

Évaluation de l'expérimentation de simplification du parcours de soins hépatite C dans les populations à risque (projet « TEST TO TREAT »)

Rapport final

Article 51



Sommaire

1	<i>Synthèse de l'évaluation du projet T3T</i>	4
2	<i>Présentation de l'expérimentation Test To Treat</i>	7
2.1	Points clés de l'expérimentation Test to Treat	7
2.2	Les objectifs attendus du cahier des charges et inscription dans le contexte national	12
3	<i>Évaluation de l'expérimentation</i>	13
3.1	Présentation de l'évaluateur	13
3.2	Méthodologie globale	13
4	<i>Rapport détaillé de l'évaluation finale</i>	16
4.1	Analyse de la faisabilité et de l'opérationnalité : dans quelle mesure les acteurs ont-ils réellement la capacité de monter et faire fonctionner le dispositif « T3T » ?	16
4.2	Analyse de l'efficacité de l'expérimentation Test To Treat : dans quelle mesure le projet a-t-il atteint ses objectifs de contribution à l'élimination de l'hépatite C parmi les populations vulnérables sur le territoire du GHT Aude-Pyrénées ?	29
4.3	Analyse de l'efficience du projet	40
4.4	Reproductibilité : Dans quelle mesure l'expérimentation est-elle capable de donner naissance à un modèle systémique du dépistage et du traitement de l'hépatite C pour les personnes vulnérables ?	41
5	<i>Conclusion</i>	48
6	<i>Annexes</i>	49
6.1	Lettre d'information pour solliciter les structures à participer à Test to Treat	49
6.2	Thématiques des modules d'éducation thérapeutique proposés au patient	50
6.3	Facteurs de risque HAS pour le VHC	50
6.4	Enjeux régionaux de santé et déterminants sociaux de santé caractéristiques à Perpignan – Contrat Local de Santé (2018)	51
6.5	Fiche patient EMH remplie en session T3T	53
6.6	Réunion de concertation pluridisciplinaire VHC	54
6.7	Liste des lieux d'intervention des structures participantes à l'expérimentation Test to Treat	55
6.8	Information concernant la réalisation du Fibroscan® par un infirmier	56
6.9	Formulaire de consentement pour la réalisation du Fibroscan®	56
	Parcours patient et dérogations supportant la mise en place du dispositif T3T	57

Liste des abréviations

AM : Assurance Maladie

ARS : Agence régionale de santé

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues

CEGIDD : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des virus de l'immunodéficience humaine des hépatites et des infections sexuellement transmissibles

CCH : Centre Catalan des hépatites

CH : Centre hospitalier

CNAM : Caisse nationale de l'assurance maladie

COHEP : Coordination hépatites

CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DASRI : Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EMH : Equipe mobile hépatites

T2T : Test to treat

T3T : expérimentation du CH de Perpignan

TROD : Test de dépistage rapide à orientation diagnostique

URPS : Union régionale des professionnels de santé

VHC : Virus hépatite C

1 Synthèse de l'évaluation du projet T3T

Une évaluation dans le cadre du dispositif Article 51

Le projet innovant TEST TO TREAT a été retenu dans le cadre du dispositif national Article 51. Il a reçu un avis favorable du Comité technique de l'innovation en santé le 18 juin 2019, formalisé par l'arrêté du 26 juin 2019¹ et publié au Journal Officiel du 3 juillet 2019. Les expérimentations sont évaluées sous la supervision de la cellule évaluation composée de la DREES et de la CNAM. Cette évaluation a été conduite par EY Consulting en deux temps : des travaux intermédiaires menés en septembre-décembre 2020 et des travaux finaux en septembre-décembre 2021.

Un dispositif *Test-to-Treat* qui se développe à travers le monde sur le sujet de l'hépatite C

L'éradication de l'hépatite C est une priorité de l'OMS pour 2030². La guérison est rendue possible par des traitements qui permettent de traiter les patients en 8 à 12 semaines. La problématique est donc d'identifier et de traiter rapidement les personnes infectées avec une hépatite active, longtemps asymptomatique. D'après les études récentes, il reste en France environ 90 000 personnes porteuses du VHC à dépister et à traiter en 2020³. La HAS a rendu un avis en 2019 indiquant que la stratégie la plus « coût-efficace » consistait à cibler les patients présentant des facteurs de risque plutôt qu'un dépistage systématique en population générale. Il est donc nécessaire d'aller au-devant des publics vulnérables, réservoirs du virus mais qui vivent souvent en dehors de tout suivi médical voire parfois en marge de la société. Le principe général des « sessions Test to Treat », mis en œuvre au niveau européen sous différentes formes⁴, est de se rendre auprès de ces patients pour leur proposer un dépistage rapide et le cas échéant, une confirmation diagnostique et une mise sous traitement.

L'objectif de l'expérimentation T3T initiée par le CH de Perpignan est **d'augmenter le nombre de personnes à risque dépistées et traitées pour l'hépatite C par des séances *test to treat***. Dans l'expérimentation, cette population inclut les usagers de drogues (actuels ou anciens), les personnes détenues et sortantes de prison, les populations vulnérables et sans abri, les migrants et les malades psychiatriques... Dans ce but, une équipe composée d'un infirmier, d'un assistant social et d'un médiateur social se déplace deux demi-journées par semaine dans les structures dites « partenaires » telles que les CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) et CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues), restos du cœur ou encore les banques alimentaires.

Le cahier des charges prévoit qu'une présélection des patients est effectuée en amont de l'intervention de l'EMH pour identifier les patients qui présentent un résultat de test rapide d'orientation et de diagnostic (TROD) VHC positif ou disposent d'une sérologie VHC positive. Ils sont recrutés dans l'expérimentation par un entretien social ou infirmier.

Lors d'une séance de 5 à 6 heures, l'équipe de soignants se rend dans la structure pour confirmer une infection VHC active avec la mesure de la charge virale, l'évaluation de la fibrose du foie par Fibroscan®, faire une évaluation sociale et un atelier collectif d'éducation thérapeutique. En cas de charge virale active, les résultats sont transmis au médecin référent (hépatologue sur le CH de Perpignan) pour qu'il informe le

¹ [Journal officiel de la République française - N° 152 du 3 juillet 2019 \(solidarites-sante.gouv.fr\)](https://www.journal-officiel.gouv.fr/contenu/152-2019-07-03)

² L'élimination est définie comme une diminution de 90 % des nouvelles infections, associée à une réduction de la mortalité liée au VHC de 65 %

³ Brouard C, Saboni L, Gautier A, Chevaliez S, Rahib D, Richard JB, et al. HCV and HBV prevalence based on home blood self-sampling and screening history in the general population in 2016: Contribution to the new French screening strategy. BMC Infect Dis. 2019

⁴ Projet OPTIMISE Commission Européenne. Le projet OPTIMISE de la Commission Européenne a ainsi recensé 6 projets de « test to treat » : *Hepcare Europe, HEP-CAT, HEP-CATT, Tayside, In Mouraria and the Antwerp Project as recent innovative systems.*

patient en consultation à distance et mette en place un traitement par antiviraux d'action directe (AAD). Le patient quitte la séance avec l'ordonnance en main ou faxée à la pharmacie de son choix.

Une faisabilité du projet T3T facilitée par l'antériorité de l'action de l'EMH sur le territoire

L'expérimentation T3T inscrite dans le dispositif article 51 prolonge les actions engagées de longue date par le docteur Rémy, médecin responsable de l'équipe mobile hépatites (EMH) du CH de Perpignan sur le territoire du Groupement hospitalier de territoire (GHT) Aude Pyrénées (environ 500 000 personnes couvertes). Active depuis 2013, l'EMH se déplace dans les structures sociales et médico-sociales afin d'apporter le dépistage au plus près des personnes à risque.

L'équipe projet T3T a tissé des liens de confiance avec les structures partenaires et les patients. Cet « historique » doit être pris en compte dans l'appréciation de la faisabilité et de la reproductibilité.

Les crédits apportés par l'expérimentation ont permis l'achat du système mobile Xpert® de CEPHEID qui permet, par un prélèvement sanguin au doigt, de mesurer la charge virale C et de disposer d'un résultat dans l'heure et sur place quand le laboratoire rend un résultat dans la semaine. Ce nouveau système, couplé à la réalisation d'un Fibroscan® par un infirmier dans le cadre d'un protocole de délégation de tâche, rend possible le développement de modes de prise en charge « tout en un », sans nécessiter la présence physique d'un médecin. Ce type d'intervention alliant proximité et rapidité est le garant de la diminution du nombre de perdus de vue.

Les séances T3T se déroulent soit dans les locaux des structures partenaires, par la mise à disposition de bureaux pour les soignants de l'EMH ou dans le camping-car aménagé de l'EMH, soit dans les locaux dédiés de l'EMH (Centre Catalan des Hépatites). Dans ce dernier cas, qui représente une variante au projet qui repose en principe sur « l'aller-vers », les patients sont directement adressés par des structures ou des médecins traitant et leur prise en charge est planifiée.

Hormis le profil de l'assistante sociale qui n'a pas ou peu été présente pendant l'expérimentation, l'équipe mobilisée de l'EMH a été en capacité de mener l'expérimentation auprès de quarante structures, réalisant ainsi près de 200 interventions.

Une efficience globale du dispositif mitigée

Bien que le dépistage ait été conduit sur une population vulnérable dont le taux d'incidence est théoriquement bien plus important qu'en population générale, le nombre de patients dépistés positifs a été faible : seuls 141 patients ont été véritablement inclus dans le parcours et ont bénéficié d'une mesure de la charge virale (780 attendus), parmi lesquels 68 patients avaient une hépatite C active, alors que 470 étaient attendus. Les objectifs quantitatifs ne sont donc pas atteints.

Le cahier des charges prévoyait que l'équipe de l'EMH interviendrait sur des patients « présélectionnés », a priori par les structures partenaires ou des membres de l'EMH en amont (point non précisé dans le cahier des charges), comme porteurs d'anticorps VHC. En pratique, cette présélection n'a pas été réalisée : l'équipe de l'EMH lors de ces déplacements pour les sessions T3T a en même temps assuré la pré-sélection des patients en dépistant par TROD VHC 93% des personnes présentes au moment de leur passage. 928 personnes ont ainsi bénéficié de la réalisation d'un TROD VHC au cours de 200 interventions de l'EMH sur la période de l'expérimentation (2 ans). L'EMH a donc dû se déplacer pour réaliser des TROD et tester peu d'usagers (4-5) à la fois, alors que l'intervention de l'EMH devait initialement plutôt se positionner sur le diagnostic d'une infection active. Cela a comme conséquence la mobilisation des équipes mobiles (et les coûts afférents) sans repérage de patients positifs et sans contrepartie financière puisque le forfait n'est déclenché qu'à partir de la mesure de la charge virale.

Ainsi les données économiques sont le reflet de la stratégie de ciblage mise en place, les produits liés au forfait (33 012€) et le nombre de patients mis sous traitement (60) sont donc très faibles au regard des coûts de personnel engagés (257 000€).

Au niveau qualitatif, l'expérimentation a eu lieu sur un territoire favorable en termes de prévalence élevée et dans la mesure où elle a prolongé des actions de terrain déjà engagées de longue date. L'ensemble des parties prenantes (patients, structures, et EMH) a été convaincu de l'intérêt de ce dispositif « hors les murs », permettant un dépistage et une prise en charge médicale « tout en un ». Les commentaires des patients relevés par l'EMH sont très positifs, 90% des personnes sont venues de façon spontanée, ce qui démontre que le dispositif est pertinent pour toucher ces publics.

Paradoxalement, ce terrain favorable a pu avoir un effet négatif sur la mise en œuvre telle qu'elle était prévue au cahier des charges. Interrogées sur leur rôle, les structures de terrain se disent satisfaites du fonctionnement passé/actuel et ne souhaitent pas avoir de rôle plus « médical », ni constituer un dossier auprès de l'ARS pour obtenir l'autorisation de réaliser les TROD quand elles ne l'ont pas déjà⁵. L'EMH a pourtant organisé des formations pour le personnel de ces structures (telles que CSAPA et CAARUD) afin d'augmenter le personnel habilité à réaliser ces TROD. Mais les structures ont vu un « plus » dans l'expérimentation sans intégrer une possible implication de leur part dans la présélection des patients. En l'occurrence, la réalisation des TROD VHC par les personnels paramédicaux ou médicaux des structures partenaires à des fins de présélection des patients, telle qu'espérée par le porteur, n'est pas explicite dans le cahier des charges.

Au final, l'EMH a pallié cette difficulté en se déplaçant dans les structures pour réaliser elle-même les TROD VHC et présélectionner ainsi les patients.

Reproductibilité : un modèle différent à envisager

Nota préliminaire : Compte tenu du contexte particulier de cette expérimentation (environnement sanitaire, réalisation par le 2^{ième} niveau des activités de premier niveau, manque de représentativité des données quantitatives et de fiabilité des données financières, limitations d'accès aux données individuelles par l'évaluateur), nous avons particulièrement développé dans ce rapport le volet qualitatif, à base de verbatim, dont la richesse éclaire à la fois les facteurs de succès, les freins et les risques d'échec.

Le résultat de l'expérimentation confirme l'intérêt de cibler les patients présentant des facteurs de risque et d'aller au-devant des publics vulnérables de façon proactive.

Une trentaine de services experts hépatites existent déjà en France ; ils pourraient assurer la confirmation diagnostique et le traitement des populations cibles en lien avec les structures médico-sociales/sociales, sous réserve de pouvoir couvrir l'ensemble du territoire. L'adaptation puis la réplique de ce modèle est donc possible en théorie.

Mais l'expérimentation et les résultats d'expériences similaires à l'étranger mettent aussi en évidence plusieurs éléments d'évolution du modèle proposé ici :

- la remise à plat des paramètres économiques, la taille critique territoriale, le réseau de structures sociales recrutées et les interactions institutionnelles avec les CH et GHT
- une appropriation préalable du modèle médico-économique par tous les acteurs, défini par un cahier des charges précisant les compétences de chacun (notamment la stratégie de ciblage dans la présélection)
- les modalités de dépistage. La compétence des structures mobiles d'intervention doit pouvoir se positionner en deuxième niveau, c'est-à-dire la confirmation diagnostique et la mise sous traitement par une structure telle que l'EMH. Au-delà de l'appui des structures de terrain préexistantes, d'autres modes d'intervention peuvent être mis en place pour faire le dépistage de premier niveau (infirmière itinérante, pair-expert). Par exemple, le benchmark européen des initiatives de Test to Treat réalisé par Optimise met en exergue le dépistage de premier niveau fait par des « pairs experts » qui ont vécu les mêmes difficultés que la population cible et ont été traités pour le VHC ;

En conclusion, cette expérimentation a été construite en « bottom-up », sur un périmètre déjà organisé, un leadership existant et des équipes déjà organisées, qui ont constitué une opportunité, un terreau fertile pour l'initier, mais ont pu introduire des biais ou des limites pour en évaluer la reproductibilité tout en révélant une efficacité qui nécessite d'être améliorée

⁵ Les CSAPA et les CAARUD sont autorisés à réaliser les TROD VHC, VHB, VIH. Pour autant tout le personnel qui y travaille n'est pas forcément habilité car n'a pas forcément suivi la formation nécessaire au préalable.

2 Présentation de l'expérimentation Test To Treat

2.1 Points clés de l'expérimentation Test to Treat

■ Résumé du projet

Le projet T3T consiste à aller vers des populations vulnérables, au sein de structures d'accueil de personnes en grande précarité, afin de donner un accès direct du diagnostic, au traitement de l'hépatite C, en une seule séance unique de 5/6h. Il s'agit d'une simplification du parcours de soins hépatite C pour ces populations, plus à risque et moins à même de bénéficier d'un dépistage en laboratoire de biologie médicale, sur prescription médicale.

Le projet TEST TO TREAT (T3T) est innovant dans le sens où il :

- répond au souhait institutionnel de renforcer la prise en charge et prévention de l'hépatite C par des actions innovantes « d'aller vers » les publics cibles ;
- s'appuie sur une structure mobile spécifique pour l'organisation de la confirmation du diagnostic au traitement tout en un « hors les murs », les TROD devant être réalisés en amont de l'intervention de l'EMH ;
- propose d'impliquer de nouveaux acteurs dans le dépistage : les professionnels de structures sociales d'accueil, d'hébergement ;
- propose un dépistage ciblé auprès d'un public dont la prévalence est potentiellement forte par rapport à la population générale ;
- assure une prise en charge « tout en un » rapide, du diagnostic à la prise en charge médicale et proposition de traitement ensuite par l'EMH, qui simplifie le parcours et évite « les perdus de vue » ;
- met en œuvre des outils de dépistage et de mesure de la charge virale innovants « hors les murs » ;
- développe une coordination inédite entre les structures issues du monde social et médico-social d'une part et une équipe hospitalière d'autre part ;
- met en place un suivi renforcé par un infirmier de proximité ou à domicile pour veiller au suivi du traitement ;
- permet la mise en place de sessions d'éducation thérapeutique pour les patients ayant contracté l'hépatite C.

■ Durée de l'expérimentation

L'expérimentation dure 2 ans à compter de la date d'inclusion du 1^{er} patient.

Les premières inclusions ont eu lieu le 1^{er} octobre 2019. Le projet s'est terminé fin septembre 2021.

■ Porteurs de projet

Les porteurs du projet appartiennent à l'Equipe Mobile Hépatites (EMH) rattachée au Centre Hospitalier de Perpignan. L'EMH est composée d'un médecin Hépatologue à 0,5 ETP, 2 ETP infirmiers, 0,5 ETP secrétaire, 0,5 ETP assistant social, et 1TP de médiateur sanitaire. Cette équipe mobile a été créée en 2013. Elle propose différentes prestations gratuites à des personnes atteintes d'hépatite C ou à des structures médico-sociales en vue d'une prise en charge (dépistage, mise sous traitement) de l'hépatite C.

Le personnel participant au projet appartient à la fonction publique hospitalière.

Dans le cadre de l'expérimentation TEST TO TREAT, le cahier des charges prévoit que l'EMH intervient :

- en établissant des partenariats avec des structures sanitaires, médico-sociales et sociales ;
- en réalisant des séances « test to treat » dans les lieux d'intervention sociaux ciblés par l'expérimentation ; confirmation de diagnostic par la mesure de la charge virale et mise sous traitement des patients dont l'infection est active.

■ Périmètre d'intervention : population et territoires ciblés

Les personnes ciblées doivent être âgées de 18 ans ou plus et avoir **des droits sociaux de base valides** (ALD et/ou CMUc non indispensables, si les droits ne sont pas ouverts ou mis à jour, critère d'exclusion provisoire et ouverture des droits par une assistante sociale)

Le cahier des charges précise que la population cible du projet est la suivante :

- usagers et ex-usagers de drogues,
- détenus et sortants de prisons,
- précaires/sans abri,
- migrants,
- malades psychiatriques

Parmi ces personnes, le cahier des charges prévoit que l'EMH intervienne dès lors qu'elles répondent aux critères suivants :

- des anticorps VHC positifs par TROD ou sérologie ;
- une charge virale inconnue ou déjà connue positive ou patient déjà traité sans contrôle post thérapeutique ;
- ou un comportement à risque récent.

Au total, le cahier des charges prévoyait d'inclure 780 patients sur les critères précités sur la durée de l'expérimentation (mesure de la charge virale) dont il était attendu que 60% présentent une charge virale active et seraient mis sous traitement, soit 470 patients traités.

La volumétrie de patients inclus a été calculée pour une période d'inclusion de 18 mois mais l'expérimentation était autorisée pour une durée de 24 mois à compter de la première inclusion.

Synthèse des objectifs de mise en œuvre sur le terrain

Objectif : **Accès en 5h à un traitement antiviral** pour des populations très vulnérables

Lieu d'expérimentation : GHT Aude Pyrénées : **500 000 habitants**

Lieux d'intervention : CSAPA, CAARUD, CHRS, unités sanitaires en milieu pénitentiaire, restaurants sociaux...

Origine des patients recrutés : sur file active existante d'abord puis sur les patients nouvellement pris en charge

Fréquence d'intervention : **2/semaine pendant 78 semaines** (18 mois)

Nombre de patients présélectionnés (critères ci-dessus): **780 personnes** en phase de pré-sélection

Taux estimé de charge virale active : **60%** soit 470 personnes éligibles au traitement

Taux estimé de personnes arrivant à la fin du traitement : **450 personnes**

■ **Lieux d'intervention**

Le projet se déroule dans les départements des Pyrénées-Orientales et de l'Aude. Le GHT Aude-Pyrénées couvre une population de 500 000 habitants et le bassin de santé de Narbonne. Le périmètre géographique a

été choisi du fait de la forte précarité dans la région. Des indicateurs de précarité défavorables sont des facteurs de risque directs pour l'hépatite C⁶.

Par ailleurs, la proximité avec l'Espagne multiplie la présence d'usagers de drogues (facteur direct de risque) en raison d'une plus grande disponibilité des produits.

Les lieux d'intervention de l'EMH incluent : CSAPA, CAARUD, CHRS, unités sanitaires en milieu pénitentiaire, restaurants sociaux, lits halte soins, restos du cœur et centres sociaux.

■ Modalités de participation des structures

Afin que les structures acceptent la collaboration, une lettre d'information est envoyée dans les structures d'intérêt (cf. Annexe).

Par la suite, afin que l'EMH puisse intervenir au sein des structures, une convention de partenariat avec l'EMH du CH de Perpignan est établie et signée en amont de la mise en place du dispositif.

