

HÉPATITE C

RENOUVELLEMENT des STRATÉGIES en CAARUD et CSAPA

Manuel méthodologique
de **RÉDUCTION DES RISQUES**,
de **SOUTIEN AU DÉPISTAGE**
et d'**ACCOMPAGNEMENT**
VERS LE SOIN



L'équipe de travail

PORTEUR DU PROJET

Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale (GRVS)

Conception des outils de recueil des données, animation des groupes d'expertise et réalisation des entretiens, classement et analyse des données, rédaction du guide

> EMMANUELLE HOAREAU

Conception de l'étude et des outils de recueil des données, coordination, analyse des données, rédaction du guide

> CATHERINE REYNAUD-MAURUPT

Retranscription des données qualitatives

> RÉGINE PERELLI

PARTENAIRES

> RESPADD

> Fédération Addiction

COMITÉ DE PILOTAGE

Xavier Aknine (CSAPA Émergence Paris et MG Addictions), Pierre-Yves Bello (DGS, Ministère des solidarités et de la santé), Nicolas Bonnet (RESPADD), Laurene Collard (Fédération Addiction), Hélène Delaquaize (SOS Hépatites), Jean-Michel Delile (CEID et Fédération Addiction), Jean-Luc Ferry (AIDES), Emmanuelle Hoareau (GRVS), Nathalie Joannard (DGS, Ministère des solidarités et de la santé), Nathalie Latour (Fédération Addiction), Brigitte Reiller (CEID et Fédération Addiction), Christine Perich (SOS Solidarités Pôle Addictions), Catherine Reynaud-Maurupt (GRVS), Jean-Michel Tassié (DGS, Ministère des solidarités et de la santé).

EXPERTS MOBILISÉS

- > AIDES Jean-Luc Ferry, Fred Bladou
 - > ALIA 49 Jean-Baptiste Blanchard, Damien Mouillon, Grégoire Poupin
 - > AP-HP Henri Mondor Paris Stéphanie Dominguez
 - > AXESS Montpellier David Gauté
 - > BIZIA Bayonne Cyril Olaizola
 - > Casanova SOS Solidarités Marseille Sabrina Marchesson, Christine Perich
 - > CEID Bordeaux Jean-Michel Delile, Sylvie Condon, Brigitte Reiller
 - > CEID Bearn Françoise Etchebar
 - > Charonne Paris Olga Smirnova
 - > CHU de Bordeaux Victor de Lédinghen
 - > CHU de Clermont-Ferrand Armand Abergel
 - > CHU de Lille Valérie Canva
 - > CH de Perpignan André-Jean Remy
 - > EGO Aurore Paris Luis Sepulveda
 - > Émergence SOS Solidarités Nice Amandine Chaponnay, Caroline Pruvost
 - > Gaïa Paris Johann Volant, Ann Votran
 - > Intermède Clémence Isaure Fanny Richard, Natacha Penalva
 - > Ithaque Strasbourg Fiorant Di Nino, Sophie Humbert, Yann Denize
 - > La Case Bordeaux Véronique Latour, Olivier Capdebosq
 - > RESPADD Nicolas Bonnet
 - > SELHVA Strasbourg Michel Doffoel, Frédéric Chaffraix
 - > UCSA Villeneuve-les-Maguelone Fadi Meroueh
 - > Villa Floréal Aix-en-Provence Muriel Grégoire
 - > Anthropologue et alcoologue indépendant Mathieu Fieulaine
-

RELECTEURS

- > Xavier Aknine – Emergence Paris et MG Addictions
 - > Maria Baraud – RESPADD
 - > Nicolas Bonnet – RESPADD
 - > Laurene Collard – Fédération Addiction
 - > Valérie Canva – CHU Lille
 - > Ezra Daniel – DGS, Ministère des solidarités et de la santé
 - > Jean-Michel Delile – CEID et Fédération Addiction
 - > Jean-Luc Ferry – AIDES
 - > Étienne Normand – Intermède Clémence Isaure
 - > Jean-Michel Tassié – DGS, Ministère des solidarités et de la santé
-

GRAPHISME Bernard Artal Graphisme

FINANCEMENT

Financier principal : Direction Générale de la Santé, Ministère des solidarités et de la santé

Contributions financières : RESPADD, Fédération Addiction

EMMANUELLE HOAREAU et CATHERINE REYNAUD-MAURUPT
Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale
en partenariat avec le RESPADD et la Fédération Addiction

HÉPATITE C : RENOUVELLEMENT des STRATÉGIES en CAARUD et CSAPA

Manuel méthodologique
de **RÉDUCTION DES RISQUES**,
de **SOUTIEN AU DÉPISTAGE**
et d'**ACCOMPAGNEMENT**
VERS LE SOIN

MAI 2018

Préface

 Anne Borgne,
Présidente du Respadd

La lutte contre l'hépatite C est devenue un axe majeur de la Stratégie nationale de santé 2018-2022 du Gouvernement dont une des mesures phares est d'« 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 en France à l'horizon 2025 ». Cette mesure repose sur trois actions principales :

- renforcer l'accessibilité aux traitements par l'ouverture à de nouveaux prescripteurs en favorisant les réseaux ville-hôpital ;
- renforcer le dépistage de proximité par test rapide d'orientation diagnostique (TROD) dans une approche combinée du VIH, VHC, VHB ;
- renforcer la prévention des actions innovantes « d'aller-vers » pour toucher les publics prioritaires et éloignés du système de santé.

De fait, la publication de ce guide est très attendue de la part des professionnels exerçant en CAARUD ou en CSAPA comme support d'actions et boîte à outils pour atteindre les objectifs affichés. Je tiens à saluer ici l'engagement et le travail de mobilisation de Catherine Reynaud-Maurupt, épaulée dans son travail par Emmanuelle Hoareau, qui a brillamment et avec rigueur accompagné la création de ce guide, de sa première ébauche jusqu'à son aboutissement.

L'éradication de l'hépatite C, aujourd'hui objectif atteignable grâce aux avancées thérapeutiques, pose une autre question : comment donner un sens à la guérison quand le corps a été habitué à être malade chronique ? Ainsi, la question centrale liée aux traitements anti-VHC renvoie au problème philosophique de savoir ce que l'on doit entendre par le concept de guérison : peut-on se contenter d'une définition qui la comprend comme un retour à l'état antérieur de santé ? Ou bien comme un réel rétablissement ? Quelles significations attribuer à ces concepts dans un domaine où la pathologie est marquée du sceau de la chronicité et empreinte de représentations stigmatisantes ?

La notion de guérison concerne le devenir de la maladie, alors que le rétablissement concerne le devenir de la personne. Ce sont deux choses indépendantes. Le rétablissement ne suppose pas nécessairement de rémission clinique : dans certains cas, la maladie évolue bien mais si la personne reste isolée et désœuvrée, sa qualité de vie est médiocre. À l'inverse, parfois, la maladie évolue moins bien, il reste des troubles, mais si l'environnement offre une vie sociale et des activités, la qualité de vie de la personne et son devenir sont satisfaisants. Cette conception s'oppose au préjugé médical selon lequel seul l'état de santé conditionne la vie d'une personne. On a tendance à penser qu'une fois la maladie guérie, le reste devrait s'améliorer tout seul. Mais, en cas de pathologie chronique et/ou désocialisante, il ne suffit pas de stabiliser l'état de santé. Il importe d'aider la personne à reconstruire sa vie sociale.

Au-delà du dépistage, au-delà du soin, ces questions et les réponses qu'on leur apportera seront déterminantes dans la vie de nos patients et pour comprendre pourquoi dans certains cas le traitement médicamenteux peut amorcer une sortie définitive de la maladie et pourquoi dans d'autres cas, cela n'est pas suffisant. ■

Préface

 **Jean-Pierre Couteron,**
Président de la Fédération Addiction

Le manuel que vous allez découvrir s'adresse préférentiellement aux personnels des Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) et des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), structures médico-sociales engagées dans l'accompagnement des personnes concernées par les usages de substances psychoactives.

Il a pour objet de soutenir le renouvellement de leurs stratégies pour participer à l'ambition – présentée par la Ministre de la santé et des solidarités, Agnès Buzyn – d'une « élimination de l'hépatite C en 2025 ».

En 2016, avec l'arrivée de nouveaux agents aptes à prévenir et traiter les complications hépatiques de l'infection et leurs manifestations, la Ministre de la santé avait décidé d'en permettre l'accès à l'ensemble des personnes infectées, notamment les personnes en situation de vulnérabilité particulièrement exposées au risque d'infection virale C. Mais entre ces déclarations et leur mise en œuvre, il y a la nécessaire implication des personnels concernés.

Regroupant près de 80 % des CSAPA et des CAARUD, la Fédération Addiction s'est attachée à la favoriser : dès 2006, lors de son congrès annuel à Pau, la démonstration de l'utilisation d'un Fibroscan® adaptée à ces établissements avait officialisé un travail de plusieurs années qui s'est maintenu et développé. Notamment, la participation au groupe de suivi des recommandations « hépatites » de la DGS avait permis une mobilisation plus globale. De même, le déploiement des capacités directes de diagnostic (buvards, projets de TROD moléculaires), dans un partenariat avec les spécialistes de la santé communautaire de Aides a concerné plus personnellement des acteurs de nombreuses équipes. Aujourd'hui, nous défendons et aiderons sur le terrain l'élargissement de la prescription aux médecins exerçant en CSAPA/CAARUD et à ceux des réseaux de santé.

En effet, pour atteindre l'objectif d'élimination, tous les acteurs devront être associés et mobilisés. Or pour les personnels de ces dispositifs dédiés aux addictions, cette ambition légitime reste complexe. Ils ont d'une part régulièrement à adapter leurs pratiques pour répondre à l'évolution des usages et à la diversification des expériences addictives : nouvelles drogues, nouveaux modes de consommation et nouveaux risques ; et ce, dans un contexte socio-économique de plus en plus précarisé. Pour cela, ils se tournent vers les acteurs de l'auto-support et de la santé communautaire.

D'autre part, la prise en charge des pathologies induites par les usages et leurs abus est à la fois une évidence et une difficulté. Car ces pathologies concernent le foie, les poumons, le cœur ou le sang, et les nouvelles pratiques nécessitent d'autres savoirs et d'autres compétences. Ils ont alors besoin de s'appuyer sur les acteurs des sociétés savantes et des services qui travaillent sur ces différentes pathologies.

C'est toute l'ambition de ce manuel, dont la DGS a confié la réalisation au GRVS en partenariat avec le RESPADD et la Fédération Addiction : être un des outils de diffusion des savoirs et des bonnes pratiques concernant l'hépatite C. À vous de le lire avec le même enthousiasme qui a présidé à sa fabrication.

Nous continuerons ensuite ensemble à en déployer les bonnes pratiques dans le cadre de nos actions communes. ■

Préface

 **Jérôme Salomon,**
Directeur général de la santé

La très forte vulnérabilité des usagers de drogues au VHC est reconnue et partagée par tous les acteurs. Toutefois, le dépistage, la prise en charge du VHC et des comorbidités, dont le VIH et le VHB, est loin d'être systématique lors de l'accès aux soins en addictologie.

C'est pourquoi la Direction Générale de la Santé a souhaité et soutenu la réalisation de ce manuel, dont les recommandations se sont appuyées sur un recueil des expériences de terrain, dans une démarche consultative.

L'accès aux soins pour les usagers de drogues est encore trop souvent limité par des facteurs de vulnérabilité sociale ou économique. Favoriser cet accès constitue une des missions centrales des CSAPA et des CAARUD, dont le public représente une population particulièrement vulnérable et particulièrement exposée aux risques infectieux.

Les projets locaux ont montré la variété et l'acceptabilité de ces interventions, mais surtout leur faisabilité et leur efficacité en CSAPA et CAARUD. Je tiens à souligner l'implication et la mobilisation des acteurs de terrain qui ont porté ces interventions innovantes dans une approche pluridisciplinaire des besoins des usagers de drogues.

Aujourd'hui, comment poursuivre l'effort de renforcement du dépistage et de la prise en charge du VHC et des co-morbidités lors de contacts en addictologie ? Ce manuel propose des solutions organisationnelles, notamment en décrivant les dispositifs et supports existants et insuffisamment déployés. Son mérite est de montrer à la fois l'importance des besoins en la matière et les possibilités qui existent pour améliorer la prise en charge des usagers de drogues.

Je tiens à souligner aussi que la parution de ce manuel survient à une époque charnière dans le renforcement de la lutte contre l'hépatite C, dans l'évolution de sa prise en charge et la disponibilité des antiviraux à action directe. L'élimination de l'hépatite C à l'horizon 2025 est inscrite dans les priorités nationales de prévention qui ont été annoncées lors du Comité interministériel à la santé du 26 mars 2018. Bien évidemment, au cœur de cette priorité se trouve le renforcement du dépistage et de la prise en charge dans des parcours de proximité auxquels contribuera l'ouverture prochaine du droit de prescription des antiviraux à de plus nombreux prescripteurs.

La mise en œuvre de cette stratégie exige le développement de coopérations entre professionnels autour des parcours des usagers. Ces coopérations, notamment entre addictologues et hépatologues, sont essentielles pour organiser des soins de qualité au plus près des personnes.

Ce manuel constitue donc un pas important vers le renforcement de la lutte contre l'hépatite C. Je remercie le Groupe de Recherche sur la Vulnérabilité Sociale (GRVS) qui a porté, avec le RESPADD et la Fédération Addiction, ce projet dans une approche pluridisciplinaire qui reflète la richesse d'une vision décloisonnée de la santé. ■

Sommaire

INTRODUCTION	11
> Pourquoi proposer ce guide ?	13
> Un guide en trois parties	15
> La méthode de travail : une démarche de concertation avec un groupe d'experts	15

PARTIE I

SENSIBILISER AU DÉPISTAGE DANS ET HORS LES MURS 17

1. DÉPISTER	17
> La palette des techniques de dépistage : des outils complémentaires	18
> Inscrire la sensibilisation au dépistage dans une information globale intégrant les traitements et le parcours de soin	20
> Soutenir la transformation de la découverte d'une sérologie positive en engagement dans la démarche de soin	25
2. MAINTENIR UNE MOBILISATION CONSTANTE DE L'ÉQUIPE AUTOUR DU DÉPISTAGE DES HÉPATITES VIRALES	27
3. METTRE LE DÉPISTAGE AU CŒUR DE L'ACTIVITÉ DES UNITÉS MOBILES	29
4. LES SPÉCIFICITÉS DE LA SENSIBILISATION AU DÉPISTAGE AUPRÈS DE POPULATIONS PARTICULIÈRES D'USAGERS DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES	33
> La sensibilisation au dépistage auprès des personnes migrantes usant de substances psychoactives	34
> La sensibilisation au dépistage auprès des HSH usant de substances psychoactives	37
> La sensibilisation au dépistage auprès des personnes détenues (ou sortant de prison) usant de substances psychoactives	40

PARTIE II

ORGANISER LE SOIN DANS UNE APPROCHE GLOBALE 43

1. LE TRAITEMENT DE L'HÉPATITE C EN 2018	44
2. ACCOMPAGNER LA PERSONNE AVANT ET PENDANT LE TRAITEMENT	46
> La vigilance sur l'ouverture de droits à l'assurance-maladie	47
> L'accompagnement physique dans les services d'analyse et de consultation médicale	49
> Le soutien à l'observance du traitement	49
3. L'UNITÉ DE LIEU COMME CONDITION IDÉALE DE RÉUSSITE POUR L'ACCOMPAGNEMENT DU DÉPISTAGE À LA GUÉRISON	51
> Le dépistage	52

> La confirmation de l'hépatite chronique par PCR, FibroScan® et autres examens pré-thérapeutiques	53
> La consultation avancée d'hépatologie	55
> La délivrance et l'administration du traitement	55
4. LE PARTENARIAT RENFORCÉ COMME ALTERNATIVE À L'UNITÉ DE LIEU : TACTIQUES DE MISE EN ŒUVRE ET SOLlicitATION DES SERVICES-EXPERTS	58
> Tactiques partenariales pour assurer la continuité des soins en dehors d'une unité de lieu	58
> Nouer un partenariat avec un « service-expert »	61
5. IMPULSER UN PARTENARIAT AVEC UN MÉDECIN HÉPATOLOGUE	63
6. MAINTENIR UNE « CULTURE DU SUIVI » APRÈS LA GUÉRISON	66
<hr/>	
PARTIE III	
PRÉVENTION DES CONTAMINATIONS	67
<hr/>	
1. INSCRIRE LA MISE À DISPOSITION DE MATÉRIEL D'INJECTION ET D'INHALATION DANS UN DIALOGUE SUR LA PRISE DE RISQUES	68
2. METTRE EN ŒUVRE LES STRATÉGIES DE RÉDUCTION DES RISQUES EN CSAPA	69
3. « CHANGE LE PROGRAMME » ET « AERLI » COMME APPROCHES INNOVANTES ET EFFICACES DE RÉDUCTION DES RISQUES LIÉS À L'INJECTION	72
> « Change le Programme »	72
> AERLI ou Accompagnement et Éducation aux Risques Liés à l'Injection	74
4. VHC ET USAGES D'ALCOOL : QUAND LES NOUVEAUX TRAITEMENTS FAVORISENT LA MISE EN ŒUVRE D'UNE APPROCHE DE RÉDUCTION DES RISQUES	75
5. L'ATTENTION INDISPENSABLE À LA PRÉVENTION DES RECONTAMINATIONS	80
<hr/>	
LES POINTS-CLÉS DE LA SENSIBILISATION AU DÉPISTAGE DES HÉPATITES VIRALES ET DU SOUTIEN À L'ACCÈS AUX SOINS POUR LE PUBLIC CSAPA/CAARUD	82
<hr/>	
POUR ALLER PLUS LOIN, QUELQUES RÉFÉRENCES	84
> Manuels de réduction des risques	84
> Articles	84
> Livres et rapports	87
> Liens internet	87
<hr/>	
SUPPLÉMENT	
EXPÉRIMENTER DES MODÈLES PARTENARIAUX EFFICACES ENTRE LES SERVICES-EXPERTS ET LE DISPOSITIF SPÉCIALISÉ EN ADDICTOLOGIE	88
> L'exemple du Parcours Santé Ile-de-france	88
> Cinq projets soutenus par la Fédération nationale des pôles de référence et réseaux hépatites (FPRH)	89

Introduction

Les professionnels exerçant en CSAPA et CAARUD le savent bien : la prévalence de l'hépatite C (VHC) reste très élevée chez les usagers de drogues par voie injectable. En France, ce public est le plus touché par l'épidémie, le plus vulnérable aux risques de contamination et le plus susceptible de transmettre le virus (Pioche & al., 2016).

À partir du milieu des années 1980, le déploiement progressif des stratégies de réduction des risques infectieux, avec l'accès facilité aux seringues stériles (1986) puis la délivrance médicalisée des traitements de substitution aux opiacés (1996), a permis de réduire fortement l'épidémie de VIH/sida. En revanche, leur impact sur la transmission du virus de l'hépatite C (VHC) a été plus limité.

Les raisons sont bien identifiées. En premier lieu, le virus de l'hépatite C est plus résistant – et donc plus transmissible – que le VIH. D'autre part, malgré l'accès au matériel stérile et la diffusion de l'information sur les risques de transmission, certaines pratiques à risques ont persisté plus que d'autres. L'attention des usagers aux risques liés au partage des seringues ne s'est pas étendue autant que nécessaire au reste du matériel de consommation – eau, coton, cuillère, matériel d'inhalation –, pourtant source majeure de l'infection par les hépatites virales. Enfin, la prévalence élevée de l'hépatite C parmi les usagers injecteurs favorise une forte dynamique de l'épidémie lorsqu'il y a un partage du matériel.

Le public des usagers de substances psychoactives illicites présente un taux de mortalité associé au virus très élevé. La gravité de l'hépatite C chronique réside dans le risque de développement d'une fibrose du foie susceptible d'évoluer en cirrhose avec ses complications : carcinome hépato-cellulaire, rupture de varices œsophagiennes, ascite, encéphalopathie hépatique... La consommation d'alcool, de tabac et de substances psychoactives illicites ainsi que la co-infection par le VIH constituent des facteurs d'aggravation de la fibrose hépatique.



LES NIVEAUX DE PRÉVALENCE DU VHC

Rapport Dhumeaux 2016

- > En 2011, en population générale, il était estimé que 192 700 personnes avaient une infection chronique par le VHC – soit 0,42% de la population.
- > En 2016, 150 000 à 160 000 de ces personnes devaient encore être traitées.
- > En 2014, environ 75 000 d'entre elles n'avaient pas encore été dépistées (ignorant donc leur séropositivité).

La population usagère de substances psychoactives suivie en CSAPA et CAARUD présente une prévalence de contamination par le VHC près de 100 fois supérieure à celle de la population générale. En 2011, l'étude Coquelicot estimait que 65 % des personnes ayant injecté au moins une fois dans leur vie seraient infectées par le VHC. Chez les personnes usagères de drogues n'ayant jamais injecté, 4,9 % seraient également contaminées par le VHC.

Ce manuel méthodologique est destiné à renforcer l'accès au dépistage et au soin des hépatites virales. Il s'adresse à tous les professionnels socio-éducatifs, paramédicaux et médicaux du dispositif spécialisé en addictologie, particulièrement ceux exerçant dans les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD), les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), les services hospitaliers spécialisés en addictologie et les Équipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA).

Cependant, cet outil peut également être utile à tous ceux qui exercent leur action médicale, sociale ou éducative auprès des usagers de substances psychoactives : les médecins généralistes (qui assurent près de 82 % des prescriptions de Subutex® et 50 % des prescriptions de méthadone en 2015 – Brisacier, 2017), les pharmaciens, ainsi que les acteurs de la santé communautaire ou de la prévention en milieu festif.



TENDANCES RÉCENTES DANS LA POPULATION FRÉQUENTANT LES CAARUD : UNE AUGMENTATION DES PRISES DE RISQUES INFECTIEUX ET UN REPLI DU DÉPISTAGE ?

Source : Lermenier-Jeannet A, Cadet-Taïrou A, Gautier S, 2017

> L'enquête ENa-CAARUD conduite en 2015 a rassemblé 3 129 questionnaires recueillis auprès des usagers de drogues fréquentant 143 CAARUD en France (86 % des CAARUD existant sur le territoire national).

> Comparativement aux six études précédentes menées régulièrement depuis 2006, la dernière édition d'ENa-CAARUD révèle une « hausse du partage de la seringue » et « un dépistage en repli » du VIH et du VHC.

En 2015, 14 % des injecteurs déclarent avoir partagé leur seringue au moins une fois au cours du dernier mois avant l'enquête alors qu'ils étaient 9 % en 2008.

Parmi les 36 % d'usagers ayant pratiqué l'inhalation à chaud avec un doseur ou une pipe à crack au cours des 30 derniers jours, la moitié rapporte avoir partagé son matériel (comme en 2012).

Les taux d'usagers n'ayant jamais pratiqué de dépistage, qu'il s'agisse du VIH ou du VHC, ne décroissent plus en 2015 : cette proportion se stabilise à 10 % pour le VIH et concernant le VHC, elle s'est élevée de 3 points depuis 2012, pour atteindre 17 %. Chez les seuls injecteurs au cours de la vie, on observe également une augmentation significative de la part des usagers affirmant n'avoir jamais été dépistés pour l'hépatite C (de 8 % en 2012 à 11 % en 2015). Toutes les classes d'âge semblent touchées, mais l'écart le plus important concerne les plus de 34 ans (+ 4 points). La part des tests négatifs datant de moins de 6 mois (témoignant de la régularité de la pratique des dépistages) stagne également sur la période 2012-2015, à 47 % pour le VIH et 46 % pour le VHC.

› Pourquoi proposer ce guide ?



GRUPE
D'EXPERTISE
« METTRE LE DÉPISTAGE AU CŒUR DE L'ACTIVITÉ DES UNITÉS MOBILES »

Depuis le début de l'épidémie d'hépatite C, on a connu trois phases : la phase des traitements accessibles à tous mais difficiles à supporter, puis des traitements faciles à supporter mais qui n'étaient pas accessibles à tous, alors que maintenant, depuis janvier 2017, tout le monde peut être traité : il n'y a plus aucune raison de ne pas traiter quelqu'un.



Le projet d'élaboration de ce manuel s'inscrit dans le contexte de plusieurs évolutions positives récentes en ce qui concerne le dépistage et le traitement de l'hépatite C.

- **L'arrivée de nouveaux outils de dépistage (Tests rapides d'orientation diagnostique ou TROD, buvards).** Le dépistage par prélèvement veineux peut faire obstacle à l'engagement dans une démarche de soin, du fait de son caractère invasif et douloureux ou des délais importants pour obtenir le résultat. À l'inverse, les nouvelles techniques dynamisent l'entrée dans le soin : leur utilisation peut être immédiate (dès l'expression d'une demande de dépistage) et dans un premier temps, elles permettent d'éviter le prélèvement sanguin aux personnes dont le capital veineux est abîmé et/ou difficile d'accès.
- **La mise à disposition de nouveaux traitements.** Les traitements proposés actuellement pour soigner l'hépatite C ont largement gagné en efficacité, atteignant un taux de guérison de plus de 95 %. Ils sont aussi caractérisés par la disparition des lourds effets secondaires psychiques (dépression, décompensation psychiatrique, envies suicidaires, ...) qui nuisaient à la réputation et à l'observance des traitements précédents. La bonne observance de la posologie est également facilitée par un nombre de cachets réduit et une durée de traitement raccourcie. Ces nouvelles conditions d'administration rendent moins indispensable l'accès à un logement ou à un hébergement pour bénéficier du traitement. De même, l'expertise psychiatrique avant la mise sous traitement, auparavant obligatoire pour les usagers de produits psychoactifs, peut désormais être évitée s'il n'existe pas de comorbidités psychiatriques susceptibles de gêner une bonne observance. L'amélioration des conditions thérapeutiques peut ainsi être mise à profit pour encourager les demandes de dépistage.
- **L'accès universel au traitement.** Comme le précise l'instruction n° DGOS/PF2/DGS/SP2/DSS/1C/2017/246 du 3 août 2017 relative à l'élargissement de la prise en charge par l'assurance-maladie du traitement de l'hépatite C par les nouveaux agents antiviraux d'action directe (AAD) http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/08/cir_42484.pdf, il n'existe plus de critères de sélection pour accéder au traitement de l'hépatite C. Toutes les personnes atteintes d'une hépatite chronique avec ARN+ peuvent ainsi prétendre à être traitées quel que soit le stade d'avancement de la fibrose hépatique.

Ce nouveau contexte thérapeutique et de dépistage élargit les possibilités d'accompagnement vers le traitement et la guérison des usagers de produits psychoactifs. **Il rend désormais injustifiée toute réticence à faire de l'accompagnement au soin du VHC un axe central des pratiques professionnelles dans les structures spécialisées en addictologie.** Dans la mesure où cette population présente les prévalences d'hépatites virales les plus élevées par rapport à d'autres groupes humains, la **responsabilité éthique** des professionnels de la réduction des risques et de l'addictologie est engagée en termes de **santé publique** et d'**égalité dans l'accès aux soins**. De surcroît, cette implication crée des conditions favorables pour proposer un dépistage groupé des trois virus (VIH, VHC, VHB), engager l'orientation et l'accompagnement des personnes infectées et promouvoir le vaccin de l'hépatite B.

Cependant, l'accès universel au traitement ne supprime pas les difficultés que les professionnels peuvent rencontrer dans l'accompagnement vers le soin des personnes ayant un usage problématique de substances psychoactives. La culpabilité et la honte qu'elles ressentent souvent à l'égard de leur pratique, la stigmatisation ou les attitudes discriminatoires de la part de professionnels de la santé, de la prévention ou du travail social, qu'elles ont pu connaître dans le passé, font qu'il est parfois particulièrement délicat de les soutenir pour s'inscrire dans une démarche de soin.

Le positionnement professionnel est ainsi à géométrie variable et tout l'art de l'accompagnant est de savoir s'adapter aux attentes, à la personnalité et à la situation de la personne, à ce qu'elle vit à ce moment-là de son histoire et au type de relation qu'elle entretient avec l'équipe du CSAPA ou du CAARUD.

Le travail à mener pour la promotion du soin de l'hépatite C exige ainsi une grande subtilité. Si l'accès aux traitements et la sensibilisation au dépistage doivent être une **priorité**, il est essentiel pour le professionnel de ne pas être porteur d'une injonction à se soigner qui pourrait induire une rupture de la relation de confiance et un refus ou une interruption de la démarche de soin. Amener ces personnes à s'inscrire durablement dans cette démarche requiert donc de construire le lien, de les rassurer et de les valoriser dans leur capacité à prendre soin d'elles-mêmes et à jouer un rôle positif dans la diminution de l'ampleur de l'épidémie.

Dans cette perspective, ce guide a pour objectif de fournir des **clés de compréhension**, des **points de vigilance** et des **astuces** visant à soutenir les professionnels dans l'adaptation de leurs pratiques et de leur savoir-faire au nouveau contexte thérapeutique de l'hépatite C.

› Un guide en trois parties

Des informations et analyses sélectionnées pour leur caractère opérationnel sont présentées en trois parties successives qui traitent respectivement de la sensibilisation au dépistage, de l'organisation du soin dans la perspective d'un accompagnement global et de la prévention des (re)contaminations.

Les textes se partagent entre la synthèse des éléments recueillis au cours des entretiens collectifs et/ou individuels effectués avec les experts mentionnés dans « *L'équipe de travail* » (cf. 2^{ème} de couverture) et des contributions rédigées par certains d'entre eux.

› La méthode de travail :

une démarche de concertation avec un groupe d'experts

Ce manuel a été élaboré dans une logique de **transfert de l'expérience**, afin de favoriser un déploiement plus rapide de stratégies renouvelées de réduction des risques, de soutien au dépistage et d'accompagnement vers le soin. Il a été conçu grâce à la mobilisation de professionnels qui se sont saisis du nouveau contexte thérapeutique de l'épidémie d'hépatite C pour expérimenter des méthodes de travail innovantes avec leur public. Leurs essais, erreurs et réussites leur ont permis d'adapter leurs pratiques professionnelles et leur savoir-faire.

Les experts mobilisés ont également été sélectionnés au regard de la diversité de leurs horizons disciplinaires et de leur investissement dans une démarche partenariale et transdisciplinaire : infirmiers, éducateurs et travailleurs sociaux, médecins hépatologues et addictologues, acteurs et militants associatifs de la lutte contre le VIH et les hépatites virales.

En dehors de médecins spécialistes en hépatologie/gastro-entérologie ou de militants de l'association « SOS hépatites », tous exercent en CSAPA ou CAARUD. Ils sont également issus de territoires différents, en zone urbaine ou zone rurale, au sein desquels les besoins et les moyens ne sont pas identiques. La mutualisation de leur expertise a ainsi permis d'intégrer une lecture territoriale des enjeux et des défis actuels liés à la prise en charge de l'hépatite C.

Cinq groupes d'experts ont été constitués et animés au cours de l'année 2017. Un premier groupe a été consacré à la sensibilisation au dépistage par les équipes mobiles. Deux groupes ont concerné l'organisation du soin en unité de lieu. Un quatrième s'est intéressé aux spécificités du travail avec les personnes migrantes. Le cinquième groupe a abordé le travail à mener en collaboration avec les médecins hépatologues.

Les données recueillies ont été enregistrées puis retranscrites au mot-à-mot, parfois complétées par des entretiens individuels. La synthèse de ces données vise à refléter la diversité des formations et des contextes de travail des professionnels sollicités afin que tous les lecteurs puissent adapter le contenu de ce manuel à leur propre environnement de travail.

SENSIBILISER AU DÉPISTAGE DANS ET HORS LES MURS

La sensibilisation au dépistage doit être un axe majeur de l'action au sein des structures (*dans les murs*) et être développée en allant au-devant des personnes (*hors les murs*). Elle nécessite une bonne connaissance des différentes techniques de dépistage et des éléments de discours à associer, une constance dans la mobilisation de l'équipe autour des hépatites virales et des tactiques mettant le dépistage au cœur de l'activité des unités mobiles. Elle exige aussi de prendre en compte les particularités de la sensibilisation au dépistage auprès de trois populations spécifiques d'usagers de drogues particulièrement touchées par l'hépatite C : les personnes migrantes, les personnes dites HSH (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes) et les personnes détenues.

1. DÉPISTER

Dépister est à la fois un acte technique et une relation humaine en face-à-face bien particulière, ayant pour enjeux de préserver la relation de confiance et de contenir l'anxiété que le dépistage peut susciter. La sensibilisation au dépistage doit être associée à une information globale portant sur les risques pour la santé d'une hépatite non traitée, les traitements, le parcours de soin et les différentes techniques de dépistage. Procéder ainsi permet de dédramatiser l'acte de dépistage, de rassurer et de faciliter les demandes de dépistage et l'engagement dans une démarche de soin en cas de sérologie positive.



