Livre blanc

SUR L'ACCÈS AUX SOINS DES POPULATIONS VULNÉRABLES POUR L'HÉPATITE C

AVEC LE SOUTIEN DE :

AVRIL 2018

AFEF
SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HÉPATOLOGIE

FFA
Fédération Française d'Addictologie

SOS hépatites
Fédération

ASSOCIATION NATIONALE POUR LA PROMOTION DES SOINS SOMATIQUES EN SANTÉ MENTALE

Fédération nationale des Pôles de référence et Réseaux Hépatites
FPRH

C.U.N.E.A.
Collège Universitaire National des Enseignants d'Addictologie

SFPA
Société Française de Psycho-Addictologie

fnesaa

FÉDÉRATION NATIONALE DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT EN ADDICTOLOGIE

FÉDÉRATION ADDICTION
Prévenir | Réduire les risques | Soigner

SOS addictions
en parler autrement, agir autrement

ACTIONS ADDICTIONS
FONDS DE DOTATION
Vivre sans dépendances

PsychoActif

Addict AIDE
LE VILLAGE DES ADDICTIONS

PRÉFACE

ET MAINTENANT : UN LIVRE BLANC

L'arrivée de nouveaux agents spécifiquement dirigés contre le virus de l'hépatite C (VHC), leur incomparable efficacité, leur excellente tolérance, leur capacité à prévenir et traiter les complications hépatiques de l'infection et les manifestations, très fréquentes, générées par le virus en dehors du foie, la possibilité offerte par une utilisation large de ces agents, en l'absence de vaccin, d'obtenir l'élimination de l'infection virale C dans notre pays, ont conduit en mai 2016 Marisol Touraine, alors Ministre de la Santé, à décider que l'ensemble des personnes infectées par le VHC pourraient désormais bénéficier de ces nouveaux traitements.

Cette décision, très attendue, a été rapidement suivie de la production d'un rapport destiné à l'élaboration de recommandations pour la mise en œuvre effective de cette décision. Dans ce rapport [1], une attention particulière a été naturellement portée aux personnes dites en situation de vulnérabilité, dont on sait bien qu'elles sont très exposées au risque d'infection virale C et qu'elles représentent aujourd'hui la part, de loin la plus importante des personnes infectées dans notre pays [2].

Ce Livre Blanc, que vous allez découvrir, arrive comme un heureux complément à ce rapport. Alors que le second était essentiellement (mais non exclusivement) destiné aux autorités de tutelle, le premier a pour cible principale (mais non exclusive) les acteurs du terrain. Il concerne de nouveau des populations de personnes vulnérables et particulièrement touchées par l'infection (usagers de drogues, personnes migrantes, patients atteints de troubles psychiatriques, personnes en situation de précarité) vis-à-vis desquelles seules des conditions renforcées de prévention, de dépistage et d'accès aux soins permettront à terme d'atteindre l'objectif programmé du contrôle de l'endémie.

C'est dans ce contexte global d'élimination que s'inscrit cet ouvrage. Son objectif, pour chacune de ces populations (les personnes détenues ont fait l'objet l'an passé d'un Livre Blanc spécifique) a été, en se rapprochant des acteurs de terrain, d'identifier les freins que ces populations connaissent en termes de dépistage et de prise en charge, et de proposer, pour les lever, des solutions adaptées.

L'originalité du document vient de l'identification et de la description de l'ensemble des initiatives menées pour aider ces personnes dans notre pays. Elles sont nombreuses, toutes pertinentes, privilégiant souvent les méthodes ciblant les sites où les personnes se trouvent, en "allant vers elles" et dont on sait qu'elles sont les plus efficaces. C'est tout l'intérêt de cet ouvrage, après les avoir identifiées et décrites, que d'assurer la valorisation de ces initiatives et, par leur diffusion, de les proposer aux équipes qui pourront les reproduire ou les adapter selon leurs conditions et spécificités locales.

Cette mobilisation des acteurs de santé en direction des populations vulnérables est un atout majeur dans la lutte contre l'hépatite C. Elle doit s'amplifier, être évaluée et sans doute mieux coordonnée, tant à l'échelon régional que national.

Nos autorités institutionnelles ont joué dans cette lutte un rôle majeur. Il doit se poursuivre sans faille, avec le déploiement en cours des recommandations, des rapports, l'examen de nouvelles mesures concernant notamment la mise en œuvre d'un dépistage universel et l'élargissement des prescripteurs, un investissement majoré de l'ensemble des structures médico-sociales existantes, notamment en terme de dépistage, et une implication et un soutien renforcés des Agences Régionales de Santé, à l'instar de l'expérimentation menée en Île-de-France et justement ciblée sur les personnes vulnérables.

Comme par le passé, ce sera par des actions fortes, combinées et coordonnées entre institutionnels, professionnels de santé et associatifs que les résultats viendront. Qu'elles se poursuivent. L'objectif programmé de l'élimination de l'hépatite C est clairement à notre portée.

Pr Daniel Dhumeaux
Coordonnateur des rapports de recommandations hépatites B et C 2014 et 2016, Président du comité de suivi des recommandations.

1. Prise en charge thérapeutique et suivi de l'ensemble des personnes infectées par le virus de l'hépatite C : rapport de recommandations 2016 sous la direction du Pr Daniel Dhumeaux, sous l'égide de l'ANRS et du CNS et avec le concours de l'AFEF. http://www.afef.asso.fr/ckfinder/userfiles/files/recommandations-textes officiels/recommandations/rapportDhurmeaux2.pdf

2. Bull Epidémiol Hebd 2017;(14-15):2-3. http://invs.santepubliquefrance./beh/2017/14 15/2017_14-15_0.html

UN LIVRE BLANC, CERTES, MAIS HAUT EN COULEUR CELUI CI…

En 2018, l'accès aux soins et les traitements de l'hépatite C évoluent trop vite, et les professionnels du soin ou du social ont du mal à s'adapter.

Alors, abandonnons l'idée de rester figés sur nos connaissances et acceptons au contraire de les mettre en mouvement et ce, en parallèle des progrès réalisés.

Quatre populations spécifiques viennent interroger nos pratiques et obliger soignants, comme associatifs, à évoluer : les usagers de drogues, les personnes en situation de précarité, les migrants ou bien les patients atteints de troubles psychiatriques, et pour eux, l'enjeu est majeur.

Écoutons ce que ces patients qualifiés de vulnérables ont à nous dire.

En 2018, quand tout s'accélère, beaucoup de professionnels attendent des recommandations, des messages politiques ou bien encore des budgets supplémentaires, et puis il y a ceux qui font un état des lieux et osent se projeter.

Bravo à tous ceux qui ont rejoint le projet de ce Livre Blanc et participé à sa rédaction.

En 2018, toutes les situations difficiles de prise en charge ont un point commun : ne se définir ni par un comportement ni par une appartenance populationnelle.

On peut aujourd'hui imaginer de nouvelles stratégies de prise en charge comme la médecine intégrative ou l'abord transdisciplinaire mais, tout cela en s'appuyant sur de nouvelles façons de travailler comme la délégation de soins par exemple.

Il faut aussi garder à l'esprit que si les populations migrantes sont vulnérables à l'hépatite C, elles le sont encore plus à l'hépatite B.

La co-infection, liée jusqu'ici à l'association VHC-VIH, est maintenant à chercher du côté d'une addiction ou d'une atteinte psychiatrique, co-infection VHC-alcool ou VHC-schizophrénie.

La cohérence est à réinventer à chaque instant et les stratégies de Réduction Des Risques (RDR) doivent se décliner et évoluer pour les personnes en situation de précarité et les patients atteints de troubles psychiatriques.

Cette révolution est en cours avec de nouveaux traitements, de nouvelles prises en charge mais, il faut réfléchir à l'universalisation du dépistage et du soin en s'appuyant sur de nouvelles pratiques comme le TROD ou le FibroScan®.

Acceptez de bouleverser vos certitudes en lisant ce Livre Blanc et testez les propositions qui y sont faites !

Au vu de la puissance des traitements, on peut dire ce jour que ce n'est plus la résistance du virus de l'hépatite C qu'il faut craindre, mais plutôt les résistances dans nos esprits.

Dr Pascal Mélin
Président de SOS Hépatites

SOMMAIRE

Introduction 6
Abréviations 8

1. Accès aux soins des usagers de drogues infectés par le virus de l'hépatite C 10

Prise en charge du VHC 11
Le contexte actuel 11
Les problématiques rencontrées pour l'accès aux soins 12
Des initiatives qui optimisent la prise en charge 12
Propositions pour améliorer le dépistage et l'accès en soins 23
Annexes 25

2. Accès aux soins des personnes migrantes infectées par le virus de l'hépatite C 29

Prise en charge du VHC 30
Le contexte actuel 30
Le profil des patients migrants : différences selon les régions et les structures d'accueil 31
La santé des personnes migrantes : un enjeu de santé publique 31
L'hépatite C chez les personnes migrantes 32
Des changements récents sur le droit au séjour pour soins 33
Dépistage et prise en charge du VHC : des initiatives qui optimisent la prise en charge des migrants 34
Propositions pour améliorer le dépistage et l'accès en soins 38
Annexes 39

3. Accès aux soins des patients atteints de troubles psychiatriques infectés par le virus de l'hépatite C 43

Prise en charge du VHC 44
Le contexte actuel 44
Les problématiques rencontrées pour l'accès aux soins 45
Des initiatives qui optimisent la prise en charge 46
Propositions pour améliorer le dépistage et l'accès en soins 53
Annexes 54

4. Accès aux soins de personnes en situation de précarité infectées par le virus de l'hépatite C 59

Prise en charge du VHC 60
Le contexte actuel 60
Populations précaires : des préoccupations de vie qui entravent le parcours de soins 61
Des initiatives pour optimiser la prise en charge 63
Propositions pour améliorer le dépistage et l'accès en soins 69
Annexes 70

Conclusion 75
Remerciements 79

Introduction

L'hépatite C est une maladie virale qui se transmet par le sang. Son évolution est lente et silencieuse puisqu'elle peut rester 20 à 30 ans asymptomatique avant de se révéler au stade de la cirrhose du foie, exposant le patient au risque de cancer du foie.

Le fait que la maladie soit très souvent asymptomatique, explique que de nombreux patients porteurs d'une hépatite C chronique ignorent leur statut.

Les derniers chiffres qui font référence sur l'hépatite C chronique en France estiment sa prévalence à 0,42 %[1] en 2011 en population générale. Il existe pourtant de grandes disparités. Ainsi certains groupes à risque de contamination présentent des chiffres de prévalence pouvant aller de 1,85 %, chez les personnes étrangères nées à l'étranger, jusqu'à 65 %[2] chez les personnes ayant eu au moins une fois dans leur vie un usage de drogue par voie intraveineuse.

Depuis 2013, de nouvelles thérapeutiques permettent, grâce à des traitements courts, simples et bien tolérés, d'atteindre des taux de guérison compris entre 95 et 100 %. Ainsi, l'hépatite C est devenue la première maladie virale chronique que l'on peut guérir.

Dès lors, la perspective d'une élimination de l'hépatite C à l'échelle mondiale est envisageable. L'OMS en a fait l'objectif de sa stratégie mondiale contre l'hépatite virale C, appelant à l'éliminer d'ici 2030.

En France, cet objectif est également atteignable, notamment depuis la décision de la Ministre de la Santé en mai 2016 qui a posé le principe de l'accès universel aux nouveaux traitements de l'hépatite C pour tous les patients, quel que soit le stade de gravité de leur maladie, puis la déclinaison dans les faits de cet accès universel au premier semestre 2017. Néanmoins, un objectif aussi ambitieux que l'élimination ne pourra être atteint sans un engagement renforcé et des mesures fortes, telles que le dépistage universel (appelé de ses vœux par l'Association Française pour l'Étude du Foie (AFEF) en septembre 2017), mais aussi une attention particulière pour certaines populations plus spécifiquement touchées par cette pathologie.

Ce Livre Blanc s'inscrit dans cet objectif global d'élimination en s'intéressant précisément aux populations plus touchées que les autres par l'hépatite C. En identifiant les freins à leur insertion dans un parcours de diagnostic puis de soins, tout en mettant en lumière des initiatives pertinentes, existantes ou prometteuses, développées localement en France ou à l'étranger, ce Livre Blanc présente des modalités d'actions concrètes afin d'améliorer le dépistage et l'accès aux soins des populations vulnérables pour l'hépatite C.

Nous appelons populations vulnérables pour l'hépatite C, les populations qui cumulent une forte prévalence du VHC, par comparaison avec la population générale, ainsi que des vulnérabilités d'ordre économique, social ou médico-social, ou encore administratif, expliquant des difficultés particulières d'accès au système de soins.

Dans les populations vulnérables, sont habituellement considérés les patients usagers de drogues, les patients migrants, les patients avec une pathologie psychiatrique, les patients précaires socialement et les patients incarcérés. Cette dernière population ne sera pas considérée dans cet ouvrage car ayant déjà fait l'objet en mars 2017, d'un Livre Blanc dédié*.

Pour chacun de ces groupes, des obstacles au dépistage et à l'accès aux soins ont été clairement identifiés et de nombreux patients porteurs d'une hépatite C chronique

ignorent leur statut. Dans ce contexte de vulnérabilité, le suivi et l'accompagnement de ces patients nécessitent une collaboration étroite entre l'ensemble des professionnels de santé mais également des acteurs sociaux et médico-sociaux sur la base des actuels rapports de recommandations.

Pour cela, nous avons rassemblé pendant plus de 6 mois, les acteurs impliqués dans la prise en soins de l'hépatite C auprès des usagers de drogues, des personnes migrantes, des patients atteints de troubles psychiatriques et des personnes en situation de précarité : hépatologues, addictologues, psychiatres, médecins généralistes, infirmiers, travailleurs sociaux, pharmaciens, chercheurs, établissements de santé, institutions publiques et associations. Notre but était d'établir le contexte actuel de la prise en soins de l'hépatite C, d'évaluer les freins au dépistage et à l'accès aux soins, et d'émettre des propositions d'amélioration.

Ce Livre Blanc repose essentiellement sur le recueil d'expériences concrètes et pertinentes. Il est le fruit d'un travail collectif. Il appartient aujourd'hui à tous les acteurs concernés de se l'approprier en transposant localement ces expériences intéressantes de dépistage et d'accès aux soins.

De leur côté, les pouvoirs publics ont un rôle essentiel à jouer pour bâtir les stratégies de santé publique nécessaires pour rendre possible une amélioration de l'accès au dépistage et aux soins de l'hépatite C au bénéfice de ces populations vulnérables, afin de parvenir rapidement à éliminer cette infection.

Dr Jean-Michel Delile,
Psychiatre, Directeur du CEID, Bordeaux

Dr Jean-Philippe Lang,
Professeur Conventionné de Psychiatrie Université de Strasbourg,
Psychiatre Addictologue Centre de Psychiatrie et de Psychothérapie Les Toises (Suisse),
Conseiller Médical Santé Mentale ARS Grand Est,
Président du Centre Information Régional sur les drogues et dépendances d'Alsace

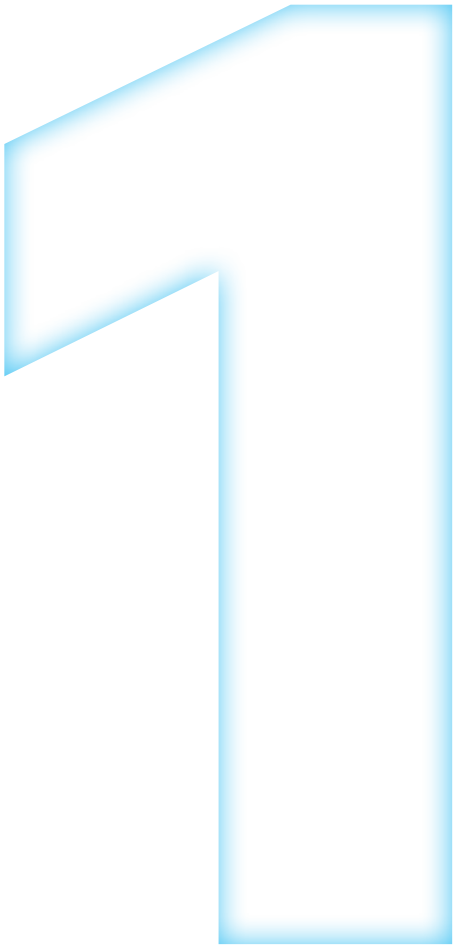
Dr André-Jean Rémy,
Chef du service d'Hépato-Gastro-Entérologie, CH de Perpignan

Dr Isabelle Rosa,
Hépato-Gastro-Entérologue, CHI de Créteil

* Pour obtenir le Livre Blanc "Hépatite C en milieu carcéral", contacter le Dr André-Jean Rémy, Chef de Service, Hépato-Gastro-Entérologie & Médecine Sociale, Centre Hospitalier de Perpignan, andre.remy@ch-perpignan.fr

ABRÉVIATIONS

AAD: Antiviraux d'Action Directe
AME: Aide Médicale de l'État
ANGREHC: Association Nationale des Généralistes pour la Recherche et l'Étude sur les Hépatites Chroniques
ARS: Agence Régionale de Santé
CAARUD: Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues
CASO: Centres d'Accueil de Soins et d'Orientation
CeGIDD: Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic
CEID: Comité d'Étude et d'Information sur la Drogue
CH: Centre Hospitalier
CHRS: Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHS: Centre Hospitalier Spécialisé
CHU: Centre Hospitalo-Universitaire
CLAT: Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse
CMU: Couverture Médicale Universelle
CMUc: Couverture Médicale Universelle Complémentaire
Comede: Comité pour la Santé des Exilés
CPAM: Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CSAPA: Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSSRA: Centres de Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie
DASRI: Déchets d'Activités de Soins à Risque Infectieux
DGS: Directions Générales de la Santé
ELSA: Équipes de Liaison Et de Soins En Addictologie
ETP: Éducation Thérapeutique du Patient
GAPS-CPS: Groupe d'Aide Psychologique et Sociale - Coordination des Parcours de Santé
HSH: Hommes ayant des rapports Sexuels avec les Hommes
IST: Infections Sexuellement Transmissibles
MG: Médecin Généraliste
MSO:Médicaments de Substitution aux Opiacés
ODSE: Observatoire du Droit à la Santé des Étrangers
OFDT: Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
OFII: Office Français de l'Immigration et de l'Intégration
OFPRA: Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides
PAJ: Point Accueil Jour
PASS: Permanences d'Accès aux Soins de Santé
PES: Programme d'Échange de Seringues
PIVO: Point Information Vih Orientation
PrEP: Prophylaxie Pré-Exposition
RCP: Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
RDR: Réduction des Risques
RdRD: Réduction Des Risques et des Dommages
RESAPSAD: Réseau Sud Aquitain des Professionnels de Soins en Addictologie
RVH77 SUD: Réseau Ville Hôpital 77 Sud
SCMR: Salle de Consommation à Moindres Risques
SELHVA: Service Expert de Lutte contre les Hépatites Virales en Alsace
TROD: Test Rapide à Orientation Diagnostique
TSO: Traitement de Substitution aux Opiacés
UD: Usagers de Droguest
VHB: Virus de l'Hépatite B
VHC: Virus de l'Hépatite C
VIH: Virus de l'Immunodéficience Humaine



Accès aux soins des usagers de drogues infectés par le virus de l'hépatite C

Membres du groupe de travail

Dr Jean-Michel DELILE
COORDINATEUR DU GROUPE
Psychiatre, Directeur du CEID, Bordeaux

Dr Catherine CHEVALIER
Psychiatre addictologue CSAPA Bobillot, Limoges

Dr Thomas DUSOUCHET
Pharmacien, Coordinateur de l'association Gaïa, Paris

Juliette FOUCHER
Hépatologue, CHU Bordeaux

Dr Eliane HERRAN
Médecin addictologue au CSAPA-CAARUD BIZIA, Bayonne

Dr André NGUYEN
Pharmacien, Membre du réseau AddictLim, Limoges

Dr Brigitte REILLER
Médecin généraliste, Membre du CEID, Bordeaux

PRISE EN CHARGE DU VHC chez les usagers de drogues

Le contexte actuel

Une prévalence en diminution mais qui reste élevée

L'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) a estimé à 230 000 le nombre d'usagers problématiques de drogues en France (en 2014, on estimait à 105 000 le nombre d'injecteurs au cours de l'année et à 85 000 les injecteurs au cours du mois)[1,2].

La prévalence des contaminations par le virus de l'hépatite C chez les usagers de drogues est très importante en France. L'injection par voie intraveineuse reste le **mode de transmission majeur du VHC** chez les usagers (partage de matériel potentiellement souillé par le sang d'une personne infectée par le VHC).

L'enquête transversale ANRS-Coquelicot menée en 2011 auprès de 1537 Usagers de Drogues (UD) ayant sniffé ou injecté au moins une fois dans leur vie, a permis d'estimer la **séroprévalence du VHC à 44 % sur l'ensemble de la population des usagers de drogues** (*versus* 59,8 % lors de l'enquête réalisée en 2004-2005) : 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[3].

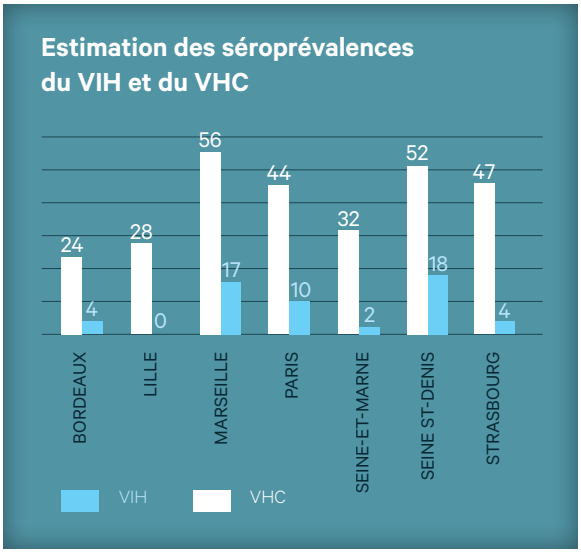


Figure 1: Estimation des séroprévalences du VIH et du VHC chez les usagers de drogues selon les zones géographiques. Etude ANRS-Coquelicot 2011[3]

Cette étude confirme également que la population des UD reçue dans les services spécialisés est fortement marquée par la précarité, puisque près de la moitié d'entre eux n'ont pas de logement stable au moment de l'enquête[4].

Grâce aux informations collectées dans sept zones géographiques (Paris, Marseille, Bordeaux, Lille, Strasbourg, en Seine-et-Marne et en Seine-Saint-Denis), l'étude ANRS-Coquelicot a montré que la prévalence du VHC variait selon les régions

en France (Cf. Figure 1). Ces différences peuvent s'expliquer d'une part, par l'âge des usagers qui peut varier d'une région à l'autre (plus la moyenne d'âge des usagers est jeune, moins la séroprévalence VHC est élevée, ex : Bordeaux ou Lille) et d'autre part, par des différences de profils et de pratiques de consommation (haut niveau de pratiques d'injection à Marseille par ex.)[3,4].

De plus, cette étude a montré un niveau de dépistage élevé au cours de leur vie (plus de 9 usagers de drogues sur 10 ont bénéficié d'un dépistage).

Enfin, l'incidence des nouvelles contaminations par le VHC serait d'environ 5 000 personnes par an dont 70 % d'usagers de drogues, ce qui fait de cette population vulnérable **le principal réservoir du VHC en France**[5].

Des conséquences lourdes chez les usagers de drogues

L'infection par le VHC est **l'une des premières causes de mortalité chez les usagers de drogues par voie injectable :** en effet, sur près de 5 000 décès liés aux hépatites virales en France chaque année, les 2/3 concernent l'hépatite C[6].

Près de 8 usagers sur 10 exposés au VHC développent une infection chronique **qui progresse vers la cirrhose** en 20 ans pour 3 à 11 % d'entre eux, avec un **risque de développer un carcinome hépatocellulaire**. De plus, la prévalence de la fibrose sévère est estimée à 15 % dans cette population. Parmi les facteurs favorisant la progression de la fibrose, on peut citer : l'âge, la consommation d'alcool, la co-infection avec le VIH, l'obésité et l'insulinorésistance[7].

Les dernières recommandations d'experts préconisent[4,8] :

- Un dépistage régulier des usagers de drogues injecteurs et adapté à leur prise de risque (tous les ans, voire tous les 6 mois chez les injecteurs actifs) ;
- Le traitement de tous les usagers de drogues injecteurs ayant une infection chronique par le VHC afin de réduire le réservoir viral et ainsi la transmission de l'infection ;
- D'informer les patients du risque de recontamination et de les faire bénéficier d'un suivi pour la Réduction Des Risques (RDR).

"Notre intervention est peu efficace en CHRS car les patients ne sont pas disponibles la journée (démarches administratives) ...Les usagers de drogues en situation de précarité aiguë y sont accueillis pour une durée de 2 semaines renouvelables une fois : leur préoccupation majeure est le repos et le dépistage des hépatites ne fait pas partie de leur priorité... Il serait préférable d'intervenir le soir mais cette période n'est pas propice car en cas de résultat positif, nous n'aurions pas la possibilité de proposer un relais médical immédiat. Et a contrario, nous manquons de moyens humains pour organiser d'autres permanences le matin."

Mme Véronika Devrim, Éducatrice spécialisée au CSAPA Bizia

Les problématiques rencontrées pour l'accès aux soins des usagers de drogues

Les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques des Usagers de Drogues (CAARUD) sont des établissements médico-sociaux dédiés à la prise en charge des problèmes d'addictions. Tous deux peuvent contribuer au dépistage des usagers de drogues qu'ils reçoivent et favoriser l'accès aux soins en hépatologie, mais leurs plateaux techniques sont souvent faibles voire inexistants et leurs équipes, essentiellement psychosociales, sont très peu médicalisées. C'est ainsi qu'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 ;
- 45 % des centres ne disposaient pas de Test Rapide à Orientation Diagnostique (TROD).

Le dépistage du VHC s'est depuis renforcé au sein des CSAPA et une nouvelle enquête serait utile afin d'évaluer l'évolution des pratiques depuis 2012, notamment au regard des TROD qui n'ont été

mis à la disposition des centres que bien après la réalisation de cette enquête. Or ces outils très aisés à mettre en œuvre sont bien adaptés à ces structures légères que sont les CSAPA/CAARUD et *a fortiori* les équipes mobiles[8].

Au-delà de ces difficultés techniques liées aux centres, les raisons pouvant expliquer le dépistage insuffisant du VHC chez les usagers de drogues sont **multiples**:

- Le caractère asymptomatique de l'infection chronique par le VHC;
- Une procédure pouvant être 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[7].

L'accès aux soins est également très insuffisant et **de nombreux obstacles** peuvent être mis en avant:

- L'ignorance du statut sérologique et la méconnaissance sur l'évolutivité de l'infection;
- La peur des examens invasifs;
- La méconnaissance de ces enjeux de santé;
- La crainte des événements indésirables liés aux traitements;
- Une couverture sociale limitée;
- Et un manque d'assiduité dans le soin[7].

Comme cela a été rappelé plus haut (étude Coquelicot), il ne faut pas perdre de vue en effet que les usagers de drogues sont confrontés à toutes sortes de difficultés au quotidien, pour eux urgentes et prioritaires (logement, trouver des ressources pour vivre et se procurer leurs produits, faire face aux dangers de la rue, des squats, gérer leur stress, etc.), de sorte que l'hépatite C n'est souvent pas perçue comme une priorité. Cette absence de demande ou même d'intérêt *a priori* 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.

L'arrivée de nouveaux dispositifs, comme les tests sur papier buvard, qui permettent le dépistage mais aussi le diagnostic des hépatites virales, devrait favoriser l'accès aux soins des usagers de drogues en simplifiant encore la démarche diagnostique car réalisables dans les centres, CSAPA ou CAARUD, que les usagers de drogues fréquentent, à la condition que les équipes soient régulièrement formées.

> *"Un brassage de populations différentes au sein d'un même lieu n'est pas toujours évident à gérer pour certains usagers (réticences vis-à-vis de la population très marginalisée fréquentant le CAARUD)."*
>
> ***Dr Brigitte Reiller, Médecin généraliste et responsable du centre Planterose***

Des initiatives qui optimisent la prise en charge des usagers de drogues atteints de VHC

Aller au-devant des usagers de drogues dans leurs lieux de vie et de consommation

Le dépistage et la prise en soins de l'hépatite C des usagers de drogues ne doivent pas uniquement se limiter aux centres d'addictologie (CSAPA et CAARUD). Certains usagers débutants peuvent ne pas être encore dans une démarche de soins alors même qu'ils ont déjà pu être contaminés (les contaminations VHC se font souvent en début de parcours d'injection). D'autre part, la population des usagers de drogues est une population assez diverse aux profils et aux modes de vie et de consommation multiples. Par exemple, certains usagers peuvent ne pas se reconnaître dans la population assez marginalisée et précaire très présente dans les CAARUD. Il faut donc aller au-devant d'eux: **les squats, les centres d'accueils (Points d'Acceuil Jour (PAJ)), les milieux festifs, les centres de santé sexuelle (VIH, PrEP), les zones rurales... sont autant de lieux de consommations et de vie d'usagers de drogues où des mesures de réduction des risques et de dépistage doivent être déployées. Pouvant également être une population isolée et éloignée géographiquement, il semble primordial d'aller à leur rencontre.** Plusieurs initiatives ont pour vocation d'élargir et de faciliter l'accès aux soins, en proposant un dépistage et un accompagnement sur les lieux de vie et de consommations des patients usagers de drogues.

Que ce soit le CSAPA Bizia de Bayonne, le CEID de Bordeaux ou encore le CSAPA Bobillot de Limoges... plusieurs structures ont déjà mis en place **une offre ambulatoire** dont l'efficacité n'est plus à démontrer. Le recours régulier à **une unité mobile**, telle que mise en place depuis 10 ans par le CSAPA Bizia est à déployer: grâce à un camion financé par Médecins

du Monde, le CSAPA assure une permanence, de 2 heures tous les 15 jours sur différents sites, permettant à l'unité mobile de proposer **un dépistage régulier** de l'hépatite C au niveau des PAJ et des Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) de la région de Bayonne et Biarritz.

Fort de cette 1ère expérience, et plus récemment, en 2012, le CSAPA Bizia de Bayonne a déployé cette initiative en se déplaçant dans les lieux de vies des usagers tels que les squats. Chaque année, environ 100 dépistages par TROD sont réalisés par l'équipe mobile de soins, avec **30 dépistages positifs depuis 2012 et aucun depuis 2016**. La mise en place d'unité mobile de soins est un dispositif efficace pour **rassurer les patients sur leur état de santé et ramener vers le soin les usagers qui en sont éloignés**.