La fréquence d'intervention de l'EMH au sein des structures est établie mensuellement en fonction du nombre de passages des personnes dans ces structures et le renouvellement du flux de la population (turn-over).

■ Rémunération

La rémunération prévue est un forfait de 252 euros couvrant le déplacement de l'EMH dans les structures, le temps des IDE, médiateur et assistante sociale ainsi que le temps de coordination médicale et les examens réalisés (mesure de la charge virale et Fibroscan®), téléconsultation médicale mais hors traitement antiviral⁷.

■ Le parcours proposé dans le cahier des charges de l'expérimentation Test To Treat⁸ :

1ère étape : recrutement/préselection des patients par les structures

Un entretien réalisé par un travailleur social ou un infirmier sert à identifier la présence d'un ou plusieurs critères d'inclusion :

- TROD ou document indiquant une sérologie VHC positive,
- charge virale inconnue/non contrôlée après traitement antiviral
- prise de risque récente, conduite à risque...

Dans le cahier des charges, l'appartenance (structure d'accueil, EMH) des personnes chargées de la préselection, en particulier la réalisation des TROD chez les personnes à risque jamais dépistées, ne sont pas précisées.

2ème étape : réalisation de la mesure de la charge virale et du Fibroscan® par l'EMH

Cette étape constitue le début de la Session Test to Treat et du parcours dérogatoire Article 51. Après confirmation par un infirmier que la personne présente des éléments témoignant d'un TROD ou d'une sérologie positifs, l'intervention de l'EMH démarre avec un prélèvement sanguin pour la mesure de la

⁶ Meffre C, Le Strat Y, Delarocque-Astagneau E, Dubois F, Antona D, Lemasson JM, 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.

⁷ Le montant du forfait est de 245 euros dans le Cahier des charges et de 252 euros dans la convention. Après étude par les services de facturation de la CNAM, il a été décidé de conserver le montant de 252 euros.

⁸ NB : en pratique le parcours a subi des amendements, la description ici ne faisant que reprendre ce qui était prévu dans le CDC

charge virale VHC en temps réel (le résultat est disponible en 1 heure, système DRIVE). Si nécessaire en fonction des facteurs de risque, des TROD VHB et VIH sont prévus pour rechercher des co-infections.

Sans attendre le résultat de la RT-PCR VHC, la mesure de la fibrose hépatique est réalisée par Fibroscan®. Les infirmiers formés réalisent cette mesure « hors les murs » dans le cadre d'un protocole de coopération interprofessionnelle. Le Fibroscan® dure une dizaine de minutes.

3^{ème} étape : Session d'information et de prévention

Dans l'attente du retour du résultat de la charge virale, l'infirmier réalise une session d'information permettant de dresser un bilan individuel (BEP) puis de faire une session collective d'éducation thérapeutique du patient au sujet de l'hépatite C.

Le bilan éducatif partagé (BEP) d'une durée d'une heure et trente minutes; ce bilan permet d'évaluer la situation sociale du patient (ex : son lieu de vie, sa situation familiale, ses traitements antérieurs) et d'identifier ses difficultés dans la prise en charge de sa santé. Pendant ces bilans, des présentations peuvent être réalisées par l'EMH sur l'hépatite C, les facteurs de risque, les modes de contamination et les nouveaux traitements oraux. L'EMH peut réaliser ces séances sur la base d'un support power point et en utilisant différents moyens d'animation (post-it, jeux interactifs et pédagogiques autour de l'hépatite, etc.).

4^{ème} étape : rendu du résultat et mise en place du traitement

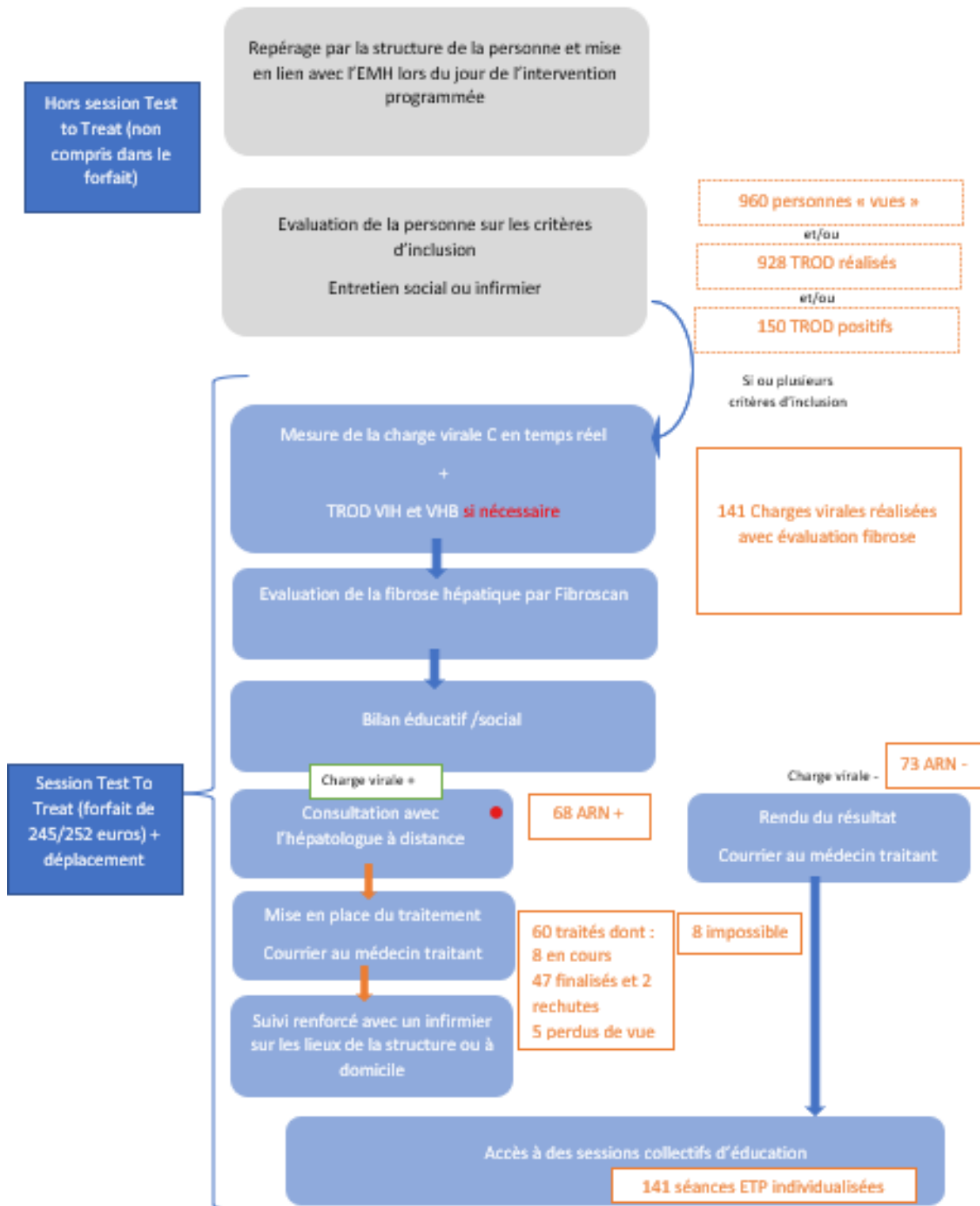
Si le résultat de la charge virale est négatif, l'infirmier de l'EMH informe le patient. Un courrier est envoyé au médecin traitant, s'il en a un, indiquant que le patient présente « une hépatite C guérie sans indication de traitement ».

Si le résultat est positif, l'hépatologue est appelé par l'équipe sur place. Les résultats lui sont transmis. Au travers de l'outil SKYPE BUSINESS, une consultation est réalisée par le médecin qui explique le résultat au patient. Il indique le traitement qui va être mis en place, et le circuit de suivi du traitement proposé. L'ordonnance pour le traitement est soit faxée par l'infirmier à la pharmacie choisie par le patient soit elle lui est remise en mains propres.

5^{ème} étape : Suivi de la personne sous traitement (suivi infirmier + séances collectives d'ETP)

Un suivi infirmier standardisé se met en place, avec des consultations prévues à S4/S8/S12 et M+1 /M+ 3. En parallèle, des sessions d'ETP collectives sont proposées aux patients, correspondant au programme agréé par l'ARS Occitanie.

Figure 1 : Schéma précisant le parcours du patient prévu dans le cahier des charges, et précisant les actions comprises dans le forfait qui rémunère l'EMH pour la session.



2.2 Les objectifs attendus du cahier des charges et inscription dans le contexte national

■ Objectifs opérationnels

- **Permettre la coordination des soins in situ :**
Le dispositif renforce la collaboration et les échanges entre les différents professionnels (santé, travailleur social) qui agissent pour le dépistage et la prise en charge du VHC sur un même groupe de patients sur un territoire donné.
- **Promouvoir l'implantation d'un dispositif innovant :**
Le dispositif est innovant dans le sens où il agit « hors les murs » (aller vers) pour mieux dépister les personnes particulièrement vulnérables et intervient rapidement dans le diagnostic et la prise en charge grâce à un nouveau dispositif médical.
- **Se situer dans un complément aux structures et équipes existantes pour un meilleur maillage territorial :**
Le dispositif renforce les moyens de dépister un public particulièrement isolé du monde médical et ne se rendant pas évidemment dans les centres spécialisés de dépistage et de prise en charge.
- **Réduire l'inégalité de l'accès aux soins et du nombre de ruptures de parcours :**
Le dispositif souhaite lutter contre les inégalités en facilitant la porte d'entrée pour le dépistage en allant vers les personnes les plus vulnérables (dispositif hors les murs). Il propose un parcours simplifié avec une mise sous traitement plus rapide, et un suivi individualisé.
- **Décloisonner les secteurs du préventif, du curatif et de l'accompagnement médico-social :**
L'organisation mise en place met en lien des acteurs spécialisés dans le soin de l'hépatite C (personnel soignant), des acteurs spécialisés dans l'accompagnement des personnes vulnérables (travailleurs sociaux) et des acteurs relais permettant à termes de fluidifier les échanges entre les différents secteurs.
- **Valider sur un grand nombre de patients une nouvelle organisation des soins :**
Le dispositif souhaite inclure près de 800 patients permettant de tester l'intérêt de cette nouvelle organisation sur le terrain auprès des patients accueillis.
- **Améliorer l'écoute et la prise en compte des besoins des population en difficultés socio-économiques :**
Le dispositif permet d'aller au plus près des personnes en difficulté afin de comprendre leurs besoins et d'améliorer leurs prises en charge.
- **Placer l'utilisateur au centre des pratiques professionnelles par une plus grande cohérence d'actions :**
Le dispositif souhaite s'adapter au mieux au quotidien de l'utilisateur pour faciliter sa prise en charge, à travers une organisation intégrée (tout en un).
- **Identifier les besoins de collaboration et de coordination des professionnels de santé du secteur MS dans l'accompagnement des personnes en grande difficulté sociale :**
La coordination des acteurs dans le dépistage et la prise en charge permet de mieux cerner les besoins de chacun et cela, notamment pour les professionnels de santé du secteur médico-social travaillant auprès de personnes en grande difficulté sociale.
- **Améliorer les pratiques professionnelles :**
Les professionnels sur le terrain apprennent à mieux repérer les personnes relevant d'un dépistage d'une pathologie spécifique et les orienter vers une prise en charge. Les professionnels, notamment les infirmiers, développent de nouvelles compétences grâce à un protocole de délégation de tâches.

■ Objectifs institutionnels

Les objectifs institutionnels correspondent aux enjeux plus globaux, définis nationalement autour du dépistage et de la prise en charge du VHC. La stratégie mondiale de l'OMS vise à dépister 90% et à traiter 80% des personnes ayant l'hépatite B et C d'ici 2030

Lancé en 2018, le Plan National « priorité prévention » a défini en priorité n° 15 : « Intensifier les actions de prévention et de dépistage à destination des publics les plus exposés pour contribuer à l'élimination du virus de l'hépatite C à horizon 2025 ».

Ces objectifs étant généraux et concernant un territoire national, ils seront pris en compte mais ne pourront être précisément faire l'objet d'une analyse précise dans le cadre du projet.

3 Évaluation de l'expérimentation

3.1 Présentation de l'évaluateur

Le cabinet de conseil EY Consulting (Ernst & Young), a été missionné par la Cellule Évaluation Drees/Cnam pour réaliser l'évaluation externe de cette expérimentation.

3.2 Méthodologie globale

3.2.1 Construction de la méthodologie

■ Travaux de l'évaluateur EY

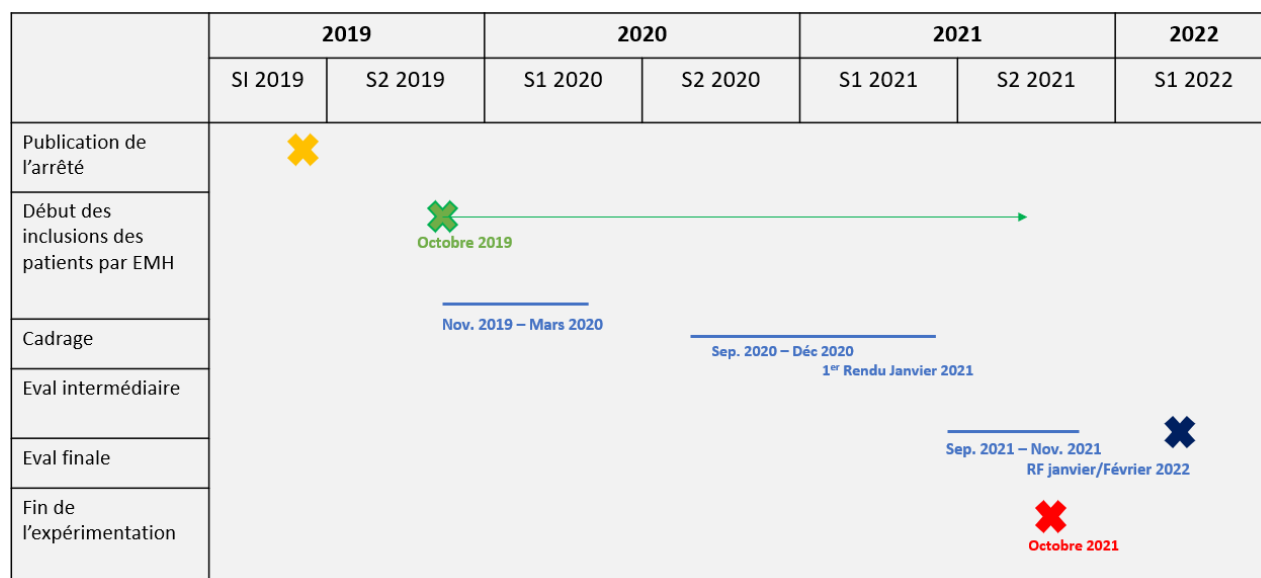
L'évaluation du dispositif s'est réalisée en trois étapes majeures :

Une première étape a permis de cadrer le protocole global d'évaluation avec la Cellule Évaluation. Une visite sur site pour rencontrer l'EMH a été réalisée en décembre 2019 pour partager les attendus de l'évaluation, sa temporalité ainsi que pour échanger sur les besoins des évaluateurs.

Un rapport intermédiaire, livré en janvier 2021, a permis de dresser un premier constat et de vérifier la faisabilité du dispositif ainsi que de récupérer des premiers éléments sur l'efficacité.

À la suite de ce 1^{er} état des lieux, un rapport final livré en février 2022 complète les analyses du rapport intermédiaire sur la faisabilité et l'efficacité, produit une analyse des charges de fonctionnement du dispositif (efficience) et identifie la capacité du projet à être étendu/reproduit sur d'autres territoires.

Figure 2 : planning de l'évaluation



■ Liens avec les travaux de recherche OPTIMISE

L'évaluation du dispositif s'est faite conjointement avec la réalisation du projet OPTIMISE financé par l'Union européenne. L'équipe OPTIMISE a réalisé un « benchmark » des initiatives de *test to treat* en Europe et l'expérimentation du projet T3T de Perpignan figurait parmi les initiatives évaluées. Les autres pays sont le Royaume-Uni, l'Irlande, l'Espagne, la Roumanie). L'effecteur est l'UCD (University College Dublin).

Les visites de terrain ont été coordonnées pour se dérouler simultanément, les analyses ont été partagées et le contenu des rapports transmis par OPTIMISE a été repris dans le présent rapport.

3.2.2 Objectifs spécifiques de l'évaluation

L'évaluation des projets article 51 doit porter sur quatre dimensions qui ont été adaptées au projet évalué :

- **La faisabilité/opérationnalité**

Dans quelle mesure les acteurs ont-ils réellement la capacité de monter et faire fonctionner le dispositif « Test to Treat » ?

- **L'efficacité**

Dans quelle mesure le projet a-t-il atteint ses objectifs de contribution à l'élimination de l'hépatite C parmi les populations vulnérables sur le territoire du GHT Aude-Pyrénées ?

- **L'efficience**

Quel est l'impact du projet sur le coût de prise en charge d'un patient atteint d'hépatite C ? La mise en regard des résultats et des coûts et la comparaison avec les dispositifs existants dessinent-elles une prise en charge plus performante ?

- **La reproductibilité**

Dans quelle mesure l'expérimentation est-elle capable de donner naissance à un modèle systémique du dépistage et du traitement de l'hépatite C pour les personnes vulnérables ?

3.2.3 Les outils mobilisés

Dans le cadre de cette évaluation, ont été réalisés

- **Deux visites sur site :**
- Du 15 au 17 septembre 2020 dans le cadre de l'évaluation intermédiaire
- Du 11 au 13 octobre 2021 dans le cadre de l'évaluation finale

Ces visites avaient différents objectifs :

- Observer la mise en place d'une session dans une structure non hospitalière ;
- Voir comment les personnes sont sollicitées pour participer à un dépistage VHC ;
- Visualiser les conditions dans lesquelles se déroule effectivement l'identification des personnes vulnérables et à risque ;
- Examiner le déploiement d'une séance sur cinq heures (réalisation du dépistage, séances collectives et individuelles de sensibilisation sur l'hépatite C et les comportements à risques, bilan social et prescription du traitement) ;

Ces visites sur site ont également permis de mener différents entretiens en présentiel :

- Equipe de l'EMH (1 entretien en rapport intermédiaire, 1 entretien en rapport final)
- Direction financière du CH de Perpignan (1 en rapport intermédiaire)
- Structures (4 en rapport intermédiaire, 2 en rapport final)
(Tableau des structures interrogées en annexe)
- Patients (7 entretiens patients non programmés en rapport intermédiaire)

- **Des entretiens téléphoniques**

- Structures : 4 entretiens en rapport intermédiaire, 1 en rapport final
- DAF du CH de Perpignan (1 en rapport final)

- Partenaires institutionnels (interrogés en rapport intermédiaire) : Assurance maladie, coordinatrice du COHEP (Coordination Hépatites Occitanie), CHU de Toulouse, ARS Occitanie, Appartements de coordination Thérapeutique (ACT) Perpignan – SOS Solidarités.
- Une enquête en ligne à destination des structures

Les questions des enquêtes ont été validées avec le porteur et ont été envoyées le 3 novembre 2020 à 32 structures. 3 réponses ont été collectées (après 2 relances). Puis après intervention de l'ARS, 14 réponses ont finalement été recueillies.

- Deux analyses quantitatives

Le porteur de projet a transmis aux évaluateurs des données agrégées permettant d'avoir une vue globale sur le nombre de personnes accueillies et prises en charge sur chacune des étapes du parcours proposé ainsi qu'un comptage agrégé des facteurs de risque des personnes dépistées.

- Une analyse des coûts et des recettes

Chaque rapport a fait l'objet d'une analyse des charges de fonctionnement du dispositif, qu'il s'agisse des frais fixes et des frais variables, ainsi que du montant total des forfaits facturés.

3.2.4 Limites de l'évaluation

L'évaluation réalisée présente certaines limites indépendantes de la volonté et de la mobilisation de l'évaluateur.

Premièrement, l'accord CNIL n'ayant pas été validé au moment de l'évaluation, il a été impossible de recourir à des interrogations de patients. Seules les interrogations 'inopinées' de patients présents au moment des visites sur site étaient possibles et 7 entretiens ont pu être réalisés.

Pour cette même raison, l'évaluateur a été contraint d'analyser des données quantitatives agrégées par le porteur au lieu de données individuelles anonymisées. Les données transmises n'ont pas permis d'étudier le profil de risque des personnes vues en session ou leur score de déprivation EPICES.

Ensuite, la durée de l'expérimentation était fixée à 24 mois après la première inclusion dans le cahier des charges. En revanche, la volumétrie de patients à inclure y était établie pour 18 mois d'inclusion. Les données transmises, elles, s'établissent sur 24 mois d'inclusion (1^{er} octobre 2019-1^{er} octobre 2021).

Enfin, les données financières transmises sont difficilement exploitables : elles mélangent deux expérimentations menées par le porteur, des dépenses annualisées et des forfaits pour l'ensemble des inclusions, des charges théoriques et d'autres constatées.

Les échanges avec le CH de Perpignan n'ont pas permis d'éclairer les montants indiqués.