►► **Le dépistage du VHC doit s'inscrire dans une offre groupée et standardisée de dépistage des trois virus (VIH, VHB, VHC). Si le dépistage du VHB s'avère négatif, il importe de proposer la vaccination.**

Recommandations de la Haute Autorité de Santé

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-07/synthese_recommandation__place_des_tests_rapides_dorientation_diagnostique_trod_hepatite_b_2016-07-21_13-56-32_782.pdf

› La palette des techniques de dépistage : des outils complémentaires

La mise à disposition des Tests Rapides d'Orientation Diagnostique ou TROD et des tests par buvard (ou *Dried Blood Spot, DBS*) a diversifié les techniques de dépistage. Le **prélèvement sanguin classique** reste la méthode qui offre potentiellement le plus d'informations, en particulier si la fibrose du foie doit être évaluée. Cependant, il peut constituer un frein au dépistage : un état veineux abîmé peut faire craindre le prélèvement et l'analyse de sang nécessite une couverture sociale. De plus, le risque de perdre les patients de vue augmente en cas de prescription d'une prise de sang en laboratoire. Le dépistage par prélèvement sanguin est donc limitant pour les structures peu médicalisées, notamment les CAARUD.

En revanche, le TROD et le dépistage par buvard sont des techniques indolores, non invasives, pouvant être pratiquées hors les murs et adaptées aux personnes ayant une « précarité veineuse ». Elles ne nécessitent pas de couverture sociale.

LE DÉPISTAGE PAR TROD permet de détecter une sérologie positive mais ne détecte pas, à l'heure actuelle, l'ARN du virus de l'hépatite C : **les résultats positifs doivent ainsi systématiquement être confirmés par un bilan sanguin réalisé en laboratoire**. En effet, **environ 30 % des personnes infectées par l'hépatite C guérissent spontanément sans avoir besoin d'être traitées**. Un TROD VHC positif révèle uniquement que le patient a déjà été infecté par le virus et doit être complété à l'aide d'une analyse par PCR (*Polymerase Chain Reaction*) pour vérifier si l'hépatite C est chronique et si un traitement est nécessaire.

L'intérêt du TROD réside dans un résultat quasi-immédiat (environ 15 minutes). Cette brièveté le rend particulièrement pertinent pour dépister des personnes qui viennent rarement dans la structure ou sont susceptibles de ne pas y revenir (personnes de passage). Même s'il n'est pas certain de pouvoir ensuite les accompagner dans une démarche de soin, cela permet *a minima* de les informer sur leur état de santé et de les sensibiliser au risque de transmission dans leur entourage. Le dépistage avec TROD est donc particulièrement adapté aux structures peu médicalisées et pour les actions hors les murs : unités mobiles, actions en milieu festif, actions en squats.

Afin de développer un dépistage rapide de proximité et une orientation diagnostique immédiate, les TROD VIH et VHC ont été déployés en CSAPA et CAARUD sur la base d'un financement additionnel et spécifique. Pour bénéficier de ce dispositif et de ce financement, ces structures doivent déposer un dossier de demande d'autorisation auprès de leur Agence Régionale de Santé. Ce dépôt suppose, entre autres, que le personnel non médical réalisant les TROD ait bénéficié d'une formation de deux jours auprès d'un organisme agréé.

À ce jour, trop peu de CSAPA et CAARUD ont déposé une demande d'autorisation auprès de leur ARS alors que des crédits sont disponibles. Or, la proposition de dépistage rapide par TROD doit s'intensifier pour bénéficier à tous les usagers.

→ L'arrêté du 1^{er} août 2016 précise les conditions de réalisation des TROD en milieu associatif et médico-social.

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2016/8/1/AFSP1622318A/jo>

→ Une **Note d'appui** consacrée à la « **Demande d'habilitation pour réaliser des TROD VHC** » peut être téléchargée sur le site de la Fédération Addiction. En plus de cette note, un modèle de dossier de demande est proposé, ainsi que les annexes à joindre.

<https://www.federationaddiction.fr/habilitation-au-trod-vhc-une-note-d-appui-pour-faire-votre-demande>



► CONTRAINTES D'UTILISATION DU TROD VHB

Le TROD VHB est commercialisé et réalisable par un médecin dans une structure qui le financerait sur fond propre. Contrairement aux TROD VIH et VHC, il n'existe pas encore de dispositif de financement associatif et médico-social, ni de procédure d'agrément/autorisation permettant sa réalisation par un personnel formé non médical. Son déploiement en milieu associatif et médico-social est en cours de mise en place.

PERSPECTIVES : L'ARRIVÉE DES TROD MOLÉCULAIRES

André-Jean Remy, *médecin hépatologue, unité mobile hépatites du centre hospitalier de Perpignan*

De nouvelles techniques de détection de l'ARN viral C se sont développées depuis quelques années permettant un diagnostic immédiat (60-90 min) de la présence de virus de l'hépatite C sur un prélèvement au doigt. Une étude australienne (Grebely & al., 2017) a évalué ces nouveaux TROD. Portant sur une cohorte de 210 usagers de drogues et utilisant le système *Xpert HCV Viral Load assay CEPHEID*, elle a mis en évidence une charge virale positive chez 30 % des patients. La faisabilité de la technique était de 100 %, la sensibilité de 95 %, la spécificité de 98 %. Cette technique d'accès facile et de formation rapide (1 h) pourra permettre de développer des projets de prise en charge « tout en un » du diagnostic au traitement. Selon ce modèle dit « *TEST TO TREAT* », l'équipe de l'unité mobile du CH de Perpignan a mis en place, depuis janvier 2018, un projet donnant accès à un traitement antiviral à des populations très vulnérables (usagers de drogues, migrants, malades psychiatriques) en cinq heures seulement.



LE DÉPISTAGE PAR BUVARD est diffusé de manière plus confidentielle que le TROD car il n'existe pas de politique nationale assurant son financement. Facile à réaliser, il dispose d'une valeur diagnostique complète en informant sur l'existence de l'ARN+. Toutefois, il impose un délai de plusieurs jours avant de connaître le résultat d'analyse, ce qui peut générer des perdus de vue. Il constitue ainsi un bon outil de dépistage en première intention dans les structures comme les CSAPA qui renvoient régulièrement les usagers ou bien en complément des TROD positifs pour les CAARUD ou actions hors les murs.

LE DÉPISTAGE PAR BUVARD : UNE TECHNIQUE COMPLÉMENTAIRE AUX TROD

Fadi Meroueh, *médecin addictologue, UCSA du centre pénitentiaire de Villeneuve-les-Maguelone*

Le buvard permet de rechercher l'ARN VHC ou VIH, voire l'ADN VHB et de confirmer la sérologie positive. La technique du buvard ne demande qu'une formation simplifiée et n'exige pas d'agrément. Elle permet de dépister le VIH, le VHB et le VHC et d'analyser la charge virale en cas de dépistage positif.

En pratique, le prélèvement par buvard appelé « *Dried Blood Spot* » (ou DBS) est basé sur le dépôt de cinq à dix gouttes de sang sur plusieurs segments (cercles) d'un papier buvard adapté. Le résultat transmis par un laboratoire labellisé requiert un délai de trois à cinq jours. Actuellement, seul le laboratoire de virologie du CHU de Montpellier réalise les analyses de dépistage par buvard (envoi postal). La recherche des trois virus avec confirmation dans le même panel coûte environ 50 euros. Actuellement, certaines ARS ont pris l'initiative de financer le dépistage par buvard.

La méthode dite du buvard a fait ses preuves depuis de nombreuses années grâce au test de Guthrie. Elle a un avenir prometteur dans la détection et le suivi des maladies métaboliques, des maladies infectieuses et chroniques (Hirtz, 2014).



› Inscrire la sensibilisation au dépistage dans une information globale intégrant les traitements et le parcours de soin

“

GRUPE
D'EXPERTISE
« ORGANISER LE SOIN EN UNITÉ DE LIEU »

Le fait de leur dire que tout le monde peut être traité, que le traitement dure de deux à trois mois, qu'il n'y a qu'un seul comprimé par jour et qu'il y a 95 % de chances de réussite, évidemment ils y vont plus volontiers. Ils ont moins peur de se faire dépister. Et d'autant plus quand ils ont bien compris qu'il fallait cesser d'essaimer la maladie.

”

Inscrire la sensibilisation au dépistage dans une information globale intégrant les traitements et le parcours de soin contribue à la construction d'une relation de confiance avec la personne concernée mais aussi à sa compréhension des services offerts par le CAARUD ou le CSAPA (ou l'unité mobile). Quand cela n'est pas formulé explicitement, la personne peut percevoir la proposition de dépistage comme étant dissociée de la possibilité d'être accompagnée dans ses démarches, ses examens, ses rendez-vous médicaux et peut s'imaginer qu'elle ne devra compter que sur elle-même. En revanche, si elle comprend ce qui l'attend en cas de sérologie positive et le soutien que peut lui apporter l'équipe, elle se projettera plus facilement dans la démarche de soin sans trop d'incertitude et d'anxiété et il sera plus aisé de la motiver à se faire dépister.

LE DÉPISTAGE COMME OUTIL DE RÉDUCTION DES RISQUES EN CAARUD

Le décret n°2005-1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des CAARUD et modifiant le code de la santé publique a défini « l'incitation au dépistage » comme étant l'une des missions essentielles de ces établissements. Cependant, jusqu'à l'arrivée des TROD, ils n'étaient pas pourvus de moyens permettant de la placer au cœur de leur activité : ils devaient donc orienter – sauf de rares exceptions – vers les Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) ou autres dispositifs de droit commun. De plus, le temps requis pour l'accompagnement physique des personnes dans un laboratoire d'analyse et le délai nécessaire à l'obtention des résultats rendaient le dépistage chronophage et nuisaient à son efficacité. Enfin, cette mission se confrontait aussi aux facteurs individuels, que le DAAT définissait comme *l'ordre du jour de la personne* (Accès, DAAT, 2011), c'est à dire la hiérarchisation des priorités et les difficultés parfois à se projeter au-delà de quelques jours qui sont propres à chacun.

Désormais, le TROD et le buvard permettent de faire du dépistage des hépatites virales un axe central de l'action de réduction des risques dans tous les CAARUD.

En effet, le dépistage n'est jamais uniquement un acte technique : le protocole d'utilisation du TROD le définit comme nécessairement précédé par un entretien de counseling (cf. page 25) et de RDR (entretien pré-test). Le dépistage par buvard doit également s'inscrire dans cette double approche. Un dialogue doit ainsi être engagé en amont pour vérifier et compléter les connaissances sur les hépatites, leurs modes de transmission, les traitements actuels et faire le point sur les consommations et les pratiques de réutilisation ou de partage de matériel : dans quelles circonstances cette personne prend-elle des risques ? Qu'est-ce qui l'amène à le faire ? Comment, d'après elle, pourrait-elle les réduire ?

Motiver les demandes de dépistage nécessite **d'actualiser les connaissances** des personnes sur l'hépatite C, ses traitements et le parcours de soin en **valorisant quatre arguments-clés** et en **articulant différentes tactiques pédagogiques**. Cette stratégie facilite la verbalisation des appréhensions, des craintes et des attentes que la démarche de soin peut susciter et offre aux professionnels l'opportunité de rassurer les personnes en répondant à leurs interrogations.

ACTUALISER LES CONNAISSANCES : VALORISER QUATRE ARGUMENTS-CLÉS

Les nouveaux traitements sont accessibles à tous

L'accès universel au traitement supprime la logique de sélection des patients sur la base des critères de stade de développement de la maladie, de niveau de consommation, de situation vis-à-vis du logement ou de troubles psychiatriques. Il rend facultatif le passage par une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) pour valider l'initiation du traitement.

Les nouveaux traitements guérissent 95 % des patients et sont plus faciles à prendre

Ils présentent une configuration thérapeutique complètement différente comparativement à la génération précédente. Ils durent moins longtemps, induisent beaucoup moins d'effets secondaires et offrent un taux de guérison bien plus élevé qu'auparavant quel que soit le stade de développement de la fibrose du foie.

Le traitement permet de faire régresser, voire disparaître la fibrose et de limiter le risque d'évolution vers la cirrhose ou d'apparition du cancer du foie

Comparativement au traitement de l'hépatite C, le traitement ultérieur du cancer du foie, s'il s'avérait nécessaire, est plus difficile à supporter et les chances de guérison bien plus faibles. Rappeler ce risque peut inciter la personne à modifier son ordre des priorités en conférant au dépistage une plus grande importance.

Chacun peut jouer un rôle positif et citoyen dans le contrôle de l'épidémie

Informar les personnes du coût élevé du traitement peut être valorisant et responsabilisant si ce n'est pas présenté de façon culpabilisante. En leur confiant la responsabilité de suivre correctement le traitement pour guérir, la collectivité leur confère un statut de « patient comme un autre » à qui on reconnaît la capacité de se soigner et à contribuer à la disparition du virus. Leur dire et leur rappeler qu'elles en sont capables est essentiel pour encourager leur demande de dépistage et soutenir leur engagement futur dans le soin.



► **RESPECTER « L'ORDRE DU JOUR DE LA PERSONNE »**

Pour des personnes en grande précarité et ayant une faible estime d'elles-mêmes, se soigner est rarement une priorité. La recherche et la consommation du ou des produits permettent, quelque part, de mettre de l'ordre et de la continuité dans un style de vie souvent totalement instable : lieux pour dormir et se mettre à l'abri, possibilités de s'alimenter, relations aux autres. Et dans cette organisation au jour le jour, il reste peu de place pour se projeter dans une démarche de soin.

Au fil du temps, le professionnel peut alors être tenté par une posture d'injonction à se faire dépister et à se soigner. Mais brusquer la personne en insistant pour qu'elle fasse un dépistage peut renforcer ses appréhensions et susciter une réaction défensive et un refus. Elle peut aussi accepter sans être réellement prête à s'engager dans la démarche de soin : il est ensuite possible qu'elle interrompe ou cesse le traitement, éprouvant des sentiments d'échec et de culpabilité d'autant plus grands si d'autres tentatives ont échoué auparavant.

La patience, la persévérance et la multiplication des techniques (approche en groupe et entretiens individuels, approche indirecte *via* différents supports ou directe lors d'un échange sur le matériel de RDR ou la pratique d'usage personnelle) sont donc préférables pour s'adapter au rythme des personnes et les accompagner jusqu'à la décision de se faire dépister.

ACTUALISER LES CONNAISSANCES : ARTICULER DIFFÉRENTES TACTIQUES PÉDAGOGIQUES

Il est bienvenu de mettre en place régulièrement dans l'année des **animations autour de la santé** avec une focale sur les hépatites virales, en collaboration avec un médiateur ou une médiatrice en santé, pouvant impliquer des professionnels et personnes issus de différentes structures :

- groupes de parole autour d'un patient venu exposer son expérience du traitement ;
- activités artistiques d'expression du vécu de la maladie ou de ce qu'elle inspire ;
- création d'outils d'information sur le VHC et ses traitements (affiches, flyers...) avec les usagers, utilisés ensuite par la structure ou ses partenaires.

L'organisation régulière de ces animations autour de la santé n'exclut pas d'organiser une à deux fois par an une **semaine sur la thématique hépatites** avec des affiches, des brochures et des stands :

- stand d'information sur les outils de dépistage et le FibroScan® ;
- stand de visualisation de la santé du foie et de la cirrhose avec l'intervention d'un médecin hépatologue ;
- atelier permettant aux personnes de visualiser la circulation du virus *via* la seringue et le petit matériel.

Organiser le **transfert d'expériences** des personnes qui ont suivi les nouveaux traitements auprès de celles qui pourraient être amenées à les suivre est reconnu comme une tactique pédagogique efficace :

- inviter des patients-experts sur un temps de discussion collective ;
- utiliser la convivialité de l'espace d'accueil pour créer un dialogue entre une personne qui a été traitée et celle qui est réticente à se soigner ;
- proposer aux personnes concernées, notamment celles qui redoutent que leur statut soit connu par les autres usagers de la structure, de participer à un « week-end santé » organisé par Aides. Ces week-ends, organisés par les instances régionales de l'Association, sont destinés aux personnes vivant avec le VIH et/ou une hépatite virale. Selon la perspective de la santé communautaire, ils visent à soutenir les personnes dans le développement des compétences leur permettant d'améliorer leur santé et leur qualité de vie.

Les **questionnaires d'enquête** (EnaCAARUD, RECAP, OPPIDUM, Coquelicot, mémoires d'étudiants etc.) peuvent être utilisés comme une opportunité pour aborder le sujet. Les questions autour de la date du dernier dépistage sont l'occasion d'engager la conversation sur les risques de contamination qui ont été pris depuis sa réalisation, de délivrer des informations sur le VHC, le dépistage et les traitements, de proposer de faire un dépistage, etc.

Dans le cas de l'utilisation mutualisée d'un **FibroScan®**, l'organisation d'une semaine de sensibilisation en amont de la période durant laquelle l'outil sera disponible dans la structure est idéale. Il s'agit de profiter systématiquement de sa présence pour proposer à chacun de réaliser l'examen. La proposition peut être individualisée, mais aussi annoncée de façon collective, dans une dynamique qui permet de dédramatiser (« *Est-ce que quelqu'un veut connaître l'état de son foie ?* »).

LE FIBROSCAN® PEUT AUSSI ÊTRE UN LEVIER POUR INCITER AU DÉPISTAGE

Le FibroScan® est un outil d'imagerie médicale permettant de dépister la fibrose du foie. Par rapport au dépistage sanguin qui propose le même type de diagnostic (FibroMètre®, FibroTest®), il donne le sentiment au patient de « visualiser » son foie. L'examen étant indolore et rapide (10 minutes), il est facilement accepté par les personnes à l'occasion d'un passage dans la structure, même si l'examen n'était pas prévu.

L'expérience montre que des personnes réticentes au dépistage acceptent généralement de réaliser un FibroScan®. En cas d'absence de fibrose, l'examen peut rassurer et conduire à accepter le dépistage refusé jusque-là. Si celui-ci s'avérait positif, le FibroScan® aura révélé en amont que l'hépatite n'a pas abîmé le foie et il faudra insister sur le fait que le traitement de la maladie continuera de le préserver.

À l'inverse, la découverte d'une fibrose avancée incitera à accélérer la réalisation d'un dépistage pour ne pas retarder l'engagement dans le soin et réduire autant que possible les dommages de la maladie.



UN ATELIER DE SENSIBILISATION AU RISQUE DE CONTAMINATION À L'AIDE DE COLORANT ALIMENTAIRE

Cet atelier participatif permet de visualiser la circulation du VHC depuis le matériel d'injection utilisé par une personne vers celui utilisé par d'autres. Il réunit quatre à cinq personnes autour d'une table installée dans la salle d'accueil de telle sorte que l'atelier soit vu de ceux qui n'y participent pas. La participation de professionnels dédramatise l'atelier. On remplit une seringue avec de l'eau contenant du colorant alimentaire représentant le virus, puis on la vide. Une première personne « prépare » une injection en réutilisant cette seringue mais en n'utilisant que du petit matériel stérile. Ensuite, elle vide la seringue et la transmet à la personne à côté d'elle et ainsi de suite jusqu'à ce que toutes les personnes aient manipulé la seringue.

Puis plusieurs tours de table sont réalisés avec des seringues « personnelles » mais en échangeant le petit matériel sur lequel est posé le colorant alimentaire.

Cet atelier est particulièrement efficace pour sensibiliser aux risques de contamination via le petit matériel, les personnes ayant tendance à se focaliser sur ceux liés au partage et à la réutilisation de la seringue.

Lorsque le colorant marque suffisamment la peau, l'atelier permet aussi de visualiser les risques de contamination manuportés (par la seule manipulation de matériel).

POURQUOI LES PERSONNES NE SE FONT-ELLES PAS DÉPISTER ?

Il est difficile de répondre simplement à la question des freins au dépistage. Pour chaque personne, différents facteurs peuvent intervenir, relatifs à son rapport au corps, sa situation sociale et affective, son expérience du soin et ses relations aux professionnels de la santé et du champ socio-éducatif. L'absence de demande de dépistage ou son refus peuvent être liés au fait que les personnes ont souvent fait un TROD VIH et ne font pas la distinction avec un TROD VHC. Chez les injecteurs ou ex-injecteurs au capital veineux très abîmé, la crainte d'un prélèvement sanguin douloureux peut également constituer un frein à cette demande. Enfin, la crainte d'être stigmatisé par son entourage si celui-ci venait à apprendre que l'on est porteur du VHC peut aussi jouer un rôle.

D'autre part, l'absence de demande de dépistage peut s'expliquer par une tentative antérieure avec les anciens traitements qui s'est soldée par un échec (arrêt ou mauvaise observance) ou dont la personne garde un mauvais souvenir : effets secondaires difficiles à supporter, rapports malaisés avec le médecin hépatologue ou le service hospitalier. De plus, les anciens critères d'accès aux traitements peuvent, encore aujourd'hui, induire la crainte ou le sentiment de ne pas être « éligible » à la prise en charge thérapeutique. Les personnes peuvent estimer ne pas avoir les conditions de vie adéquates ou ne pas être « assez malades » lorsqu'elles sont asymptomatiques. Elles peuvent penser à tort que l'abstinence est toujours un critère d'accès aux traitements et refuser ou s'estimer incapables de cesser ou diminuer drastiquement leurs consommations de produits psychoactifs.

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

L'idée selon laquelle la gravité de la maladie serait nécessairement lisible sur le corps peut freiner la proposition de dépistage. Il peut passer plusieurs années avant que l'hépatite C s'accompagne de symptômes susceptibles d'alerter. Aussi la hiérarchie de l'urgence peut conduire usagers et professionnels à privilégier l'accès aux droits, à un hébergement, à une aide alimentaire et à retarder la discussion sur l'importance du dépistage. L'équipe, du fait d'une culture professionnelle ancrée dans l'histoire longue de l'addictologie, peut aussi, au détriment de la santé somatique, privilégier l'accompagnement dans un travail d'analyse psychique (notamment en CSAPA) ou distinguer trop radicalement la démarche de réduction des risques et la démarche d'accès aux soins (notamment en CAARUD).

Persiste aussi l'idée fausse que les usagers actifs seraient moins observants et risqueraient de faire échouer un traitement très coûteux pour la collectivité. Pourtant, selon le rapport Dhumeaux (2016), les études de modélisation montrent clairement que la prévalence de l'infection virale C peut être diminuée en traitant prioritairement les usagers de drogues injectables infectés (Martin & al., 2013 ; Vickerman & al., 2011). Il confirme également que cette approche dite « traiter pour prévenir » est coût-efficace (Martin & al., 2012), c'est-à-dire qu'il est moins onéreux pour la collectivité de traiter toutes les personnes infectées (sachant qu'une minorité se recontaminera) plutôt que d'appliquer des critères de sélection pour l'accès au traitement qui participent à maintenir un réservoir viral.

En 2012, une étude a mis en évidence un défaut d'approche en santé publique chez une partie des professionnels socio-éducatifs exerçant dans le champ de l'addictologie en France (Reynaud-Maurupt, Foucher & de Lédinghen, 2015). En effet, lorsqu'une personne ne peut pas accéder au traitement (souvent pour des raisons d'ordre social), ces professionnels évitent de proposer un dépistage car ils estiment inutile que cette personne connaisse son statut sérologique. Cependant, une fois informée sur sa séropositivité, elle peut adopter des conduites et des stratégies afin d'éviter de contaminer son entourage, ce qui est primordial pour favoriser la maîtrise de la dynamique épidémique.



› Soutenir la transformation de la découverte d'une sérologie positive en engagement dans la démarche de soin

La perspective de devoir annoncer une sérologie positive au VHC peut freiner la proposition de dépistage par les professionnels, tout comme l'angoisse de la découvrir peut en freiner la demande. En l'occurrence, l'état émotionnel que peut susciter la découverte d'une sérologie positive peut sidérer la personne et retarder son engagement dans la démarche de soin. **La qualité de l'information transmise en amont du dépistage, quant aux nouveaux outils de dépistage et aux nouveaux traitements, permet de mieux les soutenir dans la « transformation » de la découverte d'une sérologie positive au VHC en engagement dans la démarche de soin. Ce soutien suppose de considérer trois points forts.**

1] CONSIDÉRER QUE LE NOUVEAU CONTEXTE THÉRAPEUTIQUE ET LES NOUVEAUX OUTILS DE DÉPISTAGE RENDENT L'ANNONCE DE SÉROLOGIE POSITIVE MOINS ANXIOGÈNE, POUR LE PROFESSIONNEL COMME POUR L'USAGER

Devoir annoncer une sérologie positive et le besoin de suivre un traitement pendant plusieurs semaines est toujours délicat, désagréable et stressant. De plus, dans le cas d'une annonce de séropositivité au VHC, la personne peut être en proie à une grande anxiété, à la réactivation de vécus douloureux de la maladie, de l'hospitalisation et des traitements médicaux et à la verbalisation de certains pans de son histoire familiale et de son parcours de vie.

Désormais, le nouveau contexte thérapeutique permet de dédramatiser cette annonce : **« aujourd'hui, il n'est pas si difficile de soigner une hépatite C »**. L'accès universel aux nouveaux traitements, l'atténuation des effets secondaires et la diminution des contraintes liées à l'observance (durée, posologie) rendent la découverte d'une sérologie positive au VHC moins difficile à vivre émotionnellement que par le passé. Corrélativement, les tests de dépistage rapides et réalisables par des professionnels avec lesquels existe déjà une relation de confiance aident à dépasser les appréhensions que peuvent susciter le dépistage et la démarche de soin.

Enfin, annoncer une sérologie positive est moins délicat puisque les formations habilitant les acteurs non médicaux à la pratique des tests de dépistage les préparent à l'accueil du dévoilement de soi et des émotions parfois très fortes susceptibles de surgir à ce moment-là. Plus généralement, l'ensemble des professionnels de l'équipe gagnent à être formés au *counseling* pour envisager ces annonces de façon plus sereine.

QU'EST-CE QUE LE COUNSELING ?

Le « Counseling » est utilisé pour désigner un ensemble de pratiques aussi diverses que celles qui consistent à orienter, aider, informer, soutenir, traiter. Il s'agit d'une intervention brève qui s'inscrit dans le cadre d'une « psychologie situationniste » : c'est la situation qui est cause du symptôme et non l'inverse.

En ce sens, le *counseling*, forme d'accompagnement psychologique et social, désigne une situation dans laquelle deux personnes entrent en relation, l'une faisant explicitement appel à l'autre en lui exprimant une demande aux fins de traiter, résoudre, assumer un ou des problèmes qui la concernent.

De notre avis, l'expression « accompagnement psychologique » serait insuffisante dans la mesure où les champs d'application du *counseling* désignent souvent des réalités sociales productrices à elles-seules chez les individus d'un ensemble de troubles ou de difficultés.

Source : Tourette-Turgis C, QSJ?, n° 31 33, Presses Universitaires de France, 1996



2] CONDUIRE UNE RÉFLEXION COLLECTIVE DE L'ÉQUIPE SUR LES ÉLÉMENTS DE LANGAGE À PRIVILÉGIER ET LA STRATÉGIE D'ACCOMPAGNEMENT VERS LA DÉMARCHE DE SOIN À METTRE EN PLACE

La découverte d'une sérologie positive peut susciter autant de remises en question que de désirs de changer de style de vie, de réduire ses consommations, de prendre ses distances avec les autres consommateurs de produits psychoactifs, de renouer des liens familiaux, etc. La personne peut alors avoir besoin d'être rassurée pour s'investir dans la démarche de soin et être en demande de soutien pour engager des changements sur d'autres plans de sa vie.

L'équipe doit donc réfléchir au travail de réassurance qui étayera les patients dans leurs démarches, leurs rendez-vous, leurs éventuelles difficultés à suivre le traitement, les contraintes dont ce nouveau parcours peut être synonyme. Cette réflexion collective doit aborder l'organisation logistique et partenariale des premiers pas dans le parcours de soin ainsi que l'accompagnement socio-éducatif et les attentions susceptibles d'apporter un soutien psychologique : paroles, attitudes, gestes mais aussi accompagnement physique aux rendez-vous, visites sur son lieu de vie, appels téléphoniques... Le médecin traitant peut aussi jouer un rôle déterminant dans ce soutien à l'engagement dans le soin.

3] FAIRE EN SORTE QUE LA PERSONNE SE SOIT DÉJÀ APPROPRIÉ TOUTES LES INFORMATIONS NÉCESSAIRES SUR LE TRAITEMENT ET LE PARCOURS DE SOIN LORSQU'ELLE DÉCIDE DE SE FAIRE DÉPISTER

L'état émotionnel que peut susciter la découverte d'une sérologie positive fait qu'elle n'osera ou ne pensera pas à poser certaines questions à ce moment-là. Or, si ses questions sont restées sans réponse jusque-là, elle ne voudra peut-être pas s'engager dans la démarche de soin, la percevant comme trop contraignante ou ne s'estimant pas capable de la mener à son terme, et il sera plus difficile de l'y encourager.

En revanche, mieux elle sera informée et se sera déjà approprié l'information lorsqu'elle découvre sa sérologie positive, moins elle sera déstabilisée par l'annonce et moins elle aura besoin de temps pour accepter la maladie et s'engager dans la démarche de soin.

D'où l'importance de **prendre le temps de tout expliquer en amont du dépistage**, en un ou plusieurs entretiens individuels, quant aux techniques de dépistage et aux différents examens nécessaires au diagnostic, aux étapes et aux temporalités du parcours de soin, au rôle du médecin hépatologue et ce qu'elle-même devra faire pour que le traitement soit efficace. Il est important aussi de **s'assurer de sa bonne compréhension**, afin qu'elle ne soit pas surprise, déstabilisée et angoissée, par une nouvelle information qui surviendrait ultérieurement.

D'où l'importance aussi, en aval du dépistage, de ne pas la « bousculer » pour qu'elle débute le traitement le plus vite possible, d'autant que cela constitue rarement une urgence vitale. Il s'agit, à la fois, de **lui laisser le temps d'accepter la nouvelle** et de se projeter dans la démarche de soin et, notamment lorsqu'elle est isolée, de **maintenir le lien** et d'être **attentif et disponible** à ses besoins d'informations, de verbalisation, d'écoute et de réassurance.



MAINTENIR LE LIEN ET RÉDUIRE L'ANXIÉTÉ

Acheter des téléphones avec des cartes prépayées pour les personnes en grande précarité permet de les appeler régulièrement et d'être contacté lorsqu'elles en ressentent le besoin. Ce lien les aide à gérer l'anxiété que suscite l'annonce d'une sérologie positive et l'incertitude quant à leur capacité à observer correctement la posologie du traitement, à le « réussir » en quelque sorte.

2. MAINTENIR une mobilisation constante de l'équipe autour du dépistage des hépatites virales

Au quotidien, les difficultés et les urgences auxquelles les personnes sont confrontées et la **routine de l'activité** (voir les personnes tous les jours, toutes les semaines) peuvent rendre moins vigilant quant à la régularité de la proposition de dépistage, y compris auprès de celles qui viennent depuis plusieurs années au CAARUD ou au CSAPA. D'autre part, le **renouvellement de l'équipe**, au cours de la semaine ou lors de remplacements provisoires ou définitifs, peut amener certaines personnes à « passer au travers des mailles » du rappel au dépistage. De surcroît, le départ du ou des professionnels particulièrement investis sur le thème du dépistage et de l'accès aux traitements de l'hépatite C peut induire, à moyen ou long terme, une démobilisation de l'équipe sur ces questions.

Enfin, si cette proposition peut lui être faite dès son arrivée dans la structure, la personne ne s'en saisira souvent pas à ce moment-là : il peut alors s'écouler une longue période avant qu'une nouvelle proposition ne lui soit faite. Or, on ne peut négliger que **le souhait d'un dépistage peut émerger après plusieurs propositions.**

“

GRUPE
D'EXPERTISE
« ORGANISER LE SOIN EN UNITÉ DE LIEU »

Le dépistage, c'est une fois par an pour tous, et tous les six mois pour les usagers actifs. Ça va vite six mois ! Mais ça fonctionne, parce que c'est une dynamique qui est portée par toute l'équipe et pas seulement par le personnel médical.

”

Encourager les demandes de dépistage et les demandes d'aide à l'accès aux soins exige de l'équipe qu'elle fasse preuve de constance dans sa mobilisation. L'importance du dépistage doit être rappelé régulièrement lors du don de matériel de RDR, d'une discussion sur les usages de produits, du renouvellement d'un traitement de substitution ou du partage d'un café, « au cas où » une demande émergerait. Cette constance aide les personnes à oser poser des questions et leur suggère qu'elles pourront compter sur le soutien de l'équipe si le résultat du dépistage s'avérait positif.

La constance de cette mobilisation de l'équipe peut être renforcée par la mise en place d'un système organisé autour de **six éléments-clés.**

1] L'IMPLICATION DE LA DIRECTION ET DU CHEF DE SERVICE. La sensibilisation au dépistage et l'information sur les traitements ne peuvent pas être uniquement portées par le médecin et les infirmiers de la structure. L'ensemble des responsables de la structure, des professionnels de santé, des travailleurs socio-éducatifs et des animateurs de prévention doivent y être formés régulièrement. Toutefois, il relève plus particulièrement du rôle du chef de service et/ou de la direction de maintenir la mobilisation.

