéro d'anonymat :

0 : pas de sérologie documentée dans le dossier patient.

1 : présence d'au moins une des sérologies dans le dossier du patient.

Dans une partie « commentaire » du tableau Excel, les différents résultats possibles des sérologies VIH, Hépatite B et C sont notifiés:

VIH : sérologie positive (définie par la présence d'anticorps anti-VIH lors d'un test) ou négative

VHC : sérologie positive (présence d'anticorps anti-VHC) ou négative et virémie positive (ARN du VHC) ou négative

VHB : sérologie positive (présence d'antigène HBs et d'anticorps anti HBc) ou négative ou guérison spontanée (définie par la présence d'Ac anti HBs et Ac anti HBc), immunité post-vaccinale (définie par la présence d'anticorps anti-HBs) absence d'immunité.

3.3.3 La recherche de l'immunité vaccinale Hépatite B chez les patients documentés :

Parmi le groupe de patient dont le statut est documenté, la présence de l'immunisation pour le vaccin de l'hépatite B a été recherchée.

Le patient est considéré immunisé pour l'hépatite B pour un dosage Ac anti Hbs supérieur à 10UI/l. L'absence d'immunité est définie par l'absence de tout anticorps ou antigène ou d'un dosage Ac anti Hbs inférieur à 10UI/l.

La présence ou non d'une immunité vis à vis de l'hépatite B a été relevée dans le tableau Excel :

0= pas immunité

1=immunité hépatite B post vaccinale

3.3.4 La recherche du bilan sérologique prescrit par les praticiens :

La prescription informatique des bilans biologiques par les médecins du CSAPA a pu être relevée dans chaque dossier médical.

Il a été inscrit dans le tableau Excel devant chaque numéro d'anonymat si un bilan a été prescrit ou non par les praticiens :

0 : pas de bilan prescrit

1 : bilan biologique prescrit sans sérologie

2 : sérologie prescrite

3.4 Variables recueillies dans la cohorte Addictaqui :

Parmi les données de l'ASI et du MINI, il a été créé des variables catégorielles pour ainsi mieux comparer les deux groupes.

Variable de l'ASI :

- **Variables sociodémographiques :** âge moyen, sexe (Homme), niveau d'étude (niveau baccalauréat), condition de vie (vivre seul), travail actuel (personnes ayant travaillé au moins un jour dans les trente derniers jours).
- **Scores de composites de l'ASI** pour les 6 domaines.
- **Connaissance du statut sérologique par le patient.**
- **Motif de consultation.**
- **Etat médical :** Maladies chroniques, Hospitalisation (médicales et/ou psychiatriques)
- **Facteurs de risque de contamination :** usage de substances en intraveineuse et/ou par voie nasale, antécédents d'incarcération.

Variabes du MINI :

- **Trouble anxieux actuel** (avoir au moins un de ces troubles anxieux : trouble panique, agoraphobie, phobie sociale, trouble obsessionnel compulsif, état de stress post traumatique, anxiété généralisée).
- **Trouble humeur actuel** (avoir au moins un de ces troubles de l'humeur : épisode dépressif majeur, dysthymie, épisodes maniaque et hypomaniaque).
- **Trouble psychotique actuel.**
- Les patients ayant une dépendance DSM-5 lors du passage du MINI ont été rassemblés pour les substances ((héroïne ; méthadone ; buprénorphine ; autres opiacés ; benzodiazépines ; amphétamines ; inhalants ; hallucinogènes) dont la voie de consommation peut-être à risque de contamination VIH, VHB et VHC.

Variabes du RAB :

- Score moyen RAB.

Description partie « Injection »: au cours des six derniers mois

- Consommation de drogue par voie intraveineuse.

- Utilisation de matériel pour l'injection après quelqu'un sans le nettoyer.
- Partage de seringue avec quelqu'un de séropositif SIDA.

Description partie « Pratique sexuelle » : au cours des six derniers mois

- Orientation sexuelle.
- Utilisation des préservatifs au cours des relations sexuelles.
- Pratiques sexuelles avec quelqu'un de séropositif pour le SIDA.
- Pratique à risque sexuel pour le VIH.

3.5 Stratégie d'analyse

Une analyse descriptive de notre échantillon a été réalisée selon la connaissance du statut sérologique biologique. Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne (m), et l'écart-type (ET) et les variables qualitatives par la fréquence (%).

Il a pu être établi la prévalence de la maladie VIH et des hépatite B et C. C'est à dire le nombre de cas de maladie rapporté à la population à un temps donné.

Dans un premier temps, les populations ont été comparées selon le renseignement de leur statut sérologique. Deux groupes ont été constitués, le premier dit « groupe 1 » correspondant au non renseignement du statut sérologique dans le dossier médical. Le deuxième dit « groupe 2 » correspondant au renseignement d'au moins une sérologie. Les deux groupes ont été comparés selon les différentes variables de l'ASI, du MINI et du RAB énumérés ci dessus. La comparaison des patients pourra être effectuée seulement si le nombre de sujet dans chaque groupe est suffisant.

Parmi les données sérologiques recueillies, il a pu être établi le taux de patients ayant une immunité vaccinale hépatite B. Dans un second temps, les patients ayant une immunité vaccinale versus ceux ayant une absence d'immunité vis-à-vis du virus de l'hépatite B ont été comparés selon ces variables :

- **Variables sociodémographiques**
- **Etat médical**
- **Les facteurs à risque de contamination**
- **Antécédents d'incarcération**
- **Comorbidités psychiatriques (Troubles anxieux et de l'humeur actuels)**

Parmi le groupe 1, le taux de sérologie prescrite par les praticiens du CSAPA a pu être établis. Les patients dont les sérologies ont été prescrites par les praticiens du CSAPA ont été comparés à ceux qui n'avaient pas de sérologie prescrite.

Nous avons comparé les deux groupes avec les variables suivantes :

- **Variables sociodémographiques**
- **Etat médical**
- **Les facteurs à risque de contamination**
- **Antécédents d'incarcération**
- **Comorbidités psychiatriques (Troubles anxieux et de l'humeur actuels)**

Les variables continues ont été analysées à l'aide d'un logiciel de statistiques JMP® 13.0 (SAS Institute Inc., Cary, North Carolina) en comparant les 2 groupes par le test Student et

les variables catégorielles par le test du Khi 2 (ou le test non paramétrique de Fisher si le nombre de sujets était insuffisant).

4. RESULTATS :

4.1 Description de l'échantillon à l'inclusion :

Deux cent treize patients pris en charge au pôle addictologie de l'hôpital Charles Perrens en 2017 ont répondu aux critères d'inclusion de l'étude. Les sujets étaient, lors de leur début de prise en charge, âgés en moyenne de 39,7 ans (ET=12,4) et étaient majoritairement des hommes (66,7%). La médiane de l'âge est de 39 ans.

Concernant les indicateurs sociodémographiques, 54% des patients (n=114) avaient un travail actuel au moment de leur début de prise en charge. 66,7% (n=142) avaient le niveau baccalauréat et 31,1% (n=66) vivaient seuls au moment de l'entretien ASI.

Les proportions des différents motifs de prise à charge à l'inclusion des patients sont décrits dans la figure 1.

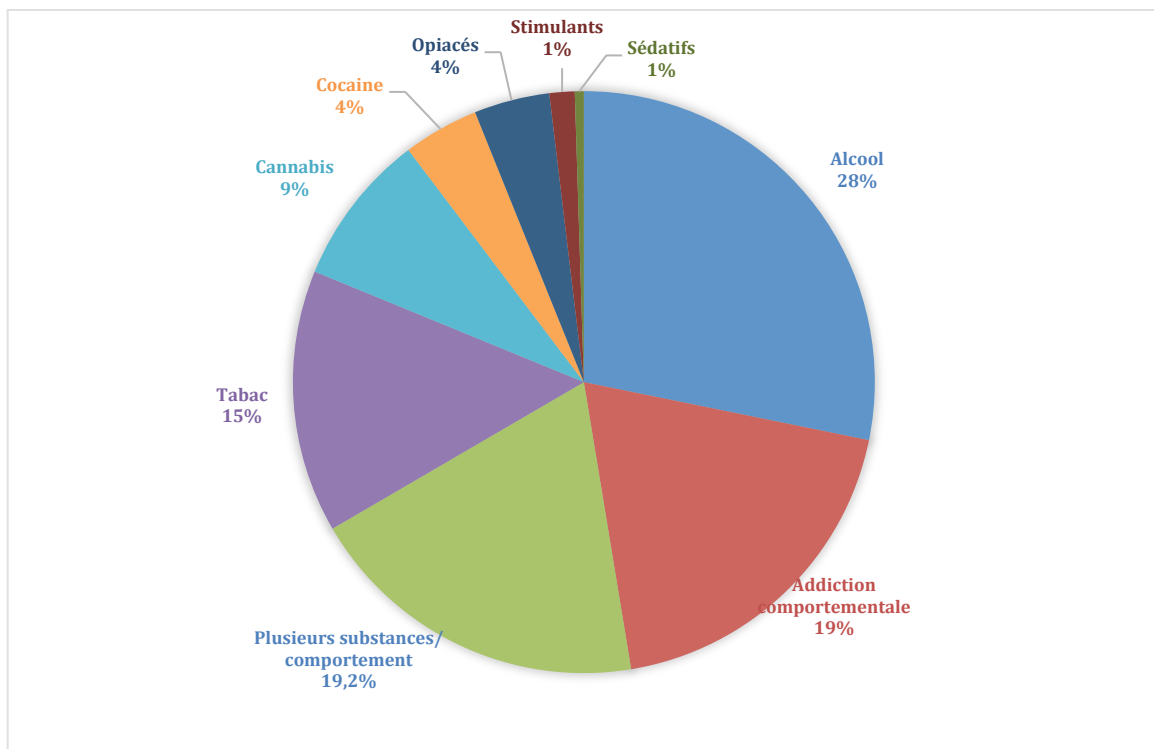


Figure 1 : Motifs principaux de prise en charge à l'inclusion

Sur le plan psychiatrique, 39,2% des patients (n=83) ont été diagnostiqués pour un trouble anxieux actuel et 32,3% des patients (n=69) pour un trouble de l'humeur actuel.