4 Rapport détaillé de l'évaluation finale

4.1 *Analyse de la faisabilité et de l'opérationnalité : dans quelle mesure les acteurs ont-ils réellement la capacité de monter et faire fonctionner le dispositif « T3T » ?*

4.1.1 *Le porteur de projet a-t-il été en mesure de mettre effectivement en œuvre les moyens (humains, matériels, financiers) nécessaires à la réalisation du projet dans le respect du calendrier et de son budget ?*

L'équipe mobilisée est conforme au cahier des charges, à l'exception du poste de l'assistante sociale. Plusieurs personnes ont été successivement recrutées/remplacées sur le poste mais avec de longues absences, l'expérimentation a donc essentiellement fonctionné sans elle. Des patients (3) n'ont pu avoir leurs droits ouverts⁹ et bénéficier du traitement antiviral.

L'intervention de l'EMH devait s'effectuer sur des patients présélectionnés sur leur statut sérologique. En pratique, ce sont les infirmiers de l'EMH qui réalisaient les TROD sur les patients présents le jour de leur venue et 93% d'entre eux ont été testés, ce qui se rapproche d'un dépistage systématique.

■ **Concernant le calendrier**

Le projet a été autorisé en juin 2019 pour 24 mois et les premières inclusions sont intervenues en octobre 2019.

■ **Au niveau des moyens humains :**

Détail du personnel prévu pour l'expérimentation et écarts constatés entre le prévisionnel et le réalisé (en vert : réalisation non prévue, en rouge réalisation non effectuée)

⁹ Source EMH

Tableau 1 : détail des ressources humaines et des compétences de l'expérimentation T3T (EMH)

Fonction	Rôle	Equivalent temps plein
Infirmier	<ul style="list-style-type: none"> • TROD VHC*, VHB, VIH • Fibroscan® • Charge virale C en temps réel • Séances d'éducation thérapeutique • Entretiens de sélection des patients • Suivi du traitement • Saisie des données recueillies 	2 x 0,5 (pour deux journées hebdomadaires T3T)
Assistant social*	Bilan initial et suivi des patients	0,5
Médiateur sanitaire	Accompagnement et suivi des patients avant, pendant et après traitement	1
Coordination médicale	NR	0,1
Hépatologue	Consultation spécialisée	En fonction de la demande

* : variation par rapport à ce qui était prévu dans le cahier des charges

Le personnel prévu au cahier des charges était bien celui qui a mis en œuvre l'expérimentation, à l'exception de l'assistante sociale, qui n'a pu être rencontrée lors de nos visites. En effet, deux personnes avaient été embauchées sur ce poste au sein de l'EMH courant 2020 puis avaient quitté l'équipe. Les 0,5 ETP prévus n'ont donc pas été couverts sur la période d'expérimentation. Les bilans sociaux étaient alors réalisés par le médiateur social dans un lieu de confidentialité.

Tous les membres de l'équipe appartenaient à la fonction publique hospitalière et étaient rattachés à l'EMH du CH de Perpignan. Ils étaient salariés préalablement à l'expérimentation.

L'organisation des sessions dans les structures participantes a été répartie entre deux coordinateurs de l'EMH. L'équipe ne disposant que d'un hépatologue, les déplacements des équipes dans les structures ont été organisés mensuellement et communiqués systématiquement au Dr Rémy afin d'assurer sa disponibilité aux téléconsultations pendant les sessions T3T.

Les sessions sur site se sont déroulées sur des ½ journées. Le reste de la journée a été passé en déplacement, en coordination et en suites à donner sur les patients vus le matin.

■ Au niveau des moyens matériels :

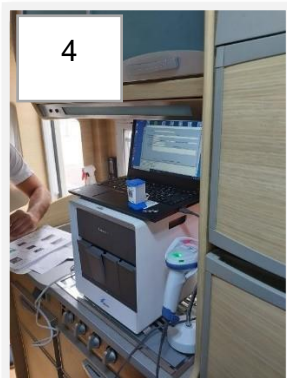
Les aspects matériels observés sont les suivants :

- L'équipe possède des bureaux au CH de Perpignan, dans le Centre Catalan des Hépatites (CCH). Deux bureaux et du matériel informatique sont à leur disposition.
- Un camping-car a été acheté en préalable à l'expérimentation pour s'entretenir avec le patient et transporter le matériel nécessaire à la mesure de la charge virale et à la réalisation du Fibroscan®. Il est nécessaire qu'il dispose d'un branchement électrique et d'une place de parking pour le garer.
- Le Fibroscan® utilisé pour ce projet a été acquis par l'EMH
- Les examens (mesure de charge virale, Fibroscan®) peuvent se réaliser dans le camping-car ou bien dans un bureau mis à disposition.
- Des affiches sont mises à disposition des structures partenaires de l'expérimentation et des flyers complètent la communication.

Ci-après, les photos illustrant le matériel déployé pour une session T3T dans une structure d'accueil.

Figure 3 – Photos illustrant les moyens matériels pour la mise en place du dispositif T3T – Source : EY

Image 1 & 2 : camping-car EMH – Image 3 : tests TROD – Image 4 : appareil CEPHEID – Image 5 : Fibroscan® – Image 6 & 7 : supports pour la réalisation d'une séance d'éducation thérapeutique



Focus sur les dérogations nécessaires pour assurer la faisabilité organisationnelle de l'expérimentation :

Bien que le cahier des charges de l'expérimentation T3T de Perpignan indique que « la dérogation est uniquement financière », la réalisation du projet repose sur des organisations différentes du parcours standard afin de réaliser les sessions sans médecin sur site (Annexe 12). :

- La mesure de la charge virale « hors les murs » relève des mesures générales de la biologie délocalisée (norme ISO 15189 + ISO 22 870) et est soutenue par un protocole établi entre l'EMH et le service de biologie du CH de Perpignan ;
- La réalisation du Fibroscan® en extrahospitalier repose sur l'adaptation en Occitanie d'un protocole de coopération professionnelle établi par les ARS d'Ile-de-France et de Bretagne. Il a fait l'objet d'un avis de la HAS N° 2013.0054/AC/SEVAM du 19 juin 2013 du collège de la Haute Autorité de santé relatif au protocole de coopération « Mesure de l'élastométrie du foie avec l'appareil de mesure Fibroscan® en lieu et place d'un médecin ». S'il prévoit bien que l'acte peut être réalisé par un infirmier formé, le protocole prévoit que l'interprétation et le rendu du résultat soit effectué par un médecin.
- Enfin, si la RCP est faite en visioconférence, il est nécessaire que la rédaction de l'ordonnance et sa signature soient faites par le médecin qui doit la scanner afin qu'elle puisse être remise au patient par l'infirmier. Il n'existe aucun protocole ni aucune dérogation sur ce point. En l'absence du prescripteur, le projet ne peut donc *théoriquement* fonctionner.

Au total, l'expérimentation est bien mise en place mais le Fibroscan® a été réalisé par des infirmiers via un protocole de délégation de tâche qui n'inclut pas l'interprétation et le rendu des résultats, les consultations à distance ont été réalisées par Skype, système non optimisé en termes de sécurisation pour de la téléconsultation et l'ordonnance de traitement n'était pas remise par le médecin mais par l'infirmier (cf. annexe).

En outre, la recommandation de la HAS de septembre 2019 prévoit un bilan sanguin initial qui doit comprendre : NFS, plaquettes, glycémie à jeun, ASAT, ALAT, GGT, bilirubine, débit de filtration glomérulaire (et antigène HBs, anticorps anti-HBs, anticorps anti-HBc, sérologie VIH, si non réalisés lors du dépistage), en amont de la mise sous traitement¹⁰. Les TROD VIH et VHB initialement prévus « à l'occasion » dans le cahier des charges n'ont pas été systématiques pour les patients positifs à risque. Quant aux bilans pré-thérapeutiques, ils n'ont jamais été évoqués ni dans le cahier des charges ni lors des observations terrain.

■ Concernant le volet financier

Le forfait est déclenché quand un TROD est positif et nécessite l'intervention de l'EMH pour confirmer une hépatite C active. Il couvre la coordination, la réalisation des examens (mesure charge virale et Fibroscan®) par le personnel de l'EMH ainsi que la téléconsultation avec l'hépatologue.

Le budget a quant à lui été largement dépassé. Ce point sera détaillé plus loin.

4.1.2 Le porteur de projet a-t-il été en mesure de déployer le projet comme cela était prévu dans le cahier des charges ?

Les observations réalisées sur le terrain ainsi que les entretiens confirment que les sessions T3T ont été globalement réalisées conformément à ce qui est prévu dans le cahier des charges.

¹⁰ Fiche mémo Hépatite C : prise en charge simplifiée chez l'adulte Mars 2019 Mise à jour septembre 2019

■ Durée du parcours

Les étapes du parcours de santé des sessions T3T décrites dans le cahier des charges et observées sur site ont toujours été suivies. La durée d'une session T3T a été estimée à 4h environ (*temps TROD : 15/20 min*; temps BEP : 1h30, Fibroscan® : 15/20 min, mesure charge virale temps réel : 1h30, téléconsultation hépatologue 15/20min). Il faut ajouter le temps de déplacement sur site aller-retour.

■ Présélection des personnes reçues en session T3T

Nous avons constaté une différence d'organisation de la pré-sélection et du ciblage des personnes accueillies pour une session T3T. Comme l'évoquent les témoignages recueillis, certaines structures ont déployé des questionnaires de facteurs de risque la veille de la venue de l'EMH, agissant directement et de manière organisée dans le ciblage des personnes, tandis que d'autres n'ont qu'un rôle d'accueil de l'EMH, en prévenant les personnes accueillies de l'intervention prochaine de l'EMH par des affiches ou à l'oral.

L'EMH est aussi intervenue directement en tant que « recruteur », dès lors que, sur le lieu d'accueil, elle s'entretient avec les personnes présentes, leur parle du dispositif avant de leur proposer un entretien pour déterminer si la personne rentre ou non dans les critères de réalisation du TROD.

« L'EMH vient très tôt le matin à 7h (avant le départ des résidents prévu à 8h). La veille, on distribue le questionnaire de facteurs de risques qu'on propose à chaque résident ; en fonction des réponses, on peut savoir s'ils seront intéressés par le dépistage du lendemain. On envoie ensuite une liste à l'EMH la veille de leur venue pour leur dire approximativement le nombre de personnes intéressées et les cibler ce qui permettra de ne pas dépister tout le monde. Le dépistage dure 2 à 3h, on met nos deux bureaux à disposition avec le camping-car devant la structure. L'EMH est devenue un repère pour nos patients. » - Cheffe de service Urgences Sociales & Educatrice spécialisée du service Urgences Sociales – Croix Rouge

« L'EMH vient tous les jeudis matin. Les personnes sont prévenues de l'intervention de l'EMH à l'oral et avec des affiches. C'est une journée où un médecin généraliste est aussi présent. Ainsi les personnes savent qu'elles ont un accès à différentes prestations médicales ce jour. [.....] nous ne communiquons aucune liste en amont à l'EMH. Nous pouvons discuter en équipe des personnes qui auraient intérêt à bénéficier d'une session Test To Treat, et nous indiquons à l'EMH ces personnes, oralement, lorsque cette dernière est présente. L'EMH se balade également au sein de la structure et va proposer aux personnes le dispositif » - Directrice des structures CHRS Perpignan, Céret, MAS Saint Jacques

■ Réalisation des TROD

Nous avons constaté que les TROD étaient réalisés par l'EMH dans la structure alors que, dans le cahier des charges, le TROD positif était prévue comme un préalable à l'intervention de l'EMH (critère d'inclusion) et que la réalisation du TROD n'est pas couverte par le forfait.

Différents entretiens avec les structures confirment que ces dernières ne souhaitent pas avoir ce rôle « médical », leurs missions étant d'abord l'accueil, l'hébergement ou l'aide sociale. En outre, la réalisation de TROD n'est possible qu'après habilitation de la structure et formation du personnel¹¹, formations que l'EMH s'est investie à dispenser courant 2021 dans les structures déjà habilitées. Mais le fort turn-over dans la structure ne permet pas que les personnes formées soient opérationnelles dans la durée ce qui complique les choses.

Au total, les structures partenaires n'ont pas réalisé les TROD VHC préalables à l'entrée des patients dans le parcours « Test to Treat » et l'EMH n'a donc pas pu optimiser le ciblage des interventions. Ce système semble

¹¹ A noter que CSAPA et CAARUD sont autorisés à réaliser les TROD VHC, mais le personnel qui y travail n'y est pas toujours formé et donc pas toujours habilité.

néanmoins convenir à l'EMH qui poursuit ses déplacements et aux structures partenaires qui travaillaient déjà de cette manière avec l'EMH en préalable à l'expérimentation¹².

« L'association n'a jamais eu écho de devoir réaliser le dépistage. Cela n'a jamais été évoqué avec le Dr Rémy. Par ailleurs, j'aurais refusé, cela n'est pas le travail de mes collègues, il s'agit de travailleurs sociaux et non de personnel médical. » Directrice Pôle hébergement Céret, CHRS Perpignan et MAS Saint Jacques

L'équipe de l'EMH a confirmé cet aspect :

« Les freins, c'est par exemple, il faut passer par une autre formation pour que les structures dépistent, utilisent par exemple des tests rapides d'orientation diagnostique, il n'y a que le médecin qui peut le réaliser sans formation. Ces structures dans lesquelles on intervient, il faut qu'elles soient habilitées, donc il faut qu'ils écrivent un peu, qu'ils décrivent un projet. Ensuite, il faut qu'ils l'envoient au directeur général de l'Agence régionale de la santé et surtout les personnes qui sont incluses dans ce dépistage pour la structure, doivent être formées. Et cette formation, c'est pareil. Ça a été compliqué de former les gens avec le COVID. Là, ça a repris. Ce n'est pas quelque chose qui a toujours fonctionné sur notre territoire ». EMH / Source : Rapport OPTIMISE

L'EMH, en se privant de la présélection se déplace ainsi fréquemment et à plusieurs pour dépister peu d'utilisateurs. En revanche, cette souplesse organisationnelle de dépistage « ouvert à tous » permet probablement de dépister des usagers « sur le tas », alors que leur fréquentation des lieux d'accueil n'est pas toujours très stable.

■ Ateliers collectifs d'éducation thérapeutique

Les ateliers étaient initialement destinés aux patients inclus dans l'expérimentation pour leur apprendre les informations de base sur la maladie et le traitement. Pour respecter les impératifs liés à l'ETP, les sessions devaient durer plusieurs heures.

L'épidémie Covid-19 a transformé les ateliers collectifs en ateliers individuels mais le format proposé, que ce soit les sessions collectives pour lesquelles il fallait retourner à la structure médico-sociale ou bien les sessions individuelles au Centre hospitalier, n'étaient pas adaptées à la population ciblée, attirée par les sessions ramassées de dépistage.

Ainsi, peu d'ateliers d'éducation thérapeutique ont été réalisés : 141 ateliers au total mais avec un flou sur leur contenu et le type d'ateliers).

Ils ont laissé la place à :

- des sessions d'information en groupe, en amont de la réalisation des TROD
- des sessions de prévention réalisées au cours du bilan social pendant la mesure de la charge virale

« Ils m'ont proposé mais je n'avais pas envie de me mélanger avec d'autres personnes. » - Patient CAARUD AIDEA 11

En corollaire, aucun patient rencontré pendant la visite sur site en 2020 (période de crise sanitaire) n'avait réalisé ces modules et ils ont expliqué qu'ils n'avaient pas le temps de les réaliser ou qu'ils considéraient ne pas en avoir besoin car ils en savaient déjà suffisamment sur leur maladie.

« Tout était clair avec une bonne vulgarisation des termes techniques » - Patient CSAPAA 66

« Je n'en n'ai pas eu besoin de ces ateliers car je connaissais déjà la maladie. » - Patient CSAPAA 66

« Je n'y suis pas allé même si j'étais au courant [...] Je n'ai pas eu le temps et j'étais trop occupé ». - Patient Boutique Solidarité

« C'est vrai que c'est sur l'éducation thérapeutique, peut-être qu'on a eu plus de difficultés à réussir à mettre en œuvre de manière la plus optimale possible et c'est là-dessus qu'il y a un travail à faire ou quelque chose à améliorer. » Infirmier en charge ETP à l'EMH

¹² Il faut noter que le cahier des charges ne prévoyait pas de donner aux structures des moyens supplémentaires pour réaliser les dépistages de première ligne par TROD, ce qui ne favorisait pas une évolution du système antérieur

■ **Suivi des personnes mises sous traitement**

Un suivi infirmier standardisé des personnes mises sous traitement était prévu dans le cahier des charges avec des consultations à S4/S8/S12 et M+1 /M+ 3. Les données de suivi fournies par le porteur indiquent que pour les 60 patients traités par AAD, 185 consultations en présentiel avec l'IDE ont été réalisées (3,08/patient) et 143 entretiens avec le médiateur santé se sont tenus (2,38/patient). Il faut ajouter 203 entretiens téléphoniques réalisés par les IDE ou le médiateur afin de garder le contact avec les patients traités (3,38/patient).

■ Pistes d'amélioration remontées par les structures

D'autres modalités d'amélioration pour faciliter la réalisation des séances Test To Treat ont été remontées par les structures dans l'enquête réalisée par EY au cours de l'évaluation :

- des réunions de préparation des séances T3T, organisées une fois par trimestre ;
- la mise à disposition de bureaux pour l'EMH pour renforcer la confidentialité ;
- des réunions en interne et la participation de l'EMH à des réunions d'information, à une fréquence de deux fois par an pour réaliser des bilans d'avancement ;
- des réunions de présentation de l'EMH auprès des équipes des structures avant leur première intervention pour améliorer l'organisation et la connaissance respective des équipes ;
- des communications par mail/newsletter ;
- la mise à disposition de flyers, de mails d'information et d'affiches avec la date de leur intervention en évidence dans les locaux.

La crise sanitaire, et notamment la période du 1^{er} confinement a fortement ralenti les actions de l'EMH et une grande majorité des structures a décidé de limiter le nombre de personnes fréquentant leur établissement. Cependant, l'EMH a pu intervenir dans des lieux de rassemblement de public en situation de précarité qui se sont créés pendant la crise, tels que des gymnases ou des lieux proposant un ravitaillement alimentaire. Le dispositif a ainsi démontré une certaine adaptabilité, par rapport à des contraintes conjoncturelles externes au dispositif.

« Pendant le confinement, nous avons ouvert un gymnase au cœur de Narbonne pour qu'ils aient [les populations en situation de précarité] accès à l'hygiène [...] L'EMH a pu intervenir au niveau du gymnase avec leur camping-car. On a pu garder les gestes barrières. C'était ouvert pour toutes les populations en précarité et cela permettait d'élargir la population touchée pour l'EMH car on ne retrouvait pas forcément cette population dans les CAARUD » – Infirmière – CAARUD AIDEA 11

« Il faut pouvoir s'adapter à tout type de structures et à tout type de modèles. Si on veut toucher un maximum de personnes, notamment dans cette période post-covid et confinement, on voit des patients qu'on ne voit plus et on les retrouve dans les services de première nécessité alimentaire. Il faut donc cibler ces structures qui sont moins médicalisées afin de proposer des solutions à ces patients. » - Infirmier EMH.

4.1.3 Le porteur de projet a-t-il été en mesure de mobiliser les structures « hors les murs » visées dans le respect du calendrier sur l'ensemble du territoire du GHT et de couvrir la population prévue dans le cahier des charges ?

Le projet T3T a poursuivi la logique qui prévalait avant l'expérimentation en recrutant des populations précaires et vulnérables au sein des structures partenaires sanitaires, sociales et médico-sociales.

- Quarante de lieux d'intervention maillant le territoire du GHT ont participé à l'expérimentation.
- Sept structures concentrent 80% des patients dépistés avec une infection active.

■ Concernant les structures participantes :

L'ensemble des structures approchées par l'EMH ont accepté de participer à l'expérimentation. Le taux de participation relevé est donc de 100% parmi les structures contactées par l'EMH. D'après le porteur, aucune structure n'a refusé de participer à la mise en place de sessions T3T lorsque l'EMH leur a proposé d'intervenir. Certaines structures ont pu être réticentes lorsqu'il était difficile de trouver un local à mettre à disposition de l'EMH mais une solution a été trouvée à chaque fois (création d'un bureau par exemple).

La liste des structures dans lesquelles est intervenue l'EMH pour la réalisation de sessions T3T se trouve en annexe 7. Leur répartition sur une carte permet d'apprécier la couverture du territoire géographique qui recouvre bien le territoire du GHT Aude Pyrénées (Figures 4 & 5), avec une zone plus fortement représentée autour de Perpignan et une zone plus faiblement représentée au cœur du GHT. Ceci s'explique d'une part en raison de l'urbanisation et du fait que les structures d'accueil des personnes vulnérables se situent dans les zones les plus

peuplées et d'autre part du fait du temps de trajet de l'EMH pour se rendre sur site : les sessions étant organisées sur des demi-journées, le temps de trajet ne doit pas être trop important (1h au maximum) et cela limite aussi le périmètre des interventions.

Parmi les 40 lieux d'interventions les types de structure participantes les plus fréquents sont les centres de soins et les service d'aide sociale (figure 4 ci-après).