2] LA NOMINATION D'UN RÉFÉRENT HÉPATITES VIRALES AU SEIN DE L'ÉQUIPE est une tactique qui a fait ses preuves au sein des structures qui l'ont expérimentée. Cette nomination doit s'effectuer sur la base du volontariat pour garantir la rigueur et la bienveillance du professionnel. Il peut

s'agir d'un infirmier comme d'un travailleur socio-éducatif. Sa fonction est de coordonner les actions préventives et curatives, de veiller au caractère systématique des rappels au dépistage et de rappeler la nécessité d'inscrire la sensibilisation au dépistage du VHC dans une approche globale de prévention et de soin de toutes les hépatites virales comme du VIH/sida. Il peut ainsi jouer un rôle moteur dans la mobilisation de l'équipe en la fédérant autour des enjeux de prévention, du dépistage et du soin de l'hépatite C. En lien étroit avec le médecin, il peut renforcer la vigilance collective vis-à-vis de chaque personne accueillie ou déjà engagée dans la démarche de soin. Enfin, il a pour mission de nouer des liens privilégiés avec des services et des professionnels de santé extérieurs pour favoriser l'élaboration de partenariats. Si cela s'avère nécessaire, il peut également s'investir dans un processus de concertation avec l'ARS de son territoire afin d'argumenter, sur la base d'observations de terrain, en faveur d'un renforcement du soutien aux CAARUD et CSAPA dans leurs missions de réduction des risques de contamination, de dépistage et d'accompagnement aux soins des hépatites virales.

3] LA FORMATION DE TOUTE L'ÉQUIPE AUX OUTILS DE DÉPISTAGE sans obliger tous les professionnels à le pratiquer. En effet, imposer la formation et la pratique du dépistage, c'est prendre le risque que le professionnel ne soit ni bienveillant, ni soutenant le jour où il aura à annoncer un résultat positif. Par contre, lorsque toute l'équipe est formée, les personnes se voient plus souvent proposer le dépistage et la satisfaction d'une demande est moins suspendue à la disponibilité des professionnels formés. Ce qui importe, c'est que les personnes puissent à tout moment (sans rendez-vous) faire un dépistage si elles le souhaitent. Ainsi, dans les équipes relativement importantes (au moins sept-huit personnes), il n'est pas nécessaire que tous les professionnels soient habilités à dépister.

4] LA FORMATION DE TOUTE L'ÉQUIPE AU COUNSELING (cf. page 25). C'est un outil essentiel pour aider les professionnels à gérer leur appréhension d'avoir à annoncer une sérologie positive et à soutenir la personne dans la démarche de soin.

5] LES TEMPS DE SUPERVISION. Ils permettent aux professionnels de verbaliser et d'analyser leur expérience relative à l'annonce d'une sérologie positive ou à l'accompagnement dans la démarche de soin et les aident à dépasser les difficultés rencontrées. La réticence à annoncer une sérologie positive peut d'ailleurs être amoindrie grâce à ces temps d'échange de pratiques. De même, il est conseillé d'organiser des temps de débriefing « post actions » de dépistage (et notamment dans le cadre des actions hors les murs) au cours desquels peuvent se réguler les difficultés vécues lors de l'annonce d'un résultat positif.

6] LA MISE EN PLACE D'AIDE-MÉMOIRE

- **Intégrer dans les fiches de premier accueil les questions relatives au dépistage** afin de les aborder systématiquement avec chaque nouvel arrivant et vérifier l'état de ses connaissances.
- **Tenir un registre hebdomadaire des propositions et rappels de proposition de dépistage faites à chaque usager** permet d'éviter d'oublier certains d'entre eux mais aussi de se montrer trop insistant avec d'autres.
- **L'articulation de différentes actions au cours de l'année** : des actions spécifiques destinées au public (comme celles décrites page 22) mais aussi des formations régulières (annuelles par exemple) et assurées par un intervenant extérieur pour faciliter l'implication des stagiaires en créant une rupture dans le quotidien.



► **NE PAS OUBLIER LES DÉPISTÉS POSITIFS QUI N'ONT JAMAIS FAIT DE PCR (détection de l'ARN+)**

Certaines personnes ayant des liens sporadiques avec le dispositif spécialisé peuvent avoir effectué un dépistage positif mais ne pas avoir fait la PCR permettant de confirmer le besoin de suivre un traitement. Il est primordial de les repérer et de leur proposer l'achèvement du processus de diagnostic.

3. METTRE le dépistage au cœur de l'activité des unités mobiles

L'objectif et la principale plus-value de l'unité mobile sont d'aller vers celles et ceux qui ne se déplacent pas ou très peu vers les services de soins et/ou vers lesquels aucun service ne va pour proposer un soutien dans les démarches de soin. Sa pertinence dépend de sa capacité à ne pas faire doublon avec le dispositif médico-social, sanitaire et social local : il ne s'agit pas de se substituer au travail des partenaires.

En ce qui concerne les hépatites virales, il peut s'agir d'une **unité mobile dédiée au dépistage des hépatites virales** ou d'une **unité mobile de réduction des risques et des dommages (RDRD) qui intègre cette activité**. Dans les deux cas, l'unité mobile s'investit dans la mise en réseau des acteurs de santé et des acteurs médico-sociaux présents sur un territoire, comme dans leur mobilisation autour de la prévention et du dépistage des hépatites virales, afin d'optimiser la fluidité des parcours de soin et des orientations.

LES GRANDS AXES MÉTHODOLOGIQUES DE MISE EN PLACE D'UNE UNITÉ MOBILE

Réaliser un diagnostic territorial. La pertinence de l'unité mobile, de son périmètre d'action et des choix des lieux d'intervention repose sur la réalisation d'un recueil de données portant sur l'accessibilité des services de dépistage et d'accès aux traitements du VHC pour les personnes usant de substances psychoactives : localisation et horaires des CSAPA, CAARUD, centres médicaux, consultations d'hépatologie ainsi que l'offre de transport en commun. Le recensement de ces lieux doit ensuite être suivi d'une investigation plus qualitative concernant les services offerts en termes de sensibilisation au dépistage et d'accompagnement vers le traitement. Infirmières et médecins libéraux peuvent aider, particulièrement en zone rurale, à identifier les zones les mieux adaptées au stationnement. Le diagnostic sera d'autant plus riche et utile qu'il croisera différentes sources d'information et des points de vue diversifiés (professionnels, ARS, acteurs politiques, usagers, riverains).

Constituer un réseau de partenaires : CAARUD, CSAPA, unités thérapeutiques, CHRS et centres d'accueil de jour, CCAS, foyers d'urgence, CGIDD, laboratoires d'analyse médicale, médecins, pharmaciens, services hospitaliers. Pérenniser la dynamique partenariale nécessite de prendre le temps de rencontrer physiquement les partenaires et de nouer des liens solides avec ceux qui vont, en concertation avec l'équipe de l'unité mobile, participer à la création d'un circuit de soin fluide.

.../...



Composer une équipe pluridisciplinaire. L'équipe de l'unité mobile doit être composée de professionnels de santé et de travailleurs sociaux formés à la prévention des hépatites virales, aux techniques de dépistage et à l'accompagnement vers le soin mais aussi à l'éducation thérapeutique et à la médiation entre patient et professionnel de santé. La présence dans l'équipe d'un médecin ou d'un infirmier permet d'accélérer l'entrée dans le soin car ils peuvent réaliser les examens médicaux complémentaires au dépistage, comme le FibroScan® par exemple. Il est indispensable que l'équipe soit également composée de travailleurs sociaux pour veiller à l'existence ou à la nécessité d'ouvrir des droits à l'assurance-maladie.

S'appuyer sur l'expérience et l'expertise des personnes concernées, selon une approche dite de santé communautaire, afin de faciliter la diffusion de l'information sur l'offre de dépistage et d'accompagnement aux soins de l'unité mobile. L'équipe peut ainsi mobiliser des usagers-relais déjà impliqués dans la diffusion de messages et outils de prévention et de RDR et communiquer sur l'offre de dépistage et d'accompagnement de l'unité mobile mais également sur son circuit, ses lieux de stationnement et son fonctionnement.

Aller vers les personnes usant de substances psychoactives. Nouer le lien suppose de se rendre là où les personnes se trouvent, à proximité de leurs lieux de vie et de rassemblement, des lieux de deal et de consommation comme des lieux de passage. Les choix de lieux et d'horaires d'intervention font généralement l'objet de nombreux ajustements avant de trouver les plus pertinents.

L'unité mobile doit toujours permettre d'**améliorer la couverture territoriale et l'accessibilité des services de dépistage et d'accès aux soins.** Cette amélioration est plus particulièrement nécessaire au cœur des territoires dans lesquels le dispositif de santé est très peu développé, la population d'usagers de drogues très éparpillée et parfois éloignée de plusieurs dizaines de kilomètres d'un CAARUD et d'un CSAPA. Dans certains territoires, la mise en place d'une unité mobile peut ainsi être un **choix stratégique** d'un strict point de vue économique : elle est synonyme d'un meilleur ratio entre le nombre de personnes rencontrées et l'investissement en moyens matériels et humains.



CHRONOLOGIE D'UNE CRÉATION D'UNE UNITÉ MOBILE RDR ET DÉPISTAGE EN ZONE RURALE L'exemple d'Ithaque (Strasbourg)

La mise en place d'une unité mobile se fait selon des étapes qui tendent à se chevaucher plus qu'à se succéder, avec des phases de ralentissement ou d'accélération dues aux opportunités et freins rencontrés. Cependant, elle se caractérise toujours par cinq grandes étapes.

1. LES CONSTATS

La création de l'unité mobile d'Ithaque a reposé sur le constat de trois points forts.

- Un maillage territorial en matière de RDR et de dépistage très incomplet dans le nord de l'Alsace.
- Un accès inégal au soin et au traitement du VHC pour les personnes usant de substances psychoactives.
- Une quasi inexistence des programmes d'échanges de seringues en pharmacie.

.../...

2. LA RECHERCHE DE FINANCEMENTS

Un projet commun entre Ithaque, SOS Hépatites Alsace/Lorraine et le SELHV d'Alsace a été déposé auprès de l'ARS et a été financé en moyens humains et matériels pérennes. L'implication d'Ithaque dans un programme de recherche sur le dépistage des hépatites et du VIH conduit par le SELHV d'Alsace a permis de proposer les TROD VHB dans le camping-car.

3. LE DIAGNOSTIC DE TERRAIN

Il a été réalisé grâce à la rencontre des acteurs du territoire, déjà partenaires d'Ithaque ou partenaires potentiels de l'unité mobile : médecins généralistes, médecins spécialistes, pharmaciens, infirmiers libéraux. Il s'est aussi appuyé sur l'expertise d'usagers connus d'Ithaque. Il a permis :

- de mieux connaître les besoins des professionnels en ce qui concerne l'accueil et l'accompagnement vers le soin des personnes usant de substances psychoactives ;
- d'identifier les zones de localisation actuelles ou possibles de deal et de consommation qui, en espace rural, peuvent connaître de fortes fluctuations car le faible nombre de dealers implique que l'arrêt de l'activité de l'un d'eux entraîne un déplacement de la clientèle ;
- de faire un premier repérage des lieux de stationnement les plus pertinents (villes, villages, zones périphériques, axes de circulation).

4. LA RENCONTRE DU PUBLIC CIBLE

L'« aller vers » a reposé sur l'articulation de quatre axes.

- Une deuxième tournée des médecins et des pharmaciens qui délivraient le plus de Steribox® et qui étaient intéressés par un partenariat, avec mise à disposition de Steribox® contenant la carte de visite de l'unité mobile.
- Premières permanences dans les agglomérations où les délivrances de Steribox® en pharmacie étaient les plus élevées.
- Communication sur l'existence de l'unité mobile via les gazettes et panneaux lumineux des communes après négociation avec les mairies.
- Les demandes d'usagers de drogues ayant découvert l'unité mobile grâce aux supports de communication écrits et aux usagers-relais, ainsi que la proposition d'aller les visiter au domicile ou de leur donner rendez-vous dans un lieu proche, en faisant preuve de toute la discrétion nécessaire.

5. LA STABILISATION DU FONCTIONNEMENT DE L'UNITÉ MOBILE

L'équipe : un binôme infirmier/travailleur social, un intervenant de SOS Hépatites, équipe renforcée parfois par un médecin ou un pharmacien.

Rythme et lieux : deux demi-journées par semaine, sur les lieux de permanence pré-définis et/ou parfois sur des lieux fixés à la demande des usagers.

Logistique : camping-car divisé en deux espaces : un espace TROD et entretien ainsi qu'un espace plus grand et plus confortable réservé au FibroScan® et au prélèvement sanguin.

Services :

- mise à disposition de supports d'information et de matériel de RDR
- proposition systématique du dépistage par TROD et du FibroScan®
- en cas de TROD positif :
 - > prise de contact avec le médecin traitant du patient (avec son accord)
 - > prise de rendez-vous dans un laboratoire d'analyse choisi avec le patient (pour la confirmation du résultat) ou réalisation de la prise de sang dans le camping-car
 - > accompagnement du patient dans l'accès au traitement et son observance
- mise en œuvre de la fonction ressource auprès des médecins, infirmiers et pharmaciens :
 - > information détaillée des médecins ayant adressé leur patient pour un FibroScan® quant aux procédures d'accès au traitement de l'hépatite C
 - > proposition de temps de sensibilisation et de formation sur la prise en charge des hépatites et du VIH, sur la RDR et sur la prise en charge des addictions.

L'unité mobile peut privilégier l'intervention dans l'espace public, directement auprès des personnes consommatrices de substances psychoactives, ou l'intervention dans des structures et services sociaux ou médico-sociaux. Dans les deux cas, l'action ne doit pas se limiter à la réalisation de dépistages mais s'inscrire dans **une double logique de construction de relations partenariales de l'ordre du circuit de soin et de développement de la fonction-ressource du CSAPA ou du CAARUD.**

En plus de cibler les acteurs socio-sanitaires spécialisés, la constitution du réseau partenarial de l'unité mobile doit intégrer **toutes les structures de première ligne susceptibles d'être en lien avec des usagers de drogues** éloignés du dispositif spécialisé : CHRS, foyers d'urgence, CCAS, centres d'accueil de jour. Elle doit également proposer à chaque partenaire une offre de services incluant **l'aide à la constitution d'un réseau de soins spécifique à son territoire.** Ce soutien permet aux structures qui manquent de personnel médical (comme certains CAARUD) d'améliorer leur capacité à accompagner vers le soin et accélérer ainsi l'accès aux traitements pour leur public.

Espacées dans le temps (une à deux fois par mois), les venues de l'unité mobile **redynamisent la mobilisation** autour du soin des hépatites virales, pour les équipes partenaires comme pour le public. De plus, les personnes sont souvent moins réticentes à évoquer leurs prises de risques avec l'équipe de l'unité mobile et expriment donc plus facilement des demandes de dépistage et de soutien à la démarche de soin.

Pour être efficace, ce transfert de savoirs, de savoir-faire et de savoir-être quant à la sensibilisation au dépistage et à l'élaboration de partenariats doit se faire en concertation avec chaque équipe afin de désamorcer toute crainte d'ingérence et de déstabilisation de son fonctionnement et de ses pratiques. L'élaboration d'une **convention de partenariat** clarifie la répartition des rôles et favorise un investissement au quotidien de l'équipe partenaire dans l'accompagnement des personnes vers le soin.

Généralement, les partenaires assurent l'essentiel de la sensibilisation au dépistage, notamment à l'aide des supports fournis par l'unité mobile (affiches, flyers, animations autour de la santé) et fixent, en amont de sa permanence, les rendez-vous pour les personnes qui souhaitent la solliciter. L'unité mobile apporte le matériel de dépistage, procède au dépistage et au FibroScan®. Si la structure partenaire dispose d'un médecin, celui-ci peut prendre en charge la prescription des bilans pré-thérapeutiques, accélérant ainsi l'entrée dans le parcours de soin. Par la suite, la structure partenaire se charge d'accompagner les patients dans l'accès au traitement, de les soutenir dans leur observance et d'assurer une médiation-santé envers le médecin et les services d'analyse médicale.



LE TRAVAIL PARTENARIAL D'UNE UNITÉ MOBILE DÉDIÉE AUX HÉPATITES VIRALES

L'exemple de Gaïa (Paris)

Territoire : Paris et région Ile-de-France, avec renouvellement régulier des lieux d'intervention en fonction de l'évolution des besoins.

Partenaires : ± 30 CSAPA, CAARUD, CTR, CHRS, CHUCHRS.

Rythme d'intervention : une intervention d'une demi-journée tous les trimestres chez chacun des partenaires du programme.

Composition de l'équipe : un coordinateur (1 ETP), une médiatrice santé (0,5 ETP), un médecin (0,5 ETP), une infirmière (1 ETP), 1 accueillante-éducatrice (0,3 ETP).

Logistique : soit dans les locaux du partenaire, soit dans le camion spécifiquement aménagé composé de deux espaces de consultation permettant d'organiser parallèlement des consultations avec TROD et FibroScan®.

Services :

- dépistage par TROD et buvard, examen par FibroScan®, consultation médicale dans une approche de réduction des risques, écoute et orientation ;
- soutien et accompagnement des partenaires : sensibilisation des professionnels, élaboration d'un réseau de soins VIH-hépatites efficaces de proximité ;
- création de supports pédagogiques à destination des usagers, médiation artistique, animation d'ateliers thématiques sur la santé (circulation d'une structure à l'autre des œuvres et outils créés lors des ateliers, accompagnés d'un livre d'or que chacun peut lire) ;
- accueil des professionnels lors d'interventions chez un partenaire pour mieux connaître son travail et rencontrer les autres structures.

4. LES SPÉCIFICITÉS de la sensibilisation au dépistage auprès de populations particulières d'usagers de substances psychoactives

Les migrants, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (ou HSH) et les personnes détenues ou sortant de prison méritent une vigilance accrue de la part des professionnels et le développement d'actions relevant de la démarche d'aller vers. En effet, ces trois sous-groupes d'usagers de produits psychoactifs ont pour double point commun **d'être exposés à une diffusion importante du virus de l'hépatite C et de présenter des particularités culturelles ou communautaires qui exigent une adaptation des pratiques professionnelles.**

› La sensibilisation au dépistage auprès des personnes migrantes usant de substances psychoactives



UNE VIGILANCE ACCRUE À L'ÉGARD DES PERSONNES MIGRANTES

Rapport Dhumeaux 2016

Une partie des personnes migrantes est issue de pays à forte endémie pour le VHC. Selon une estimation récente, réalisée entre 1990 et 2013 [Stanaway & al., 2016], les décès attribués à l'infection par le VHC sont particulièrement nombreux en Europe de l'Est, au Moyen-Orient, en Amérique et au Maghreb.

En France, y compris dans les territoires d'outre-mer, la prévalence de l'infection chronique par le VHC est mal connue chez les populations migrantes et étrangères. Elle est estimée à environ 50 000 personnes pour les seuls ressortissants des pays tiers, avec de grandes disparités selon les pays d'origine. En métropole, la prévalence de l'infection chronique par le VHC chez les personnes étrangères nées à l'étranger est estimée à 1,5 % d'après la recherche de l'ARN du VHC en Ile-de-France au décours d'un bilan de santé chez des personnes migrantes et étrangères [Comède, 2016].

Une attention soutenue doit être portée à la vulnérabilité sociale d'une grande partie de ces populations (pauvreté, défaut de logement, absence ou précarité de l'emploi, exclusion plus ou moins importante de la vie sociale, etc.) et aux discriminations sanitaires dont elles sont l'objet. Leur vulnérabilité relève du non octroi de couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou d'Aide Médicale de l'État (AME) et d'une exposition élevée au risque d'infection par le virus de l'hépatite C (VHC), notamment via l'usage de drogues, les relations sexuelles entre hommes, etc.

Une grande partie des migrants reçus en CAARUD et CSAPA sont originaires de pays d'Europe centrale et d'Europe de l'Est dans lesquels l'endémie d'infection par le VHC est particulièrement forte (Dhumeaux, 2016). Il convient donc de s'intéresser plus particulièrement aux spécificités de la sensibilisation au dépistage du VHC et à l'accompagnement dans l'accès aux traitements de ce public. Néanmoins, ces spécificités se retrouvent aussi, du moins en partie, chez des personnes originaires de certains pays d'Afrique et d'Asie où la prévalence du VHC est également élevée.

L'absence de politique de RDR dans les pays d'Europe de l'Est se traduit, chez les usagers de drogues qui arrivent en France, par une méconnaissance fréquente des modes de contamination par les hépatites virales et une tendance à partager, réutiliser et abandonner plus souvent le matériel d'injection dans l'espace public. Ils ont également moins le réflexe de demander ou de se servir en matériel stérile. Si l'importance de ne pas partager les seringues est bien assimilée par les usagers migrants, la possibilité de transmission des virus par la réutilisation du petit matériel et des filtres ainsi que les risques bactériens liés à la réutilisation de sa propre seringue sont moins connus. Enfin, l'histoire des rapports entre l'État et les citoyens dans leur propre pays les rend souvent méfiants envers les institutions publiques et les professionnels de santé.

Pour ceux qui maîtrisent encore mal le français, les problèmes apparaissent au moment de réaliser le bilan sanguin complémentaire au dépistage par TROD et d'engager la démarche de soin. En l'absence de traducteur ou de médiateur de santé, la personne ne comprend souvent pas

que, malgré un résultat positif au dépistage, elle ne puisse pas encore accéder au traitement faute de droits ouverts à la sécurité sociale ou à l'Aide Médicale d'État (AME). D'autre part, habituée à un fonctionnement administratif plus rapide dans son pays et ne comprenant pas la complexité des démarches en France, elle peut venir s'enquérir quotidiennement de la date prévue pour l'initiation de son traitement. Ne pas expliquer clairement ces contraintes administratives peut susciter un sentiment d'injustice et de discrimination ainsi qu'une perte de confiance, voire du ressentiment envers le professionnel ou la structure. La personne peut alors décider de solliciter une autre structure qui se heurte, à son tour, aux mêmes difficultés de compréhension.

“

On ne traduit pas mot à mot. On transfère le sens et on explique aux deux protagonistes ce qu'il se passe et ce que l'autre attend de lui. Pourquoi ici cela fonctionne comme ça alors que dans le pays d'origine, ça fonctionne autrement. Procéder de cette manière permet aux gens de mieux se comprendre et d'optimiser le temps de l'accompagnement et la prise en charge ”

GRUPE
D'EXPERTISE

« SENSIBILISER AU DÉPISTAGE DU VHC ET ACCOMPAGNER LES PERSONNES MIGRANTES VERS LE SOIN »

Au vu de ce contexte, la sensibilisation au dépistage du VHC et l'information sur l'accès au traitement de ce public requiert l'articulation de plusieurs axes de travail.

FAVORISER L'APPROPRIATION DU MATÉRIEL ET DES SAVOIRS DE RDR, notamment sur les modes de contamination aux hépatites virales et les conditions d'accès aux traitements de substitution.

- Solliciter l'aide d'usagers pairs maîtrisant suffisamment le français pour traduire l'information et s'assurer d'une bonne compréhension de l'usage et de l'utilité des différents outils, notamment le petit matériel.
- Rassurer sur l'absence de risque légal encouru à transporter du matériel de RDR sur soi.
- Comme avec le public francophone, utiliser le dépistage pour amorcer une discussion sur les pratiques d'usage et les prises de risques.
- Mettre en place, avec l'aide d'interprète(s), des ateliers de création des supports de prévention (flyers, affiches) dans les langues les plus courantes (Russe, Polonais, Tchèque, Bulgare), impliquant les personnes concernées.
- Utiliser les supports de prévention et de RDR déjà créés par d'autres structures (Aides, Axxess, Ego...).

INSCRIRE LA PROPOSITION DE DÉPISTAGE DANS UNE APPROCHE DE MÉDIATION EN SANTÉ

- Prendre le temps de **bien expliquer les étapes de l'accès au traitement du VHC** avant de procéder au dépistage : le bilan sanguin complémentaire et l'examen de la fibrose du foie pour confirmer et affiner le diagnostic par TROD, la nécessité de droits ouverts à la sécurité sociale pour réaliser ces examens et accéder au traitement, les délais des procédures d'ouverture de ces droits et d'obtention d'un rendez-vous avec l'hépatologue.
- **Ne pas proposer de dépistage tant que les conditions ne sont pas réunies pour traduire les explications** quant aux étapes suivantes de la démarche de soin. Si la personne découvre sa séropositivité, il est d'autant plus déontologiquement malvenu de la laisser sans soutien pour rechercher les informations portant sur l'accès au traitement et les démarches afférentes.

RÉFLÉCHIR EN ÉQUIPE SUR LE DISCOURS ET LA STRATÉGIE À METTRE EN PLACE avec les personnes étrangères qui ne peuvent pas avoir de droits ouverts à la Sécurité sociale pour accéder au traitement. Proposer le dépistage permet de les informer sur leur état de santé et de les sensibiliser au risque de contaminer leur entourage. Il s'agit aussi de leur apporter les explications et le soutien qui les aideront à accepter de ne pas entrer (ou pas tout de suite) dans une démarche de soin.

DÉVELOPPER LES ÉCHANGES ET LE PARTENARIAT AVEC DES CAARUD ET CSAPA travaillant avec ce public d'Europe de l'Est :

- organiser des **réunions inter-associatives** régulières pour diffuser les connaissances et construire une culture commune permettant d'adapter les messages et les pratiques professionnelles habituelles ;
- **mutualiser les moyens pour les missions d'interprétariat et de médiation sanitaire**. Les services de traduction par téléphone sont coûteux (environ 30 euros le quart d'heure) et l'absence de contact direct avec le traducteur peut nuire à la sincérité des propos que tient la personne.



INTERVENIR AUPRÈS DU PUBLIC MIGRANT USANT DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

L'exemple de Bociek, unité mobile d'intervention psychosociale de l'association Charonne (Paris)

L'équipe comprend six professionnels (5 ETP) : 4 psychologues et 2 éducateurs spécialisés.

Son intervention est organisée autour de quatre pôles linguistiques : polonophone, russophone, bulgarophone et roumanophone. Le public cible est essentiellement constitué des personnes en grande précarité issues d'Europe de l'Est, dont certaines présentent des usages problématiques de produits psychoactifs. Les pôles russo-phonie et polonophone sont les principaux pôles concernés par l'accompagnement des usagers de drogues.

L'essentiel de son activité relève de la médiation linguistique et culturelle. L'objectif est de créer du lien entre la personne migrante en grande précarité et les institutions ou structures publiques, en occupant le rôle de tiers qui transmet et explique les informations, faisant retour à chacun des interlocuteurs. La fonction de coordination du parcours de soins s'impose dans le cas de suivis pluri-institutionnels.

L'activité repose sur trois modalités d'intervention.

- 1. Des permanences** dans des structures partenaires (Espaces Solidarité Insertion (ESI), CHU, CHRS, CAARUD et CSAPA etc.). Dans chaque structure, la permanence a lieu le même jour, aux mêmes horaires, à la même fréquence ; la structure fixe le rendez-vous de la personne avec la permanence ; la personne est reçue par un binôme composé d'un professionnel de Bociek et d'un travailleur social, infirmier ou médecin de la structure.
- 2. Des maraudes** dans l'espace public.
- 3. Des interventions ponctuelles** sur sollicitation dans des CAARUD, des CSAPA, des services sociaux et des hôpitaux. Elles consistent à faire le point sur les démarches, analyser la situation, les difficultés du patient ou les problèmes du professionnel et à réfléchir ensemble aux stratégies à mettre en place. Parfois, la personne est orientée vers une permanence pour prendre le temps de discuter plus longuement avec elle.

Quand le lien est construit ou rétabli entre la personne et le service ou la structure, Bociek n'intervient plus.

> La sensibilisation au dépistage auprès des HSH usant de substances psychoactives



UNE VIGILANCE ACCRUE À L'ÉGARD DES HSH

Rapport Dhumeaux 2016

Le risque de transmission du VHC chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) est élevé *via* l'usage de drogues dites « récréatives » et/ou des pratiques sexuelles traumatiques et/ou d'insertion de matériel et/ou de *fist*. Ce risque est également plus élevé chez les HSH infectés par le VIH.

De ce fait, la probabilité de recontamination après guérison virologique par les traitements antiviraux (AAD) est importante. Il a été estimé à environ 8 pour cent personnes-années en Europe de l'Ouest chez les personnes coinfectedes par le VIH et le VHC et ayant déjà eu une hépatite C. En conséquence, **il est nécessaire de renouveler la proposition de dépistage tous les trois mois pour ce public.**

Contribution de Fred Bladou, *chargé d'action communautaire AIDES*
et de Muriel Grégoire, *médecin psychiatre CSAPA Villa Floréal d'Aix-en-Provence*

La sensibilisation au dépistage auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) et usant de substances psychoactives concerne particulièrement les personnes qui pratiquent le *Chemsex*, c'est-à-dire l'usage de produits psychoactifs en association avec des pratiques sexuelles. Le terme « Slam » désigne les pratiques d'injection dans ce même contexte. Les motivations sont multiples : augmentation de la performance, désinhibition, recherche d'intégration dans un groupe, découverte d'expériences sexuelles nouvelles facilitées par la désinhibition générée par les produits psychoactifs...

Aujourd'hui, le *Chemsex* est majoritairement décrit chez les HSH mais il est pratiqué par d'autres groupes d'utilisateurs de substances psychoactives (teuffeurs, libertins). Sur le plan de l'usage des produits psychoactifs, il est caractérisé par la poly-consommation, la multiplicité des voies d'administration (injection, inhalation, sniff et plug anal) et la prédilection pour les produits stimulants (nouveaux produits de synthèse, cocaïne, Cristal Meth). Sur le plan de la sexualité, il se distingue particulièrement par le multi-partenariat et les pratiques dites « hard » susceptibles d'induire des lésions propices aux contaminations. Parmi les pratiques les plus à risques, souvent liées à un relâchement du comportement préventif (dit « *relapse* »), figurent les rapports anaux non systématiquement protégés et le non-respect des principes de RDR dans la pratique de l'injection. De ce fait, il est souvent difficile d'identifier l'origine de la transmission du VHC (pratiques d'injection ou rapports sexuels). Cependant, beaucoup de facteurs (sociétaux, personnels ou liés à l'usage de produits puissants) se combinent et expliquent que les pratiques puissent parfois devenir envahissantes et très à risques.

Le taux de réinfection au VHC des HSH séropositifs au VIH étant de 21,8 % par personne-année à Paris (Dhumeaux, 2016), **la prévention des recontaminations après la guérison est centrale.** Néanmoins, les HSH peuvent parfois percevoir la contamination au VHC comme l'ultime limite

à laquelle ils se sont confrontés – parfois, certes, après des recontaminations. S’amorcent alors une nouvelle façon de considérer la maladie et le désir de mieux « prendre soin de soi », tout en s’inscrivant dans une prise en charge globale (psychologique, sociale, médicale) qui participera de la réduction des risques de transmission.

L’accompagnement vers le soin **des HSH vivant avec le VHC** est compliqué par deux facteurs. D’une part, ils peuvent ne pas percevoir l’intérêt des nouveaux traitements ayant encore en tête le succès mitigé et les lourds effets secondaires de l’interféron. D’autre part, lorsque aucune pathologie n’est déclarée alors qu’elles vivent avec le VHC depuis des années, les personnes peuvent avoir du mal à adhérer au discours « *test and treat* » – se faire dépister pour, le cas échéant, pouvoir suivre un traitement.

Ainsi, **la prévention des contaminations auprès des chemsexeurs doit relever d’une offre combinée de prévention sexuelle, de RDR liés à l’usage de drogues et d’information sur les nouveaux traitements**. Plutôt que les injonctions au sevrage ou au « tout capote » qui peuvent fragiliser le lien de confiance et freiner l’inscription dans une démarche de soin, il est préférable de recourir à une prévention diversifiée et combinée (dépistages + préservatifs + traitements) adaptée aux pratiques de chacun. Il s’agit de convaincre de la nécessité d’un recours aux dépistages du VIH, des hépatites et des autres infections sexuellement transmissibles tous les trimestres, de s’engager dans une mise sous traitement rapide en cas de prise de risques et d’avoir recours aux techniques innovantes de prévention bio médicalisées (Tasp, Prep, TPE). Cette approche combinée de réduction des risques implique **l’intervention de différents professionnels lors des accueils individuels et des groupes d’auto-support dans les murs de la structure** : médecins, psychologues ou psychiatres, addictologues, infectiologues.

D’autre part, **la sensibilisation au dépistage chez ce public doit particulièrement prendre en compte son exposition à une double stigmatisation** – celui d’homosexuel et celui d’usager de produits illicites. Ainsi, lorsque des *chemsexeurs* apprennent une contamination par le VHC, ils peuvent s’effondrer brutalement car ils se la représentent comme une maladie transmise par des usagers de drogues, auxquels ils refusent d’être identifiés. Chez certains, l’anxiété suscitée par la découverte d’une sérologie positive et le stigmate du « toxicomane » véhiculé par les représentations liées au VIH et au VHC peuvent renforcer les prises de risques, les conduites ordaliques (se confronter à la mort ou à la maladie pour mieux se sentir vivant, se confronter au destin et à la loi symbolique pour en sortir vainqueur) comme les conduites autodestructrices.