Au niveau des facteurs de risque de contamination VIH, VHC et VHB, 8,0% de la population avaient un antécédent carcéral (n=17) et 29,3 % un comportement sexuel à risque (90 données manquantes). 6 patients soit 2,8% sont des usagers de drogues intraveineuses et 42 patients (19,8%) des usagers substance par voie intra-nasale. Au total, les patients à risque réel et actuel sont au nombre de 85 soit 59,9% (71 données manquantes).

4.2 Statut sérologique biologique :

Parmi les 213 dossiers examinés, la documentation biologique de la sérologie a été retrouvée dans 58 dossiers (27,2%). Une information sur la sérologie, rapportée par le patient, a été retrouvée dans 170 (81,1%) dossiers. Parmi les 58 dossiers ayant une sérologie biologique documentée, 20% (n=12) des sujets dépistés déclaraient ne pas connaître leur statut sérologique

4.2.1 Virus hépatite C positif :

Deux patients avaient une hépatite C guérie (ARN VHC négatif) au moment du recueil, dont un a été traité par antiviraux à actions directes en 2017. Il n'y avait pas d'information supplémentaire pour le deuxième cas. Un patient avait des anticorps anti VHC positif sans dosage ARN VHC vu dans le dossier médical. Parmi les patients dont le statut est documenté, la séroprévalence des anticorps anti VHC est de 5,2%.

Concernant les facteurs de risque de contamination, un patient a une consommation de substance par voie injectable et deux patients ont des pratiques sexuelles à risque au cours des six derniers mois.

4.2.2 Virus Hépatite B positif :

Au total, une personne parmi les 58 patients dépistés pour le VHB avait hépatite B guérie, soit une prévalence de 1,7%. 26 personnes présentaient une immunité post vaccinale, et 32 étaient non immunisés (vierge de tout contact ou vaccination illisible).

Le patient a comme facteurs de risque un antécédents d'incarcération.

4.2.3 Virus Immunodéficience Humaine positif :

Au total, trois personnes parmi les 58 patients dont le statut est documenté étaient séropositives pour cette infection soit une prévalence de 5,2%. La charge virale est indétectable pour les trois patients.

Concernant les facteurs de risques de contamination, tous les patients positifs pour le VIH ont un usage de substance par voie intra nasale. Un patient a une consommation par voie injectable. Deux patients ont des pratiques sexuelles à risque.

Concernant les résultats sérologiques, trois patients étaient atteints du virus de l'hépatite C et du VIH. Ces données étaient similaires au recueil de l'ASI. Il a été retrouvé une hépatite B chronique guérie parmi l'échantillon.

4.3 Comparaison des caractéristiques selon la documentation du statut sérologique :

La comparaison des caractéristiques des patients selon la sérologie biologiquement documentée ou non est présentée dans le Tableau 1. Les patients, qui avaient des sérologies biologiquement documentées, avaient moins souvent un travail (p=0,03) et étaient moins nombreux à avoir le niveau baccalauréat (p=0,002) que ceux pour qui la sérologie n'était pas biologiquement documentée. Les scores composites étaient significativement plus sévères pour les sections substances (p=0,0019), emploi/ressources (p=0,0042), et psychologiques (p=0,024), pour les patients ayant une sérologie biologiquement documentée par rapport à ceux sans sérologie biologiquement documentée. Il y avait significativement plus d'usagers ayant consommé principalement par voie injectable au cours de leur vie chez les patients ayant une sérologie

biologiquement documentée par rapport à ceux sans sérologie biologiquement documentée ($p=0,049$). Les patients dont les sérologies étaient biologiquement documentées avaient plus de troubles anxieux ($p=0,027$) et de l'humeur actuelle ($p=0,0086$) que ceux pour qui la sérologie n'était pas biologiquement documentée. Il n'y avait significativement pas plus d'usager de substance par voie nasale, ou d'antécédent d'incarcération chez les patients ayant une sérologie biologiquement documentée par rapport à ceux sans sérologie biologiquement documentée. ($p=0,09$ et $p=0,78$).

Tableau1: Comparaison des caractéristiques individuelles selon la documentation du statut sérologique

Variabes	Sérologie documentée (n=58)	Sérologie non documentée (n=155)	P value
Données sociodémographiques			
	% (n)	% (n)	
Age	m=40,2 (ET=12,4)	m=39,6 (ET=12,4)	0,75
Sexe (homme)	72,4 (42)	64,5 (100)	0,33
Etude (niveau bac)	55,2 (32)	71 (110)	0,03
Condition de vie (seul)	34,5 (20)	29,9 (46)	0,52
Travail actuel (30 derniers jours)	36,2 (21)	60,8 (93)	0,002
Score composites ASI			
	Moyenne (ET)	Moyenne (ET)	
Etat médical	0,30 (0,04)	0,27 (0,03)	0,52
Emploi/ressources	0,61 (0,04)	0,48 (0,02)	0,0042
Alcool	0,37 (0,04)	0,29 (0,02)	0,082
Substances	0,16 (0,016)	0,097 (0,01)	0,0019
Tabac	0,41 (0,044)	0,41 (0,027)	0,90
Jeu	0,042 (0,022)	0,065 (0,013)	0,37
Situation légale	0,022 (0,014)	0,036 (0,0085)	0,40
Relation familial social	0,19 (0,031)	0,18 (0,019)	0,72
Etat psychologique	0,38 (0,033)	0,29 (0,02)	0,024
Etat médical			
	% (n)	% (n)	
Hospitalisation (psychiatrique et médical)	89,1 (49)	87,0 (134)	0,70
Maladie chronique	46,6 (31)	46,5 (72)	0,99
Facteurs de risque de contamination			
	% (n)	% (n)	
Consommation par voie IN	27,8 (16)	16,9 (26)	0,090
Consommation par voie IV	6,9 (4)	1,3 (2)	0,049
Antécédents d'incarcération	8,6 (5)	7,8 (12)	0,78
Comorbidités psychiatriques			
	% (n)	% (n)	
Trouble anxieux actuel	51,7 (30)	34,4 (53)	0,027
Trouble humeur actuel	46,6 (27)	27,1 (42)	0,0086
Troubles psychotiques actuels	6,9 (4)	3,9 (6)	0,47
Dépendance DSM-5 à substances à risque au niveau consommation	32,8 (19)	20,7 (32)	0,073

4.4 Comparaison des données du RAB selon la documentation du statut sérologique:

Parmi l'échantillon, 123 personnes ont répondu au questionnaire RAB. La partie « injection » du questionnaire n'a pas été remplie.

Au niveau des pratiques sexuelles, On remarque que 29,3% des patients ont des pratiques à risque, 61% n'ont pas utilisé de préservatifs au cours des six derniers mois (90 données manquantes).

Nous ne retrouvons pas de différences significatives entre les deux groupes au score RAB et sur les pratiques sexuelles à risque (Tableau 2).

Tableau 2 : Comparaison des données du RAB selon la documentation du statut sérologique

Variables	Sérologie documentée % (n)	Sérologie non documentée % (n)	P value
Score total RAB	m=3,7 (ET=0,46)	m=3,5 (ET=0,30)	0,75
Homosexuel- bisexuel	16,7 (6)	11,5 (10)	0,43
Relation avec séropositif	5,6 (2)	0,0 (0)	0,084
Utilisation d'un préservatif	38,9 (14)	39,1 (34)	0,98
Pratique à risque sexuelle	38,2 (13)	31,1 (23)	0,51

4.5 Comparaison des caractéristiques selon le statut d'immunisation vis-à-vis du virus de l'hépatite B :

Parmi les 57 patients dont la sérologie hépatite B était connue (155 données manquantes), la moitié (44,8%) étaient vaccinée avec une immunité acquise.

Nous ne retrouvons aucune différence significative entre les deux groupes (Tableau 3).

Tableau 3 : Comparaison des caractéristiques individuelles selon l'immunisation vis-à-vis du virus de l'hépatite B.