Figure 4 : Type de structures participantes à l'expérimentation

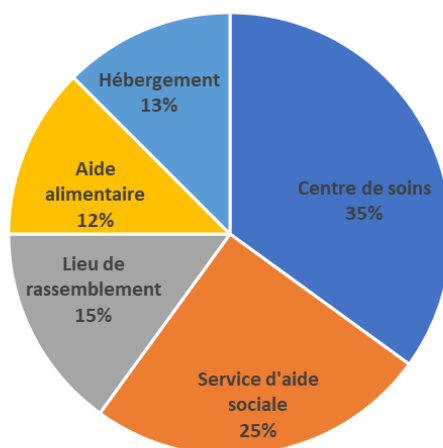


Figure 5 - Répartition des 40 lieux d'intervention dans lesquels est intervenue l'EMH (icônes en jaune) – Source : EMH & Google MAPS

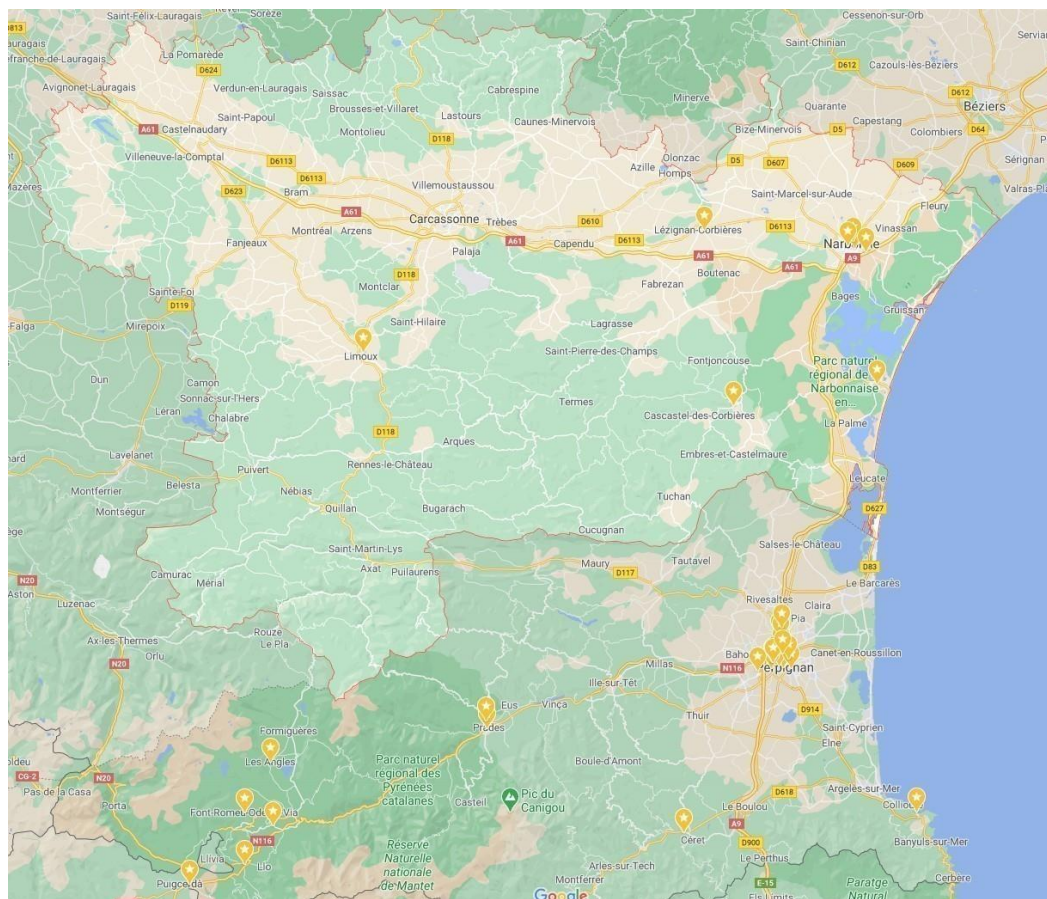
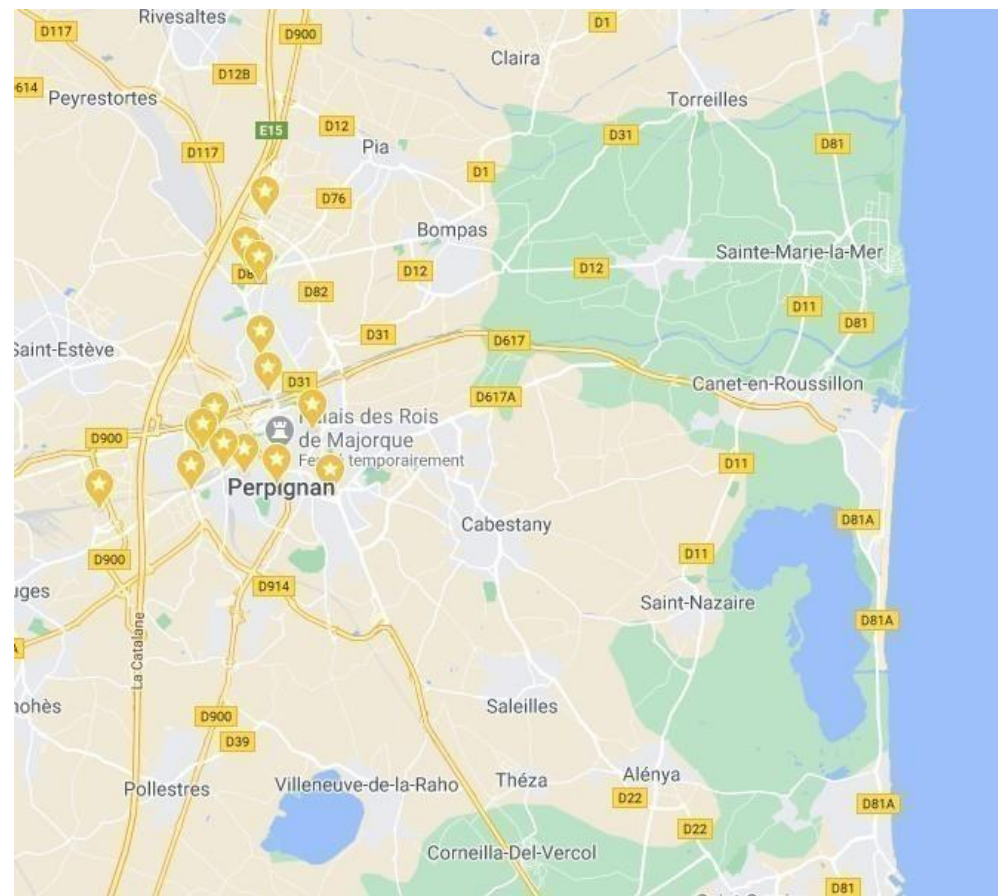


Figure 6 - Zoom sur Perpignan - (icône en jaune) – Source : EMH & Google MAPS

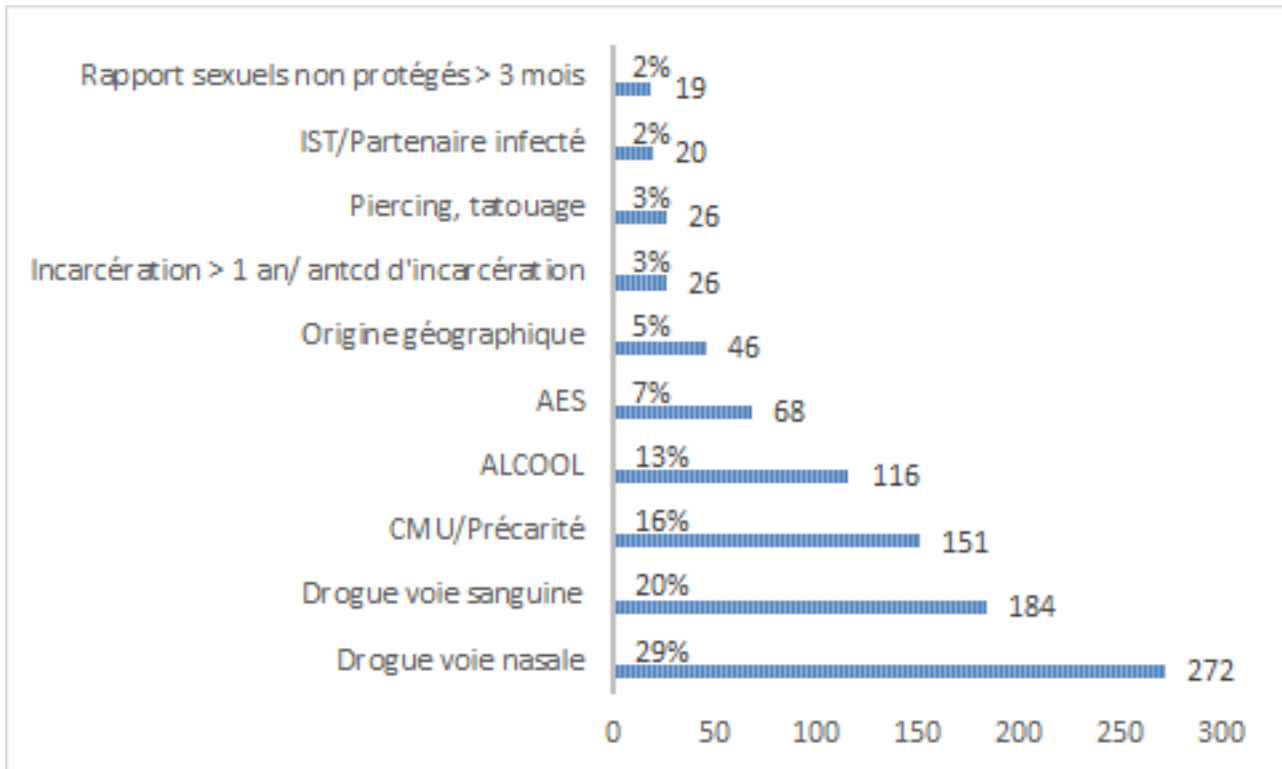


■ Concernant le public accueilli dans les structures :

Les 3 facteurs de risque « principaux » présents chez les personnes ayant bénéficié d'un TROD dans les structures d'accueil sont cohérents avec les critères de la HAS sur le ciblage du dépistage des populations vulnérables :

- La prise de drogue par voie nasale
- La prise de drogue par voie sanguine
- Les personnes étant en grande précarité/bénéficiant de la CMU

Figure 7 : Principaux facteurs de risque présentés par les patients ayant bénéficié d'un TROD.



NB : Concernant la catégorie « origine géographique », elle renvoie à des personnes originaires ou ayant séjourné plusieurs années ou ayant reçu des soins (médicaux ou dentaires) dans des pays à forte prévalence du VHC.

Source : EMH, construit EY – selon données reçues le 02/12/2021

Les entretiens réalisés confirment que le public accueilli dans les structures est en grande vulnérabilité et isolé.

« La structure Boutique a été créée dans les années 90, consécutivement à un arrêté anti-mendicité dans la ville de Perpignan grâce à un collectif d'associations qui s'est créé et qui a décidé d'ouvrir un accueil inconditionnel, neutre, non intrusif **pour les personnes sans domicile ni résidence fixe**. Comme c'est inconditionnel, on reçoit des **travailleurs pauvres, des personnes isolées et sans logement** (« les invisibles »), de plus en plus de femmes et de familles et pas uniquement du flux migratoire. » - Responsable de la Boutique Solidarité

« Parmi les populations fréquentant notre structure, 60% est issu de la communauté gitane et 40% de la population maghrébine. Nous nous situons dans **un des quartiers les plus pauvres de France avec un taux de chômage très élevé et concentrant beaucoup de bénéficiaires du RSA. Les problématiques les plus fortes sont celles de la santé et de la scolarisation (analphabétisme très important) ; on trouve beaucoup d'addicts aux stupéfiants et à l'alcool.** » - Chargé de mission Santé Publique à la mission Santé Ville - CLS

« On a beaucoup de **résidents addicts, de personnes sortant de détention**. Quelques-uns sont au courant de leur maladie hépatite C, certains ont déjà eu un dépistage avec l'équipe EMH » -Cheffe de service Urgences Sociales & Educatrice spécialisée du service Urgences Sociales – Croix Rouge

■ Concernant la fréquence d'intervention de l'EMH dans les structures et les résultats de charge virale par structure :

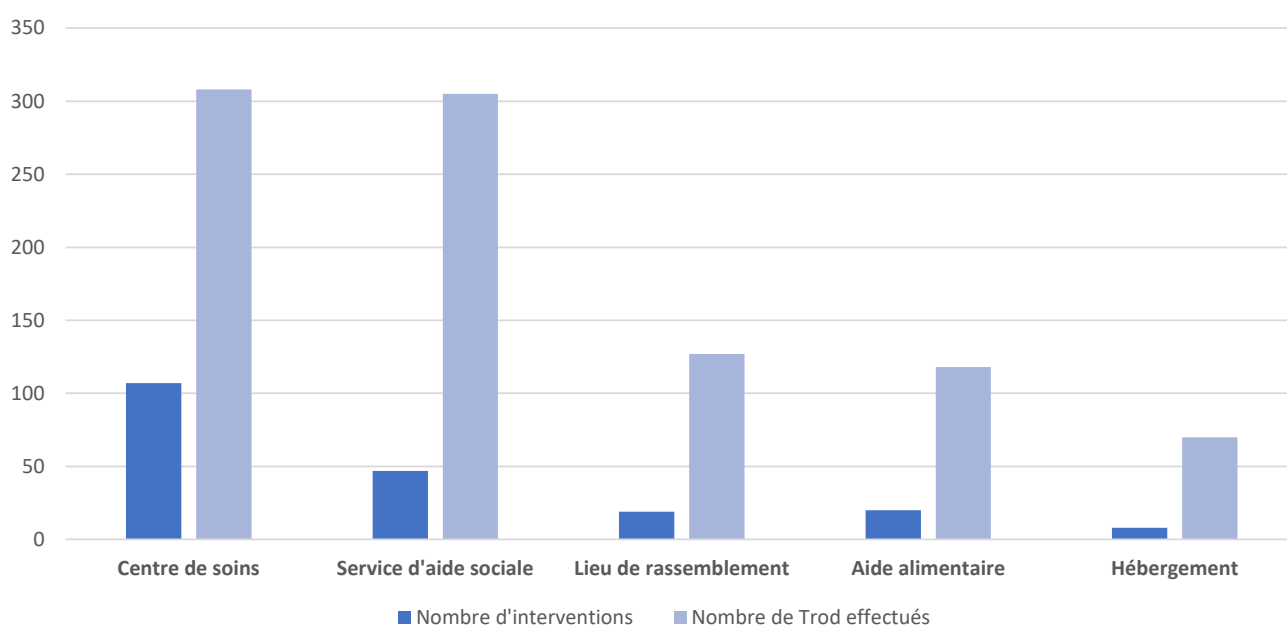
Dans le cahier des charges, 2 interventions par semaine étaient prévues sur 18 mois (78 semaines).

La fréquence d'intervention de l'EMH dans les structures est variable ; les résultats de l'enquête montrent qu'elle a pu intervenir : 2 jours par mois, 1 fois par trimestre ou une à deux fois par an selon les structures. Certaines ont eu l'occasion de faire venir l'EMH pendant une journée « consacrée au dépistage » (Mas Saint Jacques) où d'autres partenaires de la structure (un médecin généraliste) étaient présents.

Les données transmises par le porteur indiquent que l'EMH a conduit 201 interventions entre les premières inclusions en octobre 2019 et les dernières en octobre 2021 soit 24 mois.

Le schéma ci-dessous montre la répartition des sessions T3T et le nombre total de patients reçus en rencontrés par type de structure entre le 1 octobre 2019 et le 1^{er} octobre 2021.

Figure 8 : Répartition du nombre total d'interventions et de patients rencontrés et testés par type de structure



Source : EMH selon données reçues le 16/12/2021

107 interventions se sont tenues dans des centres de soins, 47 dans des services d'aide sociale, 20 dans des structures d'aide alimentaire, 19 dans des lieux de rassemblement et 8 dans des structures d'hébergement.

En moyenne il y a eu 5 interventions par lieu. 18 lieux ont fait l'objet d'un déplacement unique.

7 structures ont totalisé 117 interventions (4 structures de soins, 2 services d'aide sociale et un lieu de rassemblement).

Trois facteurs expliquent les différences dans les fréquences d'intervention : la proximité géographique et historique avec la structure (les structures de Perpignan sortent en tête des interventions), le turn over des personnes qui la fréquentent (des lieux de passage pour usagers de drogues plutôt que des lieux d'hébergement) et des lieux dans lesquels des patients ont déjà été repérés positifs.

L'analyse du nombre de patients positifs pour l'hépatite C dans les différentes structures confirme que les lieux qui ont accueilli le plus de sessions sont aussi ceux dans lesquels davantage de patients étaient positifs.

4.1.4 Les modalités de pilotage et de mise en œuvre du projet ont-elles permis sa pérennisation au-delà de la période d'expérimentation (indépendamment de la question du financement) ?

Le projet est piloté de façon simple avec une coordination de l'organisation des visites sur site par l'EMH et

un suivi hebdomadaire entre les membres de l'équipe de l'EMH sur les sessions T3T.

La mobilisation des structures tient à la forte implication de l'équipe de l'EMH sur le territoire, et notamment de la volonté du porteur historique du projet, le médecin hépatologue Dr Rémy.

Comme développé en réponse à la question 4.3.1, certains points d'amélioration ont été cités par les structures et notamment le besoin de développer des réunions de concertation entre les structures et l'EMH pour mieux organiser et réfléchir à la pré-sélection des patients.

Afin de mener son action, l'EMH a réparti les structures dans lesquelles elle intervient entre deux référents infirmiers. Le référent doit relever la file active de ses structures et établir leur bilan d'activité régulièrement. Cette organisation permet d'alterner toutes les semaines les sorties entre infirmiers référents (une semaine sur deux) pour assurer la continuité de la réalisation des deux sessions T3T par semaine.

À ce stade, la gouvernance et la charge de travail observées sont jugées acceptables selon l'équipe.

L'organisation au sein de l'équipe s'effectue au cours du staff du mercredi matin, en présence de toute l'équipe.

Le pilotage repose sur le Dr Rémy dont l'empreinte historique est forte sur le territoire car il menait déjà des dépistages dans les structures depuis de nombreuses années.

4.2 *Analyse de l'efficacité de l'expérimentation Test To Treat : dans quelle mesure le projet a-t-il atteint ses objectifs de contribution à l'élimination de l'hépatite C parmi les populations vulnérables sur le territoire du GHT Aude-Pyrénées ?*

4.2.1 *Le projet a-t-il atteint ses objectifs de dépistage dans les structures d'accueil ?*

L'évaluation de l'efficacité de l'expérimentation Test To Treat est biaisée par le mode de pré-sélection des usagers/patients. L'EMH est intervenue sans le ciblage prévu au préalable. De fait, si le nombre de personnes testées par TROD est important (928), seuls 150 patients ont eu un TROD positif et étaient éligibles à entrer dans le parcours (l'inclusion de 780 patients était initialement prévue). Parmi eux, la proportion ayant une charge virale active est en deçà mais relativement proche de la cible (48% vs 60%) et c'est surtout la stratégie de dépistage et son organisation qui n'ont, semble-t-il pas permis d'atteindre la volumétrie fixée en objectif.

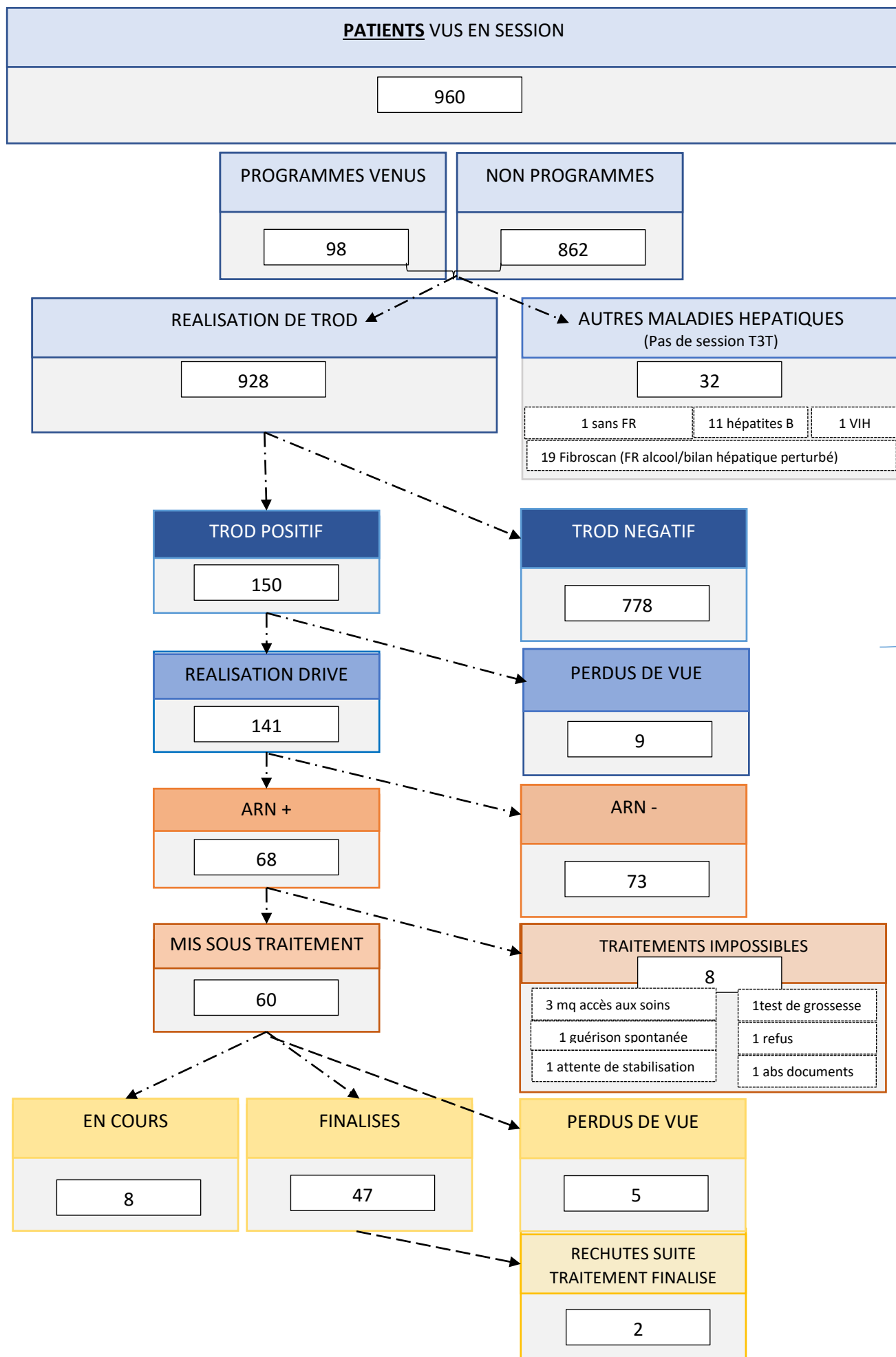
L'essentiel de l'activité de l'EMH s'est concentré sur la réalisation des TROD (960 patients vus en session et 928 TROD).