Cette exposition au stigmate induit une crainte du jugement des professionnels de santé, des gays non usagers de produits, de son entourage proche ou professionnel et, pour de nombreux *chemsexeurs*, de grandes difficultés à parler de leurs pratiques et de leurs prises de risques. Les **groupes d’auto-support pour les gays chemsexeurs**, tels qu’ils sont mis en place par AIDES, réduisent considérablement cette crainte d’être jugé ou incompris. Ils représentent un espace d’écoute sécurisé et bienveillant et permettent de nouer un lien social entre pairs de l’ordre de l’entraide, du soutien et de l’information.

Enfin, renforcer les compétences et les bonnes pratiques de RDR liés aux pratiques d’usage de produits psychoactifs se heurte au fait que les HSH ne s’identifient pas aux publics des CAARUD et des CSAPA et sont souvent déconnectés de la culture de réduction des risques : d’où la nécessité que ces structures développent **une démarche d’« aller vers » au sein des associations communautaires voire des lieux de rencontre** pour proposer une **éducation aux risques liés à l’injection**, mais aussi diffuser de l’information sur les interactions dangereuses possibles entre les traitements antiviraux et certaines substances psychoactives.

<https://www.aides.org/chemsex-aides-numero-urgence>



ALLER AU-DEVANT DES PERSONNES QUI PRATIQUENT LE CHEMSEX/SLAM

L'exemple du CAARUD Lou Passagin et du CSAPA Émergence (Groupe SOS Solidarités Pôle Addictions, Nice)

En 2015, l'investissement du Pôle Addictions du Groupe SOS Solidarités à Nice auprès des *chemsex* a débuté par une permanence dédiée à la réduction des risques dans les locaux de l'association LGBT. Cette permanence a permis de prendre contact avec le public concerné par les pratiques d'usage de produits psychoactifs en contexte sexuel, de faire connaître le dispositif spécialisé en addictologie, de former les acteurs de l'association LGBT aux messages de prévention associés à la distribution de matériel, et de diffuser du matériel de consommation et de l'information de réduction des risques auprès de la population de l'Association.

Cette prise de contact dans un lieu qui leur est familier a permis par la suite à certains d'entre eux d'effectuer un premier pas vers le CAARUD. Soucieux de répondre aux besoins de cette population qui ne s'identifie pas aux « usagers de drogues » et *a fortiori* aux personnes qui vivent dans des conditions de précarité, le CAARUD réserve une plage horaire de deux heures une fois par semaine en début de soirée pour faciliter la venue de ce public en ses locaux. La tranche horaire est volontairement située à ce moment de la journée, car la majorité des personnes concernées est insérée professionnellement et non disponible en cours de journée.

Actuellement, la permanence de réduction des risques au sein des locaux de LGBT a dû être arrêtée pour des raisons organisationnelles mais la permanence *Chemsex* du CAARUD est désormais identifiée par la population cible. La permanence du jeudi soir accueille ainsi chaque semaine depuis plusieurs mois une dizaine de personnes suivies au titre du *Slam* qui viennent se procurer du matériel stérile.

De nouveaux axes d'intervention ont été développés pour renforcer le contact avec cette population et leur proposer un service adapté. Les outils de réduction des risques créés par Le Kiosque et spécialement dédiés aux *chemsex* sont mis à disposition au CAARUD. Les personnes souhaitant un accueil plus « confidentiel », au titre de la réduction des risques ou du soutien psychologique, peuvent être accueillies dans les locaux du CSAPA. Le médecin addictologue propose une consultation avancée dans les locaux de l'association AIDES pendant qu'une permanence similaire au sein de l'association LGBT est en cours de discussion. Enfin, le CAARUD et l'ENIPSE travaillent conjointement pour organiser leur présence commune au sein des bars HSH, en début de soirée une fois tous les quinze jours.

› La sensibilisation au dépistage auprès des personnes détenues (ou sortant de prison) usant de substances psychoactives



UNE VIGILANCE ACCRUE À L'ÉGARD DES PERSONNES DÉTENUES

Rapport Dhumeaux 2016

En 2009, l'enquête ANRS-Coquelicot révélait que 12 % des usagers de drogues fréquentant les CAARUD et les CSAPA déclaraient s'être injecté une drogue lors d'une de leurs incarcérations et 30 % d'entre eux disaient avoir partagé leur matériel d'injection à cette occasion [Jaufret-Roustide & al., 2009].

D'autre part, selon l'enquête PREVACAR conduite par l'Institut de veille sanitaire (InVS) et la Direction générale de la santé (DGS) en 2010, 18 % des personnels pénitentiaires déclarent avoir trouvé des seringues en détention au cours des 12 derniers mois [Chemlal & al., 2012]. De même, selon l'enquête PRIDE, un tiers des soignants indiquaient avoir traité des abcès chez des détenus, sans doute liés à des pratiques d'injection [Michel & al., 2015].

PREVACAR a également estimé à 4,8 % la séroprévalence du VHC chez les personnes adultes détenues en France, soit cinq fois plus que la population générale [Chiron & al., 2013]. Cette prévalence varie en fonction de l'âge (0 % chez les 18-21 ans *versus* 11,6 % pour celle des 41-50 ans), du genre (11,8 % chez les femmes *versus* 4,5 % chez les hommes) et de l'origine géographique (5 % chez les personnes nées en France, 12,3 % chez celles dans un pays d'Europe de l'Est et 12,4 % chez celles nées en Asie). Enfin, la recherche de l'ARN viral était positive chez la moitié des détenus contaminés par le VHC. La prévalence de l'infection chronique par le VHC est donc en moyenne de 2,5 % en milieu carcéral [Semaille & al., 2013].

La sensibilisation au dépistage des personnes détenues ou sortant de prison s'inscrit dans une approche plus large de réduction des risques et des dommages qui doit **insister particulièrement sur une exposition plus élevée aux risques de contamination par le VHC en prison**. Il est nécessaire de les informer sur le fait que la prévalence du VHC chez les personnes détenues est cinq fois supérieure à la prévalence en population générale et d'attirer leur attention sur les situations particulièrement à risque qu'elles peuvent ou ont pu connaître en détention : fréquence élevée des pratiques de partage et de réutilisation de seringues (introduites illégalement ou subtilisées à l'Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire - USMP), partage des pipes artisanales utilisées pour l'inhalation de crack/free-base mais aussi pratiques de tatouages et piercings avec du matériel non stérile et partage d'objets de la vie quotidienne (rasoirs, ciseaux, brosses à dents).

LA SENSIBILISATION AU DÉPISTAGE ET AU RISQUE D'INFECTION EN PARTENARIAT AVEC LES ÉTABLISSEMENTS PÉNITENTIAIRES

À défaut de pouvoir mettre en place un programme d'échange de seringues (aucun décret d'application ne permet actuellement sa mise en œuvre, pourtant évoquée dans la Loi de modernisation de la Santé parue en janvier 2016), l'information sur les modes de contamination

au VHC et la sensibilisation au dépistage en milieu carcéral ne peut que passer par une stratégie articulant deux axes essentiels.

- La diffusion de messages de prévention et de RDR liés à l'usage de produits psychoactifs, à la pratique du tatouage et du piercing et à l'utilisation de matériel de la vie quotidienne.
- La mise à disposition de flyers de prévention et de RDR, de « roule-ta-paille », de sérums physiologiques, de feuilles d'aluminium (pour l'inhalation pulmonaire), de préservatifs et de gels lubrifiants.

Pour faciliter et pérenniser cette stratégie, il est préférable d'inscrire sa mise en œuvre dans le cadre d'une **convention de partenariat**, signée par l'administration pénitentiaire, l'USMP et le CSAPA ou le CAARUD. Elle précisera les objectifs et les modalités de l'intervention du CSAPA ou CAARUD, notamment sur le type de matériel de RDR mis à disposition afin de rassurer le personnel pénitentiaire quant à l'absence de matériel d'injection.

Cette stratégie doit également veiller à **proposer des modalités de sensibilisation différentes et complémentaires**, dans la mesure où certaines personnes privilégient le colloque singulier avec le professionnel, d'autres préfèrent s'adresser à lui de façon plus impersonnelle au sein d'un groupe de pairs et d'autres encore ne souhaiteront ou n'oseront pas le faire. En outre, dans le contexte de promiscuité de la prison, il importe d'autant plus de respecter le souci de discrétion des personnes vis-à-vis de leurs codétenus en ce qui concerne leurs pratiques d'usage de produits et leurs pratiques sexuelles (en cellule, au parloir, lors des sorties).

- Il s'agit de développer la **sensibilisation individuelle au dépistage** dans le cadre de la consultation médicale ou infirmière à l'USMP.
 - La proposition systématique de dépistage lors de la consultation médicale d'entrée en détention doit s'inscrire dans un **entretien de RDR** avec la personne, pendant lequel sont abordés ses prises de risques liés à l'usage de produits, les modes de contamination du VHC et l'exposition accrue à la contamination aux hépatites virales en prison.
 - Les médecins et les infirmiers, formés à l'approche de RDR, mettent en permanence à disposition des flyers de prévention et des outils de réduction des risques, y compris dans le cadre des consultations sans lien avec l'usage de produits ou les hépatites virales.
 - La proposition de dépistage est renouvelée régulièrement durant le temps de détention, soit au moins tous les six mois pour les personnes qui prennent des risques (usage de produit psychoactif, tatouage, piercing).
- Il s'agit également de mettre en place des **groupes de paroles** pour proposer une **sensibilisation collective au dépistage et informer sur les techniques de dépistage, les traitements des hépatites virales et le parcours de soin**.
 - Un groupe de paroles peut aborder la thématique « **consommations de produits psychoactifs** » tandis qu'un autre se centrera sur le thème « **tatouages et piercings** ».
 - Une **co-animation** par un professionnel du CAARUD ou du CSAPA et un professionnel de l'USMP renforce le partenariat et favorise la circulation de l'information entre les deux structures. De même, un **binôme de professionnels exerçant dans des domaines différents** (par exemple, un éducateur spécialisé et un infirmier) permet de proposer une approche croisée des pratiques et de prendre en compte les préférences des personnes à s'adresser à l'un ou à l'autre.
 - La discussion peut être conduite à partir de **scénarios de prises de risques** qui évitent aux personnes d'avoir à parler de leurs expériences personnelles devant leurs codétenus. Les professionnels exposent une situation synonyme de risques de

contamination liés à l'usage de produits psychoactifs, à des accidents d'exposition au sang ou à des rapports sexuels, afin d'amener les participants à verbaliser leurs connaissances et leurs méconnaissances sur les risques et d'y répondre point par point.

- En fin de séance, il peut être remis à chaque participant des **enveloppes de RDR** (pour la discrétion) contenant des flyers d'information, des « roule-ta-paille », des sérums physiologiques, des feuilles d'aluminium, des préservatifs, des gels lubrifiants. Ceci leur laisse le temps de mieux s'approprier l'information et leur permet de réduire concrètement leurs prises de risques. De plus, cela favorise la diffusion de l'information et la sensibilisation au dépistage auprès de détenus qui ne participent pas au groupe, élevant ainsi plus rapidement le niveau de connaissances collectif à l'intérieur de la prison mais aussi à l'extérieur, au sein de leur entourage proche.
- Ces groupes constituent aussi un **outil d'orientation vers l'USMP** en cas de doute sur le statut sérologique : ils favorisent l'identification des risques pris et l'expression d'une demande de dépistage. Ils représentent aussi une opportunité pour inciter à aller chercher les résultats du dépistage, notamment pour les détenus qui ne se rendent pas régulièrement à l'USMP, n'ayant pas de traitement à y récupérer. Enfin, ils permettent un travail de déconstruction des représentations chez des personnes qui ont connu les anciens traitements, qui peut les convaincre de suivre les nouveaux.

MAINTENIR LE LIEN AVANT L'ENTRÉE EN DÉTENTION ET APRÈS LA SORTIE

Afin d'éviter les perdus de vue, l'équipe informe systématiquement les personnes qui viennent déjà au CAARUD ou au CSAPA et vont entrer en détention de l'existence de groupes de parole RDR dans la maison d'arrêt ou le centre pénitentiaire. Inversement, les animateurs du groupe de parole informent systématiquement les personnes qui vont sortir de prison de l'existence du CAARUD ou du CSAPA. L'intervention en prison constitue ainsi un levier efficace pour atteindre des personnes qui ne fréquentent pas le dispositif spécialisé.

De même, lorsque le dépistage effectué conclut à une sérologie positive, il est préférable d'ajuster l'initiation du traitement à l'échéance de fin de détention (c'est le cas le plus fréquent). Les sorties de détention peuvent compliquer la continuité du soin de l'hépatite C : ces sorties étant souvent inopinées, l'USMP et le CSAPA référent doivent être vigilants quant à l'orientation du patient vers des structures extérieures pour assurer la continuité des soins.

UNE ÉTUDE MENÉE EN 2015 MONTRE QUE LA PRISE EN CHARGE DE L'HÉPATITE C S'ORGANISE EN MILIEU CARCÉRAL, MALGRÉ LES CONTRAINTES PÉNITENTIAIRES ET SANITAIRES ET LES DISPARITÉS ENTRE LES USMP (REMY, CANVA, CHAFFRAIX & al., 2017)

Soixante-quatre unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) représentant 39 % de la population carcérale ont répondu à cette enquête déclarative. Le dépistage était effectif pour 70 % des détenus, avec un rendu systématique des résultats dans 72 % des USMP.

Les méthodes non-invasives d'évaluation de la fibrose hépatique étaient réalisées dans 84 % des USMP, et 56 % des USMP bénéficiaient d'une consultation spécialisée sur site ; 66 % des USMP ont initié au moins un traitement par antiviraux à action directe (AAD) en 2015, et 130 patients ont été traités. Un programme d'éducation thérapeutique existait dans 16 % des USMP. Ces données témoignent de la mobilisation des USMP autour du dépistage et de la prise en charge des hépatites virales.

ORGANISER LE SOIN DANS UNE APPROCHE GLOBALE

L'implication des CAARUD et des CSAPA aux côtés des professionnels médicaux de l'hépatologie et de la gastro-entérologie vise particulièrement à pallier les nombreux freins à l'engagement dans une démarche de soin observés chez les personnes qu'ils reçoivent. Celles-ci peuvent être très réticentes à se rendre dans un laboratoire d'analyse ou dans une consultation hospitalière, de crainte d'y être mal reçues, incomprises et jugées.

C'est notamment le cas des personnes en très grandes difficultés sociales et sanitaires, très éloignées des institutions et/ou souffrant de troubles psychiatriques, qui peinent souvent à s'adapter au rythme, aux codes et aux contraintes des services de santé. Elles peuvent vite y ressentir un profond mal-être, générateur de tensions avec le personnel soignant et les autres patients, et propice à une rupture de la démarche de soin.

L'organisation du soin de l'hépatite C doit donc s'inscrire dans une approche globale situant la maladie dans une histoire de vie et un projet de guérison. La maladie et la guérison relèvent d'une expérience dynamique et globale que la personne va devoir intégrer dans son quotidien et qui va avoir des répercussions psychologiques et sociales d'ampleur variable. Ainsi, il est nécessaire de mobiliser une équipe pluridisciplinaire (médecins, infirmiers, travailleurs socio-éducatifs) qui travaille en concertation continue et aborde avec le patient autant la pathologie que les dimensions relatives à l'usage des produits psychoactifs et à sa vie personnelle et sociale.

1. LE TRAITEMENT DE L'HÉPATITE C EN 2018



►► **Le traitement par AAD est toujours aujourd'hui sur prescription hospitalière par un médecin hépato-gastro-entérologue, interniste ou infectiologue. Au moment de la rédaction de ce guide l'instruction du 3 août 2017 disponible sur http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/08/cir_42484.pdf fixe le cadre réglementaire actuel.**

Contribution de Frédéric Chaffraix et du Pr Michel Doffœl, Service Expert de Lutte contre les Hépatites Virales d'Alsace (SELHVA), pôle hépato-digestif. Nouvel Hôpital Civil, Hôpitaux universitaires de Strasbourg.

Après dix ans de bithérapie pégylée (interféron pégylé et ribavirine) le traitement de l'hépatite C a progressé de façon majeure avec l'arrivée des Antiviraux à action directe (AAD) en 2014. Il s'agit d'un traitement simple, administré sous forme de comprimés (associant deux ou trois antiviraux différents), en une prise unique par jour, de durée limitée (huit à douze semaines), bien tolérés et très efficaces.

Depuis la fin de l'année 2016, le traitement est universel. Il est indiqué chez tous les patients quelle que soit la sévérité de la maladie hépatique, c'est-à-dire le degré de fibrose (cicatrices dans le foie).

Le traitement permet d'arrêter rapidement la multiplication du virus avec une négativation de l'ARN viral (charge virale ou taux de virus dans le sang). **La guérison, obtenue chez plus de 95 % des patients, peut être affirmée trois mois après l'arrêt du traitement** si l'ARN viral est toujours négatif. Nous pouvons ainsi parler de guérison virologique.

Le traitement de l'hépatite C s'intègre dans une prise en soin globale, médico-psycho-sociale, notamment chez les usagers de substances psychoactives des CSAPA/CAARUD, en prenant en compte les comorbidités (alcool, obésité, diabète, troubles psychiatriques) et la prise d'autres médicaments. En effet, il existe des interactions médicamenteuses potentielles avec les AAD répertoriées sur le site Internet dédié (<https://www.hep-druginteractions.org/>). Le traitement substitutif par méthadone ou buprénorphine ne pose pas de problème.

Auparavant, le choix du traitement par AAD était conditionné par le génotype viral (six variétés de virus classées de 1 à 6). Désormais, les AAD de dernière génération sont pangénotypiques, c'est-à-dire qu'ils sont efficaces sur tous les génotypes.

La durée du traitement est fonction du degré de fibrose hépatique : huit semaines en l'absence de cirrhose et douze semaines en présence d'une cirrhose, la cirrhose constituant le stade ultime d'évolution de la fibrose.



LES DIFFÉRENTS TRAITEMENTS SONT PRÉSENTÉS SUR LA « PLATEFORME HÉPATANTE »

RÉALISÉE PAR SOS HÉPATITES FÉDÉRATION ci-après

<http://www.soshepatites.org/plateforme/hepatite-c/traitements/> ou dans le livret « C mon traitement »

http://www.soshepatites.org/wp-content/uploads/2018/01/C-Mon-Traitement_V3-2018.pdf.



L'accompagnement du patient pendant le traitement a pour but de déceler d'éventuels effets indésirables qui sont le plus souvent mineurs (maux de tête, fatigue, troubles du sommeil et troubles digestifs, perte d'appétit...) et de contrôler l'observance, en particulier chez les patients dépendants à l'alcool ou en situation psychiatrique. Il peut faire appel à un(e) infirmier(e) d'Éducation Thérapeutique (ETP).

La surveillance médicale après le traitement doit être maintenue si l'élimination du virus ne s'accompagne pas d'une amélioration de la fibrose et si les comorbidités persistent. Ainsi chez les patients qui restent cirrhotiques, il existe un risque résiduel de complication de type cancer du foie. Toutefois ce risque est nettement diminué par rapport à un patient qui n'aurait pas reçu de traitement antiviral.

En éliminant le virus, le patient ne sera plus contaminant. Néanmoins les mesures de RDR sont toujours préconisées pour éviter une éventuelle recontamination.

Source : recommandations AFEF Mars 2018 – www.afef.asso.fr

MARS 2018 : ACTUALISATION DES RECOMMANDATIONS DE L'AFEF POUR LA PRISE EN CHARGE D'UNE HÉPATITE C CHRONIQUE

L'Association Française pour l'Étude du Foie, société savante, a actualisé ses recommandations qui, à l'heure d'impression de ce guide, ne sont pas encore déployées pour la prise en charge du traitement. L'AFEF propose un parcours simplifié : après confirmation d'une hépatite C chronique, élimination d'une fibrose hépatique avancée et de comorbidités, le traitement par antiviraux à action directe pourrait être prescrit et suivi par un médecin généraliste en ville (ou en structures) en privilégiant les deux traitements pangénotypiques. Cette ouverture participerait au renforcement de parcours de soin de proximité. Toutefois, il faut l'envisager dans le cadre de réseau de support avec les services d'hépatologie, dont les services experts de lutte contre les hépatites virales (SELHV), qui pourraient appuyer la formation, l'organisation des soins localement, voire assurer des consultations spécialisées dans les structures pour les patients en stade avancé ou complexe non éligibles au parcours simplifié.



2. ACCOMPAGNER LA PERSONNE avant et pendant le traitement

Le point sensible et indépassable de la mise sous traitement reste la couverture par l'assurance-maladie puisqu'une partie des patients peuvent ne pas avoir de droits à jour ou ne pas répondre aux critères ouvrant aux droits. L'accompagnement physique dans les services d'analyse et de consultation médicale ainsi que le soutien à l'observance du traitement constituent deux autres aspects importants de l'approche globale destinée aux personnes qui s'engagent dans une démarche thérapeutique.

LA RÉUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE (RCP) : DÉSORMAIS SEULEMENT PRÉCONISÉE DANS LES CAS COMPLEXES



« Les RCP regroupent autour d'un coordinateur, hépato-gastro-entérologues, infectiologues, internistes, virologues, pharmaciens, professionnels de santé en charge de l'éducation thérapeutique et, en fonction des centres experts, attachés de recherche clinique, éducateurs, assistantes sociales, médecins généralistes, médecins exerçant en CSAPA, en CeGiDD ou en USMP. » (Dhumeaux, 2016).

« Elles sont organisées chaque mois au minimum et ont pour objectif d'aider les soignants à une prise en charge optimale du patient. »

La soumission des dossiers des patients consommateurs de produits psychoactifs à cette commission était auparavant obligatoire. Aujourd'hui, avec l'universalisation de l'accès aux traitements, elle est seulement recommandée dans les « cas complexes ».

« Ces cas complexes sont les patients en échec d'un précédent traitement par antiviraux à action directe (AAD), hémodialysés ou insuffisants rénaux, en attente de transplantation d'organe, transplantés d'organe, ayant une cirrhose décompensée, ayant une addiction en cours ou une pathologie associée nécessitant un traitement pouvant interférer avec la prise en charge de l'hépatite C. »

Cependant, l'intérêt de la RCP ne réside pas uniquement dans sa fonction d'instance de validation de l'accès au traitement. C'est aussi un lieu d'échange et d'analyse de pratiques, de maintien et de renforcement du travail en réseau, de circulation d'informations entre les structures, notamment en ce qui concerne les patients qui ont été « perdus de vue » et ceux qui ont été « retrouvés » dans d'autres files actives.

Elle permet également au médecin hépatologue de mieux connaître les patients qu'il n'a pas encore rencontrés. Plus généralement, elle familiarise le personnel hospitalier avec la personnalité, la situation, l'état de santé, les ressources et les difficultés de chaque patient. Elle peut donc rassurer les soignants en les aidant à anticiper les difficultés qu'ils pourront rencontrer avec certains patients.

› La vigilance sur l'ouverture des droits à l'assurance-maladie

Un grand nombre d'entrées en traitement échouent, non du fait de réticences des personnes à se faire soigner, mais bien parce que leurs droits à l'assurance-maladie ne sont pas ouverts.

“

GRUPE
D'EXPERTISE
« ORGANISER LE SOIN EN UNITÉ DE LIEU »

Le plus gros frein que l'on rencontre pour permettre aux gens d'accéder au traitement, c'est clairement l'ouverture des droits à l'assurance maladie. Il y a une quantité importante de situations qui s'arrêtent à ce moment-là.

”

Une fois le dépistage et les bilans pré-thérapeutiques réalisés, patients et professionnels sont souvent confrontés à la lenteur et à la complexité des démarches à accomplir : délai pour obtenir le transfert de dossiers lorsqu'une personne résidait dans une autre région, nombre important de pièces administratives manquantes à faire refaire... Certaines personnes peuvent également craindre des problèmes judiciaires si elles « réapparaissent » dans le viseur de l'administration. Lorsque ces obstacles se cumulent avec des difficultés à honorer les rendez-vous, l'ouverture des droits peut s'avérer être un parcours semé de telles embûches que des personnes jusque-là motivées pour se soigner se découragent.

D'où la nécessité d'une veille constante sur ces droits. Dès l'inclusion de la personne dans la file active de la structure, c'est-à-dire **bien en amont** de sa demande de dépistage, il est primordial de mettre systématiquement en œuvre des démarches d'ouverture de droits ou d'engager avec elle un travail lui permettant de s'extraire d'une situation administrative complexe.

Anticiper l'accès aux droits est particulièrement important pour que les patients entretiennent des rapports sereins avec le médecin hépatologue. Cela constitue une véritable charge mentale et un frein à la prescription pour ces spécialistes lorsqu'ils reçoivent un patient pour une première visite et qu'ils constatent que tout reste à faire sur le plan administratif.



CRÉER UNE CELLULE D'APPUI TECHNIQUE INCLUANT UN LIEN RESSERRÉ AVEC LA CPAM

L'exemple de « Tremplin VHC » mis en œuvre
par le CAARUD Intermède (Clémence Isaure, Toulouse)



Tremplin VHC est une commission pluridisciplinaire, ou cellule d'appui technique, visant à favoriser la mise sous traitement des personnes atteintes par le VHC.

Elle vise à :

- faciliter la mise sous traitement des personnes éloignées des dispositifs de soin ;
- lever les freins aux engagements dans le traitement tel que relevés dans le rapport Dhumeaux (2016) ;
- coordonner la prise en charge médico-psycho-sociale des situations dites « complexes » ;
- appuyer les professionnels en prise avec des situations complexes et travailler sur leurs éventuelles réticences ;
- préparer la RCP ;
- favoriser l'implication des personnes concernées et leur choix et consentement éclairé en réfléchissant avec elles à trois questions sur la mise en œuvre de leur traitement : quand ? Pourquoi ? Comment ?

Cette cellule de soutien est partenariale et ouverte à tous ceux qui sont confrontés à des situations cliniques et/ou sociales nécessitant un regard pluriel et transdisciplinaire. Elle permet une concertation étendue aux structures sociales souvent éloignées des questions relatives à l'accompagnement aux soins de l'hépatite C (CHRS, CHU, Accueil de jour, Samu social et autres), ainsi que l'élaboration de solutions de prise en charge. Elle fait également levier pour soutenir d'autres problématiques sociales ou de santé. Elle n'est pas une instance de validation du traitement.

Notamment, le partenariat resserré avec la CPAM rend possible une ouverture de droit directe, grâce à la mise à disposition d'une ligne « urgence » – sauf pour les étrangers pour lesquels le processus est plus complexe.

Les participants à cette cellule sont : l'assistante de service social, une infirmière, un éducateur du CAARUD, des médecins addictologue partenaires et autres partenaires intéressés, un hépato-gastro-entérologue à l'origine du projet et sont invités des associations de support aux usagers de drogues, l'équipe, le médecin généraliste ou le pharmacien ayant orienté la personne vers la commission, des pharmaciens pour les questions relatives aux interactions médicamenteuses et aux rétrocessions de traitement, ainsi que l'usager concerné s'il le désire.

La cellule peut être sollicitée par les CAARUD, les CSAPA, les ELSA, les médecins généralistes, les CHRS, les CHU, les accueils de jour, les services de soin, les EMSS out tout autre services médicaux et/ou sociaux.

En réunion deux fois par trimestre, la commission est mobilisée sur demande d'étude de cas quinze jours avant sa tenue et envoi d'une fiche de renseignement anonyme. Après sa réunion, la cellule rédige un rapport accompagné de propositions, qui est communiqué à la personne concernée et/ou au professionnel qui l'a orientée.

› L'accompagnement physique dans les services d'analyse et de consultation médicale

La médiation en santé est un champ de compétences spécifiques défini récemment par un référentiel national⁽¹⁾. L'accompagnement physique du patient dans les services d'analyse médicale et les consultations (par un professionnel ou un bénévole) relève de cette activité de médiation dans la mesure où il facilite ses relations et le dialogue avec les professionnels de santé ainsi qu'avec le personnel administratif.

L'enjeu de ces accompagnements est de raccourcir au maximum le délai entre la découverte d'une sérologie positive et la prise de rendez-vous avec l'hépatologue ou le début du traitement mais aussi de réduire le risque d'une interruption de la démarche de soin.

Ils permettent aussi de pallier les problèmes cognitifs de concentration, de compréhension et de mémorisation des informations. Le professionnel note ce qui est dit par le médecin ou le personnel administratif et peut ainsi réexpliquer ou rappeler en temps voulu des informations, des prises de décision et des rendez-vous.

Les accompagnateurs peuvent être des travailleurs sociaux, des infirmiers ou des médiateurs de santé. La nomination d'accompagnateurs sur le modèle du référent hépatites virales (cf. Partie I, page 27) favorise une dynamique partenariale autour des personnes les plus en difficulté pour se mobiliser d'elles-mêmes dans le soin.

À l'hôpital, pour faciliter l'interface avec le personnel administratif et le personnel soignant, des « billets coupe-file » peuvent être mis en place pour éviter que la personne ne perde patience et s'en aille avant la consultation. Le professionnel peut accompagner systématiquement les patients à la pharmacie hospitalière lors des premières fois. Dans certains cas, il suffit d'un seul accompagnement pour faciliter le contact.

› Le soutien à l'observance du traitement

La mise sous traitement VHC étant rarement urgente (le pronostic vital est rarement engagé), respecter la temporalité de la personne (le fait que ce soit ou pas le « bon moment » pour elle) réduit le risque d'interruption du traitement. Ceci implique d'être attentif à de petits indices révélateurs de sa motivation – demandes d'informations, rendez-vous honorés, demandes administratives, désir d'en discuter...

Étayer la personne dans l'observance peut nécessiter de l'aider à s'estimer comme « méritant » d'être soignée. D'où l'importance de l'attention, de la bienveillance, de gestes et de contacts physiques (lui serrer la main, l'entourer d'un bras...). En l'occurrence, ce soutien se fait dans une logique d'efficacité du soin mais également dans une logique de valorisation de la personne et de son engagement dans la démarche de soin, surtout si elle a déjà échoué à suivre un traitement auparavant.

Parmi les nouveaux traitements par AAD, seulement 4 % échouent : il suffit de 5-6 jours d'interruption pour réduire leur efficacité. Les personnes les plus susceptibles de mal observer le traitement souffrent souvent de comorbidités psychiatriques ; plus rarement, il peut s'agir de personnes sans logement et au rythme de vie très instable. Ces deux profils (parfois cumulés) sont aussi ceux qui demandent le plus souvent une délivrance accompagnée du traitement. Les soutenir suppose des appels téléphoniques ou des discussions régulières pour savoir comment le traitement se déroule (si elle parvient à être observante, comment elle vit le traitement et le rapport avec les professionnels de santé...).

(1) https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2801497/fr/la-mediation-en-sante-pour-les-personnes-eloignees-des-systemes-de-prevention-et-de-soins

L'accompagnement du patient pendant le traitement a également pour but de déceler d'éventuels effets indésirables le plus souvent mineurs (maux de tête, fatigue, troubles du sommeil et troubles digestifs, perte d'appétit, ...) mais qui peuvent générer une mauvaise observance.

Selon les cas, il peut être fait appel à un(e) infirmier(e) formée à l'Éducation Thérapeutique (ETP). De manière générale, les nouveaux traitements étant relativement faciles à supporter et à suivre, **l'éducation thérapeutique devra cibler les patients les plus fragiles.**

L'hébergement en appartement thérapeutique est moins essentiel qu'auparavant pour garantir une bonne observance du traitement mais il peut cependant apporter un soutien important, voire indispensable pour certains patients. En outre, associer la mise sous traitement et l'accès à un hébergement peut permettre une nette amélioration de l'état général, du point de vue de la santé physique comme de la santé psychique. Dans ces cas, la garde des chiens est parfois un réel obstacle à l'acceptation de l'hébergement puisque cela impliquerait de les confier à des connaissances ou à un chenil. Il importe donc de réfléchir avec la personne concernée à des modes de garde du (des) chien(s) et de l'accompagner dans l'acceptation de cette solution.



UNE DÉLIVRANCE ACCOMPAGNÉE ET À LA CARTE POUR FACILITER L'OBSERVANCE DU TRAITEMENT

Pour soutenir l'observance du traitement, il peut être convenu avec la personne de :

- coupler la délivrance avec celle du traitement de substitution aux opiacés (TSO) ou d'autres traitements médicaux, notamment ceux prescrits pour les comorbidités psychiatriques ;
- définir un rythme de délivrance qui corresponde à son rythme de visite à la structure (quotidien, deux fois/semaine, une fois tous les quinze jours) de telle sorte qu'elle ait la liberté de ne pas y venir si elle n'en a pas envie, tout en poursuivant son traitement ;
- définir le rythme de délivrance en fonction de son état de santé physique et psychique ;
- délivrer des comprimés pour quelques jours en fournissant un pilulier ;
- pour les personnes les plus fragiles, outre la délivrance en structure, il peut être proposé que l'équipe leur apporte le médicament si elle constate qu'elles ne sont pas venues le chercher au moment convenu. Cela suppose qu'elles l'aient clairement accepté auparavant, pour ne pas se sentir confrontées à une injonction de soin.