Variables	Immunisé (n=26) % (n)	Non immunisé (n=32) % (n)	P value
Données Sociodémographiques			
Age	m=39,5 (ET=2,5)	m=40,8 (ET=2,2)	0,69
Sexe (homme)	69,2 (18)	75,0 (24)	0,62
Etude (niveau bac)	57,7 (15)	53,1 (17)	0,73
Condition de vie (seul)	30,8 (8)	37,5 (12)	0,78
Travail actuel (30 derniers jours)	34,6 (9)	37,5 (12)	0,82
Etat Médical			
Hospitalisation	92,0 (23)	86,7 (26)	0,53
Maladie chronique	38,5 (10)	53,1 (17)	0,27
Facteurs de risque de contamination			
Consommation par voie IV	7,7 (2)	6,3 (2)	1,0
Consommation par voie IN	30,8 (8)	25,0 (8)	0,76
Antécédents d'incarcération	7,7 (2)	9,4 (3)	0,82
Comorbidités psychiatriques			
Trouble anxieux actuel	50,0 (13)	53,1 (17)	0,81
Trouble humeur actuel	46,2 (12)	46,9 (15)	0,96

4.6 Comparaison des caractéristiques selon la prescription d'un bilan sérologique prescrit :

Parmi les 155 patients (58 données manquantes), nous retrouvons un peu moins d'un quart (21, 3%) de bilans biologiques prescrits (n=33) dans le dossier informatisé du patient. Les sérologies VIH VHB et VHC ont été prescrites dans 6,5% (n=10) des cas.

Les patients qui ont une prescription de bilan sérologique avaient plus d'antécédents d'incarcération (Tableau 4).

Tableau 4 : Comparaison des caractéristiques individuelles selon la présence ou non d'une prescription d'un bilan sérologique.

Variables	Sérologie prescrite (n=10) % (n)	Pas prescrite (n=145) % (n)	P value
Données Sociodémographique			
Age	m=36,4(ET=3,9)	m=39,8 (ET=1,0)	0,40
Sexe (homme)	80,0 (8)	63,45 (92)	0,29
Etude (niveau bac)	70,0 (7)	71,0 (103)	0,94
Condition de vie (seul)	50,0 (5)	28,5 (41)	0,15
Travail actuel (30 derniers jours)	70,0 (7)	60,1 (86)	0,74
Etat Médical			
Hospitalisation	100,0 (10)	86,1 (124)	0,36
Maladie chronique	60,0 (6)	45,5 (66)	0,52
Facteur de risque de contamination			
Consommation par voie IN	30,0 (3)	16,0 (23)	0,37
Consommation par voie IV	10,0 (1)	0,7 (1)	0,13
Antécédents d'incarcération	30,0 (3)	6,25% (9)	0,032
Comorbidité psychiatrique			
Trouble anxieux actuel	20,0 (2)	35,4 (51)	0,50
Trouble humeur actuel	20,0 (2)	27,6 (40)	0,73

5. DISCUSSION

L'objectif de cette étude était de rechercher quelle était la qualité et les caractéristique associées à la documentation des sérologies VIH, VHB et VHC dans le dossier clinique de personnes débutant une prise en charge dans un CSAPA. La majorité des études de dépistage sérologique s'appuie sur des données déclaratives des patients (13), ce qui fait l'originalité de cette étude.

5.1 Les principaux résultats :

Deux cent treize patients ont été inclus, 27,2% (n=58) avaient une sérologie biologique rapportée dans leur dossier clinique. 81% des patients (n=170) déclaraient connaître leur statut sérologique. Pour les patients dont le dépistage était documenté biologiquement, il était ciblé chez les patients ayant un niveau de précarité plus élevé, une consommation de

substances par injection, et une comorbidité psychiatrique. Il n'y avait pas de différence significative des résultats en terme de renseignement biologique du dépistage chez les patients ayant des pratiques sexuelles à risques, une consommation de substances par voie intra nasale et un antécédent d'incarcération.

Enfin la couverture vaccinale de l'hépatite B n'est pas optimale, avec 44,8% des patients non immunisés parmi les patients dépistés.

5.2 Discussion sur la méthode :

5.2.1 La sélection des patients :

L'étude descriptive rétrospective que nous avons réalisée nous a permis d'avoir une connaissance précise des composantes sociodémographiques suivie au CSAPA de l'hôpital Charles Perrens.

Selon le protocole, l'échantillon correspond à tous les patients ayant consulté pour la première fois en 2017. Les patients inclus correspondaient à un échantillon aléatoire, supposé représentatif d'un CSAPA. Selon les données recueillies par L'OFDT (12), notre échantillon est assez comparable. En 2016, près de quatre patients sur cinq accueillis dans les CSAPA sont de sexe masculin. 77% des usagers sont considérés comme disposant d'un logement stable. L'alcool apparaît aussi comme le produit posant le plus de problème. La file active globale des CSAPA augmente principalement lié à l'augmentation du nombre de personnes prises en charge pour le cannabis et une addiction sans substance.

La période a été choisie arbitrairement, ce qui peut être discuté, mais l'objectif était que les patients aient au moins 6 mois de suivi au moment du recueil de données. Toutefois, nous n'avons pas anticipé les faibles effectifs, qui sont apparus au cours de l'analyse des données et qui limitent les possibles comparaisons.

5.2.2 Le recueil de donnée :

Le recueil des données s'est fait à partir du dossier médical. Cela implique que les courriers d'hospitalisation ainsi que les bilans biologiques des patients soient inclus dans le dossier médical. Les données sont donc dépendantes de l'organisation du service au niveau de l'incorporation des données biologiques. Nous ne pouvons pas exclure que certaines données biologiques aient été omises dans le dossier médical. Ce dernier est le seul et unique outil informatique des professionnels de santé. L'ensemble des pièces du dossier du patient est informatisé. Le biais d'information n'est donc pas applicable.

5.2.3 Les variables explorées :

Concernant les facteurs de risque, l'origine géographique (migrants) n'a pas été prise en compte dans notre étude car elle est non explorée au cours de l'ASI. La question sur le pays de naissance permet d'aborder les problématiques des patients migrants.

Des études menées par l'institut de veille sanitaire (InVS) sur un échantillon de personnes consultant pour un bilan de santé de l'assurance maladie en 2003-2004 ont permis d'estimer la prévalence des trois virus en fonction du pays de naissance. Les taux de prévalence pour le VIH, VHB et du VHC sont plus élevés chez les personnes nées en Afrique subsaharienne et du moyen orient que les personnes nées en France métropolitaine (22).

L'origine du pays de forte endémie est donc un facteur de risque de contamination majeur en France.

Les pratiques en terme de dépistage ont été étudiées au CASO de Saint Denis à Paris (23). Parmi les consultants, 46,6% ont déclaré avoir déjà eu au moins un dépistage sérologique dans leur vie (VIH, VHB, VHC, syphilis). Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne déclaraient plus que les autres connaître leur statut sérologique vis à vis du VIH (49,4% vs 39,5% ; $p=0,0001$). Les femmes déclaraient d'avantage connaître leur statut sérologique vis-à-vis du VIH que les hommes (51,5% vs 35,7% ; $p=0,0001$). La différence entre les hommes et les femmes étaient observées sur la connaissance du statut sérologique. Ce qui peut-être lié au meilleur accès au dépistage des femmes lors de leurs grossesses.

Les personnes fréquentant le CASO de Monde de Saint-Denis étaient très souvent originaires de régions de forte endémie des maladies infectieuses comme le VIH, les hépatites ou la syphilis. L'origine géographique semble jouer un rôle dans la probabilité de se voir proposer ou non un dépistage VIH et des hépatites par les professionnels de santé rencontrés au cours de la vie et donc de connaître son statut sérologique.

Tout porte à croire que les populations migratrices africaines sont plus sujettes à avoir accès au dépistage. Au cours de notre étude il aurait été intéressant d'utiliser comme variable de comparaison l'origine géographique afin de vérifier cette hypothèse dans notre échantillon.

5.3 Discussion sur les résultats :

5.3.1 Statut sérologique documenté :

Les centres de soins, d'accompagnements étude prévention en addictologie (CSAPA) contribuent au dépistage des usagers de drogues qu'ils reçoivent et favorise l'accès aux soins, mais leurs plateaux techniques sont souvent faibles voire inexistantes. En 2012, une enquête réalisée par SOS hépatites dans 136 CSAPA témoignait d'un dépistage encore insuffisant des hépatites. Seulement 57% des centres proposaient un dépistage systématique du VHC et 45% des centres ne disposaient pas de Test Rapide à Orientation Diagnostique (TROD) (15).

5.3.2 Prévalence hépatite C :

La prévalence hépatite C est de 5,2% parmi les patients dépistés et nettement inférieur aux données de la littérature. Il est difficile de faire une estimation de la prévalence du VHC dans notre population étudiée, étant donné le faible effectif recruté

L'enquête transversale ANRS-coquelicot (24) menée en 2011 auprès de 1537 usagers de drogues, a permis d'estimer la séroprévalence du VHC à 44% sur l'ensemble de la population des usagers de drogues. La prévalence des Anticorps anti-VHC était de 64% chez les usagers qui avaient pratiqué une injection au moins une fois dans leur vie versus 5% chez les non injecteurs. La faible positivité du VHC est liée à une moindre exposition au facteur de risque d'injection intraveineuse dans notre échantillon. Le critère inclusion de l'étude coquelicot était uniquement les patients ayant injectée ou sniffée au moins une fois dans leur vie. Les patients inclus dans notre échantillon peuvent donc être difficilement comparés à l'étude coquelicot

Les données de l'OFDT recueillies à partir des fiches RECAP (25) estimaient elles des séroprévalence inférieures à celle de l'enquête ANRS-Coquelicot. La population de cette étude est semblable à notre échantillon. Il retrouve une prévalence Ac anti-VHC à 16,1%. La séroprévalence est dans ce cas estimée à partir des déclarations des usagers de substances. Elle est probablement sous évaluée.