Le nombre de personnes incluses est très en deçà des attentes. Le cahier des charges prévoyait l'inclusion de 780 patients avec un TROD positif au sein desquels 470 auraient une charge virale détectée (60% estimé de d'infections actives) et seraient mis sous traitement, sur une période de 18 mois d'inclusion.

Dans les faits, 150 personnes ont eu un TROD positif. Neuf personnes ont été perdues de vue. Sur les 141 personnes qui ont eu une mesure de la charge virale, 68 patients avaient une charge virale active soit 48% de prévalence, sur une période de 24 mois.

60 patients ont donc été mis sous traitement, sur les 470 prévus.

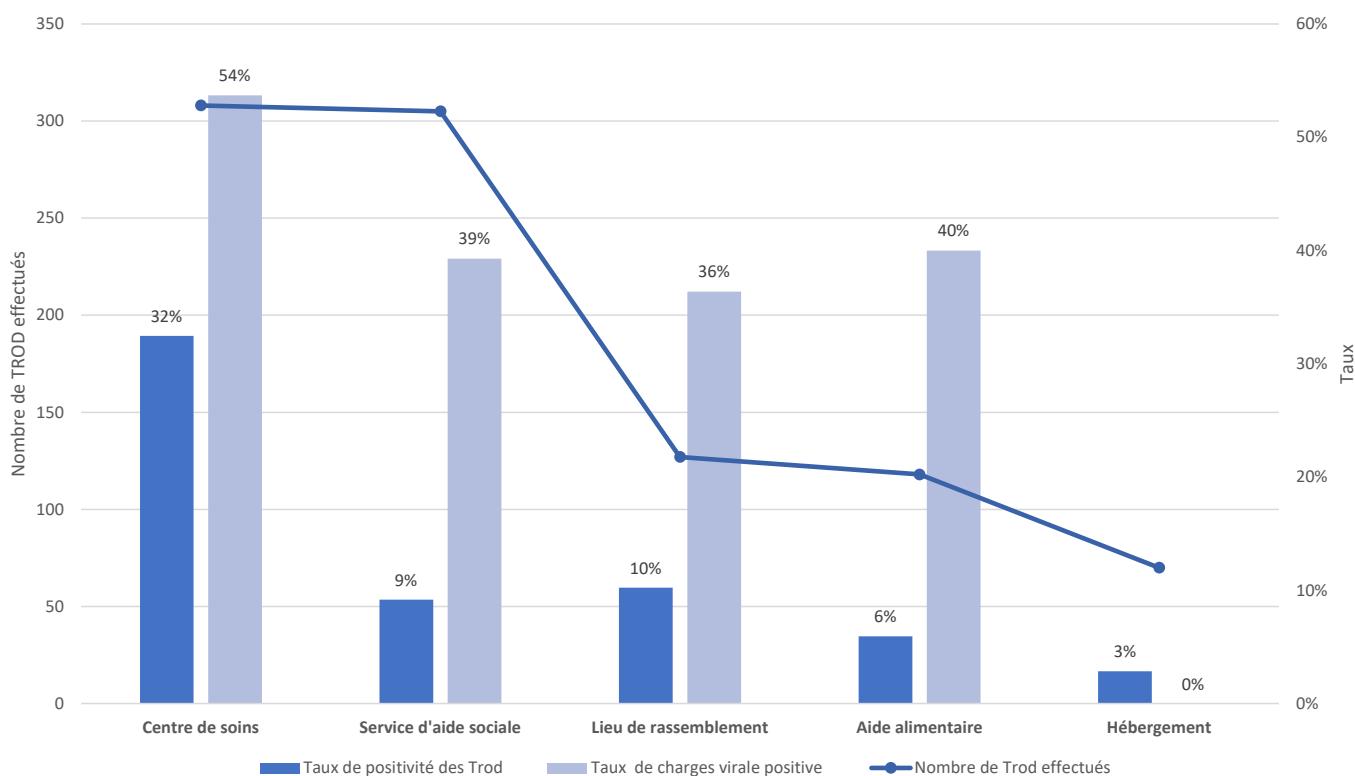
Figure 9 : Synthèse des données agrégées sur le parcours T3T



Hors parcours 51

Parmi les données concernant les patients vus en session T3T, il apparaît que 32 patients ont été réorientés en dehors de l'expérimentation pour des prises en charge d'autres hépatites ou pour la réalisation de Fibroscan® pour d'autres facteurs de risque.

Figure 10 : Répartition des interventions, des patients testés par TROD et des patients ayant une charge virale active par types de structures partenaires



Source : données EMH

928 personnes parmi les 960 vues ont été dépistées par TROD soit 93% de la population. L'EMH propose ainsi un dépistage quasi-systématique dans les lieux ciblés. Le taux de positivité des TROD s'élève en moyenne à 16% avec une variabilité importante selon la structure d'intervention, les centres de soin montrant le plus important taux de positivité.

Aucun TROD positif n'a été enregistré sur une quinzaine de structures, principalement les centres d'hébergement, les lieux de rassemblement et les aides alimentaires. La population cible semble se concentrer sur les centres de soins et les services d'action sociale.

Les structures les plus représentées dans le nombre de sessions T3T qui y sont réalisées sont aussi les structures où il y a une charge virale positive la plus importante. Quatre structures se distinguent principalement : le CSAPA 66, la PLACE DU PUIG 66, le CAARUD 11 et le lieu « autres centres de soins ».

Tableau 1: Résultats par lieu d'intervention

LIEUX D'INTERVENTION	Nombre d'intervention	Nombre de Trod effectué	Nombre de Trod positif	Taux de positivité des Trod +	Nombre de mesure de la charge virale	Nombre de charge virale positive	Taux de charge virale positive	Taux charge de virale positive par rapport à la population testée par Trod
Centre de soins	107	308	100	32%	95	51	54%	17%
Autres centres de soins	42	46	43	93%	44	24	55%	52%
MSPP FONT ROMEU	1	3	1	33%	1	1	100%	33%
CAARUD ASCODE	10	28	14	50%	12	9	75%	32%
CAARUD 11	12	33	19	58%	17	8	47%	24%
CSAPA 66	16	54	12	22%	12	5	42%	9%
ELSA Narbonne Dr PICON	9	36	7	19%	5	3	60%	8%
CHRS HENRI DUNANT Croix rouge	3	23	2	9%	2	1	50%	4%
CMP Osèja	1	11	1	9%	1	0	0%	0%
CMP WILSON	7	27	1	4%	1	0	0%	0%
CABINET + PHARM BOURDIN	1	10	0	0%	0	0		
CABINET DU DR SRIJ	2	28	0	0%	0	0		
CHRS MAS ST JACQUES	1	7	0	0%	0	0		
MSPP ANGLES	1	1	0	0%	0	0		
MSPP BOLQUERE	1	1	0	0%	0	0		
Service d'aide sociale	47	305	28	9%	28	11	39%	4%
CCAS Narbonne/Gymnase	2	2	2	100%	2	1	50%	50%
CCAS DE PRADES	9	9	7	78%	7	3	43%	33%
BOUTIQUE SOLIDARITE	11	55	9	16%	9	4	44%	7%
CROIX ROUGE CHP	4	75	5	7%	5	2	40%	3%
MAISON DE L'AMITIE 11	11	46	3	7%	3	1	33%	2%
COAS Perpignan	1	17	2	12%	2	0	0%	0%
Mairie de Bourg Madame	1	8	0	0%	0	0		0%
CCAS Port la nouvelle	1	0	0		0	0		
MLJ	5	75	0	0%	0	0		
Solidarité Fenouillède	2	18	0	0%	0	0		
Lieu de rassemblement	19	127	13	10%	11	4	36%	3%
PLACE DU PUIG 66	15	104	10	10%	9	4	44%	4%
FORUM PRADES	1	5	1	20%	1	0	0%	0%
Mairie PORT VENDRES	1	5	1	20%	1	0	0%	0%
Mairie Médiathèque Saillagouse	1	4	0	0%	0	0		
PLACE CASSAGNE	1	9	1	11%	0	0		
Aide alimentaire	20	118	7	6%	5	2	40%	2%
RESTOS DU CŒUR CARCASSONNE	5	41	4	10%	3	2	67%	5%
RESTOS DU COEUR DURBAN CORBIER	2	8	1	13%	1	0	0%	0%
TABLE OUVERTE NARBONNE	7	27	1	4%	1	0	0%	0%
3 RESTOS DU CŒUR 66	4	24	1	4%	0	0		
MESSIDOR	1	11	0	0%	0	0		
RESTO DU CŒUR LEZIGNAN	1	7	0	0%	0	0		
Hébergement	8	70	2	3%	2	0	0%	0%
ABRI DE NUIT Croix rouge	3	18	1	6%	1	0	0%	0%
Etape solidarité Céret	2	10	1	10%	1	0	0%	0%
Aude Urgence Accueil Limoux	1	7	0	0%	0	0		
Maison d'Adriana Croix Rouge	1	5	0	0%	0	0		
SECOURS POPULAIRE	1	30	0	0%	0	0		
Total général	201	928	150	16%	141	68	48%	7%

Source : données EMH

Le taux de positivité des TROD varie entre les centres de soins (32%) et les structures d'hébergement (3%). Les autres catégories se situent en dessous des 10%. Le taux de patients ayant une infection VHC active se monte à 17% pour les centres de soins, à moins de 5% pour les autres catégories et à 0% pour les lieux d'hébergement. Sur 315 patients testés dans les catégories « hébergement », « aide alimentaire », et lieux de rassemblement, on retrouve 6 patients avec une hépatite virale C active.

4.2.2 Le projet a-t-il amélioré l'accès au dépistage et la prise en charge thérapeutique de l'hépatite C pour les populations vulnérables ?

Les données démontrent que les personnes incluses ont bénéficié d'une prise en charge médicale avec proposition de traitement le cas échéant.

Les personnes qui fréquentent ces structures et se présentent à l'EMH présentent bien les facteurs de risque recherchés : en agissant dans ces structures, l'EMH intervient bien sur une population vulnérable.

L'accès au dépistage a été modifié par rapport à ce qui était prévu dans le cahier des charges, avec un dépistage des patients présents le jour de la venue de l'EMH dans la structure plutôt qu'une intervention programmée.

■ **Concernant l'accès au dépistage :**

L'action de l'EMH consistait à programmer la venue des personnes souhaitant se faire dépister pour le VHC. La « programmation des patients » consiste à anticiper les personnes qui bénéficieront d'une session TestToTreat, soit des personnes dont on sait en amont qu'elles répondent déjà à un ou plusieurs critères d'inclusion (dont un TROD positif).

Or les chiffres montrent qu'en réalité ces venues programmées pour les sessions ne représentent que près de 10% des rencontres totales (98 sur 960) ; près de 90% des personnes sont vues de manière spontanée lorsque l'EMH est présent dans la structure (862 sur 960).

Le côté immédiateté semble donc plaire aux usagers par rapport au côté programmé.

« Les patients n'ont pas de temporalité de passages dans la structure et ils ne sont pas compatibles à la planification du dépistage. Finalement, le dispositif T3T est plus adapté à des personnes qui n'étaient pas programmées ». - Infirmier EMH.

« Les patients sont ravis, ils sont très positifs. Il n'y a pas de rendez-vous donc c'est facile pour eux, facilité d'accès aux soins » - Cheffe de service Urgences Sociales & Educatrice spécialisée du service Urgences Sociales - Croix Rouge

■ **Concernant la prise en charge thérapeutique :**

Sur les sept patients interrogés, ils ont tous affirmé qu'ils ne se seraient pas soignés sans l'intervention de l'EMH.

Lorsque le patient rencontrait des difficultés pour se déplacer et revoir l'équipe pendant son suivi, l'EMH s'est déplacée directement chez le patient pour pouvoir le véhiculer et l'amener à la structure où il a pu réaliser son suivi médical.

« Grâce à l'EMH, je suis resté engagé dans le traitement car l'infirmier m'appelait et j'allais le rencontrer à l'hôpital. L'équipe m'a suivi, rappelé les rendez-vous et réalisé mes prises de sang. » - Patient Boutique Solidarité

Malgré ce suivi rapproché, les données reçues indiquent que sur les 68 personnes ayant une charge positive, 60 ont pu bénéficier d'un traitement.

8 personnes n'ont pu être mises sous traitement : 1 « attente de stabilisation », 1 « refus », 3 « absences de PUMA », 1 « guérison spontanée contrôlée 4 semaines plus tard », 1 « en attente d'un test de grossesse » et 1 « perdu de vue ». L'équipe de l'EMH nous a indiqué que les 3 personnes pour lesquelles les droits n'étaient pas ouverts (PUMA) n'avaient pu voir leur situation débloquée par l'aide d'une assistante sociale.

Parmi les 60 patients mis sous traitement, 47 patients avaient finalisé le traitement et deux d'entre eux avaient fait une rechute ; 8 étaient encore en cours de traitement au moment de la rédaction du rapport ; 5 patients étaient perdus de vue.

4.2.3 Le projet a-t-il contribué à sensibiliser les populations vulnérables sur l'hépatite C ?

D'après l'EMH, la plupart des patients avaient connaissance de leur contamination et avaient quelques notions de base concernant la maladie, notamment sur les effets secondaires de l'interféron, anciennement utilisé pour traiter l'hépatite C.

Le travail de l'EMH a donc surtout été de les informer sur les nouveaux traitements et les conséquences à long terme de la maladie, et de permettre leur mise sous traitement immédiatement. Les patients étaient satisfaits des informations reçues.

Les responsables des structures n'ont pas une vision précise de l'apport de cette sensibilisation sur le public accueilli.

D'après l'EMH, une grande partie des patients connaît son statut sérologique en amont de la session T3T (séjour en prison où le dépistage est proposé de façon systématique, contamination connue...)¹³. Les patients avaient donc des connaissances préalables sur l'hépatite C. C'est surtout le traitement par AAD, plus court, plus efficace et avec moins d'effets secondaires qui nécessite une communication. Néanmoins, les connaissances préalables ont rendu difficile l'évaluation de la contribution spécifique des informations données en séance par l'EMH.

Le travail de l'équipe EMH a consisté à évaluer les connaissances antérieures du patient, à les corriger quand elles étaient fausses et à apporter des précisions notamment sur les nouveaux moyens de traitement. Certains patients ont expliqué leur méconnaissance concernant les nouveaux traitements pour l'hépatite C ; ils sont très souvent au courant de l'ancien traitement par interféron qui est pénible et long, et ont exprimé leur démotivation à vouloir suivre ce type de traitement.

« J'ai appris qu'il s'agirait d'un traitement à heure fixe, par voie orale, avec très peu d'effets secondaires et que je serai guéri en trois mois. » - Patient CSAPAA 66

« J'ai su au moment de mon incarcération que j'avais l'hépatite C en 1995. J'ai réalisé le traitement interféron mais cela n'a pas marché. J'ai eu beaucoup d'effets indésirables (fatigue, gonflements au niveau du ventre). Toutes les semaines, je devais réaliser l'injection. On ne m'avait pas expliqué la maladie à ce moment-là. Je pensais qu'il n'existait que l'interféron comme traitement. J'ai appris grâce à l'EMH qu'il y avait un autre traitement pour l'hépatite C. Je sais qu'il y a 98% de chance de guérison. [...] Sans l'EMH, je n'aurai jamais su qu'il y avait ce traitement oral ; ils m'ont informé et m'ont guidé dans ma prise en charge. » - Patient Boutique Solidarité

« Pendant une heure, ils nous ont parlé de la maladie, du précédent traitement avec des piqûres, et des nouveaux traitements avec moins d'effets secondaires. » - Patient CAARUD AIDEA 11

« Je savais ce qu'était l'hépatite C avant les sessions T3T car je suis aide-soignante. J'ai appris de nouvelles connaissances concernant le traitement, les médicaments, les heures pendant lesquelles je devais prendre le médicament et ce qu'était le Fibroscan®. Je ne savais pas à l'époque que je pouvais en guérir et j'avais donc très peur. » - Patient CSAPAA 66

« Je savais que j'avais des comportements à risque avec les filles et je voulais me faire dépister pour le VIH. J'ai été abasourdi en apprenant que j'avais l'hépatite C à ce moment-là. [...] Je voulais au départ faire le test du VIH et j'ai été dépisté à ce moment-là de l'hépatite C. » - Patient CAARUD AIDEA 11

« A l'époque c'était un traitement de 18 mois avec l'interféron avec 50% de réussite. Je refusais de me soigner car ce n'était que 50% de chance de réussite de guérison. Le traitement était lourd ; j'étais considéré comme porteur sain car je n'avais pas de symptômes. Pendant des années, je n'ai eu aucune possibilité de me soigner et j'avais peu de chance d'être guéri avec l'interféron. » - Patient, CSAPAA 66

¹³ Ceci est confirmé par la HAS qui indiquait en 2011 que près de 60% des personnes infectées par le VHC connaissaient leur statut. HAS. Stratégies de dépistage biologique des hépatites virales B et C. Janvier 2012.

« Je ne connaissais ni la maladie ni les symptômes. J'ai appris de nouvelles connaissances sur la maladie. [...] J'ai su comment guérir et les différents modes de contamination. J'ai des enfants et j'ai su que si je me blessais et je saignais je pouvais leur transmettre. J'ai appris les modes de transmission. [...] J'ai su que cette maladie pouvait se transmettre à la suite de transfusions de sang contaminé. J'ai appris que le traitement oral coûtait 30 000€. » - Patient CAARUD AIDEA 11

4.2.4 Le projet a-t-il recueilli la satisfaction de l'ensemble des parties prenantes (patients et professionnels de santé) ?

Les structures interrogées par enquête et en entretien ont toutes exprimé leur intérêt pour l'expérimentation, tout comme le personnel de l'EMH lors de nos échanges sur site.

Parmi les 81 patients pour lesquels une mesure de la satisfaction a été faite par l'EMH (données agrégées et transmises par le porteur), 85% (70/81) conseilleraient ces sessions à leur entourage.

■ Satisfaction des structures participantes

L'ensemble des structures ont exprimé leur intérêt et leur satisfaction vis-à-vis des sessions T3T réalisées dans leurs locaux.

Les structures médico-sociales au sein desquelles s'effectuent les séances (infirmiers travaillant dans les structures et responsables de structures) ont exprimé leur satisfaction quant au dispositif T3T.

« Le dépistage de l'hépatite C vient compléter sur le volet médical notre aide socio-administrative. Leur intervention est vitale. (.....). L'équipe de l'EMH fait plus que du dépistage, elle redonne de la dignité aux personnes, ils leur parlent, échangent sur leur vie » Directrice du pôle Hébergement Céret, CHRS Perpignan, Mas Saint Jacques

Les structures interrogées ont aussi exprimé leur souhait de conseiller le dispositif à d'autres structures pour étendre le travail de l'EMH sur le territoire.

« Le dispositif va être déployé à l'échelle de la ville ; on a 9 quartiers dans lesquels le dispositif va être déployé. On va emmener les dispositifs d'équipe mobile : cancer, hépatite, diabète, tuberculose et VIH. » - Chargé de mission Santé Publique à la mission Santé Ville - CLS

« On a étendu leur intervention à l'Abri de Nuit en interne à la Croix Rouge ; on conseille et on essaie de développer [T3T] dans les autres structures Croix Rouge. » - Cheffe de service Urgences Sociales & Educatrice spécialisée du service Urgences Sociales – Croix Rouge

« Nous conseillons l'EMH à d'autres structures. L'équipe est très connue par d'autres partenaires du département, notamment les structures qui travaillent dans le même domaine que nous (par exemple les CAARUD). » - CSAPA 66

« Tous les conseillers en antenne sont au courant de l'expérimentation et peuvent faire la demande de la réaliser. » - Chargé de projet Sociale et Santé – MLJ

■ Satisfaction des patients

Concernant la satisfaction des patients, l'EMH l'a recueillie auprès de 81 patients (13% des venues) à l'issue de leur première session T3T. 82% d'entre eux sont satisfaits à 100% de leur prise en charge, 74% de la durée de la session et 86% conseilleraient le dispositif à leur entourage.