3. L'UNITÉ DE LIEU comme condition idéale de réussite pour l'accompagnement du dépistage à la guérison

L'unité de lieu raccourcit voire abolit les délais entre chaque étape du parcours de soin. Cela consiste à mettre en place un « guichet unique » qui regroupe, au sein d'un CSAPA ou d'un CAARUD, l'ensemble des composantes de la prise en charge des hépatites virales : prévention, dépistage, FibroScan®, consultation d'hépatologie, mise en place et suivi du traitement. À Bordeaux, l'une des premières expériences en CSAPA/CAARUD organisée autour d'un FibroScan® avait contribué à démontrer l'intérêt majeur de l'unité de lieu (Foucher & al., 2009), démonstration confirmée par des expériences conduites ultérieurement dans d'autres CSAPA en France (Reynaud-Maurupt, Foucher & de Lédighen, 2015).

Le fonctionnement en unité de lieu facilite la prise en charge de l'hépatite C car les personnes sont déjà habituées à venir régulièrement au CAARUD ou au CSAPA pour leur accompagnement en addictologie et l'accès à des ressources de RDR. Il permet aux équipes de mieux prendre en compte les contraintes et les angoisses dont sont synonymes l'annonce de la maladie et la mise sous traitement mais aussi de travailler plus facilement avec l'hépatologue. En l'occurrence, la prescription conjointe d'un traitement de substitution facilite l'observance du traitement de l'hépatite C (Dhumeaux, 2016 ; Schaefer, Heinz & Backmund, 2004).

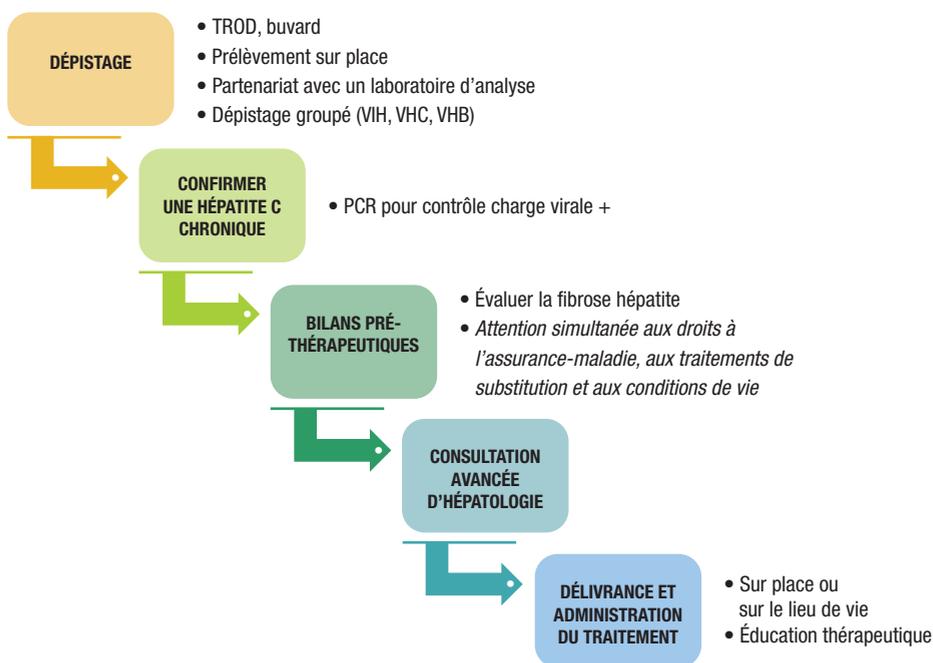
L'unité de lieu optimise la rapidité d'accès au traitement après le dépistage et la qualité de suivi du patient. Elle permet aussi d'augmenter rapidement le nombre de personnes traitées.

- Par rapport au dépistage sur ordonnance dans un laboratoire, elle accroît rapidement le nombre de personnes dépistées.
- Elle limite considérablement les cas de dépistage d'une sérologie positive non suivis d'une démarche de soin car elle contourne les réticences des personnes à se rendre dans les services d'analyse médicale et les consultations hospitalières d'hépatologie ou de gastro-entérologie.
- En supprimant ou limitant la mobilité vers différents services et professionnels de santé et en diminuant les délais entre chaque étape, elle réduit amplement les ruptures de la démarche de soin.

En fait, l'organisation en unité de lieu la plus avancée relève de l'approche que les anglo-saxons appellent « test and treat ». Intégrant aussi le principe de l'unité de temps, cela consiste à débiter un traitement dans les jours, voire les heures, qui suivent le premier acte de dépistage. Le patient peut être dépisté par un TROD (15 minutes), puis peut s'ensuire la recherche de l'ARN+ (dans l'attente des TROD moléculaires, prise de sang ou buvard) ainsi qu'une mesure d'évaluation de la fibrose hépatique par FibroScan® (10 minutes), une recherche des interactions médicamenteuses, et enfin, dès la confirmation de l'ARN positif attestant du caractère chronique de l'hépatite, une prescription et un démarrage du traitement.



ÉTAPES DE L'ORGANISATION DU SOIN EN UNITÉ DE LIEU AU SEIN D'UNE MÊME STRUCTURE CSAPA ET/OU CAARUD



Si les expériences d'unité de lieu sont de plus en plus fréquentes en CSAPA, elles restent encore très minoritaires dans les CAARUD. **Pourtant, ceux qui les ont mises en place attestent que cette organisation du soin y est tout à fait réalisable à partir du moment où un infirmier et/ou un médecin est présent dans l'équipe.**

> Le dépistage

Beaucoup de personnes suivies en CSAPA et/ou CAARUD apprécient que la sérologie puisse être réalisée sur place, à la demande et sans rendez-vous, dans ce lieu qu'elles ont l'habitude de fréquenter : **le prélèvement sur place génère un taux de récupération de résultat des dépistages d'autant plus élevé.**

Il est important cependant de **maintenir une palette d'outils de dépistage**, pour répondre à toutes les préférences et réduire ainsi son caractère angoissant : TROD et buvards, prélèvement sanguin sur place (impliquant un plateau technique adéquat) mais aussi orientation vers un laboratoire d'analyse partenaire.

Toutefois, pour tout prélèvement sanguin, il est essentiel de **travailler avec les équipes sur les postures relatives à l'auto-prélèvement** : dans quelles circonstances peut-on le suggérer ? Ou à l'inverse refuser une demande d'auto-prélèvement ? Sur la base de quelles règles peut-on le mettre en place ?



► DÉFINIR LE SITE DE PIQÛRE AVEC L'USAGER OU, SI NÉCESSAIRE, PROPOSER L'AUTO-PRÉLÈVEMENT

L'expérience traumatique de prélèvements sanguins antérieurs ou la crainte que le prélèvement de dépistage soit douloureux peuvent être des freins à la demande de dépistage et à l'entrée dans la démarche de soin. À l'inverse, les personnes parlent

entre elles : un prélèvement qui s'est bien passé encourage d'autres demandes de dépistage. Pour celles dont le capital veineux est très abîmé et/ou pour lesquelles il est difficile de trouver une veine susceptible d'être piquée, il peut donc être préférable de les laisser elles-mêmes piquer la veine.

De plus, l'auto-prélèvement peut être une opportunité pour l'infirmier d'engager une discussion sur la RDR liés au choix des sites d'injection et à la manipulation du matériel d'injection.

Deux règles doivent être respectées :

- **l'infirmier supervise l'acte pour prévenir tout problème et interdire l'utilisation de certains sites (comme la jugulaire) ;**
- **c'est l'infirmier qui manipule les tubes de prélèvement.**

Reste que l'auto-prélèvement n'est souvent pas nécessaire dès lors que l'infirmier construit une relation de confiance avec la personne, qu'il écoute et respecte le sens qu'elle donne à sa pratique d'injection et surtout qu'il négocie/détermine avec elle les sites possibles de piqûres.

Dans le cas d'un état veineux très dégradé, le prélèvement sanguin peut vite devenir douloureux pour le patient et stressant pour l'infirmier. Aussi est-il préférable de **procéder à un prélèvement suffisant pour faire tous les bilans et éviter ainsi d'avoir à le renouveler**. Cela implique toutefois un risque accru de « veine qui lâche », événement qui peut être effrayant pour la personne comme pour le professionnel. Une structure qui s'investit dans le prélèvement sanguin sur place doit donc prioriser l'achat de matériel de prélèvement adapté aux veines fragiles ainsi que la formation du personnel infirmier au prélèvement sanguin chez ce public.

› La confirmation de l'hépatite chronique par PCR, FibroScan® et autres examens pré-thérapeutiques

Lorsqu'elle est dépistée par TROD, la sérologie positive au VHC doit être confirmée par la recherche de l'ARN+. Cette analyse, appelée PCR, permet de diagnostiquer l'existence d'une hépatite C chronique et le besoin de traitement : seules les personnes souffrant d'une hépatite chronique doivent s'engager dans une démarche thérapeutique.

La structure qui s'est dotée du matériel requis pour les prélèvements sanguins de dépistage peut réaliser les bilans sanguins pré-thérapeutiques et réduire ainsi les délais que cette étape implique lorsqu'elle est conduite à l'extérieur (en laboratoire), ce qui limite le nombre de personnes perdues de vue dans ce laps de temps.

Ces bilans sanguins, logiquement prescrits par le médecin hépatologue, peuvent être anticipés dans le cadre d'un CSAPA ou d'un CAARUD grâce au **principe de la coopération interprofessionnelle**.



COOPÉRATION INTERPROFESSIONNELLE : MODE D'EMPLOI

L'expérience de l'équipe mobile hépatites du centre hospitalier de Perpignan au CSAPA Aline Vinot (Perpignan)

La coopération interprofessionnelle (anciennement nommée « délégation de tâche ») permet la réalisation par un non médecin (appelé « délégué ») d'un ou de plusieurs actes médicaux en lieu et place d'un médecin (appelé « déléguant »). Elle requiert la mise en place d'un protocole qui est nominatif pour le(s) délégué(s) et le(s) déléguant(s).

La procédure est chronophage pour l'équipe qui met en place le protocole initial car la validation du protocole par la Haute Autorité de Santé (HAS) peut durer plusieurs années.

Cependant, une fois validé par l'HAS, il peut être appliqué en région après :

- 1/ autorisation d'application du protocole par un arrêté de l'ARS ;
- 2/ dépôt d'un dossier de demande d'autorisation par une équipe différente de celle qui l'a conçu *via* le site COOP-PS (<https://coopps.ars.sante.fr/coopps/init/index.jsp>) ;
- 3/ validation par l'ARS *via* un nouvel arrêté.

Les opérateurs intéressés peuvent donc chercher les protocoles déjà validés par l'HAS, les adapter à leur service puis les soumettre à leur ARS.

Il faut noter que cette déclinaison en région ne permet aucune modification du protocole initial.

L'équipe mobile hépatites du centre hospitalier de Perpignan a appliqué le protocole du centre hospitalier de Saint-Brieuc depuis septembre 2014 qui permet la réalisation et le rendu de résultats par un infirmier de la mesure indirecte de fibrose hépatique par FibroScan®. Jusque-là, l'examen ne pouvait être réalisé qu'en milieu hospitalier.

Le processus de mise en place s'est fait en trois mois. Aujourd'hui, une journée par semaine, l'infirmier est présent au CSAPA Aline Vinot (Perpignan) pour réaliser cinq à sept FibroScan®, mais aussi des TROD VHC, VHB, VIH et des séances d'éducation thérapeutique.

Deux exemples de protocoles autorisés et transposables en région :

- mesure de l'élastométrie du foie avec l'appareil de mesure FibroScan® par un infirmier ;
- prescription et réalisation de vaccinations et de sérologies, remise de résultats de sérologie, par un infirmier.

Si la structure dispose d'un FibroScan®, elle peut éviter le prélèvement sanguin nécessaire au test d'évaluation de la fibrose. Il est toutefois préférable de coupler l'examen par FibroScan® avec la consultation avancée d'hépatologie, car l'examen peut susciter des interrogations qui demanderont à être apaisées par les réponses d'un spécialiste.

› La consultation avancée d'hépatologie

Les structures qui se sont investies dans l'organisation du soin en unité de lieu sont quasiment toutes parvenues à créer une consultation avancée d'hépatologie au sein de leurs murs. Ces projets-pilote ont vu le jour grâce à des financements publics (financements additionnels de l'ARS) ou privés (issus de laboratoires pharmaceutiques). Certaines consultations avancées sont non financées et basées sur la collaboration entre l'hôpital et les structures dans le cadre des actions d'intérêt général de type réseau. Le plus souvent, le médecin hépatologue est rémunéré par vacation grâce à un financement spécifique de l'ARS. La mise en place d'un cadre réglementaire et financier faciliterait toutefois l'ouverture de consultations avancées d'hépatologie dans un plus grand nombre de CSAPA et CAARUD.

Les praticiens libéraux comme les praticiens hospitaliers peuvent être intéressés par ce type de partenariat.

Mettre en place une consultation avancée d'hépatologie réduit considérablement le délai entre la découverte d'une sérologie positive et le premier rendez-vous avec l'hépatologue et améliore la qualité du suivi du patient. En renforçant la proximité entre soignants et soignés, elle rend la démarche de soin moins anxiogène. La présence régulière de l'hépatologue dans la structure démultiplie les opportunités d'échanges (informels ou en rendez-vous), permet de déconstruire les représentations négatives et de désamorcer les craintes à son endroit. Pendant le traitement, il est plus accessible en cas de questions ou de difficultés, ce qui limite les cas de rupture de soin.

- Le **rythme de la consultation avancée** peut être, selon les besoins et les contraintes de la structure et du médecin hépatologue, d'une à deux fois par mois. Dans ce dernier cas, la plage de consultation peut être plus longue pour rendre l'organisation interne de l'équipe plus facile.
- Il est nécessaire d'**organiser une circulation de l'information entre l'hépatologue et l'équipe**. Celle-ci voit souvent le patient et, assurant l'essentiel de son suivi, elle peut apporter à l'hépatologue des éléments de compréhension qui l'aideront à accompagner le patient dans le traitement de manière cohérente avec les décisions de l'équipe.

Il convient de prévoir un **débriefing systématique** après une journée ou demi-journée de consultation ainsi qu'un **cahier de liaison** entre l'hépatologue et le médecin, l'infirmier ou le référent hépatites virales de l'équipe. Une **participation de l'infirmier ou du médecin de la structure à la consultation**, en tant qu'observateur chargé ensuite de faire retour à l'équipe, est également bienvenue.

› La délivrance et l'administration du traitement

DÉLIVRANCE DU TRAITEMENT

Depuis avril 2018, les nouveaux traitements Maviret® et Epclusa® sont disponibles en pharmacie d'officine (mais aussi Sovaldi®, Harvoni® et Vosevi®), l'ensemble des autres traitements n'étant accessibles qu'en pharmacie hospitalière. Les difficultés que peuvent rencontrer les patients pour s'y rendre sont d'autant plus grandes que ce service est souvent peu accessible (absence d'information sur sa localisation, situé au bout d'un dédale de couloirs, ...).

De ce fait, un infirmier ou un travailleur socio-éducatif accompagne souvent la personne afin d'y récupérer son traitement. C'est une modalité très chronophage pour la structure, même si la course peut être couplée au rendez-vous du patient avec l'hépatologue. Un autre frein réside dans l'obligation de respecter un délai de vingt-et-un jours entre le retrait de deux délivrances d'AAD pour chaque patient. Il est ainsi préférable, autant que possible, de coordonner les calendriers de traitement de tous les patients pour éviter les ruptures.

Dans certaines structures, les traitements de plusieurs patients sont récupérés par le professionnel référent hépatites virales ou par l'ELSA partenaire qui les transporte ensuite au CAARUD ou au CSAPA. C'est le médecin, ou l'infirmier de la structure, qui les délivre ensuite aux patients. Grâce à la mise à disposition récente du Maviret® et de l'Epclusa®, les problématiques liées à la délivrance du traitement en pharmacie hospitalière vont être significativement réduites.

ADMINISTRATION DU TRAITEMENT

L'administration peut être autonome (le traitement est délivré pour un mois et le patient assure sa prise quotidienne) ou accompagnée (le traitement est délivré à un rythme défini avec le patient par la structure ou les professionnels partenaires). Dans ce dernier cas, un partenariat avec des infirmiers libéraux permet de proposer une visite quotidienne au patient et revêt l'avantage d'une couverture territoriale large et d'une mobilité que le CAARUD ou le CSAPA ne peut parfois pas assurer. En cas d'absence du patient à son domicile ou sur son lieu de vie, l'infirmier peut informer la structure, qui s'efforcera d'entrer en contact avec lui au cours de la journée. Lorsque le profil du patient conduit au choix de cette modalité accompagnée de délivrance et d'administration, l'implication d'infirmiers issus du monde de l'auto-support et/ou qui fréquentent les mêmes lieux que la personne constitue un véritable atout pour assurer sa réussite.



UNITÉ DE LIEU EN CSAPA AVEC CONSULTATION D'HÉPATOLOGIE EN MILIEU HOSPITALIER

L'exemple du CSAPA Casanova (groupe SOS solidarité pôle addictions, Marseille)

La sensibilisation au dépistage et l'accompagnement dans l'accès au traitement et son suivi sont principalement assurés par une infirmière « référente VHC » à mi-temps. La consultation avancée du médecin hépatologue a lieu une demi-journée par mois ; il reçoit également à l'hôpital.

Après le dépistage d'une sérologie positive par TROD ou buvard, les bilans sanguins sont faits sur place, *dans la journée* si possible, puis envoyés au laboratoire d'analyse partenaire. Afin d'éviter les multiples prises de sang, c'est un bilan pré-thérapeutique avec analyse par FibroTest® qui est demandé.

Le matériel de prélèvement est fourni gratuitement par le laboratoire privé avec lequel une convention a été signée. Le laboratoire vient récupérer les tubes et envoie les résultats par mail.

Dans les semaines qui suivent, le médecin addictologue reçoit les patients qui présentent une PCR positive pour leur proposer un rendez-vous avec l'infirmière référente VHC.

Pendant quelques jours, quelques semaines ou parfois plusieurs mois, l'infirmière va rencontrer le patient en consultation et, grâce à des entretiens motivationnels, le décider à prendre en charge son hépatite et à suivre un traitement.

Quand sa décision est prise, l'infirmière accompagne physiquement le patient à l'hôpital au cours de plages horaires réservées pour le premier et seul rendez-vous hors les murs : l'échographie, le FibroScan®, le rendez-vous avec l'hépatologue, la constitution du dossier destiné à la réunion de concertation pluridisciplinaire, sont réalisés *en une seule demi-journée*, à l'hôpital.

La consultation avancée de l'hépatologue dans les locaux du CSAPA lui permet, avec l'infirmière référente, de recevoir les patients « qui se présentent » et de passer en revue tous les dossiers pré, per et post traitement, il vérifie les résultats biologiques, prescrit ou renouvelle les ordonnances, donne les consignes de suivi des traitements. L'infirmière référente se procure mensuellement les traitements à la pharmacie hospitalière, munie de la carte vitale ou de l'AME du patient : les comprimés sont entreposés dans les coffres avec la méthadone et ensuite délivrés aux patients par les infirmiers du CSAPA en même temps que les traitements de substitution aux opiacés (TSO).



LIMITER LE COÛT DE FONCTIONNEMENT EN UNITÉ DE LIEU

- Utiliser les buvards seulement en complément des TROD.
- Privilégier la prise de sang remboursée par la Sécurité sociale avec les personnes pour lesquelles la non immédiateté du rendu de résultat ne constitue pas un frein à l'engagement dans le parcours de soin.
- Mutualiser l'achat d'un FibroScan® avec d'autres structures.
- Solliciter des financements complémentaires auprès de laboratoires pharmaceutiques ou des ARS.



UNITÉ DE LIEU EN CAARUD AVEC CONSULTATION AVANCÉE D'HÉPATOLOGIE

L'exemple du CAARUD Intermède (Clémence Isaure, Toulouse)

Toute l'équipe est investie dans la sensibilisation et la proposition de dépistage mais seules trois infirmières dépistent et rendent les résultats : l'une d'elles est toujours présente au cas où une personne demanderait un dépistage. Une infirmière référente VHC à temps plein accompagne l'entrée en traitement et le suivi du patient, en concertation avec l'équipe.

Un **protocole de dépistage** a été élaboré avec le médecin hépatologue partenaire :

- réalisation des dépistages et rendu des résultats au sein de l'infirmierie ;
- entretien avant le dépistage visant à évaluer la demande (motif, antécédents de sérologie, prises de risques), à estimer l'état psychique du patient (niveau d'anxiété), à choisir avec lui la technique de dépistage la plus adaptée à sa situation (cet entretien peut conduire dans certains cas au choix de l'auto-prélèvement), et à le rassurer quant à l'accompagnement dont il bénéficiera en cas de sérologie positive ;
- à tout moment, il est discuté avec la personne des préférences qu'elle a, en terme de suivi, du lieu de rendu des résultats (sauf dans le cas du dépistage par TROD) ;
- dépistage réalisé par l'infirmière, par délégation d'actes de l'hépatologue, à partir d'un panel de techniques volontairement maintenu pour s'adapter au mieux à la situation de chaque personne (prélèvement sanguin inclus) ;
- rendu des résultats : immédiat pour le TROD, deux jours pour la prise de sang, une semaine pour le buvard ;
- lors de l'entretien de rendu de résultat, discussion avec la personne sur les stratégies de RDR qu'elle met en place et sur celles qu'elle pourrait déployer.

En cas de sérologie positive :

- information systématique du médecin hépatologue et proposition de le rencontrer ;
- proposition systématique de réaliser les bilans pré-thérapeutiques : FibroMètre® dans l'infirmierie, FibroScan® au cabinet de l'hépatologue en clinique ;
- proposition d'une mise à l'abri en hôtel aux personnes susceptibles de mal observer leur traitement au regard de leurs conditions de vie.

Pour les personnes sans couverture maladie : prise en charge du coût de l'analyse de sang par le CAARUD. Prise en charge des nuits d'hôtel pour celles qui ont besoin de « se poser » pour suivre le traitement.

.../...

La consultation avancée de l'hépatologue a lieu une fois par mois, pendant une demi-journée, et en présence d'une infirmière du CAARUD :

- elle favorise le questionnement des personnes sur leur statut sérologique et leurs prises de risque éventuelles ;
- l'hépatologue rencontre sans prise de rendez-vous les personnes dans son bureau, mais aussi de façon informelle dans l'espace d'accueil, afin de favoriser l'émergence d'une relation de confiance ;
- il reçoit les personnes dans le cadre de la démarche de soin du VHC mais aussi lorsqu'elles recherchent des informations et des conseils de RDR quant aux hépatites, au VIH, aux dommages de l'usage d'alcool sur le foie ;
- il reçoit les personnes orientées lors du dépistage afin de faire le point sur leur situation médicale et sur la démarche de soin qu'elles voudraient (ou non) engager.

Il est également proposé de consulter l'hépatologue à la clinique où il exerce. La modalité d'administration du traitement se fait au cas par cas. Le relais vers un CSAPA est privilégié afin de préserver la distinction entre structure de RDR et structure de soins : il s'agit d'éviter que le CAARUD soit perçu comme porteur d'une injonction aux soins et que les personnes s'empêchent d'y revenir si elles venaient à interrompre le traitement. Lorsque ce relai représente un frein, il est proposé au patient une délivrance quotidienne au CAARUD, ou d'en conserver une partie dans un coffre pour éviter perte et vol. Le parcours de la RDR aux soins est également fluidifié du fait de l'extension de CSAPA rattaché au CAARUD (PMSA : programme méthadone à soins très adapté).

4. LE PARTENARIAT RENFORCÉ comme alternative à l'unité de lieu : tactiques de mise en œuvre et sollicitation des services-experts

L'organisation du soin en unité de lieu implique des moyens humains et matériels dont les petites structures ne disposent pas forcément. En guise d'alternative, des partenariats spécifiques peuvent être élaborés pour chaque étape afin de simplifier et accélérer le parcours de soin.

› Tactiques partenariales pour assurer la continuité des soins en dehors d'une unité de lieu

PRÉLÈVEMENT ET ANALYSE DE SANG POUR LE DÉPISTAGE ET LES BILANS PRÉ-THÉRAPEUTIQUES

Lorsque la structure ne dispose pas du matériel de prélèvement, les bilans sanguins peuvent être réalisés et analysés par un laboratoire avec lequel a été établie une convention de partenariat.

Il est préférable d'y **accompagner physiquement** la personne. Lorsque celle-ci pratique ou a pratiqué l'injection, un **temps de médiation** avec l'infirmier du laboratoire peut être nécessaire pour expliquer les particularités du prélèvement sanguin chez ce public : des sites de piqûre parfois difficiles à trouver et des veines qui lâchent, l'intérêt de s'appuyer sur l'expertise de la personne quant aux sites possibles de piqûre.

L'EXAMEN PAR FIBROSCAN®

Si le coût de l'achat et de l'entretien du FibroScan® est trop élevé, la structure CSAPA ou CAARUD peut recourir aux services d'une unité mobile de dépistage des hépatites virales ou d'un service expert hospitalier, ou encore mutualiser son achat avec d'autres structures : CAARUD, CSAPA, voire CHRS et accueils de jour.

- **Dans le cas de l'intervention d'une unité mobile**, la convention de partenariat doit en définir les conditions matérielles : le lieu (dans la structure ou dans l'unité mobile), le jour et les horaires de présence, ainsi que la répartition des tâches. L'enjeu est qu'un résultat positif de dépistage soit rapidement suivi d'un accompagnement du patient dans la démarche de soin.
- **Dans le cas de la mutualisation**, l'achat, le transport d'une structure à l'autre et l'organisation de la rotation entre les structures peuvent être assurés par un réseau de santé. Cette mutualisation requiert la formation d'un médecin ou d'un infirmier de l'équipe à l'utilisation de l'outil ou bien un partenariat avec un service ou une structure qui met à disposition un médecin ou un infirmier formé venant régulièrement procéder à l'examen. Le rythme de rotation entre chaque structure et la durée de sa mise à disposition (pendant une journée ou une semaine selon la taille de leur file active respective) doivent être précisément planifiés à l'avance sur une durée de plusieurs mois (une année de préférence).

LA CONSULTATION D'HÉPATOLOGIE

Pour les petites structures qui ne disposent pas toujours d'un médecin, organiser une consultation avancée animée par un hépatologue est une solution particulièrement coûteuse. L'une des stratégies pour y pallier est de **nouer un partenariat avec un CSAPA disposant déjà d'une consultation avancée d'hépatologie** vers laquelle orienter les patients.

Qu'il s'agisse d'une consultation dans une structure partenaire, en ville ou dans un service hospitalier, il est important de s'adapter au profil de chaque personne. Il peut être pertinent de lui donner la possibilité de s'y rendre seule, dans une logique d'autonomisation progressive vis-à-vis du dispositif spécialisé et de retour dans la médecine de ville ou hospitalière. À l'inverse, l'accompagnement physique est à privilégier lorsqu'elle est très éloignée des institutions, souffre de comorbidités psychiatriques ou tout simplement lorsque cet accompagnement peut la rassurer.



► APPRENDRE À DEVENIR « PATIENT » ET RENFORCER LA CONFIANCE

Plusieurs semaines voire plusieurs mois peuvent s'écouler entre la découverte d'une sérologie positive et le premier rendez-vous avec le médecin hépatologue. Plus la période est longue, plus la personne est susceptible d'abandonner la démarche de soin ou de se déplacer vers une autre ville ou région, rompant de fait le lien avec la structure.

Pour l'éviter, une série de rendez-vous peut lui être proposée dans l'attente de la consultation d'hépatologie. Par exemple, un rendez-vous tous les dix jours jusqu'au jour J peut l'aider à persévérer dans sa démarche et réduire le risque qu'elle se démotive.

Il s'agit de l'occuper pour la faire patienter, de lui montrer que le délai ne signifie pas une indifférence à sa santé mais aussi de mettre ce temps à profit pour nouer ou renforcer le lien avec elle, poursuivre les autres démarches engagées, faire le point sur l'évolution de ses consommations et de sa situation. .../...

D'ailleurs, ces rendez-vous réguliers peuvent être une opportunité pour l'accompagner dans la diminution de ses consommations (ex. : compter et écrire les quantités et fréquences et comparer avec celles décrites lors de la rencontre précédente) et dans la mise en œuvre de stratégies de gestion des prises de produits psychoactifs et de réduction des dommages et des risques associés.

À défaut de pouvoir mettre en place plusieurs rendez-vous effectivement honorés, on peut *a minima* lui en proposer un trois à quatre jours avant la consultation prévue avec l'hépatologue. Cela permet de rediscuter du traitement, de lui réexpliquer le travail de l'hépatologue, de répondre à de nouvelles questions, de la réassurer si besoin... et de lui rappeler son rendez-vous.

Le CAARUD ou le CSAPA peut également mettre en place des outils visant à faciliter l'obtention d'un rendez-vous avec l'hépatologue dans des délais raisonnables :

- en établissant une convention de partenariat avec le médecin hépatologue ou le service dans lequel il exerce afin de garantir que les personnes soient rapidement reçues en consultation (dans le mois plutôt que dans le trimestre) ;
- en établissant une fiche d'orientation et de suivi remplie par le professionnel du CAARUD ou du CSAPA et destinée à l'hépatologue et, le cas échéant, au personnel du service hospitalier dans lequel il exerce.



UNE FICHE DE SUIVI ET D'ORIENTATION DANS LE CADRE DU PARTENARIAT AVEC UN SERVICE HOSPITALIER

L'exemple du CAARUD Ego et du SMIT de l'hôpital Bichat (Paris)

Cette fiche doit faciliter le suivi du patient par le médecin hépatologue en lui apportant, en amont de la première consultation, des informations sur les caractéristiques cliniques du patient susceptibles d'intervenir dans les choix thérapeutiques et de l'aider dans le soutien à l'observance du traitement. Elle doit également favoriser l'échange d'informations entre la structure qui oriente le patient, le praticien hospitalier, ainsi que le service dans lequel il exerce, en facilitant leur identification et la prise de contact.

La partie « orientation » renseigne :

- l'état civil du patient ;
- la personne « contact » dans la structure (nom de la structure, nom et fonction du professionnel, coordonnées de la structure) ;
- le nom du médecin de la structure (ou partenaire) et l'adresse d'exercice auxquels envoyer les comptes rendus de consultation ;
- le motif de l'orientation : sérologie(s) positive(s), rupture de suivi ou de traitement, vaccination, autres ;
- les noms, coordonnées et services des personnes à contacter pour le rendez-vous (secrétariat, médecin) ;
- date du rendez-vous pris, date de l'appel, service de rendez-vous.

La partie « suivi » renseigne :

- le nom et la fonction du professionnel qui la remplit, ainsi que la date de remplissage ;

.../...

- la situation sociale du patient :
 - logement (stable, précaire, sans logement),
 - type de couverture maladie (CMU, CMUC, ALD, sécurité sociale + mutuelle, AME, absence de couverture),
 - ressources (AAH, aidé d'un tiers, salaire, indemnités chômage, RSA, sans ressource).
- les usages de produits du patient :
 - les trois produits les plus consommés actuellement (nom, voie d'administration, fréquence, âge de la première consommation),
 - l'usage de produits par voie intraveineuse (oui, actuellement et âge des premières injections ; oui, antérieurement et âge des premières injections ; non),
 - l'usage d'alcool (oui, actuellement ; oui, antérieurement ; non) et la fréquence actuelle de l'usage d'alcool (moins d'une fois/mois, plusieurs fois/mois, une fois/semaine, plusieurs fois/semaine, tous les jours),
 - le suivi des addictions : en CSAPA (préciser le nom), à l'hôpital (préciser le nom), avec un médecin de ville, avec un spécialiste, sans suivi actuel mais suivi auparavant par (préciser le nom), jamais suivi,
 - la substitution en prescription médicale : oui, préciser (buprénorphine, méthadone, autre), non.

LA DÉLIVRANCE DU TRAITEMENT

Les contraintes et les options possibles de la délivrance du traitement sont identiques à celles du fonctionnement en unité de lieu.

Dans le cas spécifique des CAARUD, moins souvent dotés de professionnels de santé, des conventions particulières avec les pharmacies hospitalières existent également de façon pilote, avec un stockage et une délivrance du traitement conditionnés à la disposition d'une armoire sécurisée et à la présence dans l'équipe d'un médecin ou d'un infirmier. À défaut, il s'agira de **nouer des partenariats avec des professionnels de santé prêts à assurer quotidiennement cette délivrance** dans le local de la structure ou sur le lieu de vie des patients.

> Nouer un partenariat avec un « service-expert »

Il existe 35 services-experts hépatites virales en France. Ils sont rattachés à des hôpitaux et couvrent l'ensemble du territoire national. Leurs missions concernent l'organisation du soin des hépatites virales, la formation des professionnels de la santé et du travail social au dépistage et au soin des hépatites virales, ainsi que l'impulsion de partenariats avec des structures médico-sociales.