5.3.3 Prévalence hépatite B :

Nous retrouvons une prévalence 1,7% de l'antigène Hbs sur la totalité de notre échantillon. Ce qui est comparable aux données de la littérature. Dans l'enquête Invs de 2004, la prévalence de l'AgHBs était estimé à 1,9% chez les usagers de substances (IC 95% : 0,2-15,6) (22).

5.3.4 Prévalence VIH :

La séroprévalence du VIH retrouvé dans la littérature est de 3,2% (25). Ce qui est assez proche de la séroprévalence de notre étude.

Il est repéré dans l'étude coquelicot (24) que la séroprévalence VIH augmente avec l'âge de l'échantillon. Dans notre échantillon la moyenne âge est de 39,7 ans (ET=12,4) avec une médiane égal à 39 ans. La prévalence VIH n'est donc pas sous estimé pour le VIH.

5.3.5 Les Facteurs influençant le dépistage biologique :

Usage substances par voie injectable :

Nous avons mis en évidence un lien statistiquement significatif entre une sérologie biologiquement documentée et l'usage de la voie injectable ($p=0,049$). Une étude évaluant l'évolution du statut sérologique du VIH et VHC entre 1994 et 2002 a permis de mettre en évidence une diminution de la prévalence du VHC ($Z=4,9$ $p<0,0001$) chez les usagers de substances par voie injectable grâce à l'impact des politiques de réduction des risques (3, 5). La diminution du partage de seringues et d'accessoires coïncide avec une politique d'accentuation de leur disponibilité (5). Même si les risques liés aux usages de substances ne sont pas limités à l'utilisation de la voie injectable, il n'en reste pas moins que ce mode d'administration augmente très sensiblement les risques pris pour la santé, notamment en matière de maladies infectieuses. Ce mode d'administration est aujourd'hui en régression. L'étude de Christophe Palle menée sur des patients accueillis en CSAPA montre que bien que la proportion des usagers de drogues par voie injectable actifs a tendance à diminuer, elle reste estimée à 15,1% (12), ce qui est encore largement supérieur à nos résultats (2,8% d'injecteurs). Dans notre échantillon, le taux d'injecteurs a pu être sous-estimé car au moment du passage de l'ASI, l'interviewer prend en compte la voie d'administration la plus utilisée. La tendance globale à la baisse du pourcentage d'injecteurs est liée aussi probablement à l'augmentation récente de la proportion de personnes prises en charge pour une addiction comportementale dans le public des CSAPA (12). Dans notre étude, la totalité des usagers par voie injectable affirment connaître leur statut sérologique. Nos résultats mettent en valeur que le dépistage ciblé sur les usagers de substances utilisant la voie injectable est bien réalisé. Cette donnée est à prendre avec beaucoup de précaution au vu du faible effectif ($n=6$) et de la connaissance uniquement de la voie d'administration la plus utilisée.

La précarité

Parmi nos résultats, les patients dont le statut sérologique était biologiquement renseigné étaient plus fréquemment précaires ($p=0,0042$, $p=0,03$ et $p=0,002$).

Or, on observe des disparités de consommation de soins entre les groupes sociaux à état de santé donné. L'analyse d'Or et al en 2009 (26) révèle clairement que les européens de plus de 50 ans possédant plus de revenus consomment plus de soins (visite chez le généraliste et le spécialiste, vaccination, dépistage), à état de santé donné. Pour la France, les données de l'enquête sur la santé et la protection sociale de 2008 de l'Irdes (Institut de recherche et de documentation en économie de santé) sont utilisées et un indice de concentration est calculé pour mesurer le degré d'iniquité dans le recours aux médecins et aux dépistages. La France se place dans une position singulière avec le niveau d'iniquité le plus élevé. Ainsi, à besoin de santé identique, la France se caractérise par un accès privilégié aux médecins spécialistes pour les personnes ayant un statut socio-économique supérieur (27).

Les conditions socio économiques des patients ont fait l'objet de plusieurs études qui démontrent une corrélation entre précarité et les maladies infectieuses (28). Au niveau international, les prévalences de certaines maladies sont plus élevées dans cette population : 6 à 35% VIH, 17 à 30% VHB et 12 à 30% VHC (29,30). Ces prévalences témoignent probablement de la fréquence de consommation de drogues injectables et d'adoption de comportements sexuels à risques parmi les personnes en situation de précarité.

Cette population est difficile à mobiliser en dehors des structures qu'elle a l'habitude de fréquenter. Il est intéressant de mettre en évidence qu'il est finalement peu difficile à cette population de se rendre dans un lieu de soin pour s'insérer dans une démarche de prévention. Toutefois cette association ne doit pas faire supposer que des conditions sociales dégradées sont la cause d'une contamination, mais plutôt un indicateur de conditions favorisant la contamination. Le dépistage ciblé sur ces populations et l'accès aux traitements apparaît comme un moyen efficace pour minimiser l'association entre précarité et maladies infectieuses transmissibles.

Trouble psychiatrique :

Notre étude a mis en évidence que les patients dont le statut sérologique était biologiquement renseigné étaient plus souvent atteints d'une comorbidité psychiatrique. Il existe une forte association entre dépendance aux substances et troubles de l'humeur ou anxiété généralisée (31,32). Classiquement, ces troubles sont soit préexistants à l'usage de drogue, ou au contraire générés par les consommations. Les différentes études trouvent parmi les usagers de drogues, un taux de 40 à 60% de patients présentant une comorbidité psychiatrique (33,34). Cette donnée est comparable à notre étude.

La maladie mentale est un facteur aggravant reconnu des risques déjà existants dans tous les secteurs du comportement (sexuel, consommation de drogues ou d'alcool). De nombreux travaux ont évalué les risques infectieux chez les patients atteints de pathologies psychiatriques. Les prévalences du VIH et du VHC sont également plus importantes dans les populations de patients présentant des troubles psychiatriques sévères qu'en population générale, en raison d'antécédents addictologiques et de pratiques sexuelles à risque plus fréquents (35). Par ailleurs, malgré le lien significatif entre maladie mentale et le VIH, le dépistage du VIH n'est pas une pratique courante dans le milieu psychiatrique ainsi que la

sensibilisation au dépistage systématique. Plusieurs études indiquent un taux de dépistage encore faible dans la population psychiatrique entre 17 et 47% (36,37).

Ceci amène à considérer les patients intégrant une structure de soins d'addictologie comme une population à risque d'infection virale indépendamment du trouble de l'usage motivant l'admission. Ceci impliquerait que le repérage d'une comorbidité psychiatrique lors de l'admission d'un patient pour une addiction soit pris en compte comme facteur de risque pour le VHC, indépendamment de l'utilisation de la voie injectable ou nasale.

5.3.6 Facteurs n'influençant pas le dépistage sérologique biologique

L'usage par voie nasale :

Dans notre étude, la documentation biologique de la sérologie n'était pas associée à l'usage par voie nasale. La grande majorité des patients (n=26) ayant un usage de substance par voie intra nasale n'ont pas eu de dépistage. Une étude portant sur 182 usagers de drogues non injectables (prévalence VHC de 12,6%) a montré que l'un des facteurs de risque principal était le partage de « inhalation tube of crack cocaïne » avec OR de 3,6 (25). Il paraît essentiel, au vu des prévalences élevées parmi les consommateurs de crack non injecteur, d'adapter la réduction des risques en mettant de nouveaux outils et de promouvoir le dépistage dans cette population. L'utilisation de la voie nasale pourrait être impliquée dans la transmission du VIH, VHB et du VHC et générerait ainsi un vaste réservoir de sujets infectés. Cependant, dans cette catégorie, 83% (n= 35) des patients déclaraient connaître leur statut sérologique au moment de leur admission.

Les pratiques sexuelles à risque :

Dans notre étude, 29,3% déclarent avoir eu au cours des six derniers au moins une relation sexuelle à risque et 61% n'ont pas utilisé de préservatif de façon systématique. Cette dernière donnée est critiquable car on a des patients en couple qui n'ont pas forcément de pratique à risque.

On repère dans notre étude, une proportion assez conséquente, d'usagers de substances ayant des rapports sexuels à risque. On sait que dans la littérature internationale, ces deux notions sont liées. La pratique sexuelle sous l'intoxication aux substances psychoactives (SPA) incite à l'adoption de comportements sexuels à risque d'infection sexuellement transmissible (IST), car ces derniers peuvent affecter le jugement, diminuer les inhibitions et même conduire à une perte de mémoire momentanée (38). Les conduites sexuelles non sécuritaires sont associées à la présence de plusieurs partenaires sexuels, parfois inconnus, à l'augmentation de la fréquence des activités sexuelles à l'omission du préservatif, à l'échange de matériel de consommation et aux agressions sexuelles (38). Autant d'hommes que de femmes expriment avoir des comportements sexuels moins sécuritaires lorsqu'ils sont intoxiqués à l'alcool (39). De plus la consommation de substances diminue l'efficacité du système immunitaire, ce qui fragilise la personne à contracter plus facilement des IST (38).