Tableau 2 : Résultats des questionnaires de satisfaction patients

Niveau de satisfaction	Question 1 Évaluez votre prise en charge	Question 2 Que pensez-vous de la durée de la session ?	Question 3 Conseilleriez-vous la session à votre entourage ?
5=100%	67	60	70
4=75%	8	11	6
3=50%	2	6	1
2=25%	0	0	0
1=0%	0	0	0
Non réalisé	4	4	4

Note de lecture : 67 personnes ont dit qu'elles étaient satisfaites à 100% de leur prise en charge. 8 personnes étaient satisfaites à 75%.

Source : EMH

Il était également prévu de recueillir la satisfaction en sessions d'éducation thérapeutique mais peu de sessions ont été réalisées et les chiffres n'ont pas été communiqués.

La majorité des patients interrogés de manière spontanée lors des visites sur site (par EY et Optimise) ont témoigné être satisfaits de ce dispositif et ont souligné que la mise à disposition d'une équipe sans rendez-vous programmé était un plus. De plus, ils ont conseillé le dispositif aux personnes contaminées qu'ils avaient pu rencontrer.

« *Oui, je suis très satisfait. Il faudrait le faire pour le plus de personnes possibles* ». - Patient Boutique Solidarité

« *J'ai conseillé le dispositif autour de moi et j'ai accompagné un ami à une session.* » - Patient, CAARUD AIDEA 11

« *L'EMH s'intéresse à nous et à notre vécu. Grâce à eux, je suis resté engagé dans le traitement grâce à leur sympathie, leur intérêt envers moi et leur accessibilité (j'avais leur numéro de téléphone). J'ai su que je pouvais guérir.* » Patient CAARUD AIDEA 11

L'enquête réalisée pour l'évaluation intermédiaire auprès des responsables de structure a permis de documenter la satisfaction perçue des patients/usagers concernant les sessions T3T :

- Certains ont mentionné des retours très positifs avec des « *prises en charge rapides, globales et efficaces* » ;
- Les services proposés par l'EMH sont bien repérés pour certains avec une facilité d'accès à leur camping-car et une rapidité d'exécution de leurs tests ;
- Certains ont exprimé leur satisfaction vis-à-vis de cette prise en charge directe dans la structure ce qui permet pour cette population en grande précarité d'avoir « *le soin qui vient à eux* ».
- Pour d'autres structures, il a été très difficile de recueillir les avis des patients sur les sessions car les patients s'exprimaient peu à ce sujet.

« *Les patients sont ravis, ils sont très positifs. Il n'y a pas de rendez-vous donc c'est facile pour eux, facilité d'accès aux soins.* » – Croix Rouge

« *L'accompagnement de l'EMH et le dispositif sont d'une grande aide [...] ça aurait été extrêmement difficile sans eux de toucher ce type de populations. Ce dispositif est en adéquation avec leur mode de vie.* » – Responsable CAARUD AIDEA 11

4.2.5 Le projet a-t-il contribué à réintégrer les patients dans un parcours de soins ?

Les patients interrogés ont indiqué que le traitement de leur hépatite a été l'occasion d'une prise de conscience et d'une modification de leurs comportements à risque. Toutefois, cet aspect doit être nuancé du fait que les conditions de vie des personnes amènent parfois à des rechutes (0-5% selon les études lors d'un traitement par

AAD)¹⁴.

Au-delà des échanges et en l'absence de données permettant de l'objectiver, il n'est pas possible de dire si les personnes traitées vont effectivement faire évoluer leurs habitudes de vie et reprendre contact avec le système de santé ultérieurement.

■ Modifications des comportements à risque

Peu d'outils et de mesures factuelles existaient pour juger de la réintégration des patients dans un parcours de soins. Il n'est pas possible de dire si les personnes traitées ont fait évoluer leurs habitudes de vie et repris contact avec le système de santé au-delà de la durée du traitement. Une analyse des données SNDS était initialement prévue mais a été écartée compte tenu du faible nombre des patients inclus.

Cependant, lors de nos entretiens individuels, des patients ont exprimé se sentir plus responsabilisés vis-à-vis de leur santé. Ils ont déclaré vouloir arrêter la drogue et modifier leurs comportements à risque (prise d'alcool, fréquentations). A noter que certains patients pris en charge dans les sessions T3T pouvaient être guéris de l'hépatite C et ont souhaité se faire dépister pour voir s'ils étaient recontaminés ou non¹⁵, ce qui est un indicateur d'une volonté de réintégrer un parcours de soins.

« Je ne savais pas qu'il existait un autre traitement que l'interféron et j'aurais dit non tout de suite pour suivre un traitement interféron 18 mois ». - Patient CSAPA 66

« Je devais faire attention à ma prise de traitement qui devait être prise à heure fixe et je ne devais pas l'oublier. J'ai eu une prise en charge à 100%, je n'ai pas dû faire d'autres démarches. J'ai obtenu mon test positif, ensuite on a regardé ma charge virale (je pensais être porteur sain). J'ai compris que mon virus était très actif. La pharmacie ne voulait pas me donner le traitement et j'ai pu l'obtenir grâce à l'EMH. Jérémie a toujours été là, il m'a fait plusieurs contrôles et m'a beaucoup suivi ». - Patient CSAPA 66

« Je ne touche plus à la drogue et j'ai changé mes fréquentations [...] Ça m'a responsabilisé sur ma santé et j'ai eu envie de prendre plus soin de moi [...] J'ai eu aucun effet secondaire, je me suis senti sauvé. » - Patient Boutique Solidarité

« Ça m'a permis d'arrêter la drogue, j'ai été refroidi, j'ai eu un électrochoc. J'ai décidé de tout arrêter. Je ne fréquente plus de toxicomanes. » - Patient CAARUD AIDEA 11

« J'ai obtenu mon traitement en même temps que mon traitement psychiatrique que je prends dans un autre centre. C'est l'infirmière qui me donne les comprimés dans l'autre centre. [...] Comme je suis suivi en centre psychiatrique, l'EMH a décidé de me donner mon traitement là-bas pour que ça s'installe dans mon quotidien. L'EMH a contacté les infirmiers et la mise en place s'est faite conjointement. » - Patient Boutique Solidarité

« Grâce aux sessions T3T, j'ai arrêté la cocaïne et le cannabis ». - Patiente CSAPAA 66

¹⁴ Arias A, Aguilera A, Soriano V, Benítez-Gutiérrez L, Lledó G, Navarro D, Treviño A, Otero E, Peña JM, Cuervas-Mons V, de Mendoza C. Rate and predictors of treatment failure to all-oral HCV regimens outside clinical trials. *Antivir Ther.* 2017;22(4):307-312. doi: 10.3851/IMP3061. Epub 2016 Jun 24. PMID: 27341294.

¹⁵ Entretiens individuels patients et discussion avec l'EMH

4.2.6 Le projet a-t-il participé à la réinsertion sociale des patients ?

Certains patients témoignent de changements notables dans leur vie, pour autant, les difficultés peuvent demeurer, et certains restent marginalisés du fait d'un mode de vie instable.

La prise en charge par l'EMH est reconnue également dans l'aspect social, car les témoignages démontrent une approche humaine et globale.

L'analyse du score individuel de précarité EPICES n'a pu être réalisée par EY compte tenu du caractère individuel des données recueillies. Le rapport OPTIMISE pourrait apporter des éléments concernant le niveau de réintégration sociale du patient ayant bénéficié de cette prise en charge.

■ Les changements notables dans la vie

Sur la base des échanges menés avec les patients, on remarque les effets bénéfiques du traitement et de la prise en charge sur la vie de certains patients.

« J'ai réussi à retrouver un logement, une petite-amie et maintenant je suis en recherche d'emploi ». - Patient CAARUD AIDEA 11

D'autres entretiens évoquent cette vie dans la rue marginalisée qui rend difficile la réinsertion sociale malgré le traitement.

« Non, ça n'a pas trop changé ma vie, l'hépatite était au stade 2, je ne ressentais pas trop la fatigue. Décision d'arrêter les drogues oui, mais le travail, j'ai vendu mon entreprise justement donc je ne vais pas travailler .. ». Source Rapport OPTIMISE

■ Une prise en charge globale par l'EMH qui redonne confiance aux personnes

En outre, la prise en charge par l'EMH semble redonner confiance aux personnes qui sont souvent totalement marginalisées. Ces personnes se sentent écoutées, et respectées. La prise en charge et le suivi sont aussi très appréciés par les patients parce que l'équipe n'hésite pas à aller chercher les patients pour les amener aux consultations de suivi.

Cela a été confirmé par une responsable de structure : *« L'« Aller Vers » est le point intéressant. Ce projet est intéressant dans la dimension sociale : la personne est prise en charge « dignement », elle est prise en compte dans sa globalité médicale, qui est en complément de l'accompagnement médico-administratif. » Responsable pôle Hébergement Céret, CHRS Perpignan, Mas Saint Jacques*

■ Ouverture de droits

Au niveau de l'accompagnement social des patients, l'EMH devait aider des patients dans leurs démarches administratives lorsqu'ils en avaient besoin (ex : ouvertures de droits, renouvellement de carte d'identité). Cependant les 3 patients qui n'avaient pas de droits pour la réalisation du traitement n'ont pas pu bénéficier d'une aide de l'assistante sociale selon le porteur. Des aides ont toutefois pu être apportées :

« La première fois que je suis allé à la pharmacie pour récupérer la boîte de médicaments, le pharmacien n'a pas souhaité me la donner ; il fallait que je sois couvert à 100% pour l'obtenir. J'ai appelé Jérémy pour qu'il m'aide et j'ai apporté mes papiers à la CPAM pour pouvoir être couvert. Ça a pris quelques jours et ensuite j'ai pu aller chercher mes trois boîtes et démarrer ma prise de traitement et au bout de trois mois j'étais guéri. » - Patient CSAPAA 6

■ Analyse score EPICES

L'infirmier de l'EMH a recueilli le score EPICES en début de sessions T3T et en fin de traitement (8-12 semaines plus tard) pour évaluer l'évolution de la situation de précarité du patient. En raison de l'absence d'accord CNIL permettant de couvrir la transmission des données, les données individuelles n'ont pu être communiquées à l'évaluateur. Le porteur en a réalisé une analyse et indique que pour les participants inclus dans le dispositif (141 patients anticorps VHC positif), 140 scores ont été collectés (1 refus). Les valeurs extrêmes varient de 100 à 8,28 points avec une médiane à 65,67 points. Le seuil de précarité se définit par une valeur totale supérieure à 48,5 points.

Pour les patients ARN C positif (60) ayant reçu un traitement AAD, les scores extrêmes varient de 100 à 20,71 points (avec une médiane 64,93 points). En post thérapeutique, la valeur médiane se situe à 60,47 soit une diminution de 4,46 points au score antérieur. Le porteur explique cette amélioration par l'ouverture des droits

aux soins complémentaires (CSS) qui améliore la composante « couverture santé » et l'ouverture aux droits Revenu de Solidarité Active qui améliore la composante « difficultés financières ».

4.3 Analyse de l'efficacité du projet

4.3.1 Quel est l'impact du projet sur le coût de prise en charge d'un patient atteint d'hépatite C ? La prise en charge est-elle plus performante que les dispositifs existants ?

Comme cela a été évoqué en introduction, les données financières transmises sont difficiles à exploiter, mêlant des données de deux expérimentations, des forfaits et des données annuelles.

L'EMH est intervenue 201 fois, auprès de 960 personnes et a réalisé 928 TROD. Ces interventions ont mobilisé 2-3 professionnels de l'EMH à chaque sortie sans certitude de déclencher un forfait et donc une rémunération pour les actions engagées.

Au total, les charges sont très importantes (357 000€) au regard du faible nombre de patients traités (60). Les produits issus du forfait se montent à 33 000€ et les crédits d'amorçage de 41000 soit un total de produits perçus par l'EMH de 74 000€. Finalement, le déficit enregistré s'élève à 283 039€.

Les coûts rapportés aux résultats obtenus indiquent que le coût de prise en charge pour un patient mis sous traitement avoisine les 6 000 €.

La construction du forfait dans le cahier des charges, s'établit sur 780 patients pris en charge pour un TROD positif. Ce forfait de 252€ est réparti majoritairement sur des interventions de personnel soignant nécessitant des profils d'IDE, médecin, assistante sociale et médiateur social (59% du total du forfait). Les 41% restants correspondant aux déplacements et prises en charge médicales des patients (Fibroscan®, consultation, Drive).

La prise en charge de 780 patients avec un forfait à 252€ représentait un montant théorique de 196 560€ (201 240€ dans le cahier des charges). Des dépenses d'achat de matériel (achat Xpert Cepheid) et des frais de fonctionnement par ailleurs ont été financés intégralement par des crédits d'amorçage à hauteur de 41 000€.

■ Réalisation des charges et des produits :

- Pour cette expérimentation, l'EMH a bénéficié de crédits d'amorçage à hauteur de 41 000€ et d'un forfait de 252€ par patient pour un nombre de patients facturés de 131, soit 33 012€. On notera tout d'abord un écart de 10 patients entre les patients pris en charge et les patients facturés. On soulignera ensuite l'écart entre les 780 patients attendus et pris en compte pour la construction du forfait et le nombre des patients réellement pris en charge (141 ou facturés 131). **Le montant total des produits perçus par l'EMH s'établit à 74 012€**
- Au niveau des charges engagées sur la période de l'expérimentation, les charges de personnel s'élèvent à 257 680€ soit plus du double de ce qui était envisagé et pour prendre en charge moins de 20% des patients prévus. Des charges de déplacement et de prise en charge médicale pour 32 390€. Ces charges avoisinent un montant cumulé de 290 000€ à mettre au regard des 196 560€ prévus pour la prise en charge de 780 patients positifs. Il faut noter que 89% des charges réalisées sont représentées par des frais de personnel. Une fois encore, la pré-sélection des personnes ciblées pose en partie les écarts constatés au niveau de l'efficacité du dispositif T3T et se reflète ainsi dans les données économiques. L'EMH a au final rencontré plus de personnes (980) que prévu (780) et a multiplié des interventions auprès des structures en étant en 1^{ère} ligne (réalisation des TROD), plutôt qu'en seconde ligne (mise en place du dispositif T3T après confirmation de la positivité du TROD par le personnel soignant des structures accueillant les usagers).
- Par ailleurs les frais de fonctionnement s'élèvent à 25 768€ et le coût du matériel à hauteur de 19 340€. A cela s'ajoutent 21 227€ pour l'achat de TROD (poste de dépense non expliqué au vu du nombre de patients positifs pris en charge) et de 646€ de flyers non prévus dans les dépenses initiales.
- Au final, sur la durée des 24 mois, les **charges totales pour cette expérimentation sont estimées à 357 051€**. Le déficit se monte donc à 283 039 €.

Les échanges avec l'EMH et la direction financière du CH de Perpignan ont mis en évidence une incompréhension du modèle économique inscrit au cahier des charges : les charges inscrites sont annualisées

(montant reconductible chaque année) alors que les charges du cahier des charges concernaient l'ensemble de la durée de l'expérimentation.

Les coûts rapportés aux résultats obtenus indiquent que le coût de prise en charge pour un patient mis sous traitement avoisine les 6 000€, coût porté aux deux tiers par l'EMH.

4.4 *Reproductibilité : Dans quelle mesure l'expérimentation est-elle capable de donner naissance à un modèle systémique du dépistage et du traitement de l'hépatite C pour les personnes vulnérables ?*

4.4.1 *Les besoins et les spécificités du territoire et des acteurs auxquels répond le dispositif et les facteurs ayant éventuellement contribué au succès du projet existent-ils sur d'autres territoires ?*

Les résultats, en deçà des attentes en termes de personnes incluses, de charges virales positives et de personnes mises sous traitement, ne permettent pas de dire que l'expérimentation a été un succès, dans ce territoire où la prévalence est pourtant plus élevée que la moyenne nationale.

L'EMH intervient dans les structures médico-sociales du territoire depuis plusieurs années. L'expérience du porteur dans ses relations avec les structures partenaires et la connaissance du public cible à atteindre sont des facteurs importants pour la mise en place de l'expérimentation. Selon l'EMH, c'est aussi cette intervention de longue date sur le territoire qui justifie la faible proportion de patients dépistés positifs.

Il existe d'autres territoires au moins aussi touchés par le VHC que l'est l'Occitanie : Ile-de-France, PACA, Guyane. En outre, une trentaine d'autres services experts hépatites existent en France.

L'EMH du CH de Perpignan existe depuis juillet 2013. De ce fait, elle est connue depuis longtemps sur le territoire alentours et donc du GHT Aude Pyrénées puisque le CHP est l'établissement support.

De nombreuses structures sociales et médico-sociales accueillant le public cible entretenaient déjà des relations avec l'EMH, avant l'expérimentation, puisque l'EMH y réalisait des dépistages de l'hépatite C auprès des populations vulnérables et à risque. Ainsi, le projet bénéficiait de toute l'antériorité de l'action initiée depuis de nombreuses années.

Les facteurs de risque des personnes dépistées montrent que le public cible a bien été celui touché par le dispositif. la région avait été choisie notamment en raison d'une prévalence plus élevée du VHC comme cela est indiqué dans les résultats de l'enquête LaboHep ou bien rapporté sur le site Géodes de santé publique France¹⁶.

¹⁶ [Géodes - Santé publique France - Indicateurs : cartes, données et graphiques \(santepubliquefrance.fr\)](https://www.santepubliquefrance.fr/)

Figure 11 : Activité de dépistage des laboratoires en France en 2019 (LaboHep)

Activité de dépistage des Ac anti-VHC (tests / 1 000 habitants), par département, France, 2019 (tous régimes)

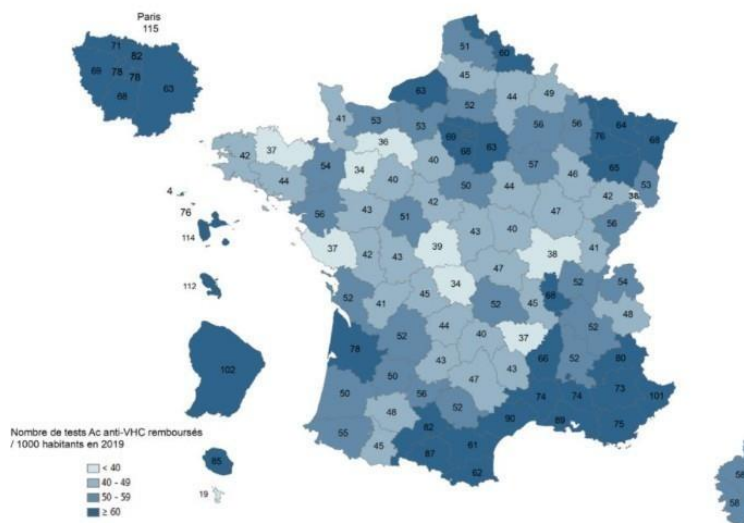
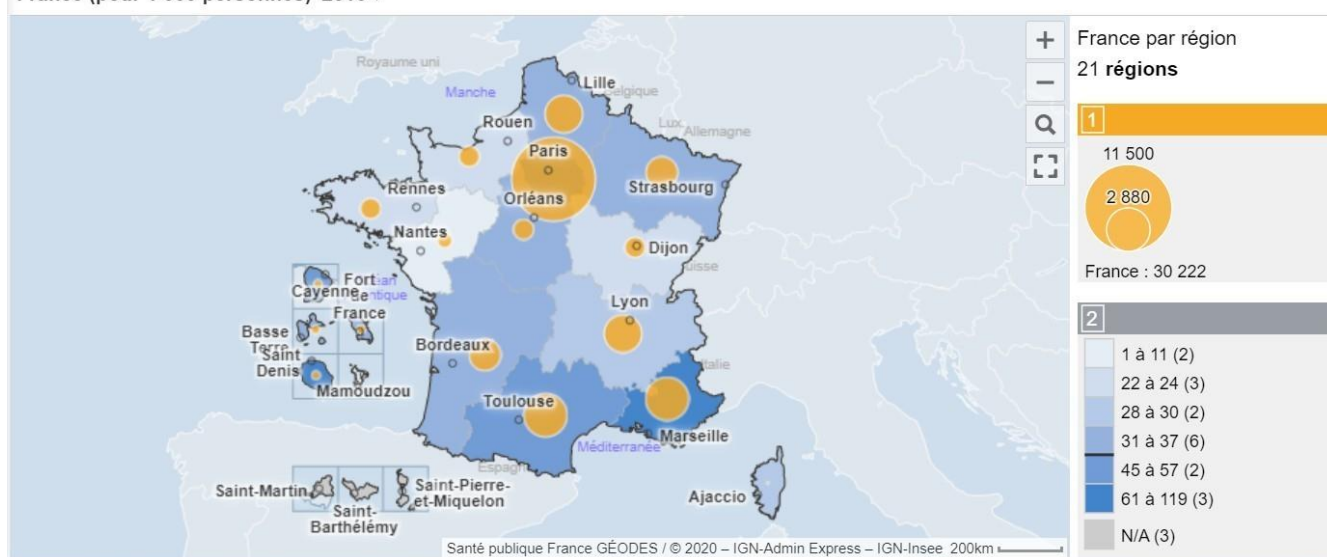


Figure 12 : Nombre de tests positifs en France en 2016 (Geodes)

1 Nombre de tests positifs pour la recherche Ac anti-VHC 2016 ▼

2 Taux de tests Ac anti-VHC confirmés positifs pour la première fois dans le laboratoire, rapporté à la population vivant en ACTIONS France (pour 1 000 personnes) 2016 ▼



Il existe une trentaine de centres experts hépatite en France¹⁷, répartis dans toutes les régions et présents dans les régions les plus touchées (IdF, Paca, Guyane) qui rendent possibles la reproduction d'une telle expérimentation. Cependant, l'expérimentation illustre le fait que la forte prévalence dans la région n'est pas la garantie

¹⁷ [service_experts_DGOS_101214.pdf \(solidarites-sante.gouv.fr\)](https://solidarites-sante.gouv.fr/service_experts_DGOS_101214.pdf)

d'atteindre beaucoup de personnes dépistées positives. **La question de la précision dans le ciblage est réellement déterminante.**

L'expérimentation menée par l'EMH du CHP aurait aussi pu servir de modèle pour les autres centres experts de la région Occitanie. Ces centres sont réunis au sein d'une coordination hépatites (COHEP). Les témoignages des partenaires institutionnels démontrent que, si le projet et le porteur de projet sont connus des acteurs du territoire du GHT, celui-ci n'a pas souhaité réaliser de partenariats plus formels avec les autres établissements du territoire ni de la région. A l'occasion de l'évaluation intermédiaire, les CHU de Toulouse et de Montpellier n'avaient toujours pas bénéficié d'une présentation des projets engagés par le CH de Perpignan depuis plus d'un an.