►► **La liste la plus récente des services-experts est accessible sur le site du Ministère des solidarités et de la santé.**

http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/service_experts_DGOS_101214.pdf

En Ile-de-France, une étude multicentrique dénommée « Parcours Santé Ile-de-France » menée par l'hôpital Henri Mondor depuis 2016 en collaboration avec une trentaine de CSAPA/CAARUD, une vingtaine de services hospitaliers et de nombreux acteurs médico-associatifs fait actuellement la démonstration de l'efficacité des parcours de soins personnalisés pour les usagers de substances psychoactives mais aussi de l'atout que constituent les consultations avancées en CSAPA/CAARUD pour augmenter significativement le nombre de personnes dépistées et traitées (voir le supplément sur le Parcours Santé Ile-de-France (Stéphanie Dominguez), page 88).

Dans les autres régions de France, la Fédération nationale des Pôles de référence Hépatites (FRPH) soutient la réalisation de cinq projets de partenariats différents dans la priorisation de leurs objectifs et leur organisation : une approche comparative de leurs résultats futurs permettra d'évaluer quelle méthodologie de projet se révèle la plus efficace (voir le supplément sur les modèles partenariaux efficaces en région (Armand Abergel et al.), page 89).

LA FÉDÉRATION NATIONALE DES PÔLES DE RÉFÉRENCE ET DES RÉSEAUX HÉPATITES

La FPRH est une association loi 1901 qui s'est donnée pour missions de rassembler l'essentiel des connaissances sur l'épidémiologie, l'histoire naturelle et le traitement de l'hépatite C, de diffuser les informations de façon objective et non partisane et de coordonner les actions des pôles de référence et réseaux hépatites notamment dans le cadre des missions qui leur incombent (définies par les circulaires ministérielles du 8 mai 1995, du 29 janvier 1999 et de toute autre circulaire et de tout texte officiel relatif aux pôles).

Elle a aussi pour but de partager la compétence de diffusion des informations avec les autres institutions, réseaux ou instituts s'intéressant à l'hépatite C, en participant à :

- la promotion des études de recherche clinique et expérimentale ;
- la mise en place des registres des patients, en particulier dans le cadre des essais contrôlés randomisés ;
- la mise en place de réseaux de veille sanitaire ;
- l'harmonisation des relations avec l'industrie pharmaceutique ;
- la standardisation des mesures cliniques ;
- le renforcement des moyens de communication entre les équipes (Internet...).

5. IMPULSER UN PARTENARIAT avec un médecin hépatologue

La construction d'un partenariat avec un médecin hépatologue facilite l'ouverture d'une consultation avancée en CAARUD ou CSAPA et l'aménagement de délais d'accueil plus courts à l'hôpital ou en cabinet de ville pour les consommateurs de substances psychoactives. Impulser ce partenariat requiert de la part des professionnels de CAARUD et de CSAPA de développer un lien étroit avec ce médecin spécialiste et d'assurer un rôle de médiation avec les patients. En effet, certains hépatologues ne souhaitent pas, *a priori*, travailler avec ce public. D'autres n'y sont pas opposés mais n'y ont pas vraiment pensé, s'imaginant parfois qu'il existe des parcours de soins spécifiques pour ce public dans lesquels ils n'ont pas de rôle à jouer.

“

GRUPE
D'EXPERTISE
« METTRE LE DÉPISTAGE AU CŒUR DE L'ACTIVITÉ DES UNITÉS MOBILES »

Les hépatologues ont finalement compris que c'était à peu près le même principe que pour les autres patients. Et même parfois, dans certains cas, cela pouvait être plus facile avec certains usagers, parce qu'ils étaient plus résistants, moins râleurs, ils voyaient les choses positivement !

”

Favoriser l'élaboration d'un partenariat entre le CSAPA ou CAARUD et un médecin hépatologue peut reposer sur l'articulation de plusieurs stratégies.

MOBILISER DES ARGUMENTS-CLÉS

- Le travail avec un public vulnérable à l'addiction (dont l'alcool) sera **facilité grâce à la collaboration avec des professionnels de CAARUD et CSAPA**. Cette collaboration est non seulement synonyme de transfert de savoirs et de compétences mais allège la charge mentale que peut représenter pour un médecin l'accompagnement social du patient et la réalisation des premiers bilans.
- **L'accès au FibroScan®** au sein du CAARUD ou du CSAPA (même en alternance avec d'autres structures) facilite leur travail avec les patients. Cet outil est particulièrement attractif pour les hépatologues qui exercent dans des territoires ruraux et/ou très éloignés de pôle de référence hépatites, et dans lesquels seul le CAARUD ou le CSAPA en est équipé.
- **Le suivi du patient et son observance du traitement sont grandement simplifiés par tout le travail accompli en amont par l'équipe du CAARUD ou du CSAPA**, surtout quand les bilans pré-thérapeutiques sont effectués avant la première consultation. Il est plus facile de soutenir le patient dans la démarche de soin puisque celui-ci arrive en étant déjà bien informé et qu'il a eu le temps de réellement se décider à s'y engager. De plus, son suivi est aussi assuré par l'équipe de la structure, qui peut aisément l'informer d'éventuels changements ou de difficultés imprévues.
- **Ouvrir une consultation avancée en CAARUD ou CSAPA peut être plus intéressant que recevoir ces patients dans son cabinet ou à l'hôpital**. En effet, cette option est synonyme pour l'hépatologue de changements d'environnement de travail et de formation par l'équipe de la structure partenaire à l'intervention auprès du public particulier que sont les usagers de drogues.

CONSTRUIRE UNE RELATION PROFESSIONNELLE PRIVILÉGIÉE

Aller, en personne, à la rencontre du médecin hépatologue pour faire sa connaissance, plutôt que seulement prendre contact par mail ou par téléphone, favorise la création d'un couple de professionnels plus efficace dans le suivi des patients. Construire un lien interpersonnel dès le départ (donner son numéro de portable, obtenir le sien) permet de pouvoir rapidement lui orienter des personnes et leur obtenir un rendez-vous. Cela favorise également l'échange et le dialogue autour de leur suivi et, en cas de questionnements ou d'incompréhensions du patient, de lui obtenir rapidement des explications ou des informations. Il est préférable qu'il s'agisse toujours du même professionnel de l'équipe CAARUD ou CSAPA qui soit en lien avec lui : c'est l'une des missions du référent hépatites virales.

Proposer, dans un premier temps, un accompagnement physique des patients par un professionnel du CAARUD ou du CSAPA à la consultation peut rassurer les hépatologues les plus réticents ou les plus circonspects quant au fait que le travail avec le public usager de substances psychoactives n'est pas plus difficile qu'avec d'autres. Ce temps peut constituer une période de transition efficace pour qu'ils acceptent d'assurer une consultation avancée.

Mettre en place des groupes de travail pluridisciplinaires, deux à trois fois par an, peut convaincre un hépatologue de travailler en partenariat avec le CAARUD ou le CSAPA. Réunissant des professionnels de santé et du travail social de CAARUD et de CSAPA, des médecins hépatologues, des psychiatres, des infirmiers formés à l'éducation thérapeutique, ces groupes favorisent en effet l'interconnaissance, l'échange de pratiques et la compréhension des bénéfices d'un partenariat. **L'appui d'un service expert hépatites** (cf. page 61) pour les organiser et les animer favorise la participation des médecins hépatologues, qu'ils soient libéraux ou praticiens hospitaliers.

DÉCONSTRUIRE LES REPRÉSENTATIONS PÉJORATIVES PLUS OU MOINS ANCRÉES RELATIVES AUX USAGERS DE PRODUITS PSYCHOACTIFS

Cette déconstruction est souvent un préalable avant que l'hépatologue n'accepte de mettre en place des conditions d'accueil privilégiées (par exemple, délais moins longs pour obtenir un rendez-vous, « billet coupe-file »). Elle suppose de lui laisser le temps d'apprendre à connaître les personnes accueillies par la structure et de constater leur capacité d'observance. Souvent, les premières expériences de prise en charge améliorent le regard qu'il porte sur ces patients : ils peuvent être aussi observants que d'autres et les relations avec eux peuvent être aisées.

Cette déconstruction est d'autant plus rapide lorsque le professionnel CSAPA/CAARUD mobilise son expérience pour expliquer que « l'usager de drogue est un patient comme un autre » et ne justifie pas de discrimination dans l'accès au traitement. Ainsi, il peut être essentiel d'évoquer certains cas concrets illustrant que la poursuite de l'usage n'empêche pas l'observance du traitement et d'explicitier le taux modéré de recontamination dans cette population (cf. Partie III).

FACILITER LA CONSTRUCTION D'UNE RELATION DE CONFIANCE ENTRE L'HÉPATOLOGUE ET LES PATIENTS

Les personnes habituellement suivies en CSAPA/CAARUD peuvent être réticentes à consulter un hépatologue, parce qu'il s'agit d'un médecin et qu'elles ne le connaissent pas et/ou, pour celles qui ont vécu l'expérience des anciens traitements contre le VHC, parce qu'elles gardent parfois un mauvais souvenir de la relation thérapeutique avec l'hépatologue qui les a suivies. Ainsi, même quand sa consultation est installée dans les murs de la structure, même lorsque sa porte est ouverte, les personnes peuvent appréhender la rencontre et ne pas le consulter.

Plusieurs tactiques peuvent donc être articulées pour étayer la construction d'une relation de confiance entre hépatologue et usagers, favorisant ainsi la fréquentation de sa consultation avancée.

- **Inviter l'hépatologue à venir rencontrer les personnes dans l'espace d'accueil** et partager les temps de convivialité (café, repas), y compris en dehors des jours de la consultation. Il s'agit de le convaincre que sortir de son bureau et du cadre purement thérapeutique n'est ni du loisir, ni baisser les bras. Cela relève d'un aller vers qui fait partie de l'accompagnement de ce public vers le soin. Cet aller vers rassure les personnes vis-à-vis d'un professionnel peu présent dans la structure par rapport au reste de l'équipe et il leur est souvent plus facile de le rencontrer pour la première fois dans l'espace d'accueil.
- **Soutenir l'hépatologue dans cet aller vers en organisant une journée ou une semaine thématique sur le VHC** et son traitement (cf. Partie I, page 22). Ce soutien sera d'autant plus efficace que l'événement a lieu le jour de la consultation avancée, et que l'hépatologue participe aux stands et aux échanges autour des supports de sensibilisation.
- **Proposer – en accord avec l'hépatologue – que le médecin ou l'infirmier du CAARUD ou du CSAPA soit présent** pendant la consultation aide à mettre la personne plus en confiance pour poser des questions et dire ce qu'elle pense. De surcroît, cela permet ensuite de lui réexpliquer ou de lui rappeler les points à retenir.
- **Faire un peu de médiation** s'avère parfois nécessaire pour faciliter la relation entre l'hépatologue et les patients.
 - Expliquer à l'hépatologue que la temporalité des personnes qui consomment des substances psychoactives n'est pas celle de l'hôpital et d'autres patients, que la démarche de soin est parfois plus lente (et plus fastidieuse), et qu'en même temps elles sont parfois dans une logique de l'immédiateté.
 - Inviter les personnes à prendre une douche ou à soigner leur tenue avant de se rendre à la consultation.
 - Négocier avec l'hépatologue de limiter les rendez-vous de suivi au vu des difficultés d'un grand nombre de personnes à s'adapter à un cadre trop contraignant, ainsi que les bilans sanguins entre le début et la fin du traitement quand leur état veineux est très abîmé.

6. MAINTENIR une « culture du suivi » après la guérison

Les personnes guéries de leur hépatite chronique ne doivent pas être perdues de vue. Certaines peuvent confondre le traitement contre l'hépatite C avec un vaccin, estimant à tort qu'elles sont immunisées contre la maladie une fois le traitement pris. Il convient de souligner régulièrement le risque d'une recontamination lors du rappel des modes de contamination et des discussions portant sur les stratégies et les outils de réduction des risques infectieux.

En premier lieu, il est important de veiller à renouveler régulièrement le dépistage pour les personnes guéries, au même titre que pour les autres : une fois par an, ou tous les six mois pour les usagers actifs, notamment ceux qui injectent ou fument du crack/free base, ou même tous les trois mois pour les HSH.

L'examen par FibroScan® doit continuer d'être réalisé régulièrement, pour vérifier l'état du foie et anticiper l'apparition d'une cirrhose, particulièrement chez les consommateurs d'alcool. La contamination par le VHC, même après guérison, rend plus vulnérable au développement d'un cancer du foie. Prévenir ce risque exige ainsi un examen annuel des patients guéris, combinant échographie abdominale et analyse de sang pour déceler d'éventuels marqueurs de cancer.

Enfin, il faut être attentif au fait que la guérison d'une hépatite chronique, *a fortiori* chez ceux qui étaient contaminés depuis longtemps, peut parfois déstabiliser la définition de leur identité. La personne perd ce statut de « malade » qui pouvait lui conférer une attention particulière et structurerait en partie les relations avec ses pairs, avec la structure et avec l'ensemble du dispositif médical. En l'occurrence, l'aider à gérer le vide que laisse la disparition de la peur quant à l'évolution de sa maladie et à trouver d'autres supports pour se définir participe de la prévention des recontaminations (ne pas être tenté de retrouver le statut de malade). **Un psychologue est le mieux placé pour accompagner ce travail de redéfinition de l'identité** : pour les structures qui n'en comptent pas dans leur équipe, cette thématique peut à elle seule justifier un partenariat.



► LA CULTURE DU SUIVI VAUT AUSSI POUR LES PERDUS DE VUE NON DÉPISTÉS OU NON TRAITÉS

S'informer auprès d'autres structures ou de pairs sur les personnes qui ne sont plus vues au CAARUD ou au CSAPA est important pour s'assurer que les personnes évoluent dans des conditions minimales de sécurité : ont-elles été dépistées ? Suivent-elles le traitement ? Sont-elles guéries ? Cette recherche d'information peut également se faire avec les fichiers surveillance des RCP, ou par une reprise de contact avec les personnes (appel téléphonique, visite sur le lieu de vie etc.). Elle est d'autant plus efficace lorsqu'elle se fait sur un temps spécifiquement dédié.

Sur le principe du secret partagé au sein du réseau de professionnels, il peut être envisagé d'informer les autres structures et services du besoin d'un traitement/d'un démarrage de traitement de personnes qui venaient auparavant à la structure et ne la fréquentent plus.

PRÉVENTION DES CONTAMINATIONS

Une étude présentée en 2017 a montré que 4 % des usagers de substances psychoactives se sont recontaminés au cours de l'année qui a suivi leur guérison, le taux de réinfection persistante (c'est-à-dire nécessitant un traitement) n'atteignant que 2,5 %⁽²⁾. Toutefois, l'accès dorénavant universel au traitement, sa durée désormais courte et son observance facilitée, pourraient générer une baisse de vigilance chez une partie des consommateurs de produits psychoactifs quant au risque de se recontaminer.

La mise en œuvre de la sensibilisation au dépistage et de l'accompagnement aux soins du VHC doit nécessairement s'articuler à une réflexion sur les stratégies de réduction des risques et des dommages (cf. Recommandations de l'ANESM concernant la réduction des risques et des dommages en CAARUD parues en 2017). Dans la lignée des manuels de RDR déjà existants (cf. Références page 84), il s'agit de renforcer la qualité de la prévention des (re)contaminations en CAARUD comme en CSAPA via le dialogue avec l'utilisateur sur ses prises de risques, la mise à disposition de matériel de RDR en CSAPA, le développement de stratégies innovantes autour de l'injection mais aussi de l'usage de l'alcool, notamment auprès des personnes dont le foie a pu subir des dommages du fait de leur hépatite.

(2) <http://www.worldhepatitisalliance.org/latest-news/infohep/3140568/hepatitis-c-virus-reinfection-uncommon-after-being-cured-daas>

1. INSCRIRE LA MISE À DISPOSITION de matériel d'injection et d'inhalation dans un dialogue sur la prise de risques



GRUPE
D'EXPERTISE

« SENSIBILISER AU DÉPISTAGE DU VHC ET ACCOMPAGNER LES PERSONNES MIGRANTES VERS LE SOIN »

Il y a un message de prévention qui doit systématiquement être ajouté à la distribution de matériel : c'est là qu'on accroche les gens. On leur pose des questions : « Pourquoi fais-tu comme ça ? » « Pourquoi ne fais-tu pas ça ? ». Et tout à coup, il commence à parler de sa vie, de sa situation personnelle.



L'entretien de réduction des risques peut être la première étape d'une plus grande attention à sa santé et de l'émergence du souhait de se faire dépister. Si la mise à disposition de matériel de réduction des risques est indispensable pour réduire les contaminations virales, elle constitue également un levier particulièrement efficace pour engager la discussion sur les prises de risques et renforcer les compétences de la personne pour les réduire.

A minima, l'entretien est un moment privilégié pour vérifier les connaissances de la personne sur les produits qu'elle consomme et les dommages et les risques que peut induire leur usage. Il permet aussi de connaître ses pratiques d'usage singulières et de délivrer une information et des conseils au plus près des risques auxquels elle s'expose. Le non jugement et la bienveillance du professionnel lors de cette discussion favorisent la construction d'une relation de confiance durable. Lorsque ce lien de confiance est établi, les conditions sont réunies pour aller plus loin dans l'analyse partagée de ses pratiques de consommation, de ses savoirs et de ses croyances.

L'entretien de réduction des risques est une opportunité pour mettre en perspective ces pratiques, savoirs et croyances avec la culture de réduction des risques. Il soutient ainsi la réflexivité de la personne sur ses motivations à consommer et les contraintes de sa consommation. Il la soutient également dans l'identification ou l'élaboration de techniques et de supports sociaux (relations affectives, activités non liées à l'usage, sélection des lieux et moments de consommation, liens avec des structures sociales et médico-sociales, ...) de régulation des prises de produits et de RDR. Il facilite donc sa prise de conscience des risques encourus comme des circonstances et des contextes de consommation qui les favorisent. Ainsi, il permet au professionnel de personnaliser son intervention en aidant la personne à s'approprier l'information générale de prévention et de réduction des risques en cohérence avec ses pratiques, son style de vie ou ses relations avec d'autres usagers (Hoareau E., 2016).

De même, l'entretien permet au professionnel de déconstruire les représentations qu'il peut avoir des pratiques à risques de la personne. Pour être efficace, c'est-à-dire pertinent et entendu, l'entretien doit être suffisamment long sans que la personne se sente « retenue » ou obligée de parler d'elle. Mais plus le professionnel est à l'écoute et mieux il prend en compte son expérience, notamment les fonctions qu'elle donne à son usage des produits psychoactifs et les bénéfices qu'elle y trouve (les sensations, mais aussi les bénéfices en termes de rapport à soi, aux autres, à la vie quotidienne), plus il favorise sa reconnaissance des risques et des conséquences néfastes de son usage sur sa santé et sa vie personnelle et sociale.

L'approche motivationnelle (Millner & Rollnick, 2013) peut utilement être mise à profit dans le cadre d'un entretien de réduction des risques. L'objectif est de guider la personne vers une meilleure prise en compte de sa santé et, le cas échéant, dans l'élaboration d'une demande de soins, en respectant les étapes par lesquelles elle a le sentiment de devoir passer. Trois axes sont particulièrement travaillés.

- La valorisation de l'usager et l'amélioration de l'estime de soi.
- Le développement de ses compétences personnelles.
- La réflexion sur son projet de vie.

L'entretien est conduit dans une optique de non jugement et vise le changement de comportement, ainsi que le renforcement de la motivation. Il s'appuie sur un travail d'écoute active et un abord relationnel caractérisé par l'empathie. L'approche motivationnelle dans le cadre de l'entretien de RDR consiste ainsi à privilégier la valorisation du pouvoir d'agir de la personne en lui permettant d'accéder à des informations et à des outils qui la soutiennent.

2. METTRE EN ŒUVRE les stratégies de réduction des risques en CSAPA

Le décret n°2007-877 du 14 mai 2007 stipule que la réduction des risques associés à la consommation de substances psychoactives est une mission obligatoire des CSAPA. Mais les personnes qui les sollicitent l'ignorent souvent et n'osent pas forcément demander de l'information ou du matériel de RDR lorsqu'elles en ont besoin. A l'instar des actions menées en CAARUD, cette mission se justifie par un **fort enjeu de santé publique**, particulièrement en termes de contrôle de l'épidémie de l'hépatite C chez les publics usagers de substances illicites et en population générale.

AMÉLIORER L'ACCESSIBILITÉ DU MATÉRIEL DE RDR EN CSAPA EST BÉNÉFIQUE POUR LA RELATION ENTRE L'USAGER ET LE PROFESSIONNEL

Cela permet de :

- **supprimer l'enjeu du traitement.** Les personnes ne craignent plus de se voir imposer un arrêt du traitement ou une diminution du dosage si elles évoquent leur poursuite ou leur reprise de la consommation ;
- **rendre la relation d'aide plus fluide, moins pesante, plus agréable** puisque la personne s'autorise plus à parler de sa pratique et à reconnaître ses prises de risques ; réciproquement, le professionnel est plus à l'aise pour aborder ces éléments de façon explicite ;
- **aider le professionnel à ajuster son intervention** aux pratiques de la personne et à ce qu'elle est en mesure de mettre en place en termes de régulation des prises de produits et de RDR ;
- **réduire les délais de demandes de soins infirmiers dans les périodes d'augmentation ou de reprise de consommation.** Lorsque les personnes reprennent leur consommation et que leur état de santé se dégrade, elles retardent moins le moment d'une demande de soin car elles culpabilisent moins. Les soins sont alors moins complexes et/ou moins urgents.



Historiquement, une conception hiérarchique et chronologique des différentes approches de l'intervention en addictologie estimait que l'approche RDR était avant tout une porte d'entrée pour l'instauration du « soin véritable », que représentaient, dans un second temps, les traitements de substitution et le travail d'analyse et d'élaboration psychique de l'usager sur son rapport au produit. L'abstinence de tout usage de produits était considérée comme l'aboutissement et la réussite de cette seconde phase. Par extension, ceci impliquait d'exclure de la structure tout ce qui peut suggérer la pratique de consommation.

De ce fait, nombreuses sont les structures de soins qui refusent encore de mettre à disposition ou de rendre visible le matériel de RDR, de crainte de susciter l'envie de consommer, de générer du mal-être lié à la réminiscence d'expériences malheureuses liées à l'usage et de déstabiliser les personnes dans leur démarche. Cette crainte peut être alimentée par l'opposition d'une partie des usagers ou ex-usagers eux-mêmes à cette mise à disposition, considérant qu'elle fait obstacle à leur projet de cesser leur consommation ou de maintenir leur abstinence.

Cependant, l'expérience montre que ce positionnement peut conduire les personnes à trop segmenter leurs rapports avec les professionnels, selon qu'ils travaillent au sein d'un CAARUD, d'un CSAPA ou d'un service hospitalier d'addictologie. En fonction des attentes explicites et implicites que ceux-ci leur renvoient, notamment en termes de sortie de l'usage, les personnes auront tendance à moduler ou adapter le récit de leurs pratiques d'usage et de leurs prises de risques.

Il semble ainsi plus efficace d'envisager l'approche de réduction des risques et la démarche de soin et de sortie de l'usage comme des stratégies complémentaires. Plusieurs éléments d'analyse constituent des arguments en faveur de cette complémentarité.

- **L'approche de RDR relève d'une stratégie par paliers**, dans laquelle l'abstinence représente le dernier palier pour les usagers qui veulent cesser leurs pratiques. Les paliers intermédiaires relèvent d'un cheminement progressif vers une plus grande attention à sa santé et une diminution des prises de risques.
- **L'approche globale d'une personne usant de substances psychoactives implique de considérer que le soin contient plusieurs dimensions** : la RDR et la limitation des dommages, la diminution voire l'arrêt des consommations, les démarches de stabilisation et de réinsertion sociales. Or, la personne peut évoluer dans chacune de ces dimensions selon des temporalités différentes, à des moments et des rythmes rarement simultanés. La poursuite ou les reprises de consommation n'empêchent donc pas une plus grande attention aux risques et aux dommages et une meilleure mise en œuvre de stratégies visant à les réduire.
- **Délivrer des traitements de substitution à un usager toujours actif est un acte de réduction des risques**. Il évite que la personne ait recours à des actes de délinquance pour se procurer le produit dont elle a besoin et s'expose à des risques judiciaires. Il évite aussi la dégradation de sa situation sociale et économique, lorsque cette recherche du produit s'accompagne d'un désinvestissement envers ses obligations personnelles et professionnelles.
- **Donner aux personnes de l'information et du matériel de RDR, c'est déjà les inscrire dans une démarche de soin**. Cela revient à enrichir leurs compétences et leurs ressources à préserver leur santé et celle de leur entourage.

En l'occurrence, la mise en œuvre de la RDR dans un CSAPA relève de la nécessité de considérer les enjeux de santé publique et de réduction des risques pour chaque individu, mais elle exige aussi de prendre en compte les réticences de certains professionnels et de certains usagers.

D'autre part, il est essentiel de veiller à ce que la mise à disposition de l'information et du matériel de RDR soit connue de chaque patient, donc systématiquement évoquée lors du premier accueil et rappelée régulièrement ensuite.

Il importe donc d'organiser cette mise en œuvre autour de trois axes, afin que sa cohérence avec les autres missions du CSAPA soit comprise par tous.

AXE 1 | ASSURER UN PORTAGE DE LA MISSION RDR AU NIVEAU DE LA STRUCTURE

Si le CSAPA doit assurer, en tant que structure, le portage de la mission de RDR, celui-ci sera d'autant plus efficace, constant et pérenne, qu'il sera élaboré en concertation avec l'équipe. La mise à disposition de l'information et du matériel de RDR doit ainsi veiller au respect de trois principes :

- **une appropriation libre par les professionnels** en fonction de leurs manières d'appréhender l'accompagnement, plutôt que les obliger à le faire et prendre le risque qu'ils le fassent sans bienveillance, ni intérêt. Souvent, cette appropriation n'est qu'une question de formation à la RDR et de temps, nécessaires pour envisager la cohérence de l'approche RDR avec celle de soutien à une éventuelle sortie de l'usage ;
- **la mise en place d'un (ou plusieurs) référent(s) RDR** dans l'équipe, sur la base du volontariat ou par le biais d'un recrutement ciblé (un professionnel ayant travaillé en CAARUD ou en milieu festif, par exemple). Il s'investira dans la démarche de RDR auprès des patients et dans la formation de ses collègues ;
- **un compromis** lorsque les réticences sont trop grandes. Il peut consister, par exemple, à restreindre la mission de RDR aux professionnels qui l'acceptent ou à circonscrire l'accès à l'information et au matériel de RDR aux bureaux des intervenants volontaires plutôt que l'installer dans la salle d'accueil.

Dans ce cas, le bureau de consultation infirmière se prête particulièrement à la délivrance de conseils et d'information de RDR et à la mise à disposition de matériel stérile. L'examen et le soin des blessures sont propices à l'échange autour des pratiques d'usage et de partage et de réutilisation de matériel.

AXE 2 | FORMER L'ÉQUIPE À LA RDR

C'est souvent le sentiment de méconnaître les produits et les pratiques d'usage qui rend les professionnels réticents à aborder le sujet. Pour les rassurer et qu'ils se sentent dans une situation plus confortable, cette formation doit être faite régulièrement et articuler :

- **l'apport de connaissances** sur les produits, les voies d'administration et les pratiques d'usage, les dommages et les risques sanitaires et sociaux, les circonstances de prises de risques, les représentations des produits et les rapports à l'usage, les modes de contamination aux hépatites virales, le matériel de RDR, mais aussi les différents contextes d'usage et profils d'usagers ;
- la réflexion sur **le positionnement dans la discussion sur l'usage et la prise de risques** : comment mettre la personne en confiance pour qu'elle en parle ? Comment faire en sorte qu'elle puisse aborder la poursuite de l'usage ou certaines prises de risques ? Quelles attitudes ou quels propos sont à éviter (jugement moral, injonction, ...) car susceptibles de favoriser une réaction défensive et une rupture de la relation de confiance ? Comment la soutenir dans les stratégies de régulation de l'usage et de préservation de soi qu'elle met déjà en place et pourrait renforcer ?

Attention à ne pas oublier de former aux risques de contamination le personnel administratif et technique susceptible d'être amené à manipuler le matériel usagé (abandonné, caché, déposé dans les containers, jeté dans les poubelles).

AXE 3 | RENDRE VISIBLES LES OUTILS DE RDR

Cette visibilité peut être assurée en combinant plusieurs supports :

- une affiche en salle d'accueil présentant, de façon simple, les missions du CSAPA, dont celle de la RDR ;
- la présence d'exemplaires de matériel de RDR dans chaque bureau des professionnels (même si le professionnel préfère orienter la personne vers le ou les référents RDR de l'équipe pour en parler) ;
- la mise à disposition de containers de récupération du matériel d'injection usagé dans les toilettes, à laquelle peut être ajouté un petit mot indiquant la disponibilité de matériel stérile dans la structure. Il s'agit en outre d'une nécessité au regard de l'existence de pratiques d'injection et de l'abandon fréquent de matériel dans ces lieux.

3. « CHANGE LE PROGRAMME » ET « AERLI » comme approches innovantes et efficaces de réduction des risques liés à l'injection

« Change le programme » et « AERLI » sont des stratégies de réduction des risques dont l'efficacité en matière de réduction des contaminations a été démontrée par des études scientifiques. Or, si la diffusion des traitements de substitution aux opiacés au milieu des années 1990 a été suivie d'une diminution générale des pratiques d'injection, on assiste depuis dix ans environ à un accroissement du recours à l'injection dans des espaces sociaux spécifiques : usagers fréquentant le milieu festif techno non commercial (Girard & Bosher, 2009 ; Reynaud-Maurupt & al, 2007 ; Reynaud-Maurupt & al., 2003), homosexuels masculins utilisant des drogues en contexte sexuel (Foureur & al., 2013).

Ce renouvellement des pratiques d'injection rend d'autant plus nécessaire le développement des stratégies « Change le programme » et « Accompagnement à l'Éducation aux risques liés à l'injection », qui potentialisent l'efficacité des outils d'ores et déjà mis à disposition.

› « Change le Programme »

Contribution de Nicolas Bonnet, *pharmacien directeur du RESPADD*

L'émergence des interventions visant la transition de l'injection vers d'autres modes d'administration (TMA)

La persistance de la transmission du VHC parmi les usagers de drogues, notamment ceux pratiquant l'injection, a conduit les acteurs de santé publique à réinitier une réflexion sur des modalités innovantes pour lutter contre le VHC. Parmi elles, figurent des interventions visant à agir sur la transition de la voie injectable vers d'autres modes d'administration – TMA – (INSERM, 2010). En effet, dans la mesure où l'injection constitue la voie d'administration de drogues la plus à risque de transmission de l'hépatite C, faire baisser le nombre global d'injections dans une population donnée constitue un levier d'action important pour freiner l'épidémie (Lert, 2006 ; Guichard *et al.*, 2010).

Deux grandes stratégies peuvent guider les programmes de TMA (Hunt *et al.*, 1999 ; INSERM, 2010) :

- faire diminuer ou arrêter l'injection et promouvoir des modes d'administration alternatifs parmi les injecteurs actifs ;
- prévenir ou différer le passage à l'injection des usagers non-injecteurs, en intervenant directement auprès d'eux ou en agissant auprès d'injecteurs pour réduire l'influence qu'ils exercent sur les non-injecteurs.

Le contenu de « Change le programme »

Change le programme est une intervention brève (IB) qui s'appuie sur les principes de l'entretien motivationnel. Elle consiste en un unique entretien en face-à-face d'environ 45 minutes entre un intervenant en réduction des risques et un injecteur actif (c'est-à-dire qui s'est injecté dans les trois derniers mois). L'entretien est structuré autour de neuf séquences qui s'enchaînent dans un ordre précis.

- Présentation de l'intervention
- Récit de l'initiation personnelle de l'utilisateur
- Récit de l'initiation d'autres usagers à l'injection
- Co-analyse des risques de l'initiation pour l'initié
- Co-analyse des risques de l'initiation pour l'initiateur
- Approche de l'injection à moindre risque
- Influence des injecteurs sur les non-injecteurs
- Travail sur des mises en situations fictives (scénarios)
- Conclusion de l'intervention

Objectifs de l'intervention

L'objectif de l'intervention *Change le programme* est de faire baisser le nombre d'initiations à l'injection, ou à défaut de les retarder et de les sécuriser, afin de faire diminuer le nombre de contaminations virales (en particulier par le VHC). Il s'agit d'induire une modification des représentations, des connaissances, des attitudes et des comportements face à l'injection.

Pour ce faire, il s'agit d'intervenir individuellement auprès des injecteurs actifs pour :

- les encourager à réfléchir à leur positionnement et à leur attitude par rapport à l'initiation d'autrui ;
- accroître chez eux la conscience des comportements pouvant inciter les autres à entrer dans l'injection (comme parler positivement de l'injection ou s'injecter devant un usager non-injecteur) et faire en sorte qu'ils les modifient ;
- augmenter leurs capacités à gérer les demandes d'initiation qui leur sont adressées et à pouvoir y répondre de la manière qu'ils jugent la plus appropriée : soit en refusant ou en différant l'initiation, soit en initiant mais en relayant les pratiques et les messages essentiels de réduction des risques ;
- améliorer leurs connaissances des risques (sanitaires mais aussi psychologiques, sociaux et légaux) liés à l'injection et ainsi les aider à mieux informer les personnes susceptibles de s'initier.