En pratique, l'unité mobile doit proposer au cours de la consultation un **dépistage par TROD**, voire parfois **un examen hépatique par FibroScan® portatif, suivi d'un entretien avec un infirmier** pour donner suite à l'annonce du résultat. Au-delà du dépistage, **une prise en charge globale** doit être mise en œuvre :

> *"Suite au dépistage, une consultation d'annonce du résultat est programmée dans la journée ou le lendemain pour éviter de perdre de vue le patient."*
>
> ***M. Cyril Olaizola, Infirmier addictologue et référent de la réduction des risques au CSAPA Bizia***

du dépistage, jusqu'au traitement et au suivi du patient, avec par exemple, la mise en place, en cas de dépistage positif, d'un accompagnement des patients à l'hôpital ou au CSAPA pour une consultation avec un hépatologue.

Rompre l'isolement géographique des usagers de drogues est essentiel pour améliorer le dépistage, mais, il convient d'aller au-delà, en mettant en œuvre des actions de prévention et de réduction des risques (échange de seringues, distribution de matériels) dans les différents lieux de vie des usagers de drogues, que sont les milieux festifs, le milieu rural et les endroits isolés.

Prendre appui sur l'expérience du CEID de Bordeaux présente un intérêt (*Cf. Fiche Pratique* 1). Dans le cadre de l'action communautaire développée au sein du **CEID de Bordeaux**, un programme, financé par l'Agence Régionale de Santé (ARS) Aquitaine, vise à soutenir les acteurs de proximité pour la mise en œuvre d'actions de prévention et de réduction des risques en direction des jeunes, dans les contextes de consommations festives. Depuis 2008, les équipes du CEID interviennent **au niveau des zones "off"** (festivals alternatifs de musique organisés en marge d'un festival officiel, parkings et zones de campement en périphérie des festivals), ou lors d'autres événements festifs encore plus informels (free party) pour une double action : coupler la prévention primaire et le dépistage.

Concrètement, **des maraudes sont organisées en collaboration avec des usagers pairs** (notamment les poseurs de son) entre 2h du matin et midi, en marge des festivals d'été de la région. Ce travail de rue est important, car il permet **des actions au cœur des questionnements des pratiques festives comme le repérage de public en décrochage ou le passage à la première injection (généralement initiée par un "ancien" et donc à haut-risque de transmission)**.

Grâce à **un petit camion aménagé**, le CEID de Bordeaux mène également depuis plus de 20 ans, **des actions de réduction des risques (échange de seringues, distribution de matériels)** auprès d'usagers de drogues éloignés géographiquement du CSAPA et du CAARUD **(financement par l'ARS) : opérations à la campagne, sur les places du marché**, etc… En cas de dépistage positif, la personne est orientée vers le médecin traitant ou un laboratoire affilié pour confirmer le diagnostic. Le patient est ensuite adressé à un hépatologue le plus proche de son domicile, avec la possibilité de **bénéficier d'un accompagnement de l'équipe mobile si besoin**.

Les consultations délocalisées, telles que mises en place par le **CSAPA Bobillot à Limoges permettent également d'optimiser la prise en charge de l'hépatite C au plus près des usagers**.

Dans le département de la Haute-Vienne, le CSAPA Bobillot à Limoges, rattaché à l'hôpital psychiatrique au sein d'un pôle d'addictologie, propose **une offre ambulatoire** déclinée à partir du CSAPA et délocalisée sur 7 sites (hôpitaux périphériques). L'objectif est de **pallier les difficultés de transport dans la région et de proposer une offre de soins de proximité**. Il est ainsi possible de **réaliser un maillage du territoire au niveau des zones rurales et des quartiers sensibles afin d'optimiser la prise en charge** de l'hépatite C, au plus près des usagers de drogues peu accessibles.

Ainsi, depuis plus de 10 ans, des consultations sur une journée, organisées au moins tous les 15 jours, sont proposées par des infirmiers :

- **Évaluation addictologique des patients** (problématiques et conséquences) ;
- **Organisation d'un relais médical** si besoin (médecin généraliste ou hépatologue) ;
- **Prévention des conduites à risque** ;
- **Information, réduction des risques et des dommages** avec proposition de dépistage dans le cas de conduites à risque.

Le recrutement des patients est spontané la plupart du temps et s'effectue selon trois canaux :

- **Information sur le site internet** ;
- **Campagnes d'affichage** ;
- **Relais par les pharmaciens, les médecins, les infirmières scolaires, les intervenants du secteur socio-éducatif, etc…**

L'accès au dépistage et aux soins dans les zones rurales ou sensibles est capital pour les usagers éloignés géographiquement des soins : la mise en place d'équipe mobile et/ou de consultations délocalisées est une réponse efficace à cette problématique. Ces initiatives, qu'il convient de développer sur tout le territoire, permettent non seulement de toucher les usagers de drogues peu accessibles, mais également d'optimiser et favoriser le dépistage et l'accès aux soins des usagers de drogues.

Toutes ces initiatives reposent sur trois piliers : la création en amont d'un réseau, une bonne évaluation du territoire et une communication efficace délivrée via les moyens de communications modernes. PAJ, CSAPA, CAARUD, Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD) et services d'infectiologie et d'hépatologie de la région doivent être contactés au préalable et l'ensemble des interlocuteurs (médecins généralistes, pharmaciens, infirmières scolaires, élus locaux…) doivent être identifiés. Il est donc important d'aller à la rencontre des usagers de drogues, d'évaluer leurs difficultés, et de proposer une action au plus près d'eux et de leurs besoins, en identifiant les freins et les leviers rencontrés pour optimiser le recrutement.

Au-delà du déploiement des actions de "aller-vers", **il est primordial de réfléchir en amont au parcours de soins à instaurer en cas de dépistage positif** : proposer une prise en charge globale en disposant d'un FibroScan® dans l'unité mobile, intégrer une évaluation addictive des usagers et, à terme, être en mesure de prescrire un traitement de substitution qui garantira le succès de l'action mise en place, quelle qu'elle soit.

Il est également important de s'entourer d'une équipe motivée et de solliciter les éducateurs spécialisés, même au cours de leurs études, pour mettre en place ce type de projet. Pour que les PAJ deviennent des relais efficaces et pour capitaliser sur la motivation du personnel à aider les usagers de drogues sur le plan de la santé, il convient **d'encourager la formation du personnel sur les pathologies, le diagnostic et le traitement**.

Renforcer les mesures de prévention et réduire les risques de réinfections

La transmission du VHC survient très tôt dans le parcours des usagers de drogues et probablement dès les premières injections. Celles-ci sont particulièrement à risque, car souvent non planifiées et pratiquées par des usagers pairs qui peuvent ignorer avoir été contaminés par le VHC et qui sont donc à risque pour les partenaires d'injection. Aussi, prévenir le premier passage à l'injection est donc essentiel : l'enquête PRIMINJECT (enquête nationale, anonyme et confidentielle, menée par l'INPES, de 2010 à 2011) a montré que l'âge moyen de la première injection se situait entre 19 et 22 ans et que 70 % des premières injections étaient réalisées par un pair ou accompagnées d'un pair[10].

Une possibilité d'action de RDR efficace pour empêcher ou repousser la première injection consiste **à mettre en œuvre sur le terrain le programme "Change le programme" grâce à une équipe mobile** ; tel est le constat à ce jour apporté par le déploiement de ce programme à **Bordeaux** au CEID avec le soutien du RESPADD et de Santé Publique France. En pratique, ce **programme en 2 temps** s'adresse aux usagers de drogues injecteurs et potentiellement initiateurs, afin de les **encourager et de les aider à refuser ou retarder l'initiation à l'injection et à proposer des modalités alternatives d'usage**[11] aux nouveaux venus. Dans un 1er temps, dans le cadre d'un entretien motivationnel, les injecteurs expérimentés sont interrogés sur le

contexte de la primo-injection, la connaissance des risques associés (hépatite C, VIH, poussières…) et les demandes d'initiation à l'injection. Dans un 2e temps, **des jeux de rôle permettent de tester leurs réactions** face à une demande d'injection et de les aider à trouver les arguments pour empêcher ou repousser la première injection de la personne demandeuse. Afin de ne pas renforcer la notion de "statut" parmi les usagers (injecteurs ou non), il est primordial d'organiser des groupes de paroles entre les injecteurs, non injecteurs et un éducateur spécialisé. "Change le Programme" a bénéficié d'une évaluation nationale qui a pu démontrer son efficacité (réduction des initiations et des pratiques à risque).

Cette approche intégrative est intéressante car les usagers deviennent les acteurs de la prévention et de la réduction des risques. Le succès de ce programme repose sur une bonne collaboration entre les usagers pairs et les travailleurs sociaux. A Bordeaux, les interventions en squats se font grâce à une unité mobile (avec camion équipé) et les groupes de paroles s'organisent autour des injecteurs, des non injecteurs et d'un éducateur spécialisé. Le dépistage par prise de sang s'effectue par orientation ou accompagnement des usagers vers le CAARUD.

> *"Il est important de bien connaître son public et de ne pas être dans le jugement pour gagner la confiance des usagers et obtenir des résultats…"*
>
> ***Mme Agnès Creyemey, Éducatrice spécialisée au CEID de Bordeaux***

L'initiation à l'injection étant un enjeu communautaire, il serait intéressant d'ouvrir le groupe de paroles "Change le programme" également aux usagers non injecteurs.

Le risque de recontamination, après traitement du VHC, est un enjeu majeur de la prise en charge de l'hépatite C et la mise en place de mesures de réduction des risques est capitale dans la prise en charge chez les usagers de drogues. Les stratégies de RDR liées aux usages de drogues doivent donc encore être améliorées pour mieux répondre à cet enjeu. En effet, les données récentes de l'étude ANRS-Coquelicot ont montré qu'un tiers des usagers de drogues injecteurs, fréquentant les CSAPA et les CAARUD dans de grandes agglomérations françaises, rencontrent des difficultés pour se procurer des seringues[3,12]. L'accès aux Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO) est donc un facteur majeur de stabilisation.

C'est pourquoi, il est essentiel de prévenir les conduites addictives et de mettre en place des actions de réduction des risques et des dommages associés, tout particulièrement orientées vers des populations à haut-niveau de risque comme par exemple :

- Des brochures de prévention sur l'hépatite C visant le public "Chemsex" (dont le slam, pratiques d'injections de drogues de synthèse en contexte sexuel HSH) pour inciter les usagers à se faire dépister, mais aussi les migrants d'Europe de l'Est par exemple avec des documents en plusieurs langues ;
- La distribution de matériel stérile et diversifié (seringues, pipes à crack, aluminium, kits d'injection de couleurs différentes, pailles, container pour collecter le matériel utilisé, préservatifs masculin et féminin).

Afin de déployer la réduction des risques en favorisant l'accès au dépistage, sur tout le territoire, un Programme d'Échange de Seringues (PES) par voie postale a été lancé en 2011 au niveau national par l'association SAFE. **Ce programme est aujourd'hui décliné dans plusieurs régions en France dont le CEID de Bordeaux grâce à un financement de l'ARS Aquitaine. Les usagers prennent contact avec le service dédié, par téléphone ou par email, pour une demande de matériels. En retour, le chargé de mission donne des conseils de prévention et envoie par colissimo du matériel de réduction des risques (matériel d'inhalation, d'injection, de snif et de réduction des risques sexuels). L'avantage de ce programme est d'améliorer et de mieux contrôler la couverture territoriale en termes de réduction des risques, de toucher des usagers ne fréquentant pas les CSAPA et les CAARUD, et de favoriser l'accès au dépistage.** Cela permet d'établir des liens avec des UD éloignés des CAARUD du fait de l'éloignement géographique en zone rurale par exemple ou d'un éloignement culturel, certains usagers de drogues (slameurs par exemple) ne se reconnaissant pas dans le public accueilli en CAARUD. Sur la base de ces premiers échanges, il est ainsi possible de faciliter l'accès au dépistage de ces publics très éloignés du soin.

Intégrer des usagers pairs dans les structures de dépistage et de prise en charge des usagers de drogues

L'intégration d'usagers pairs est indispensable au regard de leur vécu personnel de la consommation de drogues, la connaissance de(s) communauté(s) d'usagers et des produits notamment. L'objectif est de mettre à profit leurs expériences de vie dans une posture professionnelle, ce qui n'est pas toujours aisé à réaliser. Intégrer des usagers pairs dans l'équipe d'un centre, au sein d'un groupe de paroles par exemple, mais plus largement dans le fonctionnement de la structure, a comme bénéfice :

- **De promouvoir un rapport de parité entre professionnels et usagers**, indispensable pour élaborer des actions communes et obtenir de meilleurs résultats ;
- **De tenir un rôle important dans la médiation** (faciliter les échanges avec les usagers et désamorcer les éventuels conflits ou tensions lors des interventions), et dans le renforcement des connaissances de l'équipe (sur les pratiques et les représentations des usagers notamment) ;
- **De participer à la réalisation de documents d'information**, comme c'est le cas dans le Limousin où plusieurs outils ont été réalisés par les usagers du CAARUD, portés par AIDES Limousin et le réseau AddictLim ;
- **De renforcer les capacités des usagers de drogues à intervenir en matière de RDR** en intégrant les équipes sur le terrain, après une formation préalable sur la réduction des risques.

Le recrutement doit se **faire selon les mêmes procédures que les autres salariés ou bénévoles**, c'est à dire **selon la compétence et l'engagement**, même si leur expérience de l'usage de drogues et leur connaissance de(s) communauté(s) d'usagers de drogues sont considérées comme un atout dans leur profil.

Au sein de **l'association Gaïa-Paris**, les usagers de drogues peuvent participer aux actions (distribution de matériel, antenne mobile, maraude, etc...) en tant que bénévoles ou salariés, principalement à la Salle de Consommation à Moindre Risque (SCMR) ou au CAARUD. Il n'y a pas de statut particulier pour les usagers pairs qui bénéficient du même encadrement et sont sur les mêmes postes / tâches que les autres bénévoles ou salariés. A titre d'exemple, il existe une importante communauté géorgienne parmi les usagers de drogues parisiens. Des bénévoles issus de cette communauté ont ainsi été recrutés et interviennent à Gaïa. Cette intégration a permis de réaliser de la médiation, de la traduction, de mieux faire connaître le fonctionnement de Gaïa à ces usagers et d'éclairer l'équipe sur les pratiques de consommation, les spécificités culturelles, etc...

Cette expérience au sein de l'association Gaïa-Paris montre que **la participation des usagers pairs est une action communautaire intéressante et pertinente, qu'il convient d'encourager à reproduire**.

Coordonner les soins addictologiques et hépatologiques

La coordination des soins addictologiques et hépatologiques est essentielle chez les usagers de drogues et celle-ci peut être optimisée par la **création d'une véritable unité de lieu permettant des interventions intégrées. Les CSAPA et les CAARUD sont des espaces privilégiés pour le décloisonnement des pratiques** permettant aux usagers d'avoir accès dans le même espace aux traitements addictologiques, hépatologiques, aux dispositifs de réduction des risques et à un accompagnement psychologique et social. Cette approche permet le dépistage et la prise en charge de l'hépatite C au **sein d'un même lieu régulièrement fréquenté par les usagers et donc de simplifier le parcours de soins des usagers de drogues et de favoriser le suivi des patients en limitant les "perdus de vue"**.

Ainsi, plusieurs centres en France proposent aujourd'hui un **accès global de la prise en charge de l'hépatite C par le biais d'un "guichet unique"** : prévention, dépistage, évaluation de la fibrose du foie par FibroScan®, accès à une consultation avancée d'hépatologie, mise en place et suivi du traitement antiviral, sans oublier le traitement de substitution aux opiacés[13].

LE FIBROSCAN®

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[14]. **La mise à disposition de FibroScan® mobile au sein des CSAPA est donc à encourager en complément des TROD et des buvards.**

"Cette approche intégrative améliore le suivi des patients traités pour une hépatite C. Elle évite le cloisonnement entre le traitement de substitution, le traitement addictologique, le traitement hépatologique et favorise les connaissances partagées des différents professionnels intervenant au centre."

Dr Brigitte Reiller, Médecin généraliste et responsable du centre Planterose

Depuis 2006, le **centre Planterose** (CEID de Bordeaux), avec une **file active de 2 000 usagers** propose, dans les locaux du CSAPA et du CAARUD, ce type d'approche intégrative de la prise en charge de la maladie aux usagers de drogues qui le fréquentent. L'ensemble du personnel a été formé à la RDR et aux soins de façon à assurer la continuité de la prise en charge.

Egalement, depuis 2012, à raison de un après-midi par trimestre, **le CSAPA Bobillot, de Limoges met en place une journée de dépistage** pour **les patients éloignés du parcours de soins, afin de favoriser la rencontre avec un hépatologue**. Cette initiative permet aux participants **de s'intéresser à leur santé, d'encourager le dépistage et de les amener plus facilement vers une prise en charge rapide** si besoin (TSO et traitement de l'hépatite C). Lors de cette séance, un dépistage, un examen par FibroScan® et une rencontre avec un hépatologue sont proposés. Pour déployer efficacement cette initiative, il est important de :

- Convaincre les CSAPA que ce type de journée fonctionne ;
- S'appuyer sur les équipes et rencontrer les partenaires de terrain (en mettant en place une évaluation des connaissances et une formation des équipes).

Enfin, il est important de **mettre en place des actions spécifiques** de dépistage **pour un public qui ne se reconnait pas forcément dans la population des usagers de drogues et qui ne fréquente pas les CSAPA**, comme par exemple pour les Hommes ayant des rapports Sexuels avec les Hommes (HSH). La mise en place d'un **accueil spécifique** est une réponse pertinente à ce type de problématique.

En 2014, l'enquête SLAM portée par AIDES a mis en lumière cette pratique d'injection de drogues au cours des rapports sexuels, les risques de transmission des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) qui y sont liés, ainsi que les problématiques dues à de mauvaises pratiques d'injection. Le groupe de travail Chemsex a été formé en 2015 au sein de l'association, afin de se préparer à l'arrivée de ce phénomène communautaire. Ainsi, le 7 juin 2016, à Marseille (premier CeGIDD porté par AIDES), **le SPOT Longchamp, centre communautaire** de santé sexuelle a été ouvert (*Cf. Fiche Pratique* 2). Ce **lieu d'accueil spécifique et non jugeant** a été développé afin d'accueillir les HSH et aborder la question du chemsex. Un projet similaire est en cours au **CSAPA de Bordeaux, avec l'aide des professionnels de l'association AIDES de Paris et de Marseille et le Centre Hospitalier (CH) Saint-André (CHU de Bordeaux)**.

"Ne pas hésiter à proposer ces actions aux acteurs de terrain et à les impliquer."

Dr Catherine Chevalier, Psychiatre, responsable du CSAPA Bobillot de Limoges et secrétaire du réseau AddictLim

L'accueil spécifique des HSH au sein du SPOT Longchamp propose :

- **Des entretiens**, dans le cadre de la Prophylaxie Pré-Exposition (PrEP) en prévention du VIH **pour aborder des problématiques bien spécifiques** comme la consommation de drogues lors des pratiques sexuelles ;
- **Des apéros mensuels pour un temps collectif et l'accès à plusieurs offres** : échanges sur les pratiques, entretien individuel avec une psychiatre-addictologue, analyse sur site des substances consommées par chromatographie sur couche mince, orientation vers un dépistage global (TROD VIH et VHC) grâce à des permanences hebdomadaires du CeGIDD ;
- **Une organisation bien définie du parcours de soins en cas de dépistage positif** : prise en charge coordonnée par un médecin du CeGIDD en partenariat avec les hôpitaux de la région ou des hépatologues libéraux, accompagnement physique ou téléphonique par les accompagnateurs communautaires.

"Le dispositif TREND (Tendances Récentes Et Nouvelles Drogues) est un dispositif d'observation et d'approche anthropo-sociologique dont l'objectif est de documenter les usages de substances psychoactives et les phénomènes émergents au sein de la région Nouvelle Aquitaine. En pratique, nous allons à la rencontre d'usagers de drogues actifs afin de recueillir des informations et documenter les pratiques sur notre territoire. Pour cela, nous travaillons en étroite collaboration avec les usagers experts (trendsetters) mais également des acteurs du secteur sanitaire (CAARUD, CSAPA, services des Urgences, Centre d'accueil d'urgences des victimes d'agressions, pompiers…) et le champ d'application de la Loi (parquet, douanes, brigade des stupéfiants, gendarmerie, police…)."

Mme Aurélie Lazes-Charmetant, Chargée de missions au CEID de Bordeaux

Quelles que soient ces propositions intégrées, mise en place d'un "guichet unique", "d'un accueil spécifique" ou "d'une journée de dépistage", **le succès de ces actions repose en amont sur un travail en réseau et sur une formation transversale des équipes** (éducateur spécialisé, psychologue, assistante sociale…), intégrant **des thématiques larges** telles que la sexualité, les pratiques, les injections de drogues, les nouvelles substances…

Encourager la délégation de tâches et favoriser la coordination des soins

La délégation de tâches, par les hépatologues des centres hospitaliers aux médecins addictologues des CSAPA, permet une collaboration efficiente avec l'hépatologue et garantie une prise en charge coordonnée, optimale et bienveillante des patients.

Le CSAPA étant un lieu d'accueil sécurisant où les patients sont en confiance, les hépatologues peuvent s'appuyer sur l'équipe du CSAPA pour le dépistage, la bonne observance du traitement et l'accompagnement médico-psychologique et social.

Grâce à une collaboration étroite entre le CSAPA Bizia et le CH de Bayonne, une consultation avancée mensuelle des hépatologues du CH de Bayonne est proposée depuis 2005 aux patients du CSAPA Bizia, en présence d'une infirmière référente.

Cette initiative présente un double avantage : elle simplifie le travail de l'hépatologue et accélère le parcours de soins du patient.

Dans le cadre de la délégation de tâches, les missions du médecin addictologues en CSAPA sont multiples :

- Veiller à l'implication de toute l'équipe en maintenant continuellement le niveau de formation et de compétence au service du patient ;
- Informer le patient sur les risques de contamination et de transmission, l'évolution de la maladie et son pronostic à long terme ;
- Participer au dépistage du VHC, appréhender les éventuels freins aux soins, s'assurer de l'observance thérapeutique et, coordonner le suivi ;
- Prévenir les recontaminations, par la stabilité addictive (traitements addictolytiques opiacés) et par échanges sur des pratiques à risque éventuellement persistantes avec les patients.

Dans l'intérêt d'un maintien des compétences de l'équipe du CSAPA, les hépatologues du CH de Bayonne assurent la formation continue de l'équipe environ une fois par an.

"Les liens de collaboration créés avec les hépatologues garantissent une prise en charge bienveillante et efficience de nos patients."

Dr Eliane Herran, Médecin addictologue au CSAPA Bizia de Bayonne

Au sein de chaque structure, il convient **d'identifier et de nommer un référent hépatite, sans limitation de profil** (infirmier(e)s, travailleurs sociaux, médecins…), les travailleurs sociaux ayant un rôle central dans le suivi des patients et l'accompagnement au long cours. Quelle que soit la fonction initiale de cette personne, elle doit avoir acquis des connaissances sur la pathologie et présenter un vif intérêt pour sa prise en charge. Cette personne est indispensable pour :

- Maintenir la motivation et la formation de l'équipe sur les nouveautés dans la prise en charge ;

- Faire en sorte que la prévention, le dépistage et la prise en charge de l'hépatite reste une préoccupation quotidienne des équipes, malgré la charge de travail éventuelle de l'établissement ;
- Tisser des liens avec les hépatologues.

Dans ce sens, au sein de l'association lilloise, le Cèdre Bleu (association de loi 1901 créée il y a 40 ans), **la coordination de la prise en charge des hépatites est confiée à une assistante sociale** depuis près de 15 ans. Cette association est très impliquée dans l'accueil, l'accompagnement, l'accès aux soins et la prévention des personnes en difficultés, présentant des conduites à risque ou addictives. Elle comporte différents services dont un CAARUD, un CSAPA, un centre d'accueil et d'entretien familial, un service d'aide à la relation entre parents et jeunes et un service d'études et recherches.

"L'intérêt d'avoir une personne référente pour l'hépatite C au sein d'une structure permet de se tenir informé sur les nouveautés dans la prise en charge. Cela centralise les informations au sein de l'équipe… La prévention, le dépistage, la prise en charge de l'hépatite C restent ainsi une préoccupation quotidienne des équipes."

Mme Pascale Sablon, Assistante sociale au Cèdre Bleu

Les différentes missions de l'assistante sociale référente de l'hépatite pour l'association sont de :

- Faire le lien avec l'hépatologue du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille qui réalise une consultation avancée au Cèdre bleu ;
- **Coordonner les actions de dépistage** avec l'organisation d'une journée de dépistage (deux fois par an) avec la mise à disposition d'un FibroScan®, la consultation par un hépatologue, la présence d'un laboratoire d'analyses médicales pour les sérologies ;
- **Organiser des formations** pour les autres membres de l'équipe et de l'association.

L'expérience du Cèdre Bleu démontre que l'assistance sociale peut parfaitement assurer la coordination du soin.

Afin de favoriser le parcours de soins et accompagner les usagers au-delà du traitement, il est intéressant **de s'appuyer en relais sur les infirmier(e)s libéraux(ales) pour assurer la continuité du suivi des patients**. Leur rôle est essentiel dans la prise en charge pour rassurer le patient, permettre l'observance au traitement mais aussi aider à la gestion du traitement de substitution.

"Afin d'améliorer le suivi, il serait utile de mettre en place un rendez-vous annuel pour faire le point avec les patients… Pour les patients traités et "perdus de vue" car passés en médecine de ville, il serait également pertinent de contacter le médecin traitant pour assurer un suivi annuel avec bilan sanguin, FibroScan® et écho hépatique."

Mme Josiane Silhol, Infirmière référente au CSAPA Bizia de Bayonne

L'initiative mise en place par **le CSAPA de Bizia de Bayonne** est à développer au sein des différents établissements. Lorsqu'un traitement pour l'hépatite C est proposé à un patient, **une infirmière référente** est missionnée pour s'assurer du bon déroulement du parcours de soins et garantir l'observance. En fonction de son autonomie, l'usager peut soit récupérer son traitement à la pharmacie de l'hôpital, soit être accompagné par le CSAPA pour les moins autonomes. Le CSAPA peut délivrer le traitement chaque semaine ou le faire par le biais d'un(e) infirmier(e) à domicile. L'infirmier(e) référent(e) du CSAPA **s'assure, par des appels téléphoniques ciblés, que le patient respecte bien le protocole de suivi thérapeutique mis en place** (prises de sang programmées avant le début du traitement, à la fin du traitement et 3 mois après l'arrêt du traitement). Cet accompagnement est plus régulier pour les patients suivis à l'extérieur du CSAPA afin de s'assurer du bon déroulement du traitement, de gérer les éventuels effets indésirables, de rappeler les rendez-vous avec le gastro-entérologue (ou autres spécialistes) et les bilans sanguins. Après une formation d'Education pour la Réduction des risques Liés à l'Injection (ERLI), **un infirmier de la structure intervient également** auprès des patients pour les accompagner au-delà du traitement. La mise en place d'un **programme de mesures de réduction des risques** (distribution de seringues, «roule ta paille», pipes à crack, papier d'aluminium et préservatifs) permet d'éviter la perte de vue des patients et de limiter les recontaminations.

Étendre la mise à disposition d'outils de dépistage

La place des TROD dans la stratégie de dépistage du VHC est primordiale et le recours au **TROD VHC salivaire** a démontré son intérêt pour un dépistage rapide en **médecine de ville** (étude Hepcort). En ville comme à l'hôpital, l'accès et le recours aux TROD est à faciliter : il convient de systématiser la mise à disposition de cet outil en développant les habilitations des centres et la formation des équipes.

Le prélèvement sanguin sur papier buvard est une technique récente qui facilite sans contexte l'accès au dépistage (*Cf. Fiche Pratique* 3). A l'aide de quelques gouttes de sang prélevées au bout du doigt, cette technique, élaborée en 2010 par le CHU de Montpellier, permet de dépister et diagnostiquer en un seul prélèvement, 3 infections virales : le VIH, le VHB et le VHC. En cas de dépistage positif du VHC, cette technique permet d'une part de détecter et d'analyser l'ARN du VHC à partir du même prélèvement sanguin, et d'autre part de mesurer la charge virale. L'envoi du prélèvement se fait par voie postale au laboratoire d'analyse de l'établissement hospitalier. Les résultats sont communiqués dans un délai de 2 à 3 jours pour l'analyse sérologique et de 5 jours pour la charge virale.

Ce prélèvement, bien accepté par les usagers de drogues, comporte de nombreux avantages aussi bien dans l'acte technique de prélèvement que pour la prise en charge :

- **Technique simple et facile à réaliser** : le prélèvement se rapproche d'une prise sang, préserve le capital veineux, ne nécessite pas l'aide d'une infirmière et est sans contraintes de transport (pas de tubes de sang) ;
- **Test complet avec mesure de la charge virale, qui favorise conjointement le dépistage de trois infections virales** (VIH, VHB et VHC), **et plus récemment de la syphilis** ;
- **Initiation rapide du traitement** auprès d'une population un peu fuyante.

"La mise à disposition des TROD au sein des CSAPA serait une bonne chose pour améliorer l'accès aux soins. "

Mme Josiane Silhol, Infirmière référente au CSAPA Bizia de Bayonne

"Pour les patients, le FibroScan® est un outil très bien accepté, non invasif qui les aide à prendre conscience de la réalité clinique de la fibrose et de l'hépatite C. Cela permet de faciliter le dépistage et leur entrée dans le soin le cas échéant... Une version plus moderne (avec mesure de la stéatohépatite non alcoolique) et portative faciliterait les actions en dehors du CSAPA... La mesure de la fibrose hépatique par FibroScan® doit être pleinement intégrée aux soins en addictologie. La mise à disposition d'un FibroScan® est encore plus bénéfique si on l'ouvre à tous les acteurs de la prise en charge, hépatologues libéraux et hospitaliers, afin de décloisonner les pratiques et favoriser les collaborations."

Mme Cécilia Maitre, Coordinatrice de Santé et d'Appui en Addictologie

Cette technique a été évaluée au cours d'une enquête réalisée auprès de 380 usagers de drogues au CSAPA Arc-en-ciel de Montpellier (72% des usagers de drogues sont venus chercher leurs résultats).

Au regard de l'intérêt de cette technique, il convient sans contexte de la généraliser sur l'ensemble du territoire. Des améliorations futures pourront être apportées, avec la possibilité de mesurer la charge virale du VIH, d'étudier le génotype du virus par l'utilisation d'un séquenceur et de doser les marqueurs de dénutrition pour les usagers précaires.

En complément des TROD et des tests sur papier buvard, la mise à disposition d'un **FibroScan® mobile au sein des CSAPA** et des structures partenaires est également à encourager pour de nombreuses raisons, aussi bien pour les professionnels de santé que pour les patients :

- **Faciliter le dépistage et la prise en charge** le cas échéant ;
- **Décloisonner les pratiques** entre les professionnels de l'addictologie et les hépatologues afin d'améliorer la synergie et le lien donc l'accès aux soins des patients ;

- **Déstigmatiser le rôle du CSAPA** en normalisant le lieu par la présence dans la même salle d'attente au CSAPA de patients souffrants ou non d'addiction.