« La COHEP a pris naissance en 2018 et devait rassembler les expertises de Montpellier Toulouse et Perpignan (Perpignan est devenu un centre expert). Cela n'a pas marché du tout entre Perpignan et Montpellier – non-adhésion de Perpignan au projet COHEP. L'ARS n'était pas satisfaite de cette situation – Pourquoi ça ne marche pas ? les coordinateurs des SELV n'avaient pas envie de collaborer entre eux – on a créé alors le poste de collaborateur médical avec le PR X à la suite de cette situation » Coordinatrice régionale au sein de la COHEP Occitanie

L'ARS, qui a fait de l'éradication du VHC sur son territoire une priorité du PRS n'a pris connaissance du projet « T3T » qu'après son autorisation. En effet, le projet ayant été accepté comme expérimentation nationale au titre de l'article 51, l'ARS Occitanie n'a pas été impliquée dans son instruction. La newsletter mensuelle produite par l'EMH et largement diffusée a néanmoins participé à informer les acteurs sur la mise en œuvre et l'avancement du projet.

4.4.2 *Quels sont les moyens humains et matériels nécessaires au déploiement de ce modèle sur d'autres territoires ?*

Sur certains aspects, matériels en particulier, le projet est facilement transposable sur d'autres territoires : les supports, le matériel de dépistage et diagnostic

Sur les ressources humaines, il est nécessaire d'adapter le dispositif pour le rendre plus efficient. Différentes pistes sont à évoquer, en lien avec la comparaison internationale réalisée par le projet de recherche OPTIMISE (pair-aidance, médecins généralistes, infirmières en doublon, pas d'assistante sociale)

■ Au niveau matériel

Les aspects matériels sont les plus aisément transférables : le temps de transférabilité du dispositif sur le plan technique est évalué par l'EMH à seulement quelques jours. Les supports déjà réalisés peuvent être repris et adaptés (Tableau 3).

Tableau 3 – Liste des supports établis par l'EMH –

- Convention type de partenariat entre la structure et l'EMH
- Lettre d'information aux structures (« simplification du parcours de soins hépatite C dans les populations vulnérables »)
- Logigramme parcours patient dans le dispositif T3T
- Notice d'information et formulaire de consentement – recherche impliquant la personne humaine
- Recueil du consentement du participant
- Fiche sociale – Equipe mobile Hépatites
- Questionnaire EPICES
- Formulaire EMH de dépistage pour le patient (TROD/DRIVE/Fibroscan®)
- Fiche de recueil de satisfaction de la session T3T
- Courrier type IDE pour médecin traitant (si CV détectée ou non détectée)
- Compte-rendu type infirmier
- Affiche A3 – Test to Treat : solution du dépistage au traitement de l'hépatite C « tout en un »
- Flyer explication session T3T
- Flyer facteurs de risque hépatite C

Source : EMH

Il est aussi nécessaire d'investir dans un camping-car pour accueillir les patients (maniabilité et conduite possible avec un permis B) et d'avoir une équipe mobile à disposition comprenant du personnel formé au Fibrosan®, à l'utilisation du DRIVE et en capacité de fournir une ordonnance au patient (cf. paragraphe sur les aspects législatifs et règlementaires sur ce sujet). A la date de rédaction du rapport, la réalisation des activités menées par l'EMH de Perpignan est rendue possible grâce à un « patchwork » de différentes dérogations. Une fois ces difficultés levées, les centres experts des hépatites pourraient remplir ce rôle.

■ Au niveau des ressources humaines

En lien avec l'analyse des expérimentations internationales de *test to treat* par OPTIMISE, nous avons étudié différents points permettant de confirmer les résultats de l'expérimentation de Perpignan et d'y apporter les apprentissages issus des autres initiatives de Test to Treat :

- L'infirmier
- L'Assistante sociale
- Un autre médecin
- Le lien vers les médecins généralistes
- La pair aidance

■ L'infirmière

Le rôle de l'infirmière est absolument déterminant dans ce dispositif dans le cadre d'une reproductibilité. Elle a le rôle principal sur le terrain. L'EMH insiste toutefois sur le besoin de former ces infirmiers sur le sujet de l'hépatite C en plus du terrain.

« Mais après l'expérience professionnelle, je pense qu'elle m'a été essentielle. Le contact d'expériences que j'ai pu avoir au contact des patients et des familles, même de personnes malades. L'expérience professionnelle, je pense qu'elle est essentielle, après, la connaissance aiguisée des hépatites virales est très importante. »

« C'est aussi quelque chose qu'on ne peut pas négliger, notamment la présence dans des congrès. J'ai beaucoup appris, mais énormément, en étant dans les congrès médicaux avec les experts qui nous ont présenté leur travail sur les hépatites. Même sur des journées au niveau du ministère de la Santé, 61 sur la journée des hépatites virales nationales et de faciliter la délégation de tâches » infirmier de l'EMH

Un membre de l'équipe de l'EMH estime que le point de départ d'une reproductibilité serait la présence d'un service expert avec une infirmière de coordination

« Ouais, moi, je pense que c'est le point de départ. Ce seraient peut-être les services experts. L'infirmière coordinatrice et l'équiper de tous ces outils. Et puis ça fait des sessions Test to Treat finalement »

Un professeur de CHU exprime aussi dans son témoignage l'importance d'avoir formé les infirmiers qui réalisent les Fibrosan®, dans le cadre d'un protocole de tâches bien déterminé en lien avec l'ARS.

Une responsable de structures estime pour autant que pour que le système soit pleinement opérationnel, la question du doublon serait intéressante à développer, avec un infirmier dédié à la réalisation des sessions tandis que l'autre « recruterait » « sensibiliserait » et formerait sur les risques de l'hépatite C.

Les évolutions récentes de la législation concernant la réalisation sans prescription des TROD par des infirmiers de pratique avancée (IPA) pourront être prises en compte dans les perspectives données à l'expérimentation¹⁸.

¹⁸ Arrêté du 11 mars 2022 modifiant l'arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de la santé publique

■ Assistante sociale

La présence de l'assistante sociale n'a pas été mise en place sur cette expérimentation plusieurs personnes se sont succédé sur le poste, sur des temps très courts. Cela n'a pas empêché pour autant la réalisation des sessions T3T, néanmoins des patients qui auraient dû bénéficier de soins n'ont pas pu être traités (3 personnes).

L'analyse Optimise permet de comparer la présence ou non d'une assistante sociale dans les autres dispositifs européens. Ainsi, l'assistante sociale est présente dans l'équipe mobile en Roumanie car elle remplace un manque évident de personnel dans les structures d'accueil, dans le cadre d'une très grande précarité des personnes. En revanche celle-ci n'est pas présente dans l'équipe au Royaume Uni et en Irlande, car les structures ont déjà des assistantes sociales sur place qui peuvent avoir ce rôle de complément sur l'ouverture des droits etc.

Le rôle de l'assistante sociale, et donc sa nécessité, doit être pensée en fonction :

- De la présence ou non d'assistante dans les structures d'accueil
- De la fréquence attendue des personnes sans droits

■ Le médecin généraliste

Introduire le médecin traitant dans le dispositif a été abordé mais cela semble peu pertinent pour la population visée qui, en majorité, n'a pas de médecin traitant référent, particulièrement en l'état actuel de la démographie médicale où des patients non précaires sont déjà en grande difficulté pour trouver un médecin traitant.

« On essaie d'intégrer les médecins traitants et les pharmacies pour avoir un maximum d'impact. Pour aller plus loin, il faudrait que les médecins se joignent à l'expérimentation. On a réalisé une expérimentation en cabinet médical et on s'est rendu compte que c'était compliqué d'accueillir une session T3T en termes de locaux. Le risque c'est d'aller vers une population avec une prévalence d'hépatite C moins importante et de s'éloigner du champ de vulnérabilité ce qui diluerait l'action en termes de visibilité. On essaie de chercher les populations vulnérables suivies par leurs médecins traitants et qui ne sont pas dépistées à ce jour ». - Infirmier EMH

En revanche, il est nécessaire que **les médecins en charge de la supervision et des prescriptions soient au moins deux** pour s'assurer que les équipes qui se rendent sur le terrain aient toujours quelqu'un vers qui se tourner afin que le dispositif ne repose pas sur une seule personne.

■ La pair-expertise

La pair-expertise dans le dépistage de l'hépatite C est un modèle développé en Irlande et au Royaume-Uni, et étudié précisément par l'équipe OPTIMISE.

Le pair expert a une expérience vécue de l'hépatite C, a été soignée par un traitement et a pour rôle de réaliser les TROD. Le pair expert est « employé » à part entière dans l'équipe et est rémunéré en conséquence. Le but étant d'utiliser l'expérience de la personne pour avoir un accès et un dialogue avec ces populations.

Ces pairs permettent ainsi « d'infiltrer » soit des réseaux de consommateurs, ou des « communautés », comme les gens du voyage, afin que ces personnes isolées, qui entrent difficilement en contact direct avec des professionnels de santé, puissent être d'abord sensibilisés puis dépistés par « l'un des leurs » pour être amenés progressivement vers une prise en charge médicale.

Le pair-expert peut aider le patient à se rendre à l'hôpital, à suivre les rendez-vous, à l'accompagner hors les murs pour être observant.

Ce dispositif a été suggéré à l'EMH. L'équipe française a d'abord évoqué que la formation de pairs avait été pensée mais qu'ils n'avaient pas réussi à recruter, auprès d'associations. Le concept de pair-expert semblait également assez flou, dans le sens où pour l'EMH, des limites réglementaires existaient dans la rémunération de patients experts. Une expérimentation sur ce sujet a été évoquée à Montpellier¹⁹. Enfin, pour l'EMH ce rôle d'« infiltration » auprès de communautés coupées du monde médical peut être exercé par une structure. L'EMH

¹⁹ H. Donnadiou-Rigole : [Intervention communautaire en vue d'éliminer le VHC chez les usagers de drogues actifs : ICONÉ \(ANRS 95050\) CO 21 - AFEF - Société Française d'Hépatologie](#)

a procédé de la sorte pour intégrer une communauté de gitans, en passant par une structure qui travaillait déjà avec elle sur la domiciliation. L'intégration de l'EMH s'est ensuite réalisée sans difficulté.

Le dispositif en l'état a donc intéressé l'équipe de l'EMH, mais n'a pas constitué une orientation essentielle durant l'expérimentation.

De notre analyse, la pair-expertise pourrait être développée en France sur ce projet à des fins d'améliorer la dimension « aller vers ».

4.4.3 Quelles évolutions faut-il prévoir pour la mise en œuvre de ce projet sur d'autres territoires ??

Le modèle économique doit être adapté car il semble peu efficient aujourd'hui comme il est formulé.

La réduction de la contribution du service expert peut sensiblement améliorer l'efficacité.

Les éléments financiers transmis par le porteur sont difficilement compréhensibles, mêlant des montants théoriques et réalisés, annuels et totaux sur la période et agrégeant les deux expérimentations dont il est le porteur. Il ressort néanmoins de ces éléments que la principale charge supportée est liée aux ressources humaines qui sont rémunérées quel que soit le résultat du dépistage.

En pratique, l'équipe de l'EMH comportait 1 ETP IDE, 1 ETP Médiateur, 0,5 ETP assistante sociale et 0,1 ETP médecin pendant 24 mois pour un montant total de 257 680€. Les ressources humaines représentent 72% du total des dépenses, pour la prise en charge de 150 patients avec un TROD positif, hors traitement.

Dans le cadre d'une éventuelle extension ou reproduction de ce dispositif, il sera nécessaire :

- d'alléger les coûts sur la première ligne de dépistage : le recours à des pair-experts ou à des infirmiers à mi-temps plutôt qu'à temps complet sont des options pour la réalisation des TROD ;
- de limiter le recours à l'assistante sociale hospitalière aux situations dans lesquelles la structure qui prend en charge le patient n'en dispose pas elle-même ;
- de réserver l'intervention du service expert dans le cas d'un TROD positif ;
- de réévaluer le forfait qui couvre l'intervention du service expert pour qu'il prenne en compte uniquement l'intervention ponctuelle de confirmation diagnostique – mise sous traitement et non un ETP complet comme s'il s'agissait d'une astreinte/ligne de garde ;

4.4.4 Le découpage territorial et le mode d'organisation sont-ils les plus pertinents pour reproduire le dispositif ?

Le découpage territorial en l'état n'a pas réellement été exploité dans le sens où il ne s'agit pas du GHT qui a été en 1^{ère} ligne, mais bien le territoire environnant le CH de Perpignan, les autres acteurs hospitaliers du GHT n'ayant pas été mobilisés pour développer l'expérimentation, le porteur ayant estimé qu'il n'était pas nécessaire de les intégrer compte tenu de l'orientation extrahospitalière des partenaires sollicités.

Le processus de quadrillage et partenariats avec les structures a été respecté et est un point essentiel pour la mise en œuvre effective des sessions « test to treat » hors les murs.

Le mode de l'organisation en l'état satisfait l'ensemble des parties prenantes. La reproductibilité du projet est souhaitée par les acteurs du terrain. Toutefois il serait intéressant de vérifier la possibilité de développer ce modèle par rapport à la disponibilité et l'investissement du médecin hépatologue sur d'autres territoires

En revanche le modèle dérogatoire doit être revu sur certains aspects.

Durant l'échange, la coordinatrice de la COHEP (Coordination Régionale Hépatites) a souligné qu'il était nécessaire d'avoir une acceptabilité forte du format d'équipe mobile. Pour cela, un travail préparatoire doit être réalisé et consiste à se faire connaître par les structures sollicitées et à communiquer en amont sur le dispositif, avant l'intervention de l'équipe pour favoriser l'adhésion des personnes fréquentant les structures au dispositif.

Ces questions ont été abordées avec l'EMH :

« On a bien quadrillé le territoire et aujourd'hui, on n'intervient pas dans toutes les villes ni dans tous les villages ».

Pour autant, si le territoire du GHT a été quadrillé pour l'intervention de l'EMH, et que les partenariats avec les structures ont bien été menés, cela ne veut pas dire pour autant que les autres acteurs en santé du GHT aient été mobilisés. L'ARS n'avait pas de rôle prédéfini, ni le GHT. Seul le CH de Perpignan a eu un suivi régulier, en tant que porteur de projet. En ce sens, nous interrogeons le périmètre choisi du GHT dans le cadre d'une reproductibilité. **Une autre limite est l'éloignement du CH** : dès lors que le temps de trajet était trop long (plus d'une heure), il était compliqué de réaliser les sessions T3T sur une demi-journée et la topographie de la région peut donc être un frein (comme en Pyrénées Orientales).

Ainsi, davantage que le GHT ou le lieu d'implantation des services experts, ce qui est indispensable c'est la force et la pertinence des partenariats réalisés avec les structures. A ce sujet, l'EMH a évoqué le besoin de réaliser un diagnostic territorial dans chaque lieu où le dispositif devait être développé.

Le mode d'organisation de l'EMH en interne a été apprécié par les membres de l'EMH et en externe par les structures partenaires. La reproductibilité du dispositif est ainsi souhaitée par les structures qui voient la mission de l'EMH comme complémentaire à la leur, en apportant un volet médical au soutien des personnes accompagnées.

Nous souhaitons toutefois pointer l'importance de vérifier l'acceptabilité du dispositif auprès d'autres hépatologues de régions, car le système d'astreinte sur une demi-journée n'est pas forcément possible, étant donné les contraintes de temps des personnels hospitaliers. Le dispositif en l'état convient du fait d'un investissement humain et logistique important de la part de l'hépatologue en charge de l'EMH du CH de Perpignan. **Ce dispositif pourrait être développé en binôme avec différents hépatologues ou internes**, afin de limiter les arrêts du dispositif en cas d'absence du médecin référent.

Enfin si le dispositif devait être reproduit, la puissance publique devra observer attentivement les problématiques de délégation de tâche et les circuits de transmission des données, et notamment de l'ordonnance. L'outil SKYPE Business utilisé par l'EMH pour les téléconsultations n'est sans doute pas le mieux à même de sécuriser les échanges. Par ailleurs, l'ordonnance délivrée par fax puis transmise par l'infirmier au patient doit être analysée d'un point de vue juridique pour confirmer que cette procédure est acceptable. La conservation des médicaments par la structure, pour ne pas perdre un traitement coûteux, doit également être interrogée dans le droit actuel. Enfin, l'adéquation avec les recommandations HAS sur les bilans à pratiquer chez les patients diagnostiqués positifs devra également être questionnée

Concernant les actions menées au niveau national pour permettre d'éradiquer l'hépatite C, des solutions de dépistage et de prise en charge des personnes vulnérables ont été développées²⁰, telles que :

- l'intervention d'équipes mobiles dans les quartiers et structures « sensibles », comme le fait l'équipe mobile de dépistage des Maladies du Foie (EMMAF) aux HUS de Strasbourg
- le rapprochement des professionnels des hépatites des CSAPA et des CAARUD et la mise en place, dans ces structures, d'actions coordonnées pour une prise en charge globale des patients (Bordeaux, Lille...)
- l'intervention de ces mêmes professionnels dans les centres de détention, notamment pour la formation des personnels dédiés (Montpellier, Fresnes...).

²⁰ Santé Publique France, juin 2017

5 Conclusion

Les résultats, en deçà des attentes en termes de mise sous traitement, ne permettent pas de dire que l'expérimentation a été un succès, dans ce territoire qui figure parmi les 4 régions françaises où la prévalence est la plus élevée.

Loin de remettre en cause la pertinence du modèle « test-to treat » (tout en un) et « aller vers » (sortir de l'hôpital pour se rendre auprès des populations à risque), l'expérimentation a recueilli la satisfaction des usagers et des structures participantes.

C'est surtout la stratégie d'intervention de premier niveau qui n'a pas été efficiente. Tout d'abord l'évaluateur préconise l'organisation, en préalable au déplacement de l'équipe mobile, de la pré sélection des usagers. Un ciblage plus spécifique des lieux d'intervention (centres de soins et centres d'action sociale en particulier) permettrait aussi de se rapprocher d'un modèle plus coût-efficace.

Pour y parvenir, le benchmark européen des initiatives de Test to treat réalisé par Optimise amène à proposer un modèle dans lequel des pairs experts, qui ont vécu les mêmes difficultés que la population cible et ont bénéficié d'un traitement pour le VHC, réalisent le dépistage de premier niveau. D'autres modalités impliquant des infirmières itinérantes peuvent aussi être évoquées.

Enfin, l'organisation territoriale du dépistage conduit à repenser le pilotage et la coordination avec les partenaires institutionnels et les autres établissements de santé.

6 Annexes

6.1 Lettre d'information pour solliciter les structures à participer à Test to Treat



Simplification du parcours de soins hépatite C dans les populations vulnérables

Madame, Monsieur,

L'équipe mobile du Centre Hospitalier de Perpignan est heureuse de vous présenter le projet « TEST TO TREAT », validé par l'arrêté du 26 juin 2019 n°SSAS1918845 pour une durée de 2 ans, simplifiant le parcours de soins hépatite C dans les populations vulnérables.

Malgré des efforts considérables portés précédemment sur le dépistage de l'hépatite C, il reste près de 60 000 personnes à dépister.

Depuis 2013, nous agissons auprès d'une population cible telle que les usagers de drogues, les personnes détenues et sortant de prison, précaires et sans-abri, migrants et malades psychiatriques sur le GHT Aude Pyrénées soit une population de 600 000 habitants sur le département des Pyrénées Orientales et le bassin de santé Narbonnais.

Depuis 2014, le traitement a connu des avancées significatives grâce à des traitements uniquement oraux, bien tolérés et efficaces. Depuis 2017, le traitement est accessible à tous, quel que soit le stade de fibrose ou le génotype. Depuis mars 2018, le traitement est délivrable en pharmacie de ville et peut être prescrit par le médecin traitant depuis mai 2019.

Priorité 15 du plan national de santé présenté en mars 2018 par le Premier Ministre, il était évident pour l'Equipe Mobile Hépatites du CHP de chercher à améliorer l'accès aux dépistages et aux soins en innovant et en proposant une session de « Test to Treat » en temps réel et « tout-en-un ».