Le dépistage du VIH, du VHB et du VHC ne doit pas faire oublier les autres infections. Le nombre de cas d'infections à chlamydiae et à gonocoques est en constante augmentation depuis le début des années 2000, en particulier chez les jeunes de moins de 25 ans qui ont des partenaires sexuels multiples (40). Ces infections peuvent être recherchées sur un auto-prélèvement vaginal ou urinaire à l'aide d'un kit donnée par le médecin à l'issue de la

consultation. Une étude a montré que la mise à disposition de kits d'auto-prélèvement chez des médecins généralistes a augmenté leur activité de dépistage de chlamydiae. (41) L'hépatite B, à la différence de l'hépatite C, se transmet par voie sexuelle. Le fait de savoir qu'un patient a des partenaires sexuels multiples permet au médecin de le vacciner contre l'hépatite B s'il n'est pas déjà immunisé, conformément aux recommandations du calendrier vaccinal (42).

L'utilisation du questionnaire RAB auprès du patient permet à mon sens d'évoquer la vie sexuelle des patients. Il s'agit d'avoir une plus grande préoccupation vis à vis de la sexualité dans les interventions réalisées auprès des patients ayant des troubles usages aux substances.

5.3.7 La Méconnaissance des patients sur leur statut sérologique :

Dans l'ASI, 81,1% des patients déclarent connaître son statut sérologique. Ce taux surement surestimé selon les données de la littérature. Il existe un réel problème de connaissance de ces patients potentiellement à risque. Plusieurs études ont montré que les patients connaissaient mal leur statut vis à vis du VIH, VHB et VHC.

L'étude réalisé en 2005 (43) au Luxembourg chez des patients usagers de drogues avait retrouvé ces résultats : lorsqu'un patient se déclarait malade (VHB positif), il ne l'était réellement que dans 87,5% des cas. De même parmi les patients se déclarant séronégatifs pour l'hépatite B, 20,5 % étaient en réalité positifs. De même pour l'hépatite C, il est préoccupant de constater que 66,7% des répondants qui déclarent être dépourvu d'infection VHC sont en fait infectés. L'utilisation de l'auto-déclaration sous estime très fortement la prévalence de l'hépatite C.

L'enquête profil addictologie 2013 (44) en Lorraine a mis en valeur ce problème. Parmi l'effectif total, 458 patients ne connaissent pas leur sérologie VIH (67,5%). Et 10,3 % des patients n'ont jamais fait de test VIH (23,3% des patients de plus de 45 ans et 17,1% des patients peu ou pas précaires n'ont jamais fait de test VIH). Parmi l'effectif total, 27,8% des patients ne connaissent pas leur sérologie VHC. 10,6% n'ont jamais fait de test VHC (20,7% des patients de plus de 45 ans et 16,7% des patients peu ou pas précaires n'ont jamais fait de test VHC. Parmi l'effectif total, 30,3% des patients ne connaissent par leur sérologie VHB. 39,3 % des patients ont été vaccinés pour le VHB. A noter que la moitié des patients de moins de 35 ans ont fait le vaccin VHB (51,7%) contre seulement 19,7 des patients de plus de 45 ans. Par ailleurs, la moitié très précaires (51,8% d'entre eux) ont fait le vaccin VHB alors que seulement un tiers des patients peu ou pas précaires (35% d'entre eux) l'ont fait.

5.3.8 Immunisation du virus de l'hépatite B :

Nous retrouvons une couverture vaccinale efficace assez faible (44,8%) dans notre échantillon, ce qui est comparable aux données de la littérature dans cette population, où elle varie de 25% à 45% (45,46). Cela confirme l'importance d'une stratégie de vaccination auprès de cette population, afin d'atteindre l'objectif visé dans le plan hépatites 2009-2012 d'une couverture vaccinale pour le VHB de 80% chez les sujets pris en charge dans les CSAPA (47).

La vaccination contre l'hépatite B semble bien acceptée par les patients ce qui est mentionné dans plusieurs enquêtes. Dans l'étude de Rioux et al (48), 66% des consultants déclaraient être favorables à une proposition de vaccination alors que 8% la considéraient dangereuse.

Des difficultés techniques rendent complexe la systématisation de la vaccination dans les CSAPA et expliquent aussi vraisemblablement le fait que certains médecins des CSAPA transfèrent la responsabilité de cette vaccination vers les médecins traitants. La première de ces difficultés concerne la nécessité d'effectuer trois injections à intervalles de temps et la logistique que cela implique.

La vaccination antivirale B doit être promue et proposée de façon systématique chez les usagers de substances. La réalisation des injections vaccinales dans le même lieu de prise en charge du trouble de l'usage et du traitement de substitution semble permettre une vaccination efficace selon certains auteurs (49). C'est l'une des missions fixées aux CSAPA.

5.3.9 La prescription du bilan sérologique :

Il existe différents lieux de passage des usagers de substances qui pourraient être des lieux de dépistage potentiels : CSAPA, CAARUD, USCA (Unité de soins complexes en addictologie), PASS (Permanence d'Accès Aux Soins-Urgences) SAU (Service d'Accueil des Urgences), service médecin interne et maladie infectieuse.

Moussalli et al en 2007 (50) relatent la situation dans 162 structures CSAPA avec en moyenne 79 patients par centre. Le dépistage de l'hépatite C a été proposé dans 71 % de ces centres et a été refusé par 25% des sujets. Deux patients sur trois font tout ou une partie du bilan prescrit. La différence avec nos résultats provient du fait que certains praticiens du CSAPA n'utilisent pas la partie informatisée du dossier médical. Les bilans biologiques prescrits en format ordonnance papier n'ont pas pu être comptabilisés.

Plusieurs auteurs soulignent que le dépistage devrait être proposé à tous les usagers de drogues quelles que soient les suppositions de pratiques à risque ou de facteurs de risque (51). Un dépistage proposé dans un lieu qu'ils ont l'habitude de fréquenter, pourrait donc être un levier de facilitation du dépistage pour les usagers de substances.

Selon l'étude Précavir (52), parmi les 3 228 patients de l'échantillon, 358 (11%) ont refusé de réaliser le dépistage. Les principaux motifs de refus du dépistage étaient « test effectué récemment » (35,9%), « ne souhaite pas faire le test (19,9%), « ne vient pas pour cela aujourd'hui » (7,7%). La population était constituée en majorité de migrants (94%) en demande d'asile (78%). Les patients refusant le dépistage étaient le plus souvent nés en France.

Cette étude montre que le dépistage des virus des hépatite B et C et du VIH est bien accepté par les patients en consultation médicale de premiers recours, quel que soit le motif de consultation. Bien que le dépistage ciblé sur les facteurs de risque soit recommandé en France, celui-ci n'est pas en pratique effectué systématiquement.

5.4 Les freins aux dépistages :

Au-delà des difficultés techniques liées aux centres, les raisons pouvant expliquer le dépistage insuffisant chez les usagers de drogue des CSAPA sont multiples. (53) :

- le caractère asymptomatique des infections chroniques
- une procédure anxiogène
- un dépistage par prélèvement veineux difficile et douloureux chez les usagers au capital veineux limité
- le taux de perdus de vue entre le dépistage et le rendu des résultats

L'accès aux soins est également très insuffisant et de nombreux obstacles peuvent être mis en avant. (53) :

- la méconnaissance sur l'évolutivité de l'infection
- la peur des examens invasifs
- la méconnaissance de ces enjeux de santé
- la crainte des évènements indésirables liés aux traitements
- une couverture sociale limitée
- un manque d'assiduité dans le soin

Il ne faut pas perdre de vue en effet que les usagers de substances sont confrontés à toutes sortes de difficultés au quotidien, pour eux urgentes et prioritaires (logement, trouver des ressources pour vivre et se procurer leur produit, faire face aux dangers de la rue, gérer leur stress), de sorte les IST ne sont souvent pas perçue comme une priorité. Cette absence de demande ou même d'intérêt de leur part ne facilite pas la tâche des professionnels des centres qui eux-mêmes consacrent une bonne part de leur énergie à tenter de trouver des solutions à ces problèmes psychosociaux immédiats.

D'autre part, l'absence de demande de dépistage peut s'expliquer par une tentative antérieure avec les anciens traitements qui s'est soldée par un échec (arrêt ou mauvaise observance) ou dont la personne garde un mauvais souvenir (effets secondaires difficiles). Cette représentation est d'autant plus difficile à dépasser que les patients qui mériteraient de débiter un traitement ne ressentent le plus souvent pas de symptômes dus à leur infection. Aussi la hiérarchie de l'urgence peut conduire usagers et professionnels à privilégier l'accès aux droits, à un hébergement, à une aide alimentaire et à retarder la discussion sur l'importance du dépistage. L'équipe du fait d'une culture professionnelle ancrée dans l'histoire longue de l'addictologie peut aussi au détriment de la santé somatique, privilégier l'accompagnement dans un travail d'analyse psychique.

En 2012, une étude a mis en évidence un défaut d'approche en santé publique chez une partie des professionnels socio-éducatifs exerçant dans le champ de l'addictologie en France (54). En effet, lorsqu'une personne ne peut pas accéder au traitement, ces professionnels évitent de proposer un dépistage car ils estiment inutile que cette personne connaisse son statut sérologique. Cependant, une fois informée sur la séropositivité, elle peut adopter des conduites et des stratégies afin d'éviter de contaminer son entourage, ce qui est primordial pour favoriser la maîtrise de la dynamique épidémique.