Une expérience originale et facilement reproductible dans les zones où l'accès aux examens est réduit, a été mise en place par le Réseau Sud Aquitain des Professionnels de Soins en Addictologie (RESAPSAD): **une mutualisation de moyens pour favoriser le partage de FibroScan® par les professionnels de santé au sein d'une même région**.

> *"Le FibroScan® s'est avéré un outil motivationnel remarquable qui suscite la prise de conscience de la réalité clinique de la maladie du foie, l'adhésion au dépistageet ouvre le dialogue autour des consommations d'alcool."*
>
> ***Dr Eliane Herran, Médecin addictologue au CSAPA Bizia de Bayonne***

A titre expérimental, un FibroScan® a été mis à la disposition du CSAPA Bizia pendant une semaine afin de tester son acceptabilité auprès des patients. Fort du succès généré par ce test, le réseau RESAPSAD a réalisé l'acquisition de cet examen non invasif, en janvier 2007. Depuis 10 ans, RESAPSAD met à disposition gratuitement le FibroScan® auprès du CSAPA Bizia sur des créneaux spécifiques, des hépatologues libéraux de Bayonne, Dax, Saint-Jean-de-Luz, Biarritz, des hépatologues hospitaliers de Bayonne et de Dax, des deux CSAPA/CAARUD ambulatoires de Bayonne et Anglet, du CSAPA avec hébergement Broquedis (Saint André de Seignanx). A noter, que depuis 2013, une participation de 9 €/acte est demandé aux libéraux pour l'entretien du matériel.

Élargir le parcours de soins aux pharmaciens et aux médecins généralistes

Les pharmaciens de ville sont des acteurs de santé de première ligne, présents sur tout le territoire, qui proposent une large amplitude horaire d'accueil. Ils ont un **rôle essentiel et précieux** pour le dépistage, l'accès aux soins et la réduction des risques. Les pharmaciens sont également **une porte d'entrée simple et non stigmatisante** pour le PES et permettent de toucher des usagers éloignés des grandes villes, ou les HSH chemsexeurs qui ne se retrouvent pas dans la population usagère de drogues.

En 2014, **un PES** a été mis en place dans les Deux-Sèvres, avec l'association AIDES (en charge du comité de pilotage) et le concours d'une dizaine de pharmaciens militants, de façon à favoriser l'accès à du matériel stérile à usage unique y compris en milieu rural, sur l'ensemble du département.

Quarante-trois pharmacies volontaires et bénévoles consacrent **une demi-journée par semaine** à la coordination du PES. En pratique, les missions et actions comprennent:

- **Des contacts réguliers avec les pharmacies** (rencontres et contacts téléphoniques);
- **La commande de matériel** (KITs+, conteneurs de récupération des déchets, Stérifilts®);
- **L'approvisionnement gratuit des pharmacies** par les répartiteurs, par envoi postal ou par livraison directement par le CAARUD;
- **La gestion de la récupération des Déchets d'Activités de Soins à Risque Infectieux (DASRI)**;
- **La création d'outils de communication à destination des pharmaciens** (contacts et conduite à tenir face à différentes situations) **ou des usagers de drogues** (conseils de réduction des risques, adresses des CSAPA, CAARUD, permanences mobiles de AIDES et CeGIDD).

Le Médecin Généraliste (MG) est également un acteur de soins de premier recours facilement accessible, avec un savoir-être clinique non stigmatisant pour les usagers de drogues.

> *"Il est important de bien évaluer l'investissement des pharmacies partenaires afin de proposer des solutions adaptées aux besoins des usagers du territoire... Créer également des temps de sensibilisation en regroupant plusieurs pharmacies au sein d'une même ville..."*
>
> ***Mme Josiane Silhol, Infirmière référente au CSAPA Bizia de Bayonne***

L'étude Hepcort est une étude nationale d'incidence du VHC menée chez des patients sous Médicaments de Substitution aux Opiacés (MSO) suivis par leur médecin généraliste. L'objectif principal était d'évaluer l'intérêt de la méthadone pour limiter les séroconversions par le VHC chez des patients suivis en médecine générale, comparativement aux autres traitements (Subutex® et ses formes génériques, et Suboxone®). Des objectifs secondaires visaient à mesurer le taux de rétention des patients dans les 2 groupes et à identifier les facteurs liés à la séroconversion VHC. **Cinquante MG** ont été tirés au sort parmi une liste de MG prescripteurs de MSO et **732 patients ont été inclus** (357 patients pour le groupe Méthadone et 375 patients pour le groupe Buprénorphine). Tous les 6 mois, un TROD VHC salivaire Oraquick° était réalisé et un questionnaire d'observation devait être complété durant la consultation. Les résultats de l'étude ont montré un **très bon taux de rétention des patients de 90 %, ce qui montre le rôle majeur des MG comme acteur de soins de premier recours facilement accessible dans le dépistage de l'hépatite C chez les usagers de drogues**.

Ces différents types d'initiatives démontrent l'intérêt et l'importance d'élargir le parcours de soin au pharmacien et au médecin généraliste. Il convient de sensibiliser les pharmaciens aux modes de transmission des hépatites virales, d'orienter les usagers vers ce professionnel de santé et d'encourager le recours au médecin généraliste pour un dépistage régulier du VHC.

"L'étude Hepcort a confirmé le caractère protecteur des MSO en médecine générale pour le risque de contamination par le VHC. "

Dr Xavier Aknine, Médecin généraliste à Gagny (93) et président de l'ANGREHC (Association Nationale des Généralistes pour la Recherche et l'Étude de l'Hépatite C)

LES PROPOSITIONS

pour améliorer le dépistage et l'accès en soins de l'hépatite C des usagers de drogues

1/ Aller au-devant des usagers de drogues dans leurs lieux de vie et de consommations

- Mettre en place des équipes mobiles de soins et des consultations délocalisées.
- Créer un réseau de partenaires et contacter au préalable l'ensemble des partenaires : PAJ, CSAPA, CAARUD, PASS, CeGIDD et les services d'infectiologie et d'hépatologie de la région.
- Évaluer les besoins et les ressources des territoires et repérer les interlocuteurs potentiels (médecins généralistes, pharmaciens, infirmières scolaires, éducateurs spécialisés, élus locaux ...), les rencontrer, évaluer leurs difficultés.
- Réfléchir en amont au parcours de soins pouvant être mis en place en cas de dépistage positif.
- Organiser des maraudes en collaboration avec des usagers pairs (« navigateurs »).
- S'entourer d'une équipe motivée et formée (sur les pathologies, le diagnostic, le traitement) afin qu'ils deviennent des relais plus efficaces.
- Communiquer avec des moyens modernes.

2/ Renforcer les mesures de prévention, de soins et de réduction des risques

- Favoriser l'accès au dépistage des usagers de drogues injecteurs de façon régulière et adaptée à leur prise de risque (tous les ans, voire tous les 6 mois chez les injecteurs actifs).
- Traiter tous les usagers de drogues injecteurs ayant une infection chronique par le VHC afin de réduire le réservoir viral et ainsi la transmission de l'infection.
- Informer les patients du risque de recontamination et les faire bénéficier d'un suivi pour la RDR incluant des modules de prévention de la recontamination ("Change le Programme", AERLI, etc.).
- Déployer des brochures d'informations dans plusieurs langues et des modalités d'intervention à différents contextes culturels.
- Favoriser l'accès aux matériels de prévention et de RDR.

3/ Intégrer des usagers pairs dans les structures de dépistage et de prise en charge des usagers de drogues

- Prendre en compte et intégrer dans les actions les points de vue des usagers.
- Favoriser l'intégration d'usagers dans l'équipe (maraudes, accueil, accompagnement).

4/ Coordonner les soins addictologiques et hépatologiques

- Soutenir le travail en réseau.
- Développer les approches intégrées hépato/addicto en CSAPA et CAARUD.
- Créer des dispositifs avancés, mobiles, et des lieux spécifiques pour les populations qui ne fréquentent les CSAPA et les CAARUD.

5/ Encourager la délégation de tâches et favoriser la coordination des soins

- Favoriser et optimiser la collaboration coordonnée entre les hépatologues et les médecins addictologues de CSAPA.
- Soutenir les possibilités de prescription d'Antiviraux à Action Directe (AAD) par les médecins exerçant en CSAPA ou en réseau structuré.
- Assurer la formation continue des équipes de CSAPA.
- Identifier et nommer un référent hépatite sans limitation de profil (infirmier(e)s, travailleurs sociaux, médecins, ...)
  - Pour la coordination de la prise en charge,
  - Pour assurer la continuité du suivi des patients.

6/ **Étendre la mise à disposition d'outils de dépistage**

- Systématiser la mise à disposition des TROD (habilitation des centres et formations des équipes).
- Favoriser l'accès à de nouvelles techniques de diagnostic (le test sur papier buvard).
- Mettre à disposition un FibroScan® à l'ensemble des acteurs de la prise en charge (hépatologues libéraux et hospitaliers) sur des créneaux spécifiques.

7/ **Élargir le parcours de soins aux pharmaciens et aux médecins généralistes**

- S'appuyer sur les pharmaciens de ville motivés pour développer des actions de sensibilisation ciblées : PES et distribution de brochures d'information.
- Evaluer l'investissement des pharmacies partenaires afin de proposer des solutions adaptées aux besoins des usagers du territoire.
- Réfléchir sur le mode de livraison des pharmacies et de récupération des DASRI.
- Développer le dépistage par TROD VHC salivaire Oraquick° chez le MG.

LES ANNEXES : fiches explicatives d'initiatives existantes en France

FICHE PRATIQUE 1

En milieu festif : une action communautaire menée par le CEID de Bordeaux

Le témoignage de M. Jean-Hugues Morales, Chargé de missions au CEID de Bordeaux.

Dans le cadre de l'action communautaire développée au sein du CEID de Bordeaux, un programme, financé par l'ARS Aquitaine, vise à soutenir les acteurs de proximité pour la mise en œuvre d'actions de prévention et de réduction des risques en direction des jeunes dans les contextes de consommations festives. Depuis 2008, les équipes du CEID interviennent au niveau des zones « off » (festivals alternatifs de musique organisés en marge d'un festival officiel), et lors d'autres événements festifs (free party) au cours de l'année.

CIBLE ET FILE ACTIVE

- Usagers de drogues présents dans les zones "off".

ENJEUX

- Dépister dans les milieux festifs.

ACTEURS MOBILISÉS

- Chargé de mission
- Éducateur spécialisé

EN PRATIQUE

Organiser des maraudes en collaboration avec des usagers pairs (poseurs de son notamment) entre 2h du matin et midi, en marge des festivals d'été de la région (zones off et entre soi) afin de proposer :

- Prévention des conduites addictives ;
- Réduction des risques et des dommages associés ;
- Distribution de matériel stérile (les contrôles à l'entrée des festivals favorisant la prise de risque) ;
- Orientation vers l'accès aux soins (incitation au dépistage du VIH et des hépatites au niveau du CAARUD assurant une permanence sans rendez-vous le lundi matin).

FINANCEMENT

- Financement de 15 000 € par l'ARS : travail de maraude, tenue de stand, formation des précepteurs et des bénévoles, accompagnement des organisateurs et des services de secours.

RÉSULTATS

- Entre 12 et 15 festivals de musique entre mai et août.
- Environ 10 interventions hors festival / an (accompagnement au long cours des organisateurs de soirées sous divers formats - maintien du lien le reste de l'année).
- 2 000 usagers de drogues injecteurs touchés en 2016.

Pour en savoir plus :

Contact : M. Jean-Hugues Morales, Chargé de missions au CEID de Bordeaux - jh.morales@ceid-addiction.com

FICHE PRATIQUE 2

Usage de drogues et pratiques sexuelles à risque : la mise en place d'un accueil spécifique pour favoriser le dépistage des HSH

En 2014, l'enquête SLAM portée par AIDES a mis en lumière cette pratique de l'injection de drogues au cours des rapports sexuels et les risques de transmission des IST qui y sont liés, ainsi que les problématiques dues à de mauvaises pratiques d'injection. Le groupe de travail Chemsex a été formé en 2015 au sein de l'association afin de se préparer à l'arrivée de ce phénomène communautaire. Ainsi, un lieu spécifique et non jugeant a été développé afin d'accueillir les HSH et aborder la question du chemsex : le SPOT Longchamp, centre communautaire de santé sexuelle a été ouvert le 7 juin 2016 à Marseille (premier CeGIDD porté par AIDES).

CIBLE ET FILE ACTIVE

- Usagers de drogues HSH.
- File active de 336 HSH (de juin 2016 à septembre 2017).

ENJEUX

- Proposer un accueil spécifique pour favoriser le dépistage.

ACTEURS MOBILISÉS

- Chargé de mission
- Accompagnateurs communautaires
- Infirmière
- Médecin
- Pour les apéros Chemsex : militants d'AIDES, psychiatre-addictologue et une personne pour l'analyse des produits

EN PRATIQUE

- Thématique de la consommation de drogues lors des pratiques sexuelles au cours de tous les entretiens réalisés auprès des HSH, notamment ceux accompagnés dans le cadre de la Prophylaxie Pré-Exposition (PrEP) en prévention du VIH.
- Organisation d'apéro Chemsex afin de proposer un temps collectif et l'accès à plusieurs offres :
  - Échanges sur les pratiques,
  - Entretien individuel avec une psychiatre-addictologue,
  - Analyse sur site des substances consommées par chromatographie sur couche mince,
  - Orientation vers un dépistage global (TROD VIH et VHC) : via les permanences hebdomadaires du CeGIDD.
- Organisation du parcours de soins en cas de dépistage positif :
  - Prise en charge coordonnée par un médecin du CeGIDD en partenariat avec les hôpitaux de la région ou des hépatologues libéraux,
  - Accompagnement physique ou téléphonique à la demande par les accompagnateurs communautaires.

RÉSULTATS

- 112 personnes accompagnées pour la PrEP dont 90 sous traitement.
- Sur les 90 sous traitement :
  - 53 % pratiquent le chemsex dont 12 % de slam (injection).
  - 4 découvertes de sérologie positive pour le VHC.
- 4 permanences au CeGIDD/semaine pour le dépistage anonyme et gratuit du VIH et du VHC.
- 1 apéro Chemsex / mois.
- 6 participants/apéro.

FICHE PRATIQUE 3

Le prélèvement sanguin sur papier buvard : faciliter l'accès au dépistage et au diagnostic de l'hépatite C chez les usagers de drogues

Le témoignage du Dr Jacques Ducos, PH responsable de l'Unité Fonctionnelle des Hépatites Virales au CHU Lapeyronie et Co-fondateur de Spot-to-lab.

Le test sur papier buvard a été élaboré en 2010 au CHU de Montpellier afin de déterminer la détection de l'ARN VHC d'enfants nés d'une mère porteuse du VHC. Très rapidement cette technique a présenté un intérêt pour le dépistage des usagers de drogues en raison de leur mauvais état veineux. Cet outil a donc été développé en collaboration avec les structures locales (CSAPA, CAARUD et CeGIDD). Pour cela, en accord avec le CHU de Montpellier, la structure de recherche clinique « Spot-to-lab » a été créée.

CIBLE ET FILE ACTIVE

- Usagers de drogues.

ENJEUX

- Réaliser le dépistage du VIH, du VHB et du VHC à l'aide de quelques gouttes de sang prélevées au bout du doigt, mais également analyser la détection de l'ARN VHC dans le cas d'un dépistage positif de l'hépatite C.

EN PRATIQUE

- Prélèvement par simple piqûre au bout du doigt ;
  - Kit de prélèvement comprenant : 1 buvard, 1 lancette, 1 compresse, 1 tampon alcoolisé, 1 pansement, 1 disséquant et 1 sachet transparent, 1 enveloppe affranchie, 1 notice d'utilisation, 1 formulaire de prescription.
- Envoi du prélèvement par voie postale au laboratoire.
- Dépistage de trois infections virales : VIH, VHB et VHC.
- Mesure de la charge virale : analyser la détection de l'ARN VHC dans le cas d'un dépistage positif de l'hépatite C.
- Retour du résultat sous :
  - 2 à 3 jours pour l'analyse sérologique,
  - 5 jours pour la charge virale.

FINANCEMENT

- Coût d'un test sur buvard pour un CSAPA /CAARUD : 42 €.

RÉSULTATS

- Première enquête réalisée auprès de 380 usagers de drogues
  - 72 % retour de résultats au CSAPA Arc-en-ciel de Montpellier.
- Deuxième enquête épidémiologique (en cours) portant sur 2 090 tests sur buvard
  - 33,3 % de sérologie positive pour l'hépatite C dont 46 % d'ARN+,
  - 1,03 % de sérologie positive pour le VIH,
  - 1,23 % de sérologie positive pour le VHB.

Pour en savoir plus :

Contact : Dr Jacques Ducos, PH responsable de l'Unité Fonctionnelle des Hépatites Virales au CHU Lapeyronie et Co-fondateur de Spot-to-lab - jacques.ducos@spot-to-lab.fr

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES CHAPITRE 1 :

1. Janssen E, Bastiniac T. Usage problématique de drogues en France: les prévalences en 2011. OFDT - Septembre 2013:37p
2. Janssen E. Usagers de drogues pratiquant l'injection par intraveineuse - Estimation 2014 en France métropolitaine. OFDT - Septembre 2016:8p
3. Weill-Barillet L, Pillonel J, Semaille C, *et al.* Hepatitis C virus and HIV seroprevalences, sociodemographic characteristics, behaviors and access to syringes among drug users, a comparison of geographical areas in France, ANRS-Coquelicot 2011 survey. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 2016(64):301–312
4. Jauffret-Roustide, *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-COQUELOCOT 2011
5. AFEF. Recommandations AFEF sur la prise en charge de l'hépatite virale C. Mars 2017:79p
6. Actal n°10, décembre 2011 – Cahiers thématiques de la Fédération Addiction. Hépatites: de réelles avancées!: Edito du Dr Jean-Michel Delile, p 1
7. Barraud H, Ehrhart S, Bronowicki JP. Toxicomanie et hépatite chronique C. C. Hépato Gastro 2017;24:223-239
8. Dhumeaux D. Prise en charge thérapeutique et suivi de l'ensemble des personés infectées par le virus de l'hépatite C. Rapport de recommandations 2016. Chapitre 2: Organisation de la prise en charge thérapeutique et du suivi des personnes usagères de drogues infectées par le virus de l'hépatite C: 13-30p
9. Bronowicki JP. La prise en charge de l'hépatite C chez les usagers de drogues. Présentation AFEF 2016
10. Guichard A, Michels D, Guignard R, *et al.* Changing patterns of first injection across key periods of the French Harm Reduction Policy: PrimInject, a cross sectional analysis. Drug Alcohol Depend. 2013;133(1):254-61
11. Change le programme. Rapport d'évaluation (1er décembre 2014 – 30 novembre 2016):94p
12. Delile JM, Reiller R, Foucher J, *et al.* Hépatite C chez les usagers de drogues: Comment améliorer l'efficacité de la prévention et de la prise en charge? Alcoologie et Addictologie 2008;30(4):385-394
13. Actal n°10, décembre 2011 – Cahiers thématiques de la Fédération Addiction. Hépatites: de réelles avancées!: L'unité de lieu: pour améliorer la prise en charge de l'hépatite C chez les usagers de drogues, par le Dr Brigitte Reiller, pages 13-17
14. 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



L'accès aux soins de personnes migrantes infectées par le virus de l'hépatite C

Membres du groupe de travail

Dr Isabelle ROSA
COORDINATRICE DU GROUPE
Gastro-entérologue et Hépatologue,
CHI de Créteil

Pr Victor DE LEDINGHEN
Hépatologue, CHU Bordeaux

Charlotte LABOURDETTE
Chargée de mission PRECAVIR, CHI de Créteil

Dr Nicolas VIGNIER
Infectiologue, Groupe hospitalier Sud Île-de-France

PRISE EN CHARGE DU VHC chez les personnes migrantes

Le contexte actuel

Les "immigrés" sont définis par le Haut Conseil à l'Intégration comme **toutes personnes nées étrangères à l'étranger et qui résident en France, qu'elles aient acquis ou non la nationalité française. Le terme de "migrants" quand à lui ne bénéficie pas d'une définition consensuelle**[1].

L'Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture (UNESCO) définit **les "migrants" comme toute personne qui vit de façon temporaire ou permanente dans un pays dans lequel il n'est pas né**[2].

Selon les données de 2014 de l'INSEE, on dénombre en France **5,9 millions d'immigrés** (8,9 % de la population résidant en France). Parmi eux, 3,6 millions sont de nationalité étrangère et 2,3 millions, soit 39 % des immigrés, ont acquis la nationalité française[3]. Selon l'INSEE, chaque année en moyenne, entre 2004 et 2012, 200 000 immigrés sont entrés en France[4].

Cette définition englobe une population hétérogène, dont l'origine, le vécu, le parcours migratoire, l'âge, la langue et les conditions de vie à l'arrivée sont extrêmement diverses.

Ce chapitre s'est principalement intéressé aux migrants nouvellement arrivés sur le territoire avec ou sans titre de séjour et étant souvent en situation de précarité.

S'agissant des personnes réfugiées, l'Europe fait face à une crise migratoire majeure depuis la deuxième guerre mondiale : le nombre de réfugiés ayant demandé l'asile dans l'Union Européenne en 2015 et 2016 est de 2,5 millions[5].

Selon l'agence FRONTEX, il y a eu plus de 2,3 millions de détections de traversées de frontières illégales et 441 780 séjours illégaux en Europe. Ce chiffre s'explique notamment par les conflits en Syrie, en Afghanistan, au Soudan, en Libye et en Érythrée[6].

En France, en 2015, 80 075 demandes d'asile ont été enregistrées à l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA), dont 74 468 premières demandes (mineurs inclus) et 5 607 réexamens. 62 057 décisions hors mineurs accompagnant ont été prises, soit une augmentation de 19,2 % par rapport à 2014. L'OFPRA a pris 14 119 décisions d'accord contre 8 763 en 2014[7]. En 2016, 85 726 demandes ont été formulées, soit une hausse de 7 % par rapport à 2015[8]. Un rapport du Ministère de l'Intérieur publié en juillet 2017 montre une évolution de +4,8 % du nombre de premiers titres de séjour délivrés entre 2015 et 2016, les principaux motifs d'admission étant économique (+10,5 %) et humanitaire (+25,5 %)[9].

Les premiers titres de séjours modifiés[9]

Motifs d'admission	2014	2015	2016 (provisoire)	Évolution 2016-2015
Économique	19 054	20 628	22 792	+ 10,5 %
Familial	92 326	90 113	88 510	- 1,8 %
Étudiants	64 996	70 023	73 324	+ 4,7 %
Divers	13 742	13 866	14 546	+ 4,9 %
Humanitaire	20 822	22 903	28 751	+ 25,5 %
Total	210 940	217 533	227 923	+ 4,8 %

Le profil des patients migrants : différences selon les régions et les structures d'accueil

Le Collectif national des PASS a mené en 2016 une étude auprès de 848 immigrés ayant consulté dans 30 PASS de France métropolitaine et de Guyane afin de décrire leurs caractéristiques sociales, médicales et administratives, en fonction de leur ancienneté d'arrivée en France. Cette étude a ainsi montré que les personnes immigrées consultant dans les PASS étaient **principalement des hommes jeunes** (61 %). Parmi eux, **34,1 % étaient des demandeurs d'asile, 37,7 % étaient sans droit de séjour, 47,3 % étaient en situation de précarité** (sans revenu) et enfin **43,4 % étaient isolés socialement** (sans famille en France). **L'Afrique subsaharienne représentait la première région d'origine** (44,6 %)[10]. En revanche s'agissant des personnes accueillies dans les centres pour exilés évacués de Paris en région parisienne, la majorité était originaire de pays en guerre : **84 % venaient du Soudan, d'Afghanistan ou d'Érythrée**[11].

La santé des personnes migrantes : un enjeu de santé publique

Les populations migrantes présentent de nombreux problèmes de santé, pré-existants ou acquis depuis leur arrivée.

En 2014, **un retard de recours aux soins** était constaté pour **40 %** des patients consultant dans les Centres d'Accueil de Soins et d'Orientation (CASO) et **17 %** de ces patients avaient **renoncé à des soins** au cours des douze derniers mois[12].

D'après l'observatoire de Médecins du Monde de 2014, les principaux obstacles qui limitent l'accès aux soins et favorisent le renoncement étaient **les difficultés administratives, la méconnaissance des droits et des structures et la barrière linguistique**[12]. En effet, les conditions économiques et sociales dégradées des personnes migrantes en France ont souvent un effet délétère sur leur état de santé : face aux problématiques d'hébergement et d'alimentation, **la santé n'est pas forcément une priorité. La méconnaissance du système de soins français, les restrictions de soins en l'absence de protection maladie, le retard de soins (voire un refus) en raison du coût des traitements sont autant de facteurs qui peuvent limiter leur accès aux soins.**

La barrière linguistique et, parfois, **certaines représentations culturelles, sociales ou religieuses** (telles que le refus de prélèvement avec limitation du nombre de tubes, le rapport au corps, la stigmatisation sociale) peuvent également freiner le dépistage et le diagnostic de l'hépatite C. Un accompagnement de la part des équipes soignantes est dès lors nécessaire.

Une étude descriptive nationale a été réalisée en 2016 auprès de 848 immigrés ayant consulté dans 30 PASS de France métropolitaine et de Guyane. Cette étude a mis en évidence que **les motifs de consultations** au sein des PASS et/ou **les diagnostics étaient variés** avec une **prédominance pour les troubles digestifs** (13,2 %), **les maladies infectieuses**

LE CAS PARTICULIER DE LA GUYANE ET DE MAYOTTE

En Guyane, le dépistage de l'hépatite C chez les personnes migrantes est très variable.

Il est principalement proposé dans les CeGIDD des infections par le VIH, les hépatites virales et les IST dans le cadre d'un bilan global des migrants. Un dépistage mobile est également organisé par des associations comme AIDES ou la Croix Rouge, avec pour le moment un dépistage par TROD limité au VIH. Depuis 2017, l'association AIDES proposent des dépistages TROD VHC dans leurs locaux (à St-Laurent du Maroni) et lors d'actions en extérieures (quartiers et fleuves ; Haut-Maroni, Bas-Maroni et Saint Laurent).

Il est à noter que la présence de missions d'infectiologues dans les centres de santé des communes isolées favorise l'accès aux soins, et que le dépistage systématique de l'hépatite C chez les femmes enceintes est pratiqué.

A Mayotte, on constate une absence de dépistage systématique de l'hépatite C chez les migrants et un manque de moyens par rapport à la métropole :

- Absence d'infirmiers thérapeutiques dédiés ;
- Absence de ligne téléphonique directe pour favoriser la gestion des effets secondaires ;
- Absence de TROD pour le dépistage.

telles que le VHB, le VHC ou le VIH (13 %) **et les troubles musculosquelettiques** (12 %). Les violences subies étaient également fréquemment rapportées : près d'un tiers des patients (n=848) a rapporté avoir été confronté à des **évènements traumatisants** (guerres, violences) majoritairement dans leurs pays d'origine (84,8 %, n=177), au cours de leur parcours migratoire (14,1 %) ou en France (1,1 %). Parmi eux, la moitié a subi des tortures, 12,2 % des violences liées au genre ou à l'orientation sexuelle et 7,4 % des menaces[10]. Concernant l'état de santé perçu, plus de 84 % ont déclaré **au moins un problème de santé de moins de 6 mois,** les plus fréquemment cités étant **des atteintes bucco-dentaires (32 %), une fatigue générale (31 %) et des troubles ostéoarticulaires (20 %)**[11].

De nombreux dispositifs existent en France mais **le manque de coordination** entre les différentes structures publiques ou associatives réduit leur efficacité[13].

La coordination des politiques publiques pour la précarité, pauvreté et prévention est coordonnée par la Direction Générale de la Santé (DGS). Celle-ci est en lien avec les autres structures telles que la cohésion sociale, la sécurité sociale, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), et les associations telles que Médecins du Monde ou le Comede (Comité pour la santé des exilés).

Depuis la loi de santé de 1999, **des PASS** ont été créées : mises en place dans la plupart des hôpitaux publics sur l'ensemble du territoire, elles **accueillent les publics "vulnérables", dont les étrangers exclus de toute couverture médicale.** Il existe aujourd'hui environ 400 PASS dont le but est de faciliter l'accès aux soins et la reconnaissance des droits[10].

L'hépatite C chez les personnes migrantes

En l'absence d'enquête de prévalence en France, les données épidémiologiques de l'infection par le virus de l'hépatite C chez les personnes migrantes sont imprécises.

Un travail de 2011 basé sur la prévalence de l'hépatite C dans le pays d'origine a permis d'estimer que **plus de 50 000 migrants seraient infectés en France**[14]. La prévalence de l'infection chronique par le VHC chez les personnes étrangères nées à l'étranger était ainsi **estimée à 1,85 %** (soit 36 000 à 70 000 personnes d'après les prévalences dans les pays d'origine rapportées aux populations étrangères vivant en France)[14].

D'après une expérience de dépistage systématique réalisée chez les patients accueillis au Comede entre 2007 et 2016, la prévalence de l'infection virologique est de 1,8 % pour le VHC et de 6,8 % pour le VHB chez les personnes migrantes (n = 16 095 personnes). Pour le VHC, **cette prévalence était plus élevée chez les femmes** (2,2 %) que chez les hommes (1,6 %) et ce taux progressait avec l'âge, pour atteindre 10,8 % chez les plus de 65 ans. Dans cet observatoire, **les taux de prévalence les plus élevés sont retrouvés pour les personnes originaires d'Asie Centrale, d'Afrique centrale, d'Europe de l'Est, et du Moyen Orient**[15].

Cette même tendance a été observée dans une expérience similaire de dépistage systématique du VHB et VHC mis en place au sein de deux PASS de Créteil. Un dépistage systématique réalisé auprès de migrants majoritairement originaires d'Afrique subsaharienne, demandeurs d'asiles ou en séjour irrégulier pour la plupart, a montré une prévalence de l'antigène HBs et des anticorps anti-VHC respectivement de 7,4 % et 3,1 %. Parmi eux, très peu avaient connaissance de leur infection. La typologie de patients infectés par le VHC était différente de la population globale consultant à la PASS : il s'agissait de femmes dans 40 % des cas, d'âge moyen 49 ans et 35 % avaient une fibrose hépatique significative[16].

Dans les DOM-TOM, l'immigration est surtout présente en Guadeloupe, en Guyane et à Mayotte. On estime que la **prévalence** du virus de l'hépatite C **chez les migrants vivants en Guyane était de 1,5 %** (analyse des données de 1992 à 1996), **avec des variations selon les communautés concernées**[10] : 4,7 % pour les Brésiliens, 2,2 % pour les Européens, 1,5 % pour les Haïtiens, 1,1 % pour les Créoles ; 0,6 % pour les Bushinengués et 0 % pour les Amérindiens, Chinois et Hmongs[17].