Bases théoriques et techniques de l'intervention

Sur le plan théorique, l'intervention repose sur l'idée que l'injection est un geste qui s'apprend au contact des autres injecteurs. Elle s'appuie, en particulier, sur la théorie de l'apprentissage social (Bandura, 1977) et sur des travaux ethnographiques ayant montré comment l'adoption de la pratique de l'injection se forme au contact des autres injecteurs – *modeling* – (Stilwell *et al.*, 1999).

Sur le plan technique, l'intervention s'appuie sur les principes de l'entretien motivationnel (EM) (Millner & Rollnick, 2013), dont l'objectif est justement d'accompagner et de susciter les changements de comportements, en augmentant la motivation intrinsèque. L'efficacité de l'EM a été éprouvée dans plusieurs domaines de l'addictologie (INSERM, 2010) et plus récemment dans la modification des pratiques d'injection (Bertrand *et al.*, 2015).

Change le programme comme intervention efficace

Sur le plan des effets sur les comportements, attitudes et représentations des usagers, les résultats montrent que *Change le programme* permet une modification des comportements, des perceptions et des intentions à trois mois. Ces résultats positifs sont en adéquation avec les résultats d'évaluation de l'intervention originelle *Break the Cycle* (Hunt & al., 1998) et de son adaptation canadienne *Change the cycle* (Strike & al., 2014). Son efficacité peut être renforcée avec un suivi à moyen terme lors d'un second entretien durant lequel on reprend avec l'utilisateur les idées et messages travaillés lors de l'intervention initiale.

Pour augmenter l'impact de ces messages, l'intervention ne doit pas être délivrée de manière isolée, mais s'inscrire dans un « écosystème » où l'initiation à l'injection, la transition vers d'autres modes d'administration et les problématiques de transmission de l'hépatite C sont des thématiques phares de la structure.

Pour bénéficier d'une formation permettant de pratiquer « Change le programme », se rapprocher du RESPADD : contact@respadd.org

> AERLI ou Accompagnement et Éducation aux Risques

Liés à l'Injection

AERLI est une intervention qui a été expérimentée dans le cadre d'un projet pilote financé par l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida (ANRS).

Une synthèse de la méthode AERLI a été rédigée par l'association AIDES dans le cadre des recommandations de bonnes pratiques professionnelles publiées en 2017 par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux concernant la réduction des risques et des dommages en CAARUD (AIDES, contribution écrite à l'élaboration des bonnes pratiques de l'ANESM in : ANESM, 2017).

« Cette pratique est une intervention pédagogique et éducative auprès de personnes usagères de drogues par voie intraveineuse motivées à améliorer ou à changer leurs pratiques. Elle est centrée sur les pratiques d'injection, les risques de transmission d'infections et les dommages liés à l'injection.

Elle participe à élaborer, avec la personne, des stratégies de réduction des risques adaptées à leur contexte de vie et s'inscrit dans une approche globale de la santé : orientations, accompagnement vers les dépistages, vers le soin et/ou vers l'accès aux droits sociaux. Elle participe à l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des personnes usagères de drogues.

Pour chaque intervention, il est proposé :

- un entretien d'aide à la décision au cours duquel sont présentés les objectifs de la session, puis il est décidé de l'entrée ou non de la personne dans le programme après recueil de son consentement ;
- une séance initiale pendant laquelle la personne s'injecte sous le regard d'un(e) intervenant(e) (injection/observation) ;
- un bilan partagé, afin de revenir sur l'injection, apporter des conseils et élaborer des stratégies de Réduction des risques (RDR) ;
- un bilan général à la dernière séance pour faire une synthèse des points d'amélioration et recueillir les perceptions de la personne.

L'évaluation de cette intervention a mis en évidence un bénéfice significatif sur les pratiques à risques infectieux, sur l'état veineux et sur l'augmentation des compétences perçues. » (AIDES, in: ANESM 2017).

Ces bénéfices sont conditionnés à la mise en œuvre stricte du protocole validé dans le cadre de l'expérimentation ANRS. Lorsque cette intervention est accompagnée d'une injection de substances, elle doit faire l'objet d'un protocole écrit et conforme à l'expérimentation qui a été menée et évaluée.

Pour mettre en place une formation à l'AERLI, la Fédération Addiction et l'association Aides proposent des sessions sur site : infos@federationaddiction.fr

4. VHC ET USAGES D'ALCOOL : quand les nouveaux traitements favorisent la mise en œuvre d'une approche de réduction des risques

Chez les publics de CAARUD et de CSAPA, l'alcool représente, avec le tabac et le cannabis, le premier produit consommé en termes de fréquences et de quantités et souvent le produit le plus dommageable, y compris pour le public injecteur. De plus, les fibroses plus ou moins importantes que le virus de l'hépatite C a pu générer avant la guérison imposent de développer l'approche de RDR alcool au regard des risques d'évolution en cirrhose.

Mettre en œuvre une approche de RDR autour de l'usage d'alcool vise à dépasser les pratiques professionnelles traditionnelles en matière d'usage d'alcool, ses enjeux concernant autant les consommateurs que l'équipe et les riverains de la structure. L'inscription dans le règlement de la structure de l'interdiction formelle d'y consommer de l'alcool (comme le tabac et les produits illicites) génère d'autres problèmes et rend difficile l'engagement d'un travail autour de cette consommation. À cela peut s'ajouter une prégnance croissante des comportements problématiques dus à l'usage d'alcool dans et devant la structure.

Contribution de Mathieu Fieulaine, *alcoologue, anthropologue*

Agir en RDR alcool : recherches, pratiques et accompagnements

Jusqu'à l'arrivée des antiviraux à action directe en 2014 et la mise en place de l'universalité d'accès au traitement en 2017, les personnes usagères d'alcool infectées par le VHC se trouvaient, dans leur immense majorité, soumises à un choix radical : cesser de consommer de l'alcool ou être traitées. Pour optimiser l'efficacité d'un traitement, elles devaient cesser toute consommation d'alcool dans un délai de six mois à un an avant de commencer le traitement. En cas de maintien d'une consommation, il convenait de s'en tenir à une consommation modérée : un verre standard par jour environ (en fonction des études) – les effets du traitement diminuant nettement à partir de trois verres/jour.

Cette compliance à une exigence thérapeutique abstinentielle est souvent admise par les personnes alcoolodépendantes ou souffrant d'alcoolopathies sévères (cirrhoses, pancréatites, atteintes neurologiques etc.), mais aussi par les personnes tabagiques souffrant de pathologies

cardiaques, pulmonaires ou artérielles, et les personnes souffrant de diabète de type II devant stopper la consommation de sucres rapides.

Cependant, qu'il s'agisse d'alcool, de tabac ou de sucre, une large part de consommateurs issus de ces « populations cliniques », pour une multitude de raisons, ne peuvent ou ne veulent pas répondre favorablement à ces exigences énoncées par le savoir médical. Tout praticien mesure bien dans sa clinique quotidienne l'écart entre ces exigences et la réalité vécue par nombre de patients, écart qui impose aux soignants de « faire avec » ce que sont et font les personnes. Face à ce qui peut être perçu comme un « comportement anti-thérapeutique », les soignants peuvent répondre par l'injonction, la négociation ou encore le non accès ou la rupture de la prise en charge.

Mais la pratique montre que la tolérance n'est pas la même selon les comportements en cause. Elle est par exemple bien plus grande à l'égard du diabétique qui « fait des écarts » ou du tabagique impénitent à qui l'on continue de déboucher les artères qu'à l'égard de « l'alcoolique » infecté par le VHC qui continue de boire. Cette différence se fonde moins sur des données objectives (par exemple sur la capacité d'observance du traitement du VHC) que sur des normes sociales d'acceptation encore aujourd'hui plus contraignantes lorsqu'il s'agit d'alcool – ou de produits illicites.

Ainsi, jusque très récemment, nombre de personnes infectées par le VHC se trouvaient laissées à la porte du soin au motif d'une consommation d'alcool « inappropriée » (associée ou non à d'autres substances psychoactives). Cette mise à l'écart accroît l'exposition à différents risques : la détérioration accrue de l'état du foie, soumis à la double attaque VHC/alcool qui peut engager à terme le pronostic vital, la rupture de tout lien thérapeutique avec le patient, la poursuite ou l'aggravation de consommations. Ces consommations à des fins d'automédication ou comme une « fuite en avant », un « remède » à la culpabilité de n'être pas capable de répondre aux exigences du soin peuvent alors devenir d'autant plus problématiques, excessives et délétères qu'elles ne sont pas accompagnées.

Aujourd'hui, l'arrivée des AAD permet aux professionnels (hépatologues, gastro-entérologues ou intervenants de CSAPA/CAARUD ou ELSA) de ne plus s'en tenir aux exigences d'arrêt ou de changement drastique des pratiques de consommations qui conduisaient à de nombreux échecs de prises en charge. Cette avancée majeure est propice au développement d'une approche de réduction des risques alcool. En premier lieu, les intervenants de CSAPA et CAARUD ont un important rôle à jouer en termes de plaidoyer, de pédagogie et de diffusion des connaissances sur les logiques d'usage de substances psychoactives auprès des professionnels intervenant dans le traitement de l'hépatite C. C'est ainsi que peuvent reculer les discours sur l'alcool parfois culpabilisants, moralisateurs et porteurs d'une injonction à l'arrêt de la consommation, qui agissent souvent négativement sur la qualité du suivi, les consommations du patient mais aussi sur ses capacités d'observance.

D'autre part, la question essentielle de l'observance, souvent mise en avant, doit être posée en de bons termes. Si effectivement des alcoolisations importantes et répétées risquent d'impacter la régularité et l'effectivité des prises du traitement, un travail d'accompagnement et de sécurisation des dites consommations peut être assuré. Pour cela, il importe que soit garanti un espace où ces pratiques puissent être librement énoncées sans crainte d'être réprochées ou condamnées. En effet, c'est en les prenant en compte pour ce qu'elles sont réellement (et non pour ce qu'on voudrait qu'elles soient) que l'on pourra construire avec le patient une alliance thérapeutique favorisant, à la fois, l'adéquation de la prescription à son rythme et à ses horaires et la limitation d'éventuelles interactions médicamenteuses chez des patients souvent sur-médiqués et, par la suite, le développement d'un travail sur les consommations.

Toutefois, l'arrivée de ces nouveaux traitements ne doit pas conduire à négliger de questionner les pratiques d'alcoolisation au motif qu'elles n'interféreraient plus sur leur efficacité. Encore trop souvent aujourd'hui, particulièrement lorsqu'il s'agit de populations repérées comme à risque en raison de leurs usages de drogues illicites, la question de l'alcool est insuffisamment

explorée. Parler de l'importance du dépistage, des bénéfices à se traiter et de la nécessité d'observance offre l'opportunité de discuter autrement de l'impact des consommations sur la qualité de vie. En expliquant à la personne que la logique de consommation (les fonctions et le sens qu'elle lui donne) est un paramètre important à prendre en compte pour ajuster la prise en charge et garantir son efficacité, les professionnels proposent un espace d'expression sur la consommation qui n'est pas conditionné à sa volonté de « traiter son problème alcool ».

Comme nous l'ont rapporté patients et professionnels, la proposition de dépistage VHC est parfois utilisée comme un moyen détourné de repérage de l'« alcoolisme » d'une personne grâce notamment au FibroScan®. Une telle pratique peut donner aux personnes la légitime impression qu'au prétexte de la recherche d'un éventuel virus, on veut « les confronter à leur déni » et qu'on vise à « leur faire prendre conscience de leur problème d'alcool ». Cette utilisation de l'examen par FibroScan® sans consentement éclairé peut s'avérer contreproductive du point de vue de la relation de confiance, car elle peut être perçue comme une action de contrôle et d'injonction au changement et au soin.

En conclusion, les nouveaux traitements favorisent le développement d'une approche RDR appliquée aux usages d'alcool, encore largement absente de la réflexion sur les pratiques de sensibilisation au dépistage et d'accompagnement aux soins de l'hépatite C. La stratégie proposée dans le présent manuel offre également aux intervenants un outil autant qu'un cadre pour nouer un dialogue différent autour des consommations d'alcool. Ce dialogue fondé sur l'intégration des pratiques d'usages et sur la recherche de leur sécurisation hors de toute injonction à ce qu'elles changent permet d'optimiser une éventuelle prise en charge. La RDR alcool autant que la lutte contre l'épidémie d'hépatite C ne peuvent qu'en sortir mutuellement renforcées.



L'INSCRIPTION PROGRESSIVE DE LA RDR LIÉE À L'USAGE D'ALCOOL DANS UN CAARUD

L'exemple d'Axess (Montpellier)

Contribution de David Gauté, chef de service

La mise en œuvre de l'approche RDR alcool au sein d'Axess a été accompagnée par Mathieu Fieulaine. Elle avait pour objectifs de :

- réduire les dommages et les risques liés à l'alcoolisation rapide et massive avant d'entrer dans la structure afin d'en respecter le règlement intérieur ;
- réduire les comportements difficilement gérables par l'équipe et les « événements indésirables » qu'ils induisent : ivresses manifestes, agressivité, violences, manque de respect de l'équipe... ;
- proposer une approche alternative et complémentaire aux options thérapeutiques du sevrage et de l'abstinence, au regard d'une accentuation fréquente de la consommation en période de post-sevrage et de l'impact sanitaire et psychologique de ces tentatives souvent répétées. Il s'agit d'aider les personnes à éviter la répétition d'une situation d'échec et de les soutenir dans une meilleure gestion et une réduction de leur consommation d'alcool ;
- diminuer les nuisances en termes de tranquillité publique pour les riverains, dues aux regroupements d'usagers devant la structure le temps de consommer leur alcool. En alimentant l'hostilité de certains riverains, ces nuisances fragilisent l'implantation de la structure ;
- permettre à l'équipe de ne plus subir les problématiques individuelles et collectives posées par les alcoolisations massives et de sortir de la situation de malaise qu'induit le sentiment de ne pas suffisamment aider les personnes à préserver leur santé.

.../...

LA MÉTHODE

Pour favoriser son acceptation, la mise en œuvre d'une approche RDR alcool doit être attentive, à la fois, au ressenti et aux aspirations des professionnels comme à ceux des personnes accueillies. À Axess, ce processus s'est fait en quatre étapes et au rythme de l'amélioration des connaissances de l'équipe, de l'évolution des points de vue des personnes reçues quant à l'autorisation de l'usage d'alcool à l'intérieur de la structure et de l'émergence de formes de régulation de cet usage.

Temps 1 L'équipe a suivi une formation de base en alcoologie notamment aux approches fondées sur la démarche de réduction des risques.

- La formation vise à travailler sur les représentations de l'objet alcool, tant celles des professionnels que celles des usagers, afin d'élaborer un discours institutionnel alternatif se dégageant des injonctions classiques (boire moins, arrêter...).
- Elle fournit des clés pour travailler avec l'utilisateur en fonction de « là où il en est » de sa pratique d'alcoolisation, l'informer et le conseiller pour l'aider à réduire les dommages qu'elle induit et privilégier le maintien des liens affectifs, sociaux et thérapeutiques.
- Elle permet de se doter de repères théoriques et méthodologiques dans la gestion des consommations d'alcool à l'intérieur de la structure.

Temps 2 La levée de l'interdiction de consommer de l'alcool à l'intérieur de la structure ouvre la phase d'expérimentation. Elle doit induire l'émergence d'un cadre institutionnel de régulation de l'usage d'alcool dans la structure qui ne soit pas préétabli. Il doit être construit en concertation avec l'ensemble des personnes reçues afin de se situer au plus près des préoccupations de chacun et des pratiques de consommation d'alcool.

En effet, l'équipe peut craindre l'apparition d'« apéros sauvages » entre usagers difficilement gérables ou de ne pas réussir à gérer les consommations d'alcools forts (à l'inverse de la bière). La levée de l'interdit peut aussi être incomprise et mal accueillie par les usagers. Ils peuvent y percevoir une forme de laxisme et de remise en question de la fonction de rupture avec le monde de la rue qu'ils attendent d'un CAARUD.

Ainsi, plutôt qu'une communication formelle sur la levée de l'interdit, **il est préférable d'arrêter d'interdire et de gérer au cas par cas** les consommations individuelles d'alcool et l'apparition de comportements et d'événements indésirables. Avec le temps, ces discussions avec les usagers permettent d'expliquer et d'installer progressivement une pratique régulée de l'accueil avec alcool.

Temps 3 La phase expérimentale fait l'objet d'une **évaluation en deux volets** :

- l'analyse par l'équipe des effets de la levée de l'interdiction de l'usage d'alcool dans la structure et d'une régulation de l'alcoolisation par la discussion sur les pratiques d'usage des personnes, les pratiques professionnelles et les relations entre la structure et les riverains ;
- le recueil de l'avis des personnes accueillies quant aux aspects positifs et négatifs du changement.

Temps 4 Il est mis en place un dispositif promouvant et soutenant

« un boire autrement » :

- il s'agit de réécrire avec les usagers le règlement de fonctionnement et la charte d'accueil en incluant des paragraphes spécifiquement consacrés à l'usage d'alcool. Par exemple, Axess a intégré la mention suivante : « *La consommation d'alcool sur Axess est acceptée à certaines conditions : vous devez veiller à adapter vos consommations en prenant en considération que votre état doit demeurer compatible et adapté à l'accueil collectif. L'usage de bouteille en verre est proscrit. Ainsi, l'équipe se réserve le droit de réguler les excès, les comportements inadaptés repérés et de prendre les mesures en conséquence* » ;
- il s'agit également de mettre en place une logistique favorisant le report à un moment ultérieur de la consommation d'alcool et la réduction des risques et des dommages : réfrigérateur pour le dépôt des bières personnelles, restauration rapide adaptée (« pique-nique », fruits secs...), proposition de rafraîchissements pour favoriser l'hydratation, incitation à la consommation au verre, mise en place d'un bar à eau, ou encore une « rééducation » à la saveur et au plaisir de boire aidant à limiter le « boire par habitude » via des temps conviviaux partagés avec alcool, la visite d'un brasseur de bière...

Temps 5 Deux temps d'analyse de pratiques doivent être proposés à l'équipe afin d'améliorer et de pérenniser l'efficacité de l'approche RDR alcool :

- après la première année de levée de l'interdiction et d'apprentissage d'une gestion au cas par cas de l'alcoolisation et des comportements qu'elle peut induire ;
- à l'issue de la seconde année d'élaboration et d'expérimentation d'un nouveau cadre institutionnel de régulation de la présence d'alcool à l'intérieur de la structure.

LES BÉNÉFICES

Dès la première année, la levée de l'interdit d'usage d'alcool peut induire plusieurs bénéfices :

- une baisse significative des alcoolisations massives durant l'accueil collectif ;
- une baisse très significative d'événements indésirables liés à l'ivresse alcoolique ;
- une diminution des regroupements devant la structure liés à la consommation d'alcool et une diminution des nuisances pour les riverains ;
- l'apparition de formes de régulation individuelle et collective de l'alcoolisation chez les consommateurs (discrétion, autocontrôle des fréquences de consommation, contrôle des fréquences d'alcoolisation des pairs, réprobation de l'état d'ivresse excessive des pairs...) qui explique l'absence de débordements (« apéros sauvages », consommation ostentatoire, désinhibition de l'hostilité envers un professionnel...);
- une facilitation de l'échange sur « l'objet alcool » lors des entretiens individuels, permettant d'engager un travail autour de sa consommation, car la levée de l'interdiction l'a déstigmatisée ;
- une plus grande aisance de l'équipe à faire respecter le cadre réglementaire de la structure et à travailler sur la gestion des consommations d'alcool.

5. L'ATTENTION INDISPENSABLE à la prévention des recontaminations

Contribution de Jean-Michel Delile, psychiatre addictologue, directeur général du CEID Bordeaux et vice-président de la Fédération Addiction

Le traitement de l'hépatite C n'étant pas un vaccin, la personne guérie n'est pas protégée d'éventuelles nouvelles contaminations. À la différence d'une rechute (reprise de l'infection en cours de traitement), la réinfection par le VHC est une récurrence liée à la poursuite ou à la reprise des pratiques à risques de contamination, après que la précédente infection ait été complètement éliminée par le traitement.

Or, en augmentant l'incidence de l'infection, les recontaminations peuvent réduire l'impact populationnel préventif du traitement. D'autre part, elles peuvent avoir un impact négatif sur les patients aussi bien aux plans psychologique et médical qu'au plan de leur accès aux traitements (et aux éventuels retraitements) dans la mesure où elles peuvent renforcer les réticences de certains professionnels à accompagner les usagers de drogues vers le soin.

Quelle est l'ampleur du phénomène ?

Un travail colligeant les données issues de sept études (Grady & al., 2013) révèle des taux de réinfection relativement faibles chez les usagers de drogues injectables traités : entre 0.76 et 4.7 % personnes-ans soit une incidence annuelle moyenne de recontamination évaluée entre 1 et 2 % (Grebely & al., 2012). Ces taux ne sont pas de nature à différer ni encore moins à récuser des indications de traitements chez les usagers de drogues injectables même actifs (ayant encore des pratiques d'injection), bien au contraire c'est un argument supplémentaire pour les (re)traiter (Grebely & al., 2015 ; Grebely & al., 2015-b).

Cependant, ces taux sont issus d'études réalisées avec les traitements antérieurs (Interféron PEG/Ribavirine) et avec une population volontaire, présentant une fibrose hépatique identifiée, bien suivie, bénéficiant d'un haut niveau d'intervention (Grady & al., 2012). Qu'en sera-t-il dans la logique actuelle d'accès universel au traitement qui inclut plus souvent des personnes éloignées des soins, dépistées sans réelle demande ni pathologie cliniquement identifiée, ayant des pratiques d'injection actives et donc potentiellement plus instables et marginales ?

Il est permis d'envisager que le risque de réinfection soit plus élevé (Grebely & al., 2012), notamment chez les personnes coinfectées VIH-VHC, chez les « *slamers* », chez les usagers de drogues ayant une forte fréquence d'injections (cocaïne, méthamphétamine par exemple) ou encore chez les personnes très désocialisées (Young & al., 2017). Ainsi, l'étude de la cohorte Dat'AIDS (sur 40 714 Personnes Vivant avec le VIH) indique qu'en dépit d'un haut niveau de traitement, l'incidence des nouvelles infections VHC (première infection ou recontamination) a augmenté régulièrement chez les HSH VIH + entre 2012 et 2016 (Pradat & al., à paraître). Ce qui suggère qu'un sous-groupe de HSH poursuit des pratiques à haut risque après avoir été traité une première fois.

Développer une offre combinée d'actions de prévention, de réduction des risques et de soins

Comme le rappelle Andrew Ball (2007 ; 2010), l'usage de drogues étant associé à des risques et dommages sur la santé à la fois multiples et changeants, il requiert des réponses sans cesse plus diversifiées et complexes. Les programmes de RDR doivent être globaux et flexibles s'ils veulent obtenir des résultats significatifs en santé publique. Ils doivent dépasser les interventions spécifiques isolées (telles que des PES ou des TSO) pour aller vers un ensemble global

d'interventions sanitaires et sociales combinées qu'ils viennent enrichir (Van Den Berg & al., 2007). Des études de modélisation ont en effet permis d'estimer que les TSO ou les échanges de seringues conduits de manière isolée n'auraient qu'un impact limité sur la prévention de la diffusion virale C (Vickerman & al., 2011 ; Vickerman & al., 2012).

Une dynamique réellement intégrative (Delile, 2017) de l'ensemble des interventions de prévention, de soins et de RDR permet d'élaborer des parcours de santé diversifiés adaptés au public d'usagers de drogues. Ainsi, l'accès de cette population au traitement est essentiel dans la prévention de la transmission du VHC en son sein (AFEF, 2018). D'autre part, la prévention de la recontamination repose sur les mêmes interventions que celles utilisées en prévention initiale. Outre le lobbying auprès des politiques, la réduction des risques liés aux injections dont la (re)contamination VHC suppose de proposer un « package » combinant des actions générales de RDR (information, remise de matériel, PES, etc.), des programmes spécifiques « injection » (AERLI, « Change le Programme »), des actions de RDR en santé sexuelle, des espaces ou des salles de consommation à moindres risques (SCMR) fixes et mobiles, l'accès facilité à des traitements de substitution aux opiacés (TSO) et à des (re)traitements VHC.

La prévention des recontaminations exige avant tout de ne pas perdre le lien avec les personnes après la guérison de leur hépatite C. En CSAPA comme en CAARUD, leur accompagnement doit nécessairement s'inscrire dans la durée, le traitement de l'hépatite C n'étant qu'une part et un temps de leur accompagnement global. Il aura d'autant plus de chances d'être durable et efficace qu'il sera diversifié et adapté à leurs besoins et à leurs attentes (accompagnement, aide au logement, à l'insertion...). Cet accompagnement doit également intégrer un soutien psychosocial de la personne tant par les professionnels que par des pairs, concernés par la maladie et/ou ayant déjà suivi un traitement. En effet, c'est sur la base de ce soutien psychosocial que l'on peut assurer un suivi régulier de la personne après la cure VHC et conduire des actions de prévention de la recontamination et une recherche régulière de la charge virale du VHC (tous les six mois chez les usagers injecteurs actifs, tous les trois mois chez les « *slamers* »). Ce soutien psychosocial, notamment chez les plus précaires, peut en lui-même contribuer à réduire les pratiques à risques comme cela a pu être montré avec les usagers de drogues actifs qui fréquentent la SCMR de Vancouver (DeBeck & al., 2011 ; Long & al., 2014).

Enfin, l'impact des traitements VIH et VHC s'accroît quand ils sont combinés à un meilleur accès à des services de soins des addictions et à des services sociaux (Grebely & al., 2016 ; Bruce & al., 2012). Là encore, tout démontre que, loin de s'opposer, RDR, soins et prévention se confortent mutuellement, la RDR favorisant l'accès aux soins et les soins renforçant l'efficacité de la RDR (Delile, 2017). Les CSAPA et les CAARUD jouent un rôle essentiel de prévention de la recontamination chez les usagers de drogues et de réduction des risques de transmission, puisqu'ils peuvent être particulièrement réactifs en cas de recontamination dès lors qu'ils s'impliquent dans la sensibilisation au dépistage et le soutien à l'accès au traitement et à son observance.

LES POINTS-CLÉS

de la sensibilisation au dépistage des hépatites virales et du soutien à l'accès aux soins pour le public CSAPA/CAARUD

◆ Pour être efficaces, la sensibilisation au dépistage des hépatites virales et l'accompagnement aux soins doivent reposer sur **l'implication et l'alliance des professionnels de santé et des travailleurs sociaux de la structure, du médecin hépatologue partenaire et des pairs**. S'appuyer sur **l'expertise des usagers** ayant déjà l'expérience du dépistage et du traitement peut jouer un rôle essentiel dans la décision de leurs pairs de se faire dépister, la persévérance dans la démarche de soin et la rigueur dans l'observance du traitement.

◆ **L'ensemble des professionnels de l'équipe doivent avoir une bonne connaissance des différentes techniques de dépistage, du parcours de soin et du traitement** ainsi que des éléments de discours à y associer. En effet, la qualité de ces connaissances permet aux usagers de les percevoir comme des acteurs de santé en mesure de les soutenir dans la **transformation de la découverte d'une sérologie positive en engagement dans la démarche de soin**.

◆ Les difficultés quotidiennes et les urgences auxquelles sont confrontés les usagers ainsi que leur propre hiérarchie des priorités peuvent favoriser une baisse de vigilance de l'équipe quant à la proposition régulière de se faire dépister ou à l'invitation à s'inscrire dans la démarche de soin. D'où la **nécessité d'assurer une constance dans la mobilisation de l'équipe autour du dépistage et du soin des hépatites virales via l'implication active de la direction, la mise en place d'un référent hépatites virales et d'un système d'aide-mémoire**.

◆ **Mettre le dépistage au cœur de l'activité des unités mobiles représente le levier principal de l'amélioration de l'accès aux soins de l'hépatite C pour les populations les plus éloignées des services de santé** : personnes très précarisées, personnes habitant en zone rurale. Ceci permet simultanément d'améliorer le **ratio coût/efficacité** de l'action, d'élaborer des **parcours de soins diversifiés** adaptés à l'hétérogénéité des besoins et des attentes des patients et de développer la **fonction ressource des CAARUD et des CSAPA** auprès de structures sociales souvent peu impliquées dans ces prises en charge.

◆ Dans une logique de santé publique et d'encouragement des demandes de dépistage, la sensibilisation au dépistage doit **prendre en compte les spécificités des pratiques, des conditions de vie et des histoires de vie chez les usagers de drogues issus de populations très touchées par la contamination par l'hépatite C : les personnes migrantes, les HSH et les personnes détenues**.

→ Les personnes détenues ou sortant de prison sont souvent réticentes à évoquer les prises de risques auxquelles la non disposition de matériel stérile en détention a pu les conduire et peuvent être perdues de vue par le CSAPA ou le CAARUD au moment de leur mise en détention ou de la sortie. Il convient notamment d'insister sur les risques accrus de contamination en prison, de mettre en place une approche individuelle et collective de RDR et de sensibilisation au dépistage et de l'inscrire dans une convention de partenariat avec l'administration pénitentiaire.

→ Les HSH se singularisent par un déni fréquent de leur statut d'usagers de drogues car ils les utilisent dans un cadre sexuel et refusent l'étiquette de « toxicomane ». En consé-

Points-clés

quence, ils peuvent ne pas faire appel au dispositif spécialisé en addictologie ni connaître les stratégies de réduction des risques. Il s'agit d'impulser et de structurer des partenariats avec les associations communautaires et de proposer plus souvent un dépistage (tous les trois mois).

→ Les personnes migrantes méconnaissent souvent les fondamentaux de la réduction des risques et des dommages (RDRD) liés aux usages de drogues et peuvent se méfier de tout professionnel qu'ils assimilent aux institutions publiques. Il convient notamment de favoriser leur appropriation de l'information et des outils de RDR et de développer la médiation de santé.

◆ **Si le prélèvement sanguin représente la technique la plus complète en matière de dépistage et d'évaluation de la fibrose du foie, les avantages différentiels des TROD et des buvards permettent de les utiliser de manière complémentaire**, en fonction des contextes de dépistage (en structure ou hors les murs), du caractère ponctuel ou régulier du contact avec les personnes et de leurs préférences pour l'une ou l'autre technique.

◆ Si l'observance des nouveaux traitements est moins difficile qu'auparavant, **l'accompagnement de la personne avant et pendant le traitement reste souvent essentiel** pour éviter des interruptions synonymes de risque de rechute et, parfois, pour soutenir sa décision d'engager d'autres changements dans sa vie.

◆ **L'organisation de l'accompagnement aux soins en unité de lieu, dont le « test and treat » représente la forme la plus aboutie, est valorisée par tous les professionnels qui en font l'expérience comme une condition idéale** pour élargir la diffusion du dépistage et accompagner le plus grand nombre de personnes jusqu'à la guérison. Contrairement à une idée reçue, ce mode d'organisation ne se limite pas aux CSAPA et peut être mis en place en CAARUD, avec un succès équivalent malgré un public différent.

◆ Les conditions ne sont cependant pas toujours réunies pour s'organiser en unité de lieu. **La mise en place de partenariats renforcés est donc parfois mieux adaptée aux ressources de la structure et aux besoins du territoire**. L'exemple des partenariats avec des services experts et de l'organisation de circuits d'orientation atteste que ces partenariats renforcés peuvent être aussi efficaces que l'organisation en unité de lieu.

◆ **Les taux de recontamination par l'hépatite C chez les usagers de drogues ayant suivi les anciens traitements sont faibles**. Mais l'accès désormais universel au traitement et la facilitation de leur observance pourraient se traduire chez une fraction d'entre eux par une baisse de vigilance quant au risque de récurrence. D'où l'exigence de maintenir l'accompagnement après la guérison en restant attentif à son inscription dans le parcours de vie et d'articuler le renouvellement régulier de la proposition de dépistage à la mise en œuvre d'un panel diversifié d'interventions de réduction des risques.

Pour aller plus loin, QUELQUES RÉFÉRENCES

> Manuels de réduction des risques

- Accès, DAAT, City of Sosnoviec, *Guide pratique du travail d'outreach et de réduction des risques avec les personnes usagères de drogues*, Accès, 2011.
- ANESM, *La réduction des risques et des dommages dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD), Recommandations de bonnes pratiques professionnelles*, 2017, 75 pages.
- Apothicom, CILDT, *L'injection à moindre risque*, Apothicom, 2008.
- Collectif (sous la direction de C Reynaud-Maurupt), *Intervention précoce et Réduction des risques et des dommages de l'usage de cocaïne basée (crack/free-base). Guide de prévention destiné aux professionnels*, Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale et AIRDDS Bretagne, décembre 2013, 79 pages.
- Fédération Addiction, *RDR – Éthique, posture et pratiques*, coll. Pratique(s), 2016.