Conscients qu'il est difficile de maintenir un lien et d'assurer un suivi avec les populations vulnérables, nous avons voulu réduire le nombre de rendez-vous en proposant une session de « Test to Treat » permettant l'accès en 5 heures sur une même journée à :

- un bilan sanguin avec charge virale en temps réel
- une évaluation de la fibrose hépatique par fibroscan
- une évaluation sociale
- un bilan éducatif partagé
- des ateliers collectifs d'éducation thérapeutique
- un accès direct à un traitement antiviral après une consultation hépatologue (télémédecine)

L'équipe soignante de l'EMH assurera le suivi pendant et après le traitement suivant une procédure standardisée avec notamment une évaluation infirmière et sociale en fin de suivi. Les patients cirrhotiques bénéficieront, quant à eux, d'un suivi biologique, échographique et endoscopique.

L'inclusion dans l'expérimentation TEST TOT TREAT est simple :

- être âgé de plus de 18 ans
- avoir des droits sociaux de bases valides (ALD et CMUC non indispensables)
- avoir des anticorps VHC positifs par TROD ou sérologie avec charge virale inconnue ou déjà connue comme positive nécessitant confirmation ou patient déjà traité sans contrôle post-thérapeutique ou à comportement à risque récent

L'objectif : Eradiquer le virus de l'Hépatite C à l'horizon 2025 !

Pour cela, nous avons besoin de vous afin de proposer des actions « d'aller vers » pour toucher la population cible.

L'ensemble de l'équipe mobile hépatites est à votre disposition, pour tout complément d'information.

*Participer avec nous dans la course engagée contre le virus de l'hépatite C,
il peut être éradiqué, grâce à l'engagement de tous !*

L'Equipe Mobiles Hépatites

Référence : Simplification du parcours de soins hépatite C chez les personnes arrêté SSAS1918845A du 26 juin 2019 relative à l'expérimentation de simplification du parcours de soins hépatite C dans les populations vulnérables stratégie « Test and Treat ».

<https://www.legifrance.gouv.fr/lo/pdf/doi?id=JORFTEXT000038716049>

6.2 *Thématiques des modules d'éducation thérapeutique proposés au patient*

- Pour une fois, je prends soin de mon foie
- Mon traitement
- Habiletés sociales
- Vivre sans virus
- Réduction des risques
- Echange d'expérience sur le vécu de la maladie
- Manger équilibré sans trop cuisiner ni dépenser

6.3 *Facteurs de risque HAS pour le VHC*

- Personnes ayant eu avant 1992 :
 - Une transfusion. La transfusion n'étant pas toujours connue, il convient de dépister le VHC chez les sujets ayant pu être transfusés, du fait de l'importance des traitements médicaux ou chirurgicaux effectués :
 - Intervention chirurgicale lourde (cardiaque, vasculaire, cérébrale, digestive, pulmonaire, gynéco-obstétricale, rachidienne, prothèse de hanche ou de genou, etc.)
- Séjour en réanimation
- Accouchement difficile
- Hémorragie digestive
- Des soins à la naissance en néonatalogie ou en pédiatrie (grand prématuré, exsanguino-transfusion)
- Une greffe de tissu, cellules ou organe.
- Patients hémodialysés.
- Personnes ayant utilisé une drogue par voie intraveineuse ou per-nasale (partage du matériel de préparation et d'injection, partage de paille).
- Enfants nés de mère séropositive pour le VHC.
- Partenaires sexuels des personnes atteintes d'hépatite chronique C.
- Hommes ayant eu des rapports sexuels avec des hommes (HSH).
- Membres de l'entourage familial des personnes atteintes d'hépatite chronique C (partage d'objets pouvant être souillés par du sang tels qu'un rasoir ou une brosse à dents).
- Personnes incarcérées ou l'ayant été (partage d'objets coupants, pratiques addictives).
- Personnes ayant eu un tatouage ou un piercing, de la mésothérapie ou de l'acupuncture, réalisés en l'absence de matériel à usage unique ou personnel.
- Personnes originaires ou ayant séjourné plusieurs années ou ayant reçu des soins (médicaux ou dentaires) dans des pays à forte prévalence du VHC.
- Patients ayant un taux d'alanine-aminotransférase (ALAT) supérieur à la normale, sans cause connue.
- Patients séropositifs pour le VIH ou porteurs du VHB.
- Professionnels de santé en cas d'accident d'exposition au sang

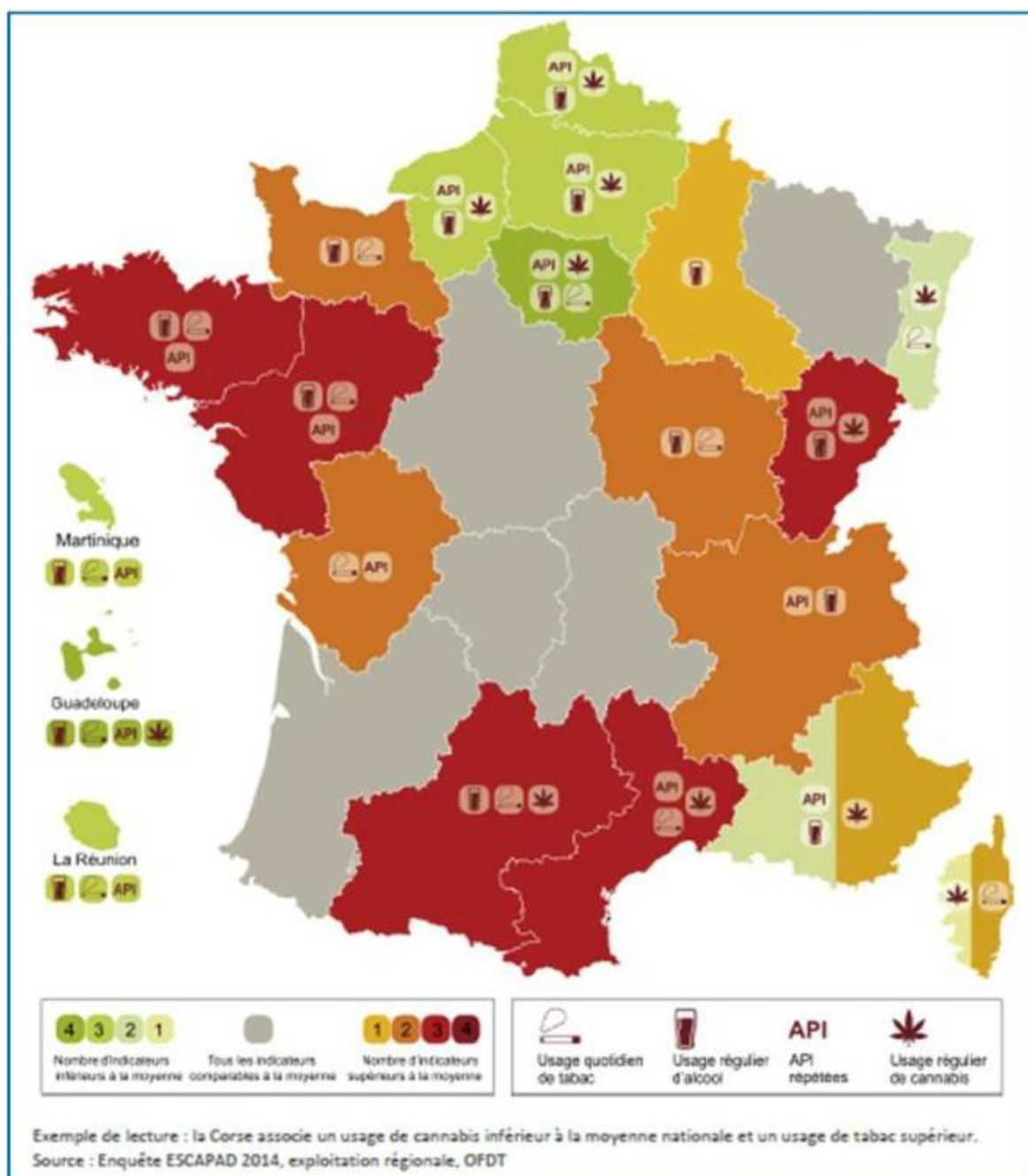
6.4 *Enjeux régionaux de santé et déterminants sociaux de santé caractéristiques à Perpignan – Contrat Local de Santé (2018)*

Le rapport « Contrat Local de Santé » de 2018 expose les déterminants sociaux de santé caractéristique à Perpignan. En cinq ans, le taux de chômage a augmenté à Perpignan comme dans le département, la région et la métropole, mais de façon plus marquée pour les jeunes perpignanais (+31%) que pour les 15-24 ans de la région ou de France métropolitaine (+23 %). Par ailleurs, près de 9 800 emplois sont qualifiés de « précaires » (autres qu'en CDI à temps plein), soit 33,5 % des emplois ; ils sont nettement plus fréquents à Perpignan que sur les territoires de comparaison où ils représentent 30 % des emplois en Occitanie et 28 % au niveau national. En 2015, plus de 26 100 personnes sont couvertes par le RSA, soit 27,5 % des Perpignanais âgés de moins de 65 ans, part qui est presque trois fois plus importante que celle observée au niveau national (9,5 %). Parmi les habitants allocataires de prestations sociales, plus de 10 600 ne déclarent aucun revenu, soit 38,4 % d'entre eux. Par ailleurs, on compte plus de 28 400 bénéficiaires de la CMUc en 2016, soit 23,5 % de la population. Qu'il s'agisse des personnes couvertes par le RSA, des allocataires dépendants à 100 % des prestations sociales ou des bénéficiaires de la CMUc, les parts de personnes concernées parmi les habitants de Perpignan sont nettement plus élevées que celles observées dans le département, la région et en France métropolitaine. En cinq ans, à Perpignan comme dans les territoires de comparaison, on observe une augmentation de la part des bénéficiaires du RSA. De plus, si la part des allocataires dépendant à 100 % des prestations sociales est en baisse dans la région comme au niveau national, elle est en augmentation parmi les Perpignanais.

Quatre indicateurs sont utilisés pour caractériser la situation sociale d'un individu :

- Les bénéficiaires de la CMUc : cet indicateur traduit à la fois l'importance relative des situations de précarité financière mais aussi l'importance des personnes en difficulté d'accès à la santé* : plus souvent atteintes par des affections de longue durée (ALD), en particulier par le diabète, ayant plus souvent un moins bon suivi médical du diabète, un moindre recours aux dépistages, des problèmes dentaires plus fréquents, un mal-être plus marqué...
- Les personnes de 15 ans et plus non scolarisées et sans diplôme : Le niveau de formation scolaire oriente vers une profession, un niveau de revenus et donc une catégorie sociale. Il contribue à la constitution de l'état de santé notamment par la formation des normes en santé et le développement d'une plus ou moins grande réception aux messages de prévention à tous les âges de la vie.
- Les familles monoparentales : Certaines de ces familles sont à « risque de fragilité ». Elles peuvent cumuler les vulnérabilités** : jeunesse du parent, faible niveau de formation et de qualification, faible revenu, mauvaises conditions de logement, forte exposition au chômage. Ces facteurs influent sur leurs problèmes de santé et sur leur accès à la santé.
- Les personnes âgées de plus de 75 ans qui vivent seules à domicile Ces situations à « risque d'isolement » sont particulièrement fréquentes en milieu urbain. Certaines personnes âgées cumulent les risques d'isolement social, d'isolement lié aux déplacements, de faible niveau de revenus, et de fragilité de santé.

Enjeux régionaux de prévention : tabac, alcool, cannabis. Evolution observée sur cinq ans – Déterminants sociaux de santé – Profil Santé



. En 2014, en Occitanie, à 17 ans, 14% des jeunes consomment régulièrement de l'alcool et 26% déclarent des alcoolisations ponctuelles importantes (API) répétées ; plus de 1 jeune sur 3 fume quotidiennement ; plus de 10% ont un usage régulier du cannabis – Diagnostic régional – Avril 2017

6.5 Fiche patient EMH remplie en session T3T

DÉPISTAGE PATIENT TROD/FIBROSCAN

CENTRE HOSPITALIER
PERPIGNAN

VOLET n°1 EMH

07-77-98-05-15 ou 06-69-34-15-80 IDE

04-68-61-68-14 SECRETARIAT

Date : SEXE : M F
 Nom : Structure :
 Prénom : Médecin traitant/Référent :
 Date de naissance :
 Signature du patient :

FACTEURS DE RISQUES:

- | | | |
|--|-----------------------------------|---------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> Usager de drogues par voie sanguine | <input type="checkbox"/> sévère | <input type="checkbox"/> actif |
| 2. <input type="checkbox"/> Usager de drogues par voie nasale | <input type="checkbox"/> sévère | <input type="checkbox"/> actif |
| 3. <input type="checkbox"/> Incarcération > 1an / antécédent d'incarcération | | |
| 4. <input type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> festif | <input type="checkbox"/> régulier | <input type="checkbox"/> sévère |
| 5. <input type="checkbox"/> Accident d'exposition au sang | | |
| 6. <input type="checkbox"/> Facteurs contextuels (IST / Partenaire infecté(e)) | | |
| 7. <input type="checkbox"/> CMU/ Précarité | | |
| 8. <input type="checkbox"/> Piercing, tatouage | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Origine géographique | | |
| 10. <input type="checkbox"/> Rapports sexuels non protégés > 3 mois | | |

VACCINATION HÉPATITE B : oui non ne sait pas Orientation pour vaccination

SEROLOGIE DEJA FAITE : oui date dernière : non

ACCORD DU PATIENT : TROD VHC TROD VHB TROD VIH FIBROSCAN
 Aucune contre-indication, grossesse Pacemaker, IMC > 30 DRIVE

INDICATION FIBROSCAN : Hépatite B Hépatite C NASH/NAFLD Alcool
 Anomalie Enzymes hépatiques Aucune indication

RÉSULTATS : TROD VHC : positif VHC connu guérison spontanée traitée négatif N° de lot :
 TROD VHB : positif VHB connu négatif N° de lot :
 TROD VIH : positif VIH non suivi négatif N° de lot :
 CAP =dB/m Grade de stéatose S1 S2 S3
 FIBROSCAN : Kpa



	F0- F1	F2	F3	F4
Si négatif(s):	<input type="checkbox"/> Conseil de prévention		<input type="checkbox"/> Orientation vers CEGIDD pour autres dépistages	
Si positif(s):	<input type="checkbox"/> Consultation médicale		Date : lieu	
	<input type="checkbox"/> Bilan pré-thérapeutique		Date : lieu	
	<input type="checkbox"/> Orientation A. Social		Date : lieu	
	<input type="checkbox"/> Test to Treat		Date : lieu	

DRIVE : OUI Date : Résultat UI/ml
 NON non détecté

RÉALISÉ PAR : HB JH BR AH SF
 Signature :

ENR_351 - DEPISTAGE PATIENT TROD/FIBROSCAN

6.6 Réunion de concertation pluridisciplinaire VHC

N

Réunion de Concertation Pluridisciplinaire VHC CENTRE HOSPITALIER
PERPIGNAN

Patient

Nom : [REDACTED] Prénom : [REDACTED] Date RCP le : 24/11/2020 Sexe : F
Date de naissance : [REDACTED] Par Dr/Pr : REMY Etablissement : CH PERPIGNAN Ville : PERPIGNAN Tel :
Fax : [REDACTED]

Maladie hépatique/virale VHC Evaluer la sévérité de la maladie hépatique

ARN-VHC : 5 840 000 UI/mL ou 6,84 log le 24/11/20 **Génotype** : Choisir **Cirrhose** : Non

Hépatite aiguë : Choisissez un élément. Ré-infection VHC : Choisissez un élément.

Test Fibrose : Fibroscan (Kpa) : 6,2 le 24/11/2020 Fibrottest (0 à 1) : [REDACTED] le : [REDACTED]
Test antérieurs : Fibroscan (Kpa) : [REDACTED] le : [REDACTED] Fibrottest (0 à 1) : [REDACTED] le : [REDACTED]

Score de Fibrose Choisissez un élément.

PBH : A [REDACTED] F [REDACTED] le [REDACTED] Varices oeso : Choisissez un élément., grade : [REDACTED] Fibro. OG : Choisissez un élément.
Ascite : Choisissez un élément. CHC : Choisissez un élément.

Greffe hépatique : Non Commentaires :

Co-Morbidités (détailier en zone commentaire)

Taille (cm) : 160 Poids (kg) : 70 BMI (kg/m²) : [REDACTED]
Karnofsky : [REDACTED] Diabète : Choisissez un élément. Alcool (verres/sem.) : 82
Toxicomanie active : Non Substitution : Oui Rein : Choisir

Co-infection VIH : Non Co-infection VHB : Non Co-infection VHD : Non

Commentaires : Vaccin vhb ok 151ur ac anti hbs

Traitement au long cours (Noms séparés par des , ou espaces)

Médicament(s) en cours : METHADONE 70 MGR
Indication(s) :
Interactions médic. Potentielles (Hepdrugs, ANSM) :
Surveillance particulière :

Statut thérapeutique de la maladie

Nb de traitement(s) antérieurs : 0 (naïf = 0) Dernier TRT : Choisir
Réponse : Choisir Commentaires :

Traitement souhaité (voir les recommandations sur le traitement, le bilan initial, la surveillance sur <http://www.dcf.asso.fr> (onglet « Hépatite C »)

Antiviraux à action directe : Sofosbuvir + Velpatasvir Autre TRT : [REDACTED] Durée : 12 semaines
Début de traitement prévu le : 25/11/2020 Commentaires : EDUCATION THERAPEUTIQUE

Décision RCP

Traitement : Sofosbuvir + Velpatasvir Surveillance particulière : Cliquez ici pour taper du texte. Autres :
Date de l'avis RCP : 24/11/2020 Participants : REMY, AJ-BOUCHKIRA, H-HAPPIETTE, A-
Prescription directe : Choisir

Téléconsultation : Oui Heure début : 16H Heure fin : 16H30 Prescription médicale : Oui Incident technique :

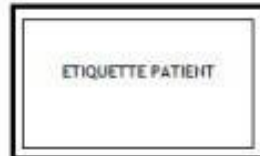
Signature et Tampon de la RCP : [REDACTED]

6.7 *Liste des lieux d'intervention des structures participantes à l'expérimentation Test to Treat*

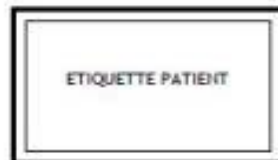
ABRI DE NUIT Croix rouge
Aude Urgence Accueil Limoux
BOUTIQUE SOLIDARITE
CAARUD 11
CAARUD ASCODE
CABINET + PHARM BOURDIN
CABINET DU DR SRIJ
CCAS DE PRADES
CCAS Port la nouvelle
CCH - EMH
CHRS HENRI DUNANT Croix rouge
CMP Osèja
CMP WILSON
COAS
CROIX ROUGE CHP
CSAPA 66
RESTOS DU COEUR DURBAN CORBIERES
ELSA Narbonne Dr PICON
Etape solidarité Céret
FORUM PRADES
CCAS Narbonne/Gymnase
Mairie de Bourg Madame
Maison d'Adriana Croix Rouge
MAISON DE L'AMITIE 11
CHRS MAS ST JACQUES
Mairie Médiathèque Saillagouse
MESSIDOR
MLJ
MSPP ANGLES
MSPP BOLQUERE
MSPP FONT ROMEU
PLACE CASSAGNE
PLACE DU PUIG 66
RESTO DU CŒUR LEZIGNAN
3 RESTOS DU CŒUR 66
RESTOS DU CŒUR CARCASSONNE
SECOURS POPULAIRE
Solidarité Fenouillède
Mairie PORT VENDRES
TABLE OUVERTE NARBONNE

Source : données EMH reçu le 02/12/2021

6.8 Information concernant la réalisation du Fibroscan® par un infirmier



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LA RÉALISATION D'UN FIBROSCAN® PAR UN INFIRMIER



Je soussigné (e) M. Mme _____

Né (e) le _____

- Atteste avoir été informé(e) du déroulement de l'examen FibroScan®.
- Accepte que l'examen FibroScan soit réalisé ce jour par un infirmier dans le cadre d'un protocole de coopération entre professionnels de santé.
- Refuse que l'examen FibroScan soit réalisé ce jour par un infirmier dans le cadre d'un protocole de coopération entre professionnels de santé.

En cas de refus, vous serez orienté vers un hépatologue

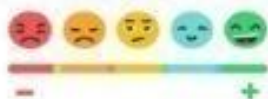
Date :

Signature :

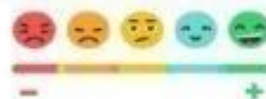
EVALUEZ VOTRE PRISE EN CHARGE

• ETES-VOUS SATISFAIT DE :

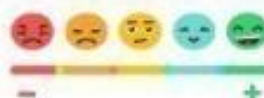
1 - L'accueil par l'infirmier ?



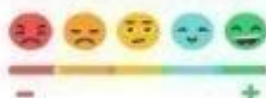
3 - De l'information donnée avant votre examen ?



2 - Du déroulement de l'examen ?



4 - Du Respect de l'intimité ?



EQUIPE MOBILE HEPATITES

Médecin délégué : Dr André-Jean REMY

IDE délégués : Hakim BOUCHKIRA : 06 69 34 15 80 - Jérémy HERVET : 07 77 98 05 15

6.9 Formulaire de consentement pour la réalisation du Fibroscan®

Parcours patient et dérogations supportant la mise en place du dispositif T3T