> *"A Mayotte, le seul dépistage bien établi est celui de la femme enceinte mais celui-ci ne comprend pas systématiquement l'hépatite C."*
>
> ***Dr Céline Michaud, Infectiologue au CH de Mayotte***

Des changements récents sur le droit au séjour pour soins

Jusqu'à présent, la loi prévoyait qu'un titre de séjour pour raison de santé ne soit délivré qu'en cas d'absence de traitement dans le pays d'origine (liée à son indisponibilité).

Désormais, et **depuis le 1er janvier 2017, l'impossibilité de bénéficier d'un traitement approprié s'apprécie par rapport à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays d'origine** (accessibilité du traitement, éducation thérapeutique, suivi et examens du suivi). Ainsi, la présence du traitement dans le pays d'origine ne sera plus, en soi, synonyme de refus d'octroi du titre de séjour.

De plus, ce n'est plus le Ministère de la Santé qui est responsable de l'examen médical de la demande mais le service médical de l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII) qui dépend du Ministère de l'Intérieur.

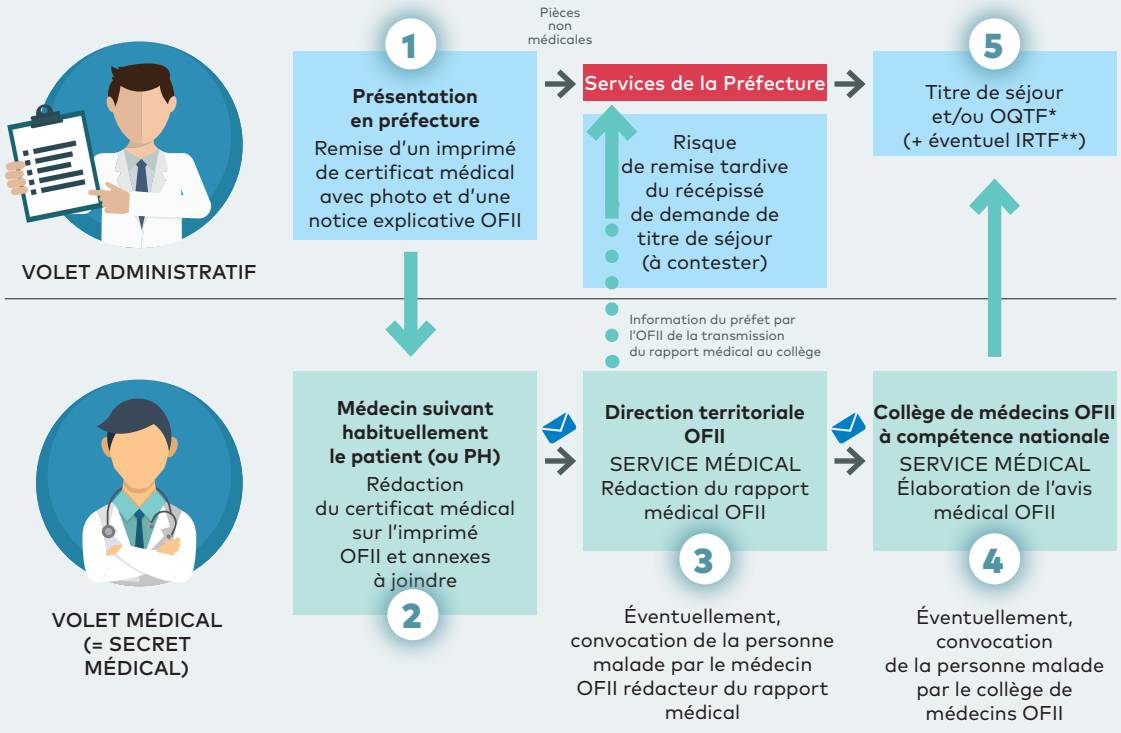
Autre élément modifié par cette réforme, la décision du préfet sera désormais prise, non plus après avis du médecin de l'ARS mais d'un collège de trois médecins du service médical de l'OFII, afin de garantir une plus grande homogénéité de la réponse au plan national.

En pratique, ces récents changements législatifs entraînent **une charge de travail supplémentaire pour les professionnels de santé** (compte rendu médical plus détaillé, copie de l'ensemble des examens médicaux) et **compliquent le quotidien du patient** (davantage de contrôles médicaux et de vérifications administratives). La multiplication des contrôles pourra entraîner **un risque d'augmentation des délais,** sans récépissé délivré au dépôt du dossier administratif en préfecture (la délivrance de ces derniers étant conditionnée à l'émission de l'avis médical du médecin de l'OFII), en particulier pour les demandes de renouvellements entraînant des conséquences catastrophiques sur la vie des demandeurs :

- Perte d'emploi ;
- Perte des aides sociales ;
- Et augmentation des vulnérabilités administratives et sociales.

Il faut accompagner le patient dans sa demande de titre de séjour pour raison de santé pour toute découverte d'hépatite B ou C chez un migrant en situation irrégulière et qui ne peut pas bénéficier d'une régularisation pour une autre raison (asile, familiale, travail).

Démarches à entreprendre par les étranger(e)s malades et les personnes et professionnels qui les accompagnent pour l'admission au séjour pour raison médicale.



*OQTF: Obligation de Quitter le Territoire Français; ** IRTF: Interdiction de Retour sur le Territoire Français
(D'après la brochure de l'Observatoire du Droit à la Santé des Etranger (ODSE) publiée en mars 2017[18])
Site de l'ODSE: http://www.odse.eu.org/-Droit-au-sejour-

DÉPISTAGE ET PRISE EN CHARGE DU VHC chez les personnes migrantes

Le dépistage des virus des hépatites B et C et du VIH chez les personnes migrantes n'est actuellement pas réalisé de façon systématique.

Si ce dépistage est proposé systématiquement lors de la consultation au Comede, il ne l'est pas toujours lors d'une consultation au sein des PASS. D'autres structures telles que les CeGIDD ou les Centres de Lutte Anti-Tuberculeuse (CLAT) accueillent également des populations migrantes et pourraient proposer ce dépistage. Le problème rencontré est celui du budget alloué à ces structures. En effet, les budgets alloués ne permettent pas de prendre en charge les sérologies des hépatites et du VIH. Les budgets alloués aux PASS sont hétéromorphes, et évalués en fonction du nombre de patients accueillis au moins une fois. Pourtant, ces structures ont une place privilégiée pour répondre aux enjeux de l'accès aux soins des migrants primo-arrivants (en particulier pour la prise en charge des pathologies chroniques), et pour assurer une transition vers le système de droit commun.

Il existe donc un manque de coordination entre les différentes structures et associations locales, et une nécessité d'harmoniser les pratiques.

Des initiatives qui optimisent la prise en charge des migrants atteints de VHC

"Aller vers" les populations migrantes"

Plusieurs initiatives ont pour vocation **d'élargir et de faciliter l'accès aux soins, en allant à la rencontre des migrants, ainsi qu'en les accompagnant tout au long de leur prise en charge.**

Implanté au sein du Groupe hospitalier Sud Île-de-France depuis sa création en 1991, **le Réseau Ville Hôpital 77 sud** (RVH77 Sud) est une association loi 1901, dont l'objectif est de favoriser l'information et la prévention, l'accès au dépistage et aux soins, et l'insertion sociale, afin d'améliorer la prise en charge des personnes sur le territoire du sud de la Seine et Marne, et notamment des personnes migrantes en situation de précarité. Ce réseau anime une consultation d'accès aux soins en Seine et Marne depuis 20 ans. **Il se déplace dans les centres de mise à l'abri, dans les centres d'accueils de demandeurs d'asile, dans les foyers de travailleurs migrants, dans les hôtels hébergeant des migrants, ou encore dans les camps de Roms et y propose gratuitement une consultation médicale et la délivrance de médicaments** grâce à une pharmacie humanitaire. Ces actions "d'aller vers" intègrent le dépistage du VIH et des hépatites virales en lien avec le CeGIDD. Elle permet **une entrée rapide du patient dans le parcours de soins** grâce à des liens étroits avec le Groupe hospitalier Sud Île-de-France. Dès l'annonce de l'ouverture d'un centre d'hébergement, de l'arrivée de nouveaux résidents ou de l'existence d'un camp de Roms, la réactivité des équipes permet de mettre en place une intervention rapide, en quelques jours seulement *(Cf. Fiche Pratique 1)*.

Mettre en place des actions de soins coordonnées, adaptées à la prise en charge spécifique des patients migrants

La coordination régionale des différents acteurs et associations est primordiale pour assurer une prise en charge efficace des patients migrants atteints d'hépatite C. Il faut donc **fédérer l'ensemble des acteurs terrain et les structures impliquées, en les réunissant régulièrement, afin d'évaluer et améliorer l'efficacité des actions mises en place.** Pour garantir le succès des actions initiées tant au niveau local, régional que national, il est nécessaire de tisser des liens avec l'ensemble des acteurs (dépistage et prise en soins) et de **sensibiliser les structures spécialisées** dans l'accueil des migrants sur la maladie et sur l'importance du dépistage.

> *"La présence d'une infirmière référente permet de mener à bien les traitements notamment auprès de patients migrants ne parlant pas le français ; elle fait le lien avec les médecins et l'interprétariat téléphonique, avec les associations en ville ; elle répond aux questions, etc..."*
>
> ***Dr Dominique Grassineau, Médecin coordinateur des PASS médico-sociales adultes de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille***

La présence d'une **infirmière référente dédiée à la coordination de la prise en soins** des patients pourrait permettre de renforcer le lien entre le personnel soignant et le patient migrant. La PASS de Marseille a ainsi obtenu le financement d'un poste d'infirmière de coordination, chargée de favoriser l'accompagnement vers le soin et le suivi des personnes migrantes. Les patients lui sont adressés après l'annonce d'une sérologie positive par le médecin. **Ses principales missions sont** alors :

- **De réexpliquer l'annonce de la maladie** ;
- **D'accompagner le patient** pendant le parcours de soins (par exemple : faciliter les liens avec l'hépatologue) ;
- **Et d'échanger pour lever les freins des croyances locales** telles que la représentation de la prise de sang.

Améliorer le dépistage par des outils adaptés et une meilleure prise en charge des primo-arrivants

Plusieurs outils de dépistage du virus de l'hépatite C sont désormais proposés, mais restent parfois non disponibles dans certaines structures d'accueil.

L'intérêt de recourir à un dépistage par TROD a été démontré grâce à l'étude Optiscreen III. Cette étude a été réalisée auprès de la population précaire principalement migrante, parmi les personnes se rendant aux consultations du centre Médecins du Monde à Paris entre février et juin 2013[19]. Son objectif était d'évaluer l'impact de l'utilisation des TROD VIH, VHB et VHC sur la prise en charge de cette population. Le taux de dépistage et de suivi a été de 96,9 % par TROD, bien meilleur que par prélèvement sanguin (63,6 %).

Le recours aux TROD est d'autant plus important qu'il **permet de lever les craintes des personnes migrantes vis-à-vis des prélèvements de sang.** De plus, l'immédiateté du dépistage "**évite les perdus de vue**" et favorise l'accès aux soins le cas échéant.

Le TROD est donc un outil efficace qui le sera encore plus lorsqu'il offrira la possibilité de dépister simultanément le VHC, le VHB et le VIH. Afin d'améliorer les actions de dépistage des hépatites virales B et C, **il convient donc d'encourager et de développer les délivrances d'habilitations des centres à l'utilisation des TROD.**

Le Comede a mis en place un **bilan de santé global** qui s'adresse aux migrants récemment arrivés en France ou résidants en France mais ayant des difficultés à prendre en charge leur santé. En fonction des besoins du patient, **un bilan complet est proposé concernant les maladies chroniques** (diabète, hypertension, facteurs de risque), **la santé mentale** (dépistage d'une souffrance psychique et d'un syndrome psycho-traumatique en particulier) **et les maladies infectieuses** (dépistage du VIH, VHC, VHB et des IST).

Le bilan de santé permet ainsi de proposer **une offre de dépistage globale centrée sur les préoccupations des personnes migrantes,** ce qui favorise l'adhésion et permet d'assurer la continuité des soins dans le cas d'une maladie chronique. En effet, les personnes migrantes sont orientées soit vers le droit commun si elles disposent d'une protection maladie soit vers un laboratoire d'analyses médicales avec lequel le Comede a un partenariat dans le cas où les personnes sont sans protection sociale. En fonction du résultat du bilan complet (obtenu sous 10 jours), la personne migrante sera orientée vers une consultation d'éducation thérapeutique ou vers une consultation de préparation au traitement sous la forme de réunions individuelles ou collectives.

SOINS ET ACCOMPAGNEMENT DES MIGRANTS/ÉTRANGERS EN SITUATION PRÉCAIRE : UN GUIDE PRATIQUE DESTINÉ AUX PROFESSIONNELS.

Conçu par l'équipe du Comede à partir de l'expérience quotidienne des intervenants, salariés et bénévoles de l'association, ce guide tente de proposer des réponses aux problèmes de santé les plus fréquents des personnes exilées. Face à une demande souvent associée de soutien, de soins, d'accès aux soins et de conseil juridique, la connaissance des aspects médicaux, psychologiques, sociaux et administratifs de leur parcours est déterminante dans les soins et l'accompagnement proposés. Destiné à favoriser une approche pluridisciplinaire, ce guide est composé de 4 parties "repères, droits et soutien, accès aux soins, soins et prévention" dont les informations théoriques et pratiques sont complémentaires.

Un Livret de santé bilingue est aussi disponible sur le site du Comede.

Le dépistage et la prise en soins de l'hépatite C des ersonnes migrantes doit donc s'intégrer dans une démarche de santé globale :

- **En décloisonnant l'hôpital et la médecine de ville** (y compris les centres de santé en ambulatoire) de façon à améliorer le dépistage et à pouvoir adresser les cas complexes à des spécialistes pour un avis, sans perdre la globalité de la prise en charge du patient ;
- **En mettant en place une stratégie avancée ambulatoire en lien avec le système de santé du droit commun** (en impliquant davantage les CPAM) ;
- **Et en généralisant cette initiative à tous les migrants primo-arrivants.**

Proposer un accompagnement global (médical, paramédical et social)

Proposer un accompagnement global médico-psycho-socio-juridique prolongé est primordial pour garantir une bonne prise en soins de cette population.

Créée en 1989, **l'association GAPS-CPS** (Groupe d'Aide Psychologique et Sociale - Coordination Parcours de Santé, basé à l'hôpital Saint-André de Bordeaux) propose, grâce à une équipe pluridisciplinaire, **une prise en charge globale, médicale, paramédicale et sociale :**

- **En accompagnant les patients dans leurs démarches administratives** pour l'acquisition d'une couverture sociale ;
- **En favorisant l'accès aux soins en partenariat avec les équipes médicales** notamment lorsque la notion de "soins urgents" s'impose ;
- **En entretenant des liens étroits avec les services administratifs de l'hôpital** pour que celui-ci ne facture pas les soins aux patients ;
- **En aidant à la compréhension du fonctionnement des administrations concernées** afin de favoriser leur autonomie.

La particularité de cette prise en charge globale est qu'elle fonctionne sur le **principe de la libre adhésion** des personnes, qu'elle est individualisée et s'appuie sur des principes éthiques (respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, partage des informations avec l'accord de la personne). Enfin, une maladie chronique étant toujours une source d'épuisement psychologique et pouvant être également un obstacle à l'insertion, voire entrainer une perte d'acquis sociaux, elle **respecte la temporalité et s'adapte au rythme du patient.**

Des initiatives locales comme **les dispositifs PIVO** (Point Information VIH Orientation) **et PRECAVIR permettent non seulement de rompre l'isolement et de rassurer par rapport à la maladie en créant du lien social, mais également de favoriser le dépistage et la prise en charge de l'hépatite C chez les personnes migrantes** *(Cf. Fiche Pratique 2).*

Initié en 2007, le programme PRECAVIR mis en place par **le réseau ville-hôpital de Créteil** et en partenariat avec l'association Créteil Solidarité et le CHI de Créteil vise à favoriser, dans une population primo-consultante fréquentant les consultations d'accès aux soins (PASS interne ou externe de l'hôpital), le dépistage des infections par le VIH, le VHC et/ou le VHB. Les autres objectifs de ce programme sont d'assurer l'annonce des résultats (positifs comme négatifs), de diffuser un message de prévention, de proposer un accès à une consultation spécialisée pour les patients infectés par une hépatite virale dans des délais réduits dans le cadre d'une consultation avancée et de proposer par la suite pour ces mêmes patients un accès au programme de soutien.

Le dispositif PIVO, créé en 2011 par l'association Créteil Solidarité) est proposé depuis 2015 aux patients atteints d'hépatite C et B découverte dans le cadre du programme PRECAVIR. Il s'agit d'un dispositif de permanence d'accueil, d'écoute, de recueil de besoins, d'informations et de soutien à l'attention des personnes atteintes par le VIH, orientées par les services du CHI de Créteil et du CHU Mondor. Ces réunions se déroulent dans les locaux du réseau ville hôpital au sein du CHI Créteil.

En proposant **des rencontres collectives ou individuelles,** ce dispositif permet aux participants et à l'équipe dédiée de :

- **Echanger sur la maladie et répondre aux interrogations du patient ;**
- **Transmettre des messages de prévention ;**
- **Orienter les patients vers d'autres structures pouvant leur venir en aide** (Restos du cœur, Emmaüs et autres associations apportant un soutien administratif).

PERSPECTIVE FUTURE

De nombreuses initiatives permettent d'envisager une meilleure prise en charge des patients migrants, via l'amélioration du diagnostic et la mise en place de réseaux de soins coordonnés. Cependant, ces actions sont soutenues essentiellement par des associations locales, qui reposent sur des financements multiples et non pérennes. Les acteurs locaux font ainsi face à un manque de moyens attribués et de souplesse des dispositifs de financement, alors que l'obtention de financements dédiés au dépistage et à la prise en charge de l'hépatite C chez les migrants est primordiale pour la pérennisation des initiatives existantes, et la mise en place de nouveaux projets. Généraliser et pérenniser les financements de la part des organisations nationales est une condition plus que nécessaire pour l'amélioration de la filière de soins.

A titre d'exemple, au sein de la région Aquitaine, l'ARS soutient financièrement plusieurs associations, dont :

- L'association GAPS-CPS (70 000 € étant financés par l'ARS Nouvelle Aquitaine sur un budget global de 323 871 €),
- Médecins du Monde (110 000 € étant financés par l'ARS Nouvelle Aquitaine sur un budget global national de 106 130 090 €),
- L'association IPPO (Information Prévention Proximité Orientation),
- Le Samu social, etc.

Les Programmes PRECAVIR et PIVO ont été financés suite à des appels à projet par l'ARS Ile de France et le réseau de santé de Créteil Solidarité, avec un renouvellement annuel de la demande de subvention.

L'investissement dans les filières de soins reste la condition *sine qua non* au maintien et au développement des initiatives d'amélioration du dépistage et de prise en charge de l'hépatite C chez les patients migrants.

Permettre l'accès au traitement de l'hépatite C

Il est important d'adapter la prise en charge médicale aux spécificités de la population des migrants en mettant en place une consultation qui leur est dédiée. L'initiative mise en place le 1er janvier 2017 par **le Centre Expert Hépatites Virales Aquitaine de Bordeaux** a permis d'accélérer la prise en charge des migrants infectés et a encouragé le dépistage au sein des différentes structures *(Cf. Fiche Pratique 3)* : **75 % des patients dépistés au sein des structures sont venus à la consultation et sont entrés dans le parcours de soins.** Il est probable que l'accès du traitement de l'hépatite C pour tous et la suppression des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) vont largement faciliter la mise en place de traitements chez les migrants. Une des pistes serait également de permettre aux médecins impliqués dans ces structures de prescrire le traitement, dans une unité de lieu.

A ce jour, peu d'équipes ont rapporté les résultats du traitement de l'hépatite C chez les patients migrants. Dans l'expérience PRECAVIR, 3 450 personnes ayant consulté dans les deux PASS du Val-de-Marne (PASS de l'hôpital intercommunal de Créteil et PASS Créteil Solidarité) avaient accepté le dépistage. Parmi eux, 88 personnes avaient une sérologie C positive ; 42 patients avaient un ARN-VHC positif. Ces patients ont eu accès dans un délai de 7 jours à une consultation avancée d'hépatologie.

80 % présentaient des taux d'alanine amino transferase supérieurs à la normale. La fibrose a été évaluée chez 31 malades mettant en évidence une fibrose modérée ou sévère chez 12 d'entre eux, dont 3 au stade de la cirrhose. De 2007 à 2014, un traitement par PEG-Interféron/ribavirine a été initié chez 17 malades et 8 d'entre eux (74 %) ont été guéris. De 2014 à 2015, 6 patients ont pu être traités par antiviraux directs et tous ont obtenu une réponse virologique soutenue. Concernant le suivi des patients, 28 étaient toujours suivis à 6 mois et 26 malades l'étaient encore à 12 mois[16].

LES PROPOSITIONS

pour améliorer le dépistage et l'accès en soins de l'hépatite C chez les personnes migrantes

1/ Développer les actions de dépistage : "aller vers"

- Développer les mises en place d'équipes mobiles (ex. centres de mise à l'abri, centres d'accueils de demandeurs d'asile, foyers de travailleurs migrants...).
- Développer les actions de dépistage des hépatites "hors les murs" en coordination avec les CeGIDD et les CLAT en l'incluant dans un "bilan de santé migrant".
- Mettre en place un dépistage systématique des hépatites virales B et C et du VIH lors des consultations PASS.
- Généraliser l'utilisation des TROD dans les PASS, les CeGIDD et les CLAT.
- Promouvoir le dépistage de l'hépatite C chez les migrants en médecine générale.

2/ Mettre en place des actions de soins coordonnées et adaptées à la prise en charge spécifique des patients migrants

- Mettre en place une coordination commune médicale et budgétaire pour les PASS, les CeGIDD et les CLAT au sein des hôpitaux.
- Mettre en place une plage de consultation d'hépatologie avancée réservée à la prise en charge des migrants infectés par les hépatites virales.
- Valoriser le temps médical et infirmier de cette consultation.
- Faciliter l'accès à l'interprétariat pour les patients non francophones.
- Favoriser l'accompagnement vers le soin et le suivi des patients migrants en mettant en place un poste d'infirmière référente ou de travailleur social qui sera en charge de la coordination du parcours de soins du patient migrant.
- Fédérer l'ensemble des acteurs de terrain et les structures associatives impliqués dans la prise en charge en les réunissant régulièrement afin d'évaluer et d'améliorer l'efficacité des actions mises en place.

3/ Assurer un accompagnement global (médical, paramédical et social), adapté et spécifique aux besoins de chaque patient grâce à une équipe pluridisciplinaire

- Assurer un accompagnement médical et paramédical pour :
  - Annoncer les résultats (positifs ou négatifs),
  - Échanger et répondre aux interrogations du patient sur sa maladie,
  - Diffuser les messages de prévention.
- Réaliser un bilan de santé global pour tous les migrants primo-arrivants (ce bilan doit notamment comprendre la recherche des hépatites chroniques, du VIH, du diabète, de l'hypertension artérielle, et de la bilharziose pour les personnes originaires des zones à risque).
- Favoriser la mise en place et le financement pérenne de postes de médiateurs de santé pouvant agir aux différentes étapes du parcours de soins.
- Orienter les patients vers les groupes de paroles ou les associations existantes.

4/ Favoriser l'accès au traitement par AAD des patients migrants ayant une hépatite C

- Favoriser et accélérer l'obtention des droits (Sécurité sociale, CMUc ou Aide Médicale de l'État (AME)).
- Simplification du parcours de soin : élargissement des droits de prescription des AAD et suivi du traitement par le médecin du centre où est suivi le patient (PASS, etc...) ou adressage du patient en consultation spécialisée avancée.
- Accompagnement du parcours de soins : aide pour le bilan pré-thérapeutique, à la récupération des traitements, éducation thérapeutique.

LES ANNEXES : fiches explicatives d'initiatives existantes en France

FICHE PRATIQUE 1

Mise en place d'actions de "aller-vers" par l'association RVH77 Sud, en collaboration avec le CeGIDD Sud 77 et le Groupe hospitalier Sud Île-de-France

Les témoignages de M. Thierry Faucher, Directeur de l'association RVH77 Sud et du Dr Nicolas Vignier, médecin coordinateur.

Implanté au sein du Groupe hospitalier Sud Île-de-France depuis sa création en 1991, le RVH77 Sudest une association loi 1901, dont l'objectif est de favoriser l'information et la prévention, l'accès au dépistage et aux soins, et l'insertion sociale, afin d'améliorer la prise en charge des personnes sur le territoire du sud de la Seine et Marne, et notamment des personnes migrantes en situation de précarité. En plus de proposer un dépistage de l'hépatite C lors de la consultation d'accès aux soins et aux droits organisée tous les jeudis pour les personnes sans couverture sociale, l'association RVH77 Sud a mis en place des actions de "aller-vers", en collaboration avec le CeGIDD Sud 77 et le Groupe hospitalier Sud Île-de-France.

CIBLE ET FILE ACTIVE

- Migrants en situation de précarité, présents dans les centres d'accueil ou dans des camps.

ENJEUX

- Développer le dépistage sur les lieux de vie.
- Permettre une entrée rapide dans le parcours de soins grâce aux liens étroits avec un groupe hospitalier.

ACTEURS MOBILISÉS

- Travailleur social
- Médecins
- Infirmier(e)s

EN PRATIQUE

- Déplacement de l'équipe (avec l'équipe du CeGIDD et du CLAT Sud 77) dans les lieux de vie des migrants.
- Consultation médicale gratuite assurée par les médecins bénévoles du RVH77 Sud.
- Proposition d'un dépistage pour le VIH, le VHB et le VHC +/- la tuberculose, réalisé sur place par TROD VIH et VHC ou gratuitement avec une prescription au laboratoire de l'hôpital ou encore sur place par prélèvement veineux par l'équipe du CeGIDD selon les actions.
- En cas de dépistage positif pour le VHB, le VHC ou le VIH : prise en charge rapide au sein du Groupe hospitalier Sud Île-de-France au sein d'une consultation PASS Maladies infectieuses.

FINANCEMENT

- Financement ARS pour le temps de coordination par le travailleur social (20 %).
- Pas de financement autre pour le temps médical et infirmier, la logistique et la biologie.

RÉSULTATS

- En 2016, 18 interventions hors les murs réalisées auprès de 268 patients avec 357 consultations médicales.
- Ex : consultation "hors les murs" auprès de demandeurs d'asiles dans un Programme d'Accueil et d'Hébergement des Demandeurs d'Asile (PRAHDA) : 18 consultations, 9 dépistages réalisés au laboratoire de l'hôpital, découverte d'une hépatite C (11 %) et de deux portages de l'AgHBs (22 %). Mise en route rapide du traitement contre l'hépatite C via la PASS Maladies infectieuses.
- Ex : consultation "hors les murs" dans un camp de Rom : 46 personnes dépistées, hépatite B diagnostiquée (2 %), une hépatite C dépistée (2 %), aucune découverte de VIH.

Pour en savoir plus : Contacts : M. Thierry Faucher, Directeur de l'association RVH77 Sud - thierry.faucher@ch-melun.fr ; Dr Nicolas Vignier, Médecin coordinateur - nicolas.vignier@ch-melun.fr

FICHE PRATIQUE 2

Dispositif PIVO : favoriser l'accès à un parcours de soins adapté

Le témoignage de Mme Charlotte Labourdette, Chargée de missions au CHI de Créteil.

CIBLE ET FILE ACTIVE

- Population migrante atteinte de VHC.

ENJEUX

- Accompagner les personnes migrantes en favorisant l'accès à un parcours de soins adapté.
- Rompre l'isolement, rassurer le patient par rapport à la maladie **en créant du lien social** grâce à un dispositif de permanence d'accueil, d'écoute, de recueil de besoins, d'information et de soutien.
- Fournir une offre de soins complète avec un accompagnement **tout au long de la prise en charge** grâce à la mise en place de deux actions complémentaires : PRECAVIR et PIVO.

ACTEURS MOBILISÉS

- Médecin référent hospitalier
- Psychologue clinicienne
- Sexologue
- Chargée de missions

EN PRATIQUE

Des rencontres collectives ou individuelles sont organisées entre les participants et l'équipe dédiée afin de :

- Discuter de la maladie,
- Répondre aux questions,
- Transmettre des messages de prévention,
- Orienter vers d'autres structures pouvant leur venir en aide (Restos du cœur, Emmaüs et autres associations apportant un soutien administratif).

Deux types de rencontres :

- Les rencontres collectives
  - Un espace d'écoute et de dialogue basé sur l'échange et le soutien entre pairs,
  - Séances animées par une psychologue clinicienne, une sexologue et une chargée de missions.
- Les rencontres individuelles :
  - Un espace d'expression libre sans le regard du groupe permettant à chacun de progresser à son rythme,
  - Entretiens avec la psychologue clinicienne ou la sexologue.

FINANCEMENT

- Financement non pérenne avec renouvellement annuel de la demande de subvention.
- Financement par l'ARS Île-de-France et le réseau de santé de Créteil Solidarité suite à des appels à projet.

RÉSULTATS

En 2016 :

- 22 séances collectives réunissant 8 à 12 participants,
- 139 entretiens individuels,
  - 56 avec la sexologue,
  - 83 avec la psychologue ;
- File active de 40 patients,
  - Dont 11 personnes nouvellement inscrites dans le dispositif pour les hépatites,
  - Dont 3 patients atteints d'hépatite C.

Pour en savoir plus :

Contact : Mme Charlotte Labourdette, Chargée de missions au CHI de Créteil - Charlotte.Labourdette@chicreteil.fr

FICHE PRATIQUE 3

Mise en place d'une consultation dédiée aux migrants au CHU de Bordeaux

Le témoignage du Pr Victor De Ledinghen, Hépatologue, CHU Bordeaux.

CIBLE ET FILE ACTIVE

- Tous les patients migrants dépistés positifs pour les hépatites virales B et C.

ENJEUX

- Réduire le délai de prise en charge des patients avec un accompagnement personnalisé dans un parcours de prise en soins dédié aux patients migrants.

ACTEURS MOBILISÉS

- Hépatologues
- Secrétaire de l'hôpital
- Infirmier(e)s
- Personnel administratif
- Interprètes

EN PRATIQUE

- Programmation d'un rendez-vous dans la semaine suivant le dépistage.
- Organisation d'un premier rendez-vous avec un hépatologue
  - Examen clinique,
  - FibroScan® et première indication sur leur état de santé,
  - Bilan sanguin.
- Planification d'un deuxième rendez-vous 1 mois plus tard avec le même hépatologue pour le rendu des résultats et la suite du suivi.

FINANCEMENT

- Pas de financement perçu – Repose sur une organisation dédiée du service d'hépatologie.

RÉSULTATS

- + de 50 patients vus en consultation depuis janvier 2017, tous les vendredis matin.
- 75 % des patients dépistés au sein des structures sont venus à la consultation et sont entrés dans le parcours de soins.
- Satisfaction des patients pris en charge pour leur hépatite virale. L'assurance d'une prise en soins rapide des patients positifs pour les hépatites virales encourage le dépistage par les structures d'accueils.