> Articles

- Ball AL: HIV, injecting drug use and harm reduction: a public health response. *Addiction* 2007, 102(5):684-690.
- Ball AL: Broadening the scope and impact of harm reduction for HIV prevention, treatment and care among injecting drug users. In: *Harm reduction: evidence, impacts and challenges. Volume 10*, edn. Edited by Rhodes T, Hedrich D. Lisbon: EMCDDA; 2010: 89-94.
- Bertrand K., Roy E., Vaillancourt E., Vandermeerschen J., Berbiche D., Boivin J.-F., Randomized controlled trial of motivational interviewing for reducing injection risk behaviours among persons who inject drugs, *Addiction*, 110, 2015, pp. 832-841.
- Bladou F. Chemsex : vers une palette d'outils de prévention, de réduction des risques et une offre de prise en charge renouvelée, *Addictions recherches et pratiques*, n° 2, p.291-309
- Birkhead GS, Klein SJ, Candelas AR, O'Connell DA, Rothman JR, Feldman IS, Tsui DS, Cotroneo RA, Flanigan CA: Integrating multiple programme and policy approaches to hepatitis C prevention and care for injection drug users: A comprehensive approach. *International Journal of Drug Policy*, 2007, 18(5):417-425.
- Bruce RD, Eiserman J, Acosta A, Gote C, Lim JK, Altice FL: Developing a Modified Directly Observed Therapy Intervention for Hepatitis C Treatment in a Methadone Maintenance Program: Implications for Program Replication. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 2012, 38(3):206-212.
- Chemlal K, Bouscaillou J, Jauffret-Roustide M, Semaille C, Barbier C, Michon C, et al. Offre de soins en milieu carcéral en France : infection par le VIH et les hépatites. *Enquête Prévacar*, 2010. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire* 2012 ; 10-11 : 131-34.
- Chiron E, Jauffret-Roustide M, Le Strat Y, Chemlal K, Valentin MA, Serre P, et al. Prévalence de l'infection par le VIH et le virus de l'hépatite C chez les personnes détenues en France. Résultats de l'enquête Prévacar 2010. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire* 2013 ; 35-36 : 445-50.
- Delille J-M. En quoi les pratiques de RdRD peuvent-elles s'inscrire dans les stratégies de prévention et de soins et les améliorer dans tous les domaines des addictions ? *Alcoolologie et Addictologie* 2017, 39(3):246-265.

- DeBeck K, Wood E, Qi J, Fu E, McArthur D, Montaner J, Kerr T: Interest in low-threshold employment among people who inject illicit drugs: Implications for street disorder. *International Journal of Drug Policy* 2011, 22(5):376-384.
- Foucher J, Reiller B, Jullien V, et al. FibroScan used in street-based outreach for drug users is useful for HCV screening and management: a prospective study, *Journal of Viral Hépatitis*, 2009, 16, 121-131.
- Grebely J, Lamoury FMJ, Hajarizadeh B, Mowat Y, Marshall AD, Bajis S, Marks P, Amin J, Smith J, Edwards M, Gorton C, Ezard N, Persing D, Kleman M, Cunningham P, Catlett B, Dore GJ, Applegate TL; LiveRLife Study Group. Evaluation of the Xpert HCV Viral Load point-of-care assay from venepuncture-collected and finger-stick capillary whole-blood samples: a cohort study. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2017 Jul;2(7):514-520.
- Grady BP, Schinkel J, Thomas XV, Dalgard O, Hepatitis C virus reinfection following treatment among people who use drugs, *Clinical Infectious Diseases*, 57, suppl 2, 2013, 105-110.
- Grady BPX, Vanhommerig JW, Schinkel J, Weegink CJ, Bruisten SM, Lindenburg CEA, Prins M: Low incidence of reinfection with the hepatitis C virus following treatment in active drug users in Amsterdam. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology* 2012, 24(11):1302-1307.
- Grebely J, Pham ST, Matthews GV, Petoumenos K, Bull RA, Yeung B, Rawlinson W, Kaldor J, Lloyd A, Hellard M et al.: Hepatitis C virus reinfection and superinfection among treated and untreated participants with recent infection. *Hepatology* 2012, 55(4):1058-1069.
- Grebely J, Robaey G, Bruggmann P, Aghemo A, Backmund M, Bruneau J, Byrne J, Dalgard O, Feld JJ, Hellard M et al.: Recommendations for the management of hepatitis C virus infection among people who inject drugs. *International Journal of Drug Policy* 2015, 26(10):1028-1038.
- Grebely J, Haire B, Taylor LE, Macneill P, Litwin AH, Swan T, Byrne J, Levin J, Bruggmann P, Dore GJ: Excluding people who use drugs or alcohol from access to hepatitis C treatments: Is this fair, given the available data? *Journal of Hepatology* 2015, 63(4):779-782.
- Grebely J, Alavi M, Micallef M, Dunlop AJ, Balcomb AC, Phung N, Weltman MD, Day CA, Treloar C, Bath N et al.: Treatment for hepatitis C virus infection among people who inject drugs attending opioid substitution treatment and community health clinics: the ETHOS Study. *Addiction* 2016, 111(2):311-319.
- Guichard A., Guignard R., Michels D., Beck F., Arwidson P., Lert F., Roy E., Changing patterns of first injection across key periods of the French Harm Reduction Policy: PrimInject, a cross sectional analysis, *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 133, 2013, pp. 254-261.
- Guichard A., Fournier V., Michels D., Guignard R., Réduire le risque d'infection par l'hépatite C chez les usagers de drogues : la piste de la prévention du passage à l'injection, *La santé de l'homme*, n° 409, 2010, pp. 7-10.
- Hirtz C., Le prélèvement sanguin sur papier buvard : une révolution de la biologie médicale en marche ?, *Annales de biologie clinique*, 2014, vol. 73, n° 1
- Hoareau E., Stigmatisation de l'usager de produits illicites et enjeux de l'entretien individuel, in Lutz G., Roche P (dir), Faire avec les drogues, *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, 2016/1 (N° 21), p. 33-48
- Hunt N., Griffiths P., Southwell M., Stillwell G., Strang J., Preventing and curtailing injection drug use: a review of opportunities for developing and delivering route transition interventions, *Drug and Alcohol Review*, vol. 18, 1999, pp. 441-451.
- Jauffret-Roustide M., Pillonel J., Weill-Barillet L., Léon L., Le Strat Y., Brunet S., Benoit T., Chauvin C., Lebreton M., Barin F., Semaille C., Estimation de la séroprévalence du VIH et de l'hépatite C chez les usagers de drogues en France. Premiers résultats de l'enquête ANRS-Coquelicot 2011, *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 39-40, 2016, pp. 504-509.
- Jauffret-Roustide M, Le Strat Y, Couturier E, Thierry D, Rondy M, Quaglia M, et al. A national cross-sectional study among drug-users in France: epidemiology of HCV and highlight on practical and statistical aspects of the design. *BMC Infect Dis* 2009; 9 : 113.

- Lert F., Peut-on stopper la transmission du virus de l'hépatite C chez les usagers de drogue ?, *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 54, n° spec. 1, 2006, pp. 1S61-1S67.
- Long C, DeBeck K, Feng C, Montaner J, Wood E, Kerr T: Income level and drug related harm among people who use injection drugs in a Canadian setting. *International Journal of Drug Policy* 2014, 25(3):458-464.
- Martin NK, Vickerman P, Grebely J, Hellard M, Hutchinson SJ, Lima VD, *et al.*, Hepatitis C virus treatment for prevention among people who inject drugs: modeling treatment scale-up in the age of direct-acting antivirals, *Hepatology*, 58, 2013, 1598-1609.
- Martin NK, Vickerman P, Miners A, Foster GR Hutchinson SJ, Goldberg DJ, *et al.*, Cost-effectiveness of hepatitis C virus antiviral treatment for injection drug users populations, *Hepatology*, 55, 2012, 49-57.
- Michel L, Lions C, Van Malderen S, Schiltz J, Vanderplasschen W, Holm K, *et al.* Insufficient access to harm reduction measures in prisons in 5 countries (PRIDE Europe): a shared European public health concern. *BMC Public Health* 2015 ; 15 : 1093.
- Midgard H, Bjoro B, Maeland A, Konopski Z, Kileng H, Damas JK, Paulsen J, Heggelund L, Sandvei PK, Ringstad JO *et al.*: Hepatitis C reinfection after sustained virological response. *Journal of hepatology* 2016, 64(5):1020-102.
- Pioche C, Pelat C, Larsen C, Desenclos JC, Jauffret-Roustide M, Lot F *et al.*, Estimation de la prévalence de l'hépatite C en population générale, France Métropolitaine, *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 2016, 13-14, 2011, 224-229.
- Pradat P, Huleux T, Raffi F, Delobel P, Valantin M-A, Poizot-Martin I, Pugliese P, Reynes J, Rey D, Hoen B *et al.*: Incidence of new hepatitis C virus infection is still increasing in French MSM living with HIV. *AIDS 9000, Publish Ahead of Print*.
- Remy AJ, Canva V, Chaffraix F, Hadey C, Harcouet L, Terrail N, *et al.*, L'hépatite C en milieu carcéral en France : enquête nationale de pratiques 2015. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 2017; (14-15):277-84.
- Reynaud-Maurupt C, Foucher J, Lédighen (de) V, Expérimentation du FibroScan® en CSAPA. Etude qualitative Csapascan, *Alcoologie et Addictologie*, 37 (2), 2015, 137-143.
- Reynaud-Maurupt C, Verchère, Toufik A, Bello PY, Les usages de l'héroïne en France chez les consommateurs initiés à partir de 1996. La contribution d'une étude qualitative exploratoire menée en 2002, *Psychotropes*, vol. 9, n° 3-4, 2003, 57-78.
- Schaefer M, Heinz A, Backmund M, Treatment of chronic hepatitis C in patients with drug dependence: time to change the rules ? *Addiction*, 99, 2004, 1167-1175.
- Semaille C, Le Strat Y, Chiron E, Chemlal K, Valantin M, Serre P, *et al.* Prevacar group. Prevalence of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus among French prison inmates in 2010: a challenge for public health policy. *Euro Surveill* 2013 ; 18 (28).
- Stanaway JD, Flaxmann AD, Naghavi M, Fitzmaurice C, Vos T, Abubakar I, *et al.* The global burden of hepatitis from 1990 to 2013: findings from the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2016. pii: S0140-6736(16)30579-7. doi : 10.1016/S0140-6736(16), 30579-7.
- Stilwell G., Hunt N., Taylor C., Griffiths P., The modelling of injecting behaviour and initiation into injecting, *Addiction, Research and Theory*, vol. 7, 1999, pp. 447-459.
- Van Den Berg C, Smit C, Van Brussel G, Coutinho R, Prins M: Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users. *Addiction* 2007, 102(9):1454-1462.
- Vickerman P, Martin N, Hickman M: Can Hepatitis C virus treatment be used as a prevention strategy? Additional model projections for Australia and elsewhere. *Drug & Alcohol Dependence* 2011, 113(2):83-85.

- Vickerman P, Martin N, Turner K, Hickman M: Can needle and syringe programmes and opiate substitution therapy achieve substantial reductions in hepatitis C virus prevalence? Model projections for different epidemic settings. *Addiction* 2012, 107(11):1984-1995.
- Young J, Rossi C, Gill J, Walmsley S, Cooper C, Cox J, Martel-Laferrriere V, Conway B, Pick N, Vachon ML et al.: Risk Factors for Hepatitis C Virus Reinfection After Sustained Virologic Response in Patients Coinfected With HIV. *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America* 2017, 64(9):1154-1162.

> Livres et rapports

- AFEF, *Recommandations AFEF pour l'élimination de l'infection par le virus de l'hépatite C en France*, avec le soutien de la SPILF, Mars 2018..
- Brisacier A.-C., *Tableau de bord TSO 2017*, OFDT, janvier 2017.
- Comede. *La santé des exilés. Rapport Comede 2015*. Paris : Comede, 2016.
- Dhumeaux D (dir), *Prise en charge thérapeutique et suivi de l'ensemble des personnes infectées par le virus de l'hépatite C. Rapport de recommandations 2016*. Sous l'égide de l'ANRS et du CNS et avec le concours de l'AFEF, 2016.
- Foureur, N., Fournier, S., Jauffret-Roustide, M., Labrouve, V., Pascal, X., Quatremère, G. & Rojas Castro, D., *SLAM. Première enquête qualitative en France*, Pantin, AIDES, 2013.
- Girard, G, Boscher, G., *Les pratiques d'injection en milieu festif. État des lieux en 2008. Données issues du dispositif TREND de l'OFDT*, Saint-Denis, OFDT, 2009.
- INSERM, *Expertise collective. Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues*, Paris, INSERM, 2010.
- Lermenier-Jeannet A., Cadet-Tairou A., Gautier S., *Profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2015*, Tendances n° 120, octobre 2017.
- Millner W.R. & Rollnick S., *L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement*, Paris, InterEditions – Dunod, 2013.
- Reynaud-Maurupt C, Chaker S, Clavier O, Monzel M, Moreau C, Evrard I, Cadet-Tairou A, *Pratiques et opinions liées aux usages des substances psychoactives dans l'espace festif Musiques Electroniques : étude de faisabilité d'une enquête quantitative en population cachée à partir d'un plan de sondage ethnographiquement raisonné*. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, 2007.
- Tourette-Turgis C, *Le counseling*, QSJ?, n° 31 33, Presses Universitaires de France, 1996.

> Liens internet

- <https://www.hep-druginteractions.org/>
- <http://www.soshepatites.org/plateforme/hepatite-c/traitements/>
- http://www.soshepatites.org/wp-content/uploads/2018/01/C-Mon-Traitement_V3-2018.pdf
- www.afef.asso.fr
- <http://www.worldhepatitisalliance.org/latest-news/infohep/3140568/hepatitis-c-virus-reinfection-uncommon-after-being-cured-daas>.
- http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/08/cir_42484.pdf
- <https://www.federationaddiction.fr/vhc-une-publication-scientifique-et-un-supplement-technique-pour-faire-le-point/>
- <https://www.federationaddiction.fr/habilitation-au-trod-vhc-une-note-dappui-pour-faire-votre-demande/>
- <https://www.aides.org/chemsex-aides-numero-urgence>

SUPPLÉMENT EXPÉRIMENTER

des modèles partenariaux efficaces entre les services-experts et le dispositif spécialisé en addictologie

› L'exemple du Parcours Santé Ile-de-France

Contribution de Stéphanie Dominguez, praticien hospitalier, service Immunologie Clinique et Maladies Infectieuses, Hôpital Henri Mondor, Paris

En 2016, dans l'optique de créer des parcours personnalisés et adaptés aux personnes les plus fragiles infectées par le VHC en dehors des filières de soin classiques a été mise en place une étude pilote prospective, multicentrique visant l'optimisation de la cascade de soin VHC en Ile-de-France. Cette étude est issue de la collaboration entre l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France et l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris. Son principal objectif a été de dépister 1 000 patients avec une hépatite virale C active sur trois ans et de les mettre en soin jusqu'au traitement et la guérison.

De nombreux partenaires de dépistage médico associatifs, dont trente CSAPA et CAARUD, ainsi que vingt services hospitaliers d'Ile-de-France ont été associés au projet.

Les actions principales assurées par l'équipe projet dédiée (coordinateur médical, coordinateur social et médiateurs en santé) ont porté sur la promotion forte auprès de ces acteurs du dépistage avec des outils adaptés et de l'accompagnement personnalisé des usagers vers le soin. Pour ce faire, elle a animé des journées de sensibilisation auprès des professionnels médico-sociaux (éducateurs, infirmiers, médecins, coordinateur de centre) afin d'actualiser les connaissances sur l'hépatite C.

Chaque structure a été dotée en TROD VHC et buvards et aidée pour optimiser l'organisation du dépistage en caractérisant mieux sa file active. L'équipe porteuse du projet a également tenu des permanences une fois par mois dans chacune d'entre elles pour sensibiliser l'équipe et les usagers et effectuer des dépistages. Parallèlement, des consultations rapides ont été déployées dans les services hospitaliers pour recevoir les patients dans les 24 à 48 heures après un dépistage VHC positif.

Des consultations avancées d'hépatologues et infectiologues ont également été créées dans les CSAPA et CAARUD afin de suivre *in situ* les usagers de substances, du diagnostic au traitement et jusqu'à la guérison. Ces consultations avancées relèvent d'un parcours privilégié impliquant un CSAPA ou un CAARUD et un service hospitalier de proximité. L'indication du traitement est validée en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire, le traitement délivré par la pharmacie hospitalière mais gardé au sein de la pharmacie du CSAPA ou CAARUD et dispensé à un rythme quotidien. Ce dispositif de suivi *in situ* renforce clairement l'observance du traitement et l'assiduité aux consultations pour les personnes réfractaires à un suivi à l'hôpital, quand bien même celui-ci est personnalisé, adapté et accompagné.

Au total, 461 patients ont été inclus dans l'étude. Le recueil des informations sur l'avancée de chacun dans le parcours de soins a été effectué à chaque visite dans les centres. À 15 mois des inclusions, 86 % des patients inclus avec sérologie VHC positive dans les structures de dépistage ont eu une première consultation et 67 % ont initié un traitement anti VHC.

En conclusion, à plus d'un an du début de l'expérimentation, l'efficacité du parcours personnalisé se confirme. Il semble ainsi d'autant plus souhaitable de déployer encore plus de consultations avancées en CSAPA et CAARUD.

› Cinq projets soutenus par la Fédération Nationale des Pôles de Référence et Réseaux Hépatites (FPRH)

Contribution de **A Abergel, V Canva, D Larrey, C Sylvain, A Vallet-Pichard**, FPRH

La FPRH soutient cinq projets destinés à améliorer la prise en charge des hépatites virales dans les CSAPA et les CAARUD en se rapprochant de la méthode du « *test and treat* » (débuter le traitement dans la foulée du dépistage). Ces projets ayant des objectifs différents et complémentaires, il s'agit notamment de vérifier lequel défend la méthode la plus efficiente.

La FPRH mettra à leur disposition un appareil permettant de mesurer l'élasticité hépatique et 0,5 ETP de coordinateur qui aura un rôle de facilitateur dans la prise en charge. Il devra également recueillir des données chiffrées sur l'activité des centres (nombre de personnes formées aux TROD et à la connaissance du VHC, nombre de dépistages réalisés, nombre de charges virales VHC positives, nombre de mesures de l'élasticité hépatique, nombre de patients vus en consultation par un hépatologue ou un infectiologue, nombre de traitements débutés).

PROJET SCANVIR, LIMOGES : DÉPISTAGE DES HÉPATOPATHIES LES PLUS FRÉQUENTES

(alcool, virus B et C, surpoids) (Pr *Loustaud-Ratti, Dr Debette-Gratien*)

Le projet SCANVIR vise à structurer le dispositif territorial du dépistage des hépatites virales et en particulier du VHC, en passant d'un dépistage et d'une prise en charge centralisés à une stratégie du « aller vers », s'appuyant sur les CAARUD et CSAPA, dans le territoire Limousin (GHT). Il entre dans un projet plus global « Parcours Maladies du foie en Limousin » ou Hépatolim soutenu par l'ARS en 2015. Les maladies du foie, virus, alcool, stéatohépatites métaboliques, relèvent d'une logique de parcours ambulatoire avec prise en charge longitudinale du patient même après éradication de la cause du fait des comorbidités associées (addictions, syndrome métabolique...). Le parcours s'appuie par ailleurs sur des ressources régionales déjà existantes (structures de dépistage, dispositif régional de vaccination, luttes contre les inégalités sociales, réinsertion socio-professionnelle).

Pourquoi en Limousin ? Le parcours est calqué sur la dynamique du nouveau Groupement hospitalier du territoire avec un réseau régional d'envergure idéal, des liens forts avec la structure de référence, des besoins clairs de décentraliser les prises en charge et de renforcer les accès aux soins et d'innover. L'objectif est le suivant : renforcer le dépistage (CSAPA, CAARUD) des virus (mais aussi des autres hépatopathies), éradiquer les sources et organiser la prise en charge en dehors des structures de soins traditionnelles

PROJET FIBROSCAN®, STRASBOURG : COORDINATION FORTE DES DIFFÉRENTS CSAPA, FORMATION ET MAILLAGE DU DÉPARTEMENT (Pr *Doffoel, F. Chaffraix*)

Le but de l'étude est de présenter la cascade de soins chez les usagers de substances psychoactives suivis dans des Centres et Dispositifs de soins de première ligne en Addictologie (CDA). Cette étude s'inscrit dans le cadre du programme FibroScan® initié en 2012 par le Service Expert de Lutte contre les Hépatites Virales d'Alsace (SELHVA). Ce programme, financé à l'origine sur le budget Prévention Promotion de la Santé par l'Agence Régionale de Santé d'Alsace, a pour objectif général d'accompagner les usagers dans le dépistage par FibroScan® des hépatites B et C et du VIH et dans leur parcours de soin.

Il a été développé « hors des murs » de l'hôpital en incluant à l'origine cinq CSAPA pilotes. Il s'est élargi progressivement à 17 CDA avec en 2017, 12 CSAPA, une unité sanitaire de niveau 1, un Centre de Soins de suite et de Réadaptation en Alcoologie (CSSRA), une salle de consommation à moindre risque (SCMR), une Unité Mobile de Dépistage et de Réduction des risques (UMDRDR) et un réseau de médecins généralistes, le Réseau des MicroStructures médicales (RMS).

Ce programme comprend deux volets :

- **formation** de l'ensemble des personnels médico-sociaux de chaque CDA, sous forme d'ateliers, associés à un apprentissage pratique de la mesure de la fibrose hépatique par la technique d'élastométrie impulsionnelle à l'aide d'un FibroScan® mobile. Les ateliers sont répétés en fonction de l'évolution des connaissances sur l'hépatite C ;
- **soins** : dépistage par FibroScan® de l'hépatite C (associé à celui de l'hépatite B et du VIH), bilan diagnostique avec détermination de l'ARN-VHC et du génotype, associée à une échographie hépatique. Cette démarche est assurée par l'équipe de chaque CDA avec une approche globale médico-sociale et de réduction des risques et des dommages (RDRD), et en lien avec le SELHVA sous forme d'une consultation avancée ou d'un avis hépatologique (par téléphone ou par courriel).

L'indication d'un traitement antiviral est discutée au cours de réunions de synthèse transdisciplinaire mises en place dès le début du programme et associant les équipes des CDA et du SELHVA. Ces réunions ont été maintenues, malgré l'instauration des RCP hépatite C, pour faciliter l'accès des usagers au traitement par les antiviraux à action directe (AAD).

L'ensemble du programme est coordonné et évalué par le SELHVA en lien avec SOS Hépatites Alsace-Lorraine, Sida Info Service et le Centre d'Information Régional sur les Drogues et les Dépendances Alsace (CIRDD).

Depuis 2013, l'ensemble du programme FibroScan® et ses résultats sont détaillés dans un rapport d'activité annuel consultable sur le site Internet des HUS (Hôpitaux Universitaires de Strasbourg).

PROJET GRENOBLOIS : DÉPISTAGE MOBILE DANS L'ENSEMBLE DE L'ARC ALPIN

(Dr Hilleret, Pr Leroy)

L'objectif principal de ce projet est d'optimiser l'accès au dépistage et à la prise en charge thérapeutique et éducative des hépatopathies chroniques, en particulier post virale C, pour les publics usagers de drogues et précaires.

L'offre de l'unité mobile se décline en trois axes :

- **offre de dépistage adaptée dans ces outils** : approche combinée associant TROD et mesure de l'élasticité hépatique par FibroScan® portable ;
- **offre de dépistage adaptée dans sa localisation** : offre de dépistage au sein des CSAPA, CAARUD, CASO Médecins du Monde, structure d'accueil de personnes en demande d'asile, structure de prise en charge de publics précarisés (centre de soins Abbe Grégoire, TOTEM, Point d'Eau, et autres accueils de jour) ;
- **offre de prise en charge graduée** :
 - dépistage d'une hépatopathie virale B et/ou C et atteinte hépatique peu sévère : proposition aux structures de soins (Unité sanitaire carcérale et CSAPA) d'une consultation d'hépatologie avancée permettant une prise en charge thérapeutique *in situ* ;
 - pour les structures ne permettant pas cette consultation avancée, il est proposé un accompagnement par un travailleur social et/ou infirmière d'éducation thérapeutique de Prométhée Alpes-Réseau, permettant un accès à une consultation spécialisée hospitalière.
 - dans le cas du dépistage d'une hépatopathie sévère (quelle que soit l'origine virale et/ou alcool) définie par une élasticité hépatique > 9 kPa, le patient bénéficie d'un accompagnement par l'équipe référente (médicale et paramédicale si CSAPA, USN et l'équipe de Prométhée Alpes-Réseau) vers la structure de soins hospitalière.

PROJET LYONNAIS : EXPÉRIENCE DANS LE DOMAINE DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE AVEC LA MAISON DU PATIENT (Dr F. Bailly)

Le projet s'inscrit dans un contexte local (la ville de Lyon) caractérisé par la présence de deux CSAPA hospitaliers, dont l'un est adossé au centre expert hépatite, de trois CSAPA associatifs de la ville de Lyon – dont un est associé à un CAARUD – et de deux CAARUD associatifs. Le réseau ville hôpital, AVHEC-Maison du patient, anime depuis 3 à 4 ans des rencontres réunissant ces acteurs. Ce contexte se caractérise aussi par l'hétérogénéité de proposition et de prise en charge de l'hépatite C dans ces structures.

Ce projet est porté par le centre expert hépatite de Lyon, auquel sont rattachés le service d'hépatologie et le CSAPA de l'hôpital de la Croix Rousse. Il repose sur un partenariat avec un CSAPA associatif, le second CSAPA hospitalier et les deux CAARUD, Rupture (Association ARIA) et Pause Diabolo (Association Le Mas). Il vise à déployer le dépistage en s'appuyant sur les TROD et à structurer la prise en charge des patients dépistés en adaptant le parcours de soin aux spécificités et aux moyens de chaque structure.

Les objectifs du projet :

- **AUGMENTER L'OFFRE DE DÉPISTAGE** : les CSAPA et les CAARUD souhaitent pouvoir proposer aux usagers une offre de dépistage du VHC régulière et les CAARUD veulent proposer le dépistage dans leurs locaux et le travail de rue. Le déploiement des TROD dans ces structures peu ou pas médicalisées nécessite un accompagnement indispensable par un soignant ayant l'expérience des TROD et à même de former les intervenants. Ce déploiement peut s'appuyer sur les liens existants entre CAARUD et les infirmières de la Maison du patient ;
- **FAVORISER L'ACCÈS AUX SOINS** :
 - **assurer un soutien aux médecins des CSAPA associatifs**. Le manque de temps et de moyens empêche les médecins exerçant dans les CSAPA de s'investir dans le dépistage et la prise en charge des patients VHC à hauteur de ce qu'ils souhaiteraient. Selon les ressources et la volonté des équipes, il peut leur être proposé :
 - d'identifier un (ou deux) hépatologue(s) référent(s) qui pourra guider le bilan complémentaire, valider les indications thérapeutiques, présenter la fiche de RCP et prescrire les traitements qui seront ensuite suivis par le médecin du CSAPA ;
 - de mettre en place des consultations d'hépatologie au sein du CSAPA, si les ressources médicales sont insuffisantes ou si les équipes le souhaitent ;
 - **mettre à disposition les outils d'évaluation de l'atteinte hépatique au sein des CSAPA**. Toutes les structures ne disposent pas de personnel suffisant pour réaliser des prélèvements veineux sur site et seul le CSAPA associatif bénéficie d'un FibroScan®. Aussi, réaliser facilement et rapidement le bilan pré thérapeutique requiert de mettre à disposition du temps infirmier et un FibroScan® mobile mis en commun pour les différentes structures. Cet appareil pourrait être basé à la Maison du patient, siège du réseau Ville-Hôpital ;
- **ACCOMPAGNER LES PATIENTS VHC dans leur prise en charge et leur proposer un programme d'éducation thérapeutique**. L'accompagnement concerne tout d'abord l'organisation et la concrétisation du parcours de soin, en particulier pour les patients dépistés au sein des CAARUD (accompagnement médical ou infirmier lors du rendu des résultats). Puis, il est essentiel d'aider le patient à organiser sa prise en charge et souvent de l'accompagner à ses rendez-vous hospitaliers et à la pharmacie, en mobilisant un professionnel (IDE ou médiateur santé) à même de le guider dans ses démarches de soins et sur le plan médico-administratif. Ce rôle est parfois assuré par les éducateurs des CAARUD ou des CSAPA, mais les structures n'ont pas la capacité d'assurer cette mission pour un nombre croissant de patients dépistés.

Une prise en charge en éducation thérapeutique, coordonnée par l'équipe d'éducation thérapeutique du réseau Ville-Hôpital (AVHEC- Maison du Patient), vise à permettre au patient de mieux comprendre les enjeux de l'infection virale et les objectifs et les modalités du traitement. Cette étape paraît d'autant plus importante que les patients pris en charge sont confrontés à de multiples difficultés pouvant faire passer au second plan une infection asymptomatique et en négliger la prise en charge. Ce temps permet aussi d'anticiper d'éventuelles difficultés dans le déroulement du traitement et de choisir avec le patient le meilleur moment pour initier celui-ci.

PROJET HÔPITAL BEAUJON À CLICHY :

COOPÉRATION AVEC LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES (N. Boyer)

Le Réseau Ville-Hôpital REVHEPAT, en coopération avec le service-expert de l'hôpital Beaujon à Clichy, propose d'améliorer le dépistage des patients VHC et leur accès aux soins. REVHEPAT a développé une structure d'Accueil Avancé (délai 2-3 semaines) et une structure d'accès aux soins grâce à une équipe pluridisciplinaire médico-psycho sociale, qui assure un repérage rapide des patients graves à traiter en urgence et le repérage précoce des comorbidités, notamment addictives (drogues, alcool, tabac/cannabis, médicaments).

Ainsi, l'orientation vers l'addictologue et/ou le professionnel de santé compétent nécessaire et l'accès très rapide au FibroScan®, sont facilités. Un suivi plus global est aussi proposé aux patients pour mieux connaître, prévenir et soigner les autres facteurs de risques (dysmétabolisme, troubles psychiatriques, etc.) et pour mettre en place le traitement anti viral (via la RCP de Beaujon) dans des conditions optimales d'observance et de qualité de vie.

REVHEPAT souhaite renforcer le dépistage du VHC, qui reste à ce jour le maillon faible du parcours de soin du patient, d'une part, en développant les relations et la coopération/formation avec des professionnels dans les vingt CSAPA, les huit CARRUD et les trois USN de la région, et d'autre part, en repérant activement les patients VHC non dépistés à l'heure actuelle chez les 650 médecins généralistes répertoriés dans le bassin de vie du réseau (départements 92 nord et 75 nord parisien, et zones limitrophes des départements 78, 93 et 95). De plus, les patients dépistés dans le cadre de ce projet auront un accès facilité et rapide (< à 10 jours) au FibroScan® pour l'évaluation de la fibrose, à l'aide d'un personnel déjà formé à la réalisation de cet examen.

Ce guide méthodologique destiné à renforcer l'accès au dépistage et aux soins des hépatites virales s'adresse à tous les professionnels socio-éducatifs, paramédicaux et médicaux du dispositif spécialisé en addictologie (CSAPA, CAARUD, ELSA, services hospitaliers d'addictologie...). Il peut également se révéler utile pour tous ceux qui exercent leur action médicale, sociale ou éducative auprès des usagers de substances psychoactives : acteurs de la santé communautaire ou de la prévention en milieu festif, médecins généralistes, pharmaciens,....

Sa conception s'inscrit dans un contexte favorable pour un renouvellement des pratiques professionnelles liées à la prévention, au dépistage et aux soins de l'hépatite C : l'arrivée de nouveaux outils de dépistage (tests rapides d'orientation diagnostique ou TROD, buvards...), la mise à disposition de nouveaux traitements à la fois efficaces et faciles à supporter et surtout, depuis août 2017, l'accès universel au traitement. Ce nouveau contexte thérapeutique et de dépistage élargit les possibilités d'accompagnement vers le traitement et la guérison des usagers de produits psychoactifs et justifie de positionner l'accompagnement au soin de l'hépatite C comme un axe central des pratiques professionnelles en addictologie.

Conçu par le Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale en partenariat avec le RESPADD et la Fédération Addiction, ce manuel a été élaboré dans une logique de transfert de l'expérience, en s'appuyant sur la pratique de professionnels qui se sont saisis de ce nouveau contexte thérapeutique pour expérimenter des méthodes de travail innovantes avec leur public : infirmiers, éducateurs et travailleurs sociaux, médecins hépatologues et addictologues, acteurs et militants associatifs de la lutte contre le VIH et les hépatites virales. En s'appuyant sur leur expertise, ce guide méthodologique a pour ambition de diffuser leur savoir-faire pour favoriser un déploiement plus rapide sur le territoire national de stratégies renouvelées de réduction des risques, de soutien au dépistage et d'accompagnement vers le soin.

Ce travail a pu être réalisé grâce au soutien financier de la Direction générale de la santé (Ministère des solidarités et de la santé).

ISBN 978-2-9550677-5-8



9 782955 067758