La demande de dépistage dépend aussi de l'attitude proactive des équipes des CSAPA dans la proposition de dépistage, de leur mobilisation sur cet enjeu de santé individuelle et de santé publique et de ce qu'elles mettent en place pour favoriser le dépistage et l'accès aux soins. Une faible proposition de dépistage peut trouver sa source dans des représentations erronées de certains professionnels, voire des orientations thérapeutiques de la structure, qui confortent les usagers de drogues dans leurs craintes ou leur hiérarchie des priorités (54).

Les priorités de prise en charge d'une équipe s'intéressant de prime abord aux addictions, peuvent conduire les professionnelles à occulter le sujet du dépistage des hépatites virales et du VIH. Ce problème se pose notamment pour les cas sévères et complexes

d'addictologie. Les professionnels de santé agissent pour une amélioration, et orientent tous leur entretien sur le craving.

Persiste aussi l'idée fausse que les usagers actifs seraient moins observant et risqueraient de faire échouer un traitement très coûteux pour la collectivité. Pourtant, les études de modélisation montrent clairement que la prévalence de l'infection virale C peut être diminuée en traitant prioritairement les usagers de substances injectables infectés (55). Il confirme également que cette approche dite « traiter pour prévenir » est coût-efficace (56), c'est-à-dire qu'il est moins onéreux pour la collectivité de traiter toutes les personnes infectées plutôt que d'appliquer des critères de sélection pour l'accès au traitement qui participent à maintenir un réservoir viral.

5.5 Piste à suivre pour favoriser l'accès au dépistage des usagers de substances :

La mission de réduction des risques des CSAPA a pour but de limiter les risques sanitaires et sociaux liés à l'usage de substances, mais aussi de contribuer au processus de soin. En 2008, une circulaire relative à la mise en place des CSAPA préconisait déjà les actions visant à réduire les contaminations par les virus hépatotropes (57).

5.5.1 La sensibilisation des professionnelles de santé au dépistage :

La nécessité de renforcer la formation des professionnels sur les modes de transmission apparaît aussi un point important pour limiter les contaminations par les infections virales chroniques.

Selon l'étude PrécaVir (52), 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 dépistage. En outre, une stratégie basée sur la sollicitation systématique des personnes dès leur consultation, comme cela se fait dans cette étude, paraît être la plus efficace.

D'autres études ont évalué la pratique du dépistage des viroses chroniques notamment en médecine générale. Une étude dans les départements de la Gironde et du Nord (58) avait pour objectif d'évaluer la faisabilité d'un dépistage conjoint du VIH, VHB et du VHC par les médecins généralistes après une formation pendant une semaine. Ils devaient proposer un dépistage, à tous les patients n'ayant jamais fait de test et selon des facteurs de risque. Les médecins généralistes ont été interrogés avant et après l'intervention sur leurs pratiques de dépistage dans certaines situations pré-identifiées, la proposition de test augmente après l'étude dans des situations telles qu'un changement de vie affective (de 65 à 82% de propositions fréquentes, $p=0,02$) ou lorsque le consultant est originaire d'un pays à forte endémie (de 64 à 88%, $p=0,002$). La formation permet l'augmentation du nombre de dépistages. Les données relatives à leurs pratiques sont déclaratives. Les médecins généralistes auraient pu avoir tendance à sous-estimer avant intervention et sur-déclarer après l'intervention.

Ces études montrent que des médecins peuvent proposer plus souvent un dépistage conjoint VIH, VHB, VHC que dans la pratique courante s'ils ont été sensibilisés à cette pratique.

5.5.2 Utilisation d'un questionnaire d'évaluation des risques par un CSAPA :

Une politique de prévention efficace pour lutter contre le VIH et les hépatites virales doit s'appuyer sur tous les acteurs concernés.

Un questionnaire d'évaluation du risque d'infection adapté en fonction du contexte pourrait être un outil d'aide au dépistage utilisable par les intervenants. En Suisse, un tel outil a été mis en place au sein des centres de dépistage VIH et IST, sous le nom de BerDa. Il s'agit d'un questionnaire informatisé rempli par le patient avant la consultation qui permet une classification du cas en différents niveaux de risque. En fonction des réponses, le professionnel de santé peut proposer un dépistage et des conseils adaptés lors de la consultation (59).

5.5.3 Fibroscan :

Le fibroscan génère une série de bénéfices en termes d'organisation des prises en charge parce qu'il facilite la mise en œuvre de partenariats avec les services hospitaliers spécialisés en hépato-gastro-entérologie, mais aussi parce qu'il constitue un moteur de remobilisation des équipes des CSAPA autour du dépistage et de la prise en charge des hépatites virales, particulièrement intéressant dans le contexte actuel des traitements disponibles (60).

La possibilité de réaliser un fibroscan au CSAPA peut avoir un effet levier sur la minorité de patients qui refusaient jusque là de se soumettre à un dépistage sérologique.

Le fibroscan est un véritable médiateur de l'accès aux soins chez les usagers de drogues. En effet, il a été démontré que la réalisation d'une élastométrie hépatique au sein même d'une structure d'addictologie permet de sensibiliser l'usager à une éventuelle sévérité de la maladie hépatique et favorise son adhésion à une démarche de soins (61). La mise à disposition de fibroscan au sein des CSAPA est donc à encourager en complément des TROD.

Une étude sur l'intérêt du fibroscan en alcoologie a abouti à de nombreux résultats. L'acceptabilité des patients pour cet examen est de 100% et sont même spontanément demandeurs pour être à nouveau évalués avec cette technique (62).

Le fibroscan correspond à un élément motivationnel pour les patients. Il s'agit d'un moyen de concevoir les effets négatifs de la maladie sur le corps et de prendre conscience de la nécessité d'entamer un parcours de soins. On note que le fait d'expliquer aux patients qu'ils ont une fibrose hépatique à travers les résultats du fibroscan et de leur expliquer l'implication est un moyen concret qui motive leur abstinence (60).

5.5.4 Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD) :

Les TROD constituent un outil intéressant pour renforcer le dépistage en permettant une biologie délocalisée auprès du patient. Une fois accepté, le dépistage est réalisé 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 TROD pourrait avoir son intérêt en permettant le prélèvement au bout du doigt, avec un rendu des résultats dans les 30 minutes (52).

L'utilisation des TROD dans une structure ambulatoire telle que le CSAPA minore aussi le risque de « perdus de vue » chez des patients ayant une courte durée de passage. Le rapport OFDT 2016 recensant l'ensemble des CSAPA de France, estime qu'un patient sur cinq n'a été vu qu'une seule fois dans ces centres (12). Le dépistage par TROD s'est révélé

être une alternative intéressante pour atteindre les usagers de drogues éloignés des structures de soins et initier rapidement une démarche thérapeutique.

La mise en place des TROD permet la délivrance d'un résultat rapide en même temps qu'un accompagnement de l'usager de drogue fondée sur une approche centrée sur le patient. On définit par counseling ou entretien d'information-conseil personnalisé, l'ensemble des pratiques qui consistent à orienter, aider, informer ou traiter. Il consiste à mobiliser les ressources et les capacités du patient à faire face à ses problèmes, grâce à l'aide d'un soignant qui peut l'amène à comprendre, et à résoudre ses problèmes par la conceptualisation et la mise à disposition de dispositifs de soutien (63). La réalisation des TROD et l'annonce du résultat peuvent être source d'anxiété pour le patient. Cette démarche est donc essentielle à une meilleure adhérence du patient au dépistage et à sa prise en charge à l'issue du test. Elle contribue également à réduire les comportements à risque de l'usager de drogue (64).

6. CONCLUSION :

L'objet de ce travail était la description d'une action de santé publique, telle que l'a définie l'OMS en 1952 : « la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé et la vitalité mentale et physique des individus par le moyen d'une action collective concertée visant à lutter contre les maladies qui représentent une importance sociale, organiser des services médicaux et infirmiers en vue du diagnostic précoce et du traitement préventif des maladies (...), l'objet final étant de permettre à chaque individu de jouir de son droit inné à la santé et à la longévité » (65).

En effet la prévention était au cœur de nos préoccupations, qu'il s'agisse de prévention primaire, par la stratégie de vaccination contre le VHB, de prévention secondaire par les actions de dépistages sérologiques. Notre étude met en évidence un dépistage ciblé du virus immunodéficience humaine, du virus de l'hépatite B et C sur certaines populations à risque de contamination. Cependant les limites de cette approche entraînent des difficultés pour aborder certaines prises de risque avec les patients et contribuent à la persistance d'une épidémie cachée. La recherche bibliographique a montré la présence de nombreux facteurs favorisant une transmission chez les usagers de substances. L'intégration d'un patient dans une structure de soin en addictologie constitue un risque de contamination pour le VIH, VHB et VHC. Le dépistage devrait être proposé à tous les usagers de substances quelles que soient les suppositions de pratiques à risque ou de facteurs de risques. Aussi, il est tout à fait raisonnable de proposer systématiquement la vaccination pour le virus de l'hépatite B à tous les patients suivis dans une structure d'addictologie.