A noter : *il est prévu de réunir l'ensemble des structures impliquées dans la prise en charge à Bordeaux tous les 6 mois afin de faire un point sur le dépistage et l'efficacité de la consultation dédiée.*

Pour en savoir plus :
Contact : Pr Victor De Ledinghen, Hépatologue au CHU de Bordeaux - victor.deledinghen@chu-bordeaux.fr

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES CHAPITRE 2 :

1. Insee. Immigré. Définition. [En ligne]. Accessible via https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1328. Consulté le 21/12/17
2. Unesco. Apprendre à vivre ensemble. Migrant/migration. [En ligne]. Accessible via http://www.unesco.org/new/fr/social-and-human-sciences/themes/international-migration/glossary/migrant/ Consulté le 21/12/17
3. Populations française, étrangère et immigrée en France depuis 2006. Insee Focus n°38 – 13/10/2015 (Accessible via https://www.insee.fr/fr/statistiques/1410693)
4. Les immigrés récemment arrivés en France. Une immigration de plus en plus européenne. Insee Focus n°1524 – 21/11/2014 (Accessible via https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281393)
5. Parlement européen . http://www.europarl.europa.eu/news/fr/headlines/priorities/20150831TST91035/20170629STO78631/la-crise-des-migrants-en-europe
6. Frontex. Rapport général 2014. (http://frontex.europa.eu/assets/About_Frontex/Governance_documents/Annual_report/2014/General_Report_FR.pdf)
7. Immigration, asile, accueil et accompagnement des étrangers en France. Ministère de l'intérieur. Chiffres clés. [En ligne]. Accessible via https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Etudes-et-statistiques/Statistiques/Essentiel-de-l-immigration/Chiffres-clefs/Archives/Statistiques-publiees-en-juillet-2016/Les-demandes-d-asile-statistiques Consulté le 21/12/17
8. La Cimade. Cartographie de la demande d'asile en 2016 – 15 avril 2017 [En ligne]. Accessible via http://www.lacimade.org/cartographie-de-la-demande-dasile-en-2016/ Consulté le 21/12/17
9. Ministère de l'intérieur. Immigration, asile, accueil et accompagnement des étrangers en France. EM 2017-3 Demandes d'asile au 11 juillet 2017 file:///C:/Users/user/Downloads/Les_essentiels_%2011_juillet_2017_.pdf
10. Tapié de Céleyran F, Astre H, Aras N, Grassineau D, Saint-Val T, Vignier N, Toolan M, Flicoteaux R, Aparicio C, Georges-Tarragano C. Étude nationale sur les caractéristiques des personnes migrantes consultant dans les Permanences d'accès aux soins de santé en France en 2016. Bull Epidémiol Hebd. 2017;(19-20):396-405
11. Guisao A, *et al.* La santé des migrants primo-arrivants: résultats d'octobre 2015 à mars 2016 dans des centres franciliens hébergeant des migrants évacués des campements parisiens. Bull Epidemiol Hebd 19-20 2017
12. Médecin du Monde. Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France. Rapport 2014. (http://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2015/10/17/rapport-de-lobservatoire-de-lacces-aux-droits-et-aux-soins-en-france-2014)
13. Académie Nationale de Médecine. Rapport Précarité, pauvreté et santé. [En ligne] Accessible sur http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2017/06/rapoort-Pr%C3%A9carit%C3%A9-pauvret%C3%A9-et-sant%C3%A9-version-21-juin-2017-apr%C3%A9s-vote.pdf Consulté le 19/12/17
14. Pioche C, Pelat C, Larsen C, *et al.* Estimation de la prévalence de l'hépatite C en population générale, en France métropolitaine, 2011. Bull Epidemiol Hebd 2016;(13-14):224-229
15. Revault P, Giacopelli M, Lefebvre O, Veïsse A, Vescovacci K. Infections par le VHB et le VHC chez les personnes migrantes, en situation de vulnérabilité, reçues au Comede entre 2007 et 2016. Bull Epidémiol Hebd. 2017;(14-15):271-6
16. 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
17. Gaillet M, Brousse P, Guamit B, Adriouch L, Schaub R, *et al.* Hépatites B - Delta - et C dans les centres délocalisés de prévention et de soins (CPDS) de Guyane française. Bulletin de Veille Sanitaire N°2 mai-juin 2017:23-27
18. ODSE. Etrangers-es malades résidant en France. Démarches préfectorales et accès aux droits après le 1er janvier 2017. Mars 2017 (http://www.comede.org/wp-content/uploads/2017/05/VF2-Brochure-ODSE-mars-2017.pdf)
19. Bottero J, *et al.* Simultaneous Human Immunodeficiency Virus- Hepatitis B-Hepatitis C Point-of-Care Tests Improve Outcomes in Linkage-to-Care: Results of a Randomized Control Trial in Persons Without Healthcare Coverage. Open Forum Infect Dis. 2015;2(4):ofv162



L'accès aux soins des patients atteints de troubles psychiatriques infectés par le virus de l'hépatite C

Membres du groupe de travail

Dr Jean-Philippe LANG
COORDINATEUR DU GROUPE
Professeur Conventionné de Psychiatrie Université de Strasbourg, Psychiatre Addictologue Centre de Psychiatrie et de Psychothérapie Les Toises (Suisse), Conseiller Médical Santé Mentale ARS Grand Est, Président du Centre Information Régional sur les drogues et dépendances d'Alsace

Dr Lisa BLECHA
Psychiatre et addictologue, CHU Paul Brousse, Paris

Dr Julien BONNEL
Médecin somaticien en établissement psychiatrique, CH d'Erstein

Dr Hélène DONNADIEU RIGOLE
Hépato-gastroentérologue et addictologue, CHU de Montpellier

Dr Nadine MAPTUE
Médecin généraliste en milieu psychiatrique, Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) Montperrin Aix-en-Provence

PRISE EN CHARGE DU VHC chez les patients atteints de troubles psychiatriques

Le contexte actuel

Une prévalence élevée de l'hépatite C en population psychiatrique.

A ce jour les patients souffrant de troubles psychiatriques ne sont pas considérés comme une population vulnérable, alors qu'ils semblent cumuler un certain nombre de conduites à risque conséquentes vis-à-vis de l'hépatite C.

La littérature témoigne d'une prévalence accrue des hépatites C en milieu psychiatrique (6-7 %). Celle-ci pourrait être encore plus importante chez les patients souffrant de pathologies mentales chroniques comme la schizophrénie ou les troubles bipolaires[1-4].

Une méta-analyse récente a montré que cette prévalence, augmentée chez les patients atteints de troubles psychiatriques, pouvait notamment être liée aux comorbidités addictives et aux conduites à risque associées aux deux problématiques. Il est à cet effet important de rappeler que l'existence de troubles psychiatriques prédispose également au développement de conduites à risque[6].

Dans cette étude, la prévalence de l'hépatite C chez les patients présentant un trouble psychiatrique sévère était de :

- 17,4 % en Amérique du Nord,
- 4,9 % en Europe,
- 3,0 % en Amérique centrale et du Sud,
- 4,4 % en Asie,
- 3,1 % en Océanie[5].

Très peu d'études en France ont évalué la prévalence de l'hépatite C en milieu psychiatrique.

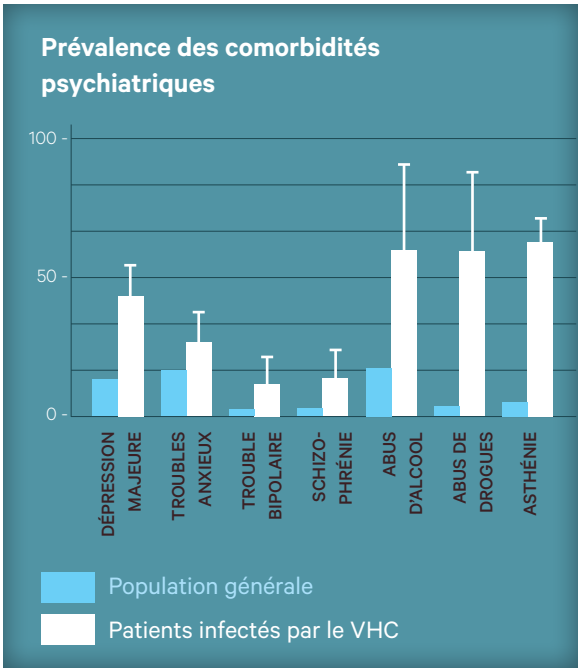


Figure 1: Prévalence augmentée des comorbidités psychiatriques chez les personnes infectées par le VHC (D'après[1])

Des troubles psychiatriques fréquents chez les patients infectés par le VHC

L'infection par le VHC s'accompagne d'un large spectre de manifestations extra-hépatiques dont des manifestations neurocognitives et/ou psychiques comme l'asthénie, les troubles du sommeil, la dépression et les troubles cognitifs (Cf. Figure 1). Ainsi, des troubles neuropsychiatriques et neurocognitifs sont rapportés chez près de 50 % des patients infectés par le VHC ; ces troubles sont indépendants de la sévérité de la maladie hépatique ou des taux de réplication du virus[1,7].

"L'une des difficultés rencontrées est l'absence de convention avec les hépatologues du centre de référence ou de proximité, ce qui rend difficile la coordination des soins. De plus, l'état de certains patients peut être un frein pour parvenir à honorer une consultation spécialisée ou obtenir un rendez-vous avec un hépatologue."

Dr Julien Bonnel, Médecin généraliste somaticien en établissement psychiatrique, CH d'Erstein

Des comorbidités addictives qui renforcent le caractère vulnérable de cette population

Les comorbidités addictives sont particulièrement fréquentes chez les patients infectés par le VHC en raison des comportements à risque communs qui les accompagnent. En effet, les consommations excessives d'alcool et de substances psycho-actives illicites sont plus importantes chez les personnes infectées par le VHC que dans la population générale (environ 50 %) (Cf. Figure 1)[1].

Les conduites addictives sont par ailleurs plus fréquentes en population psychiatrique qu'en population générale. La co-occurrence des troubles de l'usage de substances psycho-actives a des effets néfastes dans cette population, renforçant leur vulnérabilité vis-à-vis de l'hépatite C et des pathologies somatiques en général : plus faible accès aux soins, diminution de l'adhésion thérapeutique, progression clinique, augmentation de la morbi/mortalité, diminution de la qualité de vie[8].

Les problématiques rencontrées pour l'accès aux soins des patients atteints de troubles psychiatriques

Un manque de coordination dans la prise en soins et le suivi de ces patients

Une étude publiée en 2009 a été menée auprès de 101 hépato-gastroentérologues et/ou infectiologues spécialistes du traitement de l'hépatite C, afin d'évaluer leurs démarches de soins face à une problématique psychiatrique.

Cette étude a montré que **18,7 % des patients suivis pour VHC n'étaient pas traités de façon optimale** (traitement associant de l'interféron pegylé) pour des raisons psychiatriques (12,3 % de contre-indications psychiatriques, 6,4 % d'arrêts prématurés de traitement). Cette étude a également mis en évidence que **moins de 50 % de cliniciens collaboraient avec un psychiatre ou un psychologue référent.**

De plus, si une majorité de médecins somaticiens estiment qu'un avis psychiatrique est important avant et après le traitement de l'hépatite C, en pratique, cet avis n'était demandé que pour 20 % des patients considérés comme à risque avant le traitement et pour 51 % des patients ayant des troubles psychiatriques pendant le traitement[9].

Une deuxième étude, réalisée auprès d'un échantillon représentatif de 47 psychiatres et 43 psychologues impliqués dans la prise en soins des patients infectés par le VHC depuis une dizaine d'années, a mis en évidence un manque de systématisation et d'articulation des soins psychiatriques et psychologiques. Cette étude a également mis en exergue **un décalage entre les prises en soins proposées et les nouvelles recommandations énoncées par l'AFSSAPS en 2008, avec un manque de formation spécifique des psychiatres et des psychologues, un défaut d'implication des psychiatres dans ce domaine et des difficultés pour les psychologues à proposer une offre de soins variée et à travailler de façon conjointe avec les psychiatres**[10].

Ces éléments effectifs, dans un contexte de traitement associant de l'interferon pegylé, mettent en lumière le fait que **les collaborations entre les médecins somaticiens spécialistes de l'hépatite C et les psychiatres ou psychologues sont insuffisamment développées.** Pourtant, malgré les effets secondaires ou latéraux d'un traitement quel qu'il soit, la formalisation d'un travail d'équipe optimise les soins et permet une observance et

une efficacité thérapeutique comparables à celles observées dans la population générale.

> *"Le dépistage est un véritable frein à la prise en soins : de nombreux soignants en psychiatrie sont encore à convaincre sur l'intérêt de dépister et de traiter leurs patients contre l'hépatite C."*
>
> ***Dr Hélène Donnadieu-Rigole, Coordinatrice des journées portes ouvertes, CHU de Montpellier***

Des formations insuffisantes des équipes soignantes

Chez les patients atteints de troubles psychiatriques, la notion de temporalité et d'offre de soins à proposer est particulière pour les équipes spécialisées en santé mentale : la préoccupation psychiatrique l'emporte souvent sur les aspects somatiques et la démarche de prévention et de réduction des risques en terme de santé globale ne sont pas toujours envisagés. Ainsi, pour certains soignants en psychiatrie, la prise en charge de l'hépatite C tout comme celle des addictions est jugée non prioritaire par rapport aux soins psychiatriques, ou non compatible avec la prise en charge de la pathologie psychiatrique. Or, la prise en charge de l'hépatite C peut se faire à tout moment et en parallèle de la prise en charge psychiatrique.

La méconnaissance des avancées dans le dépistage et les nouveaux traitements (durée, efficacité, effets indésirables) contre le VHC est également un frein à la prise en charge en population psychiatrique.

> *"L'absence de FibroScan® au sein de l'établissement peut ralentir ou compromettre la prise en charge."*
>
> ***Dr Nadine Maptue, Médecin somaticien au CHS Montperrin à Aix-en-Provence***

Un plus faible accès aux soins pour ces patients

Des études récentes présentées au Congrès américain d'Hépatologie (AASLD 2016, Boston) ont montré que les patients atteints de troubles psychiatriques souffrent **d'un plus faible accès aux soins, lié le plus souvent aux représentations sociales et cliniques des équipes de soins** [13-18].

Si de nombreux patients ont été initialement écartés du traitement par l'interféron en raison des troubles psychiatriques, avec l'arrivée des nouveaux traitements antiviraux, il n'existe plus aujourd'hui d'obstacle psychiatrique au traitement de l'hépatite C [16-18].

De plus, au-delà de traiter la maladie hépatique avec efficacité et bonne tolérance, ces traitements peuvent aussi être envisagés comme des outils permettant :

- La réduction des risques et des dommages,
- Le développement d'une prise en soin globale et interdisciplinaire,
- L'optimisation d'une culture santé chez les usagers et les soignants.

En effet, le traitement de l'hépatite C pourrait inciter ces patients à arrêter ou diminuer leurs consommations de tabac, de cannabis et d'alcool, et obtenir des répercussions bénéfiques sur leur santé, leurs traitements et les rechutes psychiques. Le traitement de l'hépatite C pourrait également inviter les équipes de soins en santé mentale à envisager le soin "au-delà" de leurs champs d'investigation particulier "en allant vers" celui du patient et de ses besoins.

Un frein relevé est le manque de moyens humains et financiers ainsi que l'insuffisance d'optimisation coordonnée des moyens existants. Le manque de personnel spécialisé ou de formation dans l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) ou en soins intégrés, le manque de travail collaboratif entre les représentants des malades, les professionnels de l'hépatite C et ceux de la santé mentale, les coûts des traitements… limitent l'accès aux soins et la prise en soins de ces patients vulnérables.

Des initiatives pour optimiser la prise en soins des patients atteints de troubles psychiatriques

Toutes les approches addictologiques, psychiatriques ou de soins intégrés sont les bienvenues pour améliorer le dépistage et l'accès aux soins des personnes atteintes de troubles psychiatriques et à risque d'infection par le VHC. Peu importe les modalités de ces actions, l'essentiel est qu'elles s'adaptent au terrain local, aux implications et

aux motivations des équipes soignantes ainsi qu'aux besoins des patients. En s'appuyant sur les recommandations, il semble important de favoriser le développement d'un cadre de soins intégrés transdisciplinaire. Il permettrait aux différents intervenants impliqués (hépatologue, infectiologue, psychiatre, psychologue, médecin traitant, addictologue, équipe socio-éducative…) de collaborer de façon cohérente et systématisée, le plus tôt possible et tout au long de la prise en soins des patients infectés par le VHC. De plus, étant donné la prévalence élevée du VHC et les conduites à risque dans la population psychiatrique, une plus forte implication des équipes de soins en santé mentale est souhaitable, en articulation avec les équipes somatiques et addictologiques, afin de garantir un meilleur dépistage et un accès aux soins de ces patients[2,11,12].

Reconnaître la population souffrant de troubles psychiatriques comme encline à développer des conduites à risque

Il est possible de favoriser le dépistage et la prise en soins des personnes atteintes de troubles psychiatriques, si l'on intègre que les conduites à risque de transmission du virus de l'hépatite C sont plus fréquentes chez eux. Deux études viennent appuyer ce constat.

Les résultats d'une étude réalisée en 2009 au CH d'Erstein (Alsace), dans le cadre d'une démarche de certification et d'évaluation des pratiques professionnelles, confirment l'existence d'un sur-risque de contamination au virus de l'hépatite C chez les patients suivis en psychiatrie. Sur les 237 personnes hospitalisées à temps complet ou en hôpital de jour au sein des trois secteurs de psychiatrie générale adulte de l'établissement, 72,3 % avaient au moins une conduite à risque de transmission du virus. Et au final, dans cette population, la prévalence de l'hépatite C était 3 à 4 fois celle de la population générale.

Une autre étude réalisée en 2011 a évalué les conduites à risque, les conduites addictives et la prévalence des hépatites **au sein d'une maison relais psychiatrique (Résidence du Courlis)** de 27 logements à **Erstein en Alsace** accueillant des patients ayant un handicap psychique lié à une pathologie mentale, suivis en psychiatrie et en situation de précarité sociale. Dans cette population souffrant de pathologies psychiatriques lourdes et chroniques, la prévalence de l'hépatite C est encore plus importante, s'élevant à 10 %. Or sur les 27 patients, seuls 3 (soit 11 %) avaient bénéficié d'un suivi spécifique addictologique avant leur admission, alors que tous étaient orientés par une équipe psychiatrique et que leurs usages de substances et conduites à risque étaient fréquents, multiples et conséquents.

Favoriser et systématiser le dépistage

La stigmatisation des pratiques de réduction des risques et des dommages est encore relativement fréquente en psychiatrie, ce qui freine le dépistage ciblé des patients hospitalisés en établissement psychiatrique ou suivi en ambulatoire par des équipes spécialisés en santé mentale. C'est pourquoi **instaurer un dépistage systématique ou au moins systématisé des patients** atteints de troubles psychiatriques est une **solution efficace** pour améliorer l'accès aux soins des patients infectés par le VHC et ce sans doute dans une démarche de la Réduction des Risques et des Dommages (RdRD) plus élargie.

L'étude prospective mise en place par le CHS Montperrin (CHM) à Aix-en-Provence *(Cf. Fiche Pratique 1)* démontre l'intérêt de systématiser le dépistage et la RdRD en milieu psychiatrique. Au 1er décembre 2015, un dépistage systématique a été proposé à tous les patients majeurs hospitalisés à temps plein, pour une durée supérieure à 24 heures dans l'établissement : **en 6 mois, le taux de dépistage a atteint les 45 %** (*versus* 17 % en 2014 ; le dépistage de l'hépatite C et sa prise en soins étaient alors très aléatoires et très "psychiatre dépendant", du fait de l'absence de procédures à l'échelle de

"Systématiser et simplifier sont les deux maîtres mots de la prise en charge de l'hépatite C en milieu psychiatrique. Il faut systématiser le dépistage en sensibilisant les professionnels de santé et mettre en place une organisation adaptée à chaque centre (infirmière dédiée au dépistage s'intégrant à l'organisation des différents services de l'hôpital). L'idée est de trouver le moment le plus propice pour réaliser le dépistage du VHC au sein de chaque centre de soins."

Dr Lisa Blecha, Psychiatre addictologue au CH Paul Brousse

l'établissement.). **Le CHM a alors instauré un dépistage systématique de l'hépatite C à partir de septembre 2016 et mis en place un parcours de soins des patients hospitalisés :**

- **Bilan pré-thérapeutique** afin de vérifier si le patient répond aux indications de traitement;
- **Constitution du dossier et passage en** RCP en partenariat avec un médecin infectiologue;
- **Prescription du traitement** par un hépatologue,
- **Délivrance quotidienne** du traitement par la pharmacie du CH Montperrin;
- **Suivi de la prise en charge** du patient par un médecin somaticien.

La généralisation au sein des établissements psychiatriques du dépistage systématisé, par exemple dans la procédure d'admission, est primordiale. Le service d'Addictologie du CHU Paul Brousse, qui reçoit fréquemment des patients ayant des comorbidités psychiatriques, va même au-delà du dépistage systématique de l'hépatite C. En cas de résultat positif, une consultation avec un hépatologue pour la suite du bilan est rapidement organisée, accélérant ainsi l'accès du patient au traitement.

Ce type d'initiative, qui repose sur la **volonté d'une équipe médico-administrative d'établissement de porter une ambition commune,** est à encourager. Elle permet de proposer au patient **un parcours de soins clair et bien défini, impliquant tous les acteurs médicaux et paramédicaux autour d'un protocole commun. En amont, des partenariats forts** avec les psychiatres de l'établissement concerné et les spécialistes des centres hospitaliers (virologues, infectiologues et hépatologues) doivent être créés. Un dépistage systématique efficace et régulier nécessite un accès facilité au TROD et la mise en place d'**une rétrocession hospitalière pour toutes les pharmacies** y compris dans les Centres Hospitaliers Spécialisés Psychiatriques, pour une délivrance sur place du traitement aux patients. Enfin, pour également accroitre la prise en soins et le suivi du patient, **une collaboration** doit être établie avec **une infirmière de liaison et les équipes du secteur psychiatrique ambulatoire.**

Encourager la RdRD en milieu psychiatrique

L'accès au dépistage et aux soins de l'hépatite C doit être élargie dans une démarche de RdRD qui peut, par exemple, s'appuyer sur des journées portes ouvertes autour de thématiques spécifiques, des ateliers d'éducation thérapeutique ou une intervention périodique d'hépatologue: des initiatives à développer dont l'efficacité est à ce jour bien établie. Un autre enjeu en établissement psychiatrique, et un bon levier pour aborder l'hépatite C, est de **repérer et prévenir les conduites à risque sexuels ou autres.**

Au CSAPA, situé dans l'hôpital psychiatrique du CHU de Montpellier *(Cf. Fiche Pratique 2),* **5 à 6 journées portes ouvertes thématiques** sont organisées chaque année sur le thème "Vous en êtes où avec votre foie ?". Ces journées sont destinées à des populations de patients différentes: migrants, usagers de drogues, troubles psychiatriques.... Lors de ces journées, un **examen du foie par FibroScan®** est proposé ainsi qu'un **dépistage du VHC** (par un prélèvement sanguin, par TROD ou test sur buvard), des **ateliers d'éducation thérapeutique** (réalisés par les infirmières du CSAPA) et **un rendez-vous avec un hépatologue pour un examen clinique**. Pour faciliter encore plus le recrutement des patients participants à ces journées, le dépistage du VHC est proposé **en association avec celui du VIH et du VHB**. À l'issue de ces journées, **un rendez-vous d'annonce des résultats est programmé la semaine suivante,** avec si besoin un suivi de la mise en route d'un traitement.

A la **polyclinique d'Addictologie de Lausanne** *(Cf. Fiche Pratique 3),* il existe une **longue tradition de réduction des risques et d'échange de matériel** pour les usagers de drogues souffrant ou non de troubles psychiatriques au sein de l'établissement: le dépistage sérologique des hépatites virales et du VIH est proposé systématiquement à l'entrée des patients dans la section d'Addictologie (ambulatoire et hospitalier). Puis une fois par an, une mise à jour du statut sérologique est prévue pour chaque patient.

Les initiatives non conventionnelles de réduction des risques, telles que le déploiement **d'automates** pour l'échange de seringues, et **d'un réseau de pharmacies en ville, doivent être favorisées, en veillant à ne pas se focaliser uniquement sur la recherche de facteurs de risque du VHC.**

Enfin, dans une approche somatique et de RdRD élargie, la fibrose hépatique doit être évaluée en

> *"Travailler en collaboration avec des infirmières de liaison formées facilite la mise en place du dépistage, la prise en charge, et le suivi des patients."*
>
> ***Dr Nadine Maptue, Médecin somaticien au CHS Montperrin à Aix-en-Provence***

"Au CHU de Montpellier, des formations sont organisées et proposées aux soignants de chaque spécialité (ensemble des structures de soins de psychiatrie du CHU de Montpellier) en amont de chaque journée portes ouvertes. Un mail de rappel leur est envoyé afin de les encourager à convier leurs patients."

Dr Hélène Donnadieu-Rigole, Coordinatrice des journées portes ouvertes, CHU de Montpellier

développant l'accès et le recours au FibroScan® en milieu psychiatrique. D'autant que dans ce contexte, l'intérêt de cet outil a été démontré pour l'aide au dépistage du VHC, mais aussi des fibroses hépatiques ou des NASH (NonAlcoholic SteatoHepatitis).

Former les équipes somatiques et psychiatriques sur les hépatites afin de systématiser un parcours de soins cohérent

Systématiser et optimiser les soins somatiques en psychiatrie est une nécessité et ce message doit être relayé par les responsables des unités fonctionnelles et des ressources humaines des établissements hospitaliers. Il importe de **mettre en place des formations pour les soignants en psychiatrie** afin de les convaincre de l'intérêt d'une prise en soin intégrée.

Au **Centre Hospitalier Spécialisé Montperrin** (CHM) près d'Aix-en-Provence, dans le cadre de la mise en place du dépistage systématique de l'hépatite C en milieu psychiatrique, **des sessions d'information** sont organisées pour l'ensemble du personnel médical et paramédical de l'établissement.

Cette expérience souligne l'importance :

- **D'informer l'ensemble des équipes médicales et paramédicales concernant les nouvelles modalités de traitement ;**
- **D'intégrer un somaticien dans l'établissement psychiatrique, dès le départ dans le dispositif mis en place** (ce professionnel de santé aura une meilleure approche de ses collègues psychiatres et des soignants, et favorisera les échanges avec l'ensemble des équipes) ;
- **D'organiser des consultations de somaticiens dans les établissements y compris pour les patients suivis en ambulatoire, en lien avec les médecins référents** pour faciliter les démarches de santé des patients et le suivi conjoint psychiatre-somaticien grâce à un dossier médical partagé, des réunions de coordination, etc…

Le CHU de Montpellier a mis en place **une intervention addictologique en milieu psychiatrique** pour convaincre les soignants en psychiatrie de **l'intérêt de la prise en charge intégrée. Des sessions de formation** sont organisées tous les ans par l'Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) **pour échanger sur les représentations sociales, le repérage, l'orientation et le partenariat avec la psychiatrie**. Les soignants sont également invités à participer à **des ateliers** (addictions, produits psycho-actifs, etc.) et **des tables rondes** animées par les infirmières de l'équipe de liaison (dossier patient, prise en charge, etc.). Or s'il est difficile de réaliser une évaluation quantitative de ce type d'action, son efficacité qualitative ne fait pas de doute : **augmentation des contacts entre les structures, plus de partenariats pour la prise en charge des patients et plus d'échanges de patients entre spécialités.**

L'ensemble de ces initiatives indique que **des sessions de formation aux soins intégrés pour les soignants en psychiatrie sont à généraliser. Il convient de veiller à sensibiliser les internes en médecine et les équipes de soins infirmiers et à développer la communication et les réflexions transversales au sein des différents départements.**

"Aujourd'hui, l'hépatite C constitue une urgence thérapeutique moins médiatisée et moins dramatique. Cependant, les enjeux de la prise en charge de l'hépatite C ne sont pas assez connus par les autres spécialités médicales. Les gastroentérologues, les infectiologues et les internistes-addictologues ont un gros travail d'information et de formation à réaliser afin d'encourager la prise en charge multidisciplinaire…"

Dr Erika Castro-Bataenjer, Médecin interniste, Chef de clinique responsable du pôle somatique de la policlinique d'Addictologie du service de Psychiatrie Communautaire du CHUV de Lausanne

"Il serait intéressant de réfléchir aux solutions de financement ou de partenariat qui pourraient permettre de favoriser le dépistage de l'hépatite C, l'accès à une consultation hépatologique et aux traitements, pour ces patients à risque suivis en CSSRA."

Dr Jean-Philippe Lang, Professeur Conventionné de Psychiatrie Université de Strasbourg, Psychiatre Addictologue Centre de Psychiatrie et de Psychothérapie Les Toises (Suisse), Conseiller Médical Santé Mentale ARS Grand Est, Président du Centre Information Régional sur les drogues et dépendances d'Alsace et ancien président de CME du CSSRA des Marienbronn

Ces formations visent ainsi à :

- **Faire reconnaître à tous les soignants** (via les instituts de formation en soins infirmiers, départements de médecine générale, voire les législateurs - non nécessairement soignants) **que la population psychiatrique est vulnérable vis-à-vis de l'hépatite C ;**
- **Former les professionnels de santé sur les complications de l'hépatite C chronique et les informer sur l'impact des coûts en santé.**

Favoriser les articulations transdisciplinaires et les pratiques de soins intégrés

L'un des objectifs à atteindre est **le décloisonnement des parcours de soins des patients** en favorisant une approche intégrée des soins. Les maîtres mots de la prise en soins de l'hépatite C en milieu psychiatrique sont donc de **simplifier, systématiser, articuler et coordonner**.

Les comorbidités psychiatriques et addictologiques sont fréquentes et les **troubles psychiatriques aigus constituent souvent la porte d'entrée initiale des patients en soins à l'hôpital ou en ambulatoire.** Dans ces conditions, il est souvent compliqué d'initier dès le départ une prise en charge globale et transdisciplinaire, sans compter que la complexité institutionnelle d'un établissement ou des parcours rend l'accès aux soins adaptés difficile pour les patients.

Il est aussi capital d'optimiser un accompagnement pluridisciplinaire en s'appuyant sur ceux qui existent déjà comme ceux mis en place dans les Centres de Soins de Suite et de Réadaptation (CSSRA).

Après une première étape de sevrage ou d'usage contrôlé hospitalière ou ambulatoire, les **CSSRA proposent un accompagnement rééducatif médical, psychologique et social** pour aider les patients à contrôler leurs usages de substances, en expérimentant l'abstinence. Un séjour au CSSRA constitue **le moment idéal pour dépister et traiter les patients** jusqu'à leur guérison. Près de 40 % des patients accueillis en séjour ont une comorbidité psychiatrique et un grand nombre d'entre eux sont également adressés par des établissements psychiatriques. **Ce séjour pourrait favoriser le dépistage et la prise en soins de l'hépatite C** en adaptant les modalités de financement de ses soins, à ce jour à la charge des établissements dans un budget contraint.

Pour favoriser l'accès aux soins somatiques, l'expérience du service d'Addictologie du **CHU Paul Brousse** met en évidence l'importance de créer **une équipe multidisciplinaire** au sein de l'établissement, regroupant l'ensemble des spécialistes de la prise en charge de l'hépatite C. Cette organisation multidisciplinaire présente un double avantage : **elle favorise les échanges** entre les unités hépatologiques, psychiatriques et addictologiques et **elle offre une prise en charge rapide, protocolisée et transdisciplinaire,** grâce à un parcours de soins global et bien défini.

"Cette prise en charge rapide et protocolisée rassure les praticiens et les patients. J'observe encore des réticences à traiter l'hépatite C chez les patients atteints d'un trouble psychiatrique depuis l'époque du traitement par interféron (interactions médicamenteuses). Aujourd'hui grâce aux nouvelles molécules, au-delà du frein lié aux coûts du traitement, si le patient est suivi et stabilisé, il n'y a pas d'effets secondaires au plan psychiatrique. Au contraire, une fois le virus éradiqué, les patients vont souvent mieux sur le plan psychiatrique."

Dr Lisa Blecha, Psychiatre addictologue au CHU Paul Brousse

L'expérimentation au sein de cet établissement démontre que :

- **Le dépistage systématique est bien accepté par les patients ;**
- **Il est possible d'établir un protocole de soins dès l'arrivée du patient** au centre hépato-biliaire (contrat de soin) ;
- **La présence d'un hépatologue au sein du service rassure** à la fois les patients et l'équipe soignante en addictologie et psychiatrie.

Enfin, pour améliorer les échanges avec les services d'hépatologie et faciliter la coordination des soins, **il convient d'encourager la nomination d'un référent coordinateur au sein de chaque structure. Il s'agit d'une étape clé à la mise en place d'une prise en charge intégrée des patients psychiatriques.**

À la **polyclinique d'Addictologie de Lausanne** *(Cf. Fiche Pratique 3)*, un binôme référent constitué d'un médecin psychiatre et d'un "case manager" (interne, psychologue ou soignant) est assigné à chaque patient, dès son entrée dans le service. Ce **binôme est responsable du suivi des patients. Il facilite la coordination des soins et favorise la confiance des patients**. Dans cet établissement, chaque cas est discuté en colloque clinique hebdomadaire. Si une hépatite C est diagnostiquée, le patient rencontre le médecin interniste pour une consultation spécialisée. La prise en soins de la maladie est intégrée à la prise en charge globale du patient.

Les articulations transdisciplinaires, le binôme référent et les soins intégrés ont montré leur efficacité. Ces pratiques sont à développer au sein des établissements impliqués en vue d'améliorer à la fois le dépistage, le traitement et le suivi des patients.

Développer les outils et les pratiques de mise en lien

Pour favoriser le suivi psychiatrique et addictologique des patients traités pour une hépatite C, il convient de mettre en place **des consultations avancées** dans les services d'hépatologie. Ces consultations permettent aux hépatologues de recueillir un avis psychiatrique et addictologique systématisé et de pouvoir assurer un suivi psychiatrique et addictologique pour leurs patients en cours de traitement et en post traitement, au sein même de l'établissement.

"La proximité entre les différents spécialistes permet une bonne réactivité en cas d'interactions médicamenteuses (adaptation du traitement neuroleptique…) Les interactions avec les réseaux de soins extra-hospitaliers comme les foyers sont de bonnes ressources pour assurer le suivi des patients."

Dr Erika Castro-Bataenjer, Médecin interniste, Chef de clinique responsable du pôle somatique de la policlinique d'Addictologie du service de Psychiatrie Communautaire du CHUV de Lausanne

De telles consultations avancées ont été développées au **Service Expert de Lutte contre les Hépatites Virales en Alsace** (SELHVA) du CHU de Strasbourg, service hospitalier régional engagé dans la lutte contre les hépatites virales et la prise en soins des patients atteints d'hépatites virales. En pratique, **ces consultations répondent à 2 objectifs :**

- **Evaluations psychiatrique et addictologique systématisées des patients ;**
- **Organisation et coordination de la prise en soins à partir de leur suivi habituel de référence :** décision d'initier un traitement addictologique conjoint, hiérarchisation et indication des différents traitements psychotropes.

Ces consultations avancées ont donné lieu à une collaboration efficace entre hépatologues et psychiatres ou/et addictologues. Le rapprochement des équipes addictologiques, psychiatriques et de soins somatiques en milieu psychiatrique **favorise le traitement des patients.**

En parallèle :

- **Des évaluations des pratiques professionnelles sur ces thématiques** sont à développer dans les établissements dans le cadre des certifications (bilan d'admission, examen somatique en psychiatrie, évaluation addictologique systématisée) ;
- **Le développement de diplôme universitaire validant de soins intégrés** comme le Diplôme InterUniversitaire (DIU) Addictions Psychiatrie VIH et Hépatites entre Strasbourg, Paris et Nancy est aussi un outil de mise en lien des acteurs et de modifications des pratiques.

Cette thématique devra aussi être intégrée dans les programmes d'ETP ou de Psycho Education psychiatrique. Il est en effet nécessaire de **faciliter l'adhésion des professionnels de santé et des usagers à une démarche de soins. La mise en place d'actions d'éducation thérapeutique** est toujours bénéfique. Dans **l'unité d'Addictologie du CHU Paul Brousse,** tout est mis en œuvre pour proposer une prise en charge intégrée et transdisciplinaire. L'éducation thérapeutique du patient, proposée dans le service, est reconnue comme un atout. Deux **infirmières d'éducation thérapeutique réalisent un suivi rapproché** avec une ligne téléphonique dédiée au suivi des effets secondaires, une surveillance de l'observance au traitement, des rendez-vous pour le remplissage du pilulier, etc.

De même, il est important **d'organiser des journées de sensibilisation-information pour tous les publics** (personnels soignants, patients, visiteurs) au sein des structures hospitalières et non hospitalières. **Les thématiques doivent être larges,** en lien avec les facteurs de risque, les tabous en milieu psychiatrique, la prévention du risque infectieux et le dépistage. En parallèle, **le recours à des groupes de paroles est une initiative intéressante** à développer, qui facilite le lien et les échanges entre le personnel soignant et les patients vulnérables.

Au sein de chaque établissement, la mise en place d'**une unité transversale facilite la coordination des soins somatiques**, comme en témoigne l'Unité de Prévention et de Soins Somatiques (UPSS) qui intervient au **CH d'Erstein** en fonction des besoins des autres services. En cas de dépistage positif du VHC, l'UPSS prend le relais et organise la coordination des soins en intra- voire en inter-hospitalier pour confirmer le diagnostic (sérologie, charge virale, génotypage) et prendre contact avec un hépatologue au SELHVA du CHU de Strasbourg.

"Les psychiatres libéraux et hospitaliers ont la possibilité d'orienter leurs patients diagnostiqués pour une hépatite C au SELHVA par cette porte d'entrée plus "familière". Nous pouvons intervenir en préparation du traitement antiviral, au cours du suivi, voire même en post-traitement (émergence de troubles anxieux ou dépressifs, rechutes addictives) dans des programmes d'éducation thérapeutique du patient ou en consultation individuelle."

Dr Jean-Philippe Lang, Professeur Conventionné de Psychiatrie Université de Strasbourg, Psychiatre Addictologue Centre de Psychiatrie et de Psychothérapie Les Toises (Suisse), Conseiller Médical Santé Mentale ARS Grand Est, Président du Centre Information Régional sur les drogues et dépendances d'Alsace et ancien président de CME du CSSRA des Marienbronn

PRISE EN SOINS DE L'HÉPATITE C CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE TROUBLES PSYCHIATRIQUES À LA RÉUNION

Les initiatives menées à la Réunion dans la Clinique Les Flamboyants et au CH Gabriel Martin illustrent l'importance du travail en réseau dans des régions comme les DOM-TOM où l'accès aux soins peut être compliqué. Malgré des disparités persistantes avec la Métropole (absence de personnel spécialisé dans l'ETP, pas de représentants des malades, de psychologues...), le parcours de soins est assez classique. Lorsqu'un patient atteint de troubles psychiatriques est dépisté positif pour le VHC, il est adressé par son médecin psychiatre en consultation dans le service d'Hépatologie pour la prise en soins de l'infection. Le dossier est discuté en RCP en présence d'hépatologues, d'infectiologues, de pharmaciens et de virologues.

LES PROPOSITIONS

pour améliorer le dépistage et l'accès en soins de l'hépatite C chez les patients atteints de troubles psychiatriques

1/ Reconnaître la population souffrant de troubles psychiatriques comme encline à développer des conduites à risque et à être plus infectée par le VHC surtout en cas de pathologie mentale chronique

- Favoriser le dépistage et la prise en soins des personnes atteintes de troubles psychiatriques.

2/ Favoriser et systématiser le dépistage et la RdRD en milieu psychiatrique

- Ne pas se focaliser sur la recherche de facteurs de risque du VHC et organiser un dépistage systématique et régulier des patients suivis à l'hôpital (au moins 2 fois/an).
- Proposer l'intervention périodique d'un hépatologue ou d'un autre expert, et une évaluation de la fibrose hépatique par FibroScan® dans une approche somatique et de RdRD élargie.

3/ Former les équipes somatiques et psychiatriques en milieu psychiatrique sur les hépatites afin de systématiser un parcours de soins cohérent

- Mettre en place des formations de soins intégrés pour les soignants en psychiatrie à l'aide de la formation continue, de diplôme validant, de formation en ETP et de stages en unité hospitalière et en soins primaires ambulatoires d'addictologie ou de soins somatiques (postes transversaux ou mobiles…).
- Favoriser la formation adéquate et les réflexions transversales ou de soins intégrés en faculté de médecine et en Instituts de formation en soins infirmiers.
- Sensibiliser les internes de médecine (toutes disciplines confondues) voire les équipes soignantes infirmières pour proposer le dépistage systématique au moment de l'entretien d'accueil des patients…

4/ Favoriser les articulations transdisciplinaires et les pratiques de soins intégrés

- Créer une équipe transdisciplinaire regroupant les spécialistes de la prise en soins de l'hépatite C au sein de chaque établissement (psychiatrie, addictologie, soin somatique).
- Mettre en place une filière systématisée pour les patients psychiatriques atteints d'hépatite C afin de favoriser le dépistage, l'orientation et la prise en soin intégré de l'hépatite C.
- Nommer un référent coordonnateur au sein de chaque structure (rôle des SEHLV ?) afin d'améliorer les échanges avec les services d'hépatologie et faciliter la coordination des soins.

5/ Favoriser et financer le traitement des hépatites en psychiatrie et en CSSRA

- Appliquer la rétrocession à l'ensemble des pharmacies hospitalières des établissements psychiatriques.
- Favoriser le financement d'un bilan hépatologique et d'un traitement pour les hépatites en CSSRA..

6/ Développer les outils et les pratiques de mise en lien

- Mettre en place des consultations avancées de soins somatiques (généralistes, hépatologues, infectiologues…) en psychiatrie hospitalière et ambulatoire ou de psychiatrie/addictologie en hépatologie.
- Améliorer l'articulation des soins transversaux y compris somatiques entre les structures d'hospitalisation temps plein et les structures extrahospitalières de psychiatrie (accompagnement, visites à domicile, réhospitalisations pour les rendez-vous de suivi) pour favoriser la continuité des soins hépatologiques et addictologiques.
- Favoriser des actions tous publics (soignants/non soignants mélangés) au sein des structures hospitalières ou non hospitalières (écoles, etc.) sur des thèmes en lien avec les facteurs de risque (sexe, addictions, etc.) en collaboration avec les associations de patients ou des familles dans le domaine de la santé mentale.

LES ANNEXES : fiches explicatives d'initiatives existantes en France

FICHE PRATIQUE 1

La mise en place du dépistage systématique de l'hépatite C en milieu psychiatrique : l'expérience du CHS Montperrin à Aix-en-Provence

Le témoignage du Dr Nadine Maptue, Médecin somaticien (généraliste) au CHS Montperrin à Aix-en-Provence.

Le Centre Hospitalier Spécialisé Montperrin (CHM), près d'Aix-en-Provence, comporte 14 services et est spécialisé en soins psychiatriques (aide psychologique, soins psychiatriques, hospitalisation et ambulatoire) pour des patients souffrant en majorité de troubles psychotiques sévères (schizophrénie, troubles bipolaires,...). Jusqu'en 2014, le dépistage de l'hépatite C et sa prise en soins étaient très aléatoires et très "psychiatre dépendant" du fait de l'absence de procédures à l'échelle de l'établissement. Environ, 90 % des médecins psychiatres n'avaient pas connaissance des nouveaux traitements et certains refusaient de traiter leurs patients en raison des effets indésirables du traitement par l'interféron (antécédents de cas de suicide sous interféron). C'est dans ce contexte que le Dr Nadine Maptue et l'équipe de soins somatiques du Centre hospitalier de Montperrin a tenté de généraliser le dépistage et la prise en soins de l'hépatite C au sein de l'établissement. Après avoir obtenu l'accord des différents chefs de service et recueilli l'adhésion de la majorité des soignants, une étude prospective a été mise en place en collaboration avec un biologiste du laboratoire du CH (création d'une carte de bilan biologique à réaliser systématiquement à chaque entrée). En septembre 2016, le dépistage de l'hépatite C a été systématisé au sein du CH Montperrin après validation de la Commission Médicale de l'Etablissement. En janvier 2017, le dépistage du VIH, avec l'accord des patients, a également été inclus au bilan d'entrée en janvier 2017.

CIBLE ET FILE ACTIVE

- Population atteinte de troubles psychiatriques atteinte de VHC.

ENJEUX

- Démontrer l'intérêt du dépistage systématique via une étude prospective.
- Mettre en place le dépistage systématique et organiser le parcours de soins des patients.

EN PRATIQUE

- Etude prospective mise en place sur 6 mois (du 1er décembre 2015 au 31 mai 2016) : proposition d'un dépistage systématique de l'hépatite C à tous les patients majeurs, hospitalisés à temps plein pour une durée > 24 h dans l'établissement.
- Réalisation d'un bilan pré-thérapeutique afin de vérifier si le patient répond aux indications de traitement.
- Constitution du dossier et passage en RCP : en partenariat avec un médecin infectiologue du CH d'Aix-en-Provence.
- Prescription du traitement par un hépatologue du CH d'Aix-en-Provence.
- Transmission de la prescription à la pharmacie du CH Montperrin.
- Délivrance quotidienne du traitement par la pharmacie du CH Montperrin.
- Suivi de la prise en charge du patient par un médecin somaticien du CH Montperrin.

A noter : *avant de débuter un traitement, le parcours de soins est coordonné avec le médecin psychiatre en charge du patient. Le traitement est initié au CH spécialisé en santé mentale si le patient est hospitalisé pour une durée estimée à 12 semaines ou plus. Dans le cas contraire, le suivi peut être organisé au domicile du patient avec l'aide d'une équipe d'infirmières libérales.*

RÉSULTATS

De l'étude prespective

- 1 225 entrées, 556 patients dépistés :
  - Taux de dépistage de 45 % (*versus* 17 % en 2014),
  - 3,2 % de sérologie positive, 0,9 % de nouveaux cas de dépistage (*versus* 0,1 % dans la population générale française [19]).
- 5 nouveaux cas dépistés :
  - 3 patients ont été traités dont 2 répondeurs au traitement au cours de l'étude,
  - 1 patient en cours de suivi pendant l'étude,
  - 1 patient perdu de vue.
- Profil des patients traités pendant l'étude :
  - 3 cas de schizophrénie,
  - 1 trouble bipolaire décompensé,
  - 1 bouffée délirante.

Depuis 2016 :

- 10 patients dépistés positivement pour une hépatite C :
  - 2 patients traités en cours d'hospitalisation,
  - 8 patients itinérants ou perdus de vue,
    - * Dont seulement 4 ont pu bénéficier d'un bilan pré-thérapeutique.

Pour en savoir plus :

Contact : Dr Nadine Maptue, Médecin somaticien (généraliste) au CHS Montperrin à Aix-en-Provence - nadine.maptue@ch-montperrin.fr

FICHE PRATIQUE 2

"Vous en êtes où avec votre foie ?" : Organisation de journées portes ouvertes afin de favoriser le dépistage des patients hospitalisés en psychiatrie au CHU de Montpellier

Le témoignage du Dr Hélène Donnadieu-Rigole, coordinatrice des journées portes ouvertes au CHU Montpellier.

Des journées portes ouvertes ont été instaurées au CSAPA (situé dans l'hôpital psychiatrique du CHU de Montpellier) afin de favoriser l'accès aux soins en hépatologie. Chaque journée thématique est destinée à des populations de patients différentes (migrants, usagers de drogues, psychiatriques,...). La première journée portes ouvertes destinée aux patients hospitalisés en psychiatrie a eu lieu en juin 2017.

CIBLE ET FILE ACTIVE

- Population atteinte de troubles psychiatriques atteinte de VHC.

ENJEUX

- Favoriser le dépistage et l'accès aux soins en hépatologie via l'organisation de journées portes ouvertes.

ACTEURS MOBILISÉS

- Membres du CSAPA :
  - Infirmières
  - Médecin
  - Psychologue
  - Éducateurs
  - Personnel administratif,
- Hépatologues
- Addictologue

EN PRATIQUE

- Discussion en amont de chaque journée : proposition de formations aux soignants de chaque spécialité (ensemble des structures de soins de psychiatrie du CHU de Montpellier). Un mail de rappel leur est envoyé afin de les encourager à convier leurs patients.
- Lors de ces journées, sont proposés :
  - Un examen du foie par FibroScan®,
  - Un dépistage du VHC par un prélèvement sanguin, par TROD, ou test sur buvard,
  - Des ateliers d'éducation thérapeutique réalisés par les infirmières du CSAPA,
  - Un rendez-vous avec un hépatologue : examen clinique.
- Programmation d'un rendez-vous d'annonce des résultats la semaine suivante et suivi de la mise en route d'un traitement si besoin.

RÉSULTATS

- 5 à 6 journées portes ouvertes / an ;
  - Dont 2 destinées aux patients hospitalisés en psychiatrie.
- 10 patients en moyenne soit seulement 1 % des patients hospitalisés en Psychiatrie à Montpellier.

Pour en savoir plus :

Contact : Dr Hélène Donnadieu-Rigole, Coordinatrice des journées portes ouvertes - h_donnadieu_rigole@chu-montpellier.fr

FICHE PRATIQUE 3

L'attribution d'un binôme référent "psychiatre - case manager" à la policlinique d'Addictologie de Lausanne : la clef d'une prise en charge intégrée des patients psychiatriques

Le témoignage du Dr Erika Castro-Bataenjer, Médecin interniste, Chef de clinique responsable du pôle somatique de la policlinique d'Addictologie du service de Psychiatrie Communautaire du CHUV de Lausanne.

La policlinique d'Addictologie de Lausanne fait partie du service de Psychiatrie communautaire, ce qui facilite la prise en charge intégrée des patients. Il existe une longue tradition de réduction des risques et d'échange de matériel pour les usagers de drogues au sein de l'établissement. Le dépistage sérologique des hépatites virales et du VIH est proposé systématiquement à l'entrée des patients dans la section d'Addictologie (ambulatoire et hospitalier). Puis une fois par an, une mise à jour du statut sérologique est prévue pour chaque patient.

CIBLE ET FILE ACTIVE

- Population atteinte de troubles psychiatriques atteinte de VHC.
- Une file active de 450 patients.

ENJEUX

- Mettre en place un parcours de soins coordonné.

EN PRATIQUE

- Dès l'entrée dans le service, un binôme référent est assigné à chaque patient (médecin psychiatre + case manager) : ce binôme facilite la coordination des soins et favorise la confiance des patients.
- Discussion de chaque cas en colloque clinique hebdomadaire.
- Si une hépatite C est diagnostiquée : le patient rencontre le médecin interniste pour une consultation spécialisée.
- Prise en soins de la maladie intégrée à la prise en charge globale du patient.
- Suivi à long terme annuel proposé : un bilan sanguin, une évaluation clinique et une exploration du foie par FibroScan®, afin de pouvoir proposer un traitement aux patients le cas échéant.

A noter : *en Suisse, à partir du 1er octobre 2017, toute personne souffrant d'une hépatite C chronique pourra être traitée, quels que soient le type de virus et le stade d'avancement de la maladie.*

RÉSULTATS

- 100 nouveaux patients / an.
- Profil des patients :
  - 60 % de double diagnostic : trouble addictif + pathologie psychiatrique,
  - 30 % de précarité sociale,
  - 8-10 % de personnes migrantes.
- Près de 70 % des patients bénéficient d'une rente AI (Assurance Invalidité) ou du revenu d'insertion.
- Prévalence de l'hépatite C :
  - 55 à 60 % de sérologie positive
    - Dont 72% avec une hépatite C chronique,
    - 7% de réinfection chez les patients traités.

Pour en savoir plus :

Contact : Dr Erika Castro-Bataenjer, Médecin interniste, Chef de clinique responsable du pôle somatique de la policlinique d'Addictologie du service de Psychiatrie Communautaire du CHUV de Lausanne - erika.castro-bataenjer@chuv.ch

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES CHAPITRE 3 :

1. Schaefer M, Capuron L, Friebe A, *et al.* Hepatitis C infection, antiviral treatment and mental health: a European expert consensus statement. J Hepatol 2012;57:1379-1390
2. Recos AFSSAPS: Evaluation et prise en charge des troubles psychiatriques chez les patients adultes infectés par le virus de l'hépatite C et traités par (peg) interféron alfa et ribavirine. Mai 2008:16p
3. Matthews AM, Huckans MS, Blackwell AD, Hauser P. Hepatitis C testing and infection rates in bipolar patients with and without comorbid substance use disorders. Bipolar Disord 2008;10:266-70
4. Freudenreich O, Gandhi RT, Walsh JP, Henderson DC, Goff DC. Hepatitis C in schizophrenia: screening experience in a community-dwelling clozapine cohort. Psychosomatics 2007;48:405-411
5. Hughes E, Bassi S, Gilbody S, Bland M, Martin F. Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people with severe mental illness: a systematic review and méta-analysis. Lancet Psychiatry 2016;3:40-48
6. Lang JP, Bonnewitz ML, Kusterer M, Lalanne-Tongio L. Usage d'alcool chez les patients souffrant de troubles psychiatriques: quelles évaluations ? Quelle prise en soin ? L'encéphale 2014;40:301-307
7. Monaco S, Mariotto S, Ferrari S, *et al.* Hepatitis C virus-associated neurocognitive and neuropsychiatric disorders: Advances in 2015. World J Gastroenterol 2015;21:11974-83
8. Michel L, Lions C, Winnock M, Lang JP, Loko MA, *et al.* Psychiatric and substance use disorders in HIV/hepatitis C virus (HCV)-coinfected patients: does HCV clearance matter? [Agence Nationale de Recherche sur le SIDA et les Hépatites Virales (ANRS) HEPAVIH CO13 cohort]. HIV Medecine 2016;17(10):758-765
9. Lang JP, Michel L, Melin P, Schoeffler M, *et al.* Management of psychiatric disorders and addictive behaviors in patients with viral hepatitis C in France. Gastroenterol Clin Biol 2009;33:1-7
10. Lang JP, Schoeffler M, Michel L, *et al.* Management of patients with hepatitis C by French psychologists and psychiatrists: a practical investigation. Gastroenterol Clin Biol 2009;33:1159-1165
11. Recos FFP-CNPP: Recommandations de bonne pratique en psychiatrie comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique. Juin 2015
12. Hauser P, Kern S. Psychiatric and substance use disorders co-morbidities and hepatitis C: Diagnostic and treatment implications. World J Hepatol 015;7(15):1921-1935
13. Page K, Yu M, Cohen J, *et al.* HCV screening and infection awareness in a cohort of HIV infected and uninfected homeless and marginally housed women in San Fransisco, California. Hepatology 2016;64 (Suppl):747
14. Mera J, Joshi K, Thornton KA, *et al.* High rates of sustained virologic response among HCV infected native americans treated with direct acting anti-virals. Hepatology 2016;64 (Suppl):901
15. Moser S, Schütz A, Marchart K, *et al.* Directly observed therapy of chronic hepatitis C with interferon-free all-oral regimens at a low-threshold drug treatment facility is highly effective for treatment of patients with borderline compliance receiving opioid substitution therapy. Hepatology 2016;64 (Suppl):913
16. Sulkowski MS, Cooper C, Molina JM, *et al.* High Rates of Medical and Psychiatric Comorbidities in HIV/ HCV Coinfected Patients Treated With Sofosbuvir-Containing Regimens in Registrational Clinical Trials. Hepatology 2016;64 (Suppl):956
17. Fuchs M, Morgan TR, Charafeddine M, *et al.* An Open-Label, Multicenter Study of Ombitasvir/Parita- previr/ Ritonavir and Dasabuvir with or without Ribavirin in US Veterans with Genotype 1 Chronic Hepatitis C Infection: Efficacy and Safety Results of TOPAZ-VA. Hepatology 2016;64 (Suppl):963
18. Moore A, Hepner A, Abdulameer A, *et al.* High HCV Cure Rates After Directly Acting Antivirals In Patients with Chronic Hepatitis C and Psychiatric Disorders. Hepatology 2016;64 (Suppl):1640
19. Brouard C, Le Strat Y, Larsen C, Jauffret- Roustide M, Lot F, Pillonel J. The Undiagnosed Chronically-Infected HCV Population in France. Implications for Expanded Testing Recommendations in 2014. PLoS One 2015 10(5): e0126920



L'accès aux soins des personnes en situation de précarité infectées par le virus de l'hépatite C

Membres du groupe de travail

Dr André-Jean REMY
COORDINATEUR DU GROUPE
Gastro-entérologue et Hépatologue,
Chef de service de Médecine Sociale,
Centre Hospitalier de Perpignan

Dr Elisabeth AVRIL
Médecin généraliste, Directrice Médicale de l'association Gaia, Paris

Mr Frédéric CHAFFRAIX
Coordonnateur du Service Expert de Lutte contre les Hépatites Virales d'Alsace (SELHVA), président de SOS Hépatites Alsace-Lorraine

Mr Cyril OLAIZOLA
Infirmier addictologue, Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) Bizia, Bayonne

PRISE EN CHARGE DU VHC chez les personnes en situation de précarité

Le contexte actuel

La définition de la notion de précarité

D'après l'article 2 de l'arrêté ministériel du 20 juillet 1992, les personnes en situation de précarité sont **définies par cinq critères socio-administratifs :**

- Chômeurs;
- Bénéficiaires du revenu minimum d'insertion ou d'un contrat emploi solidarité;
- Bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle (CMU) et de la CMU complémentaire (CMUc) (depuis 2000);
- Personnes sans domicile fixe;
- Jeunes de 16 à 25 ans en insertion professionnelle[1,2].

Or, ces critères reposent essentiellement sur la situation des personnes par rapport à l'emploi. En revanche, d'autres définitions ont insisté **sur le caractère multifactoriel de la précarité s'exprimant dans cinq domaines :**

- La situation socio-économique;
- Le logement;
- La situation vis-à-vis de l'emploi;
- Les diplômes;
- L'état de santé[2].

Par ailleurs, le Dr Jean Furtos, psychiatre et directeur scientifique de l'Observatoire National des Pratiques en Santé Mentale a proposé une définition de la précarité : "**La précarité ne doit pas être confondue avec la pauvreté.** La pauvreté c'est avoir peu ; […] la précarité, c'est avoir peur de perdre […] des objets sociaux. On peut vivre sans précarité dans une société pauvre (de moins en moins actuellement), et à l'inverse, on peut vivre précaire en gagnant bien sa vie. […] En revanche, ce que l'on appelle "grande précarité" est effectivement synonyme de pauvreté, voire de misère"[3].

Quelle que soit la définition retenue, il semble important de souligner que la précarité est en soi source de déséquilibre pour la santé des individus dans la mesure où elle accentue le poids des facteurs de risque et diminue le potentiel d'action des facteurs protecteurs[4].

Une prévalence de l'hépatite C chez les personnes précaires supérieure à celle de la population générale.

En France, les personnes en situation de précarité sont plus touchées que les autres par les hépatites virales. Une enquête réalisée par l'Institut de veille sanitaire auprès de 14 416 personnes âgées de 18 à 80 ans, et le concours de 29 CPAM, a montré que **l'infection par le VHC est 3 fois plus fréquente** chez les personnes en situation de précarité.

Ainsi, dans cette enquête, chez les bénéficiaires de la CMUc, **la prévalence des anticorps anti-VHC est de 2,65 % alors** qu'elle est de **0,76 % chez les non bénéficiaires.** De plus, **le sexe a une influence sur la prévalence** qui diffère selon l'âge : avant 60 ans, la prévalence du VHC est systématiquement supérieure chez les hommes bénéficiaires de la

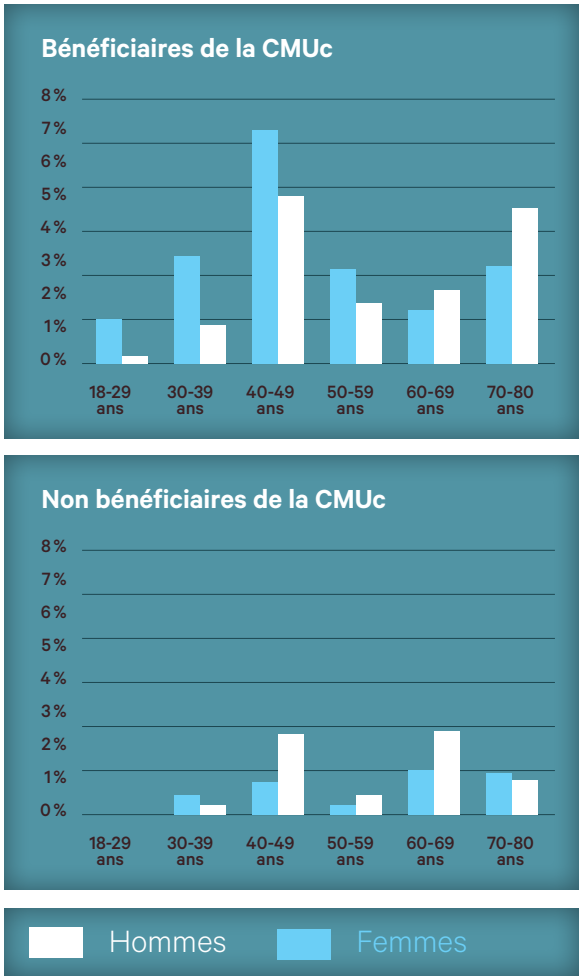


FIGURE 1: Estimation du taux de prévalence des anticorps anti-VHC selon l'âge, le sexe et la CMUc[5]

CMUc alors que chez les non bénéficiaires de la CMUc âgés de 40 à 70 ans, la prévalence du VHC est supérieure chez la femme (Cf. Figure 1)[5].