Pour atteindre l'objectif « d'un dépistage pour tous », les acteurs devront être associés et mobilisés. Or pour les personnels de ces dispositifs dédiés aux addictions, cette ambition reste complexe. Ils ont d'une part régulièrement à adapter leurs pratiques pour répondre à l'évolution des usages. La sensibilisation au dépistage doit être un axe majeur de l'action au sein de la structure. Elle nécessite une bonne connaissance des différentes techniques de dépistage et des éléments de discours à associer. Elle exige aussi de prendre en compte les particularités de la sensibilisation au dépistage auprès de deux populations spécifiques d'usagers de drogues peu dépistés et particulièrement à risque de contamination : les

patients ayant usage de substances par voie intra-nasale, et les personnes ayant des pratiques à risque sexuelles.

Afin de développer, un dépistage rapide de proximité et une orientation diagnostique immédiate, les TROD VIH et VHC peuvent être déployés dans le CSAPA de Charles Perrens. Le TROD VHB n'est pas encore déployé en milieu associatif. Ces dispositifs permettent alors de faire du dépistage des viroses chroniques un axe central de l'action de réduction des risques. L'association avec un fibroscan peut permettre dans certains cas d'accepter les dépistage refusé jusque là, et de ne pas retarder l'engagement dans le soin.

7. BIBLIOGRAPHIE :

1. Morlat P. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH: recommandations du groupe d'experts. Rapport 2013. ANRS, CNS; 2013. 478 p.
2. Lucidarme D, Bruandet A, Ille D, Harbonnier J, Jacob C, Decoster A et al. Incidence and risk factors of HCV and HIV infections in a cohort of intravenous drug users in the north and east of France. *Epidemiol Infect.* Août 2004;132(4):699-708
3. Denis CM, Fatseas M, Beltran V, Daulouède J-P, Auriacombe M. Impact of 20 years harm reduction policy on HIV and HCV among opioid users not in treatment. *Drug and Alcohol Dependence.* 2015 1/1/;146:e261
4. Daulouède J-P, Denis CM, Fatseas M, Beltran V, Auriacombe M. Risk-taking behavior over 36-month follow-up treatment in outpatient opioid maintenance treatment program. *Drug and Alcohol Dependence.* 2015 1/1/;146:e258.
5. Fatseas M, Denis C, Serre F, Dubernet J, Daulouède JP, Auriacombe M. Change in HIV-HCV Risk-Taking Behavior and Seroprevalence Among Opiate Users Seeking Treatment Over an 11-year Period and Harm Reduction Policy. *AIDS Behav.* 2012 Oct 9;16:2082–90. PubMed PMID: 21983799. Epub 2011/10/11. Eng.
6. Auriacombe M, Franques P, Martin C, Grabot D, Daulouède J, Tignol J. Traitement de substitution par méthadone et buprénorphine pour la toxicomanie à l'héroïne. Bases scientifiques du traitement et données évaluatives de la littérature. L'expérience et la pratique du groupe de Bordeaux et Bayonne. In: Guffens J, editor. *Toxicomanie, Hépatites, SIDA.* Paris: Les Empêcheurs de Penser en Rond; 1994. p. 173-98.
7. Auriacombe M, Roux P, Briand Madrid L, Kirchherr S, Kervran C, Chauvin C, Gutowski M, Denis C, Carrieri MP, Lalanne L, Jauffret-Roustide M, and the Cosinus study g. Impact of drug consumption rooms on risk practices and access to care in people who inject drugs in France: the COSINUS prospective cohort study protocol. *BMJ open.* 2019 Feb 21;9(2):e023683. PubMed PMID: 30796121.
8. WHO. Global Health Sector Strategy on Viral Hepatitis 2016-2021 towards ending viral hepatitis Available at: <https://www.who.int/hepatitis/strategy2016-2021/ghss-hep/en/>
9. Dhumeaux D. Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C. Rapport de recommandations 2014. Paris: ANRS, AFEF; 2014. 527 p.
10. Ministère des Solidarités et de la Santé. Simplification de l'accès au traitement contre l'hépatite C chronique. Disponible sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/simplification-de-l-acces-au-traitement-contre-l-hepatite-c-chronique>

11. Dhumeaux D, Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales, Conseil national du sida et des hépatites virales, Association française pour l'étude du foie, Ministère des affaires sociales et de la santé. Prise en charge thérapeutique et suivi de l'ensemble des personnes infectées par le virus de l'hépatite C. Montrouge: Editions EDP; 2016. Disponible : <http://www.afef.asso.fr/ckfinder/userfiles/files/recommandations-textes-officiels/recommandations/rapportDhurmeaux2.pdf>
12. Palle C, Rattanatray M. Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2016. Situation en 2016 et évolutions sur la période 2005-2016. Saint-Denis : OFDT; 2018 p. 10.
13. Profils et pratique des usagers des CSAPA en 2015. Aurélie Lermenier-Jeannet, Agnès Cadet-Taïrou, Sylvain Gautier. Observatoire français des drogues et des Toxicomanes.
14. Kapadia SN and Marks KM. Hepatitis C Management Simplification From Test to Cure: A Framework for Primary Care Providers. Clin Ther. 2018 Aug; 40(8):1234-45
15. Melin P. l'enquête CSAPA 2012 (Internet). SOS hépatites-Fédération ; 2013. Disponible sur : <https://fr.slideshare.net/odeckmyn/melin-csapa-et-sos-partie-2>
16. Auriacombe, M. (2017). "Aquitaine Addiction Cohort: Trajectories of people with addiction (substances or behaviour) in contact with health-care system. Medical, neurobiological, sociological and psychological characteristics. Prospective multicentric, multidisciplinary study. French National Alliance for Life Sciences and Health Registry of Health Databases. <https://epidemiologiefrance.aviesan.fr/en/content/view/full/89048>
17. McLellan, A. T., H. Kushner, D. Metzger, R. Peters, I. Smith, G. Grissom, H. Pettinati and M. Argeriou (1992). "The Fifth Edition of the Addiction Severity Index." J Subst Abuse Treat 9(3): 199-213.
18. Denis C, Fatseas M, Beltran V, Serre F, Alexandre JM, Debrabant R, Daulouede JP, Auriacombe M. Usefulness and validity of the modified Addiction Severity Index: A focus on alcohol, drugs, tobacco, and gambling. Subst Abus. 2016;37(1):168-75.
19. Lecrubier, Y., D. V. Sheehan, E. weiller, P. Amorim, I. Bonora, K. H. Sheehan, J. Janavs and G. C. Dunbar (1997). "The Mini International Psychiatric Interview (MINI) a short diagnostic structured interview : reliability and validity according to the CIDI." European Psychiatry 12: 224-231
20. APA (2013). American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Five Edition.
21. Bertorelle V, Auriacombe M, Grabot D, Franques P, Martin C, Daulouède J-P, Tignol J. Evaluation quantitative des pratiques de partage de matériel à risque de contamination infectieuse virale chez les usagers d'opiacés par voie intraveineuse faisant une demande de soins. Utilisation de l'auto-questionnaire RAB. Encephale. 2000;26:3-7.
22. Meffre C, Le Strat Y, Delarocque-Astagneau E, Antona D, Desenclos J. Prévalence des hépatites B et C en France en 2004. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire; 2007.
23. Mangin F, Sulli L, Matra R, Nicoulet I, Deslandes A, Marmier M. Dépistage du VIH, des hépatites et des IST chez les personnes migrantes primo-arrivantes au Caso de Médecins du Monde de Saint-Denis, de 2012 à 2016. Bull Epidémiol Hebd. 2018;(40- 41):805-12.
24. 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

25. Observatoire Français des drogues et des toxicomanies. Évolution de la prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite C parmi les usagers de drogues par voie injectable. Consulté en avril 2019. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/evolution-de-la-prevalence-de-linfection-par-le-virus-de-lhepatite-c-chez-les-usagers-de-drogues-par-voie-injectable/>
26. Or, Zeynep, Florence Jusot, and Engin Yilmaz. 2009. "Inégalités de recours aux soins en Europe: Quel rôle attribuable aux systèmes de santé ?" *Revue économique* 60 (2): 521. doi:10.3917/reco.602.0521.
27. Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé. Enquête sur la santé et la protection sociale 2008. Mars 2018. Disponible sur <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2010/rap1800.pdf>
28. Stein J, Andersen R, Robertson M et Gelberg L. «Impact of hepatitis B and C infection on health services utilization in homeless adults: A test of the Gelberg-Andersen behavioral model for vulnerable populations». *Health Psychol.* 2012 Janv;31(1): 20-30.
29. Poulos R, Ferson M, Orr K, Lucy A, BothamS , McCarthy M et al. « Risk factors and seroprevalence of markers for hepatitis A, B and C in persons subject to homelessness in inner Sydney ». *Aust N Z J Public Health* . 2007 Juin;31(3): 247-251.
30. Raguin,G et Sivignon F. « Précarité et maladies infectieuses ». *Rev Méd Interne* 2009 Juin; 30(2): S3-S5.
31. Compton WM, Thomas YF, Stinson FS, Grant BF. « Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions ». *Arch Gen Psychiatry* 2007 ; 64: 566-576
32. Martins SS, Keyes KM, Storr CL, Zhu H, Chilcoat HD. « Pathways between nonmedical opioid use/dependence and psychiatric disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions ». *Drug Alcohol Depend* 2009, 103 : 16-24
33. Chiang SC, Chan HY, Chang YY, Sun HJ, Chen WJ, Chen CK. « Psychiatric comorbidity and gender difference among treatment-seeking heroin abusers in Taiwan ». *Psychiatry Clin Neurosci* .2007 ; 61: 105-111
34. Farrell M, Howes S, Bebbington P, Brugha T, Jenkins R, et al. « Nicotine, alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity. Results of a national household survey ». *Br J Psychiatry* 2001, 179 : 432-437
35. King VL, Kidorf MS, Stoller KB, Brooner RK. Influence of psychiatric comorbidity on HIV risk behaviors: changes during drug abuse treatment. *J Addict Dis* 2000, 19 : 65-83
36. Blumberg SJ, Dickey WC. Prevalence of HIV risk behaviors, risk perceptions, and testing among US adults with mental disorders. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2003 ; 32 : 77-9.
37. Pirl WF, Greer JA, Weissgarber C, Liverant G, Safren SA. Screening for infectious diseases among patients in a state psychiatric hospital. *Psychiatr Serv* 2005 ; 56 : 1614-6 [PubMed : 16339630].
38. James, R. L. (2012). *Sexuality and addiction: Making connections, enhancing recovery*. Santa Barbara: Praeger.
39. Wells, B. E., Kelly, B. C., Golub, S. A., Grov, C. et Parson, J. T. (2010). Patterns of alcohol consumption and sexual behavior among young adults in nightclubs. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36(1), 39-45.
40. Institut de Veille Sanitaire. Bulletins des réseaux de surveillance des IST. Consulté en mars 2019. Disponible: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers->

[thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles/Bulletins-des-reseaux-de-surveillance-des-IST/Donnees-au-31-decembre-2014](#)

41. Detanne S, Touboul P, Dunais B. Promotion du dépistage opportuniste des infections uro-génitales basses à Chlamydia trachomatis par auto-prélèvement chez les patients de 18 à 24 ans en soins primaires [Communication orale]. Congrès de la médecine générale France, Paris; 2015.
42. Ministère des affaires sociales et de la santé. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2019. Paris; Mars 2019. 16 p.
43. Removille N, Origer . Prevalence et progation des hepatitis virales A,B,C, et du HIV au sein de la population d'usagers problématiques de drogues d'acquisition illicite. Séries de recherché N°5 2007. 62-63
44. Bonnefoy M, Vesque C, Paille, F, Martini H, Lemoine C. Enquête Profil Addictologique 2013. Consulté en décembre 2018. Disponible sur <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=2ahUKEwiGoeK80LbhAhV57OAKHfw7DzEQFjABegQIAhAC&url=https%3A%2F%2Fwww.loraddict.org%2Fespace-documentaire%2Fcategory%2F7-enqu%25C3%25AAte-profil-addictologie.html%3Fdownload%3D22%3Aenqu%25C3%25AAte-profil-2013-vf&usg=AOvVaw3AzlibNtX1SKC6eu3cmGi8>
45. Six, C. et al, Infections à VIH, VHC et VHB chez les résidents des CSST avec hébergement, 1993-1998. Bull Epidemiol Hebd, 1999. 32: p. 133-135.
46. Denis, F. et Abitbol, V., Evolution des stratégies vaccinales et couvertures vaccinales de l'hépatite B en France, pays de faible endémie. Méd Mal Inf, 2004. 34(4): p. 149- 158.
47. Ministère de la Santé et des Sports. Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012. p28
48. Rioux C, Tosini W et Bouvet E. « Perception de l'hépatite B et de sa vaccination dans la population du centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) de l'hôpital Bichat-Claude Bernard en 2007 ». Méd Mal Infect. 2008 Juin ;38(2): S133.
49. Vallejo F, Toro C, De la fuente L, Brugal MT, Barrio G, et coll. Hepatitis B vaccination: an unmet challenge in the era of harm reduction programs. J Subst Abuse Treat 2008, 34 : 398-340
50. Moussalli j, Melin p, Wartelle-bladou c, Lang jp. Management of hepatitis C among drug user patients. Gastroenterol Clin Biol. 2007; 31:4S51-4S55
51. Chossegros P, Melin P, Hezode C, Bourliere M, Pol S, et coll. A French prospective observational study of the treatment of chronic hepatitis C in drug abusers. Gastroenterol Clin Biol 2008, 32 : 850-857
52. 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
53. Barraud H, Ehrhart S, Bronowicki JP. Toxicomanie et hépatite chronique C. C. Hépatogastro 2017 ;24 :223-239
54. Reynaud Maurupt C., CSAPASCAN : volet qualitatif. Le fibroscan, un outil innovant pour améliorer la prise en charge des hépatites virales au sein des CSAPA, GRVS pour le Centre d'investigation de la fibrose hépatique du CHU de Bordeaux, 2013

55. Martin N, Vickerman P, Foster G, Hutchinson S, Goldberg D, Hickman M. Can antiviral therapy for hepatitis C reduce the prevalence of HCV among injecting drug user populations? A modeling analysis of its prevention utility. *J Hepatol* 2011 ; 54 : 1137-44.
56. Martin NK, Vickerman P, Miners A, Foster GR, Hutchinson SJ, Goldberg DJ, *et al.* Cost-effectiveness of hepatitis C virus antiviral treatment for injection drug user populations. *Hepatology* 2012 ; 55 : 49-57.
57. Circulaire DGS/MC2 n)2008-79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie (Internet). Avr 19, 2008 p. 186-207. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2008/08-03/SEL_20080003_0100_0112.pdf
58. Fagard C, Champenois K, Joseph JP, Riff B, Messaadi N, Lacoste D, *et al.* Dépistage conjoint du VIH, du VHB et du VHC par les médecins généralistes : étude de faisabilité en Gironde et dans le Nord en 2012. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* [En ligne].
59. Office fédéral de la santé publique de Suisse. Test du risque [consulté en février 2019]. Disponible: <https://www.lovelife.ch/fr/hiv-co/test-du-risque/>
60. J-P. Daulouède, A. Aguerretxe-Colina, V. Beltran, B. Oui, M. Darbot, J. Dubernet, M. Auriacombe. A non-invasive method of liver stiffness measurement with FibroScan®. Acceptability and impact among in-treatment substance dependent individuals Europad, Bratislava, Slovakia, October 2006
61. Foucher J, Reiller B, Jullien V, *et al.* FibroScan used in street-based outreach for drug users is useful for hepatitis C virus screening and management : a prospective study. *Journal of Viral Hepatitis*, 2009 ;16, 121–131
62. P. Melin, M. Schoeny, A. Dacon *et al.* Dépistage non invasif de la fibrose hépatique. Intérêt du FibroScan® en consultation d'alcoologie .*Alcoologie et Addictologie* 2005 ; 27 (3) : 191-196
63. Vincent D, Hamad N. Le counseling: Entretien avec Catherine Tourette-Turgis. *J Fr Psychiatr.* 2001;12(1):38.
64. Roux P, Rojas Castro D, Ndiaye K *et al.* Increased Uptake of HCV Testing through a Community-Based Educational Intervention in Difficult-to-Reach People Who Inject Drugs: Results from the ANRS-AERLI Study. *PLOS ONE.* 13 juin 2016;11(6):e0157062.
65. Comité d'experts de l'administration de la Santé Publique, Premier rapport, série de rapports techniques. OMS, Genève, 1952

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les moeurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

RESUME:

Introduction : L'objectif de ce travail était de rechercher et caractériser les personnes pour lesquelles la sérologie VHC est biologiquement documentée dans le dossier clinique dans une population débutant une prise en charge dans un centre d'addictologie.

Méthode : Le recueil des sérologies a été fait à partir du dossier clinique de chaque patient. Une analyse descriptive à partir des données collectées dans le dossier a été réalisée selon la documentation du statut sérologique.

Résultats : 213 patients ont été inclus. 27,2% (n=58) des patients avaient leurs sérologies documentées dans le dossier médical. Le dépistage était ciblé chez les patients ayant une situation précaire (p=0,0042), une consommation de substances par injection (p=0,049), et une/des comorbidité(s) psychiatrique(s) (p=0,0086).

Conclusions : Le dépistage du VHC est ciblé sur certaines populations à risque. Au vu des pratiques à risques de la population des centres d'addictologie et de l'évolution de l'efficacité des traitements curatifs du VHC, un dépistage systématique pourrait être proposé.

ABSTRACT : Screening for Hepatitis C virus (HCV) in an addiction treatment center.

Introduction: The objective was to document and characterize HCV serostatus screening among a population beginning treatment in an addiction treatment center.

Method: Clinical records of each patient were screened for serostatus documentation. A descriptive analysis based on data collected in clinical record was performed according to the serological status documentation.

Results: 213 patients were included among which 27.2% (n=58) of patients had their serologies documented in the medical record. Screening was targeted at patients in precarious situations (p=0.0042), substance use by injection (p=0.049), and psychiatric comorbidity(s) (p=0.0086).

Conclusions: Testing for HCV was targeted at at-risk patients. In view of the high-risk practices of this population and the evolution of the effectiveness of curative treatments for HCV, systematic screening could be proposed.

DISCIPLINE

Santé / Médecine

MOTS CLES: Statut sérologique biologique, virus de l'hépatite C, dossier clinique, centre d'addictologie, addictologie.

KEY WORDS: Biological serological status, hepatitis C virus, clinical record, addiction treatment center, addictology.

ADRESSE DU LABORATOIRE

Laboratoire de psychiatrie
Hôpital Charles Perens
Bordeaux, France