Le rôle du statut social a été démontré vis-à-vis des infections virales et des facteurs de risque ont été identifiés. Dans cette même enquête réalisée par l'Institut de veille sanitaire, la prévalence du VHC varie également selon les catégories socioprofessionnelles et se révèle être plus élevée chez :

- Les **bénéficiaires d'allocations spécifiques ou de contrats aidés : 2,62 % ;**
- Les **ouvriers : 1,44 % ;**
- Les personnes **sans activité professionnelle : 1,36 % ;**
- Les personnes ayant un **niveau d'études inférieur au baccalauréat : 1,17 % ;**
- Et les personnes au **chômage : 1,12 %**[6,7].

La confirmation de l'influence des déterminants sociaux sur les infections virales offre une possibilité pratique d'identifier les personnes concernées, en utilisant notamment le bénéfice de la CMUc comme marqueur de risque, afin de proposer un dépistage ciblé et une offre de soins adaptée, le cas échéant[8].

Populations précaires : des préoccupations de vie qui entravent le parcours de soins

Chez les personnes précaires, les principaux freins au dépistage et à la prise en charge de l'hépatite C sont généralement liés au fait que **les usagers ont d'autres préoccupations**. En effet, lorsque l'on a des **difficultés à se nourrir, à se loger, à s'habiller ou à se déplacer,** la santé n'est pas une priorité. De plus, pour les mêmes raisons, le **suivi d'un traitement** peut être rendu **chaotique**, entravant ainsi son efficacité.

La **barrière linguistique** (voire le degré d'alpha-bétisation) peut être un obstacle à tous les stades du parcours de soins : prévention, compréhension de la maladie, assiduité au traitement, gestion des effets indésirables et des examens de suivi.

"La présence de facteurs associés (consommation d'alcool) complique la prise en charge hépatique et nécessite un suivi plus approfondi."

Mme Christelle Tavolieri, Infirmière coordinatrice Santé, Association ALEOS

"On note un manque de sensibilisation et de formation sur le VHC, ses complications, les risques de comorbidités et le parcours de soins des professionnels non-médicaux dans les structures accueillant des populations fortement exposées. "

M. Johann Volant, Coordinateur du pôle VIH / Hépatites à l'association GAIA-Paris

Un score individuel de précarité a été élaboré par le réseau des Centres d'Examens de Santé (CES) de l'Assurance maladie.

Les critères socio-administratifs sont jugés insuffisants pour le repérage large des populations vulnérables en situation de précarité, comme les travailleurs en situation de pauvreté par exemple. **Le score EPICES** (Evaluation de la Précarité et des Inégalités de sante pour les CES) **aborde la précarité d'un point de vue plus multidimensionnel** en recouvrant ses déterminants matériels et sociaux. Il repose sur 11 questions binaires (Cf. Figure 2)[1,2].

Le score EPICES permet ainsi **d'identifier des patients à risque de mauvais pronostic** nécessitant un accompagnement tant pour le dépistage que le parcours de soins[1].

D'autres indicateurs, comme la fiche de détection de la fragilité sociale (en 12 items) élaborée par l'Institut National du Cancer (INCa) dans le cadre du Plan Cancer 2009-2013, peuvent également être utilisés, notamment par les infirmières de coordination afin d'interroger le patient au début et au cours du parcours de soins[9]. Cela permet de détecter l'apparition éventuelle d'une nouvelle fragilité sociale et de mettre en place, le cas échéant des mesures sociales d'accompagnement, en plus du traitement pour une hépatite C.

Les 11 questions du score EPICES			
N°	**Questions**	**Oui**	**Non**
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10,06	0
2	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	- 11,83	0
3	Vivez-vous en couple ?	- 8,28	0
4	Êtes-vous propriétaire de votre logement ?	- 8,28	0
5	Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF ...) ?	14,80	0
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	- 6,51	0
7	Êtes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	- 7,10	0
8	Êtes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	- 7,10	0
9	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos patients ou vos enfants ?	- 9,47	0
10	En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	- 9,47	0
11	En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour apporter une aide matérielle ?	- 7,10	0
	Constante	**75,14**	

Figure 2: Le score EPICES en 11 questions simples (D'après[1]) Calcul du score: chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui.

Des initiatives pour optimiser la prise en charge

Rompre l'isolement en allant régulièrement à la rencontre des personnes en situation de précarité grâce à des équipes mobiles

Les personnes précaires sont souvent isolées géographiquement ou socialement, certaines sont stigmatisées, ce qui rend le dépistage et la prise en charge difficiles. C'est pourquoi, il est important de **rompre cet isolement en allant régulièrement à la rencontre des personnes en situation de précarité grâce à des équipes mobiles.** Le recours à un camping-car aménagé permet ainsi de dépister plus facilement cette population de personnes sur son lieu de vie.

Ce type d'initiative présente de nombreux avantages : au-delà du dépistage, elle permet de **consacrer du temps à la discussion et à l'écoute des demandes et des besoins.** Elle répond également aux besoins spécifiques des régions et des populations tels que l'éloignement géographique et/ou social et permet la **mise à disposition d'un "local" mobile pour les structures qui n'en ont pas.**

Plusieurs initiatives de ce type ont été mises en place et ont montré leur intérêt.

L'association Cabiria, créée il y a 23 ans, organise une fois par mois un dépistage du VIH, des hépatites B et C et des IST sur les routes de campagne de Rhône-Alpes avec un **camping-car aménagé auprès des personnes prostituées.** Un TROD ou un prélèvement sanguin sont réalisés et en cas de prélèvement sanguin, les personnes sont accompagnées au sein de l'hôpital pour le retour sur le résultat. Cette initiative a l'avantage de faciliter l'accès à un dépistage régulier pour les personnes prostituées arrivant sur le territoire et ne connaissant pas les structures classiques de santé ou étant mal à l'aise pour s'y rendre du fait de la stigmatisation en France des travailleurs du sexe. Avec **cinq personnes dépistées par mois** et une absence de sérologie positive pour le VHC depuis 3 ans, l'efficacité de cette expérience est aujourd'hui démontrée.

"Il est important de développer une approche sans jugement des personnes prostituées et d'assurer une présence sur le terrain à l'écoute des demandes et des besoins des travailleurs du sexe."

Mme Claire Daumont, Infirmière de l'association Cabiria

"Ne pas hésiter à nous contacter. Nous souhaitons partager et échanger un maximum sur notre expérience ; la flexibilité et l'adaptabilité sont des qualités essentielles pour monter ce type de projet."

M. Hakim Bouchkira, Infirmier coordinateur du projet Fil Vert

L'unité mobile du Fil Vert de Perpignan propose également d'aller à la rencontre des populations éloignées du système de santé. Grâce à son camping-car aménagé, cette unité mise en place en 2014 par le CH de Perpignan favorise l'accès aux soins et au parcours de soins des populations vulnérables et précaires (atteintes d'hépatites virales chroniques B ou C) des Pyrénées Orientales et de l'Aude, et augmente le nombre de malades pris en charge et traités. En pratique, cette unité propose des TROD pour les hépatites B et C et le VIH, évalue la fibrose du foie par un FibroScan®, donne des informations sociales concernant le diagnostic et la prise en charge et permet également une orientation médicale. En 2016, grâce aux 2 sorties/semaine qu'elle a effectuée, cette unité a permis de dépister 170 personnes avec 9 % de sérologies positives pour le VHC. Depuis 2013, plus de 1500 personnes ont ainsi été dépistées dont 60 % pour la 1ère fois.

A Paris, une action du même type a été mise en place en 2011 par **l'association Gaïa-Paris**. Des actions de **dépistage mobile** dans les jardins publics, les parkings, les places, ont été organisées à l'aide d'un camion aménagé à destination des personnes précaires éloignées du soin et n'allant pas dans les CSAPA ou CAARUD.

Le bénéfice des actions de "aller vers" n'est plus à démontrer : en allant à la rencontre des populations souvent stigmatisées et défavorisées tant géographiquement que socialement, ces équipes mobiles **assurent une présence sur le terrain et restent à l'écoute de ces populations vulnérables.** Cette approche sans jugement est à encourager afin de favoriser le dépistage et accompagner les patients en situation de précarité vers le soin.

Personnaliser le parcours de soins du patient en situation de précarité

La population des personnes en situation de précarité atteinte d'hépatite C est une population vulnérable, tant sur le plan sanitaire que sur le plan psycho-social. C'est pourquoi proposer un accompagnement global par une équipe pluridisciplinaire est primordial pour garantir la qualité des soins de cette population. Plusieurs initiatives sont aujourd'hui en cours.

Au-delà des actions de santé (prévention, information et aide à la prise en charge du VIH, des hépatites B et C et des IST), **l'association Cabiria propose également une aide sociale** (notamment aux démarches administratives) pour les personnes qui le souhaitent afin de favoriser l'accès au droit commun. La barrière linguistique étant une problématique fréquemment rencontrée, la présence, au sein de l'association, d'une médiatrice culturelle parlant l'espagnol permet notamment de favoriser les échanges avec les prostituées d'origine guinéenne.

Au Centre Hospitalier de Perpignan, le projet Fil Vert, au-delà de participer à la prévention, au dépistage et au traitement des hépatites B et C et VIH, se caractérise par une **action toute particulière en termes d'accompagnement global : la collaboration étroite avec une trentaine de structures partenaires médico-sociales et associatives permet de mutualiser les compétences** et ainsi de prendre en charge des patients avec des problématiques multiples (logements, santé, addictions...).

Au Québec, **la Clinique Santé Amitié,** programme du Centre Sida Amitié créé en 1990, offre des services d'accueil, de soutien et d'accompagnement aux personnes infectées par le VIH/Sida, les hépatites virales et les IST. Depuis 1995, cette structure s'est spécialisée en infectiologie communautaire, c'est-à-dire **centrée sur les besoins des personnes** *(Cf. Fiche Pratique 1)*. Elle a pour mission de venir en aide aux personnes en grande difficulté, démunies, exclues et rejetées, et n'ayant pas accès au système public de soins au Québec. Dans une démarche de consultation globale et multidisciplinaire, la Clinique Santé Amitié les accueille dans ses locaux et leur propose, via une écoute attentive de leurs préoccupations, un accompagnement particulier et adapté à chacun de leurs besoins. Par exemple, des outils illustrés de communication ont été réalisés afin de faciliter la compréhension chez ces patients souvent analphabètes de niveau 1 à 3 sur une échelle de 5.

La Clinique Santé Amitié intervient à différents niveaux :

1) Un dépistage anonyme et gratuit de toutes les IST et des hépatites est proposé. En cas de résultat positif, les patients sont suivis au centre référent et un bilan complet de base est réalisé afin de confirmer le diagnostic (charge virale, fibrométrie biologique par Fibrotest®) ;
2) Un traitement est instauré à la demande du patient et le suivi réalisé sur place dans un contexte familial et communautaire : gestion et distribution des traitements, bilan de suivi toutes les semaines pendant la durée du traitement, puis tous les mois pendant 6 mois et à la demande par la suite. Une fois le patient guéri, un diplôme de guérison est délivré et sa photo est affichée sur un "mur de guérison" dans l'aire d'accueil de la clinique ;
3) Une distribution gratuite de matériel de prévention (préservatifs, matériel stérile de consommation de drogues, traitement préventif du VIH, ...) est mise en place.

> *"Ne créez aucune structure avant de pouvoir justifier chaque élément au seul bienfait du patient et demandez-lui son avis. Sortez des sentiers battus."*
>
> ***Pr Jean Robert, Responsable de la Clinique Santé Amitié***

Le recrutement se fait très majoritairement par le bouche-à-oreille. Avec plus de 90 % de succès de traitement et très peu d'échecs et de réinfections, cette approche globale a montré son efficacité.

Pour garantir le succès de ce type d'action, la Clinique Santé Amitié suggère de :

- **Personnaliser et humaniser la structure d'accueil en simplifiant au maximum son fonctionnement ;**
- **Respecter l'autonomie des travailleurs de rue et se reposer sur leurs expériences** afin de proposer des actions adaptées aux personnes en situation de précarité ;
- **Communiquer** notamment auprès des instances de santé pour assurer la pérennité de ce type de centre et ainsi permettre une bonne compréhension de la valeur ajoutée d'une approche de santé communautaire.

Personnaliser le parcours de soins du patient en situation de précarité en lui proposant **une approche globale grâce à une équipe pluridisciplinaire** (médecins, assistantes sociales, psychologues, médicateurs de santé, infirmières…) est une initiative à encourager pour favoriser le dépistage et le suivi de ces patients.

Le type d'approche communautaire, telle que proposé et mis en place par la Clinique Santé Amitié, permet de proposer un dispositif facilement accessible et au contact des personnes en situation de précarité. Cette approche globale du parcours de soins pourrait être reproduite en France au sein de certaines structures médico-sociales en collaboration avec les travailleurs de rue.

Favoriser des liens étroits entre les structures de soins ou d'accueil et les associations existantes

Quelles que soient les initiatives mises en place, **la coordination locale et territoriale entre les différents acteurs de soins et les associations est primordiale** pour assurer un dépistage et une prise en charge efficace des patients précaires atteints d'hépatite C. C'est ce que tendent à montrer diverses initiatives mises en place dans plusieurs régions de France et hors métropole.

C'est le cas des **partenariats CeGIDD / association locale voire nationale.**

Un exemple est celui de l'Association Cabiria à Lyon qui agit auprès des personnes prostituées. Le dépistage du VIH, du VHB ou du VHC est accompagné d'un entretien avec un médecin de l'hôpital de la Croix Rousse au sein des locaux de l'Association Cabiria. Le CeGIDD de la Croix Rousse prend le relais pour le rendu des résultats. Cette opération réalisée tous les 2èmes jeudis de chaque mois a permis en 2016 de dépister 116 personnes au sein de l'association et d'en accompagner 56 au sein du CeGIDD.

Le CeGIDD Ouest de Saint Paul à la Réunion est allé plus loin et a développé des partenariats avec, non pas une association, mais plusieurs associations locales. Ce partenariat est un très bon exemple de l'intérêt d'un **maillage efficace du territoire.** Le CeGIDD Ouest de Saint-Paul dépend de l'hôpital Gabriel Martin et couvre un territoire sanitaire de 200 000 personnes. Plusieurs partenariats (PASS de l'hôpital, CAARUD, associations locales) ont par ailleurs été mis en place afin de favoriser le dépistage de l'hépatite C notamment auprès des personnes en

> *"Il est important de consolider le réseau de partenaires afin de mettre en place des actions pérennes dans le temps (établissement de convention).*
> *De plus, les actions doivent être bien préparées en amont : l'organisation de réunions d'information avec les équipes des associations partenaires sont très utiles. "*
>
> ***Dr Emmanuelle Thore-Dupont, Responsable du CeGIDD Ouest à Saint-Paul, La Réunion***

situation de précarité (45 % vivent en dessous du seuil de pauvreté à La Réunion).

Plusieurs fois par an, l'équipe du CeGIDD reçoit les **personnes en situation de précarité conduites par les associations, au cours d'une demi-journée dédiée au dépistage et à la prise en charge de l'hépatite C.** Lors de cette demi-journée, des infirmières délivrent des informations sur les risques de transmission et la prévention des hépatites et des IST. Un dépistage volontaire par prélèvement sanguin et un entretien individuel sont proposés. Un point est fait sur la vaccination contre l'hépatite B et les patients sont invités à venir récupérer eux-mêmes leurs résultats auprès de leur éducateur spécialisé. En cas de dépistage positif, un bilan de pré-consultation thérapeutique est réalisé au CeGIDD. Un relais par l'hépatologue est mis en place pour le traitement (soutien de la PASS ou de l'assistante sociale en cas de grande précarité) et le suivi est effectué par le CeGIDD (contact avec l'hépatologue et éventuellement le patient si celui-ci n'est pas venu en consultation).

Avec une dizaine de sessions par an et 20 structures partenaires, ce système permet de dépister 3 à 4 personnes positives par an.

Ce partenariat entre CeGIDD et les associations présente 2 avantages :

- **Un accompagnement efficace ;**
- Une **pérennité des soins** des patients dépistés.

Au-delà des CeGIDD, les **hôpitaux eux-mêmes peuvent engager avec succès des partenariats avec des associations.** C'est ce que prouve l'expérience de l'unité mobile du Fil Vert *(Cf. Fiche Pratique 2)* à Perpignan qui a permis de dépister plus de 1500 personnes depuis 2013 grâce aux

partenariats initiés avec les Restos du cœur, l'association Table ouverte (fréquentée par des SDF), la Maison de l'amitié (accueil de jour) et d'autres structures médico-sociales et associatives… Avec 30 partenaires sur deux territoires, les Pyrénées Orientales et l'Aude, l'équipe mobile hépatites permet ainsi de couvrir les zones blanches, ces territoires éloignés qui ont peu ou pas accès à des actions de dépistage et aux soins.

Cette initiative a permis d'apporter trois enseignements :

- Porté par un centre hospitalier, ce projet est rassurant pour les patients et favorise leur entrée dans le droit commun ;
- En multipliant les partenariats, il est possible de toucher un public plus large ;
- Décloisonner le tissu médico-social et associatif existant dans chaque région de France permet de répondre aux besoins spécifiques de chaque patient. Dans ce contexte, l'infirmier pourrait avoir un rôle clé.

Enfin des **partenariats associations / CSAPA / CAARUD** sont aussi un moyen efficace d'élargir le dépistage des personnes en situation de précarité. C'est ce que montre l'action menée par Gaïa-Paris. En 2011, cette structure a mis en place un dispositif de dépistage mobile et organise depuis des consultations de sensibilisation au dépistage au sein des CSAPA et des CAARUD franciliens, principalement auprès des usagers de drogues. Elle intervient également auprès des personnes en situation de précarité au niveau des CHRS, des CSAPA généralistes (précarité et consommation d'alcool) ou des CAARUD proposant un accès aux douches et des petits déjeuners. Aujourd'hui, ce ne sont pas moins de 34 structures partenaires qui proposent une demi-journée de consultation par trimestre avec :

- Un accès au FibroScan® (outil de sensibilisation et d'évaluation de la fibrose) ;
- Un dépistage par TROD et tests sur papier buvard (depuis 2013) ;
- Une consultation médicale avec orientation vers le soin si nécessaire (courrier, prise de rendez-vous) ;
- Un accompagnement des structures ne disposant pas de professionnels de santé (surtout CAARUD et CHRS) dans la construction de leurs réseaux de soins ;
- Une médiation : proposition d'espaces d'échanges collectifs sur les difficultés d'accès aux soins, les représentations du risque, etc.

Grâce à ces partenariats, l'association recensait 115 interventions en 2016 soit 500 consultations/an.
Ce type de partenariat a trois avantages :

- **Il augmente et améliore l'accès à l'information, au dépistage et aux soins** avec un impact positif auprès des structures d'accueil et des usagers ;
- La régularité des passages **favorise la sensibilisation et la formation des équipes** des CAARUD et d'une partie des CSAPA d'Ile-de-France aux hépatites et améliore ainsi l'accès aux soins (partage et transfert de compétences) ;
- Il permet de proposer **un dépistage par papier buvard*** comme **une alternative au TROD** chez les usagers de drogues difficiles à piquer et les personnes déjà infectées par le VHC dans le passé (usagers de drogues ou personnes précaires avec un passé d'usage de drogues).

La mise en place de partenariats avec les structures médicosociales et les associations existantes permet de **mutualiser les compétences et de proposer aux patients un parcours de soins adapté aux problématiques multiples** (logements, santé, addictions…) du patient en situation de précarité.

Répondre aux besoins des structures partenaires et des besoins spécifiques des patients, utiliser en le décloisonnant, le tissu médico-social et associatif existant tant au niveau national que régional, et multiplier les partenariats afin de toucher un public le plus large possible est essentiel quel que soit le type d'initiative mise en place. Il convient donc de **développer en amont des relations avec les structures partenaires** en ciblant leurs interventions, et **d'établir un bon diagnostic du territoire** tant au niveau des structures existantes qu'au niveau des besoins et attentes des personnes en situation de précarité. Une **évaluation régulière des actions mises en place,** tant au niveau des moyens engagés que des résultats obtenus, permettra aux équipes de les faire évoluer rapidement. **La formation des partenaires** (sur le VHC, ses complications, les risques de comorbidités et le parcours de soins) doit également être encouragée, tout comme **la création d'espaces moins "médicaux"** qui, par un échange plus libre, favorise la sensibilisation des personnes en situation de précarité. La mise en place de ce type de partenariat doit également aider les structures partenaires ayant un personnel essentiellement socio-éducatif à développer leurs réseaux de soins.

*Technique non validée et sans marquage CE

Mettre en place des actions "optimisées" de suivi des patients

Même si les traitements de l'hépatite C sont de plus en plus courts et performants, **les temps de prise en charge n'ont pas été modifiés :** nombreux bilans à réaliser dans des lieux différents, plusieurs consultations nécessaires entre le dépistage et le début du traitement. De plus, **les personnes en situation de précarité reviennent difficilement en consultation même une fois le dépistage réalisé.** C'est dans ce contexte que **le programme C-PREH** (Centre de dépistage et de Prise en charge Rapide des Hépatites virales) a été mis en place au CHU Paul Brousse au début de l'année 2016 afin d'accélérer la prise en charge de ces patients.

Dans le cadre de ce programme, **une infirmière référente Hépatites s'occupe de la prise de rendez-vous** (grâce à une ligne téléphonique et mail dédiés) auprès des patients ayant eu un dépistage récent VHC/VHB positif. Un parcours en 4 étapes est proposé aux patients deux jours par semaine :

1) A 8h : prise de sang standardisée avec envoi du prélèvement en virologie pour mesurer la charge virale (PCR en moins de 3h) ;
2) A 9h : 1ère consultation avec un hépatologue ;
3) A 10h : FibroScan® et 1ère rencontre avec l'infirmière référente Hépatite ;
4) A 12h : résultats de la PCR et 2e rendez-vous avec le même hépatologue, annonce des résultats et discussion sur la prise en charge ultérieure.

Ainsi, **en une matinée, l'équivalent de quatre consultations sont réalisées,** ce qui permet non seulement un gain de temps pour le patient et le médecin, mais permet également d'initier rapidement un traitement. Avec **150 patients dépistés et seulement 1 perdu de vue** depuis début 2016, **ce modèle de "tout-en-un"** a démontré son efficacité pour non seulement accélérer la prise en soins des patients grâce à une simplification des étapes, mais également pour favoriser leur maintien dans le système de santé après le dépistage.

> *"A la Réunion, les TROD présentent peu d'intérêt pour le dépistage. La prévalence de la syphilis étant très élevée dans l'île, il est préférable de réaliser un dépistage large à l'aide d'un prélèvement sanguin qui ne pose aucun problème auprès des personnes précaires (pas de refus, pas d'usagers de drogue injecteurs)."*
>
> ***Dr Emmanuelle Thore-Dupont, Responsable du CeGIDD Ouest à Saint-Paul, La Réunion***

Depuis janvier 2018, l'Equipe Mobile Hépatites a mis en place l'action innovante **3T ("Test To Treat")** permettant à des populations vulnérables d'accéder en une seule session de 5h du TROD positif au début du traitement antiviral en un seul lieu, éducation thérapeutique comprise.

D'autres initiatives ont également été mises en place pour optimiser le suivi des patients.

Afin de pouvoir joindre facilement les patients, l'unité mobile du Fil Vert de Perpignan met à leur disposition des **téléphones portables à faible coût** (9€) en échange d'un contrat moral. Avec 70 % de retour des téléphones, cette initiative est efficace pour éviter les patients perdus de vue. De plus, un réseau local a été mis en place afin de prendre en charge les patients sans couverture médicale.

La **mise en place de permanences "tout-en-un" est à encourager :** en proposant sur un même lieu un dépistage, un FibroScan®, la consultation avec les spécialistes et l'éducation thérapeutique du patient, ces permanences facilitent le parcours des personnes les plus vulnérables.

Maintenir le patient dans le système est primordial tout comme la régularité des actions de dépistage. Quelle que soit l'initiative mise en place, l'accès aux TROD doit être facilité et les actions de dépistage proposées doivent **pouvoir être facilement mises en place, s'imbriquer dans la pratique quotidienne du centre et être adaptées à la situation des usagers.** Les professionnels de santé doivent également être formés non seulement aux TROD mais également à l'éducation thérapeutique pour que le dépistage et la prise en charge de l'hépatite C deviennent un réflexe.

Une des initiatives à retenir est celle mise en place par le Centre Pierre Nicole à Paris qui, en organisant **une semaine de dépistage**, favorise l'accès aux TROD auprès des usagers. **Le CSAPA Pierre Nicole de la Croix Rouge** accueille des personnes en situation de précarité et présentant une conduite addictive, au sein de ses deux sites parisiens et d'un centre thérapeutique résidentiel. Le Centre Pierre Nicole propose notamment un dépistage de l'hépatite C par TROD, pour tout nouveau patient arrivant au centre et rapportant une conduite à risque, et organise deux fois par an, depuis 4 ans, une semaine de dépistage

sur le site du Ve arrondissement qui dispose d'une unité de traitement ambulatoire. Durant cette semaine, annoncée grâce à un affichage au CSAPA, des TROD sont réalisés par les infirmières du centre et les résultats sont restitués par un médecin. En cas de dépistage positif, le médecin du CSAPA prescrit une sérologie et une mesure de la charge virale afin de confirmer le diagnostic. L'évaluation de la fibrose hépatique est réalisée par l'association Gaïa-Paris (passage régulier de l'unité mobile) ou par l'hôpital Cochin et la Pitié-Salpêtrière avec lesquels des liens privilégiés sont établis. Quant à la prise en charge thérapeutique, elle est initiée à l'hôpital et le suivi est coordonné par le médecin référent du CSAPA qui gère la dispensation du traitement au sein du centre. La prise en charge est facilitée par les nouveaux traitements et le dépistage est vécu par les patients comme l'occasion d'un temps de discussion sur les pratiques à risque et les messages de prévention.

La mise en place d'actions et d'outils favorisant le suivi des patients doit être associée à **une politique de réduction des risques efficace** afin de repérer les comportements à risque et encourager le dépistage régulier des personnes concernées.

A titre d'exemple, l'une des missions de la Plateforme Santé Inter-associative de **l'association ALEOS** à Mulhouse est de **sensibiliser les personnes logées en résidence sociale au dépistage** de l'hépatite C. Reposant sur l'accès au logement social, les missions de l'association sont d'accueillir, loger, accompagner et insérer les personnes en situation de précarité. Depuis 2010, des actions collectives, réalisées **en partenariat avec l'Association Aides, SOS Hépatites et le Planning familial,** sont proposées afin de sensibiliser les personnes logées en résidence sociale, à la prise en charge de différentes pathologies (hépatite C, diabète, VIH etc...). Grâce à la mise en place **d'une après-midi thématique**, l'association informe les résidents sur l'hépatite C et l'existence d'un traitement accessible et leur propose un dépistage en intra-structure. La **forte relation de confiance** établie avec les résidents facilite également le suivi et leur bonne prise en soins.

Une autre initiative à retenir est celle proposée par **l'association Aremedia**, association de Santé Publique et d'Education Populaire créée en 1993, via son dispositif d'accompagnement **l'hôpital "Hors les Murs".** Depuis 2001, ce dispositif propose, en partenariat avec le CeGIDD Fernand Widal - Saint Louis - Lariboisière, des dépistages du VIH, des hépatites B et C, de la syphilis ainsi que d'autres IST, aux personnes en situation de précarité, isolées et ne fréquentant pas facilement les hôpitaux. Au sein des 20 structures partenaires, un dépistage en 3 étapes est proposé avec un accueil des volontaires par l'animatrice de prévention :

1) Entretien avec le médecin et prélèvement par l'infirmière,
2) Remise d'un **questionnaire socio-démographique,**
3) Entretien de prévention / réduction des risques.

En fonction de leur autonomie, les patients récupèrent leurs résultats soit auprès du CeGIDD de Fernand Widal, soit auprès du médecin de la structure, soit auprès du médecin de l'association qui leur apporte les résultats au sein de la structure partenaire.

> *"Le taux de tests rendus est de 70 % soit environ 1/3 de patients perdus de vue. Nous avons mis en place un rappel par SMS, leur indiquant que les résultats sont prêts, pour inciter les patients à récupérer leurs résultats, nous permettant ainsi d'augmenter le taux de rendu de moins de 60 % à 70 %. Des accompagnements individuels ou en groupe sont proposés, ainsi que des visites de structures de proximité. Des rencontres avec l'ensemble des partenaires ont lieu tout au long de l'année en vue notamment de diminuer le taux de perdus de vue, et de permettre au mieux l'accès au soin. En cas de dépistage positif, un protocole formalise accompagnement, accès aux soins, et orientation."*
>
> ***Mme Véronique Henry Kagan, Directrice de l'association AREMEDIA***

En amont de cette journée, des **ateliers de sensibilisation sont proposés** par l'association à destination des équipes des structures partenaires et des personnes en situation de précarité avec :

- Pour les équipes des structures partenaires :
  - Sensibilisation aux risques infectieux afin d'améliorer notamment la prise en charge des risques liés aux pratiques sexuelles dans le

cadre d'un accompagnement médico-social ;

- Recensement des outils disponibles au sein de l'association ;
- Ajustement des connaissances et des représentations.

• Pour les personnes précaires :

- Animation avec des outils favorisant l'expression sur des thématiques larges de santé globale, afin de libérer la parole et le partage d'expériences, et de permettre l'identification de l'équipe d'Aremedia comme personnes ressources ;
- Sessions de sensibilisation afin de faire un focus sur un point en particulier, comme le VHC et son traitement actuel, en rappelant que "se faire dépister, c'est guérir".

Pour favoriser l'accès au traitement, il est important de **mobiliser les travailleurs sociaux des partenaires associatifs** afin d'améliorer la couverture médicale des patients en amont du dépistage et d'optimiser les relances pour éviter de perdre de vue des patients. De plus, **améliorer les outils de suivi des patients et développer des moyens pour améliorer la pédagogie le jour de l'intervention** sont également des mesures à encourager. Enfin, le succès de ce type d'action réside dans la mise en place, en amont, **d'actions de communication** (flyers, affiches…) permettant d'informer les patients des actions proposées.

LES PROPOSITIONS

pour améliorer le dépistage et l'accès en soins de l'hépatite C chez les personnes en situation de précarité

1/ Rompre l'isolement en allant régulièrement à la rencontre des personnes en situation de précarité grâce à des équipes mobiles

- Développer les actions hors les murs de "aller vers" afin de dépister les personnes en situation de précarité et/ou de les accompagner vers le soin.

2/ Personnaliser le parcours de soins du patient en situation de précarité

- Proposer en complément de l'accompagnement médical, une aide sociale (démarches administratives, aide au logement…).

3/ Favoriser des liens étroits entre les structures de soins ou d'accueil et les associations existantes par un diagnostic du territoire

- Recenser les structures existantes, les besoins et attentes des personnes en situation de précarité.
- Impliquer les associations locales de terrain afin de proposer un dépistage systématique des personnes en situation de précarité.
- Mettre en lien l'ensemble des structures médicosociales et associatives existantes.
- Proposer une coordination des acteurs de terrain, des services d'hépato-gastroentérologie et des partenaires institutionnels et financiers.
- Evaluer régulièrement les actions mises en place tant au niveau des moyens engagés que des résultats obtenus pour une adaptation dynamique.

4/ Mettre en place des actions "optimisées" de suivi des patients

- Repérer les comportements à risque.
- Encourager le dépistage régulier des personnes concernées.
- Encourager le modèle de parcours de soin "tout-en-un" (plusieurs consultations en une demi-journée) et l'utilisation d'outils adaptés (prêt de téléphone portable, envoi de SMS…) pour favoriser le retour des patients une fois dépistés.

LES ANNEXES : fiches explicatives d'initiatives existantes en France

FICHE PRATIQUE 1

L'approche communautaire de la Clinique Santé Amitié au Québec : une structure d'accueil humanisée favorisant l'accès aux soins des personnes en situation de précarité

Le témoignage du Pr Jean Robert, Responsable de la Clinique Santé Amitié.

La Clinique Santé Amitié est l'un des programmes du Centre Sida Amitié créé en 1990 afin d'offrir des services d'accueil, de soutien et d'accompagnement aux personnes infectées par le VIH/Sida, les hépatites virales et les IST. Depuis 1995, la Clinique Santé Amitié s'est spécialisée en infectiologie communautaire, c'est-à-dire centrée sur les besoins des personnes.

CIBLE ET FILE ACTIVE

- Bassin de santé de 601 700 personnes.
- File active de 1 400 personnes infectées par l'hépatite C traitées et suivies depuis 2003.

ENJEUX

- Offrir des services d'accueil, de soutien et d'accompagnement aux personnes infectées par le VIH/Sida, les hépatites virales et les IST.
- Venir en aide aux personnes en grande difficulté, démunies, exclues et rejetées, et n'ayant pas accès au système public de soins au Québec.

ACTEURS MOBILISÉS

- Médecin infectiologue et communautaire, responsable du centre (à temps plein)

Pour les consultations :

- Infectiologue
- Médecin généraliste
- Infirmières
- Assistants d'accueil

EN PRATIQUE

Plusieurs niveaux d'intervention

- Proposition d'un dépistage de toutes les IST et des hépatites dans les 5 structures. En cas de résultat positif, les patients sont ensuite suivis au centre référent ;
  - Procéder sur place à la vaccination contre les hépatites A et B, et le HPV (condylomes).
- Accueil dans les locaux du centre, des personnes en situation de précarité afin de proposer :
  - Une consultation globale et multidisciplinaire,
  - Un accompagnement adapté à chacun de leurs besoins.
  - Outils de communication illustrés afin de faciliter la compréhension de ces patients souvent analphabètes de niveau 1 à 3 (sur une échelle de 5).

Principales activités du centre

- Écoute attentive des préoccupations des personnes précaires.
- Dépistage anonyme et gratuit des IST et des hépatites.
- Prévention, vaccination, traitement et suivi des IST.
- Distribution gratuite de matériel de prévention (préservatifs, matériel stérile de consommation de drogues, traitement préventif du VIH, ...).

FICHE PRATIQUE 1 (SUITE)

EN PRATIQUE

Parcours de soins en cas de dépistage positif du VHC

- Bilan complet de base afin de confirmer le diagnostic (charge virale, fibrométrie biologique par Fibrotest®).
- Instauration du traitement (à la demande du patient) par le médecin de la clinique.
- Suivi réalisé sur place dans un contexte familial et communautaire ;
- Gestion et distribution des traitements.
- Bilan de suivi toutes les semaines pendant la durée du traitement, puis tous les mois pendant 6 mois et à la demande par la suite.
- Délivrance d'un diplôme de guérison et affichage de la photo du patient guéri sur un "mur de guérison" dans l'aire d'accueil de la clinique.

A noter : au Québec, l'accès aux soins et aux traitements du VIH, des hépatites et des IST est pris en charge à 100 % par l'assurance maladie et sans avance de frais pour les personnes en situation de précarité.

FINANCEMENT

- Totalement privé, par la contribution des laboratoires pharmaceutiques et des donateurs.

RÉSULTATS

- Environ 80 à 100 nouveaux cas d'hépatite C / an.
- ≥ 90 % d'observance au traitement.
- Activité annuelle
  - 5 700 visites en 2016 (sur la base de 3,5 jours par semaine d'ouverture de la clinique) ;
  - 3 à 4 interventions / an dans chacun des 5 centres de réadaptation partenaires.

Pour en savoir plus : Contact : Pr Jean Robert, Responsable de la Clinique Santé Amitié - jean.robert99@videotron.ca

FICHE PRATIQUE 2

L'unité mobile du Fil Vert à Perpignan : une équipe de proximité au service des populations éloignées du système de santé

Le témoignage de M. Hakim Bouchkira, Infirmier coordinateur du projet Fil Vert.

Une équipe mobile hépatites a été mise en place par le CH de Perpignan afin de favoriser l'accès aux soins des populations vulnérables et précaires. Les principales missions de l'équipe mobile hépatites sont d'améliorer le parcours de soins de la personne atteinte d'hépatite virale chronique B ou C, et d'augmenter le nombre de malades pris en charge et traités. Le projet Fil Vert a été mis en place dès 2014 afin de renforcer l'action auprès de personnes très éloignées du soin, notamment grâce à un camping-car aménagé. De nouveaux partenariats ont ainsi été initiés au sein de l'Aude et des Pyrénées orientales : Restos du cœur, association Table ouverte (fréquentée par des SDF), la Maison de l'amitié (accueil de jour) et autres structures médico-sociales et associatives. L'équipe mobile hépatites intervient sur deux territoires, les Pyrénées Orientales et l'Aude : en couvrant bien entendu les zones blanches (territoires éloignés ayant peu ou pas accès à des actions de dépistage et aux soins), nous comptons 30 partenaires dans ces 2 territoires.

CIBLE ET FILE ACTIVE

- Personnes atteintes d'hépatite C, en situation de précarité et éloignées du soin.

ENJEUX

- Améliorer le parcours de soins de la personne atteinte d'hépatite virale chronique B ou C, et augmenter le nombre de malades pris en charge et traités grâce à la mise en place d'une unité mobile.

ACTEURS MOBILISÉS

- Infirmier
- Travailleur social

EN PRATIQUE

- Proposer des TROD pour les hépatites B et C, et le VIH.
- Evaluer la fibrose du foie par un FibroScan®.
- Donner des informations sociales concernant le diagnostic et la prise en charge.
- Orientation médicale : consultations médicales avancées et présentation des dossiers à la RCP hépatite C.
- Actions de prévention et d'information au niveau des différentes structures ;
- Favoriser le parcours de soins par :
  - Prise en charge individualisée en fonction du profil des patients ;
  - Réseau local permettant de prendre en charge les patients sans couverture médicale (rôle important de l'assistant social) ;
  - Prêt de téléphones portables à faible coût (9 €) en échange d'un contrat moral, afin de pouvoir joindre les patients et ainsi optimiser leurs suivis.

RÉSULTATS

- Activité en 2016 :
  - 2 sorties / semaine,
  - 170 personnes dépistées, dont 9 % de sérologies positives pour le VHC.
- Bilan depuis 2013 : > 1 500 personnes dépistées, dont 60 % pour la première fois.
- Environ 1 000 TROD.
- > 400 FibroScan®.
- Près de 250 nouveaux patients pris en soins.
- 70 % de retour des téléphones.

Pour en savoir plus : Contact : M. Hakim Bouchkira, Infirmier coordinateur du projet Fil Vert - ide.emh@ch-perpignan.fr

Liste des partenariats de l'Unité Mobile du Fil Vert, selon les secteurs associatifs, hospitaliers, hospitaliers spécialisés.

DANS LES PYRÉNÉES ORIENTALES

Secteur Associatif

- Centre Hébergement Urgence Sociale Croix Rouge Française
- Abri de nuit et restauration sociale Croix Rouge Française
- Centre de distribution de colis alimentaire Messidor
- Centre de restauration sociale et distribution de colis alimentaire Promesse des sources
- Centre Hébergement Réinsertion Sociale Mas St Jacques (Perpignan)
- Centre Accueil Accompagnement Réduction des risques Usagers Drogues ASCODE
- Centre Hébergement Réinsertion Social Etape Solidarité (Céret)
- Centre Hébergement Réinsertion Social Sésame (Prades)
- Appartement de coordination thérapeutique
- Chantier d'insertion

Secteur Hospitalier

- Unité d'Addictologie du Centre Hospitalier de Perpignan
- Permanences Accès Soins Santé
- Centre Lutte Anti Tuberculeuse
- Laboratoire
- Pharmacie
- Les services du Pôle rattaché à la Gastroentérologie
- Unité Sanitaire milieu pénitentiaire
- Unité Médicale Centre Rétention Administrative

Secteur hospitalier spécialisé

- Centre Hospitalier Spécialisé de Thuir
- Centre médico–psychologique de Céret
- Centre médico–psychologique de Prades
- Centre médico–psychologique d'Osséja (en cours)

DANS L'AUDE

Secteur Associatif

- Association Nationale Prévention Alcoologie addictologie
- Centre Soins Accompagnement Prévention Addictologie
- Centre Accueil Accompagnement Réduction des risques Usagers Narbonne
- Accueil de jour et hébergement d'urgence Maison de l'amitié
- Restaurant social table ouverte
- Restaurant du cœur de l'Aude

Secteur Hospitalier

- Centre Hospitalier de Narbonne
- PASS de Narbonne

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES CHAPITRE 4 :

1. Sass C, Moulin JJ, Guéguen R, Abric L, Dauphinot V, *et al.* Le score EPICES: un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. Bull Epidemiol Hebd 2006;14:93-100
2. Assurance maladie. Le score EPICES: l'indicateur de précarité des Centres d'examens de santé de l'Assurance Maladie. Rapport d'étude Janvier 2015:18 pages
3. Furtos J. La précarité et ses effets sur la santé mentale. Le Carnet PSY 2011/7 (n° 156), p. 29-34
4. Stoebner-Delbarre A. Précarité, consommations à risque et cancer. Addictions 2011;33:10-5
5. Institut de veille sanitaire, Caisse nationale de l'Assurance maladie et des travailleurs salariés, Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé. Estimation des taux de prévalence des anticorps anti-VHC et des marqueurs du virus de l'hépatite B chez les assurés sociaux du régime général de France métropolitaine, 2003-2004, Saint-Maurice: InVS, 2005, 14 p
6. Institut de veille sanitaire. Prévalence des hépatites B et C en France en 2004. Rapport 2007: 114pages. http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/2006/prevalence_b_c/index.html
7. Meffre C, Le Strat Y, Delarocque-Astagneau E, Dubois F, Antona D, *et al.* 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(4):546-55
8. Czernichow P. Hépatites B et C: mieux savoir pour mieux agir. Bull Epidemiol Hebd 2016;13-14:222-223
9. Institut national du cancer (INCa). Fiche de détection de la fragilité sociale. Action 26.2 du plan cancer 2009-2013. www.cancer.fr
10. Remy AJ, Wenger H, Bouchkira H. Traiter l'hépatite C chez des patients usagers de drogue et/ou précaires: utile, efficace et éthique. Presse Médicale 2014, 1314-1316

Conclusion

Le dépistage systématique de l'hépatite C est absolument essentiel chez les populations vulnérables même sans facteur de risque retrouvé car la connaissance du statut sérologique favorise la réduction des comportements à risque. Cela permet non seulement de réduire son incidence mais également d'identifier les personnes pouvant bénéficier d'un traitement, dans une perspective d'élimination à court terme de l'épidémie.

Cet enjeu de santé publique est d'autant plus important que des traitements efficaces existent et que le dépistage insuffisant du VHC constitue une inacceptable perte de chance pour ces populations vulnérables.

Hormis leur efficacité, ces traitements peuvent renforcer l'offre de soins en développant les liens entre professionnels et les formations qu'ils nécessitent, et en optimisant la culture de santé chez les usagers. Ils peuvent ainsi devenir un véritable outil de réduction des risques et des dommages notamment chez les populations vulnérables.

Ce livre blanc met en lumière des expériences intéressantes et efficaces pour favoriser le dépistage et l'accès aux soins des populations vulnérables infectées par le virus de l'hépatite C.

Ces expériences concrètes reposent sur des équipes motivées, sans nécessiter obligatoirement des moyens financiers importants. Ces équipes ont ainsi souhaité partager leurs expériences avec l'ensemble des acteurs impliqués dans la prise en soins de l'hépatite C. Ces expériences ont été mises en place après un diagnostic des besoins et des partenaires existants ce qui permet d'envisager leur transposition à l'ensemble des acteurs impliqués dans le dépistage et l'accès aux soins des personnes vulnérables infectées par le virus de l'hépatite C.

Nous espérons également soutenir ainsi l'intérêt des partenaires institutionnels, et notamment des ARS, leur soutien est en effet absolument indispensable pour assurer la pérennité de ces actions auprès des populations vulnérables.

Les propositions pour améliorer le dépistage et l'accès en soins de l'hépatite C

Pour les usagers de drogues

1/ **Aller au-devant des usagers de drogues dans leurs lieux de vie et de consommations**

- Mettre en place des équipes mobiles de soins et des consultations délocalisées.
- Créer un réseau de partenaires et contacter au préalable l'ensemble des partenaires : PAJ, CSAPA, CAARUD, PASS, CeGIDD et les services d'infectiologie et d'hépatologie de la région.
- Évaluer le territoire et repérer ses interlocuteurs potentiels (médecins généralistes, pharmaciens, infirmières scolaires, éducateurs spécialisés, élus locaux ...), les rencontrer, évaluer leurs difficultés.
- Réfléchir en amont au parcours de soins pouvant être mis en place en cas de dépistage positif.
- Organiser des maraudes en collaboration avec des usagers pairs ("navigateurs").
- S'entourer d'une équipe motivée et formée (sur les pathologies, le diagnostic, le traitement) afin qu'ils deviennent des relais plus efficaces.
- Communiquer avec des moyens modernes.

2/ **Renforcer les mesures de prévention et réduire les risques**

- Favoriser l'accès au dépistage des usagers de drogues injecteurs de façon régulière et adaptée à leur prise de risque (tous les ans, voire tous les 6 mois chez les injecteurs actifs).
- Traiter tous les usagers de drogues injecteurs ayant une infection chronique par le VHC afin de réduire le réservoir viral et ainsi la transmission de l'infection.
- Informer les patients du risque de recontamination et les faire bénéficier d'un suivi pour la RDR incluant des modules de prévention de la recontamination ("Change le Programme", AERLI, etc.).
- Déployer des brochures d'informations dans plusieurs langues.
- Favoriser l'accès aux matériels de prévention et de RDR.

3/ **Intégrer des usagers pairs dans les structures de dépistage et de prise en charge des usagers de drogues**

- Prendre en compte et intégrer dans les actions les points de vue des usagers.
- Favoriser l'intégration d'usagers dans l'équipe (maraudes, accueil, accompagnement).

4/ **Coordonner les soins addictologiques et hépatologiques**

- Soutenir le travail en réseau.
- Développer les approches intégrées hépato/addicto en CSAPA et CAARUD
- Créer des dispositifs avancés, mobiles, et lieux spécifiques pour les populations qui ne fréquentent pas les CSAPA et les CAARUD.

5/ **Encourager la délégation de tâches et favoriser la coordination des soins**

- Favoriser et optimiser la collaboration coordonnée entre les hépatologues et les médecins addictologues de CSAPA.
- Soutenir les possibilités de prescription d'AAD par les médecins exerçant en CSAPA ou en réseau structuré.
- Assurer la formation continue des équipes de CSAPA.
- Identifier et nommer un référent hépatite sans limitation de profil (infirmier(e)s, travailleurs sociaux, médecins, ...) :
  - Pour la coordination de la prise en charge,
  - Pour assurer la continuité du suivi des patients.

6/ **Étendre la mise à disposition d'outils de dépistage**

- Systématiser la mise à disposition des TROD (habilitation des centres et formations des équipes).
- Favoriser l'accès à de nouvelles techniques de diagnostic (le test sur papier buvard).
- Mettre à disposition un FibroScan® à l'ensemble des acteurs de la prise en charge (hépatologues libéraux et hospitaliers) sur des créneaux spécifiques.

7/ **Élargir le parcours de soins aux pharmaciens et aux médecins généralistes**

- S'appuyer sur les pharmaciens de ville motivés pour développer des actions de sensibilisation ciblées : PES et distribution de brochures d'information.
- Evaluer l'investissement des pharmacies partenaires afin de proposer des solutions adaptées aux besoins des usagers du territoire.
- Réfléchir sur le mode de livraison des pharmacies et de récupération des DASRI.
- Développer le dépistage par TROD VHC salivaire Oraquick® chez le MG.

Pour les personnes migrantes

1/ **Développer les actions de dépistage : “aller vers”**

- Développer les mises en place d'équipes mobiles (ex. centres de mise à l'abri, centres d'accueils de demandeurs d'asile, foyers de travailleurs migrants…).
- Développer les actions de dépistage des hépatites “hors les murs” en coordination avec les CeGIDD et les CLAT en l'incluant dans un “bilan de santé migrant”.
- Mettre en place un dépistage systématique des hépatites virales B et C et du VIH lors des consultations PASS.
- Généraliser l'utilisation des TROD dans les PASS, les CeGIDD et les CLAT.
- Promouvoir le dépistage de l'hépatite C chez les migrants en médecine générale.

2/ **Mettre en place des actions de soins coordonnées et adaptées à la prise en charge spécifique des patients migrants**

- Mettre en place une coordination commune médicale et budgétaire pour les PASS, les CeGIDD et les CLAT au sein des hôpitaux.
- Mettre en place une plage de consultation d'hépatologie avancée réservée à la prise en charge des migrants infectés par les hépatites virales.
- Valoriser le temps médical et infirmier de cette consultation.
- Faciliter l'accès à l'interprétariat pour les patients non francophones.
- Favoriser l'accompagnement vers le soin et le suivi des patients migrants en mettant en place un poste d'infirmière référente ou de travailleur social qui sera en charge de la coordination du parcours de soins du patient migrant.
- Fédérer l'ensemble des acteurs de terrain et les structures associatives impliqués dans la prise en charge en les réunissant régulièrement afin d'évaluer et d'améliorer l'efficacité des actions mises en place.

3/ **Assurer un accompagnement global (médical, paramédical et social), adapté et spécifique aux besoins de chaque patient grâce à une équipe pluridisciplinaire**

- Assurer un accompagnement médical et paramédical pour :
  - Annoncer les résultats (positifs ou négatifs),
  - Échanger et répondre aux interrogations du patient sur sa maladie,
  - Diffuser les messages de prévention.
- Réaliser un bilan de santé global pour tous les migrants primo-arrivants (ce bilan doit notamment comprendre la recherche des hépatites chroniques, du VIH, du diabète, de l'hypertension artérielle, et de la bilharziose pour les personnes originaires des zones à risque).
- Favoriser la mise en place et le financement pérenne de postes de médiateurs de santé pouvant agir aux différentes étapes du parcours de soins.
- Orienter les patients vers les groupes de paroles ou les associations existantes.

4/ **Favoriser l'accès au traitement par AAD des patients migrants ayant une hépatite C**

- Favoriser et accélérer l'obtention des droits (Sécurité sociale, CMUc ou AME).
- Simplification du parcours de soin : élargissement des droits de prescription des AAD et suivi du traitement par le médecin du centre où est suivi le patient (PASS, etc…) ou adressage du patient en consultation spécialisée avancée.
- Accompagnement du parcours de soins : aide pour le bilan pré-thérapeutique, à la récupération des traitements, éducation thérapeutique.

Pour les patients atteints de troubles psychiatriques

1/ **Reconnaître la population souffrant de troubles psychiatriques comme encline à développer des conduites à risques et à être plus infectée par le VHC surtout en cas de pathologie mentale chronique**

- Favoriser le dépistage et la prise en soins des personnes atteintes de troubles psychiatriques.

2/ **Favoriser et systématiser le dépistage et la RdRD en milieu psychiatrique**

- Ne pas se focaliser sur la recherche de facteurs de risque du VHC et organiser un dépistage systématique et régulier des patients suivis à l'hôpital (au moins 2 fois/an).
- Proposer l'intervention périodique d'un hépatologue ou d'un autre expert, et une évaluation de la fibrose hépatique par FibroScan® dans une approche somatique et de RdRD élargie.

3/ **Former les équipes somatiques et psychiatriques en milieu psychiatrique sur les hépatites afin de systématiser un parcours de soins cohérent**

- Mettre en place des formations de soins intégrés pour les soignants en psychiatrie à l'aide de la formation continue, de diplôme validant, de formation en ETP et de stages en unité hospitalière et en soins primaires ambulatoires d'addictologie ou de soins somatiques (postes transversaux ou mobiles…).
- Favoriser la formation adéquate et les réflexions transversales ou de soins intégrés en faculté de médecine et en Instituts de formation en soins infirmiers.
- Sensibiliser les internes de médecine (toutes disciplines confondues) voire les équipes soignantes infirmières pour proposer le dépistage systématique au moment de l'entretien d'accueil des patients…

4/ **Favoriser les articulations transdisciplinaires et les pratiques de soins intégrés**

- Créer une équipe transdisciplinaire regroupant les spécialistes de la prise en soins de l'hépatite C au sein de chaque établissement (psychiatrie, addictologie, soin somatique).
- Mettre en place une filière systématisée pour les patients psychiatriques atteints d'hépatite C afin de favoriser le dépistage, l'orientation et la prise en soin intégré de l'hépatite C.
- Nommer un référent coordonnateur au sein de chaque structure (rôle des SEHLV ?) afin d'améliorer les échanges avec les services d'hépatologie et faciliter la coordination des soins.

5/ **Favoriser et financer le traitement des hépatites en psychiatrie et en CSSRA**

- Appliquer la rétrocession à l'ensemble des pharmacies hospitalières des établissements psychiatriques.
- Favoriser le financement d'un bilan hépatologique et d'un traitement pour les hépatites en CSSRA.

6/ **Développer les outils et les pratiques de mise en lien**

- Mettre en place des consultations avancées de soins somatiques (généralistes, hépatologues, infectiologues…) en psychiatrie hospitalière et ambulatoire ou de psychiatrie/addictologie en hépatologie.
- Améliorer l'articulation des soins transversaux y compris somatiques entre les structures d'hospitalisation temps plein et les structures extrahospitalières de psychiatrie (accompagnement, visites à domicile, réhospitalisations pour les rendez-vous de suivi) pour favoriser la continuité des soins hépatologiques et addictologiques.
- Favoriser des actions tous publics (soignants/non soignants mélangés) au sein des structures hospitalières ou non hospitalières (écoles, etc.) sur des thèmes en lien avec les facteurs de risque (sexe, addictions, etc.) en collaboration avec les associations de patients ou des familles dans le domaine de la santé mentale.

Pour les personnes en situation de précarité

1/ **Rompre l'isolement en allant régulièrement à la rencontre des personnes en situation de précarité grâce à des équipes mobiles**

- Développer les actions hors les murs de "aller vers" afin de dépister les personnes en situation de précarité et/ou de les accompagner vers le soin.

2/ **Personnaliser le parcours de soins du patient en situation de précarité**

- Proposer en complément de l'accompagnement médical, une aide sociale (démarches administratives, aide au logement…).

3/ **Favoriser des liens étroits entre les structures de soins ou d'accueil et les associations existantes par un diagnostic du territoire**

- Recenser les structures existantes, les besoins et attentes des personnes en situation de précarité.
- Impliquer les associations locales de terrain afin de proposer un dépistage systématique des personnes en situation de précarité.
- Mettre en lien l'ensemble des structures médicosociales et associatives existantes.
- Proposer une coordination des acteurs de terrain, des services d'hépato-gastroentérologie et des partenaires institutionnels et financiers.
- Evaluer régulièrement les actions mises en place tant au niveau des moyens engagés que des résultats obtenus pour une adaptation dynamique.

4/ **Mettre en place des actions "optimisées" de suivi des patients**

- Repérer les comportements à risque.
- Encourager le dépistage régulier des personnes concernées.
- Encourager le modèle de parcours de soin "tout-en-un" (plusieurs consultations en une demi-journée) et l'utilisation d'outils adaptés (prêt de téléphone portable, envoi de SMS…) pour favoriser le retour des patients une fois dépistés.

Remerciements

Nous adressons nos plus sincères remerciements à l'ensemble des parties prenantes de ce projet.

Nous tenons tout d'abord à remercier l'ensemble des membres des groupes de travail pour leurs participations actives aux différentes séances de travail et leurs contributions techniques à la réalisation de cet ouvrage.

Nous exprimons nos plus chaleureux remerciements à l'ensemble des professionnels de santé, du social et du médico-social, qui ont partagé avec nous leurs expériences et leurs pratiques de dépistage et de prise en charge des patients atteints d'hépatite C et qui, grâce à leurs témoignages, nous ont ainsi aidé à nourrir ce Livre Blanc :

Merci aux

- *Dr Xavier Aknine (Médecin Généraliste, Président de l'ANGREHC, Gagny),*
- *Dr Teresa Antonini (Hépatologue CHU Paul Brousse, APHP, Villejuif),*
- *Dr Béatrice-Anne Baratchart (Direction de la Santé Publique, ARS Aquitaine),*
- *Dr Julie Bottero (Chef du service de Maladies Infectieuses et Tropicales, Hôpital Jean Verdier, APHP, Bondy),*
- *M. Hakim Bouchkira (Infirmier coordinateur de l'équipe mobile Hépatites, CH Perpignan),*
- *Dr Erika Castro-Bataenjer (Addictologue, CHUV de Lausanne, Suisse),*
- *Dr Didier Cohou (Psychiatre, Clinique Les Flamboyants Ouest, Le Port, Ile de la Réunion),*
- *Dr Laurent Cuissard (Hépato-Gastroentérologue mixte, CH Gabriel Martin de Saint Paul, Ile de La Réunion & Responsable du centre expert hépatites Réunion-Mayotte),*
- *Mme Agnès Creyemey (Educatrice Spécialisée, CEID Bordeaux),*
- *Mme Claire Daumont (Infirmière, Association Cabiria, Lyon),*
- *Mme Véronika Devrim (Éducatrice Spécialisée CSAPA Bizia, Bayonne),*
- *Dr Jacques Ducos (PH responsable de l'Unité Fonctionnelle des Hépatites Virales au CHU Lapeyronie & Co-fondateur de Spot-to-lab),*
- *Dr Martin Duracinsky (Chercheur, Université Paris Diderot & Praticien attaché dans le service de Médecine Interne et de Maladies Infectieuses, Hôpital Bicêtre),*
- *M. Thierry Faucher (Directeur, Association RVH77 Sud),*
- *Dr Dominique Grassineau (Médecin coordinateur des PASS médico-sociales adultes de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille & Vice-Présidente du Collectif national PASS),*
- *Mme Véronique Henry Kagan (Directrice, Association AREMEDIA, Paris),*
- *Dr Anne Jolivet (Médecin de santé publique et chef de pôle Santé Publique, CH Ouest Guyanais, St Laurent du Maroni, Guyane),*
- *Mme Fabienne Koehl (Infirmière chef de service, Aléos, Mulhouse),*
- *Mme Claude Lassalle (Assistance Sociale, GAPS-CSP),*
- *Mme Aurélie Lazes-Charmetant (Chargée de missions, CEID de Bordeaux),*
- *Dr Thanh Le Luong (Directrice du pôle Santé, OFII, Paris),*
- *Mme Cécilia Maitre (Coordinatrice de Santé et d'Appui en Addictologie, réseau RESAPSAD),*
- *Dr Céline Michaud (Infectiologue, CH de Mayotte),*
- *Dr Laurent Michel (Psychiatre addictologue et Directeur médical, CSAPA Pierre Nicole de la Croix Rouge Française, Paris),*
- *Dr Pierre Millot (Hépato-gastroentérologue, CH de Mayotte),*
- *M. Jean-Hugues Morales (Chargé de missions, CEID Bordeaux),*
- *Dr Pascal Revault (Médecin et directeur opérationnel, Comede),*

- *Pr Jean Robert (Médecin spécialiste en microbiologie infectiologie et en médecine communautaire ; Professeur agrégé de clinique, Université de Montréal ; Professeur invité de 1984 à 2010, Université de Paris VII, session annuelle intensive au Cours international IST et VIH, volet approche communautaire & Responsable et fondateur Clinique Santé Amitié, Saint-Jérôme, Québec),*
- *Mme Pascale Sablon (Assistante sociale, Cèdre Bleu, Lille),*
- *Mme Josiane Silhol (Infirmière référente, CSAPA Bizia, Bayonne),*
- *Mme Christelle Tavolieri (Infirmière coordinatrice santé, Aléos, Mulhouse),*
- *Dr Thore-Dupont (PH en Médecine Générale, sexologue, CH Gabriel Martin & Responsable, CeGIDD Ouest à Saint-Paul, La Réunion),*
- *M. Johann Volant (Coordinateur du pôle VIH / Hépatites, Association Gaïa-Paris).*

Nos remerciements s'adressent également à Actions Addictions, AddictAIDE, Association Française de l'Étude du Foie, Association Nationale pour la Promotion des Soins Somatiques en Santé Mentale, Collège Universitaire National des Enseignants d'Addictologie, Fédération Addiction, Fédération Française d'Addictologie, Fédération Nationale des Etablissements de Soins et d'Accompagnement en Addictologie, Fédération nationale des Pôles de référence et Réseaux Hépatites, SOS Addictions, Société Française de Psycho-Addictologie, SOS Hépatites et PsychoActif pour leurs soutiens.

Dr Jean-Michel Delile,
Psychiatre, Directeur du CEID, Bordeaux

Dr Jean-Philippe Lang,
Professeur Conventionné de Psychiatrie Université de Strasbourg,
Psychiatre Addictologue Centre de Psychiatrie et de Psychothérapie Les Toises (Suisse),
Conseiller Médical Santé Mentale ARS Grand Est,
Président du Centre Information Régional sur les drogues et dépendances D'Alsace

Dr André-Jean Rémy,
Chef du service d'Hépato-Gastro-Entérologie, CH de Perpignan

Dr Isabelle Rosa,
Hépato-Gastro-Entérologue, CHI de Créteil

Ce livre blanc a bénéficié du soutien institutionnel du laboratoire GILEAD. *Ce dernier n'a pas participé directement ou indirectement au recueil ou à l'analyse des données ni à la rédaction de ce livre blanc. Aucun représentant du laboratoire GILEAD n'a été présent aux réunions du groupe du travail. Aucun professionnel de santé (coordinateur, membre de groupe de travail ou personne sollicitée pour le recueil de son expérience) n'a été directement ou indirectement rémunéré par GILEAD dans le cadre de sa participation à ce projet